

Sistemas de Comunicaciones en el ambiente extrahospitalario

DR. C. CALDERON GOMEZ
OSAKIDETZA • SAN SEBASTIAN

El análisis del Sistema de Comunicaciones en la Urgencia Extrahospitalaria requiere en todo caso de un determinado modelo al que referirse.

Lamentablemente, en la actualidad, la referencia ha de ser doble. Por una parte, lo que desearíamos que fuera, y por otra, lo que realmente existe, mediante entre ambas situaciones una distancia todavía excesiva.

No obstante, y en la confianza en que debates como éste contribuyen a su acercamiento,

entiendo que desde el punto de vista metodológico debería diferenciarse en los dos casos, lo que podríamos denominar la "vertiente externa" del Sistema de Comunicaciones, y la "vertiente interna".

En el ámbito "externo" es decir, el que relaciona usuario y Sistema, la situación, al menos en nuestro contexto más próximo, continúa caracterizándose por una pluralidad de receptores, con sus correspondientes líneas de conducción des-

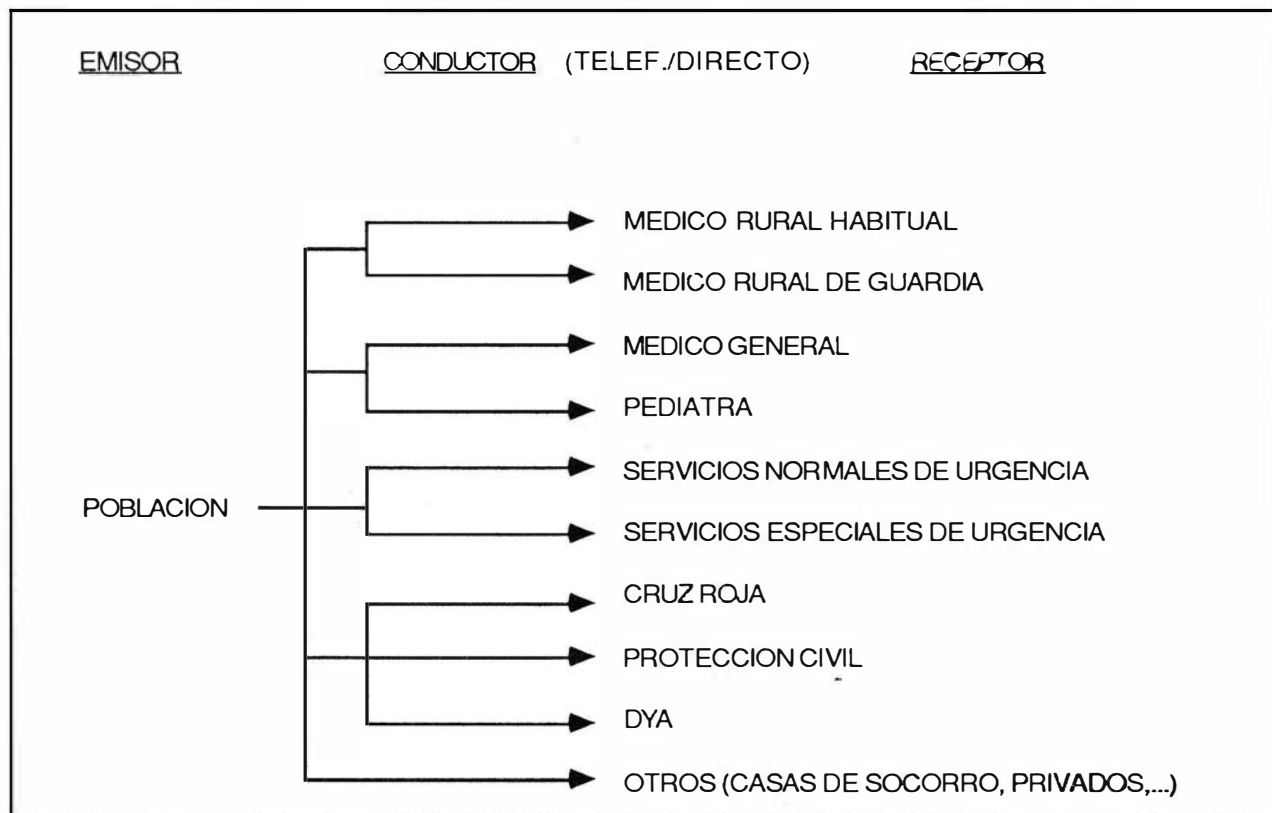


Fig. 1

coordinadas entre sí, lo cual repercute negativamente en que la respuesta al mensaje lanzado desde el emisor-población sea la más correcta. (Fig. 1).

Precisamente esa falta de adecuación favorece que la población recurra a Sistemas de Comunicación mucho más lineales hacia el Hospital. (Fig. 2).

Sin embargo, esta vía de comunicación presenta asimismo importantes deficiencias por los siguientes puntos:

- La accesibilidad al hospital no siempre es óptima, sobre todo para la población rural.
- El hospital al que se acude puede no ser el adecuado.
- El hospital en sí es un recurso especializado, y como tal, situado en los niveles secundario y terciario del sistema sanitario.
- La concurrencia masiva de demanda susceptible de ser asistida fuera del hospital y que acude al mismo como referencia primaria, acarrea consecuencias claramente perjudiciales para el ciudadano (masificación, espera,...) para el profesional (frustración, fatiga,...) y para el sistema (ineficacia, encarecimiento...).

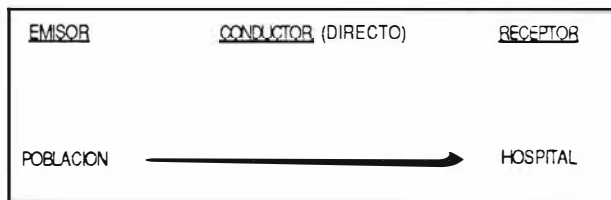


Fig. 2

Centrándonos a continuación en la descripción de la situación deseable, recientemente expresamos en Bilbao, con motivo de la celebración de "Hospital'88" las líneas generales del modelo de atención urgente extrahospitalaria que consideramos más adecuado a nuestro medio, en función, a) de las necesidades generales como URGENCIA, y b) de las características propias del SISTEMA SANITARIO. (Fig. 3 y 4).

Dicho modelo de Atención Médica Urgente, descansa sobre tres pilares básicos:

1) Un Centro Coordinador por Área -o bien Territorio o Provincia, según los casos- con personal médico capaz de realizar una labor de triage con criterios profesionales.

2) Una Red de Transporte, que si bien podría ser bimodal, es decir, contar por un lado con vehículos turismo-ambulancias tradicionales, y por otro con ambulancias correctamente dotadas y homologadas como tales, dispondría en todo caso de una distribución de estas últimas clara-

mente definida según criterios de accesibilidad.

3) Una infraestructura de centros de urgencia extrahospitalarios, capaces de resolver en primera instancia, cerca del paciente y con los medios necesarios, la gran mayoría de la demanda registrada en la actualidad como urgente, así como de derivar en correctas condiciones aquellos casos

• URGENCIA HOSPITALARIA	230 - 340 X 1000
• URGENCIA HOSPITALARIA INGRESADA	17 - 25 %
• URGENCIA EXTRAHOSPITALARIA	200 - 250 X 1000
• 40 - 60 %	SERVICIOS DE URGENCIA
• 20 - 40 %	MEDICINA RURAL
• 10 - 15 %	CRUZ ROJA - DYA
• 5 %	MEDICINA GENERAL - PEDIATRIA
• URGENCIA ASISTIDA A DOMICILIO	20 - 30 X 1000
• URGENCIA RELACIONADA CON ACCIDENTE	5 X 1000
• DEMANDA REORIENTADA DESDE CENTRO COORDINADOR	50 - 60 %

Fig. 3

que necesiten de una asistencia especializada en el nivel hospitalario.

No debemos extendernos al respecto, pero tampoco podemos olvidar dos criterios que apuntábamos como fundamentales para el desarrollo del modelo: su necesaria integración en el conjunto del sistema sanitario, con un aprovechamiento y coordinación óptimos de los recursos de la Atención Primaria y de la Atención Hospitalaria, y la no menos necesaria flexibilidad en la adopción de fórmulas organizativas concretas teniendo en cuenta la compleja y deficitaria situación de partida.

Volviendo al ámbito de las comunicaciones, concretamente en la vertiente externa del modelo descrito, tanto la vía de conducción como el receptor habrían de ser únicos, interrelacionando a la población con el Sistema de Atención Médica Urgente bien directamente a través de sus centros extrahospitalarios de referencia, bien telefónicamente mediante llamada al Centro Coordinador del Sistema. (Fig. 5).

A propósito del acceso telefónico, y sin pretender inmiscuirnos en las funciones que corresponden a los Sistemas de Protección Civil -en mi opinión, fundamentalmente de dirección y coordinación de otros subsistemas ya existentes ante el imprevisto de catástrofes y emergencias de envergadura-, lo cierto es que en nuestro medio dichos Sistemas han recorrido ya un camino de integración en este sentido, concretándose incluso en referencias telefónicas únicas, de fácil acceso para la población, a las que recurrir en situaciones de emergencia.

- RED DE RECURSOS SANITARIOS MAYORITARIAMENTE PUBLICOS
- SECTORIZACION HOSPITALARIA. AREAS. COMARCAS.
- INFRAESTRUCTURA EXTRAHOSPITALARIA PRIMARIA Y ESPECIALIZADA
- MODELO DE ATENCION PRIMARIA EAP. PARTICIPACION EN GUARDIAS
- RECURSOS ESPECIFICAMENTE DEDICADOS A LA URGENCIA EXTRAHOSPITALARIA
- RECURSOS, PRINCIPALMENTE DE TRANSPORTE Y COMUNICACIONES, PARAPUBLICOS, EN OCASIONES COORDINADOS POR PROTECCION CIVIL.

Fig. 4

La ausencia de un sistema análogo orientado a la urgencia médica, amén del tipo de recursos implicados (Cruz Roja, DYA), ha favorecido la desviación de un cierto porcentaje de la demanda médica urgente hacia dicho sistema de protección Civil, principalmente aquellos casos ligados al accidente.

Entiendo que desde ningún punto de vista sería conveniente desandar lo andado en la intervención de Protección Civil ante emergencias que requieran la participación de recursos no médicos, y que en el t
nes, la existencia de una doble referencia para la población en lugar de las múltiples descritas anteriormente, constituiría un auténtico avance al que debemos aspirar, ya que la propia práctica de funcionamiento coordinado conllevaría la delimitación en cada caso de ambos campos de actuación. (Fig. 6).

tal. Diferenciamos al respecto dos niveles, un nivel operativo, y un nivel de gestión.

En la actualidad, ambos niveles difieren según la referencia concreta que analicemos.

Así, en el caso de la asistencia en el medio rural, la vía aferente puede tropezar con el obstáculo bastante común de la localización del médico, y la eferente, con una asistencia escasa de medios y que en caso de necesitar transporte para el traslado del enfermo, ha de iniciar un nuevo proceso de localización de los recursos disponibles; recursos heterogéneos, con equipamiento dispar y de profesionalidad generalmente deficiente.

Si la comunicación ha sido dirigida al médico general o pediatra, será el criterio del celador del ambulatorio el que determine la prioridad del caso. Los medios son igualmente escasos -en muy pocos consultorios existe una sala especifi

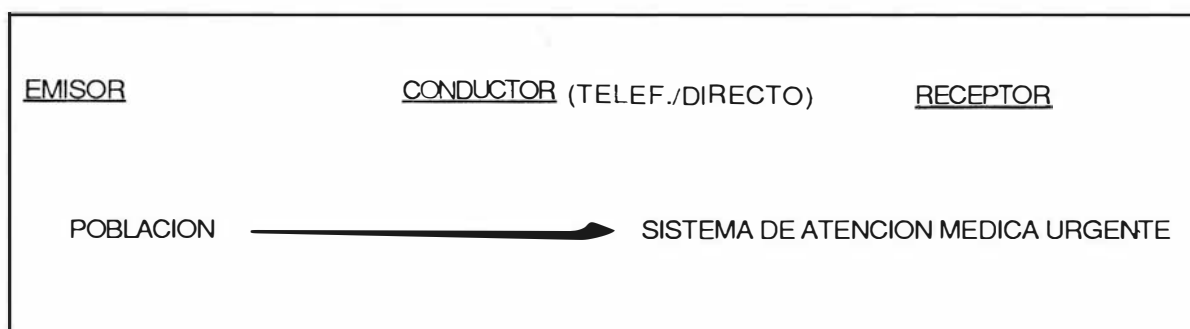


Fig. 5

El que en etapas posteriores, fuera posible incluso unificar la referencia telefónica no debería descartarse a priori, si bien en este sentido, conviene volver a repetir la analogía de los teléfonos únicos con la guinda de un pastel, que por más atractiva y brillante que nos resulte, necesita siempre para cumplir su función de una base correctamente estructurada y condimentada, aunque la mayor parte de la misma no se perciba desde el exterior.

Pasemos a continuación a lo que denominábamos "vertiente interna", es decir, al ámbito de las comunicaciones propias del Sistema como

ca para la asistencia de casos urgentes-, y la accesibilidad al facultativo varía, siendo mínima de 13 a 17 horas. El transporte es requerido asimismo en segunda instancia, sin apenas garantías de rapidez y eficacia.

Los Servicios de Urgencias, como es sabido, recogen la comunicación únicamente de 17 horas a 9 de la mañana, y las 24 horas de los festivos. En los dos tipos de Servicios existe una referencia física de acceso directo, con dotación variable, que puede ser muy escasa en los Servicios Normales; y en cuanto a la recepción telefónica, sólo en los Servicios Especiales es posible -no seguro-

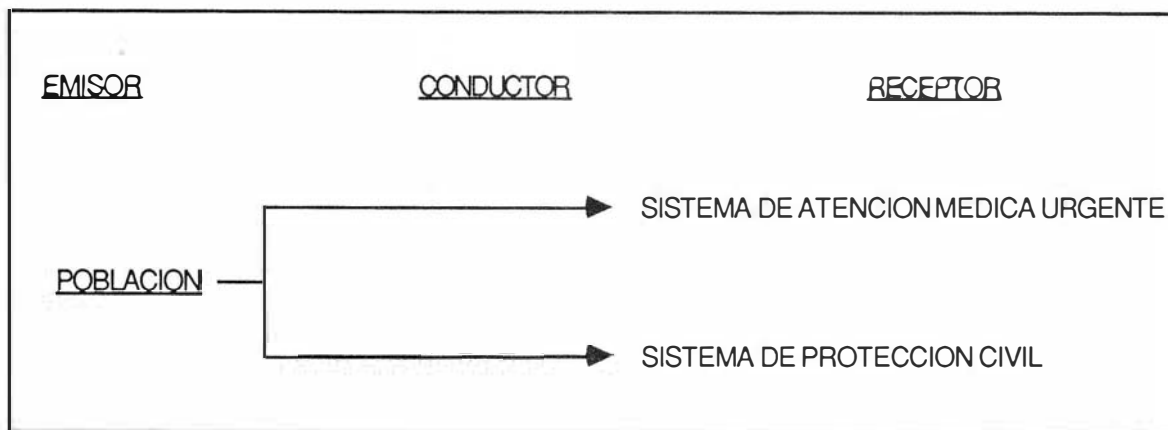


Fig. 6

encontrar personal médico capacitado para la priorización de la asistencia y la derivación de la demanda, si procede, a las instancias más oportunas. La situación en cuanto al transporte difiere desde los vehículos propios, a los concertados por el propio Servicio o por la Entidad Gestora en general (Osakidetza, INSALUD). Su cualificación es generalmente baja, y sólo en los Servicios Especiales es posible la comunicación por radio entre el Centro Coordinador y el vehículo, así como el consiguiente control sobre la realización del aviso.

Por último, entidades como Cruz Roja o DYA, coordinadas o no por Protección Civil, carecen de referencias físicas extrahospitalarias, limitándose a la movilización de medios de transporte, con un nivel de asistencia variable, generalmente desempeñado por voluntariado no sanitario. La recepción de la llamada tampoco se lleva a cabo por personal sanitario, por lo que los criterios de priorización y triage son relativos, siendo sin em-

bargo buenas en general las redes de comunicación inalámbrica.

Si el destino del enfermo es el Hospital, en casi ningún caso -las excepciones se pueden dar en los Servicios Especiales de Urgencia- se comunica al Centro con anterioridad la llegada del paciente, no existiendo en general información de las diferentes disponibilidades de recepción de los Hospitales en caso de existir más de uno.

Excepto en el caso de los Servicios Especiales de urgencia, y por supuesto, en entidades como Cruz Roja o DYA, no existen estructuras de gestión orientadas específicamente a la atención a la urgencia, por lo que tampoco es posible definir en este nivel vías de comunicación comunes al Sistema, respondiendo en cada caso a criterios de dirección, organización y control diferentes (pluralidad de sistemas de registro, de delimitación de responsabilidades, de asignación de tareas, etc...).

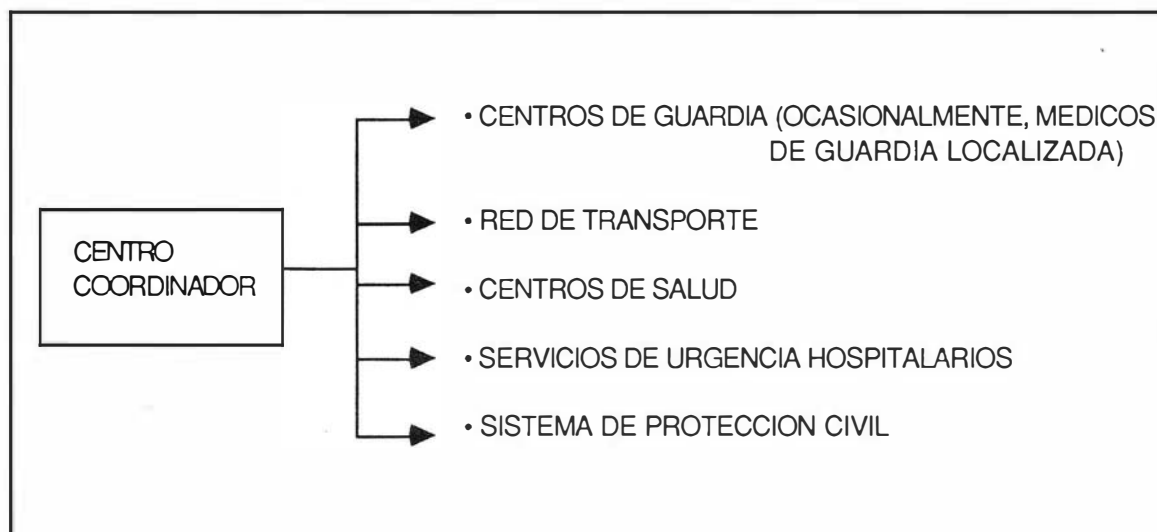


Fig. 7

El Sistema de Comunicaciones correspondiente a un Sistema de Atención Médica Urgente como al que anteriormente nos referíamos, consistiría, en su nivel operativo, de un Centro Coordi-

confidencialidad.

Por último considero de gran importancia la existencia de una estructura de gestión específica capaz de dirigir el desarrollo de la atención a la

- JERARQUICAS, CON CLARA DELIMITACION DE RESPONSABILIDADES, PARA CON LOS RECURSOS DIRECTAMENTE INVOLUCRADOS Y PARA CON LOS NIVELES SUPERIORES DEL SISTEMA SANITARIO.
- DOCENTES, PARA LA FORMACION DE LOS RECURSOS HUMANOS DE DENTRO Y DE FUERA DEL SISTEMA
- DE COORDINACION, PARA CON LOS SUBSISTEMAS DE ATENCION PRIMARIA Y HOSPITALARIA, Y PARA CON EL SISTEMA DE PROTECCION CIVIL

Fig. 8

nador como cabeza del Sistema conectado directamente, con los diferentes recursos físicos a nivel extrahospitalario, con los Servicios de Urgencia de los Hospitales correspondientes, y con el Sistema de Protección Civil, (Fig. 7) bien por vía telefónica o por radio, o mediante sistemas mixtos de comunicación, que posibiliten tanto la recepción del mensaje desde el Centro Coordinador, como la información en sentido contrario, de la asistencia realizada o del recurso movilizado al respecto.

El mensaje como tal ha de reunir asimismo una serie de condiciones que garanticen su eficacia:

- Ha de ser claro y conciso, y en la medida de lo posible, estandarizado
- Deben existir medios de comprobar su veracidad
- Debe quedar registrado
- Debe ser susceptible de ser analizado cuantitativa y cualitativamente a posteriori, para la evaluación y control del sistema
- Debe contar con las suficientes garantías de

urgencia extrahospitalaria mediante el cumplimiento de las siguientes funciones mínimas:

- Concretar objetivos, normas y plazos de consecución
- Homogeneizar criterios de actuación
- Homologar y garantizar la calidad de los recursos
- Controlar y evaluar el funcionamiento del sistema
- Posibilitar su integración en el conjunto del Sistema Sanitario.

Para ello, indudablemente se necesitan vías de comunicación propias y diferenciadas (Fig. 8), cuyo correcto funcionamiento constituye condición imprescindible para la consecución de un Sistema de Atención Médica Urgente eficaz.

Comunicación presentada en las II Jornadas de Medicina de Urgencia.

Tudela. Octubre 1.988