

La asistencia de la urgencia médica en España

I Congreso Nacional de Medicina y Enfermería de Emergencias

Dr. D. Víctor Conde Rodelgo

ANTECEDENTES ASISTENCIALES QUE CONDICIONAN EL MOMENTO ACTUAL

La ordenación del sector de la asistencia médica urgente en España se ha visto claramente condicionada por la manifiesta dispersión de las competencias sanitarias que se encontraban, y en cierto modo todavía se encuentran, repartidas entre los distintos organismos de la Administración y entidades con responsabilidad en la asistencia.

En un intento de sintetizar sus antecedentes que permitan comprender la situación actual, debemos partir de lo acontecido al principio de la década de los años cuarenta cuando se creó el Seguro Obligatorio de Enfermedad (Ley de 1.942 e inicio de asistencia en 1.944) y se promulgó la Ley de Bases de Sanidad Nacional de 1.944.

La última de las disposiciones legislativas citadas, en cierta forma perpetuó la situación que se venía manteniendo en el sector sanitario desde mediados del siglo pasado y cuya ordenación se concreta en lo recogido en el preámbulo de la citada Ley cuando manifiesta: «Incumbe al Estado el ejercicio de la función pública de Sanidad. En la consecución de sus fines será ayudado por las Corporaciones Públicas, organismos paraestatales y por las entidades particulares, bajo la ordenación, inspección, vigilancia, disciplina y estímulo de los organismos sanitarios dependientes del Estado».

En base al contenido de esta Ley se establece un sistema asistencial público entre el Estado y las Corporaciones Locales (Diputaciones y Ayuntamientos), que comprende a los Sanitarios Locales, con especial relevancia en el medio rural, Hospitales provinciales, Hospitales municipales, Casas de Socorro (en localidades con más de 20.000 habitantes); Puestos de Socorro (en localidades entre 8.000 y 20.000 habitantes); Centros Maternales y pediátricos de Urgencia; entre cuyos cometidos se encuentra la atención a los procesos médicos urgentes que se produzcan en sus respectivos ámbitos territoriales.

Por otra parte, la implantación de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social en España, presentó unas características que la diferencian del resto de los países de Europa Occidental. Desde un principio el Seguro de Enfermedad en España contó con su propio sistema asistencial: Organización, personal y centros, prescindiendo prácticamente del resto de los sectores y equipamientos existentes, evolucionando bastante al margen de ellos, y orientada casi exclusivamente a la cobertura de las prestaciones asistenciales asumidas con sus beneficiarios. Solamente recurrió a establecer conciertos asistenciales para atender a sus beneficiarios en otros centros públicos o privados, cuando en la década de los años setenta quedaron insuficientes sus hospitales propios, o tuvo que dar «cobijo» a los equipos quirúrgicos de zona que se vieron desplazados de las Residencias a medida que se fue implantando la jerarquización de la plantilla asistencial en las mismas.

Dentro de la organización sanitario-asistencial establecida por la Entidad Gestora de la Seguridad Social (INP), las urgencias médicas de sus beneficiarios son atendidas en el medio domiciliario por los propios facultativos, o a través de unos incipientes servicios de guardia, y en el medio hospitalario por los equipos de zona colaborando con los médicos de guardia de éstos. La creación de los Servicios Especiales de Urgencia de las grandes ciudades y posteriormente los servicios de urgencia normales en las poblaciones que contaban con más de 5.000 asegurados, marcaron un hito en la asistencia a las urgencias médicas extrahospitalarias en nuestro país, principalmente de las domiciliarias. Aún reconociendo las múltiples limitaciones de estos servicios, no cabe la menor duda de que han conseguido una notable extensión por su desmesurada utilización, y por la cobertura de la asistencia en horas y días no cubiertos por los equipos habituales. Además los Servicios Especiales se organizaron contando con un dispositivo «ad hoc»; centros de recepción y coordinación de los avisos, vehículos móviles

para el desplazamiento del equipo asistencial dotados de radioteléfonos, personal específico, etc.

Desde el punto de vista cualitativo, a nuestro entender, presentan mayor interés las actuaciones llevadas a cabo en el medio hospitalario, las cuales a partir de la jerarquización y plena dedicación de su personal facultativo, la creación de las unidades de cuidados intensivos y de coronarias, implantación del programa MIR, participación de todo el equipo (médicos y especialidades) en las guardias, así como las ampliaciones y dotaciones efectuadas en las áreas de urgencias, consiguieron dar un importante salto cualitativo a la atención de las urgencias médicas en nuestro país. (Fig. 1)



Sistema público de Salud. Instalaciones Sanitarias.

Es el momento de señalar que en el Artículo 122 —Servicios de Urgencia— de la Ley General de la Seguridad Social —Texto refundido de 1974—, se manifiesta: «Progresivamente, y en la medida y extensión que permita la estabilidad financiera del Régimen General, se organizarán servicios de Medicina de Urgencia debidamente coordinados con los de igual tipo de la Sanidad Nacional, Provincial y Local. Tales servicios estarán dotados de los medios complementarios de personal auxiliar técnico sanitario y de los medios de desplazamiento y transporte necesarios para garantizar a los beneficiarios de los núcleos urbanos y de los medios rurales una inmediata asistencia facultativa en aquellos estados y situaciones que por su índole y gravedad así lo requieran».

Por supuesto, esta disposición, ha sido una más de las que se han quedado en el «cajón» de las intenciones y que no ha tenido ninguna virtualidad, ya que, incluso, las pocas iniciativas que se tomaron en este sentido, apenas si han sido desarrolladas.

Otros tipos de actuaciones para atender los procesos urgentes estuvieron representadas por la creación del Auxilio Sanitario en Carretera (Decreto 1.966/60 de 1966), dependiente de la Dirección General de Tráfico, hoy día prácticamente desaparecido; intentos de crear servicios integrados en el año 1964, para lo que, incluso, llegaron a tener reservado un teléfono único

de llamadas (092); el establecimiento y despliegue progresivo de los puestos de socorro en carretera de Cruz Roja y, posteriormente, de otras instituciones de voluntarios (D Y A).

Los accidentes de trabajo son atendidos por sus propios servicios asistenciales, en aquellas empresas en que se encuentran establecidos los Servicios Médicos, y en gran parte por las Mutuas Patronales.

En resumen y en razón de todo lo anteriormente expuesto, la asistencia médica urgente en nuestro país, se encuentra diversificada en una serie de estructuras asistenciales de manifiesta complejidad y dispersión: Sanitarios locales, facultativos de la Seguridad Social, facultativos de entidades del Seguro Libre, Casas de Socorro municipales; servicios especiales y normales de urgencia de la Seguridad Social; servicios médicos de empresa; centros de socorro de Cruz Roja y otras entidades de voluntarios. Los hospitales tienen establecido dispositivos y equipamientos de mayor complejidad de acuerdo con el nivel y ámbito asistencial, dependencia patrimonial y compromiso asistencial asumido.

Todo lo anteriormente expuesto, sin contar con el transporte sanitario, sector en el que, salvo excepciones, no existe una organización estructurada.

LA ETAPA ACTUAL

La creación del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social facilitó, al menos en teoría, la integración de las redes sanitarias. Con la promulgación de la Constitución española del año 1978, que instaura el Estado de las Autonomías, se han abierto unas nuevas perspectivas a la planificación, organización y ordenación de los servicios sanitarios que han tenido su culminación con la aprobación de la Ley General de Sanidad de Abril de 1986.

A las Comunidades Autónomas se han transferido gran parte de las competencias en materia sanitaria, y de otras naturalezas, que condicionarán el futuro de la planificación sanitaria de nuestro país. Han asumido todas ellas las competencias, medios personales y materiales de la sanidad pública que mantenía el Estado, de las corporaciones locales y algunas de ellas (Cataluña, Andalucía, País Valenciano y País Vasco), las asistenciales de la Seguridad Social. Dentro del ámbito de sus competencias establecidas en sus respectivos Estatutos, han aprobado y promulgado diversas normativas relacionadas con este sector, y tomando iniciativas en la ordenación de su territorio y organización de sus servicios y equipamientos sanitarios. Cabe señalar la creación de incipientes servicios integrados de urgencias en diversas Comunidades Autónomas o Provincias: Cantabria, Valencia, Cataluña, Ciudad Real, Andalucía, Navarra, Murcia, etc.

El contenido de la Ley General de Sanidad no hace referencia alguna a la asistencia médica urgente. No

obstante establece una normativa básica de la organización de los servicios de Salud; en el Título III se contempla la estructura del sistema sanitario público integrado dentro del Sistema Nacional de Salud y entendido como el conjunto de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas.

A los efectos que venimos analizando, resaltamos las siguientes características del Sistema Nacional de Salud: La extensión progresiva de los servicios a toda la población, el prestar una atención integral y la integración de todos los servicios sanitarios públicos en un dispositivo único. Estos hechos suponen a nuestro entender un importante avance ya que facilitará la creación de sistemas unificados de atención, abiertos a la totalidad de la población y contar con todos los dispositivos existentes.

Las Comunidades Autónomas deben organizar sus Servicios de Salud integrando todos los centros, servicios y establecimientos de la propia Comunidad, Diputaciones y Ayuntamientos y de cualesquiera otras Administraciones territoriales intracomunitarias (el IN-SALUD a medida que se transfiera a las mismas).

La base para la planificación de los Servicios de Salud que han de establecerse en las Comunidades Autónomas, es la división de todo el territorio en demarcaciones geográficas, las denominadas Áreas de Salud, que son las responsables de la gestión unitaria de los centros y establecimientos del Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma en su ámbito territorial y de las prestaciones y programas sanitarios a desarrollar por ellas: la atención primaria y la especializada. Como regla general, y sin perjuicio de las excepciones a que hubiera lugar, el Área de Salud extiende su acción a una población no inferior a 200.000 habitantes ni superior a 250.000.

Los servicios a nivel primario dentro de las referidas Áreas, se dividen en Zonas Básicas de Salud, entendidas como el marco territorial de la atención primaria de salud en donde se ejecutan las actividades sanitarias de los Centros de Salud o centros integrales de atención primaria. Hay que hacer referencia al Real Decreto 137/1984 de 11 de enero, anterior por tanto a la Ley que venimos comentando, sobre «estructuras básicas de salud», en que ya se dispone que las Comunidades Autónomas delimitarán el marco territorial y se señala que la población protegida por la Seguridad Social a atender en la zona de salud, podría oscilar entre 5.000 y 25.000 habitantes, tanto en el medio rural como en el medio urbano. Se entiende el Centro de Salud como la estructura física y funcional que haga posible el desarrollo de una atención permanente y continuada por el equipo de atención primaria. Entre sus funciones figura la de prestar asistencia sanitaria de urgencia a la población adscrita; se prevé que el equipo realice turnos de guardia. La disposición final segunda del Decreto que venimos comentando indica que en las zonas de salud en donde coexisten ser-

vicios de urgencia de la Seguridad Social se procurará la necesaria coordinación y, en su caso, la integración entre el mismo y el equipo de atención primaria.

Entendemos que debe ser el nivel del Área de Salud en donde en principio debe acometerse la ordenación de los servicios médicos de urgencia, integrando dentro de cada Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma, teniendo en cuenta que debe estar abierto a toda la población, abarcar la atención intra y extrahospitalaria (domiciliaria, accidentes de tráfico, de trabajo y domésticos), contando con una adecuada estructura de equipos asistenciales, que facilite la utilización de servicios, la recepción de las llamadas, la valoración de las demandas, la ordenación de los servicios por medio de los equipos asistenciales más adecuados a cada proceso, la atención «in situ», el transporte sanitario, así como la preparación y coordinación de la atención sanitaria a los posibles accidentes mayores (catástrofes).

LAS ACTUACIONES POSIBLES

De acuerdo con todo lo anteriormente expuesto en relación con los antecedentes y con el estado de la actual Administración sanitaria de nuestro país, y considerando las recomendaciones acordadas en la Reunión celebrada sobre esta materia el pasado año en Salamanca, así como otros múltiples trabajos elaborados por distintos expertos en cuestiones relacionadas con la atención médica urgente, a nuestro entender parece aconsejable acometer las siguientes actuaciones:

1. El que por parte de los servicios técnicos del Ministerio de Sanidad y Consumo se establezca dentro del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (lugar de encuentro entre el Estado y las Comunidades Autónomas en materia de Salud), una Ponencia de Trabajo en donde se diseñen el cuadro marco sobre los criterios a seguir para la planificación, organización y ordenación de este sector asistencial, para el establecimiento de los sistemas de urgencia médica en los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas.

2. La planificación de la cobertura integral en la atención de carácter urgente, debe ser efectuada de forma progresiva en cada una de las Comunidades Autónomas, teniendo en cuenta las competencias que les han sido transferidas en materia sanitaria.

3. Los criterios técnicos que deberán orientar estos servicios serán: Sistema único, público, abierto a toda la población e integrado en el sistema general de la atención médica. Unificación e integración, al menos funcional, de todas las estructuras válidas actualmente dispersas en diversas administraciones y entidades públicas o privadas.

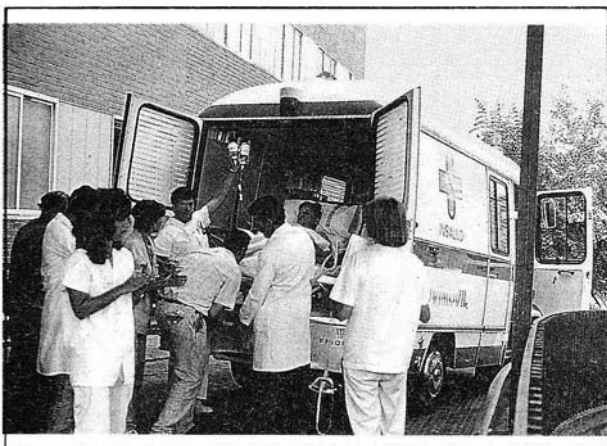
4. Ordenación de las actuaciones bajo criterios racionales procurando atender cada proceso en el es-

calón y con los medios adecuados a su complejidad y requerimientos asistenciales.

5. Operativamente se considera indispensable el establecimiento a nivel territorial de Centro de Información, Coordinación, Regulación, Activación y Ordenación de la Urgencia Médica (C. I. C. U. Ms.), acordes con la cuantía y distribución de población así como con el dispositivo asistencial existente.

6. En el proceso de atención a las urgencias, se debe diferenciar los servicios orientados a la atención continuada de procesos agudos de aquellos, más específicos, dirigidos a aquellos procesos en los que se encuentre comprometida de forma grave e inmediata la integridad funcional del individuo. A este efecto, es necesario el establecimiento progresivo de unidades asistenciales de diversa índole, que cuenten con los equipamientos en medios urbanos multidisciplinarios, materiales y de transporte, que permitan la atención rápida y eficaz de los procesos de alto riesgo.

7. Se aconseja que progresivamente se instauren unidades de atención y transporte de los enfermos de alto riesgo, que ubicadas en los hospitales cualificados y contando con personal entrenado, integrados dentro de los sistemas de alerta y dependiendo de los Servicios de Urgencia de la Seguridad Social, puedan realizar la cobertura de estas atenciones. (Fig. 2).



Transporte sanitario de alto riesgo.

8. En todo caso, la organización de los Servicios de Urgencia médica, debe disponer de un adecuado sistema de comunicaciones que permita la detección de la urgencia, la petición de ayuda y el enlace permanente entre todos los elementos integrados en el sistema.

9. Se debe contar con todo el personal que en la actualidad desempeña su labor asistencial en los servicios y establecimientos de ámbitos extrahospitalarios.

10. Asimismo, es preciso acometer un extremo programa de formación en urgencias médicas a todos los profesionales sanitarios, partiendo de las posibilidades que nos ofrecen los hospitales.

A este respecto, es obligado hacer una mención especial a la labor que ha iniciado la Sociedad Español-

la de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias, con el programa de enseñanza de Resucitación Cardiopulmonar. (Fig. 3)



Enseñanza de resucitación cardiopulmonar.

11. La formación debe extenderse a la población en general, mediante la enseñanza del socorrismo desde la escuela y estableciendo su exigencia a aquellos colectivos que van a tener mayores posibilidades de estar en contacto con acontecimientos de riesgo para la salud.

12. La asistencia a las urgencias en el medio rural, debe ser planificada en cada Comunidad Autónoma, en base a las características claramente diferenciales existentes en este medio, teniendo en cuenta, incluso, programas descentralizados hasta las demarcaciones territoriales más elementales. La labor asistencial, en este área, debe ser desarrollada con especial protagonismo por los profesionales sanitarios que habitualmente ejercen en ella, con el apoyo de las estructuras de atención urgente más específicas de un nivel territorial más amplio y los medios de desplazamiento y transporte sanitario adecuados.

Hay que conseguir la mejora del transporte sanitario de los enfermos logrando una categorización de los mismos en razón a las exigencias asistenciales durante el desplazamiento y la distancia a cubrir.