

# **INFORME AL PARLAMENTO 2008**

**INFORME DEL DEFENSOR DEL PUEBLO ANDALUZ  
AL PARLAMENTO DE ANDALUCÍA  
SOBRE LA GESTIÓN REALIZADA DURANTE 2008**

## **SALUD Y CONSUMO**

así porque no existe una insalvable o imprevisible razón objetiva y fundada –evolución clínica de la patología- que legitime el trato diferenciado del resto de usuarios, sino que nos encontramos ante unas razones de tipo estructural y organizativo que pueden ser modificadas acometiendo las debidas obras de reforma, o habilitando otros espacios alternativos como arriba se ha señalado.

En base a lo expuesto formulamos la siguiente **Sugerencia**:

*“Que se estudien las medidas oportunas para acometer las debidas reformas estructurales, de organización o habilitación de espacios en las Unidades de Salud Mental de los hospitales públicos que lo necesiten, con el fin de que los pacientes dispongan de la superficie necesaria para hacer efectivo su derecho a ser acompañados por sus familiares y allegados durante el proceso asistencial”.*

Urgencias y Emergencias.

Sin duda, de entre todas las cuestiones que se nos han presentado en relación a este apartado, destacan la queja relativa a los Servicios de Urgencias del Hospital Universitario Virgen del Rocío planteada por parte del personal facultativo del mismo, así como otra relativa a las condiciones de trabajo en que se desenvuelve la actividad de los médicos residentes en estos servicios, para por último ocuparnos de un caso, desgraciadamente no excepcional, de descoordinación de los distintos niveles de urgencias.

Así en la **queja 06/5139** acudió a esta Institución un colectivo de médicos del Servicio de Urgencias del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla, denunciando la situación del mencionado servicio. Entre las deficiencias a las que aludían se destacaban la reducida dimensión de la plantilla, las deficiencias arquitectónicas de los espacios destinados a Urgencias, la práctica sistemática de no cubrir los puestos que quedan vacantes por bajas o vacaciones del personal, los problemas que se derivan de la utilización de MIR en el servicio, las responsabilidades que recaen sobre los facultativos de plantilla y la distribución de puestos y horarios.

Tras la admisión a trámite de su queja, se requirió el oportuno informe del Director-Gerente del Hospital y del Director General de Personal y Desarrollo Profesional del Servicio Andaluz de Salud. Además de los informes trasladados por dichas instituciones, se aportó el Plan Funcional de Urgencias del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla, elaborado por la Jefatura de Servicio y refrendado por la Junta Facultativa del Hospital.

La primera cuestión que se planteaba era la suficiencia o no de la plantilla del personal adscrito a dicho Servicio para atender a la demanda asistencial. Si partimos de los datos que figuran en la Memoria de Gestión de dicho Hospital de 2006, resulta que el número de urgencias atendidas durante dicho año es de 114.631, con un promedio diario de 314 y un porcentaje de urgencias no ingresada del 90,4 %, de lo que se deriva que sólo el 9,6 % de los casos de urgencia atendidos son objeto de ingreso hospitalario. A ello hemos de añadir que en el Contrato Programa 2005-2008 para los hospitales el servicio Andaluz de Salud establece que el número de ingresos más las derivaciones no deben superar el 15 % de las urgencias atendidas.

La plantilla total del Servicio de Urgencias del Hospital, de acuerdo con los datos aportados por la Subdirección, era de 27 médicos con plaza y 7 eventuales, lo que hacía un total de 34 profesionales, sin contar los profesionales adscritos al Hospital de Traumatología y Rehabilitación que hacen jornada complementaria en el Hospital General.

De acuerdo con el Plan Funcional, el número mínimo de puestos de trabajo en la puerta de Urgencias sería el siguiente:

	PLANTILLA ADJUNTOS	RESIDENTES
MAÑANA	5	5 R1
TARDE	5	5 R1+2 R2
NOCHE	3	5 R1+2 R2

El turno nocturno, a su vez, se subdividía en tres: en el primero intervienen un médico de guardia y tres residentes; en el segundo, un médico de guardia y dos residentes; y en el tercero un médico de guardia y dos residentes, manteniendo tres consultas disponibles en cada turno.

No disponíamos de datos directos acerca de la intensidad horaria en la atención a las urgencias; sin embargo la Dirección expresaba que la media es de unas 50 urgencias diarias nocturnas, mientras que los facultativos reclamantes expresan que dicha media asciende hasta unas 100 diarias. Los estudios de la doctrina científica aportan la idea general de que existe un “pico” de demanda en Urgencias, que supera los 10 pacientes por hora, desde las 9 de la mañana hasta las 9 de la noche. A partir de esta última, se produce una progresiva disminución en la atención, que alcanza el punto más bajo de 2 a 3 de la madrugada.

Si tomamos en cuenta todos los datos aportados, junto a la frecuencia diaria que resulta de la referida Memoria de Gestión de 2006, resultaría una media de 239 urgencias atendidas en horario de mañana y tarde y 75 en horario de noche. Teniendo en cuenta los puestos de trabajo que como mínimo prevé el Plan Facultativo, se deducía para dicho periodo una media diaria de 10,86 urgencias por facultativo (sea adjunto o MIR) durante la mañana y tarde y 7,5 urgencias por facultativo durante la noche. Sin embargo estos datos pueden ser engañosos, máxime cuando hemos de tener en cuenta que los residentes –que son de primer y segundo año- están tutorizados por los adjuntos y que los MIR-1 no pueden firmar los ingresos de los pacientes ni decidir sobre los destinos finales o intermedios de los pacientes, de acuerdo con el Plan Funcional del centro. Por tanto, estos residentes no pueden actuar de forma autónoma, sino que siempre intervendría asesorados y dirigidos por su tutor en la atención de la urgencia, lo cual implica un incremento notorio en el número de asistencias en las que deben estar presentes los facultativos no residentes.

Partiendo de los estándares de acreditación de los Servicios de Urgencias Hospitalarias, elaborados por la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES), el personal médico destinado en consultas debe ser de un número no inferior a un facultativo por tres visitas/hora en cada turno; por tanto, en consultas el ratio debe girar, aproximadamente, en un médico adjunto por cada 4.000 pacientes asistidos al año. A los efectos de dicho cómputo, se excluyen los MIR-1, habida cuenta de la tutorización permanente y la situación de presencia física del adjunto que requieren, y los residentes de los demás cursos se tabularían a razón de dos residentes por un adjunto.

Teniendo en cuenta que la Memoria de Gestión 2006 del Hospital señala que son 114.631 las urgencias atendidas dicho año, el número óptimo de médicos adjuntos, de acuerdo con los criterios elaborados por la sociedad científica citada, sería de 28,65. Según el Plan Funcional Interno, la plantilla destinada a puerta está constituida por 13 adjuntos, más 15 MIR-1 y 4 MIR-2, lo que arroja un número total de adjuntos, de acuerdo con los criterios que estándar que estamos utilizando, de 15, cifra manifiestamente inferior, casi en la mitad, a la deseable.

Carecíamos de datos exactos para evaluar cuáles son los “puntos negros” de atención en urgencias atendiendo a las franjas horarias. Sin embargo podemos deducir, según lo que se infiere de las manifestaciones hechas por los interesados y la Administración, que surgen problemas de especial gravedad durante las franjas horarias de la tarde -en particular a partir de las 18 horas- y respecto a los distintos turnos de madrugada, que se encuentran bajo niveles mínimos, sin tener en cuenta que desde las 22 hasta las 24 horas aún existe una demanda importante, a la que hay que añadir los pacientes que quedan pendientes de atención desde la última franja de la tarde.

Teniendo en cuenta todo lo expuesto, concluimos la necesidad de incrementar el personal destinado al servicio de puerta de las Urgencias del Hospital, hasta alcanzar los estándares de calidad recogidos por SEMES, y ello en consonancia con la necesidad de facilitar una asistencia de calidad a los pacientes que acuden a un servicio de tanta importancia y tan sensible para el conjunto de la sociedad.

Otro punto que mereció una especial atención era el relativo al trabajo de los MIR en el Servicio de Urgencias y al grado de responsabilidad que debe asumir el adjunto frente a las actuaciones de los residentes, extremo que se aborda con mayor detalle en la **queja 08/3315** que recogemos a continuación en este informe.

Respecto al asunto de la falta de cobertura de las bajas que tienen lugar por vacaciones o enfermedades, con independencia de que las mismas sean de corta duración y que el nivel de absentismo sea bastante bajo, como nos informaba el Hospital, ello no es óbice para que un servicio tan trascendental para ciudadano como el de Urgencias tenga también una planificación adecuada a los efectos de que la plantilla, ya de por sí bastante sobrecargada por el número de pacientes que demandan su asistencia, no deba soportar además un incremento en su esfuerzo laboral al no preverse de una manera ágil y flexible la cobertura de las plazas que quedan vacantes.

El problema de las sustituciones no es nuevo, se agudiza periódicamente durante la época estival, y debe ser objeto de un estudio pormenorizado por los órganos de dirección, fijando una bolsa de sustitutos lo suficientemente amplia y accesible para

atender de una manera pronta y adecuada a las eventualidades que puedan surgir en cualquier momento.

Otra cuestión debatida era la de la distribución horaria y de puestos, con situaciones no rotatorias. Nada se nos decía al respecto por parte del Hospital respecto a la disponibilidad horaria de cada miembro concreto de la plantilla o su posibilidad de mantenerse en un mismo turno o poder cambiar dentro de ellos.

Evidentemente, la asignación de puestos y horarios debe ser lo más equitativa posible, tanto en cuanto a puestos como respecto a los horarios. De la información facilitada por la Administración y los estudios científicos resulta evidente la acumulación de urgencias en ciertas franjas horarias y una clara disminución de las mismas en horario nocturno.

El hecho de no realizar una distribución rotatoria implica una sobrecarga para ciertos facultativos que siempre tendrán una saturación en su jornada superior que la de otros que disfrutan de una carga menor.

Tanto la atención al paciente como el derecho de los facultativos a ser tratados con equidad aconsejan una rotación de todo el personal, dejando a salvo a quienes, por causas debidamente justificadas, se encuentren imposibilitados para incorporarse a tal sistema. La implantación de este sistema redundaría en una mayor cohesión del equipo de trabajo.

La distribución de jornada y turnos debe llevarse a cabo con la flexibilidad suficiente para que el personal facultativo pueda verificar en condiciones normales su tarea de formación continua y actualización, que en el sector de atenciones de Urgencias reviste un carácter imprescindible para proporcionar una atención de calidad.

También tratamos otra cuestión: las infraestructuras físicas. La calidad del servicio de Urgencias de cada hospital se encuentra condicionado, en gran medida, por el espacio físico del que se dispone a los efectos de poder desarrollar adecuadamente su labor, impidiendo así el lamentable espectáculo de pacientes en camillas por los pasillos y la saturación de las salas de espera y de los puestos de estancias cortas, que forzosamente se alargan más allá de lo deseable. En este sentido, resulta extremadamente necesario proceder a “redimensionar” el área física de urgencias por parte del hospital, elaborando un estudio sobre ello, basado en la presión asistencial diaria y en la necesidad de habilitar un espacio suficiente para poder atender en condiciones óptimas a los pacientes.

El ámbito del espacio físico de las urgencias tiene una relación estrecha, no sólo con la calidad de la asistencia que se presta a los pacientes, sino también con la adecuada garantía de sus derechos fundamentales, tales como el derecho a la intimidad.

En este sentido, tomando como base el informe elaborado por la SEMES “Urgencias Sanitarias en España”, se pone de manifiesto un fuerte descontento de la ciudadanía acerca de la protección de su intimidad y privacidad durante su estancia en Urgencias. Resulta evidente que evitar la masificación en el servicio contribuiría netamente a solucionar tal problema.

Según las normas de acreditación de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, el número de consultas habilitadas debe ser de una por cada 10.000 visitas al año con carácter obligatorio, sin embargo en el Hospital sólo se cuenta con ocho, cuando la presión asistencial aconsejaría once.

A estos efectos, sería conveniente fijar dentro del Plan Funcional la superficie total necesaria, teniendo en cuenta que según los criterios de acreditación de la SEMES es necesario que cada consulta tenga una superficie mínima de 8 metros cuadrados, para incrementar el número total de las mismas, todo ello con el acometimiento de las debidas obras de reestructuración y reforma, indisolublemente unidas a un incremento en la dotación del personal, lo cual resulta obligado atendiendo a las nuevas dimensiones del servicio.

Es necesario hacer hincapié en el procedimiento de elaboración y aprobación del vigente Plan Funcional de Urgencias del Hospital.

Si bien es cierto que dicho Plan, de conformidad con lo prescrito en la normativa aplicable, ha sido elaborado por el Jefe del Servicio y aprobado por la Junta Facultativa del Hospital, no lo es menos que en el Punto 8.2.1 del Plan Funcional de la Sección de Urgencias y del Servicio de Cuidados Críticos y de Urgencias, recogida como documento técnico del Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias, establece:

“El Plan Interno de la Sección de Urgencias debe ser elaborado por la Jefatura del Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias, así como conocido y compartido por todos sus miembros y aprobado por la Dirección”.

Señalar en primer lugar que los principios recogidos en el Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias, tiene un carácter vinculante respecto a los Planes Funcionales Internos, los cuales deben adaptarse a las exigencias y principios contenidos en aquél.

Lo que se pretende con el Punto 8.2.1 es remarcar una idea absolutamente lógica: sólo si un Plan Interno de Urgencias se encuentra apoyado y compartido por la gran mayoría, si no por la totalidad, de los miembros de la plantilla resultará viable y útil; caso contrario se encuentra destinado al fracaso. Resultaba sintomático que casi la mitad de los miembros del personal de Urgencias hubieran firmado la queja, lo cual era un claro indicio de que, con independencia de que se cumplieran los trámites legales formales, dicho Plan resultaba irrealizable en la práctica al no contar con un amplio respaldo de los profesionales a los que va dirigido.

Recomendábamos en este punto a la Dirección a plantearse la necesidad de elaborar un nuevo Plan Funcional en orden a lograr los consensos más amplios posibles, teniendo siempre como fin último conseguir una óptima atención al paciente, centro de nuestro sistema sanitario.

Es sabido que uno de los problemas básicos con lo que se enfrenta cualquier servicio de urgencias hospitalaria es la afluencia masiva de pacientes al mismo, siendo constatable que un buen número de quienes acuden a dichos servicios podrían obtener más adecuadamente dicha asistencia por otra vía. En el informe ya citado varias veces

“Urgencias Sanitarias en España” se manifiesta el sentir común de los facultativos acerca de la saturación del servicio debida, entre otras razones, al mal uso que algunos ciudadanos hacen del mismo, cuando se acude a urgencias con patologías banales.

La concurrencia de esta circunstancia implica, de forma evidente, un innecesario incremento de la actividad asistencial y, como no, de los costes de los Servicios de Urgencias de los que, a veces, se hace un uso incorrecto.

En este sentido se impone por la Administración sanitaria y, especialmente, por los responsables de los servicios de urgencias, una auténtica actuación pedagógica e informativa respecto a la ciudadanía, mostrándole la necesidad de acudir a los mismos sólo en aquellos casos en que nos encontremos ante una situación que auténticamente sea tal y no para actos que perfectamente pueden ser atendidos en las consultas ordinarias. Debe desterrarse la idea de acudir a urgencias porque la lista de espera es demasiado larga.

Las consideraciones expuestas nos permitieron realizar a la Dirección-Gerencia del Hospital la siguiente **Recomendación**:

*“Que se establezca un incremento urgente y progresivo del personal que constituye la plantilla del personal destinado a puerta de urgencias, hasta alcanzar los límites fijados en los estándares de acreditación de la SEMES.*

*Que se proceda a la elaboración por la Comisión de docencia del Hospital de un protocolo escrito de actuación para graduar la supervisión a los residentes en los servicios de Urgencias, con expresa delimitación de los ámbitos de responsabilidad del personal en formación, distinguiendo según el número de años de permanencia.*

*Que se prevea una serie de criterios o procedimientos para elaborar protocolos destinados a cubrir de una manera inmediata y eficaz las vacantes que puedan surgir en los puestos de Urgencias por bajas o vacaciones del personal.*

*Que se elabore un cuadrante o estructuración de plantilla en la que se prevea la rotación de facultativos dentro de las distintas jornadas y turnos, siempre que sea posible, distribuyendo equitativamente entre todos la carga asistencial.*

*Que se verifique un estudio tendente a fijar las necesidades de superficie para salas y consultas del Servicio de Urgencias, acometiendo las reformas necesarias para conseguir una adecuada proporción entre las infraestructuras de las Urgencias y la demanda asistencial.*

*Que se elabore un nuevo Plan Funcional Interno del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Virgen del Rocío, con el apoyo más amplio posible, si no cabe la unanimidad, de los profesionales que atienden al Servicio”.*

Asimismo, y con apoyo en la misma norma legal, formulamos la siguiente **Sugerencia**:

*“Que se organicen campañas de publicidad, conferencias, charlas coloquios o cualesquiera otros foros dirigidos a la ciudadanía en general, para concienciarla acerca del uso racional de los servicios de urgencias y de los inconvenientes que genera el mal uso de dichos recursos”.*

Por otro lado, se promovió de oficio la **queja 08/3315** ante la noticia difundida por los medios de comunicación de que, en un Hospital granadino, los médicos residentes de primer año estaban firmando los partes de alta y baja de pacientes en el Área de urgencias sin visado de los respectivos tutores.

Se requirió a la Dirección Gerencia el pertinente informe, el cual nos fue remitido, alegando la existencia de un informe de la Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Andaluz de Salud en el que se expresaba que el visado dependía de la puesta en marcha de los protocolos regulados en el artículo 15.5 del Real Decreto 138/2008, lo cual no tendrá lugar hasta el mes de Febrero de 2009, sin que procediera la exigencia de tal requisito antes de dicha fecha.

A este respecto el referido Real Decreto establece:

«La supervisión de residentes de primer año será de presencia física y se llevará a cabo por los profesionales que presten servicios en los distintos dispositivos del centro o unidad por los que el personal en formación esté rotando o prestando servicios de atención continuada.

Los mencionados especialistas visarán por escrito las altas, bajas y demás documentos relativos a las actividades asistenciales en las que intervengan los residentes de primer año.

Las previsiones contenidas en este apartado se adaptarán a las circunstancias específicas de supervisión en las especialidades cuya duración sea de un año».

...

«Las comisiones de docencia elaborarán protocolos escritos de actuación para graduar la supervisión de las actividades que lleven a cabo los residentes en áreas asistenciales significativas, con referencia especial al área de urgencias o cualesquiera otras que se consideren de interés.

Dichos protocolos se elevarán a los órganos de dirección del correspondiente centro o unidad para que el jefe de estudios de formación especializada consensúe con ellos su aplicación y revisión periódica» (art. 15. 3 y 5).

El Acuerdo de 31 de Julio de 2007, del Consejo de Gobierno, sobre las mejoras de las condiciones de trabajo de personal con relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud, en su artículo 6 determina que en plazo de seis meses y, en todo caso, antes de acabar el año 2007, se procedería a la aprobación del Estatuto del Residente Andaluz, que abarcaría temas como la tutorización y el grado de responsabilidad del residente.

Entendemos que en informe de la Dirección General se tratan dos cuestiones distintas: la necesidad de visado en los informes elaborados por residentes de primer año y la elaboración del Protocolo de actuación para graduar la supervisión en áreas