

¿Y si adaptáramos los servicios hospitalarios de urgencias a la demanda social y no a las necesidades de salud?

EMILIO MORENO MILLÁN

Doctor en Economía, Licenciado en Medicina y Cirugía. Primer Presidente de la SEMES. Sevilla, España.

CORRESPONDENCIA:

Emilio Moreno Millán
Urb. Aljamar II, 6
41940 Tomares, Sevilla, España
E-mail: emormill@hotmail.com

FECHA DE RECEPCIÓN:

11-10-2007

FECHA DE ACEPTACIÓN:

27-11-2007

CONFLICTO DE INTERESES:

Ninguno

El incremento producido en la utilización de los servicios de urgencias hospitalarios (SUH), en estos últimos años y en todos los países desarrollados –incluso para situaciones de baja complejidad que podrían ser atendidas en niveles inferiores– no obedece simplemente a los cambios demográficos (aumento de la población por envejecimiento y movimientos migratorios) ni epidemiológicos, sino que parecen existir otros factores que intentan explicar y se asocian a esta conducta, como la necesidad percibida de atención inmediata, la dificultad de acceso a otros recursos del sistema, la falta de aseguramiento público y el nivel socioeconómico y cultural. España no ha sido ajena a ese fenómeno que, sin duda, contribuye a la masificación de estos departamentos, pérdida de continuidad asistencial y de calidad, insatisfacción de profesionales, inadecuación y demora en la atención a las urgencias verdaderas, mayor gasto sanitario y repercusiones muy importantes sobre la gestión del resto del hospital. Investigadas las causas de ese incremento, tanto desde el punto de vista de la oferta como de la demanda, y analizadas las intervenciones realizadas hasta la actualidad para disuadir o evitar el aumento de la frecuentación a los SUH (facilitar la accesibilidad a la atención primaria, mejoras educativas, instauración de barreras, reformas organizativas) derivando buena parte de la misma a los centros extrahospitalarios, se ha comprobado su escasa efectividad cuando no su inutilidad. Dados estos resultados, y entendiendo las diferencias entre necesidad, demanda y oferta de salud, desde un punto de vista antropológico y social –y, por tanto, los intentos de justificación de las percepciones de los ciudadanos ante una urgencia– cabría plantearse el rediseño funcional de la asistencia a estos procesos en un nuevo escenario, donde el hospital fuera adaptado al modelo de gestión del SUH y no a la inversa. [Emergencias 2008; 20: 276-284]

Palabras clave: Urgencias hospitalarias. Gestión. Demanda y oferta de salud. Inadecuación.

Introducción

En todos los países desarrollados se ha producido, en los últimos 20 años, un importante crecimiento de la utilización de los servicios de urgencias hospitalarios (SUH), y la consecuencia directa ha sido su masificación por pacientes que podrían haber sido asistidos en otros niveles asistenciales, básicamente en la atención primaria (AP)¹⁻³. En España, la frecuentación de los SUH ha aumentado el 80,7% entre 1994 (13,5 millones de visitas)⁴ y 2005 (24,4 millones)⁵, es decir aproximadamente un 6,7% anual –de forma desproporcionada para el incremento poblacional (5,8 millones en el mismo período)^{4,5}– y se ha reducido el porcentaje de ingre-

sos a su través (Figura 1) aunque se mantiene la tasa de presión urgente por encima del 65%⁵.

En 1988, el Defensor del Pueblo publicó un Informe⁶ en el que afirmaba que el 74% de la frecuentación era por iniciativa del usuario, una tercera parte de las visitas correspondía a procesos susceptibles de la AP, se empleaba esta vía para facilitar el acceso al sistema, existían graves carencias estructurales y de dotación personal y material, y la insatisfacción era la norma entre los ciudadanos y los profesionales. Se aludía, así, a una inadecuación implícita del empleo de los SUH, sin llegar siquiera a consensuar la definición de “urgencia”, lo que trascendió hasta la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Sa-

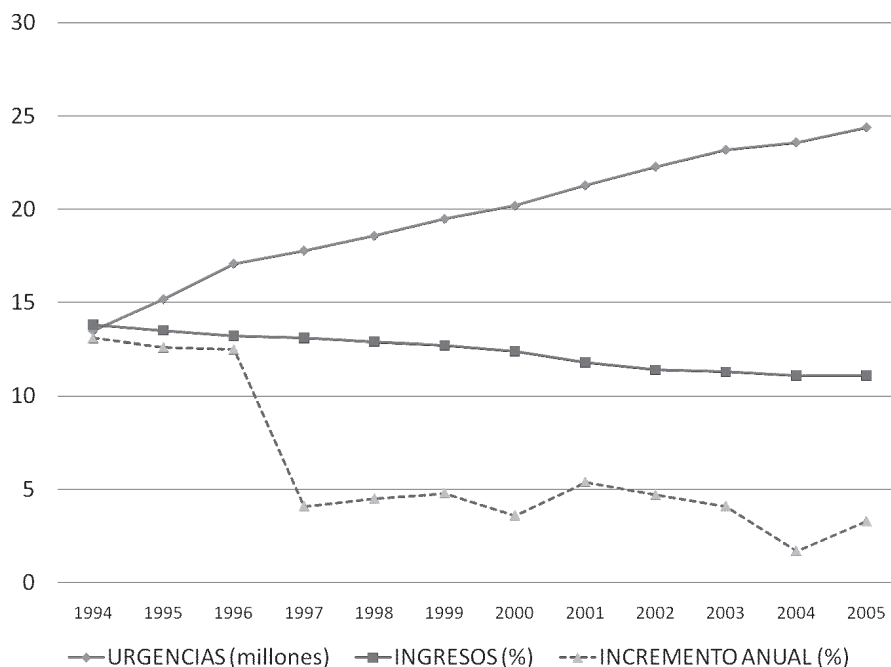


Figura 1. Evolución del número de urgencias hospitalarias y de los porcentajes de su incremento anual y de ingresos a su través en el periodo 1994-2005. Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad y Consumo.

lud (“Informe Abril”)⁷ tres años más tarde. La realización de reformas físicas y la dotación de plantillas específicas y sofisticada tecnología no hicieron sino facilitar el incremento de la demanda por mejora de la oferta. Casi dos décadas después de aquel Informe, la situación no sólo se ha perpetuado sino que aparece mucho más compleja.

El tema es especialmente preocupante por el uso sustitutivo que se hace de la AP³, la excesiva medicalización, el deterioro de la continuidad asistencial y de la calidad^{8,9}, las demoras en la atención a los enfermos verdaderamente graves y complejos^{10,11} –incluso con aumento de la mortalidad¹²– y los efectos negativos para el conjunto del hospital (sobrecarga de servicios centrales y de los profesionales, disminución de la productividad y déficit en la organización y planificación), así como por el incremento del gasto sanitario, con costes de oportunidad y pérdidas de bienestar para el conjunto de la sociedad, lo que compromete claramente la funcionalidad y la eficiencia del sistema^{13,14}.

Determinantes de la atención en los SUH

La gran mayoría de los trabajos publicados analizan los determinantes de la demanda y los de la oferta¹⁵⁻²⁰. Así, entre los primeros, influyen especialmente: a) el alargamiento de la esperanza

de vida de los ciudadanos y el consiguiente envejecimiento, con un incremento de los sectores poblacionales de mayores de 65 y 85 años, donde son más elevadas las prevalencias de enfermedades, generalmente crónicas, que producen descompensaciones agudas y precisan atención urgente; b) los cambios en los patrones de morbimortalidad, con nuevos procesos, en los que la inmediatez asistencial cobra importancia creciente y, sobre todo, el aumento de los accidentes como consecuencia del tráfico, la actividad laboral y la violencia de todo tipo; c) la falta de educación sanitaria y la cultura hospitalocéntrica –nacida en los años sesenta y setenta, con el desarrollo de la red hospitalaria pública de la Seguridad Social– sin conciencia del coste y con alto grado de exigencia; d) el nivel socioeconómico, con mantenimiento de desigualdades e inequidades (“paradoja del progreso”)²¹⁻²³ próximas a los más desfavorecidos en este tipo de prestación, donde la asimetría de información se equilibra y disminuye la decisión del profesional; e) el aumento poblacional y los cambios sociales originados por los movimientos migratorios en la última década.

Entre los factores de la oferta deben destacarse la mayor accesibilidad a los centros hospitalarios (existe relación inversa entre la distancia geográfica y el empleo de recursos), la falta de asegura-

miento (que provoca su empleo), el irregular desarrollo de la AP en general y, especialmente, de sus dispositivos de urgencias, y el uso perverso de los SUH para evitar listas de espera o realizar actividades programadas diferidas, propias de los denominados "hospitales de día"¹⁵⁻¹⁷.

Tudela y Mòdol¹⁸ diferencian entre aspectos intrínsecos a los SUH, no modificables y que es preciso asumir, y aquellos circunstanciales, extrínsecos y potencialmente modificables. Así, entre los primeros incluyen la existencia de una demanda progresivamente más elevada, discontinuidad en la afluencia pero con actividad mantenida, la necesidad de una homogeneidad asistencial y de priorización, el desequilibrio casi constante entre gravedad y urgencia, una aproximación diagnóstica compleja, la importancia del factor tiempo, la mínima mortalidad, la distinta coordinación y organización funcional y, sobre todo, la repercusión que tiene la atención en los SUH sobre el resto del hospital, especialmente en la sobrecarga de los servicios centrales y en la gestión posterior de los pacientes, pero también en aspectos económicos y de calidad. Entre los condicionantes no intrínsecos mencionan la todavía precaria dotación estructural, la saturación y demoras que provocan disminución de la calidad e insatisfacción, la vulneración casi sistemática de la intimidad y la confidencialidad, la inadecuada discriminación de la urgencia, la existencia simultánea de procesos que requieren atención urgente entre los ya ingresados y la heterogeneidad organizativa y formativa. La variabilidad en la práctica clínica de los SUH no es sino la consecuencia más inmediata de algunos de estos determinantes²⁴.

Pero, también desde el lado de la oferta, uno de los factores más importantes es el mantenimiento de una AP poco adecuada a las necesidades actuales. Cuando comenzó la implantación de su red, en 1978, existían importantísimas desigualdades socioeconómicas y en salud, grandes inequidades en el acceso, rentas más bajas, alta ruralidad, bajos niveles educativos y culturales, y morbimortalidad basada sobre todo en infecciones agudas; pero, casi 30 años más tarde, no puede obviarse que se han producido cambios trascendentales (envejecimiento progresivo, cronificación de enfermedades que se descomponen o complican y precisan tecnologías y manejo rápido, aumento de la renta y la educación, aunque se mantienen grados acusados de desigualdad e inequidad repercutiendo sobre todo en la salud), y se han desarrollado expectativas en nuestra sociedad que han originado nuevas percepciones y perspectivas en los ciudadanos.

Uso inadecuado de los SUH y factores asociados

El crecimiento de las visitas –urgentes y no urgentes– a los SUH ha dado lugar a múltiples estudios sobre los factores relacionados con esa asistencia, y se han analizado numerosas intervenciones implantadas con el objetivo de reducir las atenciones "inapropiadas"²⁵. Dado que, generalmente, se habla de "inadecuación" cuando se utiliza un nivel superior para la gestión de procesos que podrían ser solucionados en escalones inferiores, estaría apriorísticamente justificada la mejora de la accesibilidad y la introducción de herramientas para realizar directamente la actuación en la propia AP, bien en sus consultas programadas o bien en los dispositivos de urgencia extrahospitalarios.

Entre los factores implicados figuran: a) algunos elementos demográficos (edad, género, estado civil, situación laboral, niveles de estudios y socioeconómico) donde se afirman que presentan superior adecuación en sus visitas a los SUH las personas mayores, los varones, los viudos y los separados, los activos y aquellos que tienen menor grado educativo y menor renta; b) el estado previo de salud, pues los antecedentes patológicos, los procesos asociados, la discapacidad y la mala percepción subjetiva provocan menor inadecuación; c) la organización sanitaria, fundamentalmente el escenario (urbano o rural) de la AP y los dispositivos de urgencias extrahospitalarios; d) el entorno (hora, día de la semana, condiciones meteorológicas, distancia al SUH, forma de acceso, tipo de demanda), donde se ha comprobado mayor adecuación durante las noches de sábados y domingos, en ubicaciones alejadas y con volante de remisión o evacuación de un profesional²⁶⁻³⁴.

Necesidad, demanda y oferta de salud

La salud depende de la interacción de varios componentes multidisciplinares (la renta, la educación, la vivienda, el ocio y los estilos de vida, la herencia biológica, el medio ambiente, la situación laboral y el tipo de trabajo) y no sólo de la mera asistencia sanitaria³⁵. Lalonde³⁶ definió algunos determinantes de la salud (la biología humana, el entorno, los hábitos y la atención sanitaria), enfatizando la trascendencia de los más ajenos a los recursos asistenciales para su consecución y mejora. Dever³⁷ especificó que el mayor grado de cooperación a la producción de salud lo configuraban especialmente los tres primeros elementos,

valorando su participación económica en menos del 10% del gasto, en tanto que la actividad sanitaria superaba el 90%.

La oferta de servicios en salud en cualquier país debería ser el producto de un análisis en el que confluyeran el conocimiento y la opinión de los técnicos, las características demográficas y epidemiológicas de la población y las necesidades expresadas por ésta. La percepción de las necesidades de salud, desde el punto de vista del ciudadano, es una dimensión no siempre considerada, e incorporarlas, en el proceso de elaboración de políticas de salud, implicaría buscar estrategias adecuadas para conocerlas y estudiar su impacto en los costes y en la reducción de las desigualdades entre comunidades.

Con perspectiva económica, y partiendo de los conceptos de demanda y necesidad, Becker³⁸ propuso la "teoría del capital humano" afirmando que las personas demandaban *inputs* para crear *outputs* que produjeran bienestar y que asumían, explícitamente, una conducta maximizadora con el objetivo de lograr más utilidad o una mayor función de bienestar. Grossman³⁹ consideró a la salud como un bien fundamental en la demanda del consumidor, dado que otorgaba a los recursos sanitarios el valor de *inputs* para producir más salud, permitiendo que las personas aumentasen su utilidad y la disponibilidad para el trabajo que incrementasen su renta. Grossman³⁹ estudió también los efectos de dos variables (edad y educación) sobre la demanda, afirmando que los individuos jóvenes y de mayor nivel educacional aumentaban el producto marginal de los diferentes *inputs* utilizados, reduciendo su cantidad para obtener el mismo grado de salud.

Le Grand⁴⁰ analizó en qué medida las estructuras determinantes de las políticas públicas, en particular la existencia de criterios de mercado, influían en la asignación y planificación de objetivos, y reflexionó acerca de los desafíos que debían enfrentar los sistemas de protección social europeos frente al envejecimiento poblacional, la creciente desigualdad de ingresos y el desempleo. Según el modelo de demanda de Phelps y Newhouse⁴¹, el individuo sería maximizador de su utilidad en un ambiente de incertidumbre y, por ello, tendería a evitar el riesgo y a asegurarse, por lo que esa demanda tendría más relación con la propia necesidad que con el coste.

Sobre estos planteamientos, la necesidad sentida y la expresada tienen una gran correlación con la demanda, y se manifiesta cuando un individuo percibe que su estado de salud se deteriora y precisa una asistencia, decidiendo acceder al sistema

sanitario e introduciendo tres elementos: la gravedad, los condicionantes socioeconómicos y los culturales. Si bien estos factores presentan escaso valor en la toma de decisiones, cuando la gravedad percibida es alta, casi todos los investigadores se suelen basar en la teoría microeconómica de la demanda, intentando estimar elasticidades demanda-precio y demanda-renta, desde funciones de utilidad y restricciones presupuestarias. La demanda de atención sanitaria se convierte, así, en utilización cuando el profesional justifica esa necesidad y el individuo la recibe realmente, en dependencia de factores sociodemográficos y socioeconómicos.

Necesidad, demanda y oferta de atención urgente

Es evidente que la conceptualización subjetiva de un determinado proceso como "urgente" es una característica inherente al individuo, que ha ido asimilando y asumiendo a lo largo de los últimos años como consecuencia del desarrollo psicoantropológico, económico y social. Andersen⁴² clasificaba los elementos determinantes del uso de servicios sanitarios en predisponentes (edad, sexo, raza, educación, actividad laboral, tamaño familiar), facilitadores (renta individual y disponibilidad y accesibilidad de los recursos) y de necesidad (percepción del estado de salud y grado de limitación de las actividades por problemas específicos). Padgett y Brodsky⁴³ añadían, aplicando ese modelo a la atención urgente, que era preciso un reconocimiento inicial de la situación, al que seguiría la decisión de buscar asistencia y, finalmente, que ésta fuera considerada como inmediata. Sería, pues, una expresión de una demanda de salud, ante una oferta correctamente desarrollada, que se traduciría en una necesidad subjetiva pero no siempre objetiva, en un escenario donde la relación de agencia se equilibra y donde la capacidad del profesional para obviarla disminuye claramente, lo que no ocurriría si se demandase, por ejemplo, una intervención neuroquirúrgica o una nutrición parenteral.

En el análisis entre necesidad, demanda y oferta de servicios de salud (Figura 2), la atención urgente ocupa posiciones muy diferentes en dependencia de su propia capacidad y de los otros dos determinantes. Así, situaciones que son demandadas por el individuo aunque no obedezcan a "verdaderas" necesidades de salud tienen siempre respuesta (posición 4) en los SUH, mientras que procesos complejos que son demandados y son

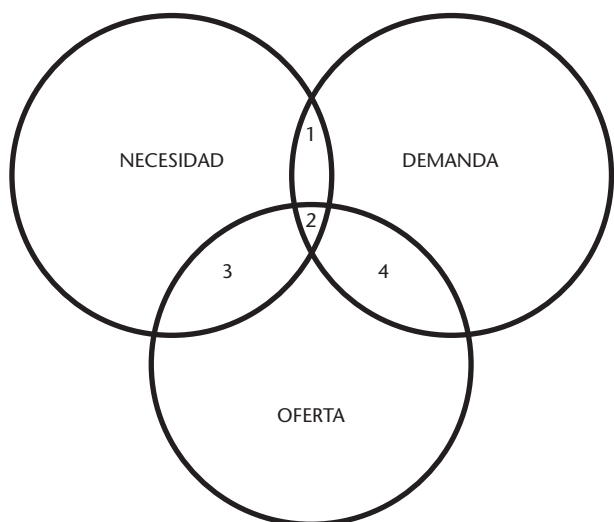


Figura 2. Interrelaciones de la necesidad, la demanda y la oferta.

considerados necesidades “reales” pueden tener o no su correspondiente nivel de oferta del sistema (posiciones 1 y 2, respectivamente). Esta última sería, por ejemplo, el fiel reflejo de la mínima o nula respuesta a los accidentes de tráfico en el tiempo y con los recursos adecuados en nuestras carreteras.

El individuo elabora un autodiagnóstico tras la pérdida de su nivel de salud, que es el determinante de la demanda (percibida más expresada) en relación con el conocimiento personal de la oferta de recursos sanitarios, y decide –en un contexto globalizado con sus necesidades laborales, familiares y económicas– acudir al punto donde cree que su atención va a ser más efectiva, en ausencia de criterios éticos o de gasto^{44,45}.

Escenario actual y nuevos planteamientos

Realizado un estudio de la situación y concretados los aspectos sobre los que asienta el desequilibrio oferta/demanda en el modelo vigente, debe analizarse la eficacia de las intervenciones desarrolladas sobre sus determinantes. Con los fundamentos de acercar los recursos de AP a los ciudadanos, implicar a la sociedad mediante nuevas estrategias formativas en salud, introducir barreras para intentar disminuir la demanda o reformar la organización funcional de los SUH, se han realizado algunas actuaciones cuyos efectos se exponen a continuación (Tabla 1).

A. Resultados de las intervenciones

A.1. Sobre la mejora del acceso a la AP. Recientes publicaciones confirman que acercar las con-

sultas y los dispositivos extrahospitalarios de urgencias a los ciudadanos no disminuye la frecuentación en los SUH. Así, Weinberger⁴⁶ ha comprobado que con esta actuación no desciende la tasa de readmisiones hospitalarias sino que aumenta, aunque con mayor nivel de satisfacción de los pacientes, en tanto que Sánchez⁴⁷ observa que apenas afecta en el medio urbano, y Peiró²⁸, Oterino^{29,31,32} y Sempere^{30,33,34} expresan que aunque se incrementa la utilización en los centros de AP no disminuye en los SUH, no pudiendo catalogarse como alternativa eficaz. De los artículos analizados se deduce que se ha observado mínima efectividad, no reduciendo solamente las visitas a los centros primarios sino aumentando las de los propios SUH y, además, no se ha comprobado sustituibilidad entre los dos tipos de asistencia urgente mediante estudios de cointegración, que es un modelo econométrico para identificar relaciones estables o de largo plazo, entre dos o más variables, cuando se emplean series temporales^{29,32}.

A.2. Sobre la elevación del nivel educativo sanitario. También para Peiró²⁹ sus efectos son dudosos o, incluso, nulos. En todo caso, la educación para la salud es un procedimiento lento, complejo y que precisa importantes inversiones, no siendo recomendado para este fin.

A.3. Sobre la instauración de barreras. Las distintas intervenciones investigadas (administrativas, territoriales, económicas, clasificatorias) han mostrado ligeras disminuciones de la frecuentación a los SUH, pero no han logrado minimizar los casos inadecuados²⁸. En concreto, el copago o *ticket* moderador sólo ha logrado descender un 15% las visitas, más entre los pacientes no urgentes, pero a los fallos en la equidad deben sumarse los hallados en la seguridad y en el efecto disuasorio a las rentas más bajas y a los verdaderos enfermos⁴⁹.

A.4. Sobre las actuaciones organizativas. Las reformas introducidas en la gestión de los SUH han conseguido disminuir algunas visitas inadecuadas, pero no han modificado el comportamiento de los hiperfrecuentadores^{50,51}. Sí han obtenido buenos resultados (descensos del 45% en los ingresos, del 50% en las consultas al SUH y del 26% en las estancias) ciertos modelos basados en cambios organizacionales para enfermos crónicos e hipervisitadores de los SUH, a través fundamentalmente de línea telefónica^{52,53}. Otras actuaciones, como la instalación de *fast-tracks* (vías rápidas)⁵⁴⁻⁵⁶, recientemente reevaluadas^{57,58}, la implantación de *walk-in centres* en el modelo británico⁵⁹ o la introducción de personal entrenado de enfermería en procesos de niveles menores^{60,61} y en el *triaje*^{14,62} han tenido diferentes efectos, positivos en la mayoría de las

Tabla 1. Fundamentos, intervenciones y resultados

Fundamento	Intervención	Resultado	Investigador
Mejorar el acceso	Aumentar recursos en AP.	Aumenta la tasa de readmisiones, aunque produce mayor satisfacción.	Weinberger ⁴⁶
	Acercar consultas y dispositivos no hospitalarios.	Apenas efectividad en el medio urbano.	Sánchez ⁴⁷
	Id.	Aumenta la frecuentación en AP pero sin disminuir en el hospital.	Peiró ²⁸
	Id.	No produce sustituibilidad entre los dos modelos.	Oterino ^{29,31,32}
Estrategias de salud	Id.	No reduce la frecuentación sólo en AP sino que aumenta en los hospitales.	Sempere ^{30,33,34}
Instaurar barreras	Elevación del nivel educativo.	Efecto dudoso o nulo. Procedimiento muy lento y costoso.	Peiró ²⁹
	Administrativas.	Ligera disminución de la frecuentación, pero no disminuyen las visitas inadecuadas.	Peiró ²⁸
	Territoriales (sectorización).	Escasa cumplimentación real, no se ha evaluado su impacto real, organiza la demanda.	Peiró ²²⁸
Reformas organizativas	Económicas (copago).	Disminuye 15% pero con fallos en seguridad y equidad.	Selby ⁴⁶ , Moreno ⁴⁷
	<i>Triage</i> .	Aumenta calidad, disminuye tiempos, diferencias entre niños y adultos, no seguridad.	Gómez ⁶² , Peiró ²⁸
	Reformas en la gestión. Modelos telefónicos.	No modifican a los hiperfrecuentadores. Disminuyen 45% los ingresos, 50% las consultas y 26% las estancias, pero sólo sirven para hiperfrecuentadores y crónicos.	Pope ⁵⁰ , Afilalo ⁵¹ Gamboa ^{52,53}
	<i>Fast-tracks</i> .	Aumentan la frecuentación pero también la calidad y la satisfacción, con importante reducción de costes.	Nollman ⁵⁴ , Camp ⁵⁵ , Moreno ⁵⁶ , Rodi ⁵⁷ , Nash ⁵⁸
	<i>Walk-in centres</i> . Enfermería en <i>trriage</i> . Enfermería en procesos menores.	Disminuyen la frecuentación en los hospitales. Disminuyen tiempos de espera. Buena efectividad clínica, disminuyen tiempos de espera, aumenta la satisfacción.	Chalder ⁵⁹ Berthier ¹⁴ , Gómez ⁶² Thrasher ⁶⁰ , Carter ⁶¹
	<i>Gatekeeping</i> .	Reduce la utilización pero no los casos inadecuados.	Peiró ²⁸

AP: Atención primaria.

ocasiones, logrando reducciones de la frecuentación a los SUH pero, sobre todo, elevando el nivel de calidad y de satisfacción de los ciudadanos.

B. Análisis económicos

Aunque Williams⁶³ afirmaba que el coste marginal de una atención no urgente en un SUH era inferior al de una urgencia real, investigaciones y publicaciones posteriores de Bamezai⁶⁴, Kellermann⁶⁵ y Pines⁶⁶ aseguran que no se trata de economías de escala, sino que influyen en ese gasto no solamente los costes fijos y los variables, sino también los semivariables (enfermería). Por tanto, el incremento del gasto sanitario es evidente y, en la actualidad, los SUH están sometidos a enormes presiones y fuerzas (financieras, sociales, organizativas y de marketing) que incluso han obligado al cierre de algunos de ellos en los Estados Unidos dada su baja rentabilidad⁶⁷.

C. Demanda social

Se ha mantenido a lo largo de los últimos años con una tendencia creciente, dados especialmente

el crecimiento poblacional originado por el envejecimiento y la inmigración, de forma muy acusada en España y en otros países desarrollados (Nueva Zelanda, Australia, Alemania, Canadá, Italia, Reino Unido) e, incluso, en Estados Unidos como consecuencia de la falta de aseguramiento de un amplio sector (50 millones de personas) y de las inequidades y desigualdades en salud provocadas por las diferencias en renta de muchos grupos sociales. Pero, también, por las nuevas y altas expectativas de los ciudadanos, con exigencia de inmediatez ante un servicio que consideran gratuito en el momento de su prestación, demanda social que pretenden justificar sobre la evolución socioeconómica de la segunda mitad del pasado siglo XX.

Reforma del diseño, implantación de estrategias y conclusiones

Hace ya más de una década, y haciéndonos eco de algunas de las conclusiones del informe del Defensor del Pueblo⁶ y de la alarma producida

por los medios de comunicación, defendíamos la tesis de que era el progreso social –y las desigualdades residuales perversas por él originadas– la causa fundamental del aumento de la frecuentación y utilización de los SUH^{21,22}. Urbanos²³ aludía a la inequidad en el acceso, especialmente sensible a los socioeconómicamente menos favorecidos, pero también a la asimetría de información existente entre los agentes de la consulta (profesional y paciente) y a la menor capacidad de decisión del primero ante una situación presentada como urgente por el segundo. Y ahora coincidimos con Peiró²⁸ y Oterino^{29,31,32} en que, ante la ineficacia de las intervenciones realizadas, son precisas soluciones que incorporen la realidad al sistema de salud, dado que no parecen ser los ciudadanos (demanda) los causantes del desequilibrio, sino la escasa adaptabilidad y adecuación de los propios SUH (oferta) a un modelo social que ha evolucionado con excesiva rapidez.

En este sentido, afirmamos que es necesario mejorar y reformar las estructuras físicas y funcionales de los SUH, aumentar la calidad de la actividad y la satisfacción de ambos agentes y, desde luego, potenciar alternativas originales a la hospitalización convencional, procurando la mínima afectación del conjunto del hospital^{21,22,28,32,34}. Estamos de acuerdo con Miró⁶⁸ y Sánchez⁶⁹ cuando expresan que en la masificación de los SUH no sólo intervienen factores de presión externos sino también internos, destacando la organización funcional y las relaciones y coordinación del SUH con el resto del hospital.

Existe, por tanto, una demanda social que podríamos calificar actualmente como “justificada” –basándonos en el desarrollo psicoantropológico, socioeconómico y sanitario– que reclama y exige efectividad, rapidez y calidad. Frente a ella, una necesidad de salud, entendida como el resultado de una evaluación retrospectiva epidemiológica de la sociedad, a la que se asignan y redistribuyen recursos adecuados para su consecución, mantenimiento y mejora. ¿Sobre cuál de ambos planteamientos debe planificarse en adelante la atención urgente en los SUH?

Si decidiéramos acreditar la demanda social, deberían seguirse tres estrategias: partir de que hay distintos niveles de necesidad, ampliar la capacidad de la oferta y adaptar el hospital al SUH. En el primer punto, hay que tener presente la existencia de distintos grados de gravedad, complejidad y soportes, procurando respuestas orientadas al beneficio esperado. En segundo lugar, el sistema tendría que desarrollar ofertas globalizadas pero con escalones diferenciados, teniendo así disponibilidad absoluta

para todo tipo de necesidad planteada, con redistribución de recursos en dependencia de los entornos geodemográfico, epidemiológico y sociosanitario. Finalmente, deberían agilizarse las herramientas de gestión del hospital, evitando estancias inapropiadas e innecesarias para pesos relativos específicos, complicaciones y comorbilidades, de manera que fuera el centro sanitario quien se adecuara al SUH y no al revés. Para esto sería imprescindible analizar y conocer perfectamente el *case-mix* del hospital, la concentración de cada bloque de GRD en cada servicio, la dotación humana y tecnológica, el presupuesto económico y los indicadores de calidad. En definitiva, se trataría de maximizar la efectividad y la eficiencia del SUH y del resto del hospital con una organización funcional y un modelo de gestión que permitiera los menores tiempos de intervención, las mejores líneas de producción y la mayor satisfacción de profesionales y usuarios sin interferencias ni detrimento de ninguna de las dos partes.

Es obvio que para conseguirlo habría que plantearse reformas, quizás radicales, de las estructuras y recursos del hospital en su conjunto, pensando siempre en su simbiosis organizativa: zonas de cribado, unidades de emergencia, soporte vital y cuidados intensivos, áreas de observación, centros intermedios, consultas, *fast tracks*, departamentos de telecomunicación sanitaria, sistemas de información e informatización, etc. El SUH se transformaría así en el servicio más importante del hospital, desde un punto de vista estratégico y funcional global, con una disposición horizontal e íntima relación gestora con el resto.

Estamos seguros de que si adaptáramos los SUH a la demanda social (real) y no a la necesidad de salud (irreal), en un escenario de rediseño general hospitalario, lograríamos un enorme avance para nuestro modelo asistencial, nuestro sistema de salud y, en definitiva, sus dos principales agentes: los profesionales y los ciudadanos.

(En recuerdo del Prof. David Oterino de la Fuente, recientemente fallecido, por su positiva labor investigadora sobre la adecuación de la atención hospitalaria urgente).

Bibliografía

- 1 Derlet RW, Richards JR. Overcrowding in the nation's emergency departments: complex causes and disturbing effects. *Ann Emerg Med* 2000;35:63-8.
- 2 Hirshon JM, Morris DM. Emergency medicine and the health of the public: the critical role of emergency departments in US public health. *Emerg Med Clin North Am* 2006;24:815-9.

- 3 Dale J, Green J, Reid F, Glucksman E. Primary care in the accident and emergency department: I. Prospective identification of patients. *Br Med J* 1995;311:423-6.
- 4 Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado, 1994. Instituto Nacional de Estadística, Madrid, 1995.
- 5 Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado, 2005. Instituto de Información Sanitaria, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007.
- 6 Defensor del Pueblo. Informe sobre Urgencias Hospitalarias. Oficina del Defensor del Pueblo, Madrid, 1988.
- 7 Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud. Urgencias y emergencias sanitarias. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1991.
- 8 Trzeciak S, Rivers EP. Emergency department overcrowding in the United States: an emerging threat to patient safety and public health. *Emerg Med J* 2003;20:402-5.
- 9 Miró O, Antonio MT, Jiménez S, De Dios A, Sánchez M, Borrás A, et al. Decreased health care quality associated with emergency department overcrowding. *Eur J Emerg Med* 1999;6:105-7.
- 10 Cowan RM, Trzeciak S. Clinical review: emergency department overcrowding and the potential impact on the critically ill. *Crit Care* 2005;9:291-5.
- 11 Schull MJ, Kiss A, Szalai JP. The effect of low-complexity patients on emergency department waiting times. *Ann Emerg Med* 2007;49:257-64.
- 12 Richardson DB. Increase in patient mortality at 10 days associated with emergency department overcrowding. *Med J Austr* 2006;184:213-6.
- 13 Showstack J. The costs of providing non urgent care in emergency departments. *Ann Emerg Med* 2005;45:493-4.
- 14 Berthier F, Andreu M, Bourjac M, Baron D, Branger B, Turbide A. Analysis of cost and of non-medical care load of patients seen in an accident and emergency department – the importance of clinical classification of emergency patients. *Eur J Emerg Med* 1998;5:235-40.
- 15 Marín N, Caba A, Ortiz B. Determinantes socioeconómicos y utilización de los servicios hospitalarios de urgencias. *Med Clin (Barc)* 1997;108:726-9.
- 16 Braun T, García-Castrillo L, Krafft T, Díaz-Regañón G. Frecuentación del servicio de urgencias y factores sociodemográficos. *Gac Sanitaria* 2002;16:139-44.
- 17 Byrne M, Murphy AW, Plunkett PK, McGee HM, Murray A, Bury G. Frequent attenders to an emergency department: a study of primary health care use, medical profile, and psychosocial characteristics. *Ann Emerg Med* 2003;41:309-18.
- 18 Tudela P, Modol JM. Urgencias hospitalarias. *Med Clin (Barc)* 2003;120:711-6.
- 19 Sánchez J, Delgado AE, Muñoz H, Luna JD, Jiménez JJ, Bueno A, et al. Frecuencia y características de la demanda atendida en un servicio de urgencia hospitalario. Circuitos de atención. *Emergencias* 2005;17:52-61.
- 20 González JJ, Baztán JJ, Rodríguez L. Ingreso hospitalario urgente en servicios médicos: causas, justificación, factores sociales y sus diferencias en función de la edad. *Med Clin (Barc)* 1994;103:441-4.
- 21 Moreno E. Atención sanitaria urgente y demanda social: reflexiones sobre la elección de un modelo de respuesta. *Emergencias* 1995;7:108-15.
- 22 Moreno E. Progreso social y demanda asistencial urgente. *Todo Hospital* 1996;128:21-7.
- 23 Urbanos RM. Análisis y evaluación de la equidad horizontal interpersonal en la prestación pública de servicios sanitarios. Un estudio del caso español en el período 1987-1995. Tesis Doctoral. Universidad Complutense, Madrid, 1999.
- 24 Moreno E. Variabilidad en la práctica clínica en la atención urgente y emergente. *Emergencias* 2007;19:222-4.
- 25 Gertman PM, Restuccia JD. The appropriateness evaluation protocol: a technique for assessing unnecessary days of hospital care. *Med Care* 1981;19:855-71.
- 26 Aranaz JM, Martínez R, Rodrigo V, Gómez F, Antón P. Adecuación de la demanda de atención sanitaria en servicios de urgencias hospitalarios. *Med Clin (Barc)* 2004;123:615-8.
- 27 Oterino D, Baños JF, Fernández V, Rodríguez A, Peiró S. Urgencias hospitalarias y de atención primaria en Asturias: variaciones entre áreas sanitarias y evolución desde 1994 hasta 2001. *Gac Sanitaria* 2007;21:316-20.
- 28 Peiró S, Sempere T, Oterino D. Efectividad de las intervenciones para reducir la utilización inapropiada de los servicios hospitalarios de urgencias. Revisando la literatura 10 años después del Informe del Defensor del Pueblo. *Economía y Salud* 1999;33:1-16.
- 29 Oterino D, Peiró S, Calvo. Utilización inadecuada de un servicio de urgencias hospitalario. Una evaluación con criterios explícitos. *Gac Sanitaria* 1999;13:361-70.
- 30 Sempere T, Peiró S, Sendra P, Martínez C, López I. Validación de un instrumento de evaluación de la adecuación de las visitas a urgencias hospitalarias. *Rev Esp Salud Pública* 1999;73:465-79.
- 31 Oterino D, Baños JF, Fernández V, Rodríguez-Álvarez A. Impacto en Asturias de las urgencias de atención primaria sobre las hospitalarias. Un análisis de cointegración de series temporales. *Rev Esp Salud Pública* 2007;81:191-200.
- 32 Oterino D, Baños JF, Fernández V, Rodríguez A. Does better access to primary care reduce utilization of hospital accident and emergency departments? A time-series analysis. *Eur J Public Health* 2007;17:186-92.
- 33 Sempere T. Utilización inadecuada de las urgencias hospitalarias (tesis doctoral). Departamento de Salud Pública, Universidad "Miguel Hernández", Alicante, 1999.
- 34 Sempere T, Peiró S, Sendra P, Martínez C, López I. Inappropriate use of an accident and emergency department: magnitude, associated factors and reasons. An approach with explicit criteria. *Ann Emerg Med* 2001;37:568-79.
- 35 Regidor E, De Mateo S, Gutiérrez-Fisac L, Fernández K, Rodríguez C. Diferencias socioeconómicas en el uso y acceso de recursos de salud en España. *Med Clin (Barc)* 1996;107:285-7.
- 36 Lalonde M. A conceptual framework for health. *RNAO News* 1974;30:5-6.
- 37 Dever A. Epidemiología y Administración de Servicios de salud. Aspen Publishers, Rockville, Maryland, 1991.
- 38 Becker G. The human capital. Columbia University Press, New York, 1964.
- 39 Grossman M. The human capital model of the demand of health. In Newhouse JP, Culyer AJ, Handbook of Health Economics, North-Holland Ed, Amsterdam, 2000.
- 40 Le Grand J. Can we afford the welfare state? *Br Med J* 1993;307:1018-9.
- 41 Newhouse JP, Phelps CE, Schwartz WB. Policy options and the impact of national health insurance. *N Engl J Med* 1974;290:1345-59.
- 42 Andersen, RM, McCutcheon A, Aday LA, Chiu GY, Bell R. Exploring dimensions of access to medical care. *Health Services Research* 1983;18:49-74.
- 43 Padgett DK, Brodsky B. Psychosocial factors influencing non-urgent use of the emergency room: review of the literature and recommendations for research and improved service delivery. *Soc Sci Med* 1992;35:1189-97.
- 44 Pasarín MI, Fernández MJ, Calafell J. Razones para acudir a los servicios de urgencias hospitalarios. La población opina. *Gac Sanitaria* 2006;20:91-9.

- 45 Castells X. Utilización de los servicios de urgencias hospitalarios. La importancia de la perspectiva de los usuarios. *Gac Sanitaria* 2006;20:99-100.
- 46 Weinberger M, Oddone EZ, Henderson WG. Does increased to primary care reduce hospital readmissions? *N Engl J Med* 1996;334:1441-7.
- 47 Sánchez J, Bueno A. Factores asociados al uso inadecuado de un servicio de urgencias hospitalario. *Emergencias* 2005;17:138-44.
- 48 Selby JV, Fireman BH, Swain BE. Effect of copayment on use of the emergency department in a health maintenance organization. *N Engl J Med* 1996;334:635-41.
- 49 Moreno E. Ventajas e inconvenientes del copago en la financiación y gestión de la atención sanitaria urgente. *Emergencias* 2007;19:32-5.
- 50 Pope D, Fernandes CMB, Bouthillier F, Etherington J. Frequent users of the emergency department: a program to improve care and reduce visits. *Can Med Assoc* 2000;162:1017-20.
- 51 Cardin S, Afilalo M, Lang F, Collet JP, Colacone A, Tselios C, et al. Intervention to decrease emergency department crowding: does it have an effect on return visits and hospital readmissions? *Ann Emerg Med* 2003;41:173-85.
- 52 Gamboa F, Gómez E, de Villar E, Vega J, Mayoral L, López R. Un nuevo modelo para la asistencia a los pacientes multitingresadores. *Rev Clin Esp* 2002;202:187-96.
- 53 Gamboa F, Gómez E, de Villar E, Vega J, López R, Polo J. La atención especial a los pacientes reingresadores puede ser eficiente. Análisis coste-beneficio de un nuevo modelo asistencial. *Rev Clin Esp* 2002;202:320-5.
- 54 Nollman J, Colbert K. Successful fast tracks: data and advice. *J Emerg Nurs* 1994;20:483-6.
- 55 Camp J, Ferrer M, Alemany X, Bosch X, Pedrol E, Millá J. Dispensario de urgencias extrahospitalarias: un eslabón útil entre la atención primaria y el hospital. *Todo Hospital* 1995;103:43-7.
- 56 Moreno E. Atención urgente o consulta rápida: necesidad de respuesta a una demanda social. *Med Clin (Barc)* 1996;106:478.
- 57 Rodi SW, Grau MV, Orsini CM. Evaluation of a fast track unit: alignment of resources and demand results in improved satisfaction and decreased length of stay for emergency department patients. *Qual Manag Health Care* 2006;15:163-70.
- 58 Nash K, Zachariah B, Nitschmann J, Psencik B. Evaluation of the fast track unit of a university emergency department. *J Emerg Nurs* 2007;33:14-20.
- 59 Chalder M, Sharp D, Moore L, Salisbury C. Impact of NHS walk-in centres on the workload of other local healthcare providers: time series analysis. *Br Med J* 2003;326:532-6.
- 60 Thrasher C, Purc-Stephenson RJ. Integrating nurses practitioners into Canadian emergency departments: a qualitative study of barriers and recommendations. *Can J Emerg Med* 2007;9:275-81.
- 61 Carter AJE, Chochinov AH. A systematic review of the impact of nurse practitioners on cost, quality of care, satisfaction and wait times in the emergency department. *Can J Emerg Med* 2007;9:286-95.
- 62 Gómez J, Boneu F, Becerra O, Albert E, Ferrando JB, Medina M. Validación clínica de la nueva versión del Programa de Ayuda al Triaje (web_e-PAT v3) del Modelo Andorrano de Triaje (MAT) y Sistema Español de Triaje (SET). Fiabilidad, utilidad y validez en la población pediátrica y adulta. *Emergencias* 2006;18:207-14.
- 63 Williams RM. The costs of visits to emergency departments. *N Engl J Med* 1996;334:642-6.
- 64 Bamezai A, Melnick G, Nawathe A. The cost of an emergency department visit and its relationship to emergency department volume. *Ann Emerg Med* 2005;45:483-90.
- 65 Kellermann AL. Calculating the cost of emergency care. *Ann Emerg Med* 2005;45:491-2.
- 66 Pines JM. The economic role of the emergency department in the health care continuum: applying Michael Porter's five forces model to emergency medicine. *J Emerg Med* 2006;30:447-53.
- 67 Moreno E. Crisis en los servicios hospitalarios de urgencias norteamericanos: ¿social, clínica o económica? *Emergencias* 2006;18:336.
- 68 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;20:143-8.
- 69 Sánchez M, Miró O, Coll-Vinent B, et al. Crecimiento de los servicios de urgencias: cuantificación de los factores asociados. *Med Clin (Barc)* 2003;121:161-72.

Why not adapt hospital emergency departments to social demands instead of health needs?

Moreno Millán E

During recent years developed countries have witnessed a stepwise increase in the use of the hospital emergency departments (HED) even in low complexity situations that could have been managed in other healthcare levels. Apart from being a consequence of demographic changes (migration and ageing population) other factors may be associated with this situation such as the perceived need for immediate care, the difficulty of access to other resources of the system, the lack of public coverage and the socioeconomic and cultural level. This phenomenon contributes to HED overcrowding, loss of care continuity and quality, professionals dissatisfaction, delays in the attention of true emergency situations, higher health costs and has very important consequences on the management of the rest of the hospital. The interventions made to date to dissuade or to avoid the increase on the frequentation in HED (education improvements, reducing administrative barriers, copayment, implementation of primary care centres) have shown poor effectiveness or even uselessness. Considering the knowledge of the differences between the need, demand and supply of health care, from an anthropological and social point of view – and the attempts for justify citizen perceptions in an emergency – a new functional design should be implemented to manage these processes in a new scenario, in which the hospital should be adapted to the model of management of the HED and not vice versa. [*Emergencias* 2008;20:276-284]

Key words: Emergency department. Financial management, hospital. Health services needs and demand. Needs assessment.