

# Estudio de la Red Pública de Atención de Urgencia de la Región Metropolitana:

Componente unidades de emergencia hospitalaria de alta complejidad.

**The Public Emergency Care Network of the Metropolitan Region (Chile):  
The hospital Units of higher complexity.**

**Dr. Manuel Ipinza Riveros \***

## Resumen

Las Unidades de Emergencia Hospitalarias (UEH) de los hospitales de mayor complejidad del país y en particular de la Región Metropolitana, viven en una permanente situación de sobre demanda de consultas, la mayor parte de ellas de baja o mediana gravedad, las que debieran ser resueltas en el primer nivel de atención. Esta situación se agudiza en ciertas horas, días o períodos del año, lo que las lleva a enfrentar situaciones críticas al borde del colapso, lo que es motivo de alarma pública y conmoción mediática.

El estudio se propone identificar los eventuales déficits de infraestructura, de equipamiento y de personal de salud clave, mediante el uso de indicadores elaborados y propuestos por el propio Ministerio de Salud, que permitan explicar la situación antes descrita.

El estudio es una primera fase, que parte de las UEH, para luego incluir a los otros componentes del sistema de atención de urgencia, para un enfoque y un análisis sistémico del problema.

*Palabras claves: Atención de Salud; Atención de Urgencia; Red de Urgencia; Sistema de Atención de Urgencia.*

## Abstract

The Emergency Rooms of the higher complexity hospitals throughout the country, and mainly those at the Metropolitan Region, have to face in a permanent way an over demand of medical consultations, the vast proportion of them of low or medium severity, that should be seen at the primary level of health care. This demand is increased in certain hours, days or periods over the year, producing severe crisis and almost the collapse of these services, with public alarm and media commotion.

The study aims to identify the eventual deficits in infrastructure, technology or key health staff, by using indicators elaborated and proposed by the Ministry of Health itself, which could explain the above mentioned situation.

This study is the first phase of a more systemic approach, that will include in future steps the other components of the Emergency Health Care System.

*Key words: Health Care; Emergency Health Care; Emergency Network; Emergency Care System.*

## 1. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

### 1.1. Identificación del problema que genera la realización del estudio

El proceso de Reforma ha puesto de manifiesto la insuficiente compilación, coordinación y análisis de la información disponible acerca de las necesidades objetivas de atención de urgencia por parte de la población de Chile en su conjunto, lo que impide o dificulta el poder planificar, reorganizar e implementar adecuadamente un Sistema Nacional de Atención de Urgencia, que dé satisfacción a las necesidades diagnosticadas, a partir del total de la oferta asistencial existente.

### 1.2. Identificación y descripción del tema a estudiar

Las "emergencias" médicas son calificadas como tales por las propias personas afectadas o por personas de su entorno, y por tanto no se corresponden necesariamente con la calificación de emergencias realizadas por el personal de salud y en particular por los médicos(1;2). En todo caso, dichas emergencias médicas pueden revestir diferentes grados de gravedad y en consecuencia, tendrían que ser atendidas en unidades de "urgencia" dotadas de los recursos humanos, tecnológicos y de insumos acordes a dichas diferentes necesidades (3; 4; 5). Es así como hoy, a diferencia de un pasado no tan lejano, las emergencias médicas no se tratan sólo en las "unidades o servicios de urgencia" adosados a los hospitales o en las "postas de urgencia" autónomas de estos, sino que son atendidas en prácticamente todos los establecimientos que componen la red asistencial, tanto pública como privada y otras (6; 7).

En 1990 el número total de consultas médicas de urgencia se elevó a 6.486.632 y en el año 2002 esta cifra prácticamente se duplicó, llegando a 12.693.711 consultas en los establecimientos del sistema público de atención, incluidos los consultorios y Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPUs) administrados por las municipalidades (8).

A nivel de la Región Metropolitana (R.M.) esta situación no es, en lo esencial, diferente. Es así que en el año 1990 el total de consultas médicas de urgencia ascendió a la cifra de 2.288.589, todas ellas otorgadas a nivel de los hospitales; en cambio, en el año 2003, el total de consultas fue de 4.718.717,

de las cuales casi la mitad, esto es 2.254.483 fueron entregadas en los SAPU y menos del 5 por ciento del total, 232.279, a nivel de los Consultorios (7). En la R.M. se da el agravante de que la sobredemanda a algunas Unidades de Urgencia Hospitalarias, en particular a las del Hospital Sótero del Río y a la Asistencia Pública, son causa de crisis que lindan en el colapso de las mismas y son motivo de alarma pública y de revuelo en los medios.

Hay consenso entre los médicos y otros profesionales que trabajan en los servicios de urgencia de más alta complejidad, y este criterio es compartido por los especialistas en salud pública, que una proporción muy alta de consultas de urgencia demandadas a estos servicios (algunos lo estiman entre el 80 o el 90% de las consultas), no corresponden a emergencias propiamente tales o a condiciones de tal gravedad que no puedan ser resueltas en otras instancias del sistema de atención, y más bien corresponden a la insuficiente cobertura y la baja resolutivez del nivel primario de atención, y la confianza que la población chilena ha tenido históricamente en los servicios de urgencia en general y en el Hospital de Urgencia Asistencia Pública en particular (9; 10 y 11).

El sistema de urgencia, por tener que enfrentar y tratar de dar solución a problemas de emergencia, tiene que tener (y de hecho tiene) algunos atributos que le son propios y que lo diferencian del sistema de atención general. No obstante, es un subsistema del sistema general y como tal, hay interrelaciones que afectan el funcionamiento de ambos. Un ejemplo de ello es la sobredemanda a los servicios de urgencia hospitalarios que señalábamos antes y otro ejemplo es el alto índice ocupacional de las camas hospitalarias, tanto de atención regular como de pacientes críticos, que impide la evacuación oportuna de los pacientes desde los servicios de urgencia y la necesidad de estos de tener sus propias camas, lo que en estricto rigor no es lo que corresponde.

En consecuencia, este estudio, al finalizar el análisis de todos sus componentes, permitirá identificar, tanto las brechas negativas, esto es, lo que falta para dar una atención de urgencia oportuna, respetuosa, acogedora, efectiva y eficiente a todos los que la necesiten según sus propias necesidades y asimismo las brechas positivas, esto es la oferta que está demás, dado que el sistema de atención en su conjunto no cumple sus funciones a cabalidad, con sinergia, efectividad y eficiencia.

## 2. OBJETIVOS (GENERAL Y ESPECÍFICOS)

### 2.1. Objetivo General:

Disponer de un diagnóstico regional integral de las brechas entre las necesidades de atención de urgencia y la actual oferta de la misma, en todos los componentes del sistema de la Región Metropolitana, esto es a nivel de Consultorios, de SAPUs, de Atención Pre Hospitalaria de Rescate, de Unidades de Urgencia y de Unidades de Pacientes Críticos a nivel hospitalario.

### 2.2. Objetivos Específicos:

Conocer las brechas en cantidad, tipo y calidad:

- de personal de urgencia
- de infraestructura
- de equipamiento
- de medicamentos críticos
- de medios de transporte
- de medios de comunicación
- de organización
- de gestión

## 3. LOCALIZACIÓN GEOGRÁFICA Y COBERTURA DEL ESTUDIO

El estudio tiene cobertura regional y comprende a la totalidad de los servicios de urgencia públicos locales y regionales.

## 4. ESPECIFICACIÓN DE LAS VARIABLES A ANALIZAR <sup>[1]</sup>

1. N° de horas semanales contratadas de: médicos, enfermeras, otros profesionales de salud y personal de técnicos paramédicos..
2. Competencias del personal para realizar las funciones pertinentes.
3. Superficie construida total y por espacios de atención específicos (salas de espera, boxes de atención, laboratorios, pabellones, etc.).

<sup>[1]</sup> Las variables y los indicadores utilizados en este estudio, fueron seleccionados por su posibilidades de obtención y por su representatividad, del conjunto de los mismos sugeridos por el Ministerio de Salud en los documentos 3; 5;11 y 12 de las referencias.

4. Cantidad, tipo y calidad del equipamiento de diagnóstico y tratamiento en uso.
5. Stock de medicamentos críticos existentes.
6. Stock de otros insumos críticos existentes.
7. Cantidad, tipo y calidad de los medios de transporte en uso.
8. Cantidad, tipo y calidad de los medios de comunicación radial, telefónica y computacional en uso.
9. Estimación de las necesidades utilizando información epidemiológica y clínica y estadísticas de atención
10. Organización de los recursos para el cumplimiento de las funciones.
11. Gestión de los recursos para el cumplimiento de las funciones, con especial énfasis en la coordinación intra sistema y con otros sistemas, incluidos carabineros, bomberos y otros.
12. Presupuesto de operación, de inversión y de mantención.
13. Estadísticas de consultas y egresos de urgencia por establecimientos y por subsistemas.

## 5. MATERIAL Y MÉTODOS.

Se procedió en primer lugar a revisar toda la abundante documentación (Informes de Comisiones y Grupos de Trabajo; Decretos; Resoluciones; Normas y Guías; Evaluaciones Internas y Externas; Circulares; Publicaciones en Revistas Científicas y en Medios de Prensa, y otros) existente en el Ministerio de Salud sobre el tema, desde el año 1966 hasta el año 2005 y de los cuales sólo los más importantes se citan en la bibliografía.

Sobre la base de dicha revisión, se identificaron los problemas que aún subsisten en el Sistema Público de Atención de Urgencia y se definieron los objetivos del estudio.

Estos antecedentes y objetivos fueron presentados al Consejo Regional Santiago del Colegio Médico de Chile, mandante del estudio, para su conocimiento y aprobación. Se aprobó iniciar el estudio con el componente "Unidades de Emergencia Hospitalarias (UEH) de Alta Complejidad".

El siguiente paso consistió en la elaboración del "Cuestionario" para la recolección de la información definida en las variables a analizar. Para la elaboración de este Cuestionario se tomó como fuente de referencia oficial la "Guía de Planificación y Diseño de Unidades de Emergencia Hospitalaria", documento de la Unidad de Estudios de la División de Inversiones

y Desarrollo de la Red Asistencial del Ministerio de Salud, del año 1997.

Elaborado el cuestionario, se sometió al conocimiento, revisión y aporte de sugerencias de uno de los Jefes de las Unidades de Emergencia a ser estudiadas, profesional médico de extensa trayectoria y competencia en la especialidad, asistencial, administrativa y académica y que ha prestado servicios de asesoría en la materia al Ministerio de Salud en múltiples oportunidades.

A continuación de la aprobación de este profesional, el cuestionario fue dado a conocer a la Mesa Directiva del Consejo Regional Santiago del Colegio Médico de Chile para su sanción definitiva, previa a su aplicación.

El cuestionario fue entregado personalmente por el autor del estudio a cada uno de los Jefes de las Unidades de Emergencia a estudiar, con el propósito de explicarles los objetivos del estudio, así como cada una de las preguntas específicas contenidas en el cuestionario, de tal forma de asegurar la uniformidad de las respuestas.

Una vez respondido el cuestionario se sostuvo una nueva reunión con cada uno de los Jefes de las UEH estudiadas, con el fin de verificar la integridad y consistencia de la información entregada y en caso necesario su complementación.

El paso siguiente y final, antes de proceder al procesamiento, tabulación y análisis de la información recogida, fue visitar las UEH, acompañado del Jefe de la UEH, o en su defecto de la Enfermera Jefe respectiva, con el apoyo del cuestionario respondido como pauta de cotejo, a fin de tener una percepción vivencial complementaria que enriqueciera en términos cualitativos los contenidos de las respuestas al cuestionario. Esta visita ocular se complementó con preguntas a las autoridades acompañantes y a personal médico y de enfermería presentes en los turnos visitados.

## 6.- RESULTADOS

Se entregaron cuestionarios a las cinco Unidades de Emergencia de alta complejidad de atención de adultos de la Región Metropolitana, excluyéndose la del Hospital Luis Tisné, por regirse por un modelo de atención diferente al resto y que no la hace comparable a la luz de los objetivos de este estudio.

## 6.1. Datos de Población.

**TABLA 1**

**POBLACIÓN MAYOR DE 15 AÑOS, TOTAL E INSCRITA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA MUNICIPAL, POR SERVICIOS DE SALUD DE LA REGIÓN METROPOLITANA \* CHILE 2005**

SERVICIO DE SALUD	POBLACIÓN		
	TOTAL	INSCRITA	% del Total
NORTE	503.980	371.837	73,8
ORIENTE	880.629	382.720	43,5
SUR ORIENTE	952.435	819.061	86,0
SUR	780.148	625.075	80,1
OCCIDENTE	768.631	634.221	82,5
CENTRAL	665.144	**	**

\* Fuente: <http://deis.minsal.cl/indexep.asp>

\*\* Atención Primaria no Municipalizada

### Comentario:

En cifras de población total asignada a cada Servicio de Salud, es el SSM Sur Oriente el que tiene el mayor volumen, lo siguen el SSM Oriente, el Sur, el Occidente y finalmente el Norte. Este dato es importante para el dimensionamiento de las Unidades de Emergencia, especialmente en número de espacios de atención y de equipamiento, pero sobre todo en dotación de personal, especialmente médico, de enfermeras y de técnicos paramédicos. En teoría, estas Unidades de Emergencia deben estar abiertas a atender cualquier tipo de paciente con una urgencia de mediana o alta gravedad, indistintamente de su calidad previsional. Esto es particularmente válido en caso de desastres naturales o accidentes de carácter masivo.

En cuanto a las poblaciones inscritas en los establecimientos de atención primaria bajo administración municipal, y que en consecuencia se consideran las poblaciones beneficiarias del Sistema Público de Atención, vemos que la situación cambia significativamente.

Es así como la población inscrita sigue siendo la más voluminosa en el SSM Sur Oriente y ella alcanza al 86,0 % de la población total de ese Servicio. Sin embargo es el SSM Occidente el que ahora viene a continuación y en él los inscritos son el 82,5 % del total. A continuación vienen los SS Sur, Oriente y Norte. Estos dos últimos tienen poblaciones inscritas muy similares en cifras absolutas, pero en el SSM Norte ella alcanza al 73,8 % del total, en cambio en el SSM Oriente ésta es sólo el 43,5 %.

Este dato es relevante en la realidad concreta de demanda de atención de estos servicios, Es así como en la Unidad de Emergencia del Hospital Sótero del Río, que corresponde al Servicio de Salud con mayor volumen de población total e inscrita, el 99 % de las atenciones corresponden a beneficiarios del SNSS. Lo sigue la UEH del Hospital Barros Luco-Trudeau, que ocupa el tercer lugar tanto en población total como en población inscrita, y en la cual el 97 % de los atendidos son beneficiarios del sistema público. A continuación viene el Hospital San José, del SSM Norte, con un 87,4 % de beneficiarios en el total de personas atendidas. En la UEH del Hospital San Juan de Dios, correspondiente al SSM Occidente, del total de atendidos el 73,5 % son beneficiarios públicos y, finalmente, en la UEH del Hospital del Salvador, del SSM Oriente, el 60% lo son. En otras palabras, esta última UE que es la que tiene el menor volumen de población beneficiaria como porcentaje de la población total del Servicio, parece estar más accesible a no beneficiarios, que en el territorio de ese Servicio son el 46,5 % de la población total.

## 6.2. Dotación de Personal (de categorías seleccionadas).

TABLA 2

### DOTACIÓN DE HORAS DIARIAS DE MÉDICOS, ENFERMERAS Y TÉCNICOS PARAMÉDICOS, EN LAS UNIDADES DE EMERGENCIA DE LOS HOSPITALES 1 DE LA REGIÓN METROPOLITANA \*

CHILE 2004

HOSPITAL	HORAS DIARIAS		
	DE MÉDICOS**	DE ENFERMERAS	DE TÉCNICOS PARAMÉDICOS
SAN JOSÉ	144	69	144
DEL SALVADOR	168	43	142
SÓTERO DEL RÍO	156	41	169
BARROS LUCO	172	75	213
SAN JUAN DE DIOS	144	41	128

\* Fuente: Elaboración propia en base a información proporcionada por los Jefes de las Unidades de Emergencia respectivas.

\*\* Excluye Anestelistas

### Comentario:

Las diferencias entre las cifras absolutas de dotación no permiten sacar ningún tipo de conclusiones. Sólo se puede decir desde ya, a la luz de la información sobre población de la tabla 1, que llama la atención la relativa similitud de ellas a pesar de las significativas diferencias de poblaciones totales y beneficiarias que esa tabla muestra.

Un análisis apropiado lo hacemos a continuación con la información presentada en la tabla 3.

TABLA 3

**DOTACIÓN DE HORAS DIARIAS DE MÉDICOS, ENFERMERAS Y TÉCNICOS PARAMÉDICOS, POR 100.000 HABITANTES TOTALES E INSCRITOS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA MUNICIPAL, EN LAS UNIDADES DE EMERGENCIA DE LOS HOSPITALES 1 DE LA REGIÓN METROPOLITANA\***

CHILE 2004

HOSPITAL	DOTACIÓN POR 100.000 HABITANTES					
	DE MÉDICOS**		DE ENFERMERAS		DE TÉCNICOS PARAMÉDICOS	
	Totales	Inscritos	Totales	Inscritos	Totales	Inscritos
SAN JOSÉ	28,6	38,7	13,7	18,6	28,6	38,7
DEL SALVADOR	19,1	43,9	4,9	11,2	16,1	37,1
SÓTERO DEL RÍO	16,4	17,6	4,3	5,0	17,7	20,6
BARROS LUCO	22,0	27,5	9,6	12,0	27,3	34,1
SAN JUAN DE DIOS	18,7	22,7	5,3	6,5	16,7	20,2

\* Fuente: Elaboración propia en base a información contenida en las tablas 1 y 2.

\*\* Excluye Anestesiastas

### Comentario:

Esta tabla sí permite sacar algunas importantes conclusiones.

Las cifras absolutas de dotación de horas médicas, de enfermeras y de técnicos paramédicos por 100.000 habitantes totales y por 100.000 beneficiarios, a cubrir por cada Unidad de Emergencia, ya muestran grandes diferencias entre cada una de ellas. En general, la UEH del Hospital Sótero del Río, con excepción de los técnicos paramédicos por población total, es la que se encuentra en la situación más desmedrada. Por el contrario, y salvo en dotación de médicos por población inscrita, es el Hospital San José el que estaría en mejores condiciones.

A continuación y con el fin de ilustrar en forma más explícita las diferencias, comparamos estas en términos porcentuales, tomando como parámetro la mejor dotación encontrada.

En médicos por población total, la UEH del Hospital San José tiene un 89,4 % más que el Sótero del Río, un 52,9 % más que el San Juan de Dios, un 49,7 % más que el Salvador y un 30 % más que la del Barros Luco.

En médicos por población beneficiaria, el Salvador tiene la mejor dotación y ella es un 149,4 % mayor que la del Sótero del Río, un 93,4 % mayor que la del San Juan de Dios, un 59,6 % que la del Barros Luco y un 13,4 % más que la del San José.

En cuanto a enfermeras por población total la mejor dotación es la del Hospital San José, que supera en un 218,6 % a la del Sótero del Río, en un 179,6 % a la del Salvador, en un 150,9 % a la del San Juan de Dios y en un 14,3 % a la del Barros Luco.

En relación a la población beneficiaria, la dotación de enfermeras de la UEH del Hospital San José supera en un 272,0 % a la del Sótero del Río, en un 186,2 % a la del San Juan de Dios, en un 66,1 % a la del Salvador y en un 55 % a la del Barros Luco.

En cuanto a técnicos paramédicos y población total, el Hospital San José tiene un 86,9 % más de dotación que el Salvador, un 71,3 % que el San Juan de Dios, un 61,6 % más que el Sótero del Río y un 4,8 % más que el Barros Luco.

Finalmente, en relación a población beneficiaria, el San José tiene un 91,6 % más que el San Juan de Dios, un 87,9 % más que el Sótero del Río, un 13,5 % más que el Barros Luco y un 4,5 % más que el Salvador.

Estas inmensas diferencias no tienen fundamentación ni explicación técnica alguna y son inaceptables desde un punto de vista ético y de equidad. Lamentablemente, al no existir estándares definidos por el Ministerio de Salud en cuanto a dotaciones óptimas por población atender, tampoco es posible establecer si las dotaciones encontradas son las apropiadas. En todo caso y como lo veremos en las tablas siguientes, así como por lo observado en las visitas oculares a estos servicios, con excepción de determinados días u horas de atención, la mayor parte del tiempo estas dotaciones aparecen totalmente sobrepasadas por la demanda en las cinco UEH estudiadas.

**TABLA 4**

**PROMEDIO DIARIO DE CONSULTAS  
MÉDICAS Y DE INTERVENCIONES  
QUIRÚRGICAS EN LAS UNIDADES DE  
EMERGENCIA DE LOS HOSPITALES 1 DE LA  
REGIÓN METROPOLITANA\***

**CHILE 2004**

HOSPITAL	PROMEDIO DIARIO	
	DE CONSULTAS MÉDICAS	DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS
SAN JOSÉ	263	4,7
EL SALVADOR	250	9,2
SÓTERO DEL RÍO	302	11,0
BARROS LUCO	360	5,8
SAN JUAN DE DIOS	246	5,7

\* Fuente: Elaboración propia en base a información proporcionada por los Jefes de las Unidades de Emergencia respectivas.

**Comentario:**

Esta cifras absolutas, promedios diarios de consultas médicas e intervenciones quirúrgicas, no permiten sacar conclusiones, ya que no se correlacionan con las potenciales demandas de las poblaciones beneficiarias respectivas, Además como promedios ocultan las fluctuaciones estacionales, dentro de un mes, de una semana y también durante el día.

En la tabla siguiente se hace un análisis más afinado.

**TABLA 5**

**TASA DE CONSULTAS MÉDICAS E  
INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS DIARIAS  
POR 100.000 HABITANTES TOTALES E  
INCRITOS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA  
MUNICIPAL, EN LAS UNIDADES DE  
EMERGENCIA DE LOS HOSPITALES  
1 DE LA REGIÓN METROPOLITANA\***

**CHILE 2004**

HOSPITAL	PROMEDIO DIARIO POR 100.000 HABITANTES			
	DE CONSULTAS		DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS	
	Totales	Inscritos	Totales	Inscritos
SAN JOSÉ	52,2	70,7	0,9	1,3
EL SALVADOR	28,4	65,3	1,0	2,4
SÓTERO DEL RÍO	31,7	36,9	1,2	1,3
BARROS LUCO	46,1	57,6	0,7	0,9
SAN JUAN DE DIOS	30,1	38,8	0,7	0,9

\* Fuente: Elaboración propia en base a información contenida en las tablas 1 y 4.

**Comentario:**

Las cifras absolutas de promedios diarios de consultas médicas e intervenciones quirúrgicas por 100.000 habitantes totales y beneficiarios son en sí mismas muy ilustrativas, pero para una mejor comprensión de las diferencias, al igual que lo hicimos con los datos de dotación en la tabla 3, las compararemos en términos porcentuales, tomando como parámetro las cifras más altas encontradas.

En consultas médicas por población total la mejor ubicación la tiene la UEH del Hospital San José la cual supera en un 83,8 % a la del Salvador, en un 73,4 % al San Juan de Dios, en un 64,7 % al Sótero del Río y en un 13,2 % al Barros Luco.

Tratándose de población beneficiaria, es siempre el Hospital San José el que proporciona un mayor número de consultas médicas y supera en un 91,6 % al Sótero del Río, en un 82,2 % al San Juan de Dios, en un 22,7 % al Barros Luco y en un 8,3 % al Salvador.

En el caso de las intervenciones quirúrgicas, por población total, es el Sótero del Río el primer ubicado y supera en un 71,4 % al San Juan de Dios y al Barros Luco, en un 33,3 % al San José y en un 20 % al Salvador.

Finalmente, tratándose de intervenciones quirúrgicas por población beneficiaria, el Salvador supera al San Juan de Dios y al Barros Luco en un 166,7 % y al Sótero del Río y al Salvador en un 84,6 %.

Es obvio que estas enormes diferencias no tienen una explicación epidemiológica, es decir que expresen necesidades reales de atención distintas entre estas poblaciones. La explicación está en la oferta potencial de servicios de estas Unidades de Emergencia y de sus respectivos hospitales.

Nuevamente, al igual que lo que comentamos para los datos de la tabla 3, estas diferencias significativas no tienen explicación epidemiológica o de otro índole de carácter técnico, por lo tanto no reflejan diferentes necesidades de atención y sólo expresan diferencias en la oferta de servicios de estas unidades relacionadas con sus dotaciones de recursos, especialmente humanos, para dar cuenta de las demandas de sus consultantes.

### Comentario:

Esta tabla muestra las cargas de trabajo de estos tres tipos de personal, las cuales en el caso de los médicos si bien hay diferencias estas no son tan significativas y es así como el de más alto rendimiento que es el Barros Luco sólo supera en un 40 % al de menor carga que es el del Salvador.

Entre los técnicos paramédicos no hay diferencias y sí las hay entre las enfermeras, donde la carga de trabajo de las del Hospital Sótero del Río es superior en un 94,7 % a la de las enfermeras del Hospital San José.

Hay que destacar que estos rendimientos promedios ocultan grandes diferencias de carga de trabajo entre diferentes días de la semana y entre distintas horas del día, como lo demostró un estudio en profundidad realizado en 1996 en el Hospital Sótero del Río.<sup>[2]</sup>

**TABLA 6**

**RAZÓN DE CONSULTAS MÉDICAS POR HORA DIARIA DE MÉDICOS, ENFERMERAS Y TÉCNICOS PARAMÉDICOS, EN LAS UNIDADES DE EMERGENCIA DE LOS HOSPITALES 1 DE LA REGIÓN METROPOLITANA\***

**CHILE 2004**

HOSPITAL	RAZÓN DE CONSULTAS MÉDICAS POR HORA		
	DE MÉDICO**	DE ENFERMERA	DE TÉCNICO PARAMÉDICO
SAN JOSÉ	1,8	3,8	1,8
EL SALVADOR	1,5	5,8	1,8
SÓTERO DEL RÍO	1,9	7,4	1,8
BARROS LUCO	2,1	4,8	1,7
SAN JUAN DE DIOS	1,7	6,0	1,9

\* Fuente: Elaboración propia en base a información contenida en las tablas 2 y 4.

\*\* Excluye Anestesiastas.

[2] Concha, Juan C., Perfil Epidemiológico de la Consulta de Urgencia de Adultos en un Hospital de la Región Metropolitana.

### 6.3 Disponibilidad de Planta Física.

**TABLA 7**

**DISPONIBILIDAD DE RECINTOS EN UNIDADES DE EMERGENCIA DE ALTA COMPLEJIDAD**

PLANTA FÍSICA	HOSPITALES				
	San José	Barros Luco	Del Salvador	Sótero del Río	San Juan de Dios
1.- <u>Área de Apoyo Técnico</u>					
1.1 Andén de Desembarco	Si	Si	si	si	si
1.2 sala de radio	Si	Si	si	no	si
1.3 sala de Choferes	Si	No	no	no	si
2.- <u>Área Administrativa</u>					
2.1 sala de carabineros	Si	Si	si	si	si
2.2 Regulador	Si	S/I	no	no	no
2.3 SOME	Si	Si	si	si	si
2.4 Secretaría de Unidad	Si	Si	si	si	si
2.5 Oficina Médico Jefe	Si	Si	si	si	si
2.6 Oficina Enfermera Jefe	Si	Si	si	si	si
2.7 Sala Entrevista Familiares	No	Si	si	no	si
3.- <u>Área de Confort</u>					
3.1 Sala de Espera Público	Si	Si	si	si	si
3.2 Triage	Si	Si	si	si	no
3.3 Sala Espera Paciente Ingresado	No	Si	si	no	no
3.4 Baños Públicos	8	7	1	3	2
3.5 Estar Médico	Si	Si	si	si	si
3.6 Estar Enfermeras	Si	Si	si	si	si
3.7 Estar Técnicos Paramédicos	Si	Si	si	si	si
3.8 Estar Personal general	Si	Si	si	¿?	si
3.9 Baños de Personal	10	10	4	8	5
4.- <u>Área Clínica</u>					
4.1 Box de Reanimación	1	2	1	1	1

4.2 Box Procedimientos y Cir. Men.	2	1	1	1	1
4.3 Box Adulto	1	11	3	6	3
4.4 Box Ecografía	No	Si	si	no	no
4.5 Sala de Observación Pacientes	6	2	si	1	1
4.6 Box de Yeso	1	1	1	1	0
4.7 Box Dental	0	1	0	1	1
4.8 Baño de Quemados	0	1	0	0	0
4.9 Aseo de Pacientes	1	1	0	1	0
5.- Área de Apoyo Clínico					
5.1 Estación de Enfermería	Si	Si	si	si	si
5.2 Trabajo Sucio	Si	Si	si	si	si
5.3 Almacenaje Material Clínico	Si	Si	si	si	si
5.4 Lavachatas	Si	Si	si	si	si
5.5 Depósito de Transporte Ropa Sucia y Residuos Sólidos	Si	Si	si	si	si
5.6 Estación de camillas y Sillas de Ruedas	No	Si	si	no	no
5.7 Bodega de Equipos	No	Si	si	si	si
5.8 Guarda Ropa de Personal	Si	Si	si	si	si
5.9 Guarda Ropa de Pacientes	Si	Si	si	no	no
5.10 Recinto de Aseo	Si	Si	¿?	no	no

## COMENTARIOS A LA DISPONIBILIDAD DE RECINTOS

En las Unidades de Emergencia donde no hay Salas de Choferes, este personal tiene un recinto propio en el hospital, el cual es compartido con los choferes de las demás ambulancias.

El Puesto de Regulador es un espacio que debe existir en toda UEH, de un tamaño mínimo de 1 m<sup>2</sup>, provisto de un mesón y una silla, ubicado en el límite entre el área de circulación pública y la de circulación restringida, para que allí, el médico que regula el ingreso de los pacientes y debe discriminar su orden de atención según gravedad, pueda cumplir adecuadamente su función.

Como se observa en la tabla, en cuatro UEH no existe tal puesto.

En cuanto a la Sala de Entrevista a Familiares, este espacio está destinado a entrevistar a los familiares de los pacientes, entregarles información sobre su estado, atender a familiares de donantes de órganos y recepción de antecedentes sobre accidentes y otros hechos.

Debe considerar espacio para un profesional y al menos dos familiares sentados, en un ambiente acogedor y confortable que facilite la relajación y reducción de stress de los acompañantes. Debe tener una superficie aproximada a los 9 m<sup>2</sup>.

En dos UEH no existe tal sala. Llama la atención que una de esas UEH sea de muy reciente construcción.

En cuanto a la Sala de Espera de Pacientes Ingresados, ella debiera tener un espacio de 2 m<sup>2</sup> por cada box de atención, con un espacio mínimo de 4 m<sup>2</sup>. Su propósito es que en ella esperen los pacien-

tes no graves ingresados y que están en espera de recibir tratamiento, de realizarse exámenes, o de otros procedimientos, con el fin de que se sientan asistidos en la UEH y que no obstaculicen las vías internas de la Unidad.

Como se puede observar en la tabla, en tres UEH no existen tales salas y es especialmente llamativo que no las haya en las dos UEH más modernas de la Región Metropolitana.

Con excepción de la UEH de los Hospitales San José y Barros Luco, los baños públicos son absolutamente insuficientes de acuerdo a la norma ministerial. De acuerdo a ella, en el Hospital del Salvador debiera haber 6 baños y sólo hay 1; En el Sótero del Río debiera haber 10 y hay 3; y en el San Juan de Dios debiera haber 6 en lugar de los 2 existentes.

Con respecto a los Boxes de Atención, hay que hacer notar que la norma ministerial no establece el número de ellos de acuerdo a tamaño de población a atender, lo cual sería el parámetro lógico. Tal vez esto explique las grandes diferencias entre el número de ellos en cada UEH estudiada. La UEH del Hospital Barros Luco casi duplica el número de boxes de atención del Sótero del Río y casi triplica las del Salvador y el San Juan de Dios.

El Box de Ecografía es optativo en la norma y por eso no debe llamar la atención su inexistencia en tres UEH, incluidas las dos de más reciente construcción.

La inexistencia de Box de Yeso en la UEH del Hospital San Juan de Dios, se puede explicar por la existencia dentro de esa área geográfica de atención del Hospital Traumatológico.

Lo que no tiene explicación técnica alguna, es la inexistencia en cuatro de las UEH estudiadas de un Baño de Quemados, que de acuerdo a la norma ministerial debe ser un recinto destinado a pacientes que han sufrido quemaduras extensas en su cuerpo, para efectuar un primer aseo, previo al aseo quirúrgico. La excepción la constituye la UEH del Barros Luco.

Su espacio debe permitir el ingreso de pacientes en camilla o silla de ruedas y consta de tina de baño, lavamanos, botaguas, estanterías para insumos y mesón de trabajo, con una superficie estimada de 17 m<sup>2</sup>.

La sala de Aseo de Pacientes, que de acuerdo a la norma está destinada a pacientes que presentan condiciones de aseo altamente deficientes, particularmente vagabundos, debe tener una superficie de 17 m<sup>2</sup> y debe permitir el ingreso de pacientes en camilla

o silla de ruedas y consta de tina de baño, ducha, lavamanos y estantería para insumos.

Dicha Sala está ausente en dos UEH y llama la atención que una de ellas sea la más moderna de la Región Metropolitana.

En relación a la Estación de Camillas y Sillas de Ruedas, que es un espacio de tamaño variable según el número de boxes de atención, lo que de acuerdo a lo encontrado en estas UEH debiera tener una superficie entre 5 y 7 m<sup>2</sup>, con un cupo para 3 a 4 camillas o sillas de ruedas, y cuyo fin es estacionar estos equipos transitoriamente cuando no están ocupados para que no dificulten la circulación de pacientes y personal, es de destacar que sólo las UEH del Hospital del Salvador y del Barros Luco cuentan con dicho recinto y está ausente, pese a que la norma está vigente desde 1997, en las dos UEH más modernas de la Región Metropolitana.

En todo caso y de acuerdo a la información proporcionada por los jefes y personal de estas UEH y comprobada personalmente por el autor de este estudio, lo habitual es que tanto sillas de ruedas, pero sobre todo camillas, estén permanentemente ocupadas con pacientes ingresados, incluso en tratamiento. En otras palabras, no hay sillas ni camillas ociosas que guardar.

En dos UEH no hay Guardarropía de Pacientes, espacio de 2 m<sup>2</sup> para 10 lockers con llave, destinado a guardar transitoriamente la ropa y los bienes de los pacientes hospitalizados transitoriamente en la Sala de Observación. Dado que la permanencia de estos pacientes con cierta frecuencia no es tan transitoria, la necesidad de este espacio aparece como indispensable. No obstante, en dos UEH no existen los mismos..

Finalmente, el Recinto de Aseo, espacio destinado para realizar labores de limpieza y desinfección de la Unidad, donde se debe estacionar transitoriamente el carro de aseo porta balde estrujador, y que debe tener una estantería para guardar los insumos de aseo necesarios, que debe contar con mesón de trabajo y armarios para colgar ropa de protección, con una superficie de 4 m<sup>2</sup>, tampoco existe en tres UEH, incluidas las dos de más reciente construcción.

## 6.5 Disponibilidad de Equipamiento.

**TABLA 8**

**DISPONIBILIDAD DE EQUIPAMIENTO GENERAL EN UNIDADES DE EMERGENCIA DE CUATRO HOSPITALES DE LA REGIÓN METROPOLITANA**

Equipamiento Clínico	Cantidad por Hospitales				
	San José	Del Salvador	Sótero del Río	Barros Luco	San Juan de Dios
Carro de Paro	3	2	2	4	3
Monitor no Invasivo de Presión Arterial	9	9	7	16	16
Monitor Cardíaco con Desfibrilador	3	3	3	7	4
Capnógrafo	0	0	0	1	0
Electrocardiógrafo	4	2	5	3	4
Laringoscopia	4	3	7	13	4
Set Completo de Intubación	Si	S/i	S/i	S/i	4
Guía de Intubación	Si	S/i	¿?	Si	10
Pinza Magill	2	2	2	1	8
Ventilador Manual	5	S/i	13	15	3
Ventilador de Traslado	2	S/i	S/i	Si	1
Red de Oxígeno y Aspiración Central	30	S/i	14/5	45	16
Equipo de Vacío Portátil	2	S/i	6	Si	13
Balón de Oxígeno Portátil	5	3	4	3	4
Equipamiento para Administración de Oxígeno	7	S/i	Si	Si	S/i
Flujómetro	7	S/i	14	40	19
Humidificador	Si	S/i	Si	60	25
Nebulizador	Si	S/i	Si	Si	40
Oxímetro de Pulso	6	5	4	3	5
Bombas de Infusión	Si	8	16	26	13
Apurador de Infusión	Si	3	8	3	5
Calentador de Infusión	1	S/i	2	1	1
Lámpara de Procedimientos	0	2	2	3	2
Otooftalmoscopio	2	2	4	1	1
Equipo de denudación venosa periférica e instalación de cateter venoso	1	3	4	4	Si
Equipo de sutura	18	30	23	56	Si
Equipo de cirugía menor	2	1	5	2	1
Equipo de cricoidotomía	1	S/i	2	2	1
Equipo de pericardiocentesis	1	2	Si	Si	Si
Equipo de pleurocentesis	1	2	Si	Si	Si
Equipo de punción lumbar	1	4	Si	Si	Si
Equipo de punción abdominal	0	S/i	2	Si	Si
Equipo de taponamiento nasal	2	1	2	2	1
Equipo de curación	10	28	12	22	40
Negatoscopio	11	4	7	S/i	6
Esfigmomanómetro	8	10	12	3	21
Fonendoscopio	3	S/i	15	6	15
Martillo percutor de reflejos	¿?	2	Si	S/i	2
Tablas espinales largas con cinturón de seguridad	11	10	4	4	4
Tablas espinales cortas con cinturón de seguridad	2	1	Si	2	1
Collares cervicales: diferentes tamaños	6	S/i	11	16	15
Férulas de inmovilización dinámicas e inflables	2	S/i	S/i	2	S/i

Bota larga (pierna y muslo)	4	S/í	8	2	8
Bota corta (brazo y antebrazo)	4	S/í	3	1	8
Inmovilizador de pelvis	2	S/í	S/í	S/í	No
Yeso para inmovilizaciones	Si	S/í	Si	Si	No
Venda tubular diferentes tamaños	Si	Si	Si	Si	Si
Tacos y tablas	No	Si	S/í	S/í	No
Motor corta yeso	2	Si	2	1	No
Juego de cizalla	1	Si	2	6	No
Juego abre yeso	1	Si	S/í	3	No
Corta anillos	0	Si	1	1	No
Tijeras corta ropa	1	Si	2	5	No

## COMENTARIOS A LA DISPONIBILIDAD DE EQUIPAMIENTO

Hacemos notar la existencia en la tabla de algunos espacios sin información, lo que se debe a un no registro del dato por parte de la UEH respectiva.

Llama la atención las evidentes diferencias en las cifras para un mismo equipamiento. Como no existen normas ministeriales al respecto, no es posible evaluar si las cantidades informadas son adecuadas o no en relación, por ejemplo, a sus poblaciones a atender. La UEH del Hospital Barros Luco se caracteriza por ser la mejor dotada de todas, no sólo en la cantidad de equipamiento disponible, sino que en el buen estado del mismo. En el caso de algunos equipos donde no se consignan cifras, ello se debe a que se trata de equipos desechables y de los cuales se disponen todos los necesarios, de acuerdo a lo informado por el Jefe de la UEH de ese hospital. En general la UEH del San Juan de Dios dispone de mayores cantidades (no siempre), que las otras UEH, con excepción del Barros Luco y el estado de la mayoría de sus equipos es bueno. No hay información de Vida Útil Residual (VUR), pero por lo reciente de la creación de este servicio debiera ser larga.

En el caso del Hospital Sótero del Río, las cantidades informadas son iguales o un poco superiores a las del San José y del Salvador, pero hay que hacer notar que esta UEH tiene una cantidad de población beneficiaria más del doble que los otros dos. El estado de los equipos informados, es en un tercio de ellos sólo regular. No informaron sobre VUR.

En el caso de la UEH del San José, llama la atención que una alta proporción de su equipamiento se encuentra en buen estado, a pesar de que la mayoría de él se encuentra con su VUR terminada o a punto de terminarse. En el caso de las tablas espinales largas, de las 11 informadas sólo 3 están completas

y en el de las cortas las 2 están en regular estado y carecen de cinturón.

En cuanto a la UEH del Salvador, falta información sobre muchos equipos y además nada se sabe en cuanto a su estado, salvo respecto al carro de paro y a los electrocardiógrafos cuyo estado es regular. No hay información sobre VUR.

**TABLA 9**

### DISPONIBILIDAD DE MOBILIARIO EN UNIDADES DE EMERGENCIA DE CUATRO HOSPITALES DE LA REGIÓN METROPOLITANA

Mobiliario	Cantidad por Hospitales				
	San José	Del Salvador	Barros Luco	Sótero del Río	San Juan de Dios
Silla de ruedas	8	5	5	4	6
Camilla de transporte con barandas	39*	7	43	30	35
Mesa de curación y examen	2	S/í	1	2 camillas	12
Escabel	10	10	20	8	27
Carro de procedimientos	2	5	21		3
Mesa mayo	10	3	12	2	2
Soporte universal	15	10	25	6	62

## Comentarios

Nuevamente, al igual que en el caso del equipamiento, llaman la atención las grandes diferencias en las cantidades informadas. Por falta de normas, asimismo, no se puede evaluar si ellas son suficientes o no.

La cantidad de mobiliario de la UEH del Barros Luco no es muy diferente que la de los otros hospitales, pero sí hay que destacar su buen estado de conservación.

En el caso del Hospital San José, las colchonetas de las camillas se deben reponer con mucha frecuencia por el uso intensivo de ellas. Las originales ya no existen.

Las barandas comenzaron a fallar en los seguros y hay presencia de óxido en 90% de ellas, lo que ha requerido aplicación de antióxido y pintura de las mismas en varias oportunidades.

Los soportes universales requieren de pintura y de cambios de los seguros y soldaduras por su uso intensivo.

De las 8 sillas de ruedas la mitad están en buen estado y 5 de ellas con su vida útil residual terminada.

El resto del mobiliario está todo en buen estado pero con su VUR terminada.

En el caso del Hospital del Salvador, no hay información sobre estado ni VUR, salvo para las 5 sillas de rueda que están en regular estado y para las 7 camillas de transporte con barandas que están todas malas.

En cuanto al Hospital Sótero del Río, dos tercios de su mobiliario está en regulares condiciones. No se sabe de VUR.

Finalmente, la UEH del San Juan de Dios sólo informa del estado de sillas de ruedas, camillas de transporte con barandas y soportes universales y todos ellos están en buen estado. No se informa de VUR pero se asume que debe ser larga por la reciente creación de este servicio.

## 6.5.1 Comunicaciones por Hospitales

**TABLA 10**

### HOSPITAL SAN JOSÉ

TIPO	CANTIDAD	ESTADO	VUR
Radio: Banda Ciudadana; VHF	1	B	3 años
Teléfonos intrahospital	7	B	2 años
Teléfonos exterior	6	B	2 años

Hay 3 radios más a cargo de operadora y central de alarmas.

**TABLA 11**

### HOSPITAL DEL SALVADOR

TIPO	CANTIDAD	ESTADO*	VUR
Radio: Banda Ciudadana; VHF	1		
Teléfonos intrahospital	Si		
Teléfonos exterior	Si		

\* No hay información cuantitativa acerca de red telefónica intra y extra hospital, ni sobre el estado ni la VUR de los equipos.

**TABLA 12**

### HOSPITAL BARROS LUCO-TRUDEAU

TIPO	CANTIDAD	ESTADO	VUR
Radio: Banda Ciudadana; VHF	1	B	
Teléfonos intrahospital	16	B	
Teléfonos exterior	5	B	

**TABLA 13****HOSPITAL SÓTERO DEL RÍO**

TIPO	CANTIDAD	ESTADO*	VUR
Radio: Banda Ciudadana; VHF	1	R	
Teléfonos intrahospital	8	R	
Teléfonos exterior	2	R	

\*Todos los equipos de comunicaciones se encuentran en regular estado. Se ignora vida útil residual.

La radio sólo permite comunicación con los Consultorios pero no con las ambulancias.

**TABLA 14****HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS**

TIPO	CANTIDAD	ESTADO*	VUR
Radio: Banda Ciudadana;VHF	1	B	
Teléfonos intrahospital	Varios	B	
Teléfonos exterior	2	B	

\*Todos los equipos de comunicaciones se encuentran en buen estado. Se ignora vida útil residual.

**6.5.2 TRANSPORTE POR HOSPITALES****TABLA 15****HOSPITAL SAN JOSÉ**

TIPO	CANTIDAD	ESTADO	VUR
Ambulancias*	2	B	7 años

Se comparte con otra ambulancia del hospital y por lo tanto en el día sólo queda 1 ambulancia en la UEH.

**TABLA 16****HOSPITAL DEL SALVADOR**

TIPO	CANTIDAD	ESTADO*	VUR
Ambulancias*	1	R	

\* Se carece de información acerca de vida útil residual, ni hay comentarios acerca de suficiencia o no del número de ambulancias.

**TABLA 17****HOSPITAL BARROS LUCO-TRUDEAU**

TIPO	CANTIDAD	ESTADO*	VUR
Ambulancias*	S/I	S/I	S/I

\*Se carece de información.

**TABLA 18****HOSPITAL SÓTERO DEL RÍO**

TIPO	CANTIDAD	ESTADO*	VUR
Ambulancias*	1	R	

\*Se carece de información acerca de vida útil residual, ni hay comentarios acerca de suficiencia o no del número de ambulancias.

**TABLA 19****HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS**

TIPO	CANTIDAD	ESTADO*	VUR
Ambulancias*	S/í	S/í	S/í

\* Se carece de información.

**6.5.2 Equipamiento especial de Unidades de Alta Complejidad**

Además del equipamiento descrito anteriormente, la UEH de alta complejidad, de acuerdo a la normativa ministerial del año 1997, deberán tener acceso permanente las 24 horas del día a:

TABLA 20

**EQUIPAMIENTO ESPECIAL DE UNIDADES DE EMERGENCIA DE ALTA  
COMPLEJIDAD DE HOSPITALES DE LA  
REGIÓN METROPOLITANA**

Equipamiento especial	Hospitales				
	San José	Barros Luco	Del Salvador	Sótero del Río	San Juan de Dios
Pabellón equipado para todo tipo de intervenciones	Si	Si	Si	Si	No
Imagenología	Si	Si	Si	Si	Si
TAC	Si	Si	No	Si	No
Ecografía	No*	si	Si	Si	No
Laboratorio	Si	Si	Si	Si	Si
Banco de sangre	Si	Si	Si	Si	Si
Endoscopia digestiva y respiratoria (dentro de 1 hora)	No	Si	Si	No	No
Hospitalización en UPC: Intermedio o Intensivo	Si	Si	Si	Si	Si
Accesibilidad aérea	Si	Si	Si	Si	No
Acceso a otras Unidades	Si	Si	Si	Si	Si
Pabellón de Cardiocirugía	No	No	No	No	No
Pabellón de Neurocirugía	No*	Si	No	Si	No
Servicio de Hemodinamia	No**	Si	Si	No	No
Unidad de Hemodiálisis	No**	Si	Si	No	No
Accesibilidad a Equipo Médico de Transplante	No	Si	Si	Si	No
Acceso a Cámara Hiperbárica	No	No	No	No	No

**Comentarios generales a la disponibilidad de equipamiento especial.**

Lo que más llama la atención acerca de este equipamiento esencial en este tipo de UEH, es que pese a que la norma es perentoria en cuanto a que se debe tener acceso a ellos las 24 horas del día, como se puede observar en la tabla ello no ocurre así. Más notable es el hecho de que esta situación sea aún más crítica en la UEH más nueva de la Región Metropolitana, la del Hospital San Juan de Dios. La excepción la constituye la UEH del Hospital Barros Luco, que sólo no tendría acceso las 24 horas del día a pabellón de cardiocirugía.

En el caso del Hospital San José, a Ecografía, Endoscopia Digestiva y Respiratoria y a Pabellón de Neurocirugía, sólo se tiene acceso en horario hábil, y a Servicio de Hemodinamia y a Unidad de Hemodiálisis, sólo con orden de atención y convenio.

En el caso del Hospital del Salvador, no hay comentarios acerca de los servicios a los cuales no se tiene acceso (ver referencia 14).

Finalmente, en el caso de la UEH del Sótero del Río, informan que tienen acceso a Equipo de Trasplante Renal de llamada y que en caso de emergencias cardioquirúrgicas graves, se pueden apoyar en el Hospital de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

## DISCUSION

En el transcurso del año 2004 el Ministerio de Salud constituyó varios grupos de trabajo, con participación de los Jefes de las Unidades de Emergencia de los hospitales incluidos en este estudio, los que elaboraron propuestas para el rediseño organizacional y de gestión de estas unidades, así como para la formulación de un Programa de Formación de Post Grado de un nuevo Especialista en Atención de Urgencia (13).

La UEH del Hospital del Salvador inició en ese mismo año un proceso de transformaciones, incluidas de su planta física, apuntando en la dirección de las reformas al modelo de atención concordado con el Ministerio (14). Al momento de la realización de este estudio ese proceso continúa desarrollándose, pero aún muchos de los objetivos de coordinación e integración de la red asistencial están lejos de alcanzarse, especialmente con los establecimientos del primer nivel de atención bajo administración municipal.

En el caso del Hospital Barros Luco el proceso se inició en el año 2001, cuando la UEH se trasladó desde sus antiguas dependencias a la nueva placa técnica adyacente al CDT. Se suprimieron sus camas de hospitalización y se dejaron sólo 12 camillas de observación para períodos menores de 24 horas. Se aumentaron en 16 las camas de medicina interna, en 8 las de neurocirugía, en 16 las de traumatología y en 6 las de neurología, para acoger las hospitalizaciones prolongadas que antes se hacían en la UEH. Por otra parte se creó una Unidad de Medicina de Agudos, con 16 camas, para la atención por períodos no mayores de 48 horas de pacientes que antes también permanecían hospitalizados en la UEH, o sin serlo necesario, se trasladaban al servicio de medicina (15). Se organizó, asimismo, una Oficina de Coordinación en el CDT con los Consultorios municipalizados, tanto para una mejor gestión de las interconsultas a especialidades, como para el mejoramiento de la resolutivez de los mismos y la rebaja en la sobrecarga

de atención de pacientes en la UEH. Pese a ello, esta Unidad continúa atendiendo a un 60 % de pacientes clasificados como C4.

En todo caso, y los resultados de este estudio lo demuestran en cuanto a planta física y equipamiento general y específico, esta UEH parece ser la más avanzada en el nuevo modelo de atención.

Un comentario especial amerita la cantidad y la calidad de los datos de todo orden que registran estas UEH. Lo que los caracteriza es su insuficiencia, en muchos casos su deficiencia y la no estandarización de los mismos.

Ello dificulta el estudio de la operación de estas unidades y la evaluación de su organización y su gestión.

A título de ejemplo, no es posible conocer los tiempos de espera desde el registro de los datos del paciente en el SOME, hasta el control de los signos vitales o la atención por el médico. El Hospital Barros Luco tiene un detallado registro de los tiempos de espera para atención y tiempos de observación del dolor torácico. Salvo en este mismo hospital, tampoco es posible conocer con precisión la pertinencia de las atenciones de acuerdo a la clasificación de C1 a C4. En todo caso, en esta UEH, al igual que en las otras, el grueso de los consultantes, el 93,8 % de ellos, se clasifican como C3 y C4.

En relación a las plantas físicas de las Unidades de Emergencia de los Hospitales 1 de la Región Metropolitana, así como de su equipamiento clínico y mobiliario, ellos son en general adecuados y acordes con las normas ministeriales de construcción de estos servicios.

No obstante lo anterior, hay que destacar que existen algunas importantes deficiencias, como por ejemplo: las salas de selección de los hospitales San José y San Juan de Dios; la distancia con los pabellones quirúrgicos y otros servicios de apoyo en el hospital del Salvador; la ausencia de algunos espacios esenciales como salas de espera de pacientes ingresados y de entrevista a sus familiares, baños de quemados y salas de aseo de los pacientes.

En el caso del equipamiento general, llama la atención la insuficiencia y el deterioro de muchos equipos críticos, así como el hecho de que muchos de ellos estén con su vida útil residual terminada.

En el caso del equipamiento especial de Unidades de Alta Complejidad, al cual se debe tener acceso las 24 horas del día, el que ello no ocurra en muchos hospitales y en el caso particular del Hospital

San Juan de Dios a casi ninguno de ellos, es un hecho de extrema gravedad.

En relación a los consultantes, hay que destacar que en su mayoría son beneficiarios del Sistema Público de Atención y de niveles socio económicos bajos. Lo hacen en forma espontánea entre un 75 y un 90 % de ellos. Llegan caminando, en transporte público o vehículos particulares y los menos en ambulancias o vehículos de carabineros. La mayor proporción proviene de comunas pertenecientes a su territorio de cobertura y en particular a las más próximas al hospital. También en la atención de urgencia la distancia física del lugar de residencia al establecimiento es un factor de desigualdad en el acceso. Estos hallazgos son absolutamente concordantes con los encontrados en los estudios anteriores citados.

Finalmente, y lo más destacado, entre el 70 y el 80 % de ellos no presentan un cuadro mórbido que amerite ser resuelto en estas Unidades, sino que tendrían que haber sido atendidos resolutivamente a nivel de los Consultorios Generales del nivel primario de atención.

## REFERENCIAS:

- 1.- *Ministerio de Salud, División de Inversiones y Desarrollo de la Red Asistencial, Departamento de Desarrollo de la Red Asistencial. Plan de Desarrollo de la red de Urgencia Regional. Fase 1: Componente Territorial. Mimeo. Septiembre 1999.*
- 2.- *Ministerio de Hacienda, Dirección de Presupuesto, División de Control de Gestión, Evaluación de Programas Gubernamentales. Evaluación del Programa Red de Urgencia del Ministerio de Salud (Panel de Evaluadores: Muñoz F., Daigre M.L. y Cartes F.). Santiago, Julio 2001*
- 3.- *Ministerio de Salud (s/f). Proyecto de Organización y Acreditación Servicio de Urgencia. (Documento elaborado por: Feliu, R. y cols.) Mimeo. Santiago de Chile.*
- 4.- *Plan de Desarrollo de la Red de Urgencia Regional. Op. Cit.*
- 5.- *Ministerio de Salud, División de Inversiones y Desarrollo de la Red Asistencial, Unidad de Estudios y Normas. (1997): Guía de Planificación y Diseño Unidades de Emergencia Hospitalaria. Santiago de Chile.*
- 6.- *Servicio Nacional de Salud , Directoría Médica: Sistemas para atención de Urgencia. Oficio Circular N° 20867. Santiago, 26 de Septiembre 1966.*
- 7.- *Colegio Médico de Chile, Departamento de Salud Pública. Mesa Redonda: Atención de Urgencia, ¿Una Atención en Crisis? Santiago 25 de marzo de 1992. Cuad. Med Soc., XXXIII, 4, 1992:5-28.*
- 8.- *Disponible en: <http://deis.minsal.cl./deis/at9002/URGENCIA.xls>.*
- 9.- *Ibid.*
- 10.- *Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (1996). (Estudio realizado por Dr. Juan Carlos Concha): Perfil Epidemiológico de las Consultas de Urgencia de Adultos en un Hospital de la Región Metropolitana. Mimeo. Santiago de Chile.*
- 11.- *Ministerio de Salud (s/f): Indicadores de Diagnóstico actual por componentes de la Red de Urgencia. Mimeo. Santiago de Chile.*
- 12.- *Ministerio de Salud (s/f): Propuesta de Diagnóstico de Corto Plazo de la Red de Urgencia. Mimeo. Santiago de Chile.*
- 13.- *Ministerio de Salud. La Urgencia dentro del Nuevo Modelo de Atención. Santiago, 2004.*
- 14.- *Díaz H, Unidad de Urgencia del Hospital del Salvador, en: El Hospital Público en Chile, Vol III, (ed. Montoya-Aguilar C.) Ministerio de Salud, Santiago 2004.*
- 15.- *Gutierrez G, Fuenzalida A, Alarcón G, Hacia la continuidad de la atención: Experiencia Complejo Asistencial Barros Luco, en : El Hospital Público en Chile, Vol II (ed. Montoya-Aguilar C.), Ministerio de Salud, Santiago 2003.*