
Urgencias y emergencias: al servicio del ciudadano

Urgency and emergency care: at the service of the citizen

J. Sesma¹, Ò. Miró²

Como recientemente se comentaba en un editorial de *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*¹, la respuesta a la demanda de ayuda sanitaria urgente ha adquirido en nuestros días una importante complejidad, tanto médica como organizativa. La respuesta que dan los sistemas sanitarios públicos, como es el caso del español, a este requerimiento es uno de los retos no resueltos más importantes a los que deben enfrentarse. No en balde, la interacción del ciudadano con la prestación médica urgente es altamente frecuente. Solo por citar un par de ejemplos: uno de cada dos españoles recabó atención médica urgente en un servicio de urgencias hospitalario (SUH) durante 2008² y uno de cada cuatro episodios abiertos a los usuarios de un gran hospital lo es a través de urgencias³.

El usuario demanda de este servicio una respuesta rápida y satisfactoria y el gestor intenta proporcionarla de la manera más organizada y eficiente posible. En este escenario, los profesionales de la medicina de urgencias y emergencias, que son los encargados de interpretar este complejo equilibrio, se encuentran inmersos en un marco de acción complejo. Sin posibilidades de control sobre el acceso del primero, y con los medios proporcionalmente insuficientes para hacerle frente que le facilita el segundo, el resultado neto de este equilibrio es a menudo el retraso en la dispensación del servicio, cuando no la saturación del sistema^{4,6}. De nada han servido las pro-

puestas para aliviar la presión asistencial⁷⁻⁹ o para optimizar la funcionalidad estructural u organizativa del servicio¹⁰⁻¹³; la saturación se ha convertido en una lamentable seña de identidad, la cual lleva aparejada un detrimento de la calidad asistencial en el servicio prestado¹⁴.

Los escenarios en los que se da respuesta al requerimiento de atención médica urgente por parte del ciudadano son diversos y los actores variados. En general, podemos afirmar que la prestación se lleva a cabo en tres grandes ámbitos: en el centro de salud por parte de los pediatras y médicos de familia, en el ámbito extrahospitalario por los sistemas de emergencias médicas y en los SUH por parte de profesionales diversos pero, en general, con un elevado grado de compromiso y especialización en la atención a patología urgente. Como es bien conocido, no existe a día de hoy en España una formación homogénea entre los profesionales médicos que dispensan atención médica urgente debido a la falta (a diferencia de otros países de nuestro entorno) de una especialidad específica, si bien se ha comprobado que son capaces de desarrollar sus labores con suficiencia y, en ocasiones, con una eficiencia mayor en el manejo de ciertas áreas asistenciales¹⁵⁻¹⁷. El personal de enfermería y los técnicos de transporte sanitario (actualmente técnicos en emergencias sanitarias) interpretan un papel importante en todo este entramado. Con todo, existe un amplio consenso en

An. Sist. Sanit. Navar. 2010; 33 (Supl. 1): 5-6

-
1. Presidente de SEMES Navarra
 2. Director de la revista Emergencias
 - 1 y 2. Coordinadores de la Monografía.

Correspondencia

Òscar Miró
Hospital Clínic. Área de Urgencias
Villarroel, 170
08036 Barcelona
E-mail: omiro@clinic.ub.es

considerar que una buena coordinación entre estos niveles es esencial para conseguir un resultado óptimo tanto para el usuario como para el gestor¹⁸⁻²⁰.

Por todo ello, nos ha parecido pertinente aunar en la presente monografía muchos de estos aspectos, los cuales van más allá de lo eminentemente clínico para entrar de lleno en el campo organizativo y de gestión de la prestación sanitaria urgente. El abordaje de los mismos por verdaderos expertos en cada una de las áreas debatidas pretende un mejor entendimiento de la realidad actual en España. Una realidad en la que los ciudadanos saben que tienen a su libre disposición toda una compleja estructura que vela de forma permanente, en sus múltiples formas, por el mantenimiento de su salud en casos de urgencia. Siempre está allí, cercana y resolutive en el problema agudo. A pesar de las inevitables (¿o no?) esperas a las que a veces se pueda ver sometido.

BIBLIOGRAFÍA

1. MIRÓ O. El usuario y su uso de las urgencias. *An Sis Sanit Navar* 2009; 32: 3; 311-316.
2. Ministerio de Sanidad y Política Social. Estadística de hospitales: estadística de establecimientos con régimen de internado (accedido el 3 de octubre de 2009). Disponible en: www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/actDesarrollada.htm
3. Corporació Sanitaria Clínic. Memòria 1996 (vol. I). Corporació Sanitaria Clínic, Barcelona, p. 67.
4. SÁNCHEZ M. ¿Urgencias inadecuadas u oferta insuficiente? *Med Clin (Barc)* 2004; 123: 619-620.
5. SALGADO E, ANTOLÍN A, RODRÍGUEZ D, BRAGULAT E, SÁNCHEZ M, MIRÓ O. Cuantificación de los efectos negativos de la sobrecarga invernal en urgencias y de la efectividad de las medidas extraordinarias invernales para paliarlos. *Med Clin (Barc)* 2008; 130: 286-291.
6. SÁNCHEZ M, MIRÓ O, COLL-VINENT B, BRAGULAT E, ESPINOSA G, GÓMEZ-ANGELATS E et al. Saturación del servicio de urgencias: factores asociados y cuantificación. *Med Clin (Barc)* 2003; 121: 167-172.
7. MORENO MILLÁN E. Ventajas e inconvenientes del copago en la financiación y gestión de la atención sanitaria urgente. *Emergencias* 2007; 19: 32-35.
8. MIRÓ O, SALGADO E, TOMÁS S, ESPINOSA G, ESTRADA C, MARTÍ C et al. Derivación sin vista desde los servicios de urgencias hospitalarios: cuantificación, riesgos y grado de satisfacción. *Med Clin (Barc)* 2006; 126: 88-93.
9. COMA E, DE LA HABA I, COMABELLA R, ZAYAS S, ARMISEN A, CIURANA R et al. La atención telefónica urgente especializada: una manera de mejora en la utilización de los servicios de urgencias hospitalarios. *Emergencias* 2009; 21: 117-120.
10. SÁNCHEZ M, SALGADO E, MIRÓ O. Mecanismos organizativos de adaptación y supervivencia de los servicios de urgencia. *Emergencias* 2008; 20: 48-53.
11. MIRÓ O, SÁNCHEZ M, ESPINOSA G, COLL-VINENT B, BRAGULAT E, MILLÁ J. Analysis of patient flow in the emergency department and the effect of an extensive reorganisation. *Emerg Med J* 2003; 20: 143-148.
12. ALDEA-MOLINA E, GÓMEZ J, ROYO R, RODRIGO G, RIVAS M, LLERA R. Sala de observación de un servicio de urgencias: un lugar adecuado para el manejo del flutter auricular. *Emergencias* 2008; 20: 101-107.
13. GONZÁLEZ-ARMENGOL JJ, FERNÁNDEZ ALONSO C, MARTÍN-SÁNCHEZ FJ, GONZÁLEZ-DEL CASTILLO J, LÓPEZ-FARRÉ A, ELMIRA C et al. Actividad de una unidad de corta estancia en urgencias de un hospital terciario: cuatro años de experiencia. *Emergencias* 2009; 21: 87-94.
14. MIRÓ O, SÁNCHEZ M, COLL-VINENT B, MILLÁ J. Indicadores de calidad en urgencias: comportamiento en relación con la presión asistencial. *Med Clin (Barc)* 2001; 116: 92-97.
15. SALAZAR A. ¿Urgenciólogos rentables? *Emergencias* 2009; 21: 83-84.
16. JUAN A, SALAZAR A, ÁLVAREZ A, PÉREZ JR, GARCÍA L, CORBELLA X. Effectiveness and safety of an emergency department short-stay unit as an alternative to standard inpatient hospitalisation. *Emerg Med J* 2006; 23: 833-837.
17. SALAZAR A, ESTRADA C, PORTA R, LOLO M, TOMAS S, ÁLVAREZ M. Home hospitalization unit: an alternative to standard inpatient hospitalization from the emergency department. *Eur J Emerg Med* 2009; 16: 121-123.
18. GARCÍA BERMEJO P, MÍNGUEZ PLATERO J, RUIZ LÓPEZ JL, MILLÁN SORIA J, TRESCOLI SERRANO C, TARAZONA GINÉS E. Gestión integral del área de urgencias y coordinación con atención primaria. *Emergencias* 2008; 20: 8-14.
19. MONTERO PÉREZ FJ. La organización de la cadena asistencial urgente en España o la búsqueda de los eslabones perdidos. *Emergencias* 2008; 20: 5-7.
20. JIMÉNEZ S, DE LA RED G, MIRÓ O, BRAGULAT E, COLL-VINENT B, SENAR E et al. Efectividad de la incorporación de un médico especialista en medicina familiar y comunitaria en un servicio de urgencias hospitalario. *Med Clin (Barc)* 2005; 125: 132-137.