

UTILIDAD DE LA SECTORIZACIÓN DE LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS PEDIÁTRICAS EN LA COMUNIDAD DE MADRID

M. Sánchez Bayle/J.C. Molina Cabañero/E. Díaz Martínez/R. Muñoz Orduña/A. Arias Álvarez/
C. Panizo/C. Cánovas Molina

Servicio de Urgencias. Hospital del Niño Jesús. Madrid

Resumen

Se ha estudiado la procedencia de los niños que acudieron a urgencias del Hospital de Niño Jesús, analizándose su pertenencia al área de sectorización de urgencias pediátricas correspondiente al hospital, la procedencia según los distintos distritos postales de Madrid, o si vivían en otras localidades de la Comunidad de Madrid, así como el Área de Salud de la misma a la que pertenecían.

Se encontró que sólo el 12,42% de los niños procedía del área correspondiente a la sectorización de urgencias; acudían de zonas muy dispersas, sin estar relacionados claramente con ningún Área de Salud.

Se concluye que la actual sectorización de urgencias pediátricas hospitalarias carece de utilidad, y se sugieren soluciones alternativas.

Palabras clave: Urgencias pediátricas. Sectorización. Planificación sanitaria.

USEFULNESS OF THE SECTORIZATION IN PEDIATRIC EMERGENCY CARE IN A HOSPITAL OF THE MADRID COMMUNITY

Summary

We have studied the procedence of the children that came to the Emergency Department of the Niño Jesús Hospital, analyzing if they belonged to the pediatric emergency area corresponding to this hospital, the procedence from the different postal districts of Madrid, from other localities of the Madrid Community, or from the Health Areas of this Community.

We found that only 12,42% of the children came from the corresponding area of the emergency care sectorization, and that they came from very disperse zones, having no clear relation with any of the Health Care Areas. We conclude that current sectorization of the pediatric emergencies in hospitals is not being usefull, and we suggest alternative solutions.

Key words: Pediatric emergencies. Sectorization. Health planning.

Introducción

El continuo incremento de las urgencias hospitalarias ha llevado desde hace varios años a las autoridades sanitarias públicas a realizar un proceso de racionalización de los recursos mediante la adjudicación de zonas de las grandes ciudades a distintos centros hospitalarios, tendencia ésta que ha sido reforzada por la Ley General de Sanidad, que asigna a cada Área de Salud un hospital¹.

Este proceso se ha producido también en relación con las urgencias hospitalarias pediátricas, para cuya atención se han sectorizado las grandes ciudades.

Pretendemos analizar, a partir de la experiencia de las urgencias atendidas en el Hospital del Niño Jesús, en qué

medida esta sectorización de urgencias se aplica en la práctica, así como la utilidad de mantener el actual sistema.

Material y métodos

Se ha estudiado de manera prospectiva y aleatoria a uno de cada dos enfermos que acudieron al servicio de urgencias del Hospital del Niño Jesús, entre el 24 de noviembre de 1988 y el 31 de enero de 1989, y entre el 1 de marzo y el 31 de mayo de 1989, de 8 a 15 horas, los días laborables.

Acudieron un total de 3.831, y se estudiaron 1.965 (51,3%). Se recogieron los datos de edad y sexo y el domicilio. Se clasificaron de acuerdo con la localidad de procedencia y el distrito postal, en

caso de pertenecer a Madrid. Asimismo, se clasificaron según las Áreas de Salud de la Comunidad de Madrid.

Resultados

El 76,99 % (1.513 niños) procedía de la ciudad de Madrid, mientras que 392 (19,94 %) acudieron de otras localidades de la Comunidad de Madrid; entre estas últimas sólo una localidad, Coslada, alcanzó el 3,86% del total, siendo provenientes de ella el 19,38% de este grupo; superaron el 1% del total otras cuatro localidades: Fuenlabrada (2,29% del total y 11,47% del grupo), Alcalá de Henares (1,01% y 5,1% respectivamente), Majadahonda (1,11 y 5,61%) y Leganés (1,22% y 6,12%).

Correspondencia: M. Sánchez Bayle. Hospital del Niño Jesús. Avda. Menéndez Pelayo, n.º 65. 28009 MADRID.
Este artículo fue recibido el 2 de marzo de 1989 y fue aceptado, tras revisión, el 25 de septiembre de 1989.

Sesenta niños (3,05%) procedían de otras provincias, siendo un total de 16 provincias distintas. Este hecho, así como que cuatro provinieran de otros países de la Comunidad Europea (0,2%), seguramente fue debido a que en el período del estudio tuvieron lugar las vacaciones navideñas, que suponen un gran trasvase poblacional, si bien los porcentajes correspondientes a otras provincias en los dos períodos estudiados resultaron muy similares (3,76% vs 2,36%).

Los 1.513 niños que vinieron de la ciudad de Madrid mostraron también una gran dispersión. Acudieron niños de todos los distritos postales de Madrid (51 en total). Analizando los datos de los distritos de mayor afluencia, sólo en un caso, el distrito 31 con un 5,23%, superó el 5% del total.

Se ha estudiado también la procedencia de los niños, de acuerdo con los criterios de sectorización de la urgencia pediátrica elaborados por el INSALUD en los años 1986 y 1989, así como con las Áreas de Salud definidas por la Comunidad de Madrid (áreas 2, 3, 4 y 5).

Sólo el 12,42% (244 niños) pertenecía al área asignada al hospital en 1989 (Área 2), mientras que 401 (20,41%) correspondían a la de 1986. Estudiando la procedencia de los pacientes pudimos observar que el 53,03% de los que acudieron a la urgencia tenían otro hospital pediátrico hasta dos veces más cerca de sus domicilios, excluyendo el hospital infantil Gregorio Marañón, porque se encuentra a menos de 500 metros del nuestro. En algunos casos, por ejemplo los pacientes que vinieron desde Colmenar Viejo, habían tenido necesariamente que pasar por delante de dos hospitales (La Paz y Ramón y Cajal) antes de llegar al nuestro.

En relación con la afluencia por Áreas de Salud, existen cinco áreas predominantes, 1 (24,73%), 11 (18,15%), 4 (12,83%), 7 (11,44%), 2 (12,42) y 6 (9,47%), las demás están todas por debajo del 5%, siendo el porcentaje más bajo el del área 3 (1,15%).

En relación al número de niños existentes en cada área según el Estudio sobre la Población en la Comunidad de Madrid en 1986⁶ y expresando la afluencia como urgencias/1.000 niños

entre 0 y 14 años, se observa que la afluencia mayor corresponde al área 1 (1,51), seguida por la 11 (1,28), 6 (1,19), 2 (1,09), 4 (1,07), 7 (1,01), siendo el valor más bajo el de la 3 (0,13).

Requirieron ingreso hospitalario el 3,16% de los niños encuestados, siendo remitidos para su estudio en consultas externas el 5,26%, y se realizó analítica y/o tratamiento en urgencias al 13,98% y al 6,22%, respectivamente.

Discusión

El crecimiento de las urgencias hospitalarias ha sido señalado como uno de los problemas importantes que tiene la sanidad pública en nuestro país⁷.

Este incremento también se ha señalado en las urgencias pediátricas, a pesar de que la población infantil está en continua disminución⁸; en el caso concreto del municipio de Madrid, el número de personas menores de 15 años ha disminuido en 360.000 individuos entre 1970 y 1986⁶.

También se ha reconocido que en la mayoría de los casos los diagnósticos de aquellos niños que acuden a las urgencias hospitalarias son banales; se ha señalado que hasta un 76% de los casos no presentaban motivos para una asistencia a este nivel, siendo el porcentaje de ingresos inferior al 8%^{9,10}, lo que también se encontró en nuestro caso (se consideró que únicamente en un 76,7% de las urgencias estaba justificado acudir al hospital).

El objetivo fundamental de la sectorización de urgencias es el reparto más equitativo de la carga asistencial entre los distintos hospitales y, a partir de una racionalización de los recursos existentes, poder ofrecer a los ciudadanos una mejor calidad en la asistencia.

La sectorización de las urgencias se ha considerado por tanto como una necesidad desde hace mucho tiempo; en Madrid funciona desde 1978. Nuestro trabajo es un intento de evaluar su eficacia en el caso de la pediatría.

Nuestros datos tienen sus limitaciones en este sentido, pues al tratarse sólo de un análisis de los niños que acudieron de 8 a 15 horas, pueden dar lugar a conclusiones sesgadas.

Sin embargo, parecen indicar claramente la inadecuación de la actual sectorización de urgencias de la Comunidad de Madrid, ya que hemos visto que la mayoría de quienes acudían no pertenecían al área de sectorización de urgencias que nos corresponde (el 87,58%), hecho que se ha agravado con el último cambio en la sectorización. Ello puede deberse, al menos teóricamente, a una incorrecta sectorización que ha dirigido hacia el hospital enfermos que viven en zonas muy distantes, o que tienen otro hospital más cercano. Aunque puede ser ésta una causa, es evidente que no es la única, ya que la mayoría de quienes acudieron tenían otro hospital con servicio para urgencias pediátricas más cerca de sus domicilios (haciendo abstracción del otro hospital infantil que ya hemos señalado que se encuentra muy próximo al nuestro).

Al evaluar la demanda en relación con la procedencia según las Áreas de Salud de Madrid, y teniendo en cuenta la carga potencial de dicha demanda por área (urgencias por 1.000 habitantes de 0 a 14 años) también parece demostrarse que la afluencia a urgencias no está motivada por ninguna razón geográfica o de planificación previa.

El hecho de que esta insuficiencia de la sectorización suceda en el centro que atendió el mayor número de urgencias hospitalarias de pediatría en Madrid en 1987 (el 22,2%)¹¹ nos hace deducir que la actual sectorización de urgencias pediátricas en los hospitales de la Comunidad de Madrid⁵ carece de utilidad, y que incluso las mayores facilidades en cuanto a la accesibilidad que supone la apertura de nuevos centros no está teniendo la deseada repercusión.

Como conclusión de nuestro estudio podemos establecer que nuestro hospital recibe urgencias de todo el ámbito de la Comunidad de Madrid sin que influya en su procedencia la sectorización de urgencias establecida. Este hecho parece obligar a una reconsideración del problema, que puede realizarse en dos sentidos: bien el adaptarse a la situación real y aceptar que la sectorización de la urgencia pediátrica hospitalaria no tiene aplicación práctica, y por tanto suprimirla; o, por el contrario, asu-

mir que responde también al contexto de una política sanitaria de integración y zonificación de recursos asistenciales y de actuaciones sanitarias¹, asumiéndola con todas sus consecuencias. Para esto sería preciso, tal como demuestran nuestros datos, realizar una reorganización de la sectorización que se acerque más a la compleja realidad de una Comunidad como la de Madrid, en la que existen hospitales pediátricos excesivamente concentrados en zonas con muy bajo índice de población infantil y, a partir de ahí, y previa información exhaustiva a los usuarios, remitir a su hos-

pital de referencia a todos aquellos que acudan a un centro distinto y no presenten una urgencia vital.

Bibliografía

1. Ley General de Sanidad. BOE 1987, abril 29: 15207-24.
2. Guía del usuario. Madrid: INSALUD, 1986.
3. Calve A, Peruga A. *Mapa de salud y servicios sociales Comunidad Autónoma de Madrid. I Zonificación sociosanitaria, Bases para una regionalización de servicios*. Madrid: Instituto Regional de Estudios. Consejería de Salud y Bienestar Social, 1986.
4. *BOCAM*, 1988, nov. 29: 280.

5. *Áreas sanitarias*. Madrid: INSALUD, 1989.
6. *La población de la Comunidad de Madrid de 1986. Resumen de características según el padrón de habitantes*. Madrid: Consejería de Economía, 1986.
7. *Informe del Defensor del pueblo sobre los servicios de urgencia en el sistema sanitario público*. Madrid, 1988.
8. La población de Madrid en 1986. *Boletín Estadístico Municipal*, 1988; 12.
9. Arbelo A, Prieto G, Casado C. Asistencia pediátrica en Madrid 1985. *An. Esp. Pediatr.* 1986; 87: 539-42.
10. Sánchez M. Urgencias pediátricas: ¿crecimiento paradójico? *Pediatrka* 1989; 9: 11.
11. Memoria 1987. Madrid: Dirección Provincial Insalud, 1988.

