

ATS 11 175

Hola, buenas noches. Bienvenidos un jueves más a Vida y Salud, un espacio de información sobre cuestiones relativas a la sanidad que preparan los profesores del curso de nivelación de ATS de la UNED. Vamos a dedicar el espacio de hoy y el de la semana que viene a uno de los servicios más conflictivos de la sanidad pública, el servicio de urgencias.

Falta de recursos, problemas de infraestructura, desinformación por parte del usuario, desconfianza. Son razones que aducen tanto los profesionales de la salud como los pacientes para explicar el funcionamiento del servicio de atención urgente. Y para tratar de todo ello, María Rubio, profesora de Salud Pública en la UNED, ha invitado a dos médicos que están viviendo el día a día de la situación de las urgencias tanto hospitalarias como en atención primaria en una ciudad como Madrid.

María Rubio nos presenta enseguida a sus dos invitados. Buenas noches. El programa de hoy lo vamos a dedicar a las urgencias sanitarias.

En el último año se ha empezado a ver tanto en los medios de comunicación, fundamentalmente radio y en la prensa escrita con más frecuencia de lo habitual artículos aludiendo a problemas surgidos en las urgencias de distintos hospitales o también algunos casos de problemas que ha habido en los centros de atención primaria. No sabemos muy bien si detrás de esta campaña está el que realmente existen problemas importantes que antes no surgían o si la comunidad ha empezado a reclamar unos servicios de urgencia que hasta entonces no reclamaba. El Defensor del Pueblo realizó recientemente un estudio sobre la sanidad en Madrid.

A raíz de este informe se empezó a reestructurar un poco la urgencia en la comunidad de Madrid. Para hablar de este tema, hemos invitado al doctor Gabriel España, que es especialista del servicio de cirugía vascular periférica del Hospital Gregorio Marañón, perteneciente a la comunidad autónoma de Madrid, y al doctor Miguel Roa, que es coordinador de urgencias del Área 11 también de Madrid. Buenas noches y bienvenidos.

Si os parece, para centrar un poco el tema, ¿podríais hablar un poco de cómo están estructuradas las urgencias en el sistema sanitario dentro de la sanidad pública? ¿Empezamos por la atención primaria? Bueno, en la atención urgente en Madrid hay dos niveles, que son el nivel hospitalario y el nivel extrahospitalario. En el nivel extrahospitalario, que es el que más conozco yo, son las conocidas del 061, en donde se contempla tanto el aviso domiciliario como la propia demanda, que los enferma directamente a los puntos donde son continuadas. Este servicio lleva bastantes años funcionando en Madrid y últimamente se le ha dado un gran impulso, debido sobre todo al informe del Defensor del Pueblo, en que se le ha dotado de medios, de recursos, materiales, bastante.

Antes estábamos bastante deficientes y actualmente está haciendo un gran esfuerzo por parte

de la Administración en aumentar estos recursos para que sean más efectivas las urgencias. ¿En qué consiste el 061? Bueno, el 061 es donde se tienen centralizadas, es un teléfono fácilmente recordable, donde se tienen centralizadas todas las llamadas con carácter urgente que se pueden recibir, es decir, que todos los enfermos, todos los habitantes de Madrid pueden llamar al 061 y hay tres alternativas, o a un médico al domicilio, o se le envía una ambulancia o un uvi móvil, dependiendo de la urgencia que se considere por teléfono, o bien se le remite al enfermo a que vaya al punto de atención continuada donde se le atiende. ¿Y en cuanto a las urgencias hospitalarias? Bueno, en principio Madrid está dividida en una serie de áreas de salud.

Cada área de salud tiene un hospital de referencia grande, yo creo que todos son conocidos, La Paz, 12 de octubre, Puerta de Hierro, el Gregorio Marañón, el Hospital Severo Ochoa de Leganés, etcétera, donde existen unos servicios de urgencia especializados, es decir, donde existen de presencia física médicos especialistas de distintas especialidades que atienden todos aquellos casos que llegan derivados desde la urgencia extrahospitalaria o bien que acceden directamente al hospital. Cada hospital en principio atiende los enfermos de su área, de la población que le corresponde, y aquellas urgencias de extrema gravedad, accidentes, etcétera, que pueden ocurrir en sus proximidades o que llegan hacia ese hospital. ¿Llegan con mucha frecuencia a los hospitales urgencias que se pueden resolver en la atención primaria? Con excesiva frecuencia.

En un hospital como el que yo pertenezco, donde se reciben diariamente, entre todas las especialidades, un promedio de 600 urgencias, sólo un 15% quedan ingresados dentro del propio hospital, y otro tanto aproximadamente, pues bueno, son urgencias que no precisan un ingreso, pero que sí son accidentes menores, traumatismos, etcétera, que sí son preciso ver o estudiar en el hospital. El resto, el 70% de las urgencias que llegan a ese hospital, realmente no está motivado su acceso hasta un centro de alta especialización. ¿A qué puede ser debido eso? Bueno, en principio habría que hacer un estudio serio para decirlo, de una manera definitiva, más aproximada a la realidad.

No obstante, parece que hay varias razones. En principio, una puede ser el desconocimiento que tengan los ciudadanos respecto a que unas urgencias extrahospitalarias incluso se les puede atender bien. Después habría otro problema, que sería la falta de medios, sobre todo recursos técnicos, para poder atender de una manera efectiva y definitiva a estos enfermos sin tener que ser trasladados al hospital.

Estamos en vías de ello, de aumentar, ya digo, los recursos materiales, sobre todo tenemos problemas con espacio físico, donde tendría que haber cámaras de observación, donde pudiéramos tener a estos enfermos un tiempo necesario para darles el alta definitiva, remitirlos a la urgencia hospitalaria. Y esos son los motivos. Después también puede ser como motivo que los enfermos en los hospitales se les somete siempre a pruebas diagnósticas, cosa que los enfermos reclaman en un alto porcentaje.

Y así evitan, de alguna manera, las listas de espera. ¿Esto conlleva algún tipo de riesgo? Lo cierto es que, en principio, toda sobrecarga excesiva de enfermos hacia la urgencia de un hospital impide que haya una mejor atención a los enfermos que realmente precisan esta asistencia urgente especializada. Esto es un riesgo que la propia población se somete a sí misma por acudir, a lo mejor, en casos que no estaría indicado.

Y lo cierto es que, como pasó en una ocasión en el Hospital Gregorio Marañón, donde las urgencias fueron tan absolutamente masivas en un día que no hubo manera humana de poder atenderlas, y tuvieron que derivarse hacia otros hospitales, los enfermos tenían que estar largas horas de espera en la propia urgencia hasta que podía atendersele. Esto, naturalmente, que sí que produce, por un lado, una insatisfacción importante del usuario y, por otro lado, que casos que son realmente graves o realmente necesitados de atención urgente tengan que estar horas esperando a que les pueda llegar su turno porque otras personas, sin una causa excesivamente justificada, estén bloqueando, por utilizar una palabra un poco fuerte, el acceso de estas otras personas al especialista. El doctor Roa nos comentaba hace un momento que buena parte de las causas por las que la población acude a los servicios de urgencia hospitalarios, en lugar de los servicios de urgencia de atención primaria, es por la utilización de medios diagnósticos más o menos sofisticados.

¿Es necesario realmente siempre utilizar tantos recursos para urgencias que aparentemente no sean tan complejas? No, la cuestión es utilizarlas en su justo medio, en su justa proporción, es decir, en la justa indicación que tiene cada patología que pueda presentar un enfermo. No obstante, lo que sí es preciso y deseable por todos, sobre todo por los tanto por los ciudadanos como por los profesionales que trabajamos en urgencias, que tengamos unos mínimos en las urgencias hospitalarias, con lo cual podemos llegar al diagnóstico de certeza y nos permitan solucionar los problemas. En relación con lo que estás comentando hay una cosa que me gustaría señalar.

Primero, que a los hospitales, de los enfermos que llegan a la urgencia de los hospitales, el 80% no ha pasado nunca por el servicio de atención primaria. Es decir, acuden directamente al hospital sin que ningún otro médico le haya visto. Esto es un problema que yo creo que es importante debatir y ver por qué ocurre.

El segundo tema, en relación con lo que tú decías, es que efectivamente tal vez el porcentaje de pacientes a los que necesiten hacerse determinadas analíticas, radiografías u otras exploraciones es pequeño y debe hacerse en el caso de sospecha diagnóstica las patologías concretas. El problema aquí ya se mezcla con otra cosa y son las responsabilidades legales que cada vez se están reclamando más a los profesionales. Es decir, muchas veces se hacen estudios que posiblemente nosotros sabemos que no son necesarios solo porque hay que cubrirse las espaldas frente a demandas del usuario contra el profesional por supuesta inadecuada atención.

Y esto sí que está encareciendo por un lado los costes de la urgencia, por otro lado está

significando que un enfermo que podía estar 20 minutos en urgencia y salir con su tratamiento en caso de que él necesitase o ingresar, está siendo sometido durante 2, 3, 4 o 5 horas a una serie de pruebas que de alguna forma producen una aglomeración en estos servicios de urgencia. Y es un problema difícil de evitar. El profesional no quiere acabar frente a los tribunales con demanda de los familiares, aunque la gane por el mero hecho de que es una historia muy desagradable, ni tampoco se atreve a tomar unas decisiones de no hacer determinadas pruebas sin saber que tiene un respaldo total y absoluto de la administración sanitaria para la que trabaja.

Bueno, respecto a la cuestión legal, yo te diría, bueno, respecto al diagnóstico, si durante el día el médico cada día tiene que trabajar más con probabilidades. El médico trabaja respecto al diagnóstico con probabilidades. Y estas se cubren por dos maneras.

Una puede ser bien mediante la exploración, que hace al enfermo de la aglomeración, etcétera, etcétera, y cubrirla además con una prueba de diagnóstica objetiva, las llamadas objetivas. Esto es así, quiere decir que es muy difícil a veces diagnosticar, hay que comprender que es muy difícil diagnosticar a un enfermo en su domicilio por las posibilidades que esto lleva. El médico se siente aislado, es decir, de alguna manera está aislado en la casa o en el domicilio de un enfermo, y sobre todo cuando el diagnóstico no es urgente, sino que es una patología, digamos, posiblemente banal, al menos lo que se necesita, al menos lo que se necesita es tener al enfermo en observación la multitud de las veces.

Respecto a la cuestión de la cobertura legal de los enfermos, me parece a mí que esto no es un problema grave actualmente en el área latina. Es decir, en esa zona realmente el enfermo tiene una tradición liberal y por lo tanto reclama mucho al médico entre los tribunales. En el área latina, en el área mediterránea, parece más bien que el enfermo no reivindica tanto sus derechos, sus derechos sobre todo entre los tribunales, sino que lo que el enfermo reivindica es una buena atención.

Y este problema por el momento no lo tenemos planteado seriamente como, por ejemplo, puede ser en Estados Unidos, lo cual hace que no es de justificación, creo, que el médico por librarse de una posible sanción legal o por una posible demanda de mala praxis, sobreutilice, sobrecargue los medios diagnósticos. Porque los medios diagnósticos, además de que no se deben sobrecargar por una cuestión de buena utilidad, también tienen, lógicamente, sus contraindicaciones y sus riesgos. Por lo tanto, creo que no es de recibo el que el médico, para cubrirse legalmente, acuda a los medios diagnósticos objetivos y los sobresature.

Yo creo que han quedado muchísimos temas planteados, temas que hoy no podemos abordar ya por falta de tiempo, pero les emplazamos a nuestros invitados para el jueves que viene hacer una prolongación de este programa o abordarlo desde otros aspectos. Muchísimas gracias al doctor España y muchísimas gracias al doctor Roa y les espero el jueves que viene. Gracias.

Con María Rubio, profesora de Salud Pública en la UNED, terminamos. La situación de los

servicios de urgencia en la sanidad pública española ha sido el centro de nuestra atención hoy y también lo será el jueves que viene con la ayuda de Gabriel España, especialista del servicio de cirugía vascular periférica del Hospital Gregorio Marañón de Madrid y Miguel Roa, coordinador de urgencias del Área 11 de Madrid. Os esperamos entonces dentro de siete días en Vida y Salud a las ocho y media de la noche.

Escuchas la UNED, los programas educativos y culturales de la Universidad Nacional de Educación a Distancia. Estamos aquí todos los días, de lunes a viernes hasta las once de la noche. Y vamos a continuar con la sintonía de nuestro próximo Espacio Psicología Hoy.