

La atención continuada al enfermo crítico y el modelo andaluz

Sr. Director:

Desde hace más de 30 años se ha impulsado la continuidad asistencial al enfermo, específicamente al grave y complejo, como uno de los factores indicativos de la calidad asistencial. Así se logró que, en 1972, se implantaran en EE.UU. los *Emergency Medical Services Systems*, como prototipo de atención integral¹. Pues bien, Murillo et al han publicado recientemente en estas mismas páginas un artículo especial titulado “Ocho años de modelo andaluz de Medicina Crítica”² sobre el que, en mi opinión, merece realizar algunas consideraciones.

En primer lugar, me resulta sorprendente que Medicina Intensiva publique un manuscrito de opinión, sin ningún indicador –clínico, económico, de calidad o de gestión– que avale lo que en el texto se referencia, y con unas conclusiones no sustentadas. Además, el artículo tiene un claro sesgo regionalista, especialmente en su escasa bibliografía (13 de 15 citas son andaluzas)².

El denominado “modelo andaluz” no ha sido contrastado con la realidad ni consensuado con las partes. Es la consecuencia de una imposición administrativa (Resolución 6/94)³ que ha motivado, a mi juicio, significativas desigualdades e injusticias entre los profesionales (los “urgenciólogos” están acotados en la sección, mientras unidades pequeñas de Medicina Intensiva se benefician de su conversión a servicio) y también entre las áreas que lo componen (las Unidades de Urgencias de hospitales comarcales superan en actividad a las de Cuidados Intensivos [UCI] y viceversa). De la lectura del artículo no puede deducirse que el “modelo andaluz” presenta indudables ventajas.

En 1984, en el Hospital de Txagorritxu ya se había realizado una integración funcional y transitoria –condiciones ineludibles– con el acuerdo unánime de todos los profesionales, la Dirección y las Juntas Facultativa y de Gobierno, buscando objetivos concretos de mejora de la gestión, efectividad y eficiencia de ambas Unidades, y con resultados evidentemente positivos en todos ellos^{4,5} (fig. 1).

La integración funcional pretendía preservar las estructuras físicas y el personal adscritos a los servicios existentes. El objetivo de la integración transitoria era corroborar que una cooperación temporal entre los profesionales tradicionales de las áreas de Urgencia, adecuadamente formados en conocimientos y técnicas invasivas, y los de las UCI, redundaría en beneficios para el enfermo, los profesionales sanitarios implicados, sus departamentos, el hospital y el propio sistema de salud^{4,5}.

El Hospital Santa Creu i Sant Pau, de Barcelona, creó y desarrolló en 1998 otro modelo de continui-

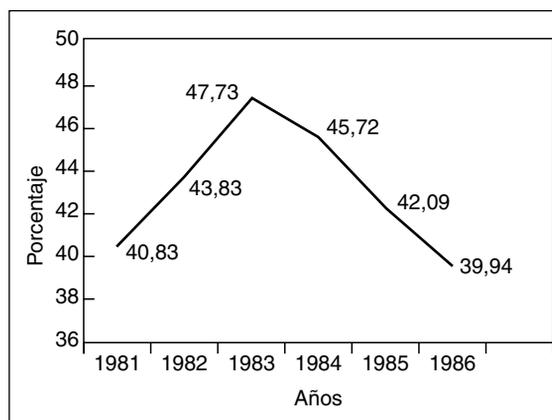


Figura 1. Evolución del porcentaje de ingresos en la UCI procedentes de Urgencias sobre el total. Año 1983: incorporación del modelo de integración funcional.

dad asistencial basado en la progresividad de la atención según los niveles de riesgo, configurando 4 circuitos de diferentes características. Los resultados de este plan han sido considerados positivos⁶.

La Junta Directiva y el Consejo de Dirección de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) han replicado con dureza al artículo de Murillo et al, y a las sobresalientes calificaciones otorgadas al “modelo andaluz”⁷. No creo que sea momento oportuno para hostilidades –nunca lo es– entre disciplinas que deben ser consideradas como afines, complementarias y convergentes, y mucho menos entre sociedades científicas, porque si bien tienen el loable quehacer de defender los intereses profesionales de sus asociados, también deben procurar e implantar líneas de acción y producción cuidadosamente seleccionadas.

Espero que la SEMICYUC y la SAMIUC, por un lado, y la SEMES y la SEMES-Andalucía, por otro, con sus orientaciones técnicas, puedan alcanzar un consenso que permita la elección de un nuevo modelo de atención al enfermo crítico y que redunde en mejoras para todos los agentes del sistema.

E. MORENO MILLÁN

Jefe de Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Txagorritxu. Vitoria. España. (en excedencia).

Delegación Provincial de Salud. Sevilla. España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Emergency Medical Services Systems. En: Kravis TC, Warren CG, editors. Urgencias Médicas. Barcelona. Salvat Ed, 1984.
2. Murillo F, Herrera M, Pino E, Rodríguez M, Pérez I. Ocho años de modelo andaluz de medicina crítica. *Med Intensiva* 2003;27:240-8.
3. Dirección Gerencial del Servicio Andaluz de Salud. Resolución 6/1994, de 15 de marzo, sobre Creación de los Servicios

de Cuidados Críticos y Urgencias en los hospitales del Servicio Andaluz de Salud, Sevilla, 1994.

4. Moreno E. Coordinación Urgencias-UMI: papel del intensivista en un sistema integral de emergencias. Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias. Calella (Barcelona), 1986.

5. Moreno E, Muñoz J. Repercusión de la formación del personal médico de un servicio hospitalario de Urgencias en patología crítica, SVA y RCP. *Med Intensiva* 1987;11:293-301.

6. Vázquez G, Benito S, Cáceres E, et al. Una nueva concepción de Urgencias: el Complejo de Urgencias, Emergencias y Críticos del Hospital Santa Cruz y San Pablo. *Rev Esp Calidad Asistencial* 2001;16:45-54.

7. Junta Directiva Nacional y Consejo de Dirección de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES). Sobre el modelo andaluz de Medicina Crítica. *Emergencias* 2003;15:368-71.