

Los médicos de urgencias deben implicarse en la organización de sus servicios

Emergency department doctors must get involved in organising the services

doi.org/10.23938/ASSN.0088

I. Santiago Aguinaga

Sr. Director:

He leído con gran interés el trabajo recientemente publicado en su revista por Naval de la Torre y col en el que presentan datos sobre el compromiso organizativo de los médicos de urgencias (MU) de los hospitales públicos españoles¹. En el mismo parten de la premisa, que comparto totalmente, de que los trabajadores de los servicios de urgencias, en este caso el estamento médico, deberían implicarse activamente en la organización del mismo a fin de intentar lograr un correcto funcionamiento y, por tanto, una atención al paciente de la mayor calidad posible, implicación que debería ser parte de la labor y funciones del MU².

Bien es cierto que los MU realizan su trabajo bajo unas condiciones concretas al efectuar una asistencia sanitaria caracterizada y marcada por la premura en la atención, con pacientes muchas veces graves o en situación de riesgo vital, en ambientes en ocasiones hostiles y debiendo tomar importantes decisiones en un breve espacio de tiempo. Estas particularidades hacen que, dentro de toda la profesión médica, este colectivo esté descrito como el que presenta el más elevado nivel de estrés o *burnout*. Esta situación de alto estrés puede

afectar al estado físico de estos profesionales, así como al emocional, y suele definirse por una clara falta de interés tanto por la labor asistencial como por la participación en la organización de su servicio con el fin de mejorar el ambiente laboral^{3,4}, como bien apuntan los autores.

Además, la precariedad y falta de estabilidad laboral existente dentro del colectivo de MU, así como la heterogeneidad de los servicios de urgencias en los diferentes hospitales y comunidades autónomas, dificulta gravemente la implicación de estos profesionales en los planes de organización⁵.

Parece ser, entonces, que la baja tasa de respuesta al cuestionario planteado en el estudio podría achacarse a la falta de motivación de los profesionales, bien sea por estrés o *burnout*, o bien a la situación laboral incierta de muchos MU. Bien es cierto que, como apuntan los autores, es difícil conocer el número exacto de MU que trabajan en los hospitales de nuestro país, pero si tenemos en cuenta los indicadores de calidad⁶ seguidos por la mayor parte de los servicios de urgencias de los hospitales españoles, podíamos aventurar sin miedo a equivocarnos que estaríamos hablando de entre 6.000 y 7.000 profesionales. Esto da un número excesivamente bajo en la res-

An. Sist. Sanit. Navar. 2017; 40 (3): 485-487

Servicio de Urgencias. Complejo Hospitalario de Navarra. Presidente de la Sociedad Navarra de Medicina de Urgencias y Emergencias.

Correspondencia:

Iñaki Santiago Aguinaga
inakisantiago@gmail.com

puesta al cuestionario planteado, tema preocupante que anotan los propios autores.

Pero dicho lo anterior, aun teniendo en cuenta el sesgo que puede suponer este bajo número de respuestas, los resultados obtenidos por los autores no parecen tan malos como cabría esperar de un colectivo desmotivado y poco implicado, ya que las cifras apuntan a un compromiso global medio-alto por parte de ese colectivo en las diferentes esferas de compromiso medidas (3,7 en organización, 3,4 en afectividad, 4,0 en continuidad y 3,8 en normativo; siendo 1: muy bajo compromiso y 5: muy alto). Esto concordaría con los datos aportados por Cydulka y col en un estudio de cohortes realizado con MU cuyo objetivo es el seguimiento de su bienestar profesional, y en el cual muestran cómo la satisfacción por la labor médica que estos profesionales realizan va en aumento conforme aumentan sus años de experiencia⁷.

Si bien es verdad que la implicación de los profesionales en la organización de los servicios podría mejorar el funcionamiento de los mismos, también hay que tener en cuenta que muchos de los problemas de estos servicios son ajenos a ellos (masificación, falta de camas hospitalarias, etc.)^{8,9} y por tanto se entiende que su solución es externa al ámbito de la atención de urgencias.

Los autores también destacan la variabilidad de resultados en función de la comunidad autónoma de la que proceden los datos. Esta variabilidad posiblemente se produzca no solo entre comunidades autónomas, sino entre hospitales de la misma comunidad, ya sean públicos o privados, ya que, hasta ahora, la organización de los servicios de urgencias ha seguido unas pautas heterogéneas, dimensionando las plantillas y los planes funcionales, intentando acomodarse a las necesidades de la población a la que dan cobertura, con diferentes condiciones laborales y una variada procedencia de los profesionales en cuanto a formación especializada se refiere¹⁰.

Se comprende que la solución al alto estrés de los MU, su poca implicación en las tareas organizativas, la precariedad laboral, así como la variabilidad entre hospita-

les y diferentes comunidades autónomas, pasa por una formación reglada de todos los profesionales de urgencias mediante la creación de la especialidad de Medicina de Urgencias y Emergencias, siguiendo las indicaciones realizadas en el estudio realizado en 2015 conjuntamente por los Defensores del Pueblo¹¹ y cumpliendo la normativa de la Unión Europea¹².

BIBLIOGRAFÍA

1. NOVAL DE LA TORRE A, BULCHAND GIDUMAL J, MELIÁN GONZÁLEZ S. Compromiso organizativo de los médicos de urgencias de los hospitales públicos españoles. *An Sist Sanit Navar* 2016; 39: 371-378.
2. LECOANET A, SELLEIER E, CARPENTIER F, MIGNAN M, SEIGNEURIN A, FRANÇOIS P. Experience feedback committee in emergency medicine: a tool for security management. *Emerg Med J* 2014; 31: 894-898.
3. MIRET C, MARTÍNEZ LARREA A. El profesional en urgencias y emergencias: agresividad y burnout. *An Sist Sanit Navar* 2010; 33 (Supl. 1):193-201.
4. GUERRERO E, GARCÍA E, MORENO JM, GONZÁLEZ P. Estrés laboral e inteligencia emocional en el servicio de urgencias y emergencias 112. *Emergencias* 2016; 28: 353-355.
5. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS. *Urgencias Sanitarias en España: Situación actual y propuestas de mejora*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 2008.
6. ROQUETA F, BUSCA P, CHANOVAS MR, LÓPEZ-ANDÚJAR L, MARINÉ M, NAVARRO A et al. Manual de indicadores de calidad para los servicios de urgencias de hospitales. Madrid: Grupo Saned, 2009.
7. CYDULKA RK, KORTE R. Career satisfaction in emergency medicine: the ABEM longitudinal study of emergency physicians. *Ann Emerg Med* 2008; 51: 714-722.
8. JUAN A, ENJAMIO E, MOYA C, GARCÍA-FORTEA G, CASTELLANOS J, PÉREZ-MAS JR et al. Impacto de la implementación de medidas de gestión hospitalaria para aumentar la eficiencia en la gestión de camas y disminuir la saturación del servicio de urgencias. *Emergencias* 2010; 22: 249-253.
9. SALAZAR A, YURSS I. Papel de la dirección médica en el encaje de urgencias en el hospital. *An Sist Sanit Navar* 2010; 33 (Supl. 1): 29-35.

10. PASTOR A. Las dificultades de organizar un servicio de urgencias hospitalario. *Emergencias* 2013; 25: 81-82.
11. DEFENSOR DEL PUEBLO. Las urgencias hospitalarias en el Sistema Nacional de Salud: derechos y garantías de los pacientes. Madrid, 2015. <https://www.defensordelpueblo.es/informe-monografico/las-urgencias-hospitalarias-en-el-sistema-nacional-de-salud-derechos-y-garantias-de-los-pacientes-estudio-conjunto-de-los-defensores-del-pueblo-enero-2015/>. Consultado el 26 de septiembre de 2017.
12. UNIÓN EUROPEA. Directiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005, relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales. *Diario Oficial de la Unión Europea*, 30 de septiembre de 2005, núm. 255, pp. 22-142. <https://www.mssi.gob.es/profesionales/formacion/reco-TitulosEuro/docs/Directiva20051072013.pdf>. Consultado el 26 de septiembre de 2017.

