

La asistencia urgente en atención primaria: una aproximación histórica (y II)

Cantero Santamaría JI¹, Fonseca del Pozo FJ², García Criado E³, Gutiérrez Gómez E⁴, Ayuso Baptista F⁵, Cadenas González NE¹

¹Servicio de Urgencias. Centro de Salud Sardinero. Santander (Cantabria)

²Consultorio de Pedro Abad (Córdoba)

³Centro de Salud La Fuensanta (Córdoba)

⁴Servicio de Urgencias. Centro de Salud de Santoña (Cantabria)

⁵Servicio Provincial de Emergencias OGI. EPES. Córdoba

EL PLAN DIRECTOR DE URGENCIAS

A raíz del informe del Defensor del Pueblo en 1988 sobre la situación de las urgencias en el Sistema Sanitario Público, el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) elaboró en Diciembre de 1988 el Plan Director de Urgencias Sanitarias¹.

Aunque la Atención Continuada (AC) como concepto surgió del Real Decreto de Estructuras Básicas de Salud² de 1984, en el Plan Director se establece ya un modelo organizativo para que la AC sea asumida por los propios profesionales de los Equipos de Atención Primaria (EAP) y se determina un periodo transitorio con el fin de transformar e integrar el modelo antiguo (modelo tradicional) en las nuevas estructuras de Atención Primaria (AP).

En el Plan Director se instauran y definen los denominados Puntos de Atención Continuada (PAC), que constituyen la unidad básica en la que se estructura la nueva organización de la AC en el ámbito de la AP.

Desde 1984 comienza a organizarse la AC durante las 24 horas en PAC, que inicialmente se implantan en localidades de menos de 5.000 habitantes al no disponer éstas de Servicios de Urgencia (SU). En 1986 el número de PAC existentes era de 137 y pasó a ser de 216 en 1988, con una población cubierta de 3 millones de personas¹. La ubicación de los PAC es en lugares de fácil accesibilidad para la población y se recomienda al menos la existencia de un PAC en cada

Área de Salud y en las zonas rurales uno en cada Zona Básica de Salud (ZBS).

En las zonas urbanas o en las localidades que cuentan con SU, estos PAC están dotados con personal sanitario de los Servicios Normales de Urgencias (SNU), y/o EAP en función del grado de cobertura poblacional del nuevo modelo de AP. Asimismo se hacen recomendaciones sobre los recursos humanos por PAC que contarán con médico y enfermera, y de la máxima presión asistencial a soportar: se considera factible la creación de un puesto de guardia más cuando se superen las 30 urgencias por turno para la atención de los avisos domiciliarios.

Aun cuando el objetivo último del Plan Director de Urgencias es que la cobertura de los puestos de guardia se realice por los profesionales de los EAP, la implantación del nuevo modelo de AP en algunas de las Comunidades Autónomas es todavía escasa, lo cual permite que los (SNU) y Especiales de Urgencia (SEU) sigan subsistiendo, incluso estando prevista su amortización progresiva hasta la desaparición total.

El Plan Director de Urgencias orienta hacia la atención y resolución de la demanda de asistencia urgente por parte de la AP y facilita una mayor cobertura horaria por parte de los EAP y mejora la accesibilidad de los mismos. En el sentido de la resolutivez de la demanda urgente por parte de la AP, se pronuncia también en el año 1991 un informe elaborado por la Subcomisión de Urgencias del Informe Abril³, que



dice: "La mayoría de la demanda urgente susceptible de ser resuelta fuera del hospital debería asumirse por la red de AP, tanto durante el periodo laboral ordinario como durante el periodo de guardia o AC. En tal sentido debe considerarse que el 90% de las urgencias médicas debieran solucionarse en la AP".

GRUPO DE TRABAJO DE 1993

En junio de 1993 se elabora por un grupo de trabajo de INSALUD un documento interno denominado "DEFINICIÓN DE MODELO PARA LOS SERVICIOS DE URGENCIA EXTRAHOSPITALARIOS"⁴. En este documento, después de realizar un exhaustivo análisis sobre la situación en la que se encuentra la asistencia urgente extrahospitalaria, el grupo de expertos llega a la conclusión de que este tipo de asistencia ha tenido un desarrollo poco homogéneo e insuficiente sobre el modelo inicial propuesto en el Plan Director de 1988. Esto conlleva la coexistencia real de diversas posibilidades de asistencia a la urgencia en AP, y en distintas fases de desarrollo, que van desde la persistencia plena de los SU (tanto los SNU como los SEU) hasta la cobertura completa de la AC por parte del personal de los EAP; se producen también diversas modalidades intermedias de combinación de ambas posibilidades según las zonas geográficas.

Estas diferentes modalidades de prestación de la asistencia urgente son extrapolables al personal dedicado a esta asistencia, ya que nos encontramos con personal de los SNU y SEU, con personal de los propios EAP, o bien con el denominado "personal de refuerzo". La figura del "personal de refuerzo" surge del acuerdo sobre AP suscrito en 1990 entre la Administración y las Organizaciones Sindicales con representación en el sector sanitario. Este personal de refuerzo es contratado para la realización de las horas de AC que no pueden realizar los EAP.

Las horas de AC a realizar por cada uno de los profesionales de los EAP se fijan por el acuerdo de AP firmado entre Administración y Sindicatos en julio de 1992⁵. Según este acuerdo, el máximo número de horas de AC a realizar por cada profesional en el

medio urbano es de 425, y de 850 en las zonas rurales; no se puede superar en ningún caso esta cuantía máxima.

En cuanto a la atención a las emergencias, el documento del grupo de trabajo las denomina como un tipo específico de situaciones dentro de la asistencia urgente extrahospitalaria y, aunque su presencia en el texto original del Plan Director de 1988 fue más bien escasa, se reconocen los resultados satisfactorios de los dos sistemas de emergencia 061 puestos en marcha en Madrid y Palma de Mallorca, ambos dependientes del nivel de la AP.

Como conclusiones del grupo de trabajo se marca una serie de objetivos a desarrollar; alguno de ellos, como la oferta de un Servicio 061, es prácticamente desconocido hasta entonces. Entre tales conclusiones merecen destacarse como relevantes:

- Realización de AC por los EAP hasta las 22 horas como oferta normal incorporada a su cartera de servicios.
- Integración a corto plazo en el modelo de EAP de la totalidad del personal de los SNU y SEU mediante reubicación funcional.
- Mantener la oferta de asistencia urgente en el nivel de AP mediante la existencia de los PAC; sus instalaciones son utilizadas por el personal de los EAP durante su jornada laboral, y fuera de ésta por personal perteneciente indistintamente a los EAP, a los SU o a personal contratado como refuerzo.
- Deberá existir la oferta de un Servicio 061 para la realización de las funciones de "coordinación de la asistencia urgente extrahospitalaria, asistencia a las emergencias, transporte sanitario urgente y transporte sanitario medicalizado de pacientes de riesgo".

Este documento deja entrever ciertas dificultades, no previstas inicialmente en 1984, más en concreto en lo que se refiere al número de efectivos necesario para la cobertura de la AC durante las 24 horas, así como de las disponibilidades reales de este personal por parte de los EAP. A la vista de estas dificultades, se introduce entre las recomendaciones y puntos a desarrollar la de realizar por los EAP la AC hasta las 22 horas. Esto implica que en localidades con SU, los EAP realizan la AC hasta las 22 horas y los SU asumen la atención

urgente después de esa hora.

Un punto novedoso que introduce el grupo de trabajo como susceptible de ser desarrollado, es que los servicios de urgencia hospitalarios asuman la asistencia urgente durante el tramo nocturno a partir de las 22 horas, y en domingos y festivos en las poblaciones de menos de 100.000 habitantes que dispongan de un centro hospitalario.

En las zonas urbanas de más de 100.000 habitantes se podrán abrir PAC durante las 24 horas en número suficiente (uno por cada 100.000 habitantes). En algún caso, podrán abrirse PAC de 24 horas en poblaciones de menos de 100.000 habitantes.

En los Centros de Salud rurales, la AC sigue siendo de 24 horas; el personal de refuerzo contratado asume la realización de la AC en determinados días (generalmente en fin de semana) para no sobrepasar el máximo de horas (850) asignado a cada profesional.

En 1995 se promulga un Real Decreto sobre Ordenación de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud⁶. En su Anexo I, apartado 2, punto 4º, se regula la modalidad de prestación sanitaria dentro de la AP referente a la atención de urgencia de la siguiente manera: "la atención primaria de urgencia, a las personas de cualquier edad, se prestará de forma continuada, durante las veinticuatro horas del día, mediante la atención médica y de enfermería, en régimen ambulatorio o en el domicilio del paciente, en los casos en que la situación de éste así lo requiera".

En la Disposición Derogatoria Única de este Real Decreto se deroga, entre otros, el artículo 32 del Decreto 2766/67, de 16 de noviembre, sobre Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social, Prestaciones y Ordenación de Servicios Médicos. En este artículo se regulaba la prestación de asistencia de carácter urgente por parte de los SU, así como el horario de funcionamiento de éstos; no se deroga, en cambio, el artículo 46 de este mismo decreto 2766/67, por el que se instauraron los SNU en localidades con número de titulares superior a 5.000 y los SEU en localidades con número de titulares domiciliados superior a 90.000, y donde también se regulaba el número de facultativos de estos SU en función de los titulares de asistencia sanitaria

de las localidades donde habían sido establecidos.

En definitiva, lo que queda derogado es básicamente el horario de funcionamiento de los SNU (desde las 17 hasta las 9 horas, y los domingos y festivos las 24 horas). Esta derogación es necesaria debido a que ya ha sido modificado el horario de cobertura por los SNU por determinadas Gerencias de AP, en las que pasa a ser desde las 22 hasta las 8 horas del día siguiente, de lunes a sábado.

EL PLAN ESTRATÉGICO DEL INSALUD

En 1997 el INSALUD elabora el PLAN ESTRATÉGICO⁷, también conocido como el "libro azul", en el que se hace un análisis somero de la situación de los recursos existentes para la asistencia a las urgencias y emergencias. Según este análisis, y a pesar de las propuestas que habían sido realizadas en el Plan Director de Urgencias, el INSALUD mantiene una variedad de servicios de urgencias extrahospitalarios, dispersos y no ordenados al persistir la coexistencia de tres tipos de recursos: los PAC, SNU, SEU y el todavía denominado "personal de refuerzo".

Hasta este momento los servicios 061 han sido desarrollados por el INSALUD únicamente en Madrid y Baleares, mientras que en algunas Comunidades Autónomas estos servicios han sido implantados por otras administraciones, algunas de ellas de ámbito local. Así tenemos: el 06 en el Principado de Asturias; el 006 en Ciudad Real, desarrollado por un consorcio de Ayuntamientos; en Madrid el Servicio de Asistencia Municipal de Urgencia y Rescate (SAMUR), puesto en marcha inicialmente por el Ayuntamiento de la capital en 1991.

Siguiendo con el Plan Estratégico, la situación en lo que se refiere a la atención de la urgencia-emergencia en el ámbito extrahospitalario presenta en esos momentos tres problemas:

- La existencia de diversos dispositivos de urgencia extrahospitalaria, no bien ordenados ni integrados.
- El escaso desarrollo del modelo de servicios de coordinación para la atención de las urgencias/emergencias 061.

- La existencia de Administraciones con recursos que no están coordinados entre sí.

El desarrollo, aunque desigual, de los diferentes sistemas sanitarios para prestar asistencia a la patología de urgencias y emergencias propicia la aparición de un concepto nuevo que queda reflejado en este Plan Estratégico. Este nuevo concepto es el de "atención integral a las urgencias médicas", que queda definido como "el conjunto de medidas necesarias para optimizar el cuidado del paciente (enfermo o lesionado) desde el momento en que se produce el cambio en su estado de salud, o la demanda de atención urgente, hasta su resolución o estabilización, ya sea en medio hospitalario o extrahospitalario".

De acuerdo con el concepto de atención integral a las urgencias médicas, y para optimizar la asistencia de urgencias a la población, el INSALUD propone en su Plan Estratégico tres grandes líneas de actuación:

- Análisis y ordenación de los dispositivos de urgencias-emergencias existentes. Para ello se completará el estudio de todos los dispositivos propios de atención urgente, tanto de AP como de Especializada, así como los pertenecientes a otras Administraciones. Aumentar la difusión a la población sobre la existencia de todos los PAC, de forma que las demandas de atención urgente sean atendidas en el punto más próximo y adecuado.

- Extensión de la cobertura de las urgencias-emergencias sanitarias. Se crean los Centros Coordinadores de Urgencias (CCU) cuya función principal es la de recibir y gestionar las demandas de los usuarios y asignar a cada una de ellas la respuesta más adecuada en función del problema expresado y de los recursos disponibles. Con esto se pretende adecuar la respuesta del sistema a las demandas de atención de los ciudadanos en el nivel asistencial apropiado de un modo rápido, homogéneo, efectivo, coordinado, equitativo y eficiente.

- Analizar fórmulas organizativas que aglutinen los recursos de las distintas Administraciones. El objetivo es la ordenación y racionalización de recursos destinados a la atención de emergencias, dependientes de Administraciones que no son INSALUD. Se pretende,

por tanto, la coordinación, ordenación y utilización conjunta de estos recursos.

Para el desarrollo de estas líneas de actuación, durante el año 1998 se celebraron en la ciudad de Murcia unas Jornadas en las que se elaboró una serie de conclusiones, entre las que destacan las siguientes:

- Dotación a cada Dirección Territorial del INSALUD de un Centro de Gestión 061, con el objeto de establecer anualmente un Contrato de Gestión para la mejora de la actividad y calidad de la atención a las urgencias.
- Instauración de los CCU como el eje que vertebra, aglutina y coordina los recursos propios y los de AP y Atención Especializada para la atención de urgencias.

La dotación a las Direcciones Territoriales de Centros de Gestión 061 supuso la transformación de los Centros de Gasto de los SEU de Madrid, Zaragoza, Baleares y Murcia en Gerencias de AP del 061, y la creación de seis nuevas Gerencias en Asturias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla-León, Extremadura y la Rioja.

El Plan Estratégico constituye un verdadero punto de inflexión, a partir del cual se extiende y desarrolla el modelo 061 de atención a las urgencias-emergencias por todo el territorio del antiguo INSALUD.

GRUPO DE TRABAJO DE 1999

Durante 1999 se constituye un grupo de trabajo por parte del INSALUD, integrado por ocho Gerentes de diversas Áreas de Atención Primaria. Fruto de este grupo de trabajo, surge el documento "Atención de Urgencias en Atención Primaria"⁸.

Igual que en otros precedentes, en este documento se parte de un análisis de situación y en él se incluye un aspecto novedoso, sin precedentes en los análisis realizados por anteriores grupos de trabajo: se procede a una valoración de los costes según el tipo de dispositivo que presta la atención de urgencias, PAC o SNU, y también dependiendo de que la atención urgente la realicen profesionales de los EAP, personal de SNU o personal de refuerzo.

Dentro de las conclusiones del análisis de situación realizado por este grupo de trabajo, podemos destacar las siguientes:

- Heterogeneidad organizativa para la atención de urgencias en AP.

- La consideración de “personal a extinguir” de los profesionales de los SNU no ha favorecido la generación de políticas de incentiación y motivación de este personal.

- De la oferta de servicios que la AP hace a sus usuarios, 24 horas al día, todos los días del año, al menos el 73% lo hace a través de dispositivos asistenciales diferentes a los EAP.

En el aspecto organizativo se propone un modelo que diferencia claramente la atención de urgencias según se trate de medio rural o urbano, en horario de mañana, tarde, o tramo nocturno, así como sábados, domingos y festivos.

En el medio rural se aconsejan las guardias de presencia física, así como que la realización del tramo nocturno y los domingos y festivos se lleve a cabo por personal diferente al del EAP. Se recomienda que este personal sea siempre el mismo para que esté familiarizado con las características de cada ZBS, y se propone también la existencia de un solo PAC por ZBS.

En cambio, para el medio urbano se propone que un PAC dé cobertura a varios EAP; se sitúa en 50.000 habitantes los subsidiarios de ser atendidos en un PAC. Para el horario nocturno en zona urbana, y siempre que exista proximidad al hospital, se aconseja que no haya abierto al público ningún PAC. En cualquier caso, los tramos nocturnos, así como los sábados, domingos y festivos, serán cubiertos por personal diferente al de los EAP.

En cuanto a los recursos humanos, se propone la dotación de médico y ATS/DUE para los PAC rurales. En los PAC urbanos se recomienda la presencia de 2 médicos a partir de los 60.000 habitantes, y a partir de los 100.000 se recomienda también la incorporación de auxiliares de enfermería.

Como conclusiones y recomendaciones finales, se propone la transformación de los SU en PAC, así como la transformación de las plazas de los SNU en plazas de médicos de familia y ATS/DUE dedicados a las urgencias. Se procede a la homogeneización laboral.

Con las conclusiones de este grupo de trabajo, se produce un palpable cambio de mentalidad en las Gerencias

de AP a la hora de afrontar la cobertura de la asistencia urgente. La homogeneización laboral de los médicos y ATS/DUE de los servicios de urgencia se produciría dos años más tarde, así como la homologación retributiva, que no laboral, del personal de refuerzo. Los SU ya no son servicios a extinguir y finaliza así la larga travesía del desierto de estos servicios que ha durado 15 largos años: desde la promulgación en 1984 del Real Decreto de Estructuras Básicas de Salud, hasta las conclusiones y recomendaciones del grupo de trabajo del 1999.

CREACIÓN DE LOS SERVICIOS DE URGENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA (SUAP)

Los SUAP se crean en el antiguo territorio INSALUD mediante Resolución de la Dirección General del INSALUD de 27 de diciembre de 2001, publicada en el Boletín Oficial del Estado de fecha 12 de febrero de 2002⁹. Esta Resolución es consecuencia de los acuerdos suscritos en el ámbito de la Mesa Sectorial de Sanidad entre el INSALUD y las organizaciones sindicales más representativas en materia sanitaria. Se hace así realidad una de las recomendaciones más importantes del grupo de trabajo de 1999, esto es, la homogeneización del personal de los servicios de urgencia, tanto de los SNU como de los SEU. De esta manera, las plazas de médicos y ATS/DUE de estos servicios se transforman en plazas de SUAP y, lo que es más importante, las plazas de urgencias que pudieran crearse en el futuro en las Gerencias de AP pasarán a ser constituidas desde ahora como plazas de SUAP.

Definitivamente se consolida a través de los recién creados SUAP el modelo de asistencia urgente instaurado en 1967 con los SNU y SEU. La creación de los SUAP coincide en el tiempo con el proceso de transferencia de competencias en materia sanitaria a las Comunidades Autónomas en las que la asistencia sanitaria todavía dependía del INSALUD (Cantabria, Asturias, Madrid, Castilla y León, Castilla La Mancha, La Rioja, Aragón, Extremadura).

Igual que había ocurrido en otras Comunidades Autónomas, que habían recibido las transferencias



sanitarias anteriormente (Andalucía, Galicia, País Vasco, Cataluña), la constitución de los respectivos Servicios Autonómicos de Salud favoreció la introducción de ligeras modificaciones sobre el modelo SUAP transferido, para adaptar la asistencia urgente a la particular idiosincrasia de cada Comunidad. En la mayor

parte de las Autonomías a las que se transfirió la asistencia sanitaria a comienzos del año 2002, las modificaciones efectuadas afectaron más a la denominación del modelo que a su estructura. Alguna Comunidad Autónoma, como Cantabria, conservó el modelo SUAP recibido del INSALUD y lo desarrolló por completo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Plan Director de Urgencias Sanitarias. Instituto Nacional de la Salud. Madrid 1988.
2. Real Decreto 137/ 1984. Estructuras Básicas de Salud. BOE número 27 de 1 de Febrero de 1984.
3. Informe de la Sub-comisión de Urgencias para la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud. Madrid 1991.
4. Documento del grupo de trabajo "De-finición de modelo para los Servicios de Urgen-cia Extrahospitalarios". Madrid 1993. Documento no publicado.
5. Acuerdo entre la Administración Sani-taria del Estado y Organizaciones Sin-dicales más representativas en el sector de Atención Primaria. Do-cumento interno.
6. Real Decreto sobre Ordenación de Pres-taciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud. Decreto 63/ 1995 de 20 de Enero.
7. Plan Estratégico del INSALUD. 1997.
8. Atención de Urgen-cias en Atención Pri- maria. Subdirección General de Atención Primaria. Madrid 1999.
9. Resolución de la Dirección General del INSALUD, de 27 de diciembre de 2001. Boletín Oficial del Es-tado de 12 de febrero de 2002.