

Osstelba

OSASUN
TEKNOLOGIEN
EBALUAZIOA

EVALUACIÓN DE
TECNOLOGÍAS
SANITARIAS



EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO

OSASUN ETA KONTSUMO
SAILA
DEPARTAMENTO DE SANIDAD
Y CONSUMO

INFORME DE EVALUACIÓN

D-09-05

ESTUDIO DE LAS PRESTACIONES SANITARIAS URGENTES Y EMERGENTES EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA VASCA: ANÁLISIS Y PROPUESTAS DE MEJORA

Proyecto de Investigación Comisionada

Julio 2009

INFORME DE EVALUACIÓN

D-09-05

ESTUDIO DE LAS PRESTACIONES SANITARIAS URGENTES Y EMERGENTES EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA VASCA: ANÁLISIS Y PROPUESTAS DE MEJORA

Proyecto de Investigación Comisionada

Julio 2009

Unanue Munduate, José M^a
Pérez Irazusta, Itziar
Alcorta Michelena, Idoia
Gurruchaga Arriola, Miren Idoia
Lasa Garmendia, M^a Mercedes
Arrese-Igor Etxeburua, Aitor
Bustinduy Bascarán, Ana
Esquisabel Martínez, Rosa
Medina Sánchez, Isidro
López Pérez, Asier
García García, Santiago
Rojo Salaberri, Mikel

EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

OSASUN ETA KONTSUMO
SAILA

DEPARTAMENTO DE SANIDAD
Y CONSUMO

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia

Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

Vitoria-Gasteiz, 2010

Un registro bibliográfico de esta obra puede consultarse en el catálogo de la Biblioteca General del Gobierno Vasco: <http://www.euskadi.net/ejgvbiblioteca>

Financiación: Beca de Investigación Comisionada 2005. Departamento de Sanidad y Consumo . Gobierno Vasco. Nº Expediente 2005/03.

Este documento debe ser citado como:

Unanue J.M, Pérez Itziar, Alcorta I, Gurruchaga MI, Lasa M.M, Arrese-Igor A, Bustinduy A, Esquisabel R, Medina I, López A, García S, Rojo M. *Estudio de las prestaciones sanitarias urgentes y emergentes en la Comunidad Autónoma Vasca: análisis y propuestas de mejora*. Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad y Consumo. Gobierno Vasco, 2009. Informe n.º: Osteba D-09-05.

El contenido de este documento refleja exclusivamente la opinión de las personas investigadoras, y no son necesariamente compartidas en su totalidad por quienes han realizado la revisión externa o por el Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco.

Edición: 1.ª marzo 2010

Tirada: 80 ejemplares

© Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco
Departamento de Sanidad y Consumo

Internet: www.euskadi.net/sanidad/osteba

Edita: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco
c/ Donostia-San Sebastián, 1 - 01010 Vitoria-Gasteiz

Fotocomposición: Gráficas Varona, S.A.

Impresión: Gráficas Varona, S.A.

ISBN-13: 978-84-457-3047-8

D.L.: VI. 162-2010

Investigador principal

José M.ª Unanue Munduate. Responsable de Calidad. Emergencias de Osakidetza. Donostia-San Sebastián. (Gipuzkoa).

Miembros del equipo de investigación

Itziar Pérez Irazusta. Técnica de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. (Gipuzkoa).

Idoia Alcorta Michelena. Médico del Punto de Atención Continuada de Errenteria. Comarca Ekialde. (Gipuzkoa).

Miren Idoia Gurruchaga Arriola. Médico Adjunta. Servicio de Urgencias del Hospital Donostia. (Gipuzkoa).

M.ª Mercedes Lasa Garmendia. Proyecto de coordinación Atención Primaria y Atención Especializada. Responsable de proyecto en Gipuzkoa.

Aitor Arrese-Igor Etxeburua. Médico del Punto de Atención Continuada de Elgoibar. Comarca Oeste. (Gipuzkoa).

Ana Bustinduy Bascarán. Responsable del área de gestión de la Unidad de Gestión Sanitaria. Comarca Ekialde. (Gipuzkoa).

Rosa Esquisabel Martínez. Médico de familia. Centro de Salud de San Martín. Comarca Araba. (Álava).

Isidro Medina Sánchez. Responsable de Enfermería. Emergencias de Osakidetza. (Bizkaia).

Asier López Pérez. Responsable de las ambulancias asistenciales de Ambulancias Bizkaia. (Bizkaia).

Santiago García García. Enfermero del Centro de Salud de Basurto. (Bizkaia).

Mikel Rojo Salaberri. Enfermero. Emergencias de Osakidetza. (Gipuzkoa).

Manuel Mayo Martínez. Médico. Medical DOM. Bilbao. (Bizkaia).

Revisión Externa

Marta Álvarez de Arcaya Vitoria. Médico geriatra. Hospital Bermingham Fundación Matía. Donostia-San Sebastián. (Gipuzkoa).

Pedro Martínez Tenorio. Gerente del Servicio de Urgencias de la Comunidad Autónoma de Madrid. SUMMA 112.

Colaboradora

Goretti Soroa Martínez.

Coordinación del Proyecto en Osteba

Iñaki Gutiérrez Ibarluzea. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Osteba. Departamento de Sanidad y Consumo. Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz. (Álava).

ÍNDICE

GLOSARIO DE SIGLAS	9
RESÚMENES ESTRUCTURADOS	13
1. INTRODUCCIÓN	25
2. OBJETIVOS	29
3. METODOLOGÍA	33
4. RESULTADOS	37
4.1. Análisis del entorno	39
4.1.1. Demanda	39
4.1.1.1. Demografía	39
4.1.1.2. Estado de salud	41
4.1.1.3. Estructura y apoyo familiar	43
4.1.1.4. Apoyo y red social.....	45
4.1.1.5. Aspectos sociológicos	45
4.1.1.6. Formación	48
4.1.1.7. Uso de las tecnologías de la información y comunicación.....	49
4.1.1.8. Análisis de la demanda	50
4.1.1.8.1. Datos históricos	50
4.1.1.8.2. Encuesta de usuarios	58
4.1.2. Oferta	60
4.1.2.1. Contexto legislativo	60
4.1.2.2. Asistencia urgente en la CAPV	63
4.1.2.2.1. Atención Primaria	64
4.1.2.2.2. Servicios de Urgencia Hospitalarios	64
4.1.2.2.3. Emergencias de Osakidetza.....	66
4.1.2.2.4. Sistema Médico de Emergencias.....	68
4.1.2.3. Profesionales.....	70
4.1.2.4. Telemedicina.....	73
4.1.2.5. Organización.....	74

GLOSARIO DE SIGLAS

ACVA	Accidente cerebrovascular agudo
Amb	Ambulatorio
AP	Atención Primaria
BNCO	Bronconeumopatía crónica obstructiva
C.S.	Centro de salud
CAPV	Comunidad Autónoma del País Vasco
CCAA	Comunidades Autónomas
CMBD	Conjunto Mínimo Básico de Datos
DEA	Desfibrilador semiautomático
ECP	<i>Emergency Care Practitioner</i>
EO	Emergencias de Osakidetza
EPES	Empresa Pública de Emergencias Sanitarias de Andalucía
GP	<i>General Practitioner</i>
GPRS	<i>General Packet Radio Service</i>
GPS	<i>Global Positioning System</i>
IAM	Infarto agudo de miocardio
IMV	Incidente de Múltiples Víctimas
MIR	Médico Interno Residente
MIU	<i>Minor injuries units</i>
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
PAC	Punto de Atención Continuada
PCR	Parada cardio-respiratoria
PDA	Agenda digital
RCP	Resucitación cardio-pulmonar
RTSU	Red de transporte sanitario urgente
SCACEST	Síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST
SET	Sistema español de triaje
SME	Sistema médico de emergencias
SMS	<i>Short Message Service</i>
SUH	Servicio de urgencias hospitalario
SVA	Soporte Vital Avanzado
SVB	Soporte Vital Básico
SVE	Soporte Vital con Enfermería
TCE	Traumatismo cráneo-encefálico
TES	Técnico en Emergencias Sanitarias
UCI	Unidad de Cuidados Intensivos
uHaD	Unidad de Hospitalización a domicilio
W-IC	<i>Walk-in centre</i>

RESÚMENES ESTRUCTURADOS

RESUMEN ESTRUCTURADO

Título:	ESTUDIO DE LAS PRESTACIONES SANITARIAS URGENTES Y EMERGENTES EN LA CAPV: ANÁLISIS Y PROPUESTAS DE MEJORA
Autores:	Unanue JM, Pérez I, Alcorta I, Gurruchaga MI, Lasa M, Arrese-Igor A, Bustinduy A, Esquisabel R, Medina I, López A, García S, Rojo M
Tecnología:	tratamiento
Palabras clave:	emergencias, prestaciones sanitarias, análisis, urgencias
Fecha:	julio 2009
Páginas:	136
Referencias:	208
Lenguaje:	Español, resumen en euskera e inglés
ISBN:	978-84-457-3047-8

INTRODUCCIÓN

La atención urgente, como el resto de los sistemas sanitarios se encuentra sometida a un entorno cambiante, sobre todo en lo relativo a factores derivados de la demanda asistencial. El envejecimiento poblacional, la mayor prevalencia de las enfermedades crónicas y el nuevo modelo relacional paciente-sistema sanitario obligan a reflexionar sobre la necesaria adaptación de la atención urgente a la nueva situación. La asistencia urgente se ha abordado, habitualmente, con prisma focalizado, con infrecuentes aportaciones que contemplen a toda la cadena asistencial que presta dicha asistencia. Esta falta de integración entre niveles, que condiciona de forma relevante la continuidad asistencial, es aún mayor con los sistemas de atención socio-sanitarios. Las previsiones demográficas y epidemiológicas orientan, sin embargo, a que ambos niveles deben estar íntimamente coordinados.

OBJETIVOS

En este informe se pretende: 1) Describir el entorno socio-demográfico, profesional, tecnológico y organizativo que afecta a la asistencia urgente. 2) Conocer y describir la asistencia urgente que se presta en la CAPV, tanto en su carácter cuantitativo como cualitativo. 3) Mediante revisión de literatura, analizar las posibles alternativas puestas en marcha en comunidades con sistema sanitario similar al de la CAPV, su eficacia y su posible aplicabilidad en nuestro medio. Conforme a los resultados obtenidos y tras su análisis por grupo de expertos se propondrán alternativas eficaces y contextualizadas para la asistencia urgente en la Comunidad Autónoma del País Vasco.

METODOLOGÍA

El presente informe consta de las siguientes actividades: 1) Descripción y análisis del entorno de la asistencia urgente en la CAPV: Se estudia mediante informes y publicaciones realizados sobre los

apartados contemplados, tanto a nivel de oferta como demanda. 2) Conocimiento de la demanda asistencial urgente en nuestra Comunidad. Se analiza su aspecto cuantitativo mediante análisis de series, a través de las memorias de actividad de las Organizaciones de servicios de Osakidetza implicadas o bien a través de la Memoria anual corporativa de Osakidetza. Se explora el perfil del usuario de cada uno de los dispositivos de asistencia urgente mediante encuesta realizada a usuarios. 3) Reflexión estratégica sobre la atención urgente en la CAPV llevada a cabo por grupo de expertos, con la definición de valores, objetivos estratégicos y líneas de actuación. 4) Búsqueda de estudios que abordaran alternativas testadas para la gestión de la asistencia urgente.

Análisis económico:

SI

NO

Opinión de Expertos:

SI

NO

RESULTADOS

Los principales factores que influyen en la prestación sanitaria urgente en nuestra Comunidad, son el envejecimiento poblacional y el aumento de las enfermedades crónicas, la dificultad para la contratación de profesionales de la medicina para el ámbito urgente y el cambio de perfil sociológico del paciente. Paciente que pasa a ser cliente y entre sus valores se encuentra el participar en la toma de decisiones bien a nivel individual como paciente o bien a nivel colectivo como ciudadano. Los profesionales sanitarios deben conocer esta realidad y optimizar habilidades relacionales para garantizar el derecho de la ciudadanía a la información y a ser responsables de sus decisiones en materia de salud. Los diferentes niveles asistenciales, Atención Primaria, servicios de urgencia hospitalarios y Emergencias de Osakidetza, funcionan de manera frecuentemente aislada, si bien se están realizando proyectos que bien mediante acuerdos o mediante procesos asistenciales buscan una mejora en la continuidad. Dicha continuidad está condicionada por la ausencia de una herramienta de registro que garantice un flujo de información entre niveles. La demanda asistencial presenta un constante aumento anual, salvo a nivel de los SUH. Dicha disminución, desde 2007, se acompaña de aspectos positivos que orientan a una mejora en el uso del dispositivo hospitalario de urgencias, como son: Aumento mantenido de los porcentajes de ingreso, disminución de la presión de urgencias y, por último, aumento mantenido del porcentaje de pacientes que acuden por indicación médica. El perfil de los usuarios de urgencias de Atención Primaria (indemorable y PAC) es similar, mientras que los usuarios de los SUH y de Emergencias comparten asimismo características en cuanto a factores de utilización. Entre ambos grupos existen diferencias estadísticamente significativas en relación a la existencia de enfermedad crónica, la salud y gravedad percibidas así como al conocimiento de otros dispositivos de atención y la posibilidad de haber sido atendido en otro servicio. Entre las alternativas analizadas, han mostrado eficacia, seguridad y satisfacción en el usuario la existencia de teléfonos de atención urgente, los centros extrahospitalarios de urgencias bien como tales o bien ubicados colindantes al SUH, así como medidas a implementar en los SUH como son áreas de visita rápida, unidades de corta estancia y unidades de observación. Los programas de hospitalización a domicilio también han mostrado su eficacia y seguridad así como su idoneidad en el contexto sanitario señalado.

PROPUESTAS

Se realizan 26 propuestas, siendo las principales la necesidad de elaboración de un Plan estratégico para la atención a la urgencia y emergencia en la Comunidad Autónoma del País Vasco que contemple a ésta como un sistema integral en el que la accesibilidad, la continuidad de cuidados asistenciales y el flujo de información mediante una herramienta de registro común, sean los valores clave. Se plantea que el modelo de proceso es el más indicado para la gestión de la atención urgente de forma global, incluyendo a los dispositivos asistenciales implicados: Atención Primaria, Emergencias y servicios de urgencia hospitalarios, así como a la ciudadanía. Dicho proceso ha de garantizar la accesibilidad al sistema, tras lo que se postula la existencia de un sistema de triaje único y común para todas las posibles puertas de acceso a la atención urgente. Las salidas de dicha clasificación se adaptarían a estándares a legislar. El citado proceso debe establecer interacción con el proceso de asistencia sociosanitaria con carácter preferencial, al ser el paciente crónico y anciano una potencial y frecuente entrada al proceso urgencia. Potenciar las medidas organizativas, tecnológicas y de apoyo con el paciente crónico es estratégico para aminorar su entrada en el circuito urgente y para que tras el alta de este circuito se asegure su control integral y continuado.

LABURPEN EGITURATUA

Izenburua: EAEKO PREMIAZKO PRESTAZIO SANITARIOEI ETA PRESTAZIO SANITARIO BERRIEI BURUZKO AZTERKETA: ANALISIA ETA HOBETZEKO PROPOSAMENAK

Egileak: Unanue JM, Pérez I, Alcorta I, Gurruchaga MI, Lasa M, Arrese-Igor A, Bustinduy A, Esquisabel R, Medina I, López A, García S, Rojo M.

Teknologia: tratamendua

Gako-hitzak: larrialdiak, prestazio sanitarioak, azterketak, premiak.

Data: 2009ko uztaila

Orrialdeak: 136

Erreferentziak: 208

Hizkuntza: gaztelania, euskarazko eta ingelesezko laburpenarekin.

ISBN: 978-84-457-3047-8

SARRERA

Premiazko arreta, gainerako sistema sanitarioak bezalaxe, ingurune aldakor baten mende dago, asistentziaren eskariaren ondoriozko faktoreei dagokienez batez ere. Biztanleriaren zahartzea, gaixotasun kronikoen prebalentzia handiagoa eta gaixoaren eta sistema sanitarioaren arteko harremanen eredu berria dela-eta, beharrezkoa da premiazko arreta egoera berrira egokitzeko beharri buruzko gogoeta egitea. Premiazko asistentzia ikuspegi ardaztu batetik landu izan ohi da, eta gutxitan egin dira asistentzia horren barnean hartutako asistentzia-kate osoa kontuan hartzen duten ekarpenak. Mailen arteko integraziorik ezak asistentziaren jarraitutasuna baldintzatzen du, eta are handiagoa da arreta-sistema soziosanitarioen kasuan. Aurreikuspen demografikoek eta epidemiologikoek, ordea, bi mailek hertsiki koordinatuta egon behar dutela erakusten dute.

HELBURUAK

Hona hemen txosten honen helburuak: 1) Premiazko asistentzia eraginpean hartzen duen ingurune soziodemografikoa, profesionala, teknologikoa eta antolamenduzkoa deskribatzea; 2) EAEn ematen den premiazko asistentzia kuantitatiboki zein kualitatiboki ezagutzea eta deskribatzea; 3) Testuak berrikustearen bidez, EAEkoaren antzeko sistema sanitarioa duten erkidegoetan abian jarritako alternatibak, horien eraginkortasuna eta gure ingurunean aplikatzeko aukera aztertzea. Lortutako emaitzak kontuan hartuta, eta aditu talde batek emaitza horiek aztertu ondoren, Euskal Autonomia Erkidegoko premiazko asistentziarako alternatiba eraginkorrak eta testuinguruan txertatuak proposatuko dira.

METODOLOGIA

Txosten honetan, honako jarduera hauek daude jasota: 1) EAEko premiazko asistentziaren ingurunea deskribatzea eta aztertzea: kontuan hartutako alderdiei buruz egindako txostenen eta argitalpenen bidez aztertzen da, eskaintzari zein eskariari dagokienez; 2) Gure Erkidegoko premiazko asistentziaren eskaria ezagutzeko: alderdi kuantitatiboa aztertzen da serie-azterketaren, inplikaturik dauden Osakidetzaen zerbitzu-erakundeen jardura-memorien, edota Osakidetzaen urteko memoria korporatiboaren bidez. Halaber, premiazko asistentziako tresna guztien erabiltzaileen profila aztertzen da, erabiltzaileei egindako inkestaren bidez; 3) Aditu talde batek EAEko premiazko arretari buruz egindako gogoeta estrategikoa, horretarako balioak, helburu estrategikoak eta jardun-ildoak zehaztuta; 4) Premiazko asistentzia kudeatzeko egiaztatutako alternatibak landuko dituzten azterlanak bilatzea.

Azterketa ekonomikoa: BAI



Adituen iritzia: BAI EZ



EMAITZAK

Gure Erkidegoko premiazko prestazio sanitarioan eragina duten faktore nagusiak honako hauek dira: biztanleriaren zahartzea, gaixotasun kronikoen gehikuntza, premien eremuko medikuntzako profesionalak kontratatzeke zailtasuna, eta gaixoen profil soziologikoaren aldaketa. Gaixoa bezero bihurtu da, eta haren balioetako bat bakarka —gaixo gisa— edo kolektiboki —herritar gisa— erabakiak hartzea da. Profesional sanitarioek errealitate horren berri izan behar dute, eta harreman-trebetasunak optimizatu behar dituzte, herritarrek informazioa eskuratzeko duten eskubidea bermatzeko eta, horren ondorioz, osasunaren arloan hartzen dituzten erabakien erantzuleak izateko. Asistentzia-mailek (hala nola lehen mailako arretak, ospitaleetako larrialdi-zerbitzuek eta Osakidetzaen Emergentsia) era isolatuan dihardute maiz. Hala ere, akordioen edo asistentzia-prozesuen bidez jarraitutasunaren hobekuntza lortzeko proiektuak egiten ari dira. Jarraitutasun hori, nolana ere, mailen arteko informazio-fluxua bermatzeko duen erregistro-tresnarik ezak baldintzatzen du. Asistentziaren eskariak gora egiten du urtez urte, ospitaleetako larrialdi-zerbitzuetan izan ezik. Kasu horretan, behera egin du 2007. urtetik aurrera, eta, horrekin batera, ospitaleetako larrialdi-zerbitzuen erabilera hobetzen ari dela erakusten duten alderdi positibo batzuk agertu dira, hala nola: ospitaleratzeen ehunekoen igoera eutsia, larrialdien presioaren murrizketa eta, azkenik, medikuak esanda joaten diren gaixoen ehunekoen igoera eutsia. Lehen mailako arretako larrialdi-zerbitzuen (atzeratze eta etengabeko arretako guneen) erabiltzaileen profila antzekoa da, eta ospitaleetako larrialdi-zerbitzuen erabiltzaileek ere antzeko ezaugarriak dituzte erabilera-faktoreei dagokienez. Bi taldeen artean, estatistikoki esanguratsuenak diren desberdintasunak daude gaixotasun kronikoei, osasunari eta larritasunari dagokienez, baita beste arreta-tresna batzuen eza-gutzari eta beste zerbitzu batean zaindu izanari dagokienez ere. Aztertutako alternatiben artean, eraginkortasuna, segurtasuna eta erabiltzailearen gogobetetzea erakutsi dute premiazko arretako telefonoek, ospitalez kanpoko larrialdi-zentroek (berezkoek zein ospitaleetako larrialdi-zerbitzuen aldamenen kokatutakoek), eta ospitaleetako larrialdi-zerbitzuetan ezarritako neurriek (hala nola bisitaldi laburreko eremuek, egonaldi laburreko unitateek eta behaketa-unitateek). Etxe etxeko ospitaleratze-programek ere eraginkortasuna eta segurtasuna erakutsi dute, eta egokiak dira adierazitako testuinguru sanitarioan.

PROPOSAMENAK

26 proposamen egin dira, eta, horien artean, Euskal Autonomia Erkidegoko larrialdien arretarako plan estrategiko bat lantzea da nagusia. Plan horretan, funtsezko balio gisa eskuragarritasuna, asistentzia-zainketen jarraitutasuna eta erregistro-tresna komun baten bidezko informazio-fluxua izango dituen sistema integraltzat hartuko da larrialdien arreta. Planteatutakoaren arabera, prozesuaren eredua da egokiena premiazko arreta oro har kudeatzeko, inplikaturako asistentzia-tresnak barnean hartuta: lehen mailako arreta, Emergentziak, ospitaleetako larrialdi-zerbitzuak eta herritarrek. Prozesu horrek sistema eskuragarri izatea bermatu behar du. Hori dela-eta, premiazko arreta eskuragarri izateko aukera guztientzat komuna izango den egitura bakarreko eta komuneko sistema bat eskatzen da. Sailkapen horretatik kanpokoak arautu beharreko estandar batzuetara egokituko lirateke. Adierazitako prozesuak asistentzia soziosanitarioko prozesuarekiko elkarreragina ezarri behar du lehentasunez. Izan ere, gaixo kronikoak eta adinekoak dira larrialdi-prozesuan gehien sar daitezkeenak. Gaixo kronikoei zuzendutako antolamendu-neurriak, neurri teknologikoak eta babes-neurriak bultzatzea estrategikoa da larrialdien zirkuituan gutxiagotan sar daitezen eta alta hartu ondoren kontrol integrala eta jarraitua ziurta dadin.

STRUCTURED SUMMARY

Title: STUDY OF URGENT AND EMERGENCY HEALTH SERVICES IN THE BASQUE AUTONOMOUS COMMUNITY: ANALYSIS AND PROPOSALS FOR IMPROVEMENT

Authors: Unanue JM, Pérez I, Alcorta I, Gurruchaga MI, Lasa M, Arrese-Igor A, Bustinduy A, Esquisabel R, Medina I, López A, García S, Rojo M.

Technology: treatment

Keywords: emergencies, health services, analysis, urgencies.

Date: July 2009

Pages: 136

References: 208

Language: Spanish, abstracts in Basque and English.

ISBN: 978-84-457-3047-8

INTRODUCTION

As in the case of other health services, urgent health care is dependent upon a changing environment, especially in relation to factors deriving from the demand for care. In view of the gradual ageing of the population, the greater prevalence of chronic diseases and the new patient/health system relations model, it is necessary to reflect upon the changes required in emergency care in order to adapt this to the new situation. In the past, urgent care has usually been approached by dealing with specific aspects in isolation and there have been few contributions that take into consideration the sequence of care provided as a whole. This lack of integration between different levels, that largely conditions the continuity of the care provided, is even greater in the case of social-health care systems. Demographic and epidemiological predictions suggest, however, that both levels should be closely coordinated.

AIMS

The aim of this report is to: 1) describe the social-demographic, professional, technological and organisational environment that affects urgent care; 2) examine and describe the emergency care provided in the Basque Autonomous Community, in both quantitative and qualitative terms; 3) through a review of the literature, analyse any possible alternatives currently in operation in communities with a similar health system to that of the Basque Community, their efficiency and possible application to our environment. In accordance with the results obtained and following their analysis by a group of experts, efficient and contextualised alternatives will be proposed for urgent care in the Autonomous Community of the Basque Country.

METHODOLOGY

This report comprises the following activities: 1) description and analysis of the emergency care environment in the Basque Community through a study of reports and publications concerning the areas contemplated, with regard to both offer and demand. 2) determination of the demand for urgent care in our Community. Its quantitative aspect is analysed through series analysis, the activity reports of the services organisations of Osakidetza involved or through the annual corporate report of Osakidetza. The user profile of each one of the emergency care services is determined through a user survey. 3) Strategic reflection on urgent care in the Basque Community by a group of experts, to define values, strategic targets and lines of action. 4) Search for studies that deal with proven alternatives for the management of urgent services.

Economic analysis:

YES

NO

Expert opinion:

YES

NO

RESULTS

The main factors that have an influence on the emergency health services in our Community are population ageing, the increase in chronic illnesses, the difficulty to find medical professionals to work in urgent services and the change in the sociological profile of patients. Patients are becoming clients and their concerns include taking part in decision-making either at an individual level as a patient or at a collective level as a citizen. Health professionals must be aware of this reality and optimise their relationship skills in order to guarantee the right of citizens to information and to be responsible for their decisions in health-related matters. The different levels of care, namely, primary care and the urgent/emergency care services of Osakidetza hospitals, often operate in isolation, although projects are currently underway to seek an improvement in continuity through agreements or care procedures. This continuity is conditioned by the absence of a tool to ensure the flow of information between different levels. The demand for care is rising annually, except at a level of the Urgent Hospital Services. Since 2007, the aforementioned decrease goes hand-in-hand with a number of positive aspects leading to an improvement in emergency hospital care, such as: a continuous increase in the percentage of hospital admissions, a drop in the pressure on urgent care services and, lastly, a maintained increase in the percentage of patients referred to these services by doctors. The profile of the users of the urgent Primary Care services (Urgent and Domiciliary Care) is similar, while the characteristics of users of Urgent and Emergency Hospital Services are also similar with regard to the factors that lead to their use. Between both groups there are statistically significant differences with regard to the existence of clinical disease, health and perceived seriousness as well as the awareness of the existence of other care services and the fact that they could have been attended to by another service. Among the alternatives analysed, the existence of urgent care telephone numbers, emergency outpatient centres, as stand-alone units or located next to the Urgent Hospital Services, as well as measures to be implemented in the Emergency Hospital Services such as rapid visit areas, short stay units and observation units, have been seen to be efficient. Home hospitalisation programmes have also been seen to be efficient and safe and their suitability within the aforementioned health context has been proven.

PROPOSALS

Twenty-six proposals are made, the main ones being the need to draw up a strategic plan for urgent and emergency care in the Autonomous Community of the Basque Country, treating this as an overall system in which accessibility, the continuity of care services and the flow of information through a common registration tool are key aspects. It is proposed that the procedural model is the most suitable one for managing urgent care from an overall perspective, including all the players involved in care: primary care, emergency and urgent hospital services, as well as the general public. The aforesaid process must guarantee the accessibility of the system and as a consequence, a single, common system for all the possible points of access to urgent care is proposed. The consequences of such a classification would be adapted to the standards to be drawn up. This process must establish a system of interaction with the preferential social-health care process, as the chronic and elderly patient is a potential and frequent user of the urgency process. Strengthen organisational, technological and supportive measures with the chronic patient as a strategy to lessen his use of the urgency services so that after being admitted to this circuit an integral and continuous control can be guaranteed.

1. INTRODUCCIÓN

Buena parte de los sistemas sanitarios de los países desarrollados, no siendo ajena a ello la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV), se encuentran en un momento de reflexión sobre las estrategias a desarrollar en el futuro próximo para poder asumir los cambios que se están dando en el entorno social y sanitario. Cambios que tienen una evidente repercusión sobre el gasto sanitario.

En primer lugar, los cambios que se están dando en la demografía de nuestra sociedad, en la que el envejecimiento poblacional es evidente con un 20% de ciudadanos mayores de 65 años y con una esperanza de vida que en el año 2020 será en nuestra Comunidad, de 81,2 años en los hombres y los 87,2 años en las mujeres.

Este aumento de la esperanza de vida viene acompañado de un cambio epidemiológico por el que el enfermo crónico pasa a sustituir a la enfermedad aguda. La presión de la enfermedad crónica sobre el sistema sanitario es importante, bien por la propia enfermedad o por las discapacidades que genera. Dicha presión se objetiva en un aumento de las consultas médicas y en las altas hospitalarias, parámetros ambos que aumentan con la edad¹.

La orientación del sistema sanitario hacia la enfermedad crónica va a precisar la puesta en marcha de cambios organizativos, formativos, tecnológicos y de los profesionales, potenciando aspectos preventivos que eviten la agudización y líneas de actuación integrales que mantengan al paciente crónico en su domicilio con el apoyo adecuado.

Por otro lado, se está dando un relevante giro en la relación del paciente con el sistema sanitario y con sus profesionales. La sanidad pública junto con la educación y las pensiones, es uno de los pilares del estado del bienestar, y la ciudadanía no renuncia a una asistencia sanitaria de calidad y orientada hacia el usuario, que tiene entre sus atractivos y valores la accesibilidad, cobertura universal, gratuidad y la mejora continua de la calidad de la prestación.

El enfoque de cliente asignado por el propio sistema sanitario para el paciente así como elementos socio-culturales asociados, ha

llevado a éste a entender la salud como un bien de consumo y como tal le asigna valores como la inmediatez, el trato, la seguridad, calidad y la capacidad de elección.

Para terminar con la contextualización de la actividad asistencial urgente, se deben señalar los cambios que en materia de profesionales sanitarios se están dando en estos últimos años. Cambios cuantitativos que se expresan en forma de carencia de profesionales de la medicina y, en menor medida, de profesionales de enfermería. Cambios cualitativos como la aparición de nuevas profesiones con carácter reglado, como la de Técnicos en Emergencias Sanitarias y por otro lado, la cada vez más extendida idea de que el profesional más adecuado sea quien preste un determinado servicio, explorando para ello nuevas actividades en determinadas categorías profesionales, hasta ahora no asumidas.

Al ser parte del sistema sanitario, la asistencia urgente no puede abstraerse ni dejar de estar influenciada por el contexto presentado.

Las cifras de la atención a las urgencias y emergencias presentan en el Estado español, desde más de dos décadas, un crecimiento constante. Incremento que no sólo afecta a los servicios de urgencia hospitalarios, si bien la repercusión en éstos resulta más evidente y los efectos de la sobrecarga son más relevantes, sino que también repercute en los dispositivos de Atención Primaria y en los sistemas de emergencias que cada comunidad autónoma ha desplegado.

A lo largo de los años que transcurren desde que en 1991 la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud (Informe Abril) redacta sus conclusiones, se optó por la realización de reformas físicas aumentando la puerta de entrada de los servicios de urgencias de hospitales y por la dotación de éstos con plantillas específicas y tecnología adecuada.

Además, a lo largo de la década de los 90 se establecieron sistemas de emergencias que mediante un acceso telefónico facilitado, una regulación de flujos y una coordinación de recursos, acercaban a la

ciudadanía profesionales y tecnología capaz de proporcionar soporte vital avanzado.

En definitiva, se optó por crecer en estructuras, disponer de más profesionales dedicados a la atención de la urgencia y emergencia y aumentar la accesibilidad de la ciudadanía a dichas estructuras o centros telefónicos. El resultado fue que se configuraron varias puertas de entrada al sistema asistencial, que generan la movilización y utilización de una apreciable cantidad de recursos humanos y materiales.

La eficacia de los cambios realizados es discutible. Por un lado, en nuestra Comunidad, no parece haberse disminuido el número de actos sanitarios (médicos o de enfermería) que se prestan con carácter urgente o emergente y por otro lado, determinados servicios de urgencias presentan momentos estacionales en los que se encuentran sobrecargados y la seguridad de la prestación asistencial se encuentra cuestionada.

Sin embargo, desde el punto de vista de los pacientes el grado de satisfacción global con la atención urgente en la CAPV es muy alto. El 94% de los pacientes evaluados en 2009, valoran como excelente, muy buena o buena la asistencia prestada en los servicios hospitalarios², mientras que el 94,74% de los pacientes atendidos por Emergencias y encuestados se encontraban muy o bastante satisfechos con la asistencia recibida.

No obstante y aún cuando la satisfacción mostrada sea alta, los cambios en el entorno citados previamente precisan de una adaptación no sólo del sistema sanitario en su globalidad, sino de una actividad como es la atención urgente que de forma transversal atraviesa por los diferentes niveles asistenciales del sistema.

La continuidad asistencial, valor ineludible a contemplar en cualquier actividad sanitaria, no parece estar garantizada actualmente. Parece necesario un cambio de modelo orientado hacia el paciente, que podría generar sinergias entre los ámbitos asistenciales con la consiguiente optimización de la prestación y con una racionalización de los costes al evitar la duplicación de pruebas, al fomentar el

flujo de información entre dispositivos y, por último, al conseguir un empleo adecuado de recursos humanos y materiales.

Esta ausencia de visión global de la asistencia urgente se comprueba en la literatura médica y en los foros sanitarios. El propio problema del excesivo uso de la asistencia urgente y de su habitual carácter de puerta de entrada al sistema, se contempla en la literatura médica habitualmente desde el punto de vista de los servicios hospitalarios de urgencia.

Salvo en comunidades como Reino Unido y Países Bajos que se encuentran desde hace unos años inmersos en una reforma del sistema de urgencias y que contemplan dentro de su planificación y líneas estratégicas, el papel de la Atención Primaria y de los servicios de emergencias; en la mayoría de comunidades el enfoque es claramente hospitalocentrista y las medidas propuestas se refieren a cambios a implementar en la organización o estructura del hospital o bien se lideran desde los citados centros.

El presente informe se plantea desde un punto de vista que intenta ser global. La asistencia sanitaria urgente es parte de la cartera de servicios de todo el sistema sanitario y como tal, debe ser abordado de forma integral. Integralidad que, con seguridad, conforme al análisis del entorno demográfico y epidemiológico, ha de incluir al sistema socio-sanitario para potenciar el aspecto preventivo citado.

Aún cuando es un objetivo estratégico que la ciudadanía esté formada e informada sobre las prestaciones de los centros de Atención Primaria u hospitales e incluso se le pueda ayudar, mediante herramientas autoaplicativas, a conocer cual es el centro más adecuado para una pérdida de salud percibida concreta, no es factible pretender responsabilizarle de una decisión "incorrectamente" adoptada.

La atención sanitaria implica que el sistema debe ser capaz de dar la misma respuesta asistencial a una urgencia, sea cual sea la puerta de entrada decidida por el usuario.

¿Implica ello tener que adaptar el sistema de atención urgente al usuario?

2. OBJETIVOS

Objetivo general

Proponer alternativas eficaces para la asistencia urgente en la Comunidad Autónoma del País Vasco, adaptadas al contexto que rodea al sistema sanitario.

Objetivos específicos

1. Describir el entorno socio-demográfico, profesional, tecnológico y organizativo que afecta a la asistencia urgente.
2. Conocer y describir la asistencia urgente que se presta en la CAPV, tanto en su carácter cuantitativo como cualitativo.
3. Consensuar y exponer las opiniones de un grupo de expertos, sobre como debería ser la asistencia urgente en nuestra Comunidad.
4. Mediante revisión de literatura, analizar las posibles alternativas puestas en marcha en comunidades con sistema sanitario similar al de la CAPV, su eficacia y su posible aplicabilidad en nuestro medio.

3. METODOLOGÍA

El presente informe se estructura en los siguientes apartados:

Entorno de la asistencia urgente

Se estudia mediante el análisis de informes y publicaciones realizado sobre los apartados contemplados, tanto a nivel de oferta como demanda.

Datos de actividad

Se obtienen a través de las memorias de actividad de las Organizaciones de servicios de Osakidetza implicadas o bien a través de la Memoria anual corporativa de Osakidetza.

Determinados aspectos habitualmente no publicados, como la asistencia a pacientes con carácter indemorable, se solicitaron a la Subdirección de Atención Primaria de Osakidetza.

Encuesta: material y métodos

Estudio descriptivo realizado mediante encuesta telefónica por personal entrenado a mayores de 14 años que habían acudido a los dispositivos asistenciales del sistema público con carácter urgente y/o indemorable entre los meses de febrero y abril del 2008. Se obtuvo una muestra estratificada de 1.480 personas que habían acudido a Atención Primaria (AP) con carácter de indemorables, a Puntos de Atención Continuada (PAC), Emergencias de Osakidetza (EO) y Servicios de Urgencia Hospitalarios (SUH). Para la elaboración de la encuesta se utilizó una adaptación del modelo de Andersen (1975) de utilización de servicios sanitarios, que identifica en la toma de decisiones tres tipos de factores:

— Predisponentes: sociodemográficos como edad, sexo, formación, localidad.

— Capacitantes: distancia hasta el dispositivo sanitario, conocimiento del centro de salud y/o de otros dispositivos a dónde acudir/llamar, apoyo social y situación laboral.

— De necesidad: gravedad percibida, calidad de salud percibida y existencia de enfermedad crónica.

Los datos se han analizado mediante el programa estadístico SPSS/PC para Windows (versión 16.0). Se han empleado frecuencias absolutas y los porcentajes con sus intervalos de confianza (IC95%) para la descripción de variables cualitativas y las medidas de tendencia central para las variables cuantitativas. Se comprobó que los datos seguían una distribución normal. Para la comparación de variables cualitativas se utilizó la J^2 .

Análisis DAFO

Se utilizó una metodología DAFO para determinar las debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades en el ámbito de la asistencia urgente. Posteriormente se consensuaron los valores que el grupo creyó que debía contemplar la organización de la asistencia urgente. Más tarde se desarrollaron objetivos estratégicos para cada valor, con sus posteriores líneas de acción. En este análisis participaron profesionales representativos de todos los dispositivos de urgencias y de los tres territorios.

Análisis alternativas a la asistencia urgente

Para el análisis de la eficacia de las diferentes alternativas a la asistencia urgente se realizó una búsqueda para la identificación de los estudios que respondieran a nuestro objetivo.

Se realizó una búsqueda electrónica de estudios primarios en las siguientes bases de datos:

- Registro de ensayos del Grupo Cochrane para una Práctica y Organización Sanitaria Efectivas (Cochrane Effective Practice and Organisation of Care, EPOC).
- Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados (Cochrane Central Register of Controlled Trials) (CENTRAL).
- MEDLINE (1966 hasta marzo 2009).
- EMBASE (1980 hasta marzo 2009).
- CINAHL (1982 hasta marzo 2009).
- También se hicieron búsquedas en la Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (DARE).

Se realizó una búsqueda manual en las listas de referencias de todos los artículos y revisiones identificadas. También se realizó una búsqueda manual en las revistas específicas.

4. RESULTADOS

4.1. ANÁLISIS DEL ENTORNO

4.1.1. Demanda

4.1.1.1. Demografía

El análisis del entorno demográfico resulta obvio y necesario en cualquier proyecto de planificación sanitaria. Tanto las características cuantitativas de la población para la que planificar la asistencia sanitaria, así como su composición etaria y las dinámicas migratorias que se desarrollan en el área objeto de estudio, son ineludibles.

a) Dinámica demográfica reciente:

La dinámica demográfica de la CAPV en las últimas décadas se ha caracterizado por:

- Ligeras oscilaciones en la cifra total de residentes.
- Profunda alteración en la estructura etaria de la población.
- Descenso de la mortalidad.
- Se ha consolidado un modelo de baja fecundidad.
- Se ha revertido el signo de los flujos migratorios, al pasar de un contexto emigratorio a otro de saldos positivos debido al impacto de la inmigración del extranjero.

La evolución de la mortalidad, la fecundidad y las migraciones han alterado la estructura por

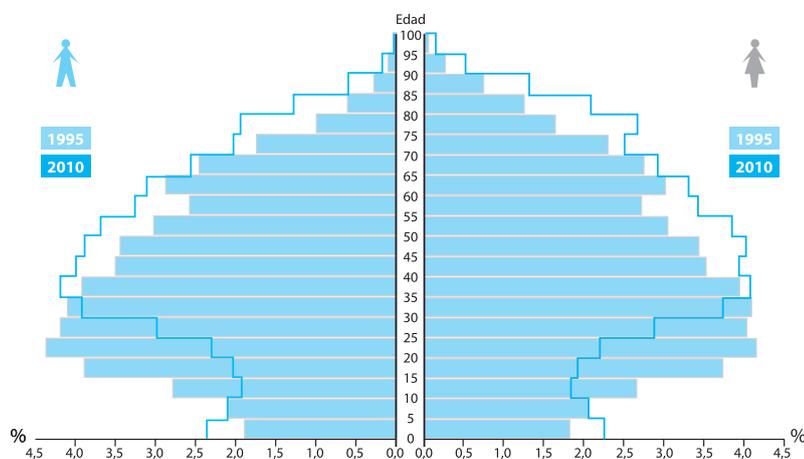
edades de la población, desembocando en un acelerado proceso de envejecimiento demográfico. El factor clave ha sido la drástica caída en los niveles de natalidad desde finales de los años setenta, que se ha visto reforzado por los avances en la supervivencia en las edades maduras y avanzadas, sin desdeñar el papel que han tenido las migraciones en la modulación de las estructuras etáreas.

Entre los cambios más destacados, se encuentra una pronunciada disminución de la población menor de 15 años. Son aún más intensos los cambios en la cúspide de la pirámide con un incremento del contingente de los mayores de 65 años del orden de las 225.000 personas entre 1975 y 2006, hasta representar el 18,6% de la población. En ese colectivo destaca el fuerte incremento relativo de los más ancianos, que para la población de 85 y más años ha alcanzado el 4,27%.

Se comprueba, además, una “feminización” de la ancianidad, ya que en 2006 por cada 71 hombres de 65 y más años coexistían 100 mujeres, disminuyendo esa ratio con la edad hasta niveles de tan sólo 37 hombres entre los mayores de 85 años.

La comparación en términos absolutos de las pirámides de población de 2002 y de 2010 permite visualizar la magnitud de los cambios esperables en la composición por edad de la población.

Gráfica 1. Pirámides de edad de la CAPV. 2002 y 2010



Fuente: Plan de Salud para Euskadi 2002-2010

b) Proyección a 2020:

Estudios publicados por Eustat³ estiman que el escenario demográfico en el año 2020 se verá influenciado en nuestra Comunidad por las siguientes variables:

- La esperanza de vida al nacer para los residentes en la CAPV alcanzará en el año 2020 los 81,2 años en los hombres y los 87,2 años en las mujeres, lo que representa un aumento de 3,3 y 2,2 años más, respectivamente, respecto del último dato disponible, el de 2006 .
- El descenso de la natalidad en las últimas décadas comportará una reducción en los próximos años de la población en edad reproductiva, incidiendo negativamente sobre la evolución futura del número de nacidos, incluso en un supuesto de recuperación de la fecundidad.
- En los próximos años se mantendrá el retraso en el calendario reproductivo aunque se frenará la tendencia ascendente de la edad a la maternidad debido a una ligera recuperación de la fecundidad en las edades más jóvenes asociada a la inmigración, manteniéndose la edad media de la maternidad por encima de los 32 años.
- La inmigración entrará en una fase de clara desaceleración situándose por debajo de los 30.000 anuales a partir del año 2013 y alcanzándose poco más de 26.000 en el horizonte de la proyección
- Junto a esa evolución, y en comparación con los últimos años, se producirá un cambio en la estructura de la inmigración en lo referido a su origen y a su nacionalidad ya que se reducirá el peso relativo de las entradas procedentes del extranjero.

Resultados de la proyección

1. *Número de habitantes:* Los residentes en la CAPV a finales del año 2006 ascendían a 2.132.000 personas aumentando durante el periodo proyectado hasta alcanzar los

2.232.000 habitantes en 2020, es decir, un crecimiento de 100.000 personas.

El crecimiento se concentra en los primeros años mientras que, a medio plazo se produce una clara desaceleración que desemboca en un crecimiento nulo de la población al final del periodo proyectado.

La progresiva reducción en el ritmo de crecimiento de la población será el resultado de la combinación de dos factores que intervendrán en la misma dirección. Por un lado, el saldo vegetativo en los primeros años del periodo será ligeramente positivo, pero invertirá su signo a partir del año 2014, cuando el número de defunciones sobrepasará al de unos nacimientos que volverán a reducirse desde un máximo previsto para el año 2009. Por otro lado, un saldo migratorio siempre positivo pero de magnitud cada vez menor: de los más de 18.000 emigrantes netos de 2007 a los poco más de 4.000 del año 2020.

2. *Estructura por edades:* La evolución de la cifra total de habitantes se verá acompañada de importantes modificaciones en su estructura por edades. Las cohortes más numerosas, que en la actualidad se localizan en las edades adultas-jóvenes, se desplazarán a las adultas al tiempo que serán sustituidas por generaciones con un menor número de efectivos.

El incremento de la población será muy intenso en la cúspide de la pirámide por la sinergia entre la progresiva llegada de generaciones más numerosas y las mejoras previstas en las condiciones de supervivencia en las edades avanzadas.

Por su parte, la población en edad laboral, definida entre los 16 y los 64 años, presenta una mayor estabilidad aunque con una tendencia descendente a partir de la segunda década de este siglo que se traduce en una merma de casi 49.000 personas entre 2006 y 2020, equivalente a una caída del 3,4%.

El desequilibrio demográfico entre los grandes grupos de edad tendrá múltiples implicaciones sobre la esfera social y económica al aumentar de forma significativa la ratio entre

las personas que no se encuentran en edad laboral y las que son potencialmente activas. La relación de dependencia demográfica era de 47 dependientes por 100 activos potenciales en el año 2006, mientras que se situará en 59 dependientes por cada 100 personas de 16 a 64 años en el año 2020.

4.1.1.2. Estado de salud

Siendo la autoevaluación de la salud un indicador fiable en la evaluación del estado de salud de una población, el 63% de la ciudadanía de la CAPV señala tener muy buena o buena salud⁴.

La percepción de mala salud es más frecuente en mujeres (23%), frente al 17% de los varones y asimismo se encuentra relacionada con el nivel socioeconómico, empeorando a medida que se desciende en dicho nivel.

La esperanza de vida libre de discapacidad también es un indicador que refiere una mejora respecto a mediciones previas y contempla para nuestra ciudadanía unas cifras de 75,2 años para las mujeres y 69,7 para los varones.

En cuanto a los determinantes de la salud, la citada encuesta de salud contemplaba como aspectos positivos:

- El aumento de la actividad física en el tiempo libre, en ambos sexos,
- la disminución del tabaquismo y el consumo habitual de bebidas alcohólicas, en los hombres y
- la estabilización tanto del tabaquismo como del consumo habitual de bebidas alcohólicas en las mujeres.

Por el contrario, como aspecto negativo recogía el incremento en ambos sexos de la obesidad.

En relación con el consumo de servicios sanitarios, se detecta en el citado estudio un aumento de la frecuentación de todos los ámbitos explorados: consultas de Atención Primaria, servicios de urgencias y asistencia hospitalaria.

En referencia a la "limitación crónica de la actividad", se trata de un indicador que muestra valores estables respecto a la encuesta de 2002, constatándose que el 8% de la población tiene una limitación crónica. Cuando la medición se realiza por rangos de edad se concluye, entre otros datos, que el 25% de la población masculina y el 28% de las mujeres, mayores de 75 años, presenta una limitación crónica en su actividad diaria.

Si bien en cuanto a este último indicador se ha objetivado, con respecto a mediciones previas, una disminución en ambos sexos no deja de tener importancia por el envejecimiento poblacional que se está dando en nuestra comunidad. Aunque nuestra ciudadanía es capaz de vivir más años y con mejor salud, en los próximos años el grupo de personas con limitación crónica de su actividad va a ser cuantitativamente importante y va a generar la necesidad, tal y como ya en la actualidad lo está haciendo, del desarrollo de un sistema integral de atención sociosanitaria.

Patrones de morbilidad

Desde mediados del siglo XX en las sociedades occidentales se está dando un cambio ostensible en los patrones de morbi-mortalidad. La lucha contra las enfermedades infecciosas ha dejado paso a un espectro de enfermedades no transmisibles en las que juegan un importante papel los hábitos de salud y el estilo de vida de la ciudadanía, es decir, la prevención. En las últimas décadas, además, se ha dado una disminución de la mortalidad traumática que se ha atribuido a la combinación de aspectos preventivos como a las mejoras implementadas en el tratamiento del enfermar traumático, principalmente a nivel extrahospitalario⁵.

Los patrones de morbilidad que se derivan del análisis de las altas hospitalarias confirman que son las enfermedades crónicas en nuestro medio las de mayor prevalencia. Concretamente las enfermedades del aparato circulatorio y digestivo, seguidas de las

enfermedades del sistema nervioso y de las neoplasias malignas, son las patologías que en las sociedades modernas han suplantado el puesto a las enfermedades infecciosas⁶.

Estos pacientes con enfermedades crónicas tienen sus tiempos idóneos de oportunidad diagnóstica y terapéutica. Las demoras en Atención Primaria y principalmente en atención especializada ambulatoria, hacen que estos pacientes consulten en el Servicio de Urgencias, por ser la única puerta abierta siempre del sistema y el médico de urgencias se ve en el dilema de ingresarlos para agilizar el estudio aunque no exista indicación técnica para el ingreso urgente.

Moons *et al.*⁷, tras revisión de la literatura que aborda la morbilidad de los pacientes geriátricos, señalan los siguientes aspectos a considerar:

- Muchos síntomas en los pacientes geriátricos son simplemente atribuibles al envejecimiento. Cambios fisiológicos pueden ser interpretados como síntomas.
- Es frecuente la infra o la supervaloración de los síntomas. Los pacientes o bien atribuyen los síntomas al envejecimiento o bien el propio proceso de envejecer se considera como una enfermedad.
- Son frecuentes las enfermedades iatrogénicas, principalmente inducidas por los politratamientos habituales en esta edad y a sus interacciones.
- La pluripatología habitual puede enmascarar cuadros clínicos.

Asimismo, dichos autores y en cuanto al uso del servicio de urgencias hospitalario (SUH) por los pacientes geriátricos señalan que aproximadamente el 15% de los pacientes atendidos en un SUH tienen 65 o más años, siendo frecuentemente la causa de la demanda problemas sociales o relacionados con el cuidado (aislamiento social, problemas de movilidad y con el autocuidado). La estancia de estos pacientes en el SUH es habitualmente más larga que las de los pacientes jóvenes,

significando finalmente una importante sobrecarga de trabajo para el servicio de urgencias.

En cuanto al uso de ambulancias para el traslado, los citados autores concluyen que un porcentaje que oscila, según los estudios, entre el 20 y el 55% acuden al SUH en ambulancia, si bien en un porcentaje reseñable de casos el traslado no es urgente. Este porcentaje significa 2 a 4,4 veces más en que los otros grupos de edad.

La presión de la población geriátrica no concluye en el SUH. El citado trabajo cifra en un 32 a 68% el porcentaje de pacientes incluidos en dicha edad que son ingresados, estando íntimamente ligada la tasa de ingresos con la severidad del cuadro. Esta opinión es corroborada por otros autores Aginaga⁸, González Montalvo⁹, Duaso¹⁰ tras aplicar escalas de apropiación de ingreso hospitalario, consideran que aunque éstos se producen en porcentajes superiores a la población más joven, cumplen con mayor frecuencia criterios de adecuación.

Además el entorno de las urgencias en nuestro medio se muestra en muchas ocasiones como ingrato, no adaptado y con una capacidad limitada para estos pacientes¹¹.

En cuanto al tipo de patologías que principalmente llevan al paciente mayor de 65 años a los SUH, Bernstein y Asplin¹² analizando las causas de la saturación de los SUH refieren que el incremento de visitas de pacientes de más de 64 años era debido a un aumento de artropatías (87%), diabetes mellitus y procesos relacionados (84%), accidente cerebrovascular (45%) y trastornos de columna (29%).

Walsh *et al.*¹³, en una revisión de literatura señalan que de forma generalizada en los países occidentales se está dando un aumento de ingresos hospitalarios por "síntomas mal definidos". Interpretan dichos autores que podría ser el reflejo de un fallo en los recursos de apoyo sociales o comunitarios. Confirma el citado autor en un posterior estudio observacional, que también en los servicios de urgencia hospitalarios se está dando un aumento de

cuadros por dicho motivo, siendo asimismo más frecuente en personas mayores de 65 años (Walsh *et al.*¹⁴).

Otra realidad es el reingreso frecuente de estos pacientes tras su alta del SUH ya que a la persona mayor el problema agudo de salud, aunque no sea grave, le hace con frecuencia perder la capacidad de valerse por sí misma, por lo que el retorno a domicilio sin los cuidados adecuados puede empeorar su situación precisando volver al SUH con necesidad de ingreso hospitalario.

Los síntomas atípicos de presentación de la enfermedad pueden conducir a diagnósticos erróneos en la visita a urgencias que condiciona su retorno a este servicio¹⁵.

A su vez el ingreso hospitalario es causa de desarrollo de incapacidad funcional y ésta a su vez lo es de mortalidad, por lo que es necesario crear programas de intervención interdisciplinario en la enfermedad aguda para evitar en lo posible la hospitalización en el anciano frágil¹⁶⁻¹⁷.

Ante esta situación se está generando un cambio, de forma paulatina y constante, en las sociedades occidentales por el que se intenta sustituir la atención en hospitales terciarios de agudos, por la atención domiciliaria, basada en equipos y centrada en el paciente. Atención que exige nuevas capacidades, colaboración interdisciplinar y continuidad asistencial, unido a políticas preventivas orientadas a evitar agudizaciones del enfermar crónico¹⁸.

Además, son varios los autores que sugieren la conveniencia de la adaptación de los recursos de atención urgente a este grupo de pacientes¹⁹ cada vez más numeroso y otros han propuesto medidas alternativas que garanticen la seguridad de estos pacientes^{20,21}.

4.1.1.3. Estructura y apoyo familiar

En el modelo de toma de decisiones de Andersen²², que contempla la existencia de factores determinantes en el proceso de petición de asistencia, se incluye el apoyo social como uno de los factores capacitantes. En este sentido, es necesario contemplar el apoyo con el que cuenta la ciudadanía de nuestra Comunidad tanto en el aspecto familiar como social a la hora de abordar una necesidad percibida de apoyo sanitario urgente.

Los procesos demográficos y sociales que ha experimentado la CAPV en los últimos 20 años han modificado substancialmente la distribución de los tipos familiares. El tamaño medio de las familias ha pasado de 3,6 miembros en 1986 a 2,6 componentes en 2006.

Mientras que en 1986 las tres cuartas partes de la población vasca vivía en una familia de tipo "tradicional": matrimonio o pareja con hijos, veinte años más tarde tan solo un poco más del 50% vivía en ese tipo de núcleo familiar.

Este cambio mantenido en la estructura familiar es fruto de varios factores. Por un lado, la adaptación a las condiciones generadas por los procesos demográficos que se han dado en los últimos veinte años y ya descritos más arriba: niveles de fecundidad bajos, elevadas esperanzas de vida y alta intensidad en los últimos años de la inmigración sobre todo extranjera. Por otro lado, se deben contemplar factores socioeconómicos que afectan en gran medida a la creación de familias, como es la cada vez más tardía emancipación de los jóvenes.

La distribución actual en cuanto a estructura familiar que resulta de los cambios acontecidos, según la existencia o no de núcleo familiar y según la edad de la persona de referencia, es la que se refleja en la siguiente tabla²³:

Tabla 1. Familias por tipo y edad de la personas de referencia (en miles). 2006

	Total	<24	25-34	35-44	45-54	55-64	>65
CAPV	787,0	3,4	80,2	146,3	158,0	144,0	255,1
Unipersonal	169,7	1,1	21,1	25,3	19,3	20,9	81,9
Compuesta	21,3	1,1	3,1	3,2	2,6	2,4	8,8
Nuclear sin hijos	164,7	0,6	30,6	22,1	12,7	27,6	71,2
Nuclear con hijos	299,3	0,2	18,1	78,9	93,7	65,6	42,8
Monoparental	65,5	0,1	1,9	8,0	13,1	12,6	29,9
Ampliada	38,1	0,3	4,0	7,1	11,3	9,1	6,3
Polinuclear	28,5	0,0	1,5	1,6	5,4	5,8	14,2

Glosario:

- **Unipersonal:** no tiene núcleo familiar y sólo consta de una persona.
- **Compuesta:** también carece de núcleo familiar, y está formada por dos o más personas, que pueden o no estar emparentadas.
- **Núcleo sin hijos:** un núcleo familiar compuesto por un matrimonio sin hijos solteros.
- **Núcleo con hijos:** un núcleo familiar compuesto por un matrimonio con hijos solteros.
- **Monoparental:** un núcleo familiar compuesto por un padre o madre sólo/a con hijos solteros.
- **Ampliada:** un núcleo familiar de cualquier tipo con el que conviven una o varias personas emparentadas.
- **Polinucleares:** dos o más núcleos familiares.

En cuanto a la previsión de la evolución de las estructuras familiares, Eustat²⁴ prevé el siguiente escenario:

- El número de familias de personas solas (unipersonales) y de matrimonios o parejas sin hijos seguirán creciendo en los próximos años.
- El número de familias monoparentales sólo crecerá si se incrementan el número de divorcios o separaciones, porque la

viudedad con hijos es cada vez menos frecuente debido al aumento de la esperanza de vida.

- Las familias polinucleares descenderán porque un porcentaje alto de las existentes parecen que se deben a situaciones temporales de los inmigrantes entre esta situación y la constitución de su propio hogar.

Los cambios descritos, en los que se constata una elevada presencia de familias unipersonales cuando la persona de referencia es mayor de 65 años, junto con la incorporación de la mujer, habitual cuidadora de la salud familiar y de sus miembros, al mercado activo de trabajo puede tener su repercusión en el proceso de toma de decisiones tanto en el ámbito de la percepción de necesitar ayuda como en la disminución del apoyo endógeno familiar personalizado en la figura de la mujer.

No obstante, dichos cambios no parecen haber venido acompañados de una destrucción de la red familiar de apoyo, si bien la forma de materializar dicho apoyo se ha modificado de acuerdo a las nuevas necesidades. En efecto, el envejecimiento de la población y el aumento de la tasa de actividad de las mujeres han implicado un incremento importante del número de familias que dan o reciben ayuda de familiares cercanos con una frecuencia diaria o semanal.

La presencia e intensidad de las relaciones familiares en la CAPV es alta: el 94% de las familias mantiene algún tipo de relación con la familia próxima y el 96% de estas relaciones declaradas se pueden calificar de intensas o frecuentes. Las relaciones con otros parientes tienen lugar en el 86% de las familias, siendo intensas o frecuentes en el 61% de los casos declarados.

Según diferentes autores²⁵ la adaptación de las familias a la nueva situación estructural debe ser contemplada en forma de análisis de red, que permite estudiar y analizar los flujos de ayuda que circulan dentro de la red familiar. Dicha red no concibe la familia como núcleo o estructura aislada o sistema cerrado, sino todo lo contrario ya que la contempla como un proceso continuo de intercambio de relaciones y de red de apoyo.

4.1.1.4. Apoyo y red social

De igual forma que en el ámbito familiar, en la que hemos abordado los aspectos de estructura y relaciones familiares, en el ámbito social podemos diferenciar entre los conceptos de apoyo social y red social. El apoyo social lo define Bowling²⁶ como un proceso interactivo merced al cual el individuo obtiene ayuda emocional, instrumental y económica de la red social en la que se encuentra inmerso. La red social, sin embargo, es el entramado de relaciones personales identificables que rodean al individuo y las características de esas relaciones.

En la CAPV parece detectarse una red social consistente y extendida. Las relaciones con amigos tienen lugar en el 90% de las familias y un 83% de ellas define sus relaciones de amistad como intensas o frecuentes. Asimismo, la relación con vecinos implica al 92% de las familias, siendo la segunda modalidad de relación en intensidad después de la relación con la familia próxima. El modo más común de relación son las conversaciones diarias o semanales (en el 93% de los casos de relaciones declaradas), seguido a mucha distancia de la prestación de ayuda.

El mantenimiento de las relaciones familiares y vecinales refuerza diversos aspectos de cuidados informales entre hogares, llega a constituir una importante red de apoyo y solidaridad y, en ocasiones, cubre deficiencias en los servicios institucionales en la atención de personas necesitadas.

4.1.1.5. Aspectos sociológicos

Los cambios constantes que se están dando en nuestra sociedad en el presente siglo XXI abarcan a todo tipo de aspectos tanto en el ámbito personal como en el colectivo. Las radicales innovaciones que se están dando dentro y fuera del ámbito sanitario, como son la expansión de herramientas de comunicación universales como Internet y otras tecnologías comunicacionales, el creciente envejecimiento de la población, la mayor prevalencia de enfermedades crónicas y entre otros aspectos, la modificación constante de los valores personales y colectivos, han llevado a un modelo de relación paciente-médico o paciente-sistema sanitario radicalmente diferente.

El paciente ha dejado de ser un sujeto pasivo de una relación asimétrica, para pasar a esgrimir su derecho a ser informado y opinar sobre su salud y a que se tengan en cuenta sus ideas y creencias así como su voluntad, en el transcurrir del proceso de la prevención, enfermedad y curación.

Exige además ser tenido en cuenta en la planificación de servicios, llevando la voz de quien es el receptor del servicio a los foros donde se toman decisiones. En definitiva quiere que la orientación al usuario, que debe guiar toda estabilización de cualquier proceso asistencial, se haga efectiva adoptando para ello una conducta de consumidor de servicios en relación con dicha prestación sanitaria.

Desde un punto de vista sociológico vivimos en la sociedad de la incertidumbre, del cambio y del exceso y esas características también se reflejan en las actitudes de los ciudadanos con respecto a la salud y a los sistemas sanitarios. En este escenario, las características más

relevantes de este nuevo modelo de cambio social las relaciona Jovell²⁷ como:

- Aumento del nivel de alfabetización formal.
- Mayor nivel de educación reglada.
- Aumento de las necesidades de atención social y socio-sanitaria.
- Escasa educación cívica en relación al uso de los bienes públicos.
- Cambio de la categoría de paciente a la de cliente.
- Acceso a mayor información mediante Internet.

En este punto y asumiendo que el paciente del futuro es en gran parte, el o la joven actual, resulta necesario mencionar los cambios sociológicos que se están dando en dicho segmento de la población y que van a condicionar, tal y como ya se está viendo, sus expectativas como usuarios de los servicios de salud.

El modelo educativo más anclado en la actualidad en nuestro entorno intenta alejarse de los patrones de las generaciones pasadas, creando un modelo permisivo en el que frecuentemente desaparecen las limitaciones. En una situación demográfica en la que los hijos son un bien escaso y en un contexto económico relativamente bueno, resulta difícil negar el deseo de los niños y jóvenes, sea aquel apropiado o no. Sentimientos de culpabilidad asociados al escaso tiempo invertido con los hijos por motivos laborales, tampoco favorecen la imposición de límites ante sus deseos y el establecimiento de normas con el seguimiento de su cumplimiento.

El resultado de este escenario son niños y jóvenes con una escasa capacidad de frustración y para los que el “querer” viene habitualmente seguido del “obtener” el bien deseado. Obtención que se da sin límites económicos y además, sin solución de continuidad en el tiempo. Todo está disponible en el momento en que se expresa la “necesidad”. En definitiva, una falta de contención que facilita que los

niños y jóvenes interioricen y se eduquen en la consecución inmediata de sus deseos y que dificulta la adquisición de recursos personales y sociales para enfrentarse a la frustración y para abordar el conflicto que habitualmente no viven²⁸.

El perfil resultante del escenario descrito ya se está objetivando en los dispositivos asistenciales de nuestra Comunidad. La población joven usuaria de los servicios de urgencia añade a la formación e información de la que dispone, la vivencia de la necesidad inmediata de asistencia, como valores a contemplar en la toma de decisiones sobre el dispositivo asistencial a utilizar. Unido a ellos, el atractivo de la tecnología propia de este segmento de edad y el uso habitual de la telefonía como forma de comunicación, hace que sean los servicios hospitalarios y los teléfonos de Emergencias, habituales fuentes de asistencia en dicha edad.

El entorno resulta aún más complejo cuando desde las propias administraciones sanitarias se modifica el concepto de paciente por el de usuario o cliente. En la sociedad de consumo el cliente ostenta habitualmente la capacidad de elección. Tanto del producto como del proveedor. Primando en su decisión valores de calidad como accesibilidad, trato, seguridad o precio del producto. Además, el cliente autoevalúa la satisfacción con el producto o servicio recibido, condicionando posteriores consumos o contactos.

En este sentido y centrándonos en el acceso a la asistencia urgente, en la que criterios clínicos deciden como inadecuado el acceso de patologías leves a servicios de urgencias hospitalarios de alto nivel asistencial y de elevada complejidad, resulta incongruente con este nuevo modelo relacional la penalización o la crítica al cliente que ha tomado la decisión de acudir a dicho centro.

Resulta necesario por tanto trabajar en diferentes líneas que permitan esta nueva conceptualización del usuario de la sanidad asistencial, dentro de un sistema sanitario accesible, sostenible y de calidad. De acuerdo

con esta necesidad y bajo el punto de vista de las asociaciones de pacientes, la Declaración de Barcelona²⁹ establece los siguientes requisitos en la relación paciente-sistema sanitario:

- a) Establecimiento de los medios y habilidades precisas para garantizar las necesidades de información de los pacientes, tanto a nivel de sistema sanitario como de sus profesionales.
- b) Facilitación de los conocimientos necesarios para la implicación de los pacientes en la toma de decisiones clínicas.
- c) Fomento de una comunicación y relación médico-paciente orientada a lograr una simetría relacional real, incorporando valores como la confianza mutua y el respeto a los valores del interlocutor.
- d) Garantía de la accesibilidad del paciente a la asistencia sanitaria, resolviendo las posibles inequidades del sistema tanto en aspectos de acceso horario, geográfico así como condicionantes de tipo económico.
- e) Potenciación de la participación de los pacientes en las políticas sanitarias, mediante los foros o grupos de trabajo pertinentes y con la colaboración de asociaciones de pacientes.
- f) Reconocimiento, protección y divulgación efectiva de los derechos de los pacientes.

El citado modelo debe llevar a que los profesionales sanitarios conocedores de los cambios descritos, profundicen y adquieran conocimientos y habilidades relacionales para abordar el vínculo paciente-profesional de forma adecuada. Son ellos quienes van a interactuar con el ciudadano del futuro. Ciudadanía cuyo perfil viene definido por los siguientes rasgos:

- Capacitado y formado para participar en las decisiones individuales y colectivas relacionadas con el sistema de salud y sus actuaciones.
- Informado en relación con las posibilidades y límites de las actuaciones preventivas, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación y reinserción social del sistema sanitario y sus profesionales.
- Responsabilizado y comprometido con el cuidado de la propia salud y con el uso racional de los recursos sanitarios.
- Exigente, en lo relativo a la accesibilidad, la seguridad, la calidad y la rapidez de las actuaciones sanitarias en un contexto de trato personal adecuado y de garantía de la confidencialidad.
- De edad avanzada.

En este contexto, si se quiere que los pacientes estén verdaderamente implicados en la decisión sobre su cuidado es esencial darles opciones reales para elegir y extender a todos los profesionales sanitarios la necesidad de conocer, entender y asumir el punto de vista del paciente. La satisfacción del paciente ha dejado de ser una mera percepción sobre la calidad técnica de la asistencia, para incluir las expectativas que tiene dicho paciente sobre el servicio que va a recibir. Expectativas que incluyen otros valores, además del profesional, como son respeto, trato personal, seguridad, etc.

En el ámbito de la asistencia urgente las expectativas de los usuarios son similares en los países desarrollados. Worthington³⁰ señala que el tiempo de espera es una de las causas principales de insatisfacción de los pacientes atendidos en un SUH, apuntando que dicho déficit puede ser paliado sin necesidad de disminuir tiempos, sino simplemente manteniendo al paciente y familiares informados. En la misma línea concluyen Cooke *et al.*³¹, quienes tras una encuesta telefónica a usuarios de SUH concluyen que los aspectos que más valoran dichos pacientes son la comunicación efectiva y los tiempos de espera.

En Australia McGaw *et al.*³² (2006) recogen como valores mejor evaluados por una muestra de pacientes atendidos por médicos generales en horario fuera de horas, la disponibilidad

para hablar con un médico, el interés de éste en el paciente y la competencia profesional, siendo la ausencia de disponibilidad lo que les hace acudir al SUH y no tanto una presunta severidad del cuadro que presentan.

Gerard y Lattimer³³ (2007) afirman que el tiempo de espera es el atributo más importante para los pacientes atendidos en un SUH. Concluyen, además, que encuentran una evidencia débil de que los pacientes jóvenes prefieren el acceso a través de un teléfono específico, frente al contacto directo.

En una amplia encuesta llevada a cabo recientemente a usuarios de los servicios de fuera de horario de Atención Primaria en el Reino Unido, Campbell *et al.*³⁴, concluyen que dos de cada tres encuestados contestaron que se cumplían los estándares de calidad legalmente establecidos. No obstante, incluso cuando la respuesta era que habían recibido la opción de respuesta más rápida para visitas a domicilio (menos de una hora de espera) sólo un tercio de dichos usuarios calificaban esta como excelente, mientras que las evaluaciones negativas de la atención se relacionaron con las demoras en la recepción y atención. Uno de cada dos encuestados consideró que para evaluar la atención como excelente, sería necesario que: a) se responda a la llamada en menos de 20 segundos, b) el tiempo de llamada de respuesta desde el centro sea menor de 20 minutos, c) el tiempo de espera para visitas a domicilio por médico sea menor de 1 hora y d) que el tiempo de espera dentro de los centros extrahospitalarios sea menor de 20 minutos. En definitiva, según los autores los usuarios muestran unas grandes expectativas, siendo un objetivo difícil de conseguir y potencialmente costoso el conseguir una atención etiquetada como "excelente".

En nuestra Comunidad los aspectos que la población que acude a los servicios de urgencias hospitalarios valora como más importantes son: el trato (56,6%) y la competencia del personal (22,5%), siendo el tiempo de espera la tercera cualidad con mayor importancia para el paciente encuestado (13,0%)².

4.1.1.6. Formación

El porcentaje de población escolarizada en CAPV en el curso 2007/2008 alcanzó el 19,2%, cifras similares a las del último quinquenio. Sin embargo, en los últimos doce años la tasa de escolaridad ha experimentado un retroceso del 2,8%, con respecto a los datos de 1996 que cifraban dicha tasa en un 22,0%.

Dicha caída contrasta con el aumento que se observa en el grupo de 0 a 6 años y en los mayores de 19 años, mientras que en el grupo de 6 a 18 años los datos apenas varían, encontrándose cercanas al 100% de la población de dicha edad. Este último dato, resulta esperable toda vez que la enseñanza es obligatoria en nuestra comunidad desde los 5 hasta los 16 años.

En relación con los países de la OCDE y comparando las tasas de escolaridad por rangos de edad, la CAPV se encuentra por encima de la media en el rango de 5 a 14 años (99,7% frente al 98,4% del promedio) y en el tramo de edad de 15 a 19 años (82,7%-81,5%). Sin embargo en el rango de 20 a 29 años, el promedio de nuestra comunidad es menor que la media de la OCDE (22,2% vs. 24,9%)³⁵.

En cuanto al número de alumnos por nivel de enseñanza se experimenta de forma mantenida, a lo largo del último quinquenio, un aumento de alumnos en educación infantil que en el periodo que va del curso 2004/05 al 2007/08 experimenta una subida del 15,8%. Esta mayor escolarización infantil está claramente relacionada con los cambios experimentados en el mercado laboral, con la incorporación de la mujer a dicho mercado y con las consiguientes modificaciones en la dinámica familiar y en la cobertura de apoyo a la población en edad preescolar que dicha incorporación conlleva.

En el resto de los niveles de enseñanza se comprueba una tendencia a la baja en cuanto a los números absolutos, incluyendo la educación primaria y secundaria que alcanzan a la totalidad de la población incluida en el rango edad correspondiente, lo cual apunta a que

dicha disminución es en gran parte debida a los cambios demográficos observados en nuestra sociedad.

En el mismo periodo reseñado previamente, el número de alumnos incluidos en Enseñanza Universitaria pasó de los 72.394 universitarios (curso 2004-05) a los 65.101 del curso 2007-08, lo que representa una disminución del 10,07%. Dicho declive en el número de alumnos universitarios se hace más evidente al comprobar que la disminución alcanza el 25,4% menos con respecto al curso 1999-2000.

Según datos del Instituto nacional de estadística³⁶, en el año 2007 el 58,86% de la población de 25 a 34 años de la CAPV tenían estudios superiores, siendo la comunidad autónoma que mostraba un mayor valor porcentual.

Se comprueba, por último, un fenómeno de feminización del alumnado de los niveles superiores. La continuación de la escolaridad por la vía del bachillerato es más frecuente entre las mujeres, de tal forma que en nuestra comunidad, en el curso 2007-08, el 54,9% del alumnado universitario eran mujeres.

4.1.1.7. *Uso de las tecnologías de la información y de la comunicación*

Desde finales del siglo pasado el acceso a la información global se ha extendido de forma considerable en nuestra comunidad. Bien mediante herramientas como la prensa escrita, radio y televisión, con una oferta tanto de contenidos como de acceso claramente en aumento o bien a través de tecnologías informáticas y de comunicación ligadas a Internet.

Dichas herramientas se han extendido no sólo al ámbito empresarial o educativo, sino que las familias han incorporado al equipamiento habitual de sus domicilios, tanto los ordenadores como las líneas de acceso a Internet. Así, en la CAPV se ha pasado de un porcentaje de familias con ordenador en el domicilio del 33,0% en el segundo trimestre de 1999, hasta una dotación del 57,1% de los hogares en el segundo trimestre de 2008. Esta dimensión alcanza al 81,0% de familias con hijos.

En cuanto a los accesos a Internet, una de cada dos familias (50,2%) de la comunidad tiene acceso a Internet en su domicilio, siendo una dotación asimismo más frecuente entre las familias con hijos (71,9%).

En la CAPV el número de personas mayores de 14 años usuarias de Internet se sitúa en torno al 50,5% de la población, según datos de Eustat²³ del 4º trimestre de 2008. De acuerdo con la edad del usuario, el 88,2% de la población comprendida entre los 15 y 24 años es usuaria de Internet, manteniéndose cifras altas en los rangos de 25 a 34 años (79,2%) y de 35 a 44 años (70,1%).

No obstante resulta remarcable el aumento detectado en el acceso a Internet de la población de edad comprendida entre los 55 y 64 años. Eustat²³ informa que con respecto a las cifras del cuarto trimestre de 2007, seis meses más tarde se objetivó un aumento del 38% de las personas usuarias en esa franja de edad.

En relación con la actividad, son los estudiantes quienes acceden más frecuentemente a la red. En el 4º trimestre de 2008 el 95,4% de la población estudiante de la CAPV era usuaria de Internet, mientras que la ciudadanía que se encontraba inactiva o parada accedía en un porcentaje del 17,7%.

Además de los accesos que se dan desde los lugares de trabajo o estudio es muy frecuente el acceso a Internet desde el propio hogar. Lo hace el 82,5% de los usuarios. Es decir, nos encontramos ante una herramienta integrada en los hábitos poblacionales como una facilitadora de información y ámbitos de ocio o una nueva forma accesible y rápida para prácticas de consumo.

Resulta interesante comentar la existencia de una brecha de género entre las personas usuarias de Internet, que en el segundo trimestre de 2008, para la CAPV, alcanzaba los 7,1 puntos porcentuales. Del total de población usuaria de Internet, el 52% eran hombres frente a un 48% de mujeres.

En cuanto a otras herramientas comunicacionales como la telefonía móvil, el 88% de las

familias de nuestra comunidad cuenta con teléfono móvil, tasa que alcanza al 92,7% de la población mayor de 15 años.

Por último, reseñar el despliegue en el ámbito familiar de la televisión digital terrestre. Si bien en el segundo trimestre de 2008 se encontraba tan sólo en el 23,4% de los hogares vascos, dicha presencia había experimentado un aumento del 7,1% respecto al segundo trimestre del año anterior.

Los principales servicios de Internet utilizados por motivos particulares son la búsqueda de información sobre bienes y servicios (82%), el correo electrónico (81,9%) y la utilización de servicios relacionados con viajes y alojamientos —información, reservas, compras (61,8%)³⁷.

Asimismo, la Web se incorpora a la relación ciudadanía-administración en el estado español, de tal forma que en el periodo de junio de 2007 a junio de 2008, el 56% de los usuarios obtuvo información de páginas Web de la administración, un 33,4% descargó formularios oficiales y un 22% los envió cumplimentados.

En cuanto a servicios de comunicación avanzada por Internet, el uso de mensajería instantánea (por ejemplo, Messenger) es utilizado por el 53,8% de los internautas, el 31% realiza lectura de *blogs* y un 25,6% de los usuarios de Internet envía mensajes a *chats*, grupos de noticias o foros de discusión en línea.

En cuanto al grado de reemplazamiento de actividades tradicionales con el uso de Internet, el 45,3% de los internautas ha reemplazado la lectura de noticias impresas, periódicos

o revistas por lectura en línea al menos en alguna ocasión y el 37,6% ha sustituido el contacto personal con los servicios públicos y las administraciones por contactos "on line"³⁷.

El envejecimiento poblacional se acompaña con frecuencia, sin embargo, de pérdida de autonomía en la práctica de actividades instrumentales de la vida diaria, como puede ser la utilización de los sistemas de comunicación. Esto conlleva al interés de desarrollar sistemas de telealarma o telefonía adaptada para la población mayor.

Los riesgos frecuentes en esta población como las caídas y las pérdidas o fugas hacen necesario el disponer, por ejemplo, de sistemas de alarma sanitaria activados por sensores que detecten estas situaciones.

4.1.1.8. Análisis de la demanda

4.1.1.8.1. Datos históricos

a) Demanda autoregulada

1. Atención Primaria

1.1. Asistencias indemorables

Se entiende como asistencia indemorable aquella prestada en los centros de Atención Primaria, excluyendo a los puntos de atención continuada, en la que se realiza una consulta, fuera de actividad programada, debido a una situación objetiva o subjetivamente etiquetada como urgente por el paciente.

La evolución en el periodo 2004-2007 no permite señalar una tendencia clara de este tipo de utilización de recursos (tabla 2):

Tabla 2. **Número de asistencias indemorables tanto de pediatría como de adultos en la CAPV. Periodo 2004-2007**

	2004	2005	2006	2007
TOTAL INDEMORABLES	193.556	183.835	235.765	192.040

1.2. Asistencias en Puntos de Atención Continuada (PAC)

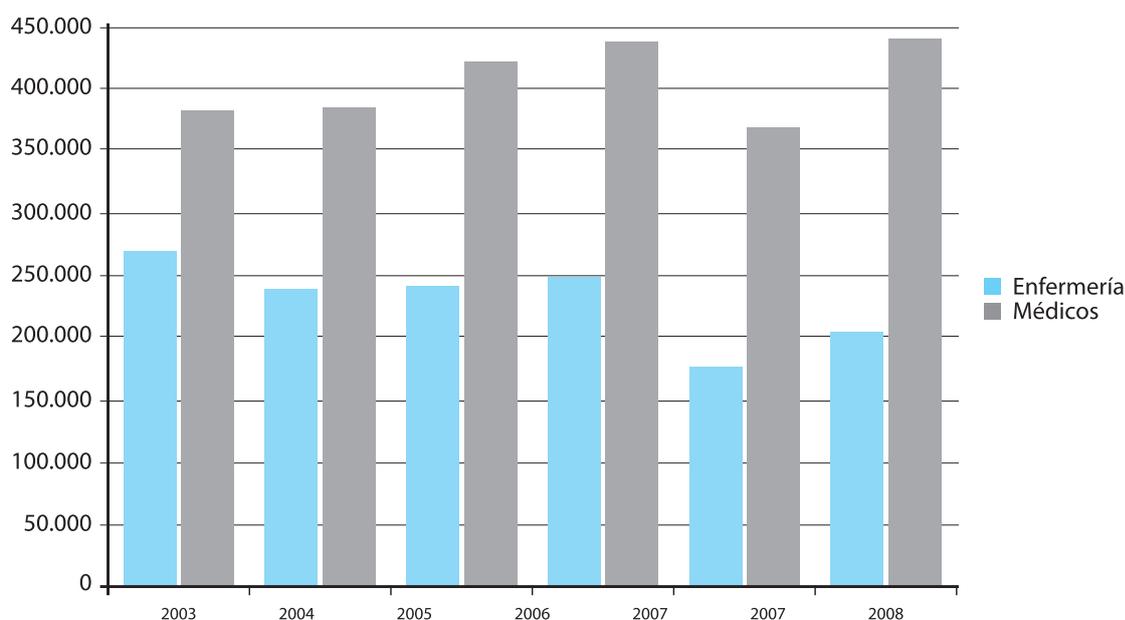
La evolución de las asistencias en los PAC, en el periodo analizado (2001-2008), al igual que las citas indemorables, no parece

mostrar un patrón claro, si bien se mantiene una tendencia alcista en cuanto a su utilización. No obstante, las cifras de asistencias prestadas por enfermería muestran una tendencia bajista que se inicia en 2003 (tabla 3).

Tabla 3. **Número de asistencias realizadas en los PAC tanto por medicina como por enfermería en la CAPV. Periodo 2001-2008**

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Medicina	287.834	363.134	391.947	392.499	427.192	439.725	367.698	435.088
Enfermería	202.198	225.409	272.798	243.086	242.969	249.574	182.000	207.662

Gráfica 2. **Número de visitas a los PAC de la red pública de la CAPV, según el profesional asistencial (médicos y enfermería). Periodo 2001-2008**

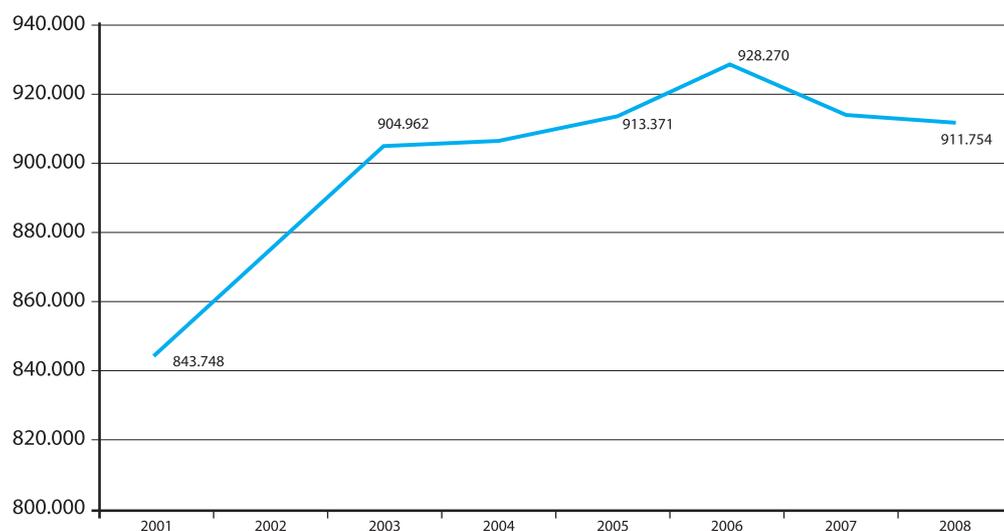


2. Servicios de urgencia hospitalarios

Las visitas a los servicios de urgencias hospitalarias experimentan un aumento generalizado en todos los Hospitales de la red pública hasta 2006. A partir de entonces se da una

inflexión y la cifra de ciudadanos atendidos en dichos servicios comienza a disminuir en la mayoría de los centros mencionados, si bien la diferencia interanual 2007-2008 (-0,20%) es prácticamente irrelevante (gráfica 3).

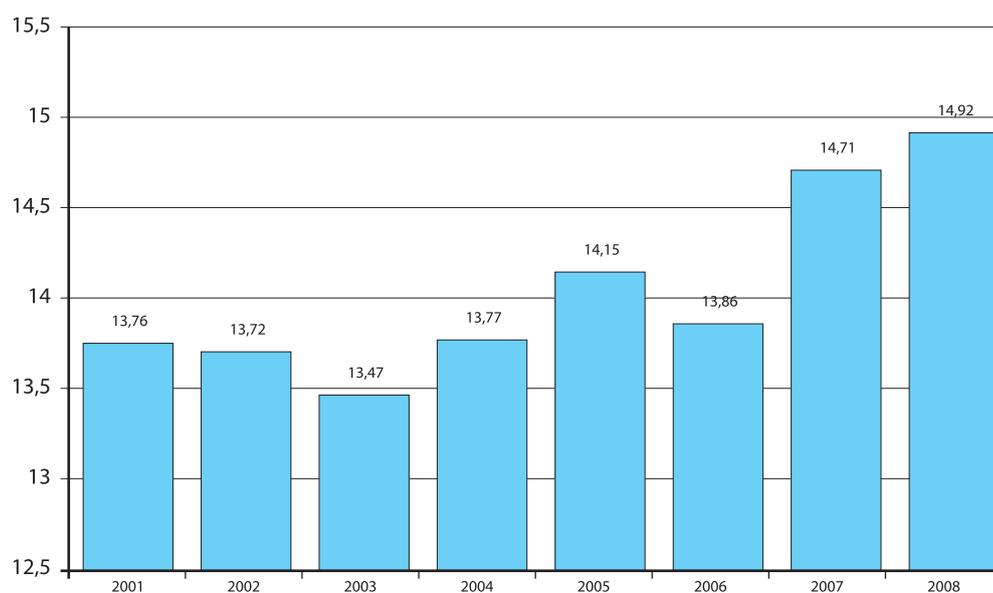
Gráfica 3. **Número de visitas a los servicios de urgencias de los Hospitales de la red pública de la CAPV. Periodo 2001-2008**



El porcentaje de pacientes ingresados en los hospitales tras ser atendidos en los SUH se encuentra en aumento, si bien en los últimos ocho años, dicho valor ha oscilado entre el 13,47% y el 14,92% de las urgencias

atendidas (Gráfica 3). Es decir, aun cuando en el último bienio se constata un aumento del parámetro en cuestión, no es evidente una tendencia mantenida en dicho sentido alcista.

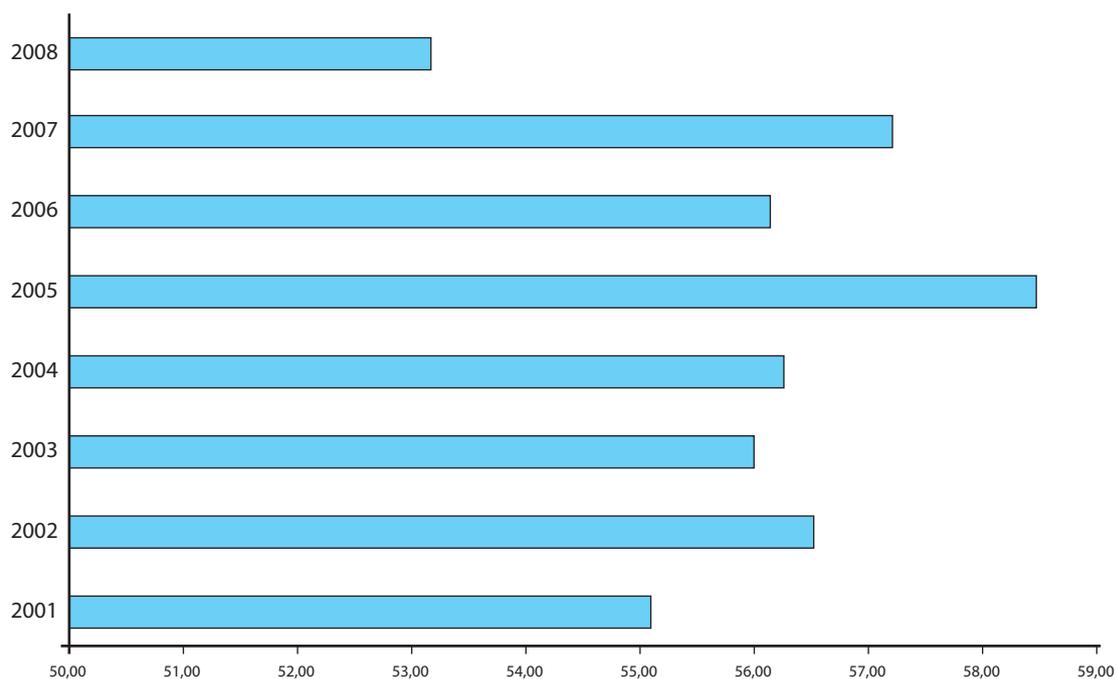
Gráfica 4. **Porcentaje de urgencias ingresadas en los hospitales de la red pública de la CAPV. Periodo 2001-2008**



En cuanto a la presión de urgencias, entendida como el porcentaje de pacientes ingresados desde el servicio de urgencias con respecto al total de los ingresos del hospital, las cifras globales de la CAPV son poco concluyentes en cuanto a tendencias, si bien se observa una caída en el valor de 5 puntos en

el periodo 2007-2008. La presión de urgencias promedio de los Hospitales terciarios fue 10 puntos superior, en el año 2008, a la presentada por los Hospitales comarcales, seguramente debido a la mayor complejidad de la patología atendida por dichos centros terciarios (Gráfica 5).

Gráfica 5. **Presión de urgencias en los hospitales de la red pública de la CAPV. Periodo 2001-2008 (%)**



Por último, respecto a los SUH, reseñar que según la encuesta corporativa que explora la satisfacción de pacientes usuarios de los SUH

de la CAPV, se da un aumento mantenido en el número de pacientes que acuden habiendo sido remitidos por un facultativo.

Tabla 4. **Porcentaje de pacientes que afirman haber sido remitidos por médico al SUH. Periodo 2005-2008**

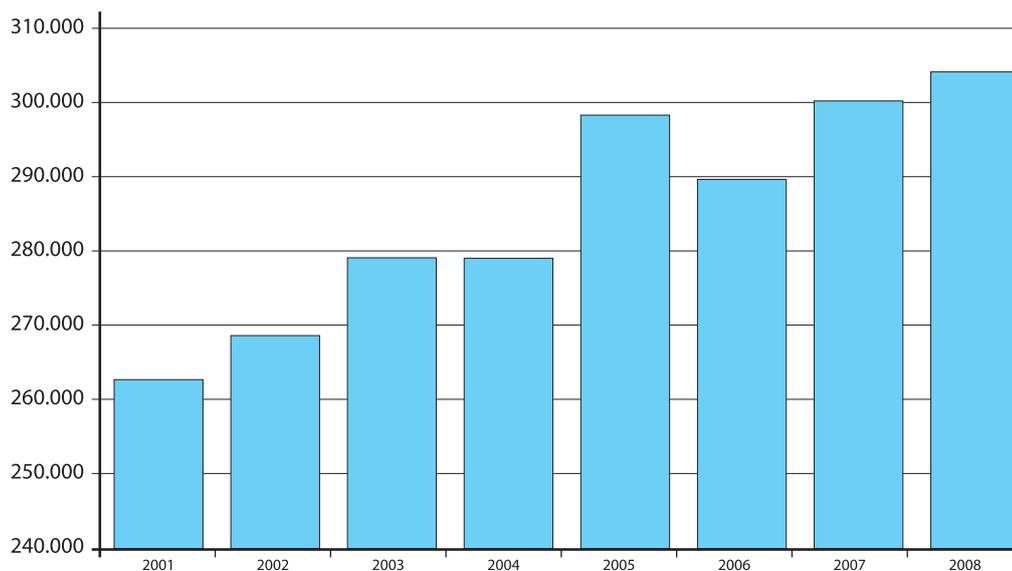
	2005	2006	2007	2008	2009
% Pacientes que acuden remitidos por médico	19,2	22,4	22,8	23,6	24,2

3. Emergencias de Osakidetza

La actividad de los centros coordinadores de Emergencias de Osakidetza se encuentra en aumento, constatándose en el periodo 2001-2008 un incremento del 15,87% de su

actividad. (Gráfica 6). Este crecimiento se da principalmente en relación con las demandas de asistencia sanitaria que acceden telefónicamente a los centros. Cuando se analizan los datos de este tipo de demanda, el incremento en el periodo citado alcanza el 25,51%.

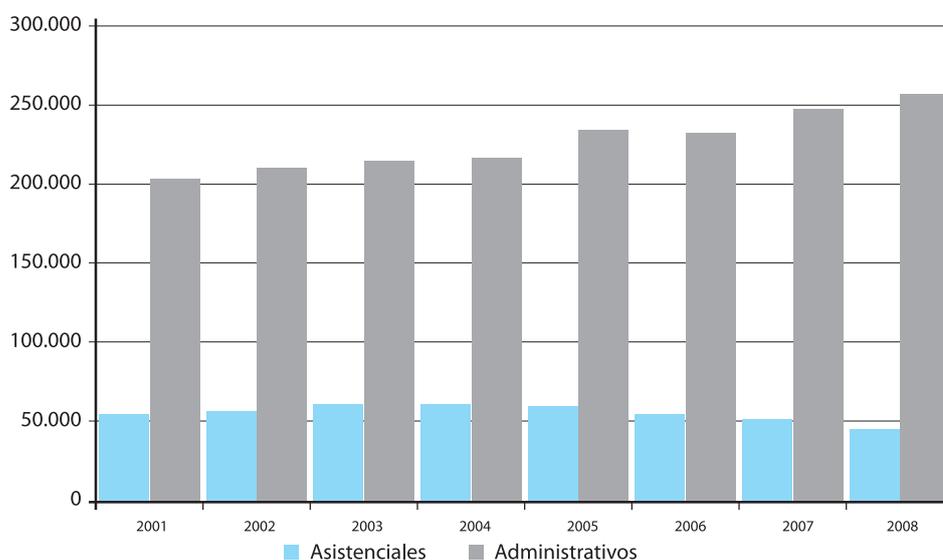
Gráfica 6. **Incidentes atendidos en los centros coordinadores de Emergencias de Osakidetza. Periodo 2001-2008**



En la cartera de servicios de los centros coordinadores de Emergencias de Osakidetza además de la prestación asistencial se encuentra el proporcionar información sanitaria a la ciudadanía. Tal y como se aprecia en la gráfica 7, el número de incidentes atendidos

de carácter administrativo (información sanitaria, gestiones, etc.) está disminuyendo en los últimos años. Este descenso, sin embargo, no repercute en el cómputo global anual de incidentes, dado el aumento de actividad asistencial ya citado.

Gráfico 7. Incidentes atendidos en los centros coordinadores de Emergencias de Osakidetza según su tipología: asistencial o administrativa. Periodo 2001-2008



b) Demanda regulada

La regulación de flujos asistenciales urgentes entre niveles viene dada por:

- Remisión de pacientes desde la Atención Primaria a los servicios de urgencias hospitalarios, tras su evaluación y mediante el documento interconsulta pertinente.
- La actividad de los centros de coordinación de Emergencias de Osakidetza. En dichos centros se lleva a cabo una evaluación del caso y conforme a la situación clínica, los recursos disponibles en el arco horario y la ubicación del paciente, se le informa del dispositivo al que debe acudir o bien se envía un recurso de transporte asistido o no, para su derivación al centro que se considera útil para el paciente.

En relación con las interconsultas Atención Primaria-atención especializada, de carácter urgente, ya se ha contemplado más arriba como el porcentaje de derivaciones respecto al total de asistencias en los SUH está aumentando en los últimos años.

En relación con los datos recogidos desde Emergencias de Osakidetza, se debe señalar

que en un contexto de mayor actividad asistencial, la consultoría telefónica entendida como tal, bien la respuesta directa asistencial por parte de los médicos coordinadores o bien la regulación de flujos al nivel asistencial más adecuado sin la movilización de recurso alguno, ha experimentado un aumento constante en números absolutos, pasando de las 49.606 consultas atendidas en 2002, a las 67.264 del año 2008.

La tipología de la respuesta asignada desde los centros de coordinación de Emergencias ha experimentado una serie de cambios, cuyo origen es probablemente multifactorial. Factores ligados a la demanda serían los cambios en la composición etaria de la ciudadanía y la modificación de sus expectativas. En cuanto a los factores ligados a la oferta de recursos, se pueden citar: por un lado, la disminución del número de profesionales de la medicina y de la enfermería respuesta urgente en el horario de cierre de la Atención Primaria y, por el otro lado, el aumento de los recursos móviles (ambulancias, helicóptero) que prestan asistencia con unos estándares de respuesta más exigentes tanto en lo referente al tiempo como las prestaciones sanitarias.

De esta forma, encontramos que la tipología de respuesta asignada evoluciona adquiriendo estas características:

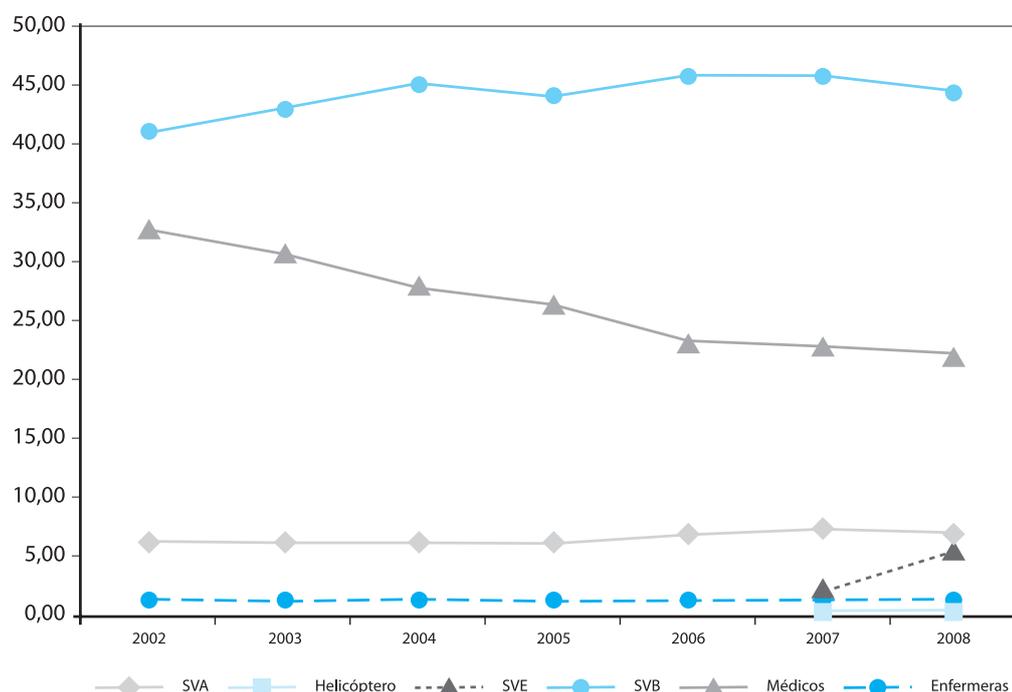
- Disminución en la movilización de médicos a domicilio.
- Aumento mantenido e importante de la movilización de SVB.

- Suave incremento en las movilizaciones de ambulancias de SVA.

- Anecdótica presencia de la enfermería, como recurso único.

- Importante campo de acción disponible para las ambulancias dotadas con personal de enfermería.

Gráfica 8. **Evolución anual del tipo de respuesta según recursos enviados. Datos porcentuales. Emergencias de Osakidetza. 2002-2008**



En resumen, el modelo de sistema médico de emergencias está orientándose hacia un patrón definido por la intervención de recursos móviles, sean estas ambulancias de SVA o bien de enfermería o SVB, con una menor presencia del profesional sanitario que acude a domicilio para prestar asistencia urgente.

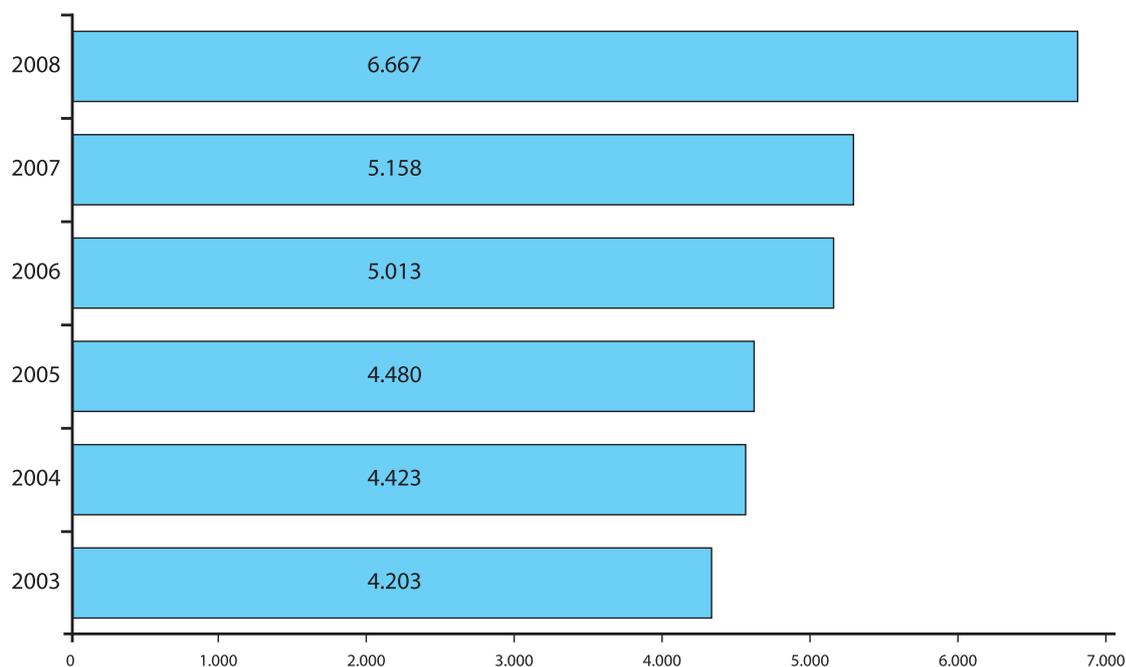
c) Alternativas a la hospitalización

Si bien los diferentes programas puestos en marcha con el objetivo de evitar la hospitalización eludible, no tienen como objetivo último intervenir en la prestación asistencial urgente, no cabe duda de que algunos influyen de

forma más o menos evidente en la necesidad objetiva y subjetiva de dicha prestación.

De esta forma, se deben contemplar las diferentes formas de prestación sanitaria englobadas bajo el proyecto de "Hospitalización a domicilio". Las visitas domiciliarias realizadas por sus profesionales, así como las consultas telefónicas mantenidas por ellos o bien por los médicos coordinadores de Emergencias quienes, desde hace unos años, asumen dicha prestación, resultan en una evitación del Hospital y de su habitual puerta de entrada para los pacientes incluidos en dicho programa y que no es otra que el servicio de urgencias.

Gráfica 9. N° de ingresos en el programa de Hospitalización a domicilio. Periodo 2002-2008

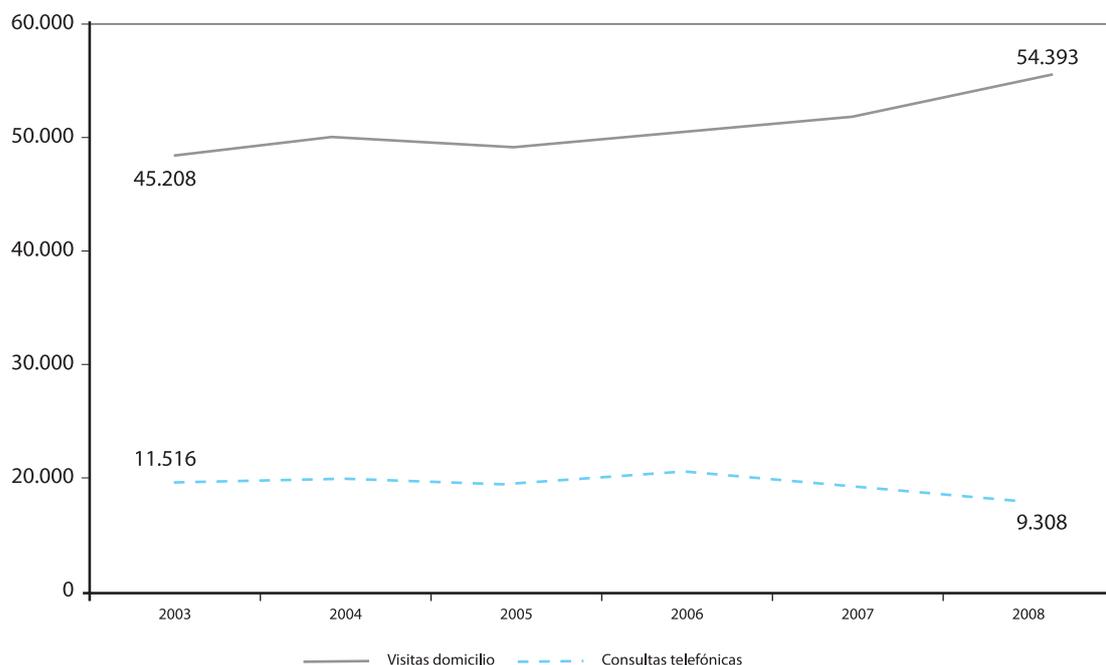


La evolución en el periodo estudiado muestra una clara tendencia alcista, con un aumento del número de ingresos en los servicios de hospitalización a domicilio de la CAPV evidente a lo largo de los años. Este incremento en el periodo 2003-2008 ha sido de un 58,6%.

En cuanto al número de visitas domiciliarias, muestra un perfil similar y paralelo al del cómputo de ingresos. En relación con las

cifras de consultas telefónicas atendidas por dicho servicio, se comprueba en el 2008 un descenso en su cuantía. Dicha disminución seguramente fue resultado de los acuerdos establecidos entre "Hospitalización a domicilio" de varios Hospitales de la red con Emergencias de Osakidetza, para el abordaje de las llamadas telefónicas en horario de fuera de programa por parte de los médicos coordinadores de la citada organización de servicios.

Gráfica 10. N° de visitas domiciliarias y consultas telefónicas del programa de Hospitalización a domicilio. Periodo 2002-2008



4.1.1.8.2. Encuesta de usuarios

Objetivo

Analizar el perfil de los usuarios de los diferentes dispositivos que prestan atención urgente en la Comunidad Autónoma del País Vasco.

Resultados

Se realizaron 1.184 encuestas (tasa de respuesta del 80%). La edad media era de 51,08 años (SD 21,07).

Un 56,6% eran mujeres y el 78,5% castellano-parlantes. La mayoría de los usuarios (60,8%) no tenían estudios o tenían estudios primarios y eran empleados por cuenta ajena (48,8%) o jubilados (25,8%).

Por territorio histórico el 15,6% habían sido atendidos en Araba, 33,6% en Bizkaia y 50,8% en Gipuzkoa.

Por orden de frecuencia los usuarios procedían del SUH (31,5%), AP (26,4%), PAC (22,9%) y EO (19,2%) (Tabla 5). La distribución del momento del día (mañana, tarde, noche) fue similar con un ligero aumento en el horario de tarde (39,2%).

Los usuarios atendidos refieren que la gravedad de la enfermedad por la que acudían era leve o moderada en un 61,1% y que la mejoría que percibieron tras ser atendidos era importante en el 89%. El 34,6% presentaban alguna enfermedad crónica aunque el 83,3% señalaban que su salud era buena o muy buena. La mayoría de ellos conocían a su médico de cabecera, sin embargo un 47,5% no conocía otro dispositivo urgente, y la mitad de ellos consideraba que no podía ser atendido en otro dispositivo diferente.

Tabla 5. **Distribución por dispositivos**

DISPOSITIVO	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
H. Txagorritxu	81	6,8
H. Galdakao-Usansolo	51	4,3
H. Zumarraga	38	3,2
H. Mendaro	34	2,9
H. Alto Deba	25	2,1
H. Bidasoa	34	2,9
H. Donostia	110	9,3
Emergencias Araba	38	3,2
Emergencias Bizkaia	123	10,4
Emergencias Gipuzkoa	67	5,7
AP Araba	65	5,5
AP Ezkerraldea	54	4,6
AP Uribe	63	5,3
AP Bilbao	74	6,2
AP Gipuzkoa Oeste	116	9,8
AP Gipuzkoa Este	118	10
AP Interior	93	7,9

En relación a los diferentes dispositivos:

- **Atención Primaria-Indemorables.** La edad media de los usuarios era de 51,46 años (SD 23,4) y la mayoría de ellos consideran que tienen buena salud, el 69,3% (IC95%: 63,9-74,4) tiene estudios primarios y el 38,9% (IC95%: 33,2-44,3) son jubilados. Entienden que la gravedad del problema que les lleva a solicitar atención es leve o moderada en el 79,2% (IC95%: 74,3-83,6) y el 96% perciben una mejoría al ser atendidos. Por último, el 6,8% son derivados a otro servicio asistencial.
- **Punto de atención continuada.** La edad media de los usuarios era de 47,9 años (SD 20,7) y al igual que los usuarios de AP la mayoría de ellos consideran que tienen buena salud, el 63,4% (IC95%: 57,4-69,2) tiene estudios primarios y la mitad son trabajadores por cuenta ajena.

La gravedad del problema que les lleva a solicitar atención es leve o moderada en el 76,3% (IC95%: 70,9-81,3) y el 94% perciben una mejoría al ser atendidos. Se derivan a otro nivel asistencial el 11,2% de los pacientes encuestados.

- **Servicios de Urgencias hospitalarias.** Los usuarios que acuden a SUH son los más jóvenes (edad: 42,1; SD:13,4) y con una formación más alta, el 46,2% (IC95%: 41,0-51,4) tienen estudios secundarios o universitarios. Consideran que su problema de salud es grave o muy grave en la mitad de los casos y en el 85% de los casos se les realizó alguna prueba complementaria y presentaron mejoría tras ser atendidos. En función del perfil profesional los parados, autónomos y estudiantes son los que más acuden a los SUH.
- **Emergencias.** La edad de los pacientes atendidos es de 54,25 (SD 20,04) y perciben

una gravedad mayor (22% muy grave) que en el resto de los dispositivos. En el 63% de las llamadas recibidas en los

centros coordinadores de Emergencias se movilizó algún recurso (médico, DUE, ambulancia o helicóptero).

Tabla 6. Características según los diferentes dispositivos de atención

	AP	PAC	SUH	EO
Edad (años)	52,5	48,5	42,41	54,25
No conoce otro dispositivo (%)	39,6	41	57,1	50,2
Enfermedad crónica (%)	26,5	28,4	40,5	43,8
Salud percibida (mala, muy mala) (%)	8,9	8,8	20,6	26,8
Gravedad percibida (grave, muy grave) (%)	19,5	23,6	53,1	59
Podía haber sido atendido en otro dispositivo (%)	74,8	77,9	7,8	17,6

Los usuarios con patología crónica acuden fundamentalmente a los SUH 36,4% (IC95%: 31,7-41,2) y a Emergencias 24,3% (IC95%: 20,2-28,8). Tienen una percepción de su calidad de vida peor que los que carecen de patologías ($p < 0,000$), sin embargo la cronicidad no influye en la mejora percibida tras la atención sanitaria ($p = 0,064$).

Las personas con estudios superiores acuden a urgencias o llaman a Emergencias, 77,9% (IC95%: 69,8-84,7) sin embargo, no hay diferencias estadísticas ($p = 0,135$) en la percepción de la gravedad.

Se puede afirmar que existen dos tipologías de usuarios de urgencias por un lado, los usuarios de Atención Primaria y PAC y por otro, los que acuden a los SUH o llaman a Emergencias entre los que existen diferencias estadísticamente significativas en relación a los enfermos crónicos, la salud y gravedad percibidas así como al conocimiento de otros dispositivos de atención y la posibilidad de haber sido atendido en otro servicio.

4.1.2. Oferta

4.1.2.1. Contexto legislativo

Son varios los referentes legislativos que incumben a la prestación sanitaria urgente

y cuyos apartados implicados con dicha asistencia conviene reseñar y analizar:

1. REAL DECRETO 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización³⁸.

Se trata de la norma que al establecer la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y al referirse a la prestación de atención de urgencia, por un lado la define y por otro lado, asigna la atención urgente a los niveles asistenciales de Atención Primaria y especializada, así como a los servicios específicamente dedicados a la atención urgente como son los sistemas médicos de emergencias.

Dedica la citada norma su anexo IV a la cartera de servicios comunes de prestación de urgencia, señalando que se pensará tanto en centros sanitarios como fuera de ellos, incluyendo el domicilio del paciente y la atención in situ, durante las 24 horas del día, mediante la atención médica y de enfermería y con la colaboración de otros profesionales.

El modelo organizativo de la atención urgente queda en manos de las administraciones sanitarias de cada comunidad autónoma, siendo premisas básicas del

modelo que la prestación se realice en el tiempo y lugar adecuado para facilitar una atención adaptada a las necesidades de cada paciente, garantizando una atención integral y continua que incluye a la Atención Primaria, especializada y a los SME.

Establece como estructuras básicas para garantizar la accesibilidad y coordinación de los recursos intervinientes durante las 24 horas del día, la existencia de centros coordinadores de urgencias y emergencias sanitarias con acceso a través de teléfonos específicos como el 112, 061 u otros.

Refiere más tarde la cartera de servicios comunes de la prestación de atención de urgencia, que comprende:

- La atención telefónica a través de los centros coordinadores de urgencias sanitarias, que incluye la regulación médica de la demanda asistencial asignando la respuesta más adecuada a cada urgencia sanitaria, la información y la orientación o consejo sanitario.
 - La evaluación inicial e inmediata de los pacientes para determinar los riesgos para su salud y su vida y en caso de ser necesaria, la clasificación de los mismos para priorizar la asistencia sanitaria que precisen.
 - La evaluación puede completarse derivando a los pacientes a un centro asistencial si fuera necesario, para la realización de las exploraciones y procedimientos diagnósticos precisos para establecer la naturaleza y el alcance del proceso y determinar las actuaciones inmediatas a seguir para atender la situación de urgencia.
 - La realización de los procedimientos diagnósticos precisos, y de los procedimientos terapéuticos médico-quirúrgicos necesarios para atender adecuadamente cada situación de urgencia sanitaria.
 - La monitorización, la observación y la reevaluación de los pacientes, cuando su situación así lo requiera.
 - El transporte sanitario, terrestre, aéreo o marítimo, asistido o no asistido, según lo requiera la situación clínica de los pacientes, en los casos en que sea preciso para su adecuado traslado al centro sanitario que pueda atender de forma óptima la situación de urgencia.
 - La información y asesoramiento a los pacientes o, en su caso, acompañantes, sobre la atención prestada y las medidas a adoptar al finalizar dicha atención.
 - Una vez atendida la situación de urgencia, se procederá al alta de los pacientes o a su derivación al nivel asistencial más adecuado y cuando la gravedad de la situación así lo requiera, al internamiento hospitalario, con los informes clínicos pertinentes para garantizar la continuidad asistencial.
2. La Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud³⁹ incide en la definición y contexto de la asistencia urgente, así como en el papel de Atención Primaria en dicho ámbito tanto en consulta como en domicilio.
- Define asimismo la prestación de atención socio-sanitaria para aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de una actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para, entre otros objetivos, aumentar la autonomía del paciente. Dicha atención comprenderá aspectos como, la continuidad del servicio entre las administraciones.
3. DECRETO 8/2007, de 23 de enero, de la Consejería de Sanidad del Gobierno Vasco, sobre el uso de desfibriladores externos automáticos por personal no sanitario⁴⁰. El despliegue de desfibriladores automáticos (DEA) en lugares con gran afluencia de público y en locales donde

se pueden desarrollar situaciones o acciones de riesgo cardiovascular, es una estrategia que se está generalizando en la mayoría de los países occidentales.

El acercamiento de los medios que posibilitan una reversión eléctrica a ritmo cardíaco normal, para la atención precoz de las paradas cardiorrespiratorias (PCR) es una de las medidas propuestas desde las diferentes guías de resucitación cardiopulmonar. En este sentido, aumentar el porcentaje de población conocedora del reconocimiento de la PCR y acreditada en el manejo del DEA puede ayudar al sistema médico de emergencias, ya que la desfibrilación es más eficaz cuanto más precozmente se practique.

La organización de la asistencia a la PCR en dos niveles, un primer nivel proporcionado por el ciudadano con un DEA y el segundo nivel activado simultáneamente conduce

a mejores resultados, según la revisión realizada por Clare⁴¹ sobre los estudios que analizaban la eficacia de los programas de acceso público a la desfibrilación.

En este sentido, la CAPV regula la formación y acreditación de los futuros usuarios del DEA, así como establece la necesidad de una revisión posterior a su uso por parte de Emergencias de Osakidetza.

- Además se debe recoger en cuanto a políticas sanitarias vigentes, el Plan de Salud de la CAPV (2002-2010)⁴². En dicho plan se establecen una serie de áreas prioritarias, para las cuales se establecen una serie de objetivos y estrategias de intervención. En algunas de estas estrategias se desarrollan actuaciones que incumben a la organización y estructura que presta asistencia urgente en nuestro entorno, tal como se describe en la tabla siguiente.

Tabla 7. **Áreas prioritarias con líneas de actuación ligadas a la asistencia urgente. Plan de salud 2002-2010. CAPV**

ÁREA PRIORITARIA	ACTUACIÓN
Enfermedad cerebrovascular	- La asistencia y tratamiento precoz del ACVA mediante una atención integral y especializada.
Cardiopatía isquémica	- La revascularización precoz, tanto farmacológica como mecánica, en el IAM, debe estar disponible para los pacientes de la CAPV que lo precisen. - La formación en RCP básica de los profesionales sanitarios, cuerpos dedicados a la protección ciudadana e incluso, en el futuro, familiares de la población afectada. - La RTSU debe adaptarse a las necesidades que existan en esa área. - Debe generalizarse la formación en RCP básica y en el uso de DEA entre el personal de las ambulancias destinadas al transporte sanitario y en algunos colectivos de los cuerpos dedicados a la protección ciudadana.
Accidentes de tráfico	- La RTSU debe ser en cada momento la adecuada para prestar la atención que precisen los lesionados.

- El escenario demográfico descrito más arriba, con un envejecimiento marcado de la población y con un aumento de las enfermedades crónicas respecto a las agudas, hace necesario abordar dentro del análisis del entorno la planificación existente en nuestra comunidad sobre el ámbito sociosanitario.

El referente planificador en este ámbito es el Plan estratégico para el desarrollo de la atención sociosanitario en el País Vasco⁴³. En él se marcan los objetivos marcados para dar respuesta a las personas enfermas, generalmente crónicas, que pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios

y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su inserción social.

Dicho plan define como su misión el prestar la atención que necesitan a las personas que, debido a sus graves problemas de salud, a sus limitaciones funcionales o a su situación de exclusión social o de riesgo de estarlo, requieren una atención sanitaria y social, simultánea, coordinada y estable.

Para la consecución de dicha misión, el plan preveía trabajar mediante un sistema coordinado, completo, eficiente y de calidad así como territorialmente equilibrado. Para ello propugnaba la no integración formal de los sistemas social y sanitario, de manera que se mantuvieran las dos redes actuales, pero funcionando coordinadamente bajo el principio de integración funcional de ambas en su aportación a la atención sociosanitaria.

Varios de los objetivos y líneas de actuación del citado plan tenían cabida en el ámbito de la atención urgente, de la que son poliusuarios los pacientes crónicos.

De esta forma la continuidad asistencial se contemplaba en el objetivo estratégico tercero: "Conseguir un sistema de atención único y compartido entre las dos redes de servicios: la social y la sanitaria". Para ello los objetivos específicos propuestos fueron:

- a. Disponer de una cartera de servicios bien definida y única.
- b. Planificar conjuntamente el desarrollo del Modelo.
- c. Unificar la puerta de entrada a los servicios sociosanitarios.
- d. Fomentar el trabajo interdisciplinar tanto en lo referente a las personas como a las redes de provisión.

Es decir, entender a la persona como el punto de confluencia de los dos sistemas, sanitario y social, para lo que se precisa

desarrollar además de los objetivos citados un sistema de información compartido.

Asimismo, en relación con la prevención como elemento infrautilizado, el fomento del autocuidado y con el uso de tecnologías que puedan enriquecer el empoderamiento del paciente crónico, se planteaban las siguientes líneas de actuación:

- a. Ahondar en acciones para la prevención y detección precoz de los problemas.
- b. Apostar por la utilización y la adaptación de las redes a las nuevas tecnologías.
- c. Compartir la información entre todas las administraciones.
- d. Valorar y formar tanto a los cuidadores formales como informales ya que sobre ellos descansa básicamente la calidad del servicio.

4.1.2.2. Asistencia urgente en la CAPV

De acuerdo con la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, la asistencia urgente está asignada tanto a la Atención Primaria como a la atención especializada y a los servicios de emergencia. Sin embargo, la organización de la atención urgente en las distintas comunidades autónomas del Estado no responde, en general, a un modelo integral sino que en la mayoría de ellas este tipo de asistencia se presta en los niveles de atención reseñados, añadiéndose la atención a las emergencias mediante servicios creados a tal fin.

En general, se puede afirmar que no existen elementos asistenciales (herramienta de triaje o guías de práctica clínica comunes), de información (historia clínica compartida, paso de información entre intervinientes ágil e integrado), de proceso (acuerdos entre niveles, planes de urgencias) y de formación (acreditación de intervinientes), capaces de garantizar una continuidad asistencial del paciente⁴⁴.

Nuestra comunidad no es ajena a dichas carencias y si bien se están desarrollando algunos

de los aspectos, por el momento el modelo presenta evidentes oportunidades de mejora en cuanto a integralidad de planificación y abordaje así como de continuidad asistencial.

Así, los diferentes niveles asistenciales de la CAPV ponen a disposición de la ciudadanía las siguientes alternativas:

4.1.2.2.1. Atención Primaria

En los centros y dispositivos de Atención Primaria se oferta atención continuada, atendiendo a situaciones de urgencia tanto dentro del horario de atención programada, como fuera de este mediante recursos específicos.

En horario de atención programada, es decir, de 08,00 a 20,00 horas los días laborales y de 09,00 a 14,00 horas los sábados, la prestación se da por parte de profesionales bien mediante asignación por cupos o bien a través de facultativos y profesionales de enfermería que se encuentran con mayor disponibilidad para asumir dicho tipo de avisos.

En dicho caso el circuito asistencial comienza con la petición cursada bien presencialmente o bien a través de los centros receptores de llamadas de Atención Primaria. Además, la movilización de recursos de Atención Primaria puede darse tras el triaje telefónico realizado por los centros coordinadores de Emergencias de Osakidetza.

La asistencia se puede dar en consulta o bien en el domicilio del paciente. Cuando la atención se realiza en el centro de Atención Primaria, sin contar con cita previa, debido a la existencia de una urgencia real o percibida, se denomina como "atención indemorable". Fuera de horario de atención programada, la prestación asistencial se puede dar:

- En los Puntos de Atención Continuada (PAC): Cubiertos por profesionales de la medicina, enfermería y celadores, en centros ubicados en cabeceras de comarca geográfica que dan servicio a varios municipios de la comarca y que no se encuentran dotados de pruebas complementarias.

En dichos centros no se realiza triaje telefónico, y su accesibilidad es total asistiendo a los usuarios que se presentan en el centro, sin necesidad de cita previa. La CAPV cuenta con 32 PAC cuya distribución se aprecia en la Tabla 8.

- En domicilio: tras triaje llevado a cabo por los centros coordinadores de Emergencias se movilizan al domicilio del paciente, bien profesionales médicos o personal de enfermería, según la necesidad asistencial y la decisión adoptada por los citados centros.

Dicha asistencia se presta por estructuras diferentes según la comarca sanitaria:

- Álava-Araba y Gipuzkoa: La cobertura se realiza por profesionales de una empresa concertada con la correspondiente Dirección Territorial del Departamento de Sanidad y Consumo.
 - Bizkaia: Se adoptan diferentes soluciones para dicha prestación que van desde profesionales propios de plantilla de la comarca de Atención Primaria a empresas concertadas.
- En centros socio-sanitarios: La atención sanitaria urgente es muy dispar existiendo centros gerontológicos con cobertura médica y de enfermería del propio centro las 24 horas del día, otros atienden de 8 a 17 horas con personal propio utilizando a partir de esta hora el servicio de atención domiciliaria de la red tras activación por los centros coordinadores de Emergencias; mientras que otros centros cubren esta atención a lo largo de todo el día con los equipos de Atención Primaria y los de atención urgente domiciliaria.

4.1.2.2.2. Servicios de Urgencias Hospitalarios

La atención urgente se presta en los Servicios de Urgencias de los Hospitales de la red sanitaria pública. En la CAPV funcionan 13 servicios de esta índole que se complementan con un centro hospitalario concertado, según la distribución referida en la Tabla 9.

Tabla 8. **Relación de puntos de atención continuada de la CAPV. Distribución por comarcas sanitarias**

COMARCA	PAC	COMARCA	PAC
Araba	PAC Vitoria-Gasteiz	Interior	C.S. Bermeo
	C.S. Bergara		C.S. Ondarroa
C.S. Ermua	C.S. Landako (Durango)		
C.S. Elgoibar	C.S. Amorebieta-Echano		
Gipuzkoa Oeste	Amb. Azpeitia		Amb. Basauri
	C.S. Legazpi		Amb. Gernika-Lumo
	C.S. Zumárraga		C.S. Lekeitio
	Amb. Beasain		C.S. Amurrio
	Amb. Tolosa		Amb. Llodio
	Ekialde-Gipuzkoa Este		PAC Donostia
C.S. Hernán		C.S. Balmaseda	
C.S. Zarautz		C.S. Markonzaga	
C.S. Rentería		Bilbao	Amb. Deusto
Amb. Irún			Amb. Begoña
Uribe	Amb. Las Arenas	Bilbao	Amb. Rekaldeberri
	C.S. Mungia		
	Hospital de Gortiz		

Los citados servicios se encuentran accesibles para la ciudadanía las 24 horas al día durante los 365 días al año, siendo accesibles sin necesidad de filtro o autorización previa por parte del médico de Atención Primaria ni aplicación estricta de criterios administrativos de zonificación.

Las prestaciones que pueden darse en un servicio de urgencias dependen de la categoría del Hospital, general o comarcal y de la organización propia de cada centro hospitalario. En general, los Hospitales generales prestan asistencia urgente a pacientes adultos y pediátricos asumiendo:

- Urgencias Médicas.
- Urgencias Quirúrgicas.
- Urgencias Traumatológicas.
- Urgencias Ginecológicas y Obstétricas.

En determinados centros, se asumen además las urgencias psiquiátricas.

Con diferente implantación, según el nivel y tipo de Hospital, algunos servicios de urgencias de la CAPV ofertan unidades de observación, salas de consulta rápida y unidades de corta estancia.

Para ello, además de contar con el staff del propio servicio de urgencias, recibe el apoyo de especialistas de presencia física o bien de guardia localizada. Los servicios de urgencias se encuentran dotados de tecnología para la realización de determinadas técnicas de imagen y emplean los servicios propios del Hospital para otras pruebas complementarias.

Pueden existir líneas diagnósticas y/o terapéuticas exclusivas de determinados hospitales de la red, como por ejemplo: grandes

quemados, unidades de ictus, partos, neurocirugía, hemodinámica, etc., que pueden hacer

precisar traslados interhospitalarios a centros de referencia.

Tabla 9. **Relación de Hospitales de la red pública con servicios de urgencia**

Araba		
Hospital Santiago	Vitoria-Gasteiz	Hosp. General. / Hosp. Agudos
Hospital Txagorritxu	Vitoria-Gasteiz	Hosp. General. / Hosp. Agudos
Hospital de Leza	Leza	H. de media-larga estancia
Bizkaia		
Hospital de Basurto	Bilbao	Hosp. General. / Hosp. Agudos
Hospital Cruces	Barakaldo	Hosp. General. / Hosp. Agudos
Hospital Galdakao-Usansolo	Galdakao-Usansolo	Hosp. General. / Hosp. Agudos
Hospital San Eloy	Barakaldo	Hosp. Comarcal / Hosp. Agudos
Hospital Santa Marina	Bilbao	H. de media-larga estancia
Hospital de Zamudio	Zamudio	H. Psiquiátrico
Gipuzkoa		
Hospital Donostia	Donostia	Hosp. General. / Hosp. Agudos
Hospital de Bidasoa	Irun-Hondarribia	Hosp. Comarcal / Hosp. Agudos
Hospital de Zumárraga	Zumárraga	Hosp. Comarcal / Hosp. Agudos
Hospital Alto Deba	Arrasate-Mondragón	Hosp. Comarcal / Hosp. Agudos
Hospital Mendaro	Mendaro	Hosp. Comarcal / Hosp. Agudos
Clínica Asunción*	Tolosa	Hosp. Comarcal / Hosp. Agudos

* Centro concertado por el Departamento de Sanidad y Consumo para dar cobertura a Tolosaldea.

En los Hospitales comarcales o bien en los de media-larga estancia que disponen de servicio de urgencias, la cartera de servicios es más limitada. Cuentan asimismo con profesionales propios del servicio más el apoyo de especialistas y su dotación tecnológica diagnóstico-terapéutica es menor. Cuando el paciente precisa de asistencia no contemplada por el Hospital tras la asistencia, valoración inicial y estabilización, se deriva al paciente al Hospital de referencia, mediante traslado interhospitalario asistido.

4.1.2.2.3. Emergencias de Osakidetza

Es la organización de Osakidetza encargada de realizar la coordinación de urgencias y la asistencia sanitaria de emergencias en todo el territorio de la Comunidad Autónoma del País Vasco.

Sus recursos propios y los recursos ajenos, bien propios o de otras organizaciones de servicios de Osakidetza o bien concertados por el Departamento de Sanidad y Consumo, y que son regulados y coordinados desde los

centros coordinadores constituyen junto con otros servicios de emergencias no sanitarios, el sistema médico de emergencias (SME) de la Comunidad.

Emergencias de Osakidetza cuenta con la siguiente estructura y dotación:

— Centros coordinadores: existen tres centros, uno en cada capital de Territorio Histórico, donde se receptionan y se da respuesta sanitaria a las llamadas sanitarias que entran por el teléfono único europeo de emergencias (112) o bien a las llamadas realizadas a los teléfonos que Osakidetza pone a disposición de la ciudadanía para la atención urgente:

- Álava-Araba: 945.24.44.44
- Bizkaia: 944.100.000
- Gipuzkoa: 943.46.11.11

Sus profesionales son médicos coordinadores, enfermeras y auxiliares administrativos.

El papel que desempeñan los centros de coordinación en el sistema médico de emergencias es descrito en su cartera de servicios:

- Clasificar y realizar un triaje de las llamadas que acceden telefónicamente al sistema.
- Asignar respuesta sanitaria a las demandas, bien mediante consejo médico o bien mediante la movilización del recurso más adecuado.
- Gestionar y coordinar los recursos necesarios para dar respuesta sanitaria.
- Realizar seguimiento de la atención, a tiempo real, prestada por dichos recursos.
- Asesorar, por parte de los facultativos o de la enfermería del centro coordinador, a los recursos intervinientes no medicalizados.
- Gestionar y participar en dispositivos preventivos.

- Proporcionar información relativa al ámbito sanitario.
- Ambulancias de Soporte Vital Avanzado (SVA): Dotadas de médico, enfermera y técnico de transporte sanitario, su cartera de servicios incluye:
 - Asistencial vital avanzada en el lugar donde se da la pérdida de salud.
 - Traslados interhospitalarios que precisen medidas de soporte vital avanzado.
 - Participación en dispositivos preventivos en situaciones de riesgo previsible.
 - Asistencia directa y gestión de recursos asistenciales en los incidentes de múltiples víctimas.
- Ambulancias de Soporte Vital con enfermería (SVE): Su personal está compuesto por enfermera y técnico de transporte sanitario y sus aportaciones al sistema de emergencias son:
 - Traslados interhospitalarios que precisen asistencia y se encuentren estables.
 - Asistencia primaria que pueda beneficiarse de técnicas de enfermería.
 - Apoyo a la red de SVA si se precisa.
- Helicóptero medicalizado: Además de médico y enfermera, su dotación se encuentra compuesta por piloto y copiloto. Se trata de un recurso de soporte vital avanzado, por lo que comparte las prestaciones de los recursos terrestres de SVA.
- Ambulancias de Soporte Vital Básico (SVB): Se trata de una red de ambulancias concertadas o conveniadas por el Departamento de Sanidad y Consumo con empresas u organizaciones no gubernamentales (Cruz Roja y DYA) y que se encuentran dotadas de dos técnicos de transporte sanitario. Están asignados

funcionalmente a los centros coordinadores y su gestión funcional es directa desde éstos. Su cartera de servicios incluye:

- Única respuesta:
 - Urgencia no vital que precisa valoración en centro sanitario y asistencia durante el traslado.
 - Fuente de información en vía pública y domicilio.
- Doble respuesta (junto con ambulancia SVA):
 - Riesgo vital en las que por proximidad, llega antes el recurso de SVB y su aportación técnica mejora el pronóstico vital y/o funcional del paciente.
 - Apoyo a ambulancias de SVA en incidentes de múltiples víctimas.
- Médicos y enfermeras de asistencia domiciliaria urgente: Profesionales ya mencionados como recursos de Atención Primaria, cuya movilización y gestión funcional se lleva desde los centros de coordinación.

4.1.2.2.4. Sistema Médico de Emergencias

En la década de 1970 en Estados Unidos y en los 90 en Europa, se desarrolló un sistema de atención a la emergencia enfocado a dar una respuesta cualificada y ágil en el propio lugar donde se daba la pérdida de salud. Este “salir el hospital a la calle” se orientó inicialmente al abordaje de patología tiempo-dependiente como el politraumatismo y la cardiopatía isquémica. Posteriormente, este enfoque ha guiado la puesta en marcha de los sistemas de atención a la urgencia, aportando los valores de integralidad, coordinación y efectividad.

Las características que debe contemplar un SME son⁴⁵:

1. Existencia de centros de coordinación de urgencias, con teléfonos de accesibilidad

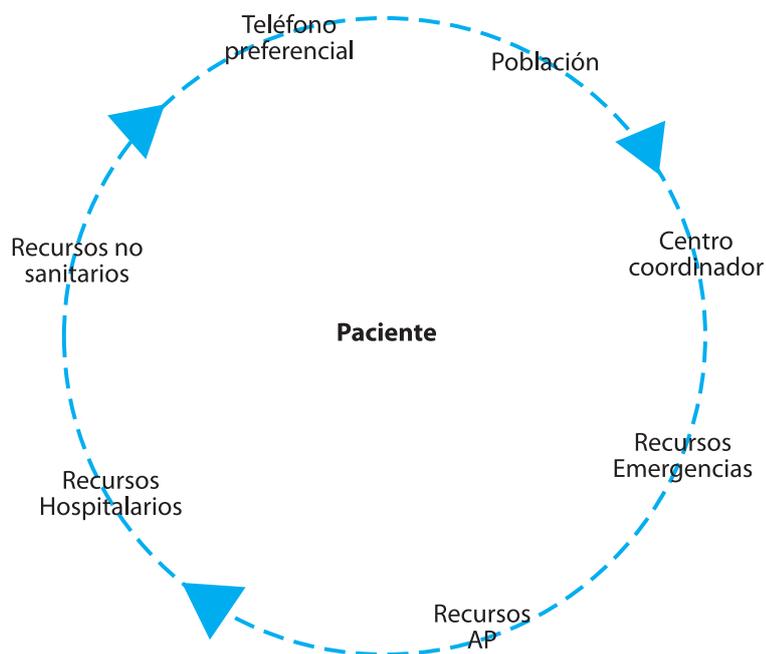
elevada y números de acceso de fácil memorización.

2. Información y educación de la población sobre la forma de acceso.
3. Formación del personal del sistema.
4. Categorización, acreditación y regionalización:
 - 4.1. De los hospitales (capacidad ante urgencias).
 - 4.2. De las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI).
 - 4.3. Del transporte sanitario.
 - 4.4. De la red de telecomunicaciones.
5. Coordinación con otros servicios de Emergencias.
6. Colaboración en elaboración de planes de catástrofes.
7. Control de calidad y de eficiencia de las prestaciones.
8. Participación de la población en el sistema.

La interacción entre los diferentes intervinientes, desde la población que activa el sistema y es parte de la propia cadena asistencial con la ayuda de las recomendaciones dictadas desde el centro coordinador, hasta la intervención de recursos policiales y de bomberos como facilitadores en una respuesta segura, pasando por la movilización de recursos sanitarios, constituye una cadena asistencial que finaliza en la evacuación al centro hospitalario más adecuado para la situación clínica del paciente.

Los diferentes pasos que se desarrollen en el proceso de asistencia urgente deben contar en su diseño y procedimentación con los valores de calidad asistencial propios de los pacientes de la comunidad, y con la eficacia y equidad del sistema como aspectos a salvaguardar y a potenciar.

Gráfico 11. Características que debe contemplar un SME



Diseño de los SME

En Europa se han desarrollado diferentes modelos de SME en cada país, e incluso dentro de las regiones de cada país, lo que resulta en un mosaico de definiciones, normas y sistemas. El diseño se ha ido realizando conforme a las diferentes características socio-culturales, geográficas y organizativas de cada zona. En general, se diferencian tres tipos de modelos⁴⁶:

- Modelo angloamericano: En este modelo la medicina de emergencia se inicia en el ámbito extrahospitalario, donde los cuidados son desarrollados por personal paramédico y se continúan los servicios en los SUH ("los pacientes son llevados al hospital"). Se trata de un modelo hospitalocentrista en el que, en los últimos años, se está generalizando un control médico bien "on line" desde el SUH o bien en la gestión de la calidad asistencial.
- Modelo franco-germano: A diferencia del anterior su premisa es "acercar el hospital al paciente". Personal médico y tecnología es acercada en los recursos móviles a donde se encuentra el paciente con la

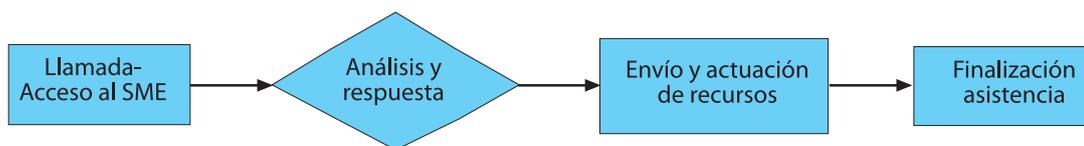
intención de estabilizarlo y si lo precisa acercarlo al hospital útil más cercano, evitando incluso centros sanitarios más próximos si éstos no pueden aportar el cuidado adecuado y definitivo.

- Modelo 061, propio del Estado español: Acerca el hospital al paciente, asimismo, combinando recursos medicalizados con recursos liderados por enfermería y con recursos dotados de personal técnico.

Este modelo 061 presenta como características que lo diferencia del resto de modelos, el contar con facultativos regulando (triando) la demanda en los centros de coordinación y asignando respuesta directa en formato de consultoría médica, así como que se articula en organizaciones diferenciadas de los niveles de Atención Primaria o especializada.

No obstante, aún existiendo diferencias en cuanto a los accesos, los tipos de recursos, la formación de los intervinientes y la organización de los diferentes modelos, existe un esquema de funcionamiento común a todos ellos⁴⁷:

Gráfica 12. Diagrama de flujo de la asistencia urgente coordinada por SME



En cuanto al modelo más adecuado, se han realizado diferentes estudios y parece concluirse que el modelo de sistema de emergencias está íntimamente ligado a aspectos como la estructura sanitaria del país en el que se implanta y a la disponibilidad de profesionales médicos. De tal forma que las sociedades con unas menores tasas de médicos por habitantes optan más por modelos paramédicos, mientras que en aquellos con plétora médica se diseñan estructuras medicalizadas.

No obstante, en un reciente trabajo que compara sistemas médicos de emergencia de varios países⁵, concluye que en la asistencia al politraumatizado la tasa de mortalidad es menor en los países que cuentan con personal médico en sus unidades asistenciales.

4.1.2.3. Profesionales

Las categorías profesionales habitualmente implicadas en la asistencia urgente son comunes en los países occidentales, si bien con diferentes nomenclaturas y capacidades. Las discrepancias entre modelos se dan sobre todo a nivel de los sistemas médicos de emergencias y presenta una mayor homogeneidad en la Atención Primaria y servicios de urgencia hospitalarios.

En efecto, existen dos categorías que toman parte en la asistencia en cualquiera de sus eslabones, como son los facultativos médicos y el personal de enfermería. Dichas profesiones presentan una nomenclatura y una formación reglada relativamente común en los países del entorno.

Son las categorías de técnicos sanitarios como auxiliares de enfermería, técnicos de transporte sanitario, operadores de centros de coordinación, paramédicos, etc., quienes presentan

heterogeneidad en cuanto a denominación, técnicas para las que están capacitadas, formación y habilidades profesionales.

La mayor variación se da en los SME. Aquellos que están englobados bajo el epígrafe de modelo angloamericano, están dotados en sus ambulancias de diferentes tipos de paramédicos con mayor o menor formación y, por tanto, con mayor o menor capacitación y reconocimiento legal para el desarrollo de técnicas asistenciales.

En el modelo franco-germano, de forma análoga a lo que ocurre en el Estado español, es el personal médico en las ambulancias de SVA y las enfermeras en los recursos de SVE, quienes lideran el recurso correspondiente y realizan las técnicas y tratamientos propios de su formación y acreditación. En estos modelos los técnicos de transporte sanitario apoyan al equipo en tareas asistenciales y asumen la asistencia en las ambulancias de SVB.

En los últimos años se han dado una serie de cambios en el campo de las profesiones sanitarias, que resulta necesario conocer, a la hora de contextualizar las posibles alternativas a la asistencia urgente en nuestra comunidad:

1. En la CAPV, al igual que en el resto de Estado español existe una carencia de médicos que dificulta de forma ostensible la cobertura de determinados puestos de trabajo. Hay más demanda que oferta disponible, situación que se ha ido agravando durante los últimos años en la mayoría de comunidades autónomas. El déficit en recursos humanos afecta, también, otras profesiones sanitarias como enfermería y auxiliares de clínica.

Tanto el crecimiento como el envejecimiento de la población afectan inevitablemente

la demografía profesional y una mayor demanda de servicios sanitarios. Se incrementan las necesidades asistenciales y el grado de dependencia debido al aumento de la población mayor de 65 años en España, lo que no sólo conlleva un aumento en el gasto sanitario sino también en la necesidad de profesionales.

Prosigue la tendencia al envejecimiento de la plantilla médica, también influido por una oferta "rígida", tanto académica como laboral.

Fruto de ello y al igual que en el resto de niveles asistenciales, no es inhabitual en los SME de comunidades cercanas el no contar con facultativos para cubrir dispositivos como las ambulancias medicalizadas (SVA).

Concretamente y para la CAPV, en comparecencia ante el Parlamento Vasco el Consejero de Sanidad cifró la necesidad, a corto plazo, de médicos en el ámbito de la asistencia urgente: servicios hospitalarios de urgencias, Emergencias y puntos de atención continuada (sin contar con los médicos de Atención Primaria que puedan precisarse para mantener la cobertura urgente), en 28 facultativos en el caso de la hipótesis de crecimiento moderado y de 40 médicos en el supuesto expansivo⁴⁸.

2. Por el momento no existe una Especialidad de Medicina de Urgencias. Dicha carencia además de suponer una dificultad para la formación y acreditación de médicos en técnicas, conocimientos y habilidades propios de la asistencia urgente, resulta un hándicap para que médicos recién licenciados y que van a comenzar el sistema MIR de formación especializada, contemplen la Medicina de Urgencias como una alternativa laboral futura.
3. Los profesionales de enfermería están asumiendo nuevos roles hasta ahora no explorados, en el ámbito de la asistencia urgente. En la mayoría de las comunidades autónomas (CCAA) del Estado se han

puesto en marcha ambulancias con enfermería (SVE) lideradas por enfermería.

En nuestra comunidad, en la actualidad hay 10 ambulancias lideradas por personal de enfermería, cuya cartera de servicios entra dentro de las competencias de enfermería y cuentan con el apoyo telefónico, si lo precisan, de los médicos coordinadores.

Además, en las salas de los centros de coordinación es ya habitual encontrar profesionales de enfermería que aportan sus conocimientos y habilidades en el campo de la regulación y coordinación⁴⁹. Este modelo de enfermera que da respuesta telefónica mediante consejo sanitario y que tría las llamadas asignando la respuesta más adecuada es común en el mundo anglosajón.

Emergencias de Osakidetza hace ya dos años incorporó enfermería a sus centros de coordinación. En ellos desarrollan funciones de apoyo telefónico a las ambulancias de soporte vital básico y de gestión de los traslados interhospitalarios asistidos que se dan en la CAPV.

En este nuevo marco hay que entender, asimismo, las experiencias que se están llevando en centros de Atención Primaria de la CAPV para la gestión de la demanda urgente e indemorable por parte de la enfermería.

4. Recientemente se ha regulado la categoría profesional de Técnico en Emergencias Sanitarias (TES), como una formación profesional. El decreto que desarrolla la cualificación profesional estipula su programa de formación teórico-práctica, las horas de formación precisas, las funciones a desarrollar en las ambulancias de asistencia urgente y, por último, las técnicas para las que estarán acreditados⁵⁰.

En la actualidad, queda por legislar el reglamento que, realizado por cada comunidad autónoma, permita el inicio de la formación reglada así como el reconocimiento de los

profesionales que ya están desarrollando dichas tareas.

Parece, por otro lado, evidente que es necesario tanto desde el punto de vista de gestión de personas como para conseguir una elevada calidad asistencial, que los profesionales que trabajan o van a trabajar en el ámbito de la urgencia posean conocimientos específicos y desarrollen habilidades propias de la asistencia urgente. Resulta necesario, en este sentido, regularizar la acreditación profesional de dichos profesionales.

El objetivo es doble: Prestar la asistencia con criterios clínicos de alta calidad y facilitar la consolidación de plantillas y el arraigo de las personas en unos puestos de trabajo que se desarrollan en condiciones horarias, turnos y carga de trabajo penosas.

El mantenimiento de dispositivos accesibles las 24 horas del día y los 365 días al año, hace de los SUH, Emergencias y PAC destinos poco apreciados entre profesionales cuya formación especializada no coincide, inicialmente, con la tarea que llevan a cabo. El progresivo envejecimiento de las plantillas de los servicios citados de nuestra red, provoca además la fuga de profesionales hacia ámbitos aparentemente más relajados y con una menor o nula carga de trabajo nocturno o en días festivos.

De ahí que la formación especializada ligada a mapas competenciales y perfiles profesionales sea una evidente necesidad de nuestro entorno.

Pero además de la capacitación, se deben contemplar los cambios que se están dando en el ejercicio de las profesiones sanitarias y que inciden en la organización de las personas y de las estructuras que forman parte del sistema sanitario:

- Es esporádico el ejercicio profesional sanitario autónomo, siendo el trabajo en equipo la norma.
- La capacidad de resolución y la asignación de funciones de las categorías profesionales ha dejado de ser una verdad absoluta.

- La seguridad y calidad de las actuaciones realizadas son valores contemplados por los profesionales en su quehacer diario.

En relación con ese nuevo marco relacional y de compromiso con el paciente Oriol i Bosch y De Oleza⁵¹, proponen modificaciones en las organizaciones y en sus profesionales. Así, las organizaciones sanitarias deben poner en marcha proyectos orientados a:

- Favorecer el trabajo en equipos organizativamente flexibles, que permitan la adecuación a las necesidades del entorno, liderados por profesionales médicos y de enfermería.
- Desarrollar las relaciones de competencias exclusivas, compartidas y delegadas, en un contexto de división funcional del trabajo, que tengan en cuenta los diferentes niveles de responsabilidad de cada profesional.
- Priorizar la seguridad y calidad de las actuaciones a partir de la acreditación de la competencia profesional, proceso que hay que diferenciar del de titulación académica.
- Considerar los aspectos relacionados con la suficiencia de los recursos y las condiciones organizativas que deben posibilitar un ejercicio profesional de calidad.

En cuanto a los profesionales, señalar que es necesario trabajar aspectos de tipo relacional y actitudinal. Debe coincidir el sistema de valores de los pacientes con el de los profesionales para, sin dejar de lado la importancia del acto técnico, enfatizar en aspectos como el trato y comunicación adecuados. Una actitud empática que huya de un abordaje deshumanizado y técnico, favorece la escucha y el intercambio efectivo de comunicación que precisa el paciente.

Los profesionales de la salud deben adaptarse a este nuevo modelo relacional entendiendo al paciente de manera holística, comprendiendo sus problemas físicos, emocionales y

sociales, su pasado y su futuro y el entorno en el que vive. Sin esta perspectiva global es fácil desconocer aspectos importantes de la salud que parecen no encajar en las distintas categorías de la enfermedad.

Este planteamiento, común a todas las profesiones sanitarias, no es ajeno al mundo de la asistencia urgente. El generar confianza y seguridad así como el abordar al paciente y no a la enfermedad en aquellos pacientes que, objetiva o subjetivamente, perciben su enfermedad como urgente resulta primordial.

Otras categorías profesionales

En otras comunidades de nuestro entorno se han desarrollado figuras profesionales nuevas para dar respuesta a la asistencia urgente.

Así en el Reino Unido, de acuerdo a la línea estratégica de su plan de reforma de la asistencia urgente, que abogaba por la búsqueda del profesional adecuado en el lugar adecuado, rompiendo las barreras que representaban las categorías profesionales y especialidades clásicas, se puso en marcha la categoría de "*Emergency care practitioner*"⁵². Se trata de enfermeras o paramédicos con una formación adicional de 2 años en conocimientos y técnicas de urgencias.

El objetivo de su creación era aumentar el repertorio de respuestas posibles de los paramédicos que iban en las ambulancias, permitiendo la toma de decisión de tratar o no al paciente antes de ser trasladado, evitando el traslado al hospital si éste no es necesario y de esta forma disminuir la presión en los SUH y el tiempo de demora asistencial en Atención Primaria⁵³.

Su eficacia en cuanto a menor porcentaje de traslados a los SUH y menor número de ingresos en 28 días, ha sido comprobada en estudios de comparación de muestras atendidas por ECP frente a no atendidas por ECP⁵⁴. No obstante, diferentes autores refieren que es un modelo que precisa de la colaboración de otras instancias de la urgencia, consiguiendo entonces mejores resultados⁵⁵⁻⁵⁶.

Por último, señalar que se trata de una alternativa asistencial satisfactoria para los pacientes^{53,54,57} y que resulta coste-efectiva⁵⁸.

4.1.2.4. Telemedicina

El ejercicio de la medicina a distancia no es una modalidad de prestación nueva. Inicialmente mediante la telefonía y progresivamente mediante el envío de imágenes y bioseñales por línea telefónica o radiofrecuencia, la telemedicina ha formado parte del arsenal diagnóstico sobre todo en comunidades en las que la distancia geográfica así lo aconsejaba, como en aquellas actividades en las que los centros diagnósticos de referencia no eran accesibles, como por ejemplo en aviones o barcos.

Posteriormente, la entrada en escena de Internet aporta un canal ágil y generalizado en cuanto a su distribución, que permite el envío y recepción de voz, datos e imágenes. De forma paralela la comunicación "sin hilos", como la que permite el funcionamiento de la telefonía móvil o bien sistemas de comunicación digital como el estándar TETRA, se expanden por todos los ámbitos de la sociedad de la comunicación.

Las aportaciones de la telemedicina son varias, pero la principal es la de disminuir en gran parte, sobre todo en las sociedades occidentales, los espacios de inequidad en cuanto a asistencia sanitaria. La interconexión entre centros de salud de poblaciones geográficamente distantes de su Hospital de referencia, con el citado centro sanitario o con un centro coordinador de urgencias es un hecho ya testado.

Así en comunidades autónomas como Andalucía, que presenta una elevada dispersión de su población, permite compartir imágenes (radiología básicamente), bioseñales como el electrocardiograma o bien cifras de parámetros clínicos para, finalmente, tomar conjuntamente decisiones asistenciales.

El acceso a la información sanitaria sobre el historial del paciente a través de una red de datos propia del servicio de salud es un hecho

en los centros coordinadores de Emergencias de Osakidetza. Los médicos coordinadores pueden acceder a los sistemas de información de Atención Primaria (Osabide) o bien al Multiclinic en el que se encuentran los registros hospitalarios de la CAPV.

Para la toma de una decisión segura en el corto espacio de tiempo que dura una llamada telefónica, habitual actividad realizada por los médicos coordinadores de Emergencias, se precisa de el apoyo de herramientas como dichos accesos que permiten conocer datos del paciente en cuestión y así disminuir, en parte, el riesgo de una toma de decisión errónea.

Pero además de la progresiva implantación de estas pasarelas de información, el futuro de la telemedicina en la asistencia urgente está ligado, entre otros aspectos, al desarrollo de la historia clínica única que permita una continuidad de cuidados efectiva.

La conceptualización de la asistencia urgente como un proceso, necesita de un sistema de información único que garantice la continuidad asistencial sin fuga de datos, sin repetición innecesaria de exploraciones, sin iguales preguntas realizadas reiteradamente al paciente y aportando seguridad tanto para el paciente como para los profesionales.

En este sentido, se está trabajando en varias comunidades autónomas incluida la CAPV, para la extensión a todos los niveles asistenciales de una única historia clínica por paciente.

Su existencia permitiría que el flujo del paciente por el proceso asistencia urgente, independientemente de la puerta de entrada (Atención Primaria, PAC, Emergencias o SUH) sea más ágil y que la información que se vaya incorporando en los primeros subprocesos alimente el sistema de registro del proveedor final.

En este sentido, la CAPV se ha dotado de un sistema de comunicación TETRA que permite el envío de voz y datos y que es compartido por los centros coordinadores de Emergencias, las ambulancias gestionadas desde dichos centros, los médicos de asistencia urgente

a domicilio de determinadas comarcas de Atención Primaria, los servicios de urgencias de todos los hospitales de agudos y la UCI del Hospital Donostia.

Este elemento compartido de comunicación no sólo favorece la gestión de la asistencia diaria, sino que por el contacto directo desde los centros coordinadores con los hospitales permite el abordaje ágil y facilitado de los posibles incidentes de múltiples víctimas que se puedan dar en nuestra comunidad, integrando la respuesta asistencial extra e intrahospitalaria.

La posibilidad de transmisión de datos a través del citado sistema TETRA permitiría ser utilizada para el envío de los datos que constituyan una futura historia clínica única y compartida entre los recursos asistenciales de urgencias. Este desarrollo, si bien empleando tecnología GPRS y GPS, se ha testado con éxito permitiendo el envío de voz e imágenes desde las ambulancias hasta los centros de coordinación y urgencias hospitalarias⁵⁹.

Las actuales tecnologías de la información y las comunicaciones, en resumen, ofrecen posibilidades sin precedentes para mejorar la circulación de la información médica a un costo asumible, en beneficio de la continuidad, la seguridad y el aprendizaje.

Por último, señalar que Internet se puede convertir en una importante fuente de consejos de salud complementando e incluso evitando la búsqueda del consejo de los profesionales sanitarios, ya que pone directamente los conocimientos al alcance de la población.

4.1.2.5. Organización

El modelo asistencial actual de la mayoría de las comunidades del entorno y de la CAPV presenta un escollo importante en su aspecto organizativo. No se ha conseguido una coordinación real y efectiva entre los diferentes niveles asistenciales, ni entre el entorno social y sanitario. Si bien se han realizado experiencias aisladas, con niveles de éxito variados, no se ha encontrado un modelo que demostrara

su eficacia permita su generalización al resto de sistemas sanitarios.

La coordinación entre niveles o bien, tal y como se apunta en una interpretación más global que incluye a pacientes, profesionales y organizaciones, la integración asistencial, resulta cada vez más necesaria por varias razones. Entre ellas se encuentran: la necesidad de garantizar la continuidad; el cambio de perfil epidemiológico de enfermedades agudas a patologías crónicas; el aumento de la comorbilidad; las prestaciones y posibilidades de las nuevas tecnologías; el desarrollo espontáneo, más o menos informal, de redes de pacientes, profesionales y/u organizaciones; la presión social a favor de un uso más libre de los niveles asistenciales y de la segunda opinión; etc.⁶⁰.

Las organizaciones de servicios que ofrecen servicio a la ciudadanía, no pueden exigirle a ésta el conocimiento de los recursos asistenciales y de sus prestaciones. Sin embargo, el sistema sanitario si puede trabajar en dinámicas de integración, de tal forma que cuando el acceso del ciudadano se de por la puerta de entrada que sea, el sistema debe ser capaz de dar una respuesta adecuada mediante medidas organizativas y con la información común como eje de la resolución.

Los intentos que se han realizado de coordinación entre niveles en la Unión Europea, se pueden clasificar según su enfoque en:

1. *Con mecanismos de mercado*: Experiencia desarrollada en el Reino Unido, donde a los médicos generalistas (*funholders*) se les asignaba un presupuesto, convirtiéndose en compradores de servicios sin perder su condición de proveedores.
2. *Con mecanismos jerárquicos*: Desarrollado en Italia, consistía en asignar a los médicos generales responsabilidades en el ámbito sociosanitario, mediante el establecimiento de protocolos de actuación ante supuestos sociosanitarios.
3. *Con redes*. Promueve el poder de coordinación de las redes de médicos generales locales, de forma que las agrupaciones de

estos profesionales ofrecen servicios sanitarios y sociales a la población atendida.

Siendo el objetivo fundamental de este tipo de integración-coordinación el mantenimiento de la continuidad asistencial, se han puesto en marcha diferentes experiencias en el entorno próximo. La mayoría de ellas han sido lideradas desde centros hospitalarios, como son las del Hospital del Rocío y el Hospital de Valme, ambos en Sevilla, el Hospital 12 de Octubre de Madrid y el Hospital San Juan de Dios de Aljarafe. También se han liderado experiencias desde fuera de la atención especializada como el GAMIC (Grupo para la Asistencia Médica Integrada y Continua de Cádiz)⁶¹.

Nuestra comunidad no es ajena a este tipo de filosofía. Se encuentra en marcha un proyecto de coordinación AP-AE, como línea de trabajo derivada del objetivo de mejora de la calidad del proceso asistencial incluida en el Plan Estratégico de Osakidetza⁶². Entre sus objetivos se encuentran:

- Potenciar la utilización de la historia clínica compartida y establecer circuitos de comunicación entre AP y AE.
- Mejorar la comunicación entre ambos niveles, mediante la potenciación de plataformas de gestión del conocimiento, plataformas colaborativas, empleando las nuevas tecnologías de la información y comunicación.

Mediante metodología de proceso se han identificado las interfases AP-AE y se ha visualizado el proceso como una dinámica que empieza con el paciente en Atención Primaria y finaliza de nuevo en AP, tras haber pasado por atención especializada.

También se ha trabajado en filosofía de proceso como aval de la continuidad asistencial en Andalucía, donde se definieron los Procesos asistenciales integrados. El abordaje se realiza mediante la definición de 59 procesos referidos a patologías concretas, como por ejemplo artroplastia de cadera, dolor abdominal o IAM con elevación del ST. En cada uno de ellos, grupos de trabajo han definido

la misión del proceso, así como las tareas y los profesionales que deben realizarlas, así como los criterios de calidad exigibles. Se definen, en este sentido, independientemente de la puerta de entrada del ciudadano al sistema, incluyendo la Atención Primaria, el sistema de emergencia (EPES) o bien el propio servicio de urgencias hospitalario.

El modelo de proceso asistencial específico se ha trabajado en nuestra comunidad, en dos cuadros concretos ambos tiempo-dependientes, como son el Síndrome coronario con elevación del segmento ST (SCACEST) y el Código Ictus.

La filosofía de la gestión por procesos parece claramente adecuada para el objetivo de garantizar la continuidad asistencial. Una red asistencial formada por organizaciones complejas en sí mismas, como son las sanitarias, donde el número de actores es importante y, finalmente, donde la información no fluya de forma ágil y adecuada, va a generar que el paciente circule por la red con frecuentes soluciones de continuidad en forma de demoras, pruebas complementarias repetidas, omisiones, etc.

En este sentido, la gestión por procesos aporta las siguientes ventajas:

- La definición del proceso ha de estar siempre orientada a las necesidades y expectativas del cliente del proceso, desplegando sus valores a lo largo del proceso.
- En la estabilización y seguimiento del proceso debe participar el cliente, por lo que, en el caso de la asistencia sanitaria, se fomenta la participación de la ciudadanía.
- Permite desplegar los objetivos de la organización, en este caso del sistema sanitario, a lo largo del proceso.
- Exige la coordinación entre servicios y profesionales, identificando los puntos críticos, las interfases entre subprocesos, consensuando características de calidad de dicha interacción.
- Garantiza la política de mejora continua al incluir indicadores de proceso, así como

elementos de medida en las interfases, habitualmente puntos críticos donde se dan las mayores disfunciones.

Finalmente, señalar que la mayoría de las organizaciones de servicios de Osakidetza emplean la gestión por procesos como herramienta de gestión.

4.2. REFLEXIONES DEL GRUPO DE EXPERTOS

Como conocedores de la asistencia urgente en la CAPV, desde el enfoque que cada uno de los participantes aporta al desarrollar su actividad laboral en un determinado nivel asistencial, se inició un proceso de reflexión sobre dicho tema que comenzó por la elaboración de un análisis DAFO. (Anexo 1).

Posteriormente se planteó qué criterios debía cumplir la asistencia urgente en nuestro medio. En definitiva, "¿cómo pensamos que debe ser la asistencia urgente?".

La respuesta a dicha pregunta es que la asistencia urgente:

1. Debe planificarse y realizarse con criterios de sostenibilidad (eficiencia y dotación adecuada).
2. Debe actuar con eficacia (agilidad, optimización, resoluntividad...), garantizando la asistencia a la urgencia y a la emergencia.
3. Debe diseñarse asegurando su orientación a la ciudadanía como receptora del servicio.
4. Debe ser accesible.
5. Debe ser integral y potenciar la continuidad asistencial como forma idónea de funcionamiento.
6. Debe ser equitativa pero con criterios discriminadores del grado de urgencia.
7. Debe contar con los profesionales adecuados y acreditados.
8. Debe ser planificada: Recogiendo la misión y los objetivos de la atención urgente.

Conforme a dichos valores y de acuerdo con las conclusiones surgidas del DAFO, se desarrollaron a continuación los objetivos y sus posibles líneas de actuación.

1. Sostenibilidad:

1.1. Trabajar el autocuidado:

- Realizar campañas de información sobre el propio cuidado y autoayuda.
- Implementar y fomentar la utilización de teléfonos de información sanitaria.
- Potenciar la formación en autocuidado (talleres, cursos, herramientas Web, etc.).
- Fomentar el conocimiento y aplicación de la prevención de riesgos laborales.
- Fomentar el conocimiento y aplicación de la prevención de riesgos en el hogar y en la vía pública orientado a personas mayores y sus cuidadores.
- Desarrollar y difundir herramientas que ayuden a la toma de decisión sanitaria.
- Diseñar y extender a la CAPV, programas de enfermería y autocuidado.

1.2. Recursos, estructura y organización adecuadas:

- Evitar la coincidencia de dos o más dispositivos del mismo nivel asistencial en tiempo y lugar.
- Dimensionar correctamente los dispositivos y recursos conforme a un estudio de actividad (por dispositivos y comarcas/centros) y un análisis de riesgos previsible.

1.3. Potenciar la regulación de flujos asistenciales:

- Desarrollar una campaña informativa sobre la existencia y la cartera de servicios de los teléfonos reguladores.
- Desarrollar y difundir herramientas que ayuden a la toma de decisión sobre el

nivel asistencial al que se debe acudir: Auto-triaje (Web, PDA...).

- Definir el proceso "urgencias".

1.4. Desarrollar alternativas a la Hospitalización y a la asistencia en los SUH:

- Potenciar programas de seguimiento de los pacientes crónicos y ancianos.
- Poner en marcha herramientas enfocados a aumentar el empoderamiento del paciente crónico y del anciano.
- Garantizar la cobertura sanitaria de los centros sociosanitarios y residencias de ancianos, valorando la posibilidad de medidas normativas que avalen dicha cobertura.
- Continuar y potenciar los programas de hospitalización a domicilio:
- Potenciar los programas de apoyo social a personas ancianas con problemas agudos de salud en domicilio o con estancias temporales en centros sociosanitarios.
- Potenciar la coordinación que posibilite el ingreso directo desde el domicilio, sin pasar por el SUH, del paciente crónico que precise la aplicación de un nivel de cuidados sanitarios superiores a los aplicables en Atención Primaria.

1.5. Agendas de AP. Gestión adecuada:

- Gestionar las agendas de Atención Primaria de forma flexible, permitiendo los refuerzos en dichas agendas.
- Disponibilidad de acceso telefónico rápido del paciente con patología crónica a su médico o enfermera referente de Atención Primaria ante dudas sobre cambios en sus condiciones de salud.

1.6. Implementar mejoras en la gestión de servicios sanitarios:

- Fomentar la participación de los profesionales sanitarios en la gestión.

- Establecer la carrera profesional de gestión.
- Crear la figura del líder-gestor de caso sanitario al que pueda acudir el paciente crónico, con comorbilidad para resolver sus problemas de forma holística.

2. Eficacia:

2.1. Garantizar un medio de transmisión de datos que permita el flujo de información entre centros y recursos móviles.

- Definir, desarrollar y generalizar el uso de la Historia Clínica única.
- Integrar los diferentes programas empleados en los niveles asistenciales.
- Consensuar un desarrollo informático útil para el episodio de atención urgente y compatible para todos los niveles asistenciales.
- Garantizar que las voluntades anticipadas o decisiones adoptadas sobre medidas extraordinarias o ingresos hospitalarios acordadas con pacientes y/o familiares queden recogidas de forma clara en la historia clínica.
- Seleccionar adecuadamente los pacientes a los que se dirijan los nuevos programas o modelos asistenciales.

2.2. Generalizar el conocimiento del modelo asistencial urgente.

- Diseñar y difundir campañas de información a la ciudadanía, sobre el modelo y sobre sus prestaciones y características.
- Definición de proceso urgencias.
- Diseñar y difundir campañas de información a los profesionales del Sistema sanitario, sobre el proceso urgencias.

2.3. Extensión del sistema de gestión de la calidad a los PAC.

- Definir indicadores de calidad para los PAC.

- Dentro del Proceso Urgencias, definir el subproceso PAC.

- Incluir a los usuarios de los PAC en las encuestas corporativas de satisfacción del paciente.

2.4. Potenciar la formación en materia de urgencias.

- Establecer la cartera de servicios de los dispositivos asistenciales.
- Diseñar mapa de competencias y habilidades de sus profesionales.
- Garantizar la formación inicial y continuada de los profesionales implicados.
- Potenciar el desarrollo de la Especialidad de Medicina de Urgencias.

2.5. Evitar políticas de clientelismo de los SUH.

- Potenciar el indicador cualitativo versus cuantitativo.
- Desarrollar protocolos entre el SUH con los servicios del Hospital y consultas externas, que eviten el paso por el SUH de lo no urgente.
- Potenciar la adecuación del nivel asistencial.

2.6. Adecuar la respuesta a la patología.

- Implementar en todos los niveles asistenciales un sistema de clasificación (triaje) único y común, que indique a la ciudadanía cual es el nivel asistencial óptimo para su demanda asistencial. "En el lugar adecuado, en el momento preciso y por la persona formada".

3. Orientación al ciudadano:

3.1. Facilitar la toma de decisiones razonada de la ciudadanía.

- Diseñar y extender una campaña informativa que dé a conocer los dispositivos asistenciales: cartera de servicios, localización, horario.
- Desarrollar y difundir herramientas que ayuden a la toma de decisión sobre el

nivel asistencial al que se debe acudir: Auto-triage (Web, PDA...).

3.2. Potenciar la participación de la ciudadanía en la planificación de la asistencia urgente.

- Establecer canales de participación en la elaboración de un posible plan específico de urgencias y emergencias.
- Contar con usuarios en la definición y estabilización del proceso urgencias.

3.3. Evitar la poliatención urgente.

- Desarrollar líneas “específicas” para el apoyo domiciliario a pacientes crónicos: diabéticos, asmáticos, cardiopatas, etc.
- Extender el modelo de hospitalización a domicilio.

3.4. Tratar aspectos sociales en circuitos socio-sanitarios.

- Definir las interacciones entre el proceso urgencias y el proceso socio-sanitario.
- Desarrollar y consensuar protocolos que garanticen la continuidad asistencial y de cuidados entre los dos ámbitos.
- Aumentar el conocimiento de dichos circuitos por profesionales.
- Implementar teléfonos y circuitos de ayuda socio-sanitaria (24 x 365).
- Dotar de recursos asistenciales a los centros sociosanitarios que eviten los traslados innecesarios a los SUH.
- Crear áreas en los servicios de urgencias (unidades de observación o de corta estancia) en los que se pueda realizar valoración integral del paciente, fundamentalmente del anciano frágil y orientarlo al nivel asistencial sanitario, social o sociosanitario que requiera.

4. Accesibilidad:

4.1. Aumentar el horario asistencial.

- Garantizar el objetivo de mantener el 80% de los centros de Atención Primaria abiertos hasta las 20:00 horas.

4.2. Potenciar la figura del primer respondiente.

- Generalizar la formación de los cuerpos policiales y bomberos en técnicas de resucitación cardiopulmonar y empleo del desfibrilador semiautomático.

4.3. Garantizar respuesta en tiempos máximos, según nivel de urgencia.

- Desarrollo legislativo de estándares de respuesta asistencial en todos los dispositivos que prestan asistencia urgente.

4.4. Potenciar vías de comunicación alternativas.

- Extender el modelo de centro receptor de llamadas (*Call-center*) en Atención Primaria.
- Garantizar la accesibilidad telefónica al personal sanitario, como por ejemplo los facultativos de Atención Primaria.
- Ampliar los canales de comunicación a nuevas formas de interconexión: empleo de mensajería (SMS), herramientas Web 2.0, etc.

5. Integralidad y continuidad asistencial:

5.1. Organizar la asistencia con formato de proceso.

- Definición y estabilización del Proceso Asistencia Urgente.

5.2. Potenciar habilidades y conocimientos para que el ciudadano sea el primer respondiente dentro de la cadena asistencial.

- Incluir la formación en RCP, de forma reglada, en el ámbito escolar.

- Desarrollar campañas de información sobre la cadena asistencial y el papel de la ciudadanía en ella.
 - Implementar campañas de formación en materias como RCP y empleo de DEA en poblaciones diana.
- 5.3. Categorizar las tareas a realizar por cada nivel asistencial y por cada categoría profesional.
- Desarrollar la cartera de servicios “asistencial” por dispositivo.
 - Potenciar el triaje en todos los subprocesos del proceso asistencia urgente.
 - Desarrollar el catálogo de funciones por categorías.
- 5.4. Gestionar de forma adecuada los circuitos entre Atención Primaria (AP), atención especializada (AE) y atención sociosanitaria.
- Definir e implementar los circuitos AP-AE para los pacientes que precisen asistencia urgente (inmediata), así como para quien precisa consulta por especialista con carácter “urgente” (<48 horas).
 - Facilitar la realización de citas en AP desde el SUH o Emergencias, para aquellos pacientes que precisen control por su médico de familia.
 - Definir las interacciones entre el proceso urgencias y el proceso socio-sanitario.
 - Desarrollar y consensuar protocolos que garanticen la continuidad asistencial y de cuidados entre los dos ámbitos.
- 5.5. Aumentar el conocimiento de los dispositivos de urgencias entre los profesionales de la urgencia.
- Fomentar el desarrollo de trabajos, protocolos, investigaciones conjuntas entre profesionales de diferentes niveles asistenciales.
 - Potenciar la rotación de profesionales entre los diferentes dispositivos de asistencia urgente.
- 5.6. Garantizar el flujo de información en torno al paciente.
- Definir e implantar un Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de la asistencia urgente.
 - Definir, desarrollar y generalizar el uso de la Historia Clínica única.
 - Reflejar claramente en la historia clínica si se han realizado acuerdos respecto a limitación de esfuerzo terapéutico con el paciente y/o familia.
- 6. Equidad pero con criterios discriminadores grado urgencia:**
- 6.1. Potenciar el acceso de recursos de atención urgente a toda la CAPV.
- Aumentar el número de helisuperficies en la CAPV.
- 6.2. Potenciar el triaje como mecanismo clasificador que decida lugar de asistencia y orden de asistencia.
- Informar a la ciudadanía de la existencia de centros reguladores y de su forma de acceso telefónico.
 - Informar a la ciudadanía de la necesidad de clasificar y tratar conforme a la prioridad asistencial.
 - Definir herramienta única de triaje para todos los dispositivos: CC, AP, PAC y SUH.
 - Desarrollar planes funcionales para recepcionar y clasificar a los pacientes.
- 7. Con los profesionales acreditados y adecuados:**
- 7.1. Valoración interna (desde Osakidetza hacia los dispositivos de asistencia urgente).
- Definición e implantación de una carrera profesional realmente discriminadora.
- 7.2. Gestión adecuada y planificada de recursos humanos.
- Contemplar factores como la edad de los profesionales y el relevo generacional.

- Adecuar puestos, tareas y horarios a dicho factor.
 - Potenciar la conciliación de la vida familiar de los profesionales.
- 7.3. Hacer atractivo trabajar en Urgencias, potenciando la estabilidad laboral de sus profesionales.
- 7.4. Potenciar la acreditación y formación continuada de los profesionales en las nuevas necesidades asistenciales de la población (anciano frágil).
- 7.5. Estudiar el desarrollo de figuras profesionales “nuevas”.
- 7.6. Evaluar la participación de los farmacéuticos/farmacias en la asistencia urgente. Basada en guías clínicas y ayuda en la toma de decisiones, mediante el consejo u orientación farmacéutica, y el triaje.
- 7.7. Evitar la variabilidad asistencial.
- Potenciar el trabajar según Guías de Práctica Clínica.
 - Garantizar formación en materia de urgencias y emergencias.
- 8. Planificación. Asistencia coordinada, organizada e integral:**
- 8.1. Definición del papel de los PAC y dar a conocer su cartera de servicios a la población y a los profesionales del sistema sanitario.
- 8.2. Evitar el “secuestro” de pacientes por los niveles/facultativos/servicios.
- Potenciar el trabajar según Guías de Práctica Clínica.
- 8.3. Establecer una cartera de servicios clara, de cada dispositivo, acreditándolos según su cartera y resultados.
- 8.4. Orientar asistencia hacia procesos integrales horizontales.
- Definición y estabilización del Proceso Asistencia Urgente.
 - Potenciar y continuar con la definición y estabilización de procesos asistenciales concretos (IMV, Código ictus, SCACEST, Asma, TCE, etc.).
- 8.5. Definir el papel de AP respecto a la asistencia urgente e informar a la ciudadanía de sus prestaciones en dicha materia.
- 8.6. Agilizar paso de pacientes por los SUH.
- Asignar médico de referencia en el Hospital a los poliusuarios y reingresadores.
 - Evitar el paso por los SUH de los pacientes con necesidades de cuidados subagudos o situaciones de terminalidad, gestionando el ingreso directo desde el propio domicilio por su médico de Atención Primaria.
 - Evitar o agilizar el paso por los SUH de pacientes con situaciones de emergencia diagnosticadas en las que está protocolizada la aplicación del tratamiento en otro Servicio.

4.3. ANÁLISIS DE ALTERNATIVAS EN LA ASISTENCIA URGENTE

4.3.1. Intervenciones sobre la demanda

4.3.1.1. Autocuidado y empoderamiento

La implicación de los pacientes en su propio cuidado de salud es una estrategia coherente con el modelo de paciente actual: informado, formado y capaz de tomar decisiones. Pero en la relación médico-paciente esta implicación no siempre es posible por lo que para fomentar ese autocuidado como hábito de la ciudadanía se trabaja, desde hace unos años, en aumentar el empoderamiento del paciente.

El empoderamiento puede ser definido desde varios contextos. Así desde el punto de vista de la psicología social y en cuanto al

desarrollo individual, el empoderamiento se refiere a la capacidad de las personas para tener control sobre sus propias vidas⁶³. Mediante el empoderamiento el paciente se hace cargo de su propia salud y sus interacciones con los profesionales de la salud. La potenciación, en este sentido, podría manifestarse a través del propio autocuidado o de la libre elección de los servicios que desee. Los pacientes son considerados como agentes activos⁶⁴ siendo libres de tomar decisiones. Asociados a dicha libertad para tomar decisiones están los conceptos de responsabilidad y rendición de cuentas.

Sin embargo, la población no puede darse el empoderamiento a sí misma, por ello los profesionales de la salud deben trabajar con la ciudadanía potenciando dicha valor. Esto supone una redistribución del poder entre los pacientes y los profesionales de la salud, con pacientes que participan en la toma de decisiones sobre su propio cuidado.

Es en el contexto de pacientes crónicos y del envejecimiento, ámbitos en los que la estrategia de actuación gira alrededor del cuidar más que del curar, donde las intervenciones orientadas a potenciar el autocuidado, a asegurar el empoderamiento del propio paciente o a crear redes de apoyo socio-sanitarias que garanticen una continuidad en su cuidado, donde más proyectos se están desarrollando.

Las intervenciones son variadas e incluyen: educación para el control de su propia enfermedad, apoyo telefónico de enfermería, visita domiciliaria programada de gestores de caso, empleo de telemedicina, equipos de apoyo, grupos de apoyo y formación a cuidadores, etc.

Los grupos diana en los que se han implementado este tipo de proyectos pueden ser bien en pacientes crónicos, de forma genérica, o bien en grupos de pacientes con determinadas enfermedades crónicas con técnicas más específicas y relacionadas con la patología implicada.

Foster *et al.*⁶⁵, señalan la existencia en la población general de 19 enfermedades sensibles

a tratamiento ambulatorio y que, según los autores, si son abordadas mediante cuidados efectivos en el medio extrahospitalario se reducirían las tasas de hospitalización y, por tanto, de frecuentación de los SUH.

Los resultados de las intervenciones son variados. En general, los trabajos realizados con la finalidad de fomentar el autocuidado señalan obtener una mejora en dicho parámetro^{66,67}. En cuanto a si las intervenciones consiguen disminuir las asistencias en los SUH, intervenciones orientadas a pacientes crónicos y ancianos, no delimitados a patologías concretas, no parecen disminuir las asistencias en los SUH^{68,69}.

En el primer estudio aleatorio de casos-contróles que analiza el efecto de un programa de gestión de casos con intervención en el domicilio del paciente que integra los servicios de Atención Primaria y de geriatría hospitalaria ha demostrado ser útil en la reducción de las visitas al SUH sin hospitalización posterior, así como en calidad de atención médica recibida (continuidad de cuidados, uso adecuado de fármacos y cuidados paliativos), salud general, vitalidad, funcionamiento social y salud mental. No hay diferencias en las escalas de actividades de vida diaria, ni en la mortalidad ni en el número de hospitalizaciones y de estancias hospitalarias⁷⁰.

Kennedy *et al.*⁷¹, sin embargo, mediante la programación de visitas grupales en pacientes crónicos, encuentran una disminución significativa, tanto en las asistencias al servicio de urgencias, como en el uso de cualquier servicio del Hospital.

Gravelle *et al.*⁷², analizan la implantación del programa "evercare", que había demostrado efectividad en cuanto a disminución del uso de urgencias hospitalarias en USA, mediante un estudio pre y posterior en el Reino Unido. En su medio, los citados autores no comprueban dicha disminución de las asistencias en los SUH del entorno.

Experiencias más concretas como el seguimiento al alta desde los SUH, también han arrojado resultados pobres y poco concluyentes.

Mistiaen y Poot⁷³ en revisión sistemática de los estudios realizados al respecto, concluyen en que la mayoría son de baja calidad y que si bien encuentran estudios con resultados positivos (aminoración del uso de los SUH), en la mayoría los resultados de los grupos de intervención son similares a los de los grupos control, no pareciendo, concluyen, que sea una medida efectiva.

Hastings y Heflin⁷⁴ en revisiones sistemáticas realizadas, asimismo sobre el seguimiento al alta como forma de apoyo a los pacientes crónicos, concluyen asimismo en la escasa evidencia que el análisis de los estudios aporta.

Cuando las intervenciones se realizan desde el ámbito de la Atención Primaria mediante gestión de caso, consejo geriátrico, etc., McCusker y Verdon⁷⁵, refieren una disminución de las visitas al SUH que, sin embargo, no se comprueba cuando la intervención se lidera desde el propio Hospital.

Sin embargo, parece ser que cuando se llevan a cabo intervenciones específicas sobre poblaciones con determinadas patologías, los resultados son positivos tanto en cuanto al manejo de la enfermedad como en la disminución de las reagudizaciones y en ese sentido, en el menor uso de los SUH e ingresos hospitalarios.

En este sentido, en el apoyo a pacientes asmáticos Sin *et al.*⁷⁶, llevan a cabo un programa en el que mediante seguimiento telefónico se potencia el seguimiento terapéutico, así como el mantenimiento de las visitas programadas. Comparando dos muestras, una sometida a intervención y la segunda como grupo control, concluyen en una mejoría en el control de los síntomas. Dicha mejoría, sin embargo, desaparece a los 12 meses de la intervención.

En cuanto a los pacientes bronquíticos crónicos (BNCO) Wong *et al.*⁷⁷, con seguimiento telefónico de apoyo y Roberts *et al.*⁷⁸, con una línea telefónica accesible las 24 horas y gestionada por enfermeras, concluyen en una mejoría en parámetros clínicos así como en el número de visitas a los SUH.

La eficacia en pacientes bronquíticos viene avalada por revisión sistemática de literatura realizada por Adams *et al.*⁷⁹, quien analiza la eficacia del “modelo de cuidados crónicos” en dichos pacientes, concluyendo que los pacientes con BNCO que reciben dos o más componentes del modelo de cuidados tienen menores tasas de hospitalización, así como de visitas a los SUH, que los pacientes de los grupos control.

De acuerdo con estos resultados, Parè *et al.*⁸⁰, tras un proyecto de telemonitorización en pacientes crónicos, concluyen que la mejor respuesta la obtienen en pacientes bronquíticos y cardiopatas, frente a la diabetes o a la hipertensión arterial. Dicha mejor respuesta se objetiva, entre otros aspectos, en una menor asistencia a los servicios de urgencias y una menor tasa de ingresos.

En cuanto a las intervenciones llevadas a cabo para aumentar el empoderamiento de los pacientes crónicos, señalar por último, el trabajo realizado por el NHS Direct⁸¹ en el que mediante grupos focales se analiza el papel que desempeña, en cuanto al empoderamiento, una plataforma telefónica reguladora de flujos y que administra consejo telefónico. Los resultados de dicho análisis son que permite y capacita para el autocuidado del paciente, así como para su acceso a los servicios de salud. Además, refieren los participantes en los grupos que de alguna forma el contacto con dicho centro autoriza a la asistencia a otros centros, ya que de alguna forma su posterior petición se encuentra legitimada por el NHS Direct. Por último, recoge el trabajo que este tipo de centros de coordinación aportan los valores que potencian el empoderamiento: tiempo, escucha, información y apoyo.

4.3.1.2. Información-educación

En una revisión Cochrane⁸² llegaron a la conclusión de que los medios masivos de comunicación pueden tener un impacto sobre la utilización de los servicios sanitarios, si bien las limitaciones de los estudios primarios y la información incompleta no permitían

establecer conclusiones firmes acerca de las características de las campañas exitosas. La duración de los efectos observados, además, resulta incierta toda vez que los estudios analizados no realizaban un seguimiento adecuado para la obtención de conclusiones.

En relación con el uso adecuado de la asistencia urgente, Rector *et al.*⁸³, tras una intervención en la que se alentaba al empleo de alternativas a los SUH como la consulta del médico de familia, asistencia telefónica durante las 24 horas por enfermería y el auto-cuidado, concluyen que si bien las visitas al SUH disminuyeron en los hogares que recibieron la campaña, ésta no fue significativa.

4.3.2. Intervenciones sobre la oferta

4.3.2.1. Acceso al cuidado urgente por teléfono

La prestación de asistencia sanitaria mediante el teléfono como forma de relación médico-paciente se ha venido realizando desde mediados del siglo pasado. Es a finales del siglo XX, cuando en las sociedades occidentales de forma generalizada se establecen y se ponen a disposición de la comunidad teléfonos específicos para la gestión de la asistencia urgente. En el estado español, por ejemplo, es en los años 90 cuando se extiende el modelo de un teléfono de tres o nueve cifras, según cada comunidad autónoma, para facilitar la accesibilidad de la ciudadanía a dicha asistencia.

Dicha asistencia puede adquirir en nuestro medio y en las comunidades y países que nos rodean diferentes formas asistenciales. Sin embargo, los objetivos de dichas plataformas de recepción de llamadas y de gestión de respuestas son comunes:

- Prestar asistencia directa mediante consultoría médica en aquellos centros que cuentan con médicos en plantilla, o bien consejo sanitario llevado a cabo generalmente por enfermería en países como Reino Unido, Holanda, Suecia, etc.

- Realizar un triaje telefónico que identifique y priorice la necesidad asistencial, asignando un determinado tipo de respuesta sanitaria:

- Regulación de flujos: Indicando al paciente cual es la puerta de entrada al sistema más adecuada para su patología.
- Gestionando una respuesta directa que, conforme a la necesidad relatada, adquiere un grado mayor o menor de especialización y un tiempo de respuesta adecuados.

Los cambios tecnológicos y socioculturales han hecho de la telefonía, más desde la entrada en el mercado de la telefonía móvil, una herramienta de comunicación accesible y generalizada que ha favorecido la interrelación, no sólo entre particulares sino también entre los usuarios de servicios y sus proveedores.

Dicha accesibilidad se ve potenciada, en el caso de la prestación de asistencia urgente, por elementos favorecedores como es el empleo de números telefónicos de tres dígitos de fácil memorización y desplegados con campañas comunicacionales generalizadas, y por la gratuidad de la citada conexión que evita inequidades en el acceso y en la prestación de ayuda urgente o emergente.

Es por ello, que se trata de una herramienta cuya utilización esté en constante aumento, no sólo en nuestra Comunidad sino también en nuestro entorno y cuya accesibilidad, efectividad, y seguridad debe ser evaluada.

1. Accesibilidad

La revisión de la literatura realizada se refiere generalmente al servicio del NHS Direct establecido en todo el Reino Unido y que ofrece a lo largo de las 24 horas del día un servicio orientado a ayudar a las personas que contactan a tratar ellas mismas sus problemas, cuando esto es viable, a reducir las consultas innecesarias a otros proveedores y a triar la patología urgente derivando al ciudadano hacia los servicios de emergencia⁸⁴.

La accesibilidad a los centros de atención telefónica puede estar condicionada por el desconocimiento del número de acceso, así como por problemas idiomáticos, más frecuentes en la población inmigrante, o por el condicionante de los pacientes con discapacidad auditiva. Se ha argumentado, en este sentido que los pacientes menores de cinco años, las minorías étnicas y la población de estatus socio-económico bajo, infrutilizan el servicio.^{85,86}

Se ha comprobado, asimismo, una relación entre la pobreza y el uso de los teléfonos centralizados. Así, Burt *et al.*⁸⁷, analizaron los contactos con el NHS Direct en una área desfavorecida de Londres y el análisis de 76.000 llamadas reveló que se daba un aumento de llamadas conforme al aumento en los niveles de pobreza, pero en los niveles extremos de pobreza la tasa de llamadas disminuía. Por otra parte, Cooper *et al.*⁸⁸, constatan que el aumento se mantiene incluso en las áreas geográficas de elevado nivel pobreza, si bien para las atenciones pediátricas (menores de 4 años) se mantiene la infrutilización asociada a niveles altos de pobreza, sugiriendo como en el estudio anterior una relación no lineal entre ambas variables.

2. Efectividad en la gestión de recursos sanitarios

Los efectos de la consulta telefónica llevada a cabo por diferentes profesionales fueron analizados por Bunn *et al.*⁸⁹ (2005), en una revisión sistemática que concluye que la consulta telefónica parece reducir el número de contactos con los médicos de cabecera y las visitas a los médicos de cabecera fuera del horario de la Atención Primaria, pero no parece ser eficaz en disminuir las visitas a los servicios de urgencia hospitalarios (SUH). Asimismo, concluye que no queda claro si sólo retrasa las visitas para otro momento posterior.

Similares hallazgos se han reportado en un estudio que comparaba usuarios del servicio de urgencias hospitalario que habían utilizado el servicio Health Direct en Australia con respecto a quienes no habían llamado a dicho

centro⁹⁰, en un estudio piloto del servicio neozelandés Healthline⁹¹ y en un análisis sobre el impacto del NHS Direct en la utilización de servicios sanitarios.^{92,93}

Sin embargo, hay experiencias que concluyen en una relación entre el triaje telefónico y una disminución del uso de servicios sanitarios.

Así, Jiwa *et al.*⁹⁴ describen que la consulta telefónica con los médicos de cabecera (GP) consigue disminuir las peticiones de consulta, señalando una disminución en sus series del 39%, siendo una alternativa aceptada por los pacientes que llaman buscando cita para el mismo día.

Stacey *et al.*⁹⁵, en una revisión sistemática y análisis de los centros de respuesta telefónica de Canadá, señalan que la implantación de este tipo de programas reduce el número de visitas inmediatas al médico, así como las asistencias en los servicios de urgencia hospitalarios y las hospitalizaciones; siendo una actividad coste-efectiva.

Experiencias de nuestra comunidad también concluyen en la eficacia del triaje telefónico. Así Fernández *et al.*⁹⁶, sobre una muestra de 2.560 llamadas de pacientes en edad pediátrica atendidas por pediatras, señalan una capacidad de resolución telefónica del 82% y una disminución en el número de asistencias en el servicio de urgencias ligado a dicho triaje. Cifras menores de resolución (50%), también para la edad pediátrica, señalan Keatinge *et al.*⁹⁷, en Australia, en un análisis descriptivo de un servicio gestionado por enfermería.

En el ámbito asimismo de la pediatría y con respecto al NHS Direct, se comprueba un menor porcentaje de ingresos entre los pacientes referidos al SUH por parte de la citada plataforma y aquellos que acudieron por iniciativa propia⁹⁸.

Con respecto a la movilización de ambulancias Dale *et al.*⁹⁹, demostraron que la gestión telefónica de las llamadas etiquetadas como "Categoría C" (baja prioridad) por enfermeras, era capaz de identificar pacientes que no

precisaban ser trasladados a los SUH evitando movilizaciones innecesarias.

Leibowitz, *et al.*¹⁰⁰, concluyen finalmente que el rápido crecimiento del triaje telefónico y de los servicios de consulta parecen tener la ventaja de disminuir la sobrecarga asistencial, sustituyendo la consulta presencial con el consejo telefónico y, consecuentemente, reduciendo costos.

3. Acuerdo/seguimiento con el consejo telefónico

Resulta necesario conocer qué grado de aceptación y seguimiento muestra la comunidad que contacta con un centro coordinador, con el consejo aportado desde éste.

Diferentes autores han explorado este concepto y se constata que el grado de adherencia al consejo oscila según el tipo de respuesta realizada. Así, la respuesta que más seguimiento recibe es la indicación de acudir a un SUH, mientras que la menos aceptada es aquella en la que se refiere al paciente a la consulta de su médico.^{101,102} Marklund *et al.*¹⁰³, difieren en sus resultados señalando un seguimiento de la respuesta del 100% para la remisión al SUH, un 91,1% para el consejo de acudir a la consulta de su médico y, por último, un 81,3% de acuerdo para la respuesta en la que se ayuda al paciente en su autocuidado.

4. Seguridad

En cuanto a la seguridad de esta práctica, revisiones sistemáticas^{89,95} señalan que la consulta telefónica es segura y que consigue niveles de satisfacción similares a la consulta cara a cara.

Kempe *et al.*¹⁰⁴, analizando una serie de 32.968 llamadas pediátricas comprueban la no existencia de fallecimientos en el plazo de una semana desde la llamada. Asimismo, refiere una tasa de infraremisión al SUH de un 0,2%, estando ésta relacionada con la edad del paciente (< 6 semanas y >12 años) y con la hora del día en la que se recibe la llamada (después de las 23:00 horas).

No obstante, nos encontramos ante una forma de práctica médica escasamente legislada,

con un elevado riesgo médico-legal por las características que rodean al acto como son: el desconocimiento de los interlocutores, la comunicación telefónica que no permite evaluar componentes no verbales, la necesidad de toma de decisiones en tiempos cortos, etc.

En este sentido, diferentes autores han evaluado aspectos profesionales y organizativos implicados en esta tarea y que tienen relación con los resultados. Así y en relación con el tipo de profesionales que atienden los teléfonos de triaje Kempe *et al.*¹⁰⁵, en un estudio multicéntrico aleatorizado concluyen que las llamadas etiquetadas como urgentes por enfermeras y remitidas a médicos para un segundo triaje, tenían menores tasas de visitas de urgencia que aquellas gestionadas únicamente por enfermería. En este sentido, Giesen *et al.*¹⁰⁶, evalúan a enfermeras mediante llamadas simuladas, obteniendo una sensibilidad y especificidad en la valoración del grado de urgencia de 76% y 95% respectivamente y un valor predictivo positivo de 83% y negativo de 93%. Ante dichos datos concluyen los autores que sería recomendable un segundo chequeo por médicos entrenados. Hildebrandt¹⁰⁷ en evaluación realizada con revisores externos concluye asimismo en la necesidad de la gestión de las llamadas por personal médico.

La variabilidad en la toma de decisiones que se da ante escenarios clínicos (llamadas) similares, representa una falla en la seguridad de la respuesta asignada. O’Cathain *et al.*¹⁰⁸, en estudio realizado con enfermeras del NHS Direct, mediante casos simulados, consigue un nivel de acuerdo bajo entre las participantes. Esta discrepancia se relaciona, según Greatbatch *et al.*¹⁰⁹, con una utilización sesgada del sistema de respuesta informático, adaptándolo a los conocimientos y experiencias propios del usuario.

5. Satisfacción del usuario

El grado de satisfacción de los usuarios con este tipo de servicios es alto^{89,95}. De forma habitual el grado de satisfacción con el consejo telefónico es menor al tratamiento en el

centro o al de la visita domiciliaria, excepto cuando el motivo de la llamada es solicitar propiamente una consulta sanitaria.¹¹⁰⁻¹¹²

O’Cathain *et al.*⁸¹, han sugerido tras un extenso estudio cualitativo que el acceso telefónico aporta importantes beneficios para los pacientes que precisan consultar problemas urgentes. Dicho estudio concluye en que los usuarios de la plataforma NHS Direct consideran que el servicio les aporta tiempo, respeto, escucha y apoyo. Perciben, además, que pueden ponerse en contacto con dicho servicio sin temor de que su llamada sea considerada como “inadecuada” (sensación que es percibida en otros centros asistenciales) y que además de alguna forma legítima la siguiente toma de contacto con otros dispositivos. Recogen, por último, que los pacientes utilizan el servicio al sentirse cuidados, sobre todo en situaciones de ansiedad y dolor.

Car *et al.*¹¹³ realizan una revisión sistemática, recogiendo como conclusiones que las principales ventajas de la consulta telefónica para el paciente son la agilidad, accesibilidad, comodidad y bajo coste, siendo un servicio que genera una elevada satisfacción en sus usuarios, estando éstos dispuestos a continuar utilizándolo. Señala, también como aspecto positivo, que las posibilidades de la consulta telefónica es amplia: facilitar intervenciones de promoción de la salud, triaje, regular accesos y distribuir cuidados a pacientes crónicos, etc.

4.3.2.2. Centros de atención urgente extrahospitalarios

4.3.2.2.1. Puntos de atención continuada (PAC)

Se trata de una alternativa que ya en los años 70 se puso en marcha en el Estado español. A través de los Servicios de Urgencias, inicialmente denominados Servicios Ordinarios de Urgencias y posteriormente Servicio Especial de Urgencias, primero a las poblaciones de mayor población de cada territorio y más tarde, con la extensión del modelo a localidades cabeceras de comarca, se dotó de estructura y profesionales para atender las demandas

asistenciales de urgencia en los horarios en los que la Atención Primaria no prestaba servicio.

Es en 1994, cuando en nuestra Comunidad dichos centros pasan a depender de Atención Primaria y reciben el nombre de **Punto de Atención Continuada (PAC)**. Siendo éste el modelo que se generaliza en la mayoría de las comunidades autónomas del entorno.

Los PAC se constituyen en un centro sanitario de fácil accesibilidad, con atención sin cita previa y capacitado para atender patologías leves-moderadas, que carecen de la posibilidad de realizar pruebas complementarias: radiología, analítica, etc. En su dotación profesional se encuentra personal médico y de enfermería, así como profesionales con tareas administrativas.

No se encuentran, lamentablemente, en la literatura científica muchos estudios que hablen de la eficacia, seguridad, satisfacción de los pacientes y coste-efectividad de los puntos de atención continuada. Algunos autores le atribuyen una reducción del uso no urgente del SUH al asumir la patología banal, si bien consideran que se da un aumento de la utilización, pero sin conseguir reducir las urgencias hospitalarias¹¹⁴. Se han testado experiencias como la ubicación de los PAC en la puerta de Hospitales o cercanos a ellos, consiguiendo una disminución en el número de urgencias atendidas en los SUH cercanos.¹¹⁵

Recientemente, Gallardo¹¹⁶ analiza el impacto de la puesta en marcha de un PAC en la utilización del SUH de referencia y concluye que no se detectó que dicha implementación ejerciera un efecto significativo e independiente sobre la frecuencia de uso inadecuado del SUH. No obstante, señala la existencia de una disminución significativa de las demandas asistenciales por propia iniciativa observadas en el periodo de estudio.

Se han realizado, en general con un efecto interesante respecto a la disminución de la presión asistencial en el SUH implicado, experiencias de ubicación de PAC en la propia

puerta del SUH o bien en colindantes a dicho servicio. van Uden *et al.*¹¹⁷ comparan dos PAC uno ubicado a distancia del Hospital y el segundo ubicado en la puerta del Hospital de Maastricht (Países Bajos). Este último consigue una disminución de la frecuentación del SUH, de carácter significativo, optimizando de esta forma su función de “*gatekeeper*” del sistema. En nuestra comunidad experiencias similares como la desarrollada al ubicar el PAC de Arrasate-Mondragón en la puerta del Hospital Alto Deba, consiguieron disminuir de forma ostensible la frecuentación del SUH de dicho Hospital.

El despliegue de este tipo de dispositivos ha generado un cierto malestar entre sus profesionales, común asimismo a los profesionales que ejercen en nuestra comunidad y relacionado con la falta de definición teórica o práctica del lugar que ocupan estos centros en el sistema asistencial¹¹⁸.

En nuestro medio la asignación de los PAC a la Atención Primaria no parece haber logrado una integración eficaz de dichos dispositivos, existiendo carencias en lo relativo a gestión de la información asistencial que asegure una correcta continuidad asistencial, así como en otros aspectos de planificación, organizativos y de gestión de personas.

Este enfoque de “isleta asistencial” aislada ha sido corroborado por autores¹¹⁹ que en estudio realizado mediante cuestionario a proveedores de salud que trabajaban en el entorno de *walk-in centres*, concluyen que este tipo de dispositivos no tenían una especial repercusión en su carga de trabajo, no conocían su cartera de servicios y el grado de comunicación con sus profesionales era pobre.

4.3.2.2.2 Walk in Centre

Este modelo de acercamiento de la asistencia a la ciudadanía, ubicando centros asistenciales en el ámbito urbano de forma más o menos centralizada en cada comarca, se ha visto replicada en la reforma que el *Health Nacional Service* inglés ha realizado en la atención urgente y entre cuyas líneas de trabajo se encontraba la implantación de los denominados

Walk-in centre en las principales ciudades de Inglaterra. Se ponen en marcha el año 2000 y en la actualidad hay 93 centros, liderados por personal de enfermería.

Su dotación está orientada a la atención de procesos leves, estando accesible sin cita previa las 24 horas del día, liberando a la Atención Primaria de la atención a dichos casos y colaborando en la reducción de los tiempos de espera en Atención Primaria, que normativamente en el Reino Unido no puede superar las 48 horas.

Asimismo, la literatura recoge experiencias similares en los Estados Unidos y en Canadá si bien, a diferencia de los *Walk-in centre*, están atendidos por personal médico.

En una revisión de la literatura sobre los *Walk-in centre* (W-IC), Salisbury y Munro¹²⁰ señalan que se trata de dispositivos empleados por población en edad laboral en horarios en los que otros centros asistenciales están cerrados. Atienden principalmente patología médica leve y trauma leve, siendo la conveniencia y la disponibilidad, evitando largos tiempos de espera en un SUH, los principales motivos de su elección como fuente de asistencia.

Jackson *et al.*¹²¹ señalan que además este tipo de dispositivos proporcionan una alternativa asistencial conforme a un “correcto” uso de los servicios sanitarios evitando la sensación de culpabilidad de la ciudadanía que busca una asistencia cualificada y rápida.

En un estudio observacional que comparó el abordaje de casos simulados por parte de profesionales de *Walk-in centres*, profesionales del NHS Direct y médicos generales, Grant *et al.*¹²² concluyen que la gestión del caso por los profesionales de los W-IC era equivalente e incluso mejor que la proporcionada por los médicos generales, no habiendo diferencias con respecto a los profesionales del NHS-Direct.

Entrando entre los objetivos de estos dispositivos el disminuir la afluencia de pacientes tanto a la Atención Primaria como a los SUH, resulta preciso analizar cual es la eficacia

respecto a dicha estrategia. Chalder *et al.*¹²³ examinan en un análisis de series la repercusión de la implantación de los W-IC en el carga de trabajo de otros dispositivos asistenciales. Si bien refieren una disminución en el uso de los SUH y de los médicos generales en las zonas cercanas al W-IC, dicha diferencia no es significativa. Hsu *et al.*¹²⁴ coinciden con la ausencia de impacto en la demanda sobre el SUH en un estudio observacional realizado antes y después de la implantación del *walk-in centre*.

En cuanto a la satisfacción de los usuarios con este tipo de dispositivos, Hutchison, *et al.*¹²⁵ compara muestras de pacientes atendidos por médico de familia, W-IC y SUH, en Ontario. Los resultados señalan que con los médicos de familia la satisfacción es superior en valores como el trato personal y el tiempo de espera. En todos los ítems explorados el W-IC se percibía de forma más positiva que la asistencia en los SUH incluidos.

4.3.2.2.3. Minor Injury Units

Otra forma asistencial extendida en el Reino Unido y con una cartera de servicios ligeramente diferenciada de la de un PAC de nuestro entorno y de los W-IC, son los "*Minor Injuries Units*" (MIU), centros de atención a patología accidental menor. Incluye su cartera de servicios el tratamiento sin cita previa de heridas, esguinces, quemaduras leves y fracturas de huesos. En la actualidad hay 225 unidades disponibles y están atendidos por personal de enfermería.

Lattimer *et al.*¹²⁶ reflexionan acerca del coste-efectividad del mantenimiento de dichos centros en aquellas ubicaciones cercanas a hospitales y sobre el efecto de atracción que pueden ejercer sobre pacientes que podrían haber solucionado el problema por sí mismos, en su domicilio. Señalan, además, que existe incertidumbre acerca de si estas unidades al igual que los W-IC deben ser totalmente dirigidos por una enfermera.

A este respecto, Sakr *et al.*¹²⁷ en un estudio de antes-después, comparan la asistencia prestada por un MIU gestionado por enfermería y un SUH atendido por profesionales de medicina.

Los cuidados de enfermería resultaron tan seguros y correctos como los llevados a cabo en el SUH, siendo los costes similares.

La principal aportación de los MIU dentro del sistema de emergencias, consiste en ser centro de traslado de ambulancias que, en ausencia de dichos centros, transportarían a pacientes con traumas leves a los SUH. Snooks *et al.*¹²⁸ en un ensayo aleatorizado controlado con dos compañías de ambulancias, concluyen en una alta satisfacción de los pacientes trasladados al MIU, disminuyendo los tiempos de ocupación de las ambulancias y los tiempos de estancia en la unidad. Si bien, refieren las dotaciones de las ambulancias problemas a la hora de convencer a los pacientes de no ser evacuados a centros hospitalarios¹²⁹.

4.3.2.2.4. Centro de urgencias extrahospitalario

Si bien por el momento no se han publicado trabajos sobre su eficacia, debemos nombrar la experiencia piloto puesta en marcha por el Servicio de Urgencias de Madrid (SUMMA 112) en El Molar. Se trata del denominado CUE (Centro de Urgencias Extrahospitalario), que se define como centro monográfico de atención a la urgencia y emergencia, con posibilidades diagnósticas amplias y en conexión directa con los servicios de admisión de los hospitales, ya que el paciente allí atendido tendría dos salidas, una volver a su domicilio y la otra ingreso directo en el hospital, ya que se encuentra diagnosticado y tratado y por tanto no es preciso su paso por la urgencia del hospital.

4.3.2.3. Intervenciones en los servicios de urgencias hospitalarios

4.3.2.3.1. Unidades de corta estancia

Se trata de una alternativa a la hospitalización ya extendida en los hospitales de nuestro entorno, siendo áreas de hospitalización que dependen de los SUH con funcionamiento las 24 horas del día y en las que se ingresan un determinado grupo de patologías, conforme a criterios estrictos de ingreso, siendo la

estancia no superior a los 2-3 días. Son áreas que permiten la concentración de la actividad y los recursos de atención urgente minimizan la interacción disruptiva con otros servicios del hospital.

Daly *et al.*¹³⁰ en una revisión sistemática orientada a conocer la eficiencia de dichas unidades y la calidad del servicio prestado concluyen en que las unidades de corta estancia aumentan la satisfacción del paciente, reduce la duración del ingreso, aporta eficiencia al funcionamiento del SUH del que dependen y resultan coste-efectivos.

Duaso *et al.*¹⁰ recomiendan estas unidades como punto de puesta en marcha de un protocolo de identificación e intervención interdisciplinar sobre el anciano frágil a partir del cual se le pueda ubicar en el nivel asistencial o servicio hospitalario más adecuado.

González *et al.*¹³¹ analizan una amplia serie de 10.942 pacientes ingresados en un área de corta estancia y el estudio descriptivo que llevan a cabo, muestra los siguientes resultados: La edad media de los pacientes ingresados es de 78,8 años, siendo el 62,5% mujeres. Los motivos más frecuentes de ingreso en la unidad fueron: la reagudización de procesos crónicos (insuficiencia cardiaca y enfermedad pulmonar obstructiva crónica), las infecciones (respiratorias y de tracto urinario), el síncope, las arritmias, la diarrea, la hemorragia digestiva y la obstrucción intestinal. La estancia media se cifró en 1,9 días, siendo el destino final más frecuente el alta a domicilio (89,7%), con una tasa de mortalidad del 0,14% y una tasa de reingresos del 3,7%. Concluyen los autores en que se trata de una alternativa segura y con un elevado potencial resolutor.

4.3.2.3.2. Unidades de observación

Si bien se trata de una alternativa ya consolidada en los Hospitales occidentales, aún persiste la confusión respecto a la terminología (unidades de admisión, unidades de tratamiento, etc.), siendo en nuestro medio la nomenclatura de "Unidades de observación" la habitualmente adoptada.

Se diferencia de las unidades de corta estancia en que está orientada a un ingreso no mayor de 24 horas, compartiendo con dichas unidades la necesidad del cumplimiento estricto de criterios de ingreso.

Cooke *et al.*¹³² realizan una revisión orientada a evaluar la funcionalidad en términos de organización, criterios de admisión y coste-efectividad y concluyen en que el éxito de este tipo de áreas depende de una gestión proactiva, con implicación de los profesionales de más experiencia y con criterios estrictos de admisión. Refieren un claro efecto positivo sobre la satisfacción y seguridad así como una reducción significativa del tiempo global de estancia, si bien recogen que de su análisis no se puede concluir que sea una alternativa coste-efectiva.

Ross *et al.*¹³³ observan la eficacia de la estancia de pacientes mayores en observación, ejerciendo una acción protectora sobre el retorno al SUH y por ende constituye una acción preventiva sobre la aparición de efectos adversos.

4.3.2.3.3. Áreas de visita rápida

La filosofía que guía la puesta en marcha las áreas de visita rápida ("*fast tracks*") es la de asegurar que ciertos grupos de pacientes son atendidos en el menor tiempo posible, evitando esperas prolongadas para los pacientes que acuden por cuadros leves. La clave de este sistema es que el paciente con condiciones no urgentes sea tratado en esta área por personal capacitado para decidir altas.

Para ello se disponen de salas incluidas en el SUH donde se atienden a los pacientes triados como de baja gravedad, de forma que tras una consulta ágil más similar a la realizada en Atención Primaria, con un uso de exploraciones complementarias limitado se puedan dar altas rápidas.

Su puesta en marcha no ha estado exenta de críticas, siendo calificada como una decisión gestora carente de justificación científica, que puede generar una baja satisfacción laboral en los profesionales participantes y que

puede hacer retrasar el abordaje de otros casos¹³⁴.

Cooke *et al.*¹³⁵ concluyen que se trata, sin embargo, de una intervención que puede tener beneficios para el paciente siempre que se use de manera flexible en situaciones en las que se hayan alcanzado los umbrales de demanda predefinidos.

La revisión sistemática realizada por Cooke *et al.*¹³⁵ concluye que aún cuando la mayoría de los estudios analizados presentaban limitaciones importantes, todos ellos demostraban una mejoría en los tiempos de espera. Además, señala que ninguno de ellos mostró efectos adversos. Consideran, sin embargo, que una posible desventaja de la puesta en marcha de este tipo de sistemas es que se dé un aumento de la asistencia derivada de la accesibilidad y agilidad conseguidas.

Posteriormente estudios han descrito este aumento de la frecuentación apuntado previamente, si bien señalan que se acompaña de una mejora en la satisfacción y es, además, una intervención coste-efectiva.^{136, 137}

Señalar, por último, que estas unidades han mostrado disminuir el porcentaje de pacientes que abandonan el SUH sin ser vistos y, por otra parte, no conllevan un detrimento de la calidad técnica dispensada¹³⁸.

4.3.2.3.4. Derivación sin visita ("*Triage out*")

De acuerdo con la filosofía de triar y decidir cual es el lugar, el momento y el profesional más adecuado para la asistencia, se ha investigado sobre la posibilidad de derivar desde la urgencia hospitalaria a otros ámbitos asistenciales, aquellas patologías banales que se beneficiarían de dicha derivación, consiguiendo además una menor presión en los SUH.

Se trata de una medida cuestionada desde el punto de vista ético, pareciendo aceptable su aplicación cuando se proponga al paciente una alternativa eficaz, accesible, viable y conocida por éste. Además, debería llegarse a una resolución consensuada entre el paciente y el profesional que propone la alternativa.

Aspectos éticos aparte, la literatura revisada señala que se trata de una práctica segura¹³⁹. Diesburg-Stanwood *et al.*¹⁴⁰ realizan un seguimiento de los pacientes remitidos a los servicios comunitarios a las 72 horas de la derivación, valorando su estado de salud y si acudió a los dispositivos referidos. Señalan que el 55% de los pacientes habían mejorado, siendo un 6% los pacientes que referían empeoramiento. La mayoría de los pacientes no habían acudido al servicio al que se les había remitido, siendo un 40% los que sí lo hicieron.

Miró *et al.*¹⁴¹ plantearon un estudio en el que participaron dos Hospitales que remitían a los pacientes con motivo de consulta banal, tras el acuerdo con el propio usuario, uno de ellos a un PAC colindante con el SUH mientras que el segundo Hospital lo hacía a un centro de Atención Primaria distante. En cuanto a los resultados, 3 de cada 4 pacientes derivados acudían al centro al que se les remitía, retornando al SUH un 1,3% de dichos pacientes. Preciso ingreso el 0,17% de las derivaciones realizadas y los pacientes que mostraban tasas de conformidad bajas (41%) con la propuesta, tras la experiencia confirmaron en un elevado porcentaje (93%) que volvería a aceptarla. Con respecto al centro de remisión, la satisfacción es mayor en el modelo en el que el centro externo dependía del propio hospital.

Esta intervención precisa obviamente un triaje seguro y eficaz aplicado por profesionales entrenados en su aplicación y con demostradas habilidades de comunicación. Gómez-Jiménez *et al.*¹⁴² realizan un estudio descriptivo prospectivo en el que según la clasificación de los pacientes triados en un SUH (25.319 pacientes) señala que el 81,04% de dicha muestra podría ser derivado a un PAC (atención continuada sin posibilidad de exploraciones complementarias) de forma segura.

Cooke *et al.*¹³⁵ concluyen tras su revisión sistemática de los trabajos relacionados con el "*Triage out*" que aún cuando no encuentra estudios prospectivos que serían necesarios, el análisis realizado muestra que un 15% a 27% de los pacientes presentados en un SUH

pueden ser derivados a otros centros, con una nivel de insatisfacción menor del 2%.

4.3.2.3.5. Hospitalización a domicilio

Las unidades de Hospitalización a Domicilio (uHaD) son, hoy en día, una alternativa asistencial que proporciona tratamientos y cuidados de rango hospitalario en el domicilio del enfermo, considerándose a todos los efectos a estos enfermos como ingresados en el hospital. Su cartera de servicios se extiende a pacientes que, de otra manera, hubieran precisado ingreso para el control y tratamiento de su patología.

El perfil del paciente incluido en esta alternativa a la hospitalización tradicional es muy variado. Sus usuarios proceden de las más variadas especialidades y si bien el devenir de este modelo ha deparado una mayoría de pacientes con patologías crónicas y enfermos terminales que precisan de los oportunos cuidados paliativos, también se incluyen patologías agudas, crónicas reagudizadas, postquirúrgicas, traumatológicas que, hasta su puesta en marcha, precisaban de ingreso hospitalario.

Se trata de una alternativa que concuerda con estrategias del Plan Nacional de Cuidados Paliativos, aprobado en 2000 y que subraya la importancia de la hospitalización domiciliaria para los pacientes terminales, permitiendo afrontar sus últimos días en el entorno familiar, el más idóneo.

Tradicionalmente estos servicios no dependen del SUH sino que son un servicio más del hospital. Su papel dentro del subsistema de la atención urgente parece estar relacionado con ser una alternativa de ingreso desde el SUH¹⁴³ facilitando el drenaje del paciente de éste.

No se ha evidenciado en la literatura una menor afluencia a los SUH de pacientes crónicos reagudizados al estar incluidos en programas de hospitalización a domicilio. Zimmer *et al.*¹⁴⁴, sin embargo, encuentran una menor hospitalización de los pacientes terminales incluidos en el programa.

San José *et al.*¹⁴⁵ en análisis descriptivo de su experiencia en Barcelona concluyen en que la unidad de hospitalización domiciliaria facilita la coordinación entre los servicios médicos del hospital, el servicio de urgencias y la Atención Primaria. Señala, además, que los resultados obtenidos apuntan a que se trata de una opción segura con tasas de reingresos y mortalidad similar a la del ingreso convencional y con menor frecuencia de complicaciones asociados al hospitalismo como desorientación, delirium e infecciones nosocomiales. En cuanto a la satisfacción de los usuarios, señalan que se trata de una opción bien aceptada por los pacientes y su entorno familiar. No existe evidencia, sin embargo, de que sea una alternativa coste-efectiva.

4.3.2.3.6. Unidades de patologías específicas-procesos asistenciales específicos

Para aquellas patologías tiempo-dependientes como pueden ser el Síndrome coronario agudo (SCACEST) o el accidente cerebrovascular agudo se están creando bien con carácter funcional o bien estructural, unidades orientadas a aminorar los tiempos diagnósticos y terapéuticos y por tanto a mejorar el pronóstico vital y/o funcional de los pacientes.

Asimismo, se han puesto en marcha unidades de atención rápida a la fractura de cuello de fémur. Dichas unidades han conseguido disminuir los tiempos de respuesta de forma significativa frente a los recogidos antes de su implantación.^{146,147}

En cuanto a la generalización del abordaje coordinado e integral del ictus, en nuestra comunidad así como en las del entorno, el diseño de un proceso consensuado, integral e integrado ha conseguido trabajar el accidente cerebrovascular agudo como una unidad de ictus funcional, orientada en todos sus subprocesos a disminuir el tiempo de síntomas-fibrinolítico.

En todos los subprocesos que se incluyen en el procedimiento (Atención Primaria, centro coordinador de emergencias, ambulancias de soporte vital básico, SUH y unidad de ictus) se sigue un triaje continuo y ágil orientado al

traslado precoz del ictus con características isquémicas a un hospital útil y a la práctica rápida de la fibrinólisis si está indicada. Para ello, se precisa una adecuada información y un continuo entrenamiento para todos los profesionales que están incluidos en el proceso, tanto en Atención Primaria, como en los sistemas médicos de emergencia y en los hospitales¹⁴⁸. Este trabajo coordinado en un ámbito geográfico concreto consigue mejores tasas de fibrinólisis que el funcionamiento local, aislado y no coordinado¹⁴⁹.

De acuerdo con esta necesidad de red asistencial De Luca *et al.*¹⁵⁰ realizan un estudio prospectivo aleatorizado, distinguiendo entre un grupo de pacientes que son gestionados en una red extra e intrahospitalaria siguiendo el proceso del código ictus y otro grupo control que seguía las pautas anteriores a su instauración. Con muestras amplias 2.656 y 2.239 pacientes respectivamente, concluyen en la eficacia y eficiencia del proceso, mejorando los tiempos asistenciales en el cuidado del ictus.

Bragulat *et al.*¹⁵¹ señalan que la implantación de unidades estructurales de dolor torácico consigue una evidente mejora en los tiempos asistenciales del paciente.

No obstante y de forma similar al ictus, la implantación de unidades de dolor torácico precisa acompañarse de la puesta en marcha del proceso de atención al SCACEST. El abordaje integral y coordinado del dolor torácico por SCACEST ha sido testado y ampliamente extendido a lo largo del mundo. En nuestra Comunidad y en las del entorno, la procedimentación consensuada entre los niveles asistenciales y el sistema médico de emergencias ha permitido extender la fibrinólisis al lugar donde se da el dolor torácico, disminuyendo el intervalo dolor-aguja y acelerando asimismo el traslado a hospitales útiles capaces de realizar angioplastias percutáneas, cuando así está indicado.

En este esquema el principal hándicap es el tiempo que tarda el paciente en identificar sus síntomas y en comunicar con el centro

coordinador de emergencias o con otro dispositivo asistencial, siendo necesarias campañas de información y educación orientada a dar a conocer los síntomas, la importancia de un tratamiento precoz y los números de teléfonos donde llamar para obtener una respuesta rápida y coordinada.

La eficacia y seguridad de esta estrategia, en la que médicos de Atención Primaria, emergencias y cardiólogos, está ampliamente demostrada y reconocida siendo la manera más precoz de abrir arterias y de salvar miocardio, mejorando el pronóstico vital y funcional del paciente¹⁵².

En todo caso, no parece demostrarse en la literatura que este tipo de unidades de atención rápida de patologías específicas tenga algún tipo de efecto en la gestión de las salas de espera del SUH. Su aportación está más ligada al aspecto de eficacia clínica y de organización, mejorando tiempos y por tanto pronóstico gracias a un proceso sistematizado e integral, que a temas de gestión de colas o de salas de espera.

4.3.2.3.7. Triage presencial

Proceso de clasificación de los pacientes orientado a priorizar la asistencia de los pacientes más graves, antes de la aproximación diagnóstica y terapéutica. Se trata de una herramienta extendida en los SUH y de forma menos sistematizada en otros dispositivos de atención urgente prehospitalario.

Su origen radica en la necesidad de priorizar a los heridos en aquellos eventos en los que se generaba gran número de heridos (guerras, catástrofes naturales o humanas, etc.) y, en general, ante aquellas situaciones en las que la demanda asistencial superaba ampliamente los recursos asistenciales existentes.

De acuerdo con sus orígenes, el triaje también es aplicado por los sistemas médicos de emergencias al abordar los incidentes de múltiples víctimas. Sin embargo, el enfoque de este triaje de emergencia que está orientado a salvar al máximo número de heridos, con un enfoque al colectivo y no al individuo, es

radicalmente diferente del que se lleva a cabo en la puerta de un SUH, siendo este último el que se va a analizar como alternativa organizacional de la asistencia urgente.

La seguridad de la herramienta de clasificación parece comprobada. Mahon¹⁵³ en este sentido, concluye que las escalas que clasifican en cinco niveles han demostrado su seguridad. En cuanto a los efectos que el triaje tiene sobre el tiempo de respuesta se dan resultados muy contradictorios, y Cooke *et al.*¹³⁵ señalan tras la revisión realizada, que la mayor eficacia del triaje se consigue cuando se constituye en una red de seguridad ante ocupación y saturación de las salas de espera del SUH.

4.3.2.3.8. Profesionales de Atención Primaria en SUH

Se han realizado intervenciones incluyendo médicos con formación y experiencia en Atención Primaria en las puertas de los SUH. La intención era comprobar si éstos adaptaban los esquemas diagnóstico-terapéuticos del nivel primario de atención a los pacientes que acudían a dicho servicio de urgencias. La hipótesis es que el proceso diagnóstico iba a precisar menos pruebas complementarias, gestionando de forma más eficaz y eficiente la asistencia.

En este sentido, ensayos clínicos comprueban que la inclusión de médicos generales en los SUH para el tratamiento de pacientes no urgentes frente a personal habitual, genera menos consumo de pruebas diagnósticas y consultas a especialistas, ingresando y derivando menos que sus colegas del SUH.^{154,155}

Su efecto sobre el tiempo de espera de los pacientes no ha sido confirmado. Krakau y Hassler¹⁵⁶ señalan un aumento en el tiempo de espera, así como un efecto de atracción a nuevos pacientes ante este tipo de intervenciones.

Señalar, por último, que la existencia de unidades de valoración geriátrica en los servicios de urgencias^{157,158} y la visita domiciliaria una vez dados de alta de estos servicios parece disminuir y adecuar las hospitalizaciones en ancianos frágiles¹⁵⁹.

4.3.2.4. Intervenciones en Atención Primaria

4.3.2.4.1. Mejora de la accesibilidad

Estrategia empleada de forma generalizada en nuestro medio y en el entorno más cercano y que se concreta en su aspecto estructural en la extensión del horario de los centros de salud hasta las 20:00h, en vez de hasta las 17:00h como funcionaban previamente, en aspectos organizacionales mejorando los procesos y optimizando los tiempos asistenciales, así como con la puesta en marcha de centros de llamadas que consiguen una mayor accesibilidad.

El razonamiento del uso del SUH por motivos leves argumentado por una dificultad para el acceso a la Atención Primaria ha sido estudiado por varios autores. Así, Brousseau *et al.*¹⁶⁰ identifican la dificultad para concertar cita con el proveedor primario de cuidados como un factor de riesgo para el uso de los SUH en una muestra de pacientes pediátricos.

En un estudio que compara dos muestras: una de pacientes clasificados como no urgentes y la otra etiquetada como urgentes, ambas atendidas en el SUH, Afilalo *et al.*¹⁶¹ basándose en el modelo de Andersen de búsqueda de atención sanitaria, concluyen que los no urgentes tienen múltiples razones para no buscar la ayuda en Atención Primaria siendo la falta de accesibilidad la razón más frecuentemente esgrimida.

Ragin *et al.*¹⁶² consideran tras un estudio observacional de 1.579 pacientes que la elección del SUH se trata de una elección entre proveedores guiada por la falta de acceso o insatisfacción con otras fuentes de salud.

Carret *et al.*¹⁶³ en estudio realizado en Brasil aplicando una clasificación de inadecuación, encuentran que el grupo de 15 a 49 años esgrime la falta de información sobre el lugar al que acudir y problemas para obtener cita con la Atención Primaria como causa de su asistencia "inadecuada" al SUH. En la misma línea, Han *et al.*¹⁶⁴ en estudio aleatorizado incide asimismo en que el mal uso de los SUH tiene más que ver con un pobre acceso de la ciudadanía a

Atención Primaria o con los fallos en conseguir el cuidado adecuado.

Por el contrario, existen varios estudios que señalan que los pacientes usuarios de los SUH¹⁶⁵ y sus poliusuarios¹⁶⁶ se relacionan con alto uso de otros niveles asistenciales como la Atención Primaria. Ahondando en esta idea, Carbonell *et al.*¹⁶⁷ cuando analizan qué tipo de pacientes acudían a su SUH comprobaban que pacientes que argumentaron su visita al SUH por problemas para conseguir una cita previa con su médico de cabecera hubieran ido de todos modos al SUH.

La eficacia del aumento de la accesibilidad al nivel primario como reductor de asistencias en el SUH ha sido ampliamente estudiada. Así, Franco *et al.*¹⁶⁸ encontraron una reducción significativa en las visitas a los SUH al garantizar una asistencia primaria, durante 24 horas, a una población de *Medicaid*, siendo este efecto reductor más marcado en los casos no urgentes. De manera similar, un análisis retrospectivo de pacientes pediátricos asistidos en el SUH, mostró una disminución del 24% ($p < 0,001$) para todos los casos y un descenso del 37% ($p < 0,001$) para los casos no urgentes, después de la introducción de 24 horas de acceso a Atención Primaria¹⁶⁹.

Un estudio llevado a cabo en Glasgow¹⁷⁰ mostró que la introducción de centros para atender fuera de horario, no tuvo ningún efecto sobre los números de la asistencia en el SUH, aunque sí hubo una disminución significativa en el número de los pacientes no urgentes atendidos en éste.

Sin embargo, algunos estudios han encontrado que la mejora de acceso a un médico de Atención Primaria no se asoció con una reducción en la asistencia al servicio de urgencias hospitalario¹⁷¹ o con la readmisión hospitalaria de enfermos crónicos graves¹⁷².

Por otra parte, en relación con el efecto de la accesibilidad y con la continuidad de cuidados como gestión adecuada de pacientes Lanter *et al.*¹⁷³ comprobaron que la población que no acudía a seguimiento por Atención Primaria tras haber sido asistida en el SUH

tenía más probabilidad de volver a acudir al SUH, señalando los autores que garantizar la cita en AP desde el SUH sería más efectivo que limitarse a orientar al paciente sobre dicho seguimiento.

4.3.2.4.2. Asistencia sanitaria de Atención Primaria fuera de horas

A mediados de los 80 en el Reino Unido y posteriormente en otros países de nuestro entorno como son Dinamarca, Suecia y Países Bajos, se ha ido poniendo en marcha una alternativa asistencial para los horarios de fuera de oficina de Atención Primaria. Consisten en cooperativas de médicos de Atención Primaria que realizan guardias cubriendo una zona que tiene asignada la cooperativa¹⁷⁴. En general, dicha cooperativa cuenta con un centro receptor de llamadas donde realiza el triaje telefónico personal de enfermería. Desde dicho centro se presta consejo sanitario o se decide el envío de un médico o la cita con el paciente en el propio centro.

Este modelo contrasta con los modelos de asistencia urgente a domicilio, por parte de médicos y enfermeras, del Estado español, donde son profesionales del sistema de emergencias o bien plantilla exclusiva para dicha actividad de la Atención Primaria o bien, por último, trabajadores concertados con el Departamento de Sanidad y Consumo correspondiente, quienes prestan la atención domiciliaria tras el triaje realizado en el centro coordinador.

En cuanto al impacto del modelo de cooperativas en la atención urgente, Pickin *et al.*¹⁷⁵ en un análisis antes y después de la puesta en marcha de una cooperativa, encontraron que no se encontraban cambios en el uso del SUH o en la satisfacción percibida por los usuarios. Glynn *et al.*¹⁷⁶ examinan en Irlanda la relación entre estado de salud y satisfacción con el modelo de atención urgente basado en cooperativas. El análisis de 531 cuestionarios concluye en que los pacientes con estado de salud físico y mental malo y los usuarios con elevado estatus socioeconómico muestran menor satisfacción.

En los Países Bajos este nuevo modelo en su puesta en marcha consiguió un aumento del 10% en los contactos solicitando asistencia y una disminución del 9% de asistencias a los SUH¹⁷⁷. Posteriormente y afianzado el modelo, revisiones realizadas señalan una reducción del 53% en la proporción de pacientes que usaron el SUH y una disminución del 34% de sus ingresos¹⁷⁸, atribuyendo dichos autores estos resultados al efecto de “portero” llevado a cabo por la cooperativa.

En relación con el grado de satisfacción que aporta este modelo holandés, un estudio descriptivo sobre 1.160 cuestionarios señala que son el diagnóstico, la accesibilidad telefónica y la actitud del médico asistencial los valores que generan una mejor percepción del servicio¹⁷⁹.

Los motivos que generaron la reforma de la asistencia urgente en los Países Bajos fueron el rechazo del personal facultativo a realizar más turnos de trabajo fuera de horas de oficina, además de los propios de consulta, así como el estar accesibles telefónicamente de forma continua. En un estudio antes-después de la implantación del nuevo modelo se comparó la satisfacción de los médicos que se incorporaron a éste con respecto a la previa a su puesta en marcha. La satisfacción fue mayor tras la implantación¹¹¹.

4.3.2.5. *Implementación de estándares*

La definición y medición de estándares de funcionamiento es una tarea compleja por la dificultad que entraña definir cual es el valor adecuado para una determinada variable. Esta dificultad es aún mayor cuando entran en juego valores asociadas a percepciones totalmente subjetivas. Son conceptos claramente diferenciados en cuanto a su enunciación y medición, por ejemplo, el tiempo de espera adecuado y la tasa de infecciones quirúrgicas.

Cuando además, como en el ámbito de la asistencia urgente, para un mismo indicador “tiempo de espera” entran en juego aspectos

de percepción personal y mucho más importantes, aspectos de pronóstico vital, resulta aún más complejo.

La implantación de estándares en cuanto a la organización y eficacia de la asistencia urgente, como concepto global, es una herramienta puesta en marcha en diversos países y que tiene varias repercusiones:

- Se trata de un marco de relación con los proveedores de servicios, en forma de compromisos adquiridos.
- A nivel de gestión resultan útiles para planificar estructuras, desarrollos, dimensionamientos y organización del trabajo.
- En un contexto en el que la satisfacción del usuario está íntimamente ligada a las expectativas de aquellos con respecto a un determinado servicio, el carácter público de determinados estándares de respuesta puede ayudar a orientar correctamente las expectativas del usuario informado.
- Son instrumentos de medida adecuados para conocer la eficacia del servicio prestado.
- Permiten la comparación entre proveedores de servicios similares.

Así lo han entendido los planificadores de países de nuestro entorno que, de forma global y para la asistencia urgente, han definido estándares con respecto al tiempo de respuesta de las ambulancias que acuden a atender a una situación urgente.

Sin embargo, el Reino Unido estableció estándares de demora en la atención para todos los eslabones de la cadena asistencial. De esta forma, señala¹⁸⁰:

- Contestación a las llamadas al 999 (teléfono de emergencias sanitarias): No existe un estándar nacional, pero se considera que el 95% de las llamadas debe ser contestada antes de 5 segundos¹⁸⁰.
- Contactos fuera de horario programado: La atención al paciente por parte del médico (GP) debe darse antes de 20 minutos

si es etiquetada la llamada como urgente o antes de 60 minutos en caso no etiquetado como tal.

- Teléfono de consulta – triaje (NHS-Direct): Proporciona evaluación sanitaria, aporta consejo telefónico para autocuidados y actúa como puerta de acceso a otros servicios. Sus estándares son los mismos que para el contacto con médicos fuera de horario programado.
- Servicio de urgencias hospitalario: El 98% de los pacientes tienen que ser atendidos antes de las 4 horas. Para situaciones urgentes el valor estándar baja a una hora.
- Ambulancias: El valor del estándar depende de la clasificación (prioridad) que se haya asignado a la llamada¹⁸¹:
 - Categoría A: Peligro para la vida que precisa asistencia inmediata. La respuesta inicial debe llegar antes de 8 minutos en un 75% de las situaciones y una ambulancia capaz de evacuar al paciente, cuando sea necesario, debe llegar antes de 19 minutos en el 95% de los casos.
 - Categoría B: Situación urgente en la que no pelagra la vida del paciente. La ambulancia debe llegar en menos de 14 minutos (casco urbano) o 19 minutos (ámbito rural) en el 95% de los incidentes.
 - Categoría C: Otras situaciones no urgentes. No existe un estándar nacional.
 - Fibrinólisis: Un tiempo de respuesta menor de 60 minutos desde la llamada hasta la fibrinólisis (llamada-aguja) en pacientes con cuadro de SCACEST y sin contraindicaciones. El valor marcado para las empresas de ambulancias es una mejora del 10% en el dato anual¹⁸².

Otras comunidades han descrito estándares nacionales para la respuesta de las ambulancias. Así en Estados Unidos, en el 90% de las situaciones emergentes, debe llegar un

vehículo con capacidad para realizar el transporte antes de los 8:59 minutos, en las áreas urbanas. Cuando se refiere al ámbito rural el estándar pasa a ser de 30 minutos en 90% de casos¹⁸³. En Alemania, el 90% de los recursos de soporte vital avanzado deben llegar en menos de 8 minutos, cifra que pasa a ser de 4:45 minutos (sin valor porcentual exigible) en Dinamarca mientras que en Italia, también sin porcentaje regulado, se legisla un tiempo menor de 8 minutos.

En las comunidades autónomas del estado español se manejan asimismo indicadores de tiempo de respuesta en los sistemas de emergencias y se evalúa en las encuestas de satisfacción la percepción de la demora asistencial, pero no se encuentran regulados valores para ninguno de los niveles asistenciales.

4.3.2.6. Telemedicina

El campo más estudiado en materia de telemedicina es la teleradiología. El envío de imágenes a radiólogos desde hospitales comarcales no dotados de especialista en radiología de presencia física, acelera y optimiza la eficiencia asistencial. En el ámbito de la atención urgente Benger *et al.*¹⁸⁴ y Latifi *et al.*¹⁸⁵ concluyen en la eficacia de la práctica de la teleradiología entre centros de traumatología menor (MIU) y hospitales comarcales respectivamente, con el profesional radiólogo del Hospital terciario.

Asimismo aplicaciones adaptadas a herramientas personales digitales como las PDA han demostrado mejorar la asistencia urgente. Ertl y Christ¹⁸⁶ realizan un estudio donde comparan dos grupos de paramédicos, uno de ellos con el apoyo de los algoritmos de la RCP en su PDA y el otro grupo sin dicho apoyo. La práctica de la RCP en todos sus pasos, es objetivamente mejor en el grupo que tiene la ayuda de la PDA.

La asistencia a los pacientes crónicos en su domicilio parece ser uno de los principales ámbitos de crecimiento para la telemedicina. La eficacia de estas intervenciones es discutida. Revisiones sistemáticas de literatura argumentan

factibilidad, pero falta de efectividad de las intervenciones analizadas¹⁸⁷.

Sin embargo, Noel *et al.*¹⁸⁸ concluyen en que cuando la telemedicina en el hogar de pacientes crónicos se encuentra integrada con los sistemas de información clínica del paciente, se reduce de forma significativa los días de estancia hospitalaria y disminuyen las asistencias en los SUH.

Tecnologías implementadas para la auto-monitorización del paciente en su domicilio y que incluyen una variedad de dispositivos como son medidores de glucemia, escalas de peso, medidores de Peak-Flow y tensiómetros

consiguen, en un estudio a 12 meses llevado a cabo en pacientes diabéticos, disminuir de forma significativa los ingresos hospitalarios así como las visitas a los SUH¹⁸⁹.

Se describen en la literatura diferentes opciones de apoyo: envíos de mensajería corta por teléfono móvil (SMS) recordando la toma de medicación o las citas de control, el envío de los resultados de glucemias por telefonía móvil a un centro receptor, empleo de detectores de movimiento en los ancianos para detectar caídas o inmovilidad no justificada, utilización de robótica para acompañamiento y detección de situaciones de riesgo en pacientes frágiles, etc.

5. DISCUSIÓN

¿Tenemos que adaptar el sistema de atención urgente al usuario?

La introducción de este informe se cerraba con dicha cuestión. Desde un punto de vista humanista y social la respuesta parece clara. Sí, el sistema sanitario está compuesto de organizaciones de servicios que como tales, deben estar orientadas hacia su cliente y hacia la satisfacción de sus expectativas.

Respuestas “políticamente” correctas aparte, ¿la información recabada respecto al entorno que rodea la asistencia urgente, sus características y las posibles alternativas a implementar, apoyan dicho enfoque? Del análisis de los datos obtenidos parece desprenderse que sí.

En nuestra comunidad, aproximadamente 37.000 personas son atendidas en los centros de Atención Primaria, en cada jornada de día laborable. Por su parte, 2.500 pacientes se acercan diariamente a los servicios de urgencias hospitalarios de la red pública. Por último, son 5.700 usuarios los que cada día se acercan o llaman telefónicamente a cualquiera de los dispositivos asistenciales urgentes.

Estas cifras evolucionan anualmente de forma constante con una clara tendencia alcista. El número de actos médicos en Atención Primaria ha experimentado un ascenso en el periodo 2001-2008, del 23,43%; cifra que alcanza el 80,75% cuando nos referimos a los actos de enfermería, también en Atención Primaria.

En dicho periodo las asistencias prestadas, tanto por médicos como por enfermería u otros profesionales, en el resto de dispositivos asistenciales urgentes experimentaron, asimismo, un aumento importante (PAC:+31,16%; SUH: +8,60% y Emergencias: +15,86%).

A corto y medio plazo las expectativas de presión asistencial no son similares sino superiores. Nos encontramos con un envejecimiento poblacional y con un aumento de la esperanza de vida que va a generar un mayor y diferente número de demandas sanitarias. Existe un amplio consenso en que el envejecimiento, en ausencia de otros

cambios, produce en sí mismo un aumento de la utilización de recursos sanitarios¹⁹⁰.

Por otra parte, el cambio detectado en la morbilidad, con una mayor prevalencia de enfermedades crónicas sobre las agudas, está generando en la actualidad un aumento de las personas dependientes que precisan asimismo de un creciente apoyo sociosanitario.

La demencia como enfermedad prevalente en esta población con sus especiales demandas de asistencia sanitaria y cuidados, así como la dificultad que genera en la toma de decisiones asistenciales urgentes, será otro de los factores que incrementará y complejizará la demanda de atención urgente, beneficiándose mucho estos pacientes de la coordinación e información interniveles y de la atención en el recurso sanitario o sociosanitario adecuado.

Si bien, como se abordará más tarde, el énfasis en este grupo de población se debería realizar en aspectos de prevención y en el fomento del autocuidado y empoderamiento así como en el mantenimiento de redes sociales, son frecuentes sus necesidades asistenciales bien por la propia patología crónica, por efectos secundarios de la politerapéutica a la que están sometidos e incluso por síntomas y signos mal definidos que la propia literatura médica ha señalado como causa de ingreso hospitalario o de visita en los SUH.

En definitiva, las causas y factores que condicionan el incremento de los contactos sanitarios descritos son muchas y la posibilidad de intervención sobre ellas variada. Sin embargo, esta es la demanda real a la que el sistema sanitario debe responder. La respuesta obviamente es compleja. Se deberán poner en marcha medidas de todo tipo: legales, organizativas, asistenciales, tecnológicas, financieras y, sobre todo, aquellas que afectan a los dos pilares de la relación paciente-sistema sanitario que no son otros que el propio paciente y los profesionales.

Es por ello, que la primera consideración a plantear es la necesidad de la realización de un Plan estratégico que diseñe el sistema de atención urgente en la Comunidad vasca.

Es necesario un proceso de reflexión conjunto entre todos los intervinientes en el proceso tanto del ámbito sanitario como social, los pacientes como receptores de la atención y los planificadores del sistema sanitario.

Este plan debería abordar los siguientes aspectos:

- El establecimiento de un marco normativo básico de la atención urgente, los niveles asistenciales y las áreas de responsabilidad de sus profesionales.
- La relación con la ciudadanía: poniendo las bases para su participación en el sistema, dando a conocer sus derechos y deberes, informando de la cartera de servicios de los dispositivos y de los estándares de tiempo de respuesta y en definitiva, orientando al paciente la respuesta urgente.
- La definición de un modelo integral de atención urgente. Como más adelante se ampliará, el modelo que parece más adecuado es el proceso integral, como garantía de continuidad asistencial y de orientación al paciente y a la mejora.
- La interrelación con el proceso de atención sociosanitaria como entrada y salida del proceso atención urgente, garantizando que la interrelación se centre en el paciente.
- Definición de un modelo de acreditación de centros y de un sistema de evaluación.
- La integración de la información en un único sistema que fluya por los niveles asistenciales y que permita optimizar la asistencia, centrándola en el paciente cuya trayectoria sanitaria ya conocemos, sin omisiones ni repeticiones de pruebas o preguntas innecesarias.
- Regularizar la acreditación de los profesionales participantes. Mediante un mapa competencial de los diferentes intervinientes que permita una formación especializada y continuada eficaces.

La realización de un plan de urgencias y emergencias de la CAPV no entra en colisión con el modelo asistencial actual, en el que

la Atención Primaria es la puerta del sistema y es quien tiene que liderar la prevención, asistencia y la interrelación con el sistema sociosanitario. Todo lo contrario, el plan a diseñar debe contar con el nivel primario de asistencia como actor primordial en la asistencia urgente.

Actualmente, la asistencia urgente es un episodio en la vida del paciente que tras su opción en cuanto a la puerta de entrada, atraviesa más o menos niveles asistenciales hasta conseguir la asistencia buscada. Este paseo por los niveles se realiza de forma inconexa. No hay una continuidad asistencial ni de información que vaya aportando valor a cada uno de los actos asistenciales que se dan antes de llegar al centro finalmente resolutor.

Es por ello que, el Plan debe tener como uno de los valores a proteger la integralidad asistencial, buscando sinergias entre los intervinientes. Así lo han entendido García *et al.*¹⁹¹ en una experiencia interesante de integración que refiere resultados positivos en cuanto al aprovechamiento de los recursos en Alzira.

No obstante, además de la integralidad dicha planificación debe contemplar los siguientes valores:

- La equidad en el acceso, pero permitiendo la discriminación por criterios clínicos de gravedad.
- La accesibilidad a la prestación urgente.
- La eficacia, garantizando la asistencia adecuada en tiempo y forma.
- La orientación a la ciudadanía receptora del servicio.
- La continuidad asistencial como valor añadido en un contexto de varios intervinientes.
- La formación científica y relacional de los profesionales.
- La sostenibilidad del sistema.

La asistencia urgente, sin embargo, no es una actividad aislada del resto del sistema sanitario. En ese sentido, está sometida la falta de

ensamblaje de las estructuras asistenciales de los niveles primario y especializado y a las discontinuidades en la atención que recibe la ciudadanía, a la fragmentación asistencial así como a la separación de cuidados.

Ante dicha realidad, es necesario ubicar al ciudadano en el centro del sistema, integrando el sistema no a partir de primaria o especializada sino explicitando y estimulando los objetivos compartidos y el enfoque complementario entre los ambos niveles de atención. El punto clave es diseñar sistemas completos, conforme a las necesidades de la población, dando satisfacción a dichas necesidades desde la acción complementaria de todos los proveedores del sistema de salud¹⁹².

El modelo propuesto para la organización y gestión funcionales de la asistencia urgente, desde el punto vista de la complementariedad e integralidad de los proveedores, es el de la gestión por proceso.

La asistencia urgente es un proceso en el que se transforma un elemento de entrada, demanda asistencial, en un elemento de salida, asistencia prestada. Para conseguir ese valor añadido se dan una serie de actuaciones relacionadas entre sus posibles intervinientes.

¿Por qué el proceso como modelo de gestión es el más adecuado para la asistencia urgente?:

- Porque utiliza el conocimiento de la opinión, expectativas y necesidades de sus clientes, para su definición y seguimiento.
- Porque mejora la interacción entre los intervinientes, sobre todo cuando éstos pertenecen a estructuras diferentes.
- Porque permite detectar ineficiencias de las interacciones y proceder a la mejora.
- Porque disminuye la variabilidad, asignando responsabilidades y tareas.
- Porque define los recursos humanos y materiales necesarios para conseguir los objetivos del proceso.
- Porque permite desplegar objetivos estratégicos.

- Porque mediante la implantación de indicadores se puede evaluar la consecución de los objetivos y los problemas que puedan surgir en las interacciones entre intervinientes.

- Porque tras el análisis de los indicadores permite evaluar las acciones que han mejorado la asistencia manteniéndolas o modificándolas según su efectividad.

Por último, señalar que la gestión por procesos, herramienta frecuentemente empleada en las organizaciones de servicios de Osakidetza y por tanto al no ser extraña a sus profesionales, podría permitir un más fácil diseño y despliegue; permitiría por su metodología definir interrelaciones con el proceso de atención sociosanitaria que va a ser frecuente proveedor y cliente del proceso atención urgente.

La principal aportación de la gestión por procesos es la posibilidad de incluir las expectativas del cliente del proceso, en su definición. Expectativas que, con respecto a la asistencia urgente son similares en los países del entorno. Grupos focales puestos en marcha en Inglaterra en los pasos previos a la definición de la reforma de la atención urgente en dicho país, mostraron las siguientes expectativas¹⁹³:

- La visión de la urgencia por el paciente está influenciada por el impacto que ocasiona en su estilo de vida y en su sustento, tanto como por la propia condición clínica. En este contexto la no recepción de la atención que creen precisar puede dar lugar a falta de acuerdo.
- “Urgente” tiene un significado diferente para cada persona. Puede referirse al impacto de la situación en sus vidas o bien tiene que ver con el tiempo en el que esperan recibir atención.
- Los pacientes no quieren recibir consejos confusos o conflictivos.
- Siempre que sea posible, los pacientes desean que se les ofrezca la oportunidad

de involucrarse en su cuidado. Tener más responsabilidad sobre su salud.

- Por último, quieren saber que los servicios están disponibles para una posible necesidad emergente, si hay un riesgo vital.

Pasarín *et al.*¹⁹⁴ analizan las razones que hacen acudir a los pacientes a los SUH y señalan que la elaboración de un autodiagnóstico determina la necesidad de atención. A partir de ahí, el conocimiento de la oferta de servicios así como la situación vital del paciente hace tomar la decisión de uno u otro dispositivo. En esta última reflexión se valoran prioridades, entre las cuales la que parece tener más importancia es el factor tiempo.

La accesibilidad a los dispositivos es el valor más frecuentemente encontrado en la literatura como razón esgrimida para el uso de la asistencia urgente o como circunstancia mejor valorada por los usuarios respecto a dicha atención.^{195,196}

También es una expectativa de los pacientes atendidos en urgencias la necesidad de información. Recibir información para poder tomar decisiones respecto a su salud y respeto hacia la opción elegida es frecuentemente señalado como valor a aportar por los profesionales implicados.^{196,197}

En el modelo de proceso que presentamos, la accesibilidad debemos contemplarla como un requisito exigible al sistema en su totalidad. Es decir, tanto la Atención Primaria como el sistema de emergencias y los servicios de urgencias hospitalarios deben ser accesibles a la ciudadanía. Accesibilidad real, bien telefónica o presencia, sin actitudes ni comentarios reprobatorios sobre el presunto mal uso de una determinada puerta de entrada.

El concepto de inadecuación, desde el prisma de un proceso orientado al paciente, es un término difícilmente definible y defendible. Incluso desde el punto de vista de los profesionales implicados son frecuentes los trabajos que cuestionan el concepto de inadecuación. Bien porque sea un concepto que muchas veces se define a posteriori de

la atención al ciudadano¹⁹⁸ o bien porque los propios profesionales de la atención urgente no están de acuerdo con los criterios que definen una demanda asistencial como inadecuada¹⁹⁹.

El sistema debe estar preparado para ante una infravaloración que hace acudir a un centro de nivel asistencial medio a pacientes con patologías emergentes o bien, al revés, ante una supervaloración por la que se acude a un centro de alto poder asistencial con patologías leves, responder de la misma forma evitando la variabilidad que es fuente de errores y de baja percepción de calidad.

En un sistema de atención urgente global y funcionalmente integral, la accesibilidad no debe resultar problemática ni debe provocar temores sobre una posible saturación de servicios. Si en este momento no se está dando dicha saturación, salvo en épocas puntuales, el establecimiento de un proceso pactado y consensuado entre los niveles asistenciales no debe sino mejorar la actual situación.

Unido a una amplia accesibilidad, presencial o telefónica, el modelo propugna como siguiente paso la existencia de una herramienta de clasificación de pacientes (triaje) común a todos los ámbitos de la asistencia urgente, que clasifique a estos conforme al tiempo en que como máximo precisa asistencia.

La filosofía que debe guiar esta herramienta de clasificación es doble²⁰⁰:

- Nunca negar la asistencia, sino ofrecer a los pacientes el centro y profesionales más adecuados para su demanda.
- Debe ser una herramienta con cierta flexibilidad, que contemple factores como barreras de comunicación, edad del paciente, necesidades especiales y otras posibles condiciones.

Esta herramienta debería ser consensuada, testada y validada para nuestra población. Consenso a realizar entre profesionales de los diferentes niveles y pacientes. Posteriormente todos los profesionales que desarrollan su

trabajo en los puntos de contacto del sistema sanitario con la ciudadanía, deberían ser formados en su aplicación. El siguiente paso, consistiría en informar a la ciudadanía de su existencia, señalando los tiempos máximos que para cada nivel de clasificación se ha regulado.

Experiencias internacionalmente contrastadas pueden ser punto de partida para el análisis y discusión. Entre ellos se encuentran el ATS (*Australasian Triage Scale*), el CTAS (*Canadian Triage and Acuity Scale*), el ESI (*Emergency Severity Index*), el MTS (*Manchester Triage Scale*) y finalmente el estándar de triaje estructurado español ya ha adoptado por algunos servicios de urgencia hospitalarios de nuestra comunidad, el SET (Sistema Español de Triage).

Unido a ello y de forma paralela, sería necesario legislar estándares de respuesta para cada nivel de gravedad a prestar por los proveedores, de forma análoga a los implantados en países de nuestro entorno.

No podemos olvidar que, gran parte de la población de nuestra comunidad es usuaria de tecnologías de la información. En este sentido, la herramienta de triaje planteada no se debe contemplar como algo propio y exclusivo del sistema sanitario. Versiones autoaplicadas de dicha herramienta se pueden desarrollar para su uso en ordenadores personales vía Internet o incluso en agendas digitales (PDA). Estas alternativas ayudarían a acercar a los pacientes herramientas informativas que faciliten su toma de decisiones.

Conforme a la clasificación citada y de acuerdo a procedimientos asistenciales consensuados, la respuesta puede variar:

- Si la demanda es telefónica: se indicará al paciente el centro al que debe acudir, se prestarán consejos sanitarios de autocuidado o bien se enviará el recurso más adecuado para su grado de urgencia.
- Si se encuentra en un centro se atenderá al paciente conforme al criterio temporal que haya resultado o bien se le remitirá al

centro más adecuado para su asistencia, activando si es preciso recursos móviles.

Los prestadores de asistencia urgente: Atención Primaria, Emergencias y Atención Especializada deben establecer las medidas necesarias para hacer viable dicho planteamiento y que dé forma global se refieren a los siguientes ámbitos:

1. Medidas organizativas:
 - a. Sería preciso que las organizaciones implicadas tengan predefinido circuitos internos para poder abordar los diferentes niveles de demandas de atención urgente.
 - b. Establecimiento de procedimientos entre los niveles intervinientes para cada una de los niveles de gravedad definidos.
 - c. Consensuar qué características de calidad, al tratarse de puntos críticos del proceso, se debe exigir a las interrelaciones entre niveles (información asistencial, tiempos de demora, etc.).
 - d. Potenciar el desarrollo de procesos asistenciales específicos, similares a los que se han realizado para patologías como el código ictus.
2. Profesionales:
 - a. Establecer el mapa de competencias y habilidades de los profesionales implicados en la asistencia urgente.
 - b. Garantizar la formación, capacitación y habilidades de los profesionales asistenciales, así como de los que prestan su actividad en los puntos de atención al público (traje).
 - c. Buscar la optimización de los conocimientos y habilidades profesionales, potenciando las responsabilidades compartidas y delegadas.
 - d. Potenciar las redes de conocimiento entre los profesionales que atienden a la demanda urgente.

- e. Mejorar el conocimiento de los distintos dispositivos que constituyen el sistema.
3. Tecnología:
- Garantizar y facilitar tecnológicamente las comunicaciones entre los intervinientes, evitando demoras injustificadas por circuitos de comunicación ineficaces.
 - Trabajar de forma consensuada en el diseño y puesta en marcha de una única y común herramienta de registro, donde se incluyan los datos, exploraciones, constantes, etc. del paciente, con la incorporación posterior del episodio a la historia clínica del paciente.

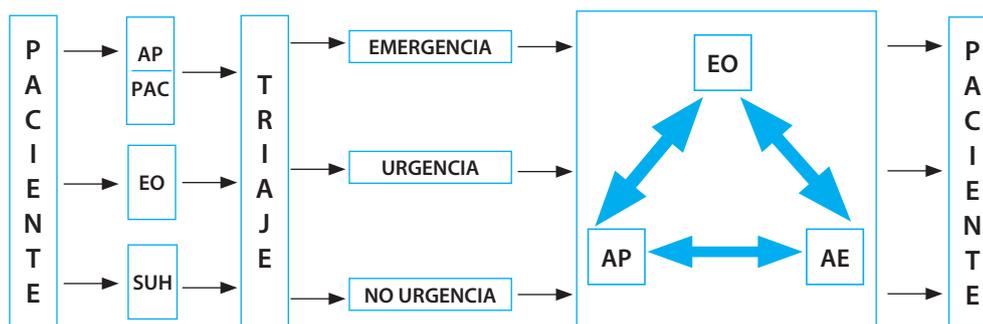
Como ya se ha citado, la metodología de proceso permite testar el funcionamiento de

éste o bien la consecución de sus objetivos, mediante la inclusión de indicadores. En este caso, el proceso de atención urgente debería definir, asimismo, cuales serían sus indicadores de resultado (logro de objetivos) y los indicadores diseñados para detectar ineficiencias o problemas en aquellos puntos del proceso más proclives a su aparición.

Su análisis y el estudio de las expresiones de disconformidad del cliente del proceso (quejas y reclamaciones) o bien de los actores del proceso (no conformidades o propuestas de acción preventiva) permitirán desplegar una política de mejora continua en el proceso.

El modelo gráfico del proceso propuesto sería el que se describe en la Gráfica 13.

Gráfica 13. Representación gráfica del proceso asistencia urgente



El modelo de asistencia urgente no puede estar aislado del resto del sistema sanitario ni tampoco del sistema sociosanitario.

En el contexto descrito en el análisis del entorno en el que la prevalencia de la enfermedad crónica va a producir grandes tensiones en el sistema sanitario por su volumen, el proceso de atención urgente no es ajeno a dicha realidad.

El nivel asistencial en el que se está convirtiendo el domicilio del paciente crónico y/o anciano debe tener el soporte suficiente para

no sólo cuidar a éste, sino para prevenir las agudizaciones del proceso y cuando esto se da, deben mantenerse circuitos para que la interfase con el proceso urgencias sea ágil.

Así, los modelos basados en el entrelazamiento de los sistemas sanitario y sociosanitario desde la base, ya sea la sanitaria (fundamentalmente a través de la enfermería de los equipos de Atención Primaria) o de la parte sociosanitaria (a través de las redes de trabajadores sociales del sector) han mostrado buenos resultados y permiten adoptar un enfoque comunitario al proceso.

Si bien se encuentra en fases iniciales, la introducción del gestor de casos como elemento que aglutina las necesidades del paciente y la coordinación de recursos a través de la planificación y de la adecuada gestión de cuidados a las personas dependientes está siendo una figura implementada por los sistemas de salud. Dicha figura pivota, en general, a través de profesionales de enfermería bien del propio equipo o las denominadas enfermeras de enlace quienes trabajan junto a trabajadores sociales.

Son muchas las experiencias puestas en práctica para gestionar las enfermedades crónicas en el domicilio del paciente. Desde técnicas dedicadas a aumentar el empoderamiento del paciente, hasta programas de apoyo grupal, pasando por actividades de formación de cuidadores o bien el empleo de soluciones tecnológicas que bien monitorizando al paciente en su domicilio o ayudándole a recordar las tomas de la medicación o la práctica de hábitos saludables, están consiguiendo buenos resultados tal y como se ha visto en el análisis de las alternativas realizado.

La Atención Primaria debe procedimentar junto con los servicios sociales, el enlace del proceso asistencia urgente con el proceso de atención sociosanitaria. Resulta primordial en estos casos el mantenimiento de una información sobre el paciente completa y actualizada.

Los centros de atención sociosanitaria deben tener igualmente procedimentalizada la atención urgente a sus residentes, y esta asistencia debe integrar los recursos sanitarios e información clínica disponible en estos centros con los de la red general de atención urgente.

Por el contrario, debe protocolizarse un paso de información así como una comunicación del plan de cuidados, cuando el paciente crónico es dado de alta y vuelve a su domicilio. Aquí de nuevo el papel de Atención Primaria es fundamental y figuras como el gestor de caso pueden ser el enlace entre ambos sistemas.

Visto el marco global de la asistencia urgente y tras la exposición de las propuestas realizadas por este grupo de trabajo, debemos abordar diferentes aspectos mencionados en el análisis del entorno y que pueden tener influencia en el sistema de atención urgente.

En este sentido, es un tema a contemplar la influencia de los fenómenos migratorios en la asistencia urgente en nuestra Comunidad.

Rue *et al.*²⁰¹ en un estudio realizado en Lleida encuentran que las poblaciones inmigrantes, sobre todo de origen magrebí y subsahariano son más demandantes en el SUH que los autóctonos. Dicho hallazgo es atribuido a necesidades de salud, barreras al acceso a la Atención Primaria o empleo de similares fuentes de salud a las que empleaban en su país de origen.

En la misma línea, Carrasco-Garrido *et al.*²⁰² señalan que la población inmigrante tiene estilos de vida similares a los de la población autóctona en España, presentando más porcentaje de hospitalización que dicha población. El uso de otros servicios sanitarios los realizan en porcentajes similares a la ciudadanía autóctona.

Sin embargo, la proyección del escenario demográfico a 2020 en la CAPV muestra que el fenómeno migratorio que se ha presentado en los primeros años del siglo XXI con la entrada de inmigrantes de países extranjeros, va a remitir permaneciendo sólo movimientos entre ciudadanos del Estado español. El peso, en ese sentido, que podría tener una población inmigrante con patologías no prevalentes en nuestro medio, con culturas diferenciadas y con las expectativas sobre la prestación sanitaria urgente mencionadas por los autores citados, no parece que a corto plazo vaya a tener repercusión significativa.

Los apoyos familiar y social parecen ser capaces, según la información recogida en estudios sociológicos citados previamente, de tejer una red de ayuda a la ciudadanía. No obstante, dicha red empieza a ser menos tupida con el envejecimiento. El apoyo social

declina en dicha fase y la red familiar, aunque mantenida, precisa la ayuda de elementos externos tanto personales, como formativos y técnicos.

El sistema sanitario tiene que planificar para una población formada e informada, con un porcentaje nada desdeñable de ciudadanos con formación superior y con alta disponibilidad y acceso a herramientas de comunicación.

En este contexto cualquier desarrollo tecnológico que potencie la información de la ciudadanía, su empoderamiento y su formación en aspectos de autocuidado, van a ser herramientas a potenciar para fomentar estilos de vida saludables, asegurar la autoayuda en patologías crónicas y la toma de decisiones informada.

Por último, queda por abordar la viabilidad y eficacia de alternativas asistenciales, organizativas y de gestión de profesionales, de acuerdo con el entorno analizado.

1. EMERGENCIAS

Nuestra ciudadanía dispone de teléfonos preferenciales para la demanda emergente (112) y para la petición de ayuda urgente (teléfonos de Emergencias de Osakidetza).

Entre los resultados de la encuesta realizada, se comprueba que los pacientes de mayor edad son usuarios de Emergencias. En este sentido y conocida la evolución demográfica, resulta indispensable potenciar su estructura para poder asumir el aumento de actividad previsible. Aumento de actividad que ya se está objetivando y que se mantiene sobre todo por la mayor demanda asistencial del paciente anciano, aun cuando la siniestrabilidad derivada de accidentes de tráfico, frecuente fuente de actividad para Emergencias y sus recursos, está descendiendo año tras año en frecuencia.

El 60% de los pacientes atendidos en Emergencias considera su enfermedad como grave o muy grave, de ahí la necesidad de garantizar

una alta accesibilidad al sistema para la atención ágil de las demandas.

La población usuaria muestra una elevada satisfacción con este tipo de prestación. Sin embargo, si bien no se dispone del dato del nivel de conocimiento, existe un extendido convencimiento de que una parte importante de la ciudadanía e incluso de las propias organizaciones de Osakidetza, desconocen la existencia de números de teléfono accesibles 24 horas y con gestión sanitaria directa.

Sería interesante, en este sentido, valorar el grado de conocimiento y la eficacia de tener teléfonos de 9 cifras, frente a teléfonos de 3 cifras (de forma análoga a lo que ocurre en otras comunidades autónomas y en países europeos) de más fácil memorización, para garantizar un acceso ágil y facilitado al sistema.

Se trata de una alternativa eficaz, sobre todo en el campo de la atención pediátrica y que crea una importante fidelización en el ámbito de la consultoría, ante la disponibilidad y accesibilidad directa a un médico.

La presencia de enfermería en los centros de Emergencias está permitiendo que profesionales bien mediante conocimientos propios o bien a través de protocolos establecidos, gestionen el seguimiento y apoyo de las ambulancias de soporte vital básico, decidiendo si es necesario el traslado, a qué centro y con qué medidas de apoyo.

Este seguimiento en línea que hasta hace unos meses se llevaba por parte de los médicos coordinadores, permite liberar a éstos para que aborden situaciones donde su conocimiento aporte mayor valor y por otra parte, permite que el destino de las ambulancias incluya centros diferentes a los SUH, como pueden ser centros de Atención Primaria o PAC. Experiencias similares realizadas en Estados Unidos han conseguido resultados positivos optimizando el lugar de evacuación y evitando traslados a servicios que estuvieran saturados²⁰³.

En comunidades autónomas de nuestro entorno se han puesto en marcha plataformas

telefónicas orientadas a prestar información sanitaria a la población, resolución de dudas relacionadas con el ámbito sanitario, así como a facilitar tareas administrativas con el sistema sanitario (cita previa, recordatorio de citas, tramitación segundas opiniones, campañas sanitarias, etc.). Dichas plataformas suelen estar conectadas a los centros de coordinación de urgencias para poder servir de soporte a posibles aumentos bruscos e inesperados de actividad en dichos centros, como puede ser atender un incidente de múltiples víctimas.

Resulta necesario trabajar mediante formación, establecimiento de protocolos con Atención Primaria y hospitalización a domicilio, compartición de información clínica y mediante el dimensionamiento eficaz de la red de médicos y enfermeras de visita urgente a domicilio, para potenciar que el paciente crónico y/o anciano permanezca en su domicilio evitando traslados en ambulancia por ligeras descompensaciones solucionables en el propio hogar del enfermo si las redes de apoyo social y sanitario funcionan de forma integrada.

2. PUNTOS DE ATENCIÓN CONTINUADA

Los PAC han mostrado en los países donde se ha revisado su actividad, presentar una estimable eficacia. En nuestra comunidad, si bien no hay estudios sobre el tema, mantienen una actividad que va creciendo en cuanto a número y en cuanto a complejidad de la patología atendida.

Junto con la asistencia indemorable en Atención Primaria, los PAC consiguen en el paciente una mejoría percibida elevada. El 94,1% de los pacientes atendidos en los puntos de atención continuada y encuestados, señalan que la mejoría percibida era bastante o mucha. En definitiva, nos encontramos con un tipo de centro resolutivo con la demanda asistencial que se presenta.

Seguramente la eficacia y eficiencia de los PAC se vería incrementada, según la revisión de la literatura efectuada:

- Si aquellos PAC que están en municipios que cuentan con Hospital, se ubicaran en la puerta del Hospital.
- Si se reforzara la dotación de los PAC con tecnología que les permitiera aumentar su resolutivez.

Otro aspecto a tratar en cuanto a los PAC de nuestra Comunidad sería el escaso nivel de integración en la Atención Primaria que muestran sus profesionales. Desde 1994 que es cuando el personal y los centros son asumidos por Atención Primaria, son escasos los ejemplos de integración real que se pueden nombrar.

3. MÉDICOS Y ENFERMERAS DE AVISOS URGENTES A DOMICILIO

Desde hace años y de forma progresiva se ha ido externalizando la mayoría de la prestación urgente domiciliaria por médicos y enfermeras. Dicha decisión ha coincidido en estos tres últimos años, primero con una dificultad para encontrar profesionales que no prefirieran trabajar en el sector público, ante la diferencia salarial y la posibilidad de mayor desarrollo y estabilidad en el sector público y posteriormente en una imposibilidad casi generalizada de contar con profesionales comunitarios para prestar el servicio.

En la actualidad, el número de médicos y enfermeras que prestan asistencia urgente es muy inferior al del número de profesionales que lo hacían antes de la externalización, con lo que se ha aumentado de forma ostensible el tiempo de demora en la realización de la asistencia.

Esta disminución cuantitativa y el hecho de que profesionales extranjeros con poco o nulo conocimiento de nuestra comunidad estén asistiendo a un área geográfica cada vez mayor, ha hecho que la calidad asistencial haya disminuido.

Por otra parte, esta situación ha llevado a que desde los centros coordinadores de

Emergencias ante la disminución de efectivos prestando el servicio y la demora en la respuesta que esta genera, unido al aumento de pacientes pluripatológicos que demandan asistencia por signos y síntomas mal definidos, se esté aumentando el envío de recursos móviles, ambulancias de soporte vital básico, que la mayoría de las veces evacúan a los pacientes a centros sanitarios.

Esta dinámica es totalmente contraria a la tendencia a dejar al paciente crónico en su domicilio, evitando traslados a los hospitales y fomentando la asistencia domiciliaria bien de médico o de enfermería en los casos en los que sea precisa.

4. ATENCIÓN PRIMARIA

La ampliación de horarios de apertura de Atención Primaria consigue una mayor accesibilidad de la ciudadanía a su proveedor de salud habitual. Esta extensión del modelo de centros abiertos hasta las 20:00 horas ha coincidido con la disminución de la presión asistencial observada en los servicios de urgencia hospitalarios de nuestra Comunidad.

Si bien no se ha realizado un análisis local que explore si existe una relación entre ambos fenómenos, el análisis de la literatura que concluye que a mayor accesibilidad a la Atención Primaria, menor presión en los SUH, parece que podría explicar esta relación inversa²⁰⁴.

Experiencias como las descritas en cuanto al triaje inicial por enfermería en los pacientes que acuden por motivos urgentes a Atención Primaria y que se está desarrollando en centros de Osakidetza, deben ser evaluadas y potenciadas. Al fin y al cabo la actividad desarrollada en el proyecto no es sino un proceso de atención urgente, pero en un ámbito de aplicación menor, como es el centro de salud.

De acuerdo con Chapman *et al.*²⁰⁵ la enfermería es una categoría infrutilizada para

los conocimientos y habilidades adquiridas dentro de su formación. Las enfermeras de Atención Primaria podrían asumir consultas dentro de su ámbito profesional con seguridad, descargando a los profesionales médicos de carga de trabajo.

Su papel es quizás más primordial evitando la aparición de demandas urgentes en los pacientes crónicos. La enfermería de Atención Primaria es la figura adecuada para proporcionar y asegurar la continuidad de cuidados en la población anciana y con enfermedad crónica²⁰⁶.

El perfil de utilización de la Atención Primaria, similar a la de los PAC, por los pacientes que consideran como indemorable su asistencia, se ha referido previamente. Pacientes que se autoetiquetan como no enfermos crónicos, que consideran su enfermedad de gravedad moderada y que perciben mejoría tras el paso por AP en un 95% de los casos.

Parece existir una correcta clasificación del paciente dirigiéndose a la Atención Primaria por problemas que él o ella consideran urgentes/indemorables. Tan sólo el 6,8% de los pacientes que acudieron como indemorables fueron derivados a otro nivel asistencial.

De acuerdo con dicho perfil, no parece necesaria la introducción de otras alternativas asistenciales en el nivel primario de asistencia. Sin embargo, aun asumiendo que la asistencia presenta unos elevados niveles de eficacia, la Atención Primaria debería orientar sus esfuerzos a la prevención y tratamientos integrales de los pacientes crónicos. Los estudios analizados muestran el efecto positivo que las intervenciones conllevan, lideradas en su mayoría por la Atención Primaria y realizadas en dicho tipo de pacientes.

Además y con respecto a la asistencia urgente, los episodios de atención urgente van a disminuir en número y van a mejorar en calidad de seguimiento si se potencian las citadas medidas y la interacción social y sanitaria.

5. SERVICIOS DE URGENCIA HOSPITALARIOS

Los servicios de urgencias hospitalarios son el centro de atención cuando se habla del problema del sobreuso de las urgencias. La literatura científica, seguramente por el predominio de trabajos anglosajones que analizan sus propios sistemas en los que el Hospital es frecuentemente el centro del entorno sanitario, presenta numerosas referencias a la sobreutilización de los SUH y sus consecuencias.

Independientemente de que sea una visión poco global de un problema que afecta a todo el sistema sanitario, el importante incremento de la utilización de los SUH en los últimos años es evidente. Las causas esgrimidas son variadas. Moreno²⁰⁷ recoge entre los determinantes asociados a la demanda:

- Alargamiento de la esperanza de vida, con mayor envejecimiento y mayor presencia de enfermedades crónicas que cuando se descompensan precisan asistencia urgente.
- Aparición o mayor prevalencia de procesos tiempo-dependientes: accidentabilidad y violencia, ictus, SCACEST.
- Falta de educación sanitaria y cultura hospitalocéntrica, sin conciencia del coste y con alto grado de exigencia.
- Aumento poblacional y cambios sociales originados por fenómenos migratorios.

En cuanto a determinantes de la oferta, el citado autor señala la alta accesibilidad, la universalidad en la asistencia, el irregular desarrollo de la AP y de sus dispositivos urgentes y, por último, el uso perverso de los SUH para agilizar aspectos como listas de espera o actividades programadas diferidas.

De la lectura de los factores señalados parece desprenderse que son las medidas organizativas y de proceso las que deben potenciarse, además de trabajar con aspectos de educación e información que si bien no han demostrado tener eficacia a corto plazo, parece que mantenidas en el tiempo pueden resultar eficaces.

Por otra parte, la experiencia de atención sanitaria mediante eslabones asistenciales unidos y procedimentados ha mostrado su eficacia en nuestro entorno. El ejemplo de los procesos de atención al SCACEST y del código Ictus son claros ejemplos de ello. Por ejemplo en el caso del SCACEST, el paciente una vez tratado en su domicilio mediante la terapéutica fibrinolítica indicada, continúa su atención bien en la UCI directamente o bien se traslada a un servicio de hemodinámica si la angioplastia es el siguiente paso. Esta dinámica se realiza sin solución de continuidad, de forma coordinada y con paso de información a los intervinientes para su preparación previa.

Debería seguirse en esa línea, potenciando procedimientos ligados a cuadros concretos que contemplen el traslado al centro o servicio útil, evitando paradas o soluciones de continuidad asistencial en hospitales o servicios que no aportan el tratamiento adecuado.

El análisis de la actividad de los SUH, en nuestra comunidad, resulta muy interesante. Parece haber llegado al cenit en cuanto a número de asistencias y esto se acompaña de una mayor porcentaje de ingresos y de un menor porcentaje de pacientes que acuden al SUH autoreferidos. En definitiva, parece que el panorama va mejorando bien por mejoras en otros niveles o bien porque la ciudadanía haya interiorizado valores asociados al correcto uso de servicios o bien, por último, porque las medidas instauradas en los propios SUH estén siendo eficaces.

En todo caso, las alternativas a la asistencia tradicional analizadas en la literatura están ya siendo testadas e incluso se encuentran instauradas en nuestros centros hospitalarios.

Las unidades de corta estancia, de visita rápida y de observación han demostrado su eficacia y seguridad, siendo alternativas correctamente valoradas por los ciudadanos. Estas medidas contribuyen de forma eficaz a optimizar el circuito interno del SUH, evitando sobrecargas que pueden tener efectos perniciosos en la asistencia a pacientes graves.

Además se han demostrado útiles en la valoración del anciano frágil, al que el Servicio de Urgencias con sus especiales connotaciones respecto al espacio físico, demoras en la atención y modelo propio de la atención urgente poco adaptado a sus necesidades contribuyen a empeorar su situación física y agravar sus frecuentes cuadros confusionales.

Señalar que el triaje presencial realizado en la mayoría de nuestros SUH coincide en cuanto a filosofía con la propuesta global realizada para la totalidad del sistema sanitario, siendo una de las posibilidades de clasificación el paso a unidades de visita rápida para los casos leves. Señalar en este punto que la inclusión de profesionales de Atención Primaria ha mostrado ser eficaz, seguro y coste-efectivo, por lo que podría ser una alternativa a evaluar y a extender.²⁰⁸

En cuanto a la derivación sin visita, siempre con una alternativa y con el consenso con el paciente, ha mostrado ser una alternativa segura y en ese sentido, podría ser una de las posibilidades asistenciales para los niveles bajos de clasificación. Su aplicabilidad, con la indicación del centro de Atención Primaria, atención social u otro, más adecuado a la demanda estaría condicionado por aspectos como distancia al centro propuesto, accesibilidad a este, posibilidades de traslado, etc.

6. PACIENTE

La participación del paciente en el proceso de atención urgente no debe sólo limitarse a sus aportaciones en el diseño, seguimiento y mejora, sino que la ciudadanía debe implicarse en la asistencia propia y de sus conciudadanos.

Su responsabilidad no se limita a poner en conocimiento de los sistemas de emergencia una determinada situación y a solicitar ayuda. Se debe conseguir ciudadanos comprometidos y capaces de ser la primera respuesta ante

una situación de pérdida de salud que ellos contemplen.

En este sentido, se debe potenciar la formación en materias como resucitación cardiopulmonar (RCP) y en el uso del desfibrilador semiautomático (DEA). Hay que señalar la campaña de formación que se está llevando en nuestra comunidad, en la que se están formando 2.500 alumnos de 4º de enseñanza secundaria obligatoria y 2.000 donantes de sangre, para que sean capaces de reconocer una situación de parada, conozcan los pasos a dar ante dicha situación (aviso al sistema de emergencias) y sepan realizar una RCP básica hasta la llegada de la ayuda solicitada.

Experiencias similares, aunque de menor número de personas formadas, se están dando en nuestro entorno. La inclusión de la formación en RCP en los ciclos formativos de la enseñanza secundaria con carácter reglado y dentro del perfil curricular, parece una buena opción que se está barajando.

Dicha formación debería completarse con la capacitación para el manejo del DEA. Los programas de acceso público a la desfibrilación, principalmente en Estados Unidos, están mostrando su eficacia y la extensión de dichos aparatos en centros comerciales, aeropuertos y locales con gran afluencia de público hace que la necesidad de contar con más ciudadanos formados en su manejo aumente la posibilidad de empleo exitoso⁴¹.

Como receptora de los servicios, la ciudadanía debe estar correctamente informada sobre la cartera de servicios de cada dispositivo. Se deben desarrollar estrategias en forma de comunicación escrita (trípticos, cartelería, etc.) y de comunicación vía Web. Se deben emplear todas las posibilidades comunicacionales para que se conozcan los dispositivos y sus prestaciones. La toma de decisión final se basa en más factores que incluyen experiencias previas, apoyo social, accesibilidad, etc., entre otras, pero la información sobre la disponibilidad y servicios aportados por cada centro asistencial juega un importante papel en el sentido de la decisión.

6. PROPUESTAS

1. Realizar un Plan estratégico para la atención a la urgencia y emergencia en la Comunidad Autónoma del País Vasco.
2. La asistencia urgente debe abordarse desde un sistema integral en el que la accesibilidad, la continuidad de cuidados asistenciales y el flujo de información mediante una herramienta de registro común, son los valores clave.
3. El modelo de proceso es el más indicado para la gestión de la atención urgente de forma global, incluyendo a los dispositivos asistenciales implicados: Atención Primaria, Emergencias y Servicios de Urgencia Hospitalarios.
4. La definición y estabilización del proceso debe contar con la participación de la ciudadanía, cliente del proceso y de los intervinientes en él.
5. La entrada al proceso ha de garantizar una accesibilidad total para el paciente.
6. Es necesaria la definición y despliegue de un sistema de clasificación de pacientes, común para todos los posibles puntos de entrada al proceso, según la necesidad asistencial en cuanto a tiempo máximo de demora.
7. De acuerdo con los niveles de clasificación decididos, sería precisa la definición y legislación de estándares de tiempos de respuesta para cada uno de ellos, que sean conocidos por la población.
8. La estabilización del proceso ha de generar la puesta en marcha de medidas organizativas, definición y formación de profesionales adecuados y acreditados, así como la puesta en marcha de una herramienta de registro que permita el flujo de información entre subprocesos.
9. La definición y seguimiento de indicadores ha de permitir el seguimiento de la consecución del objetivo del proceso, así como la detección de posibles ineficiencias y su posterior mejora.
10. El proceso asistencia urgente debe establecer interacción con el proceso de asistencia sociosanitaria con carácter preferencial, al ser el paciente crónico y anciano una potencial y frecuente entrada al proceso urgencia.
11. Dicha interacción debe garantizar un paso de información entre los dos procesos ágil y eficaz, orientado a mejorar la prestación del paciente crónico.
12. Es necesario dar a conocer a la ciudadanía la cartera de servicios de los dispositivos de atención urgente, para que su toma de decisión tenga un soporte de información.
13. Potenciar el conocimiento entre los intervinientes en la respuesta urgente, desarrollando estrategias de compartición de espacios y conocimientos, así como de comunicación.
14. La accesibilidad de los centros de coordinación de Emergencias debe estar garantizada, dada la gravedad expresada por los pacientes que contactan con ellos.
15. Se debe plantear la posibilidad de dotar de pruebas complementarias a los PAC, para aumentar su ya elevada capacidad resolutive, si bien serían precisos estudios para evaluar su eficiencia.
16. La ubicación de los PAC que están en localidades donde existe un centro hospitalario, en zona colindante al servicio de urgencias del hospital sería una alternativa a evaluar.
17. Resulta preciso planificar la respuesta de médicos y enfermeras de asistencia urgente a domicilio con criterios de dimensionamiento adecuado, formación acreditada y con profesionales integrados en el sistema de atención urgente.
18. De acuerdo con los planteamientos más adecuados para el paciente crónico y el anciano, se debe potenciar en todos los escalones de la asistencia urgente el evitar

- traslados a los Hospitales, siempre que el estado clínico lo permita.
19. Fomentar la extensión del modelo de relación existente entre Hospitalización a Domicilio y Emergencias en el territorio de Gipuzkoa, a toda la CAPV.
 20. La extensión del horario de Atención Primaria hasta las 20:00 horas debe completarse.
 21. Atención Primaria debería habilitar medidas organizativas para el abordaje ágil y fluido de la asistencia urgente en los periodos de solapamiento horario entre el Centro de Atención Primaria y el PAC.
 22. Los servicios de urgencia hospitalarios deben valorar y potenciar, si ya las tienen incorporadas, alternativas como las unidades de corta estancia, de atención rápida y de observación.
 23. La inclusión de profesionales de Atención Primaria en los SUH es una alternativa a valorar, que ha demostrado su eficacia en otros entornos.
 24. Se deben potenciar y extender a toda la Comunidad los procedimientos asistenciales específicos por patologías, sobre todo en aquellos casos tiempo-dependientes y en cuya resolución intervienen varios niveles.
 25. La ciudadanía debe comprometerse en el autocuidado y en la asistencia a sus conciudadanos, para lo que se debe potenciar su formación y su información en materias como la resucitación cardiopulmonar, empleo de desfibriladores semiautomáticos, etc.
 26. Garantizar la información adecuada para que la ciudadanía pueda tomar decisiones responsables respecto a la necesidad de atención urgente es un valor a extender entre los profesionales sanitarios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gómez A, Infante A. Demografía y sanidad en España: ¿Qué podemos aprender de Europa? 2004; ICE: mayo-junio.
2. Osakidetza. Informe de la encuesta de satisfacción de las urgencias hospitalarias. Año 2009. Kalitatearen zuzendariordea – Subdirección de calidad. Disponible en: <http://hemendik.osakidetza.net/ficherosFTP/CALIDAD/URG2009.pdf>
3. Eustat. Proyecciones de población. 2020. Análisis de resultados. Marzo. 2009.
4. Euskal Osasun Inkesta – Encuesta de salud del País Vasco. 2007. Servicio de estudios e investigación sanitaria. Dirección de Ordenación y Planificación Sanitaria. Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco. 2008.
5. Roudsari BS, Nathens AB, Cameron P, Civil I, Gruen RL, Koepsell TD, Lecky FE, Lefering RL, Liberman M, Mock CN, Oestern H-J, Schildhauer TA, Waydhas C, Rivara FP, International comparison of prehospital trauma care systems. *Injury*. 2007; 38(9):993-1000.
6. Sobremonde de Mendicuti E, Leonardo J. Osasuna-Sanidad. Eustat.2003. Disponible en: http://www.eustat.es/elementos/ele0004000/inf0004058_c.pdf.
7. Moons P, Arnauts H, Delooz HH. Nursing issues in care for the elderly in the emergency department: an overview of the literature. *Accid Emerg Nurs*. 2003; 11(2):112-20.
8. Aginaga JR, Ventura I, Argaya J, Urbe P, Álvarez de Arcaya M. Análisis de las urgencias de los pacientes mayores de 65 años atendidos en el Servicio de Urgencias del Hospital de Gipuzkoa. *Emergencias*. 1996; 8(2).
9. González-Montalvo JI, Baztán JJ, Rodríguez-Mañas L, San Cristóbal E, Gato A, Ballesteros P, Salgado A. Emergency hospital admission in medical services: causes, justification, social factors, and their differences in function of age. *Med Clin (Barc)*. 1994.15;103(12):441-4.
10. Duaso E, Juliá J, Carballeira M, Tomás S. Valoración geriátrica en un servicio general de urgencias hospitalarias. *Rev Mult Geront*. 2005; 15(1):40-49.
11. Fisher RH. El papel de la geriatría en los servicios de urgencias. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2003; 38:30-33.
12. Bernstein SL, Asplin BR. Emergency department crowding: old problem, new solutions. *Emerg Med Clin N Am*. 2006; 24:821-37.
13. Walsh B, Roberts HC, Hopkinson J. Emergency hospital admissions for ill-defined conditions amongst older people: a review of the literature. *Int J Older People Nurs* 2007; (2):270-7.
14. Walsh B, Roberts HC, Nicholls PG, Lattimer VA. Trends in hospital inpatient episodes for signs, symptoms and ill-defined conditions: observational study of older people's hospital episodes in England, 1995-2003. *Age ageing*. 2008; 35:455-8.
15. Rame JE, Sheffield MA, Dries DL, Gardner EB, Toto KH, Nancy CW, Drazner MH. Outcomes after emergency department discharge with a primary diagnosis of heart failure. *Am Heart J*. 2001; 142:714-719.
16. Ramos MR, Romero E, Mora J, Silveira LJ, Ribera JM. Análisis de mortalidad tras el ingreso en una unidad de agudos de geriatría: influencia de la dependencia funcional. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2007;42(4):212-7.
17. Volicer L. Dementia. *Neurologic Clinics*. November 2001;19(4):867-885.
18. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo. Colaboremos por la salud. Disponible en:<http://www.who.int/whr/2006/es/index.html>.

19. Aminzadeh F, Dalziel WB. Older Adults in the emergency department: a systematic review of patterns of use, adverse outcomes, and effectiveness of interventions. *Ann Emerg Med.* 2002; 39:238-247.
20. Sinclair D, Acroyd-Stolarz. Home care and emergency medicine: a pilot project to discharge patients safely from the emergency department. *Acad Emerg Med.* 2000; 7:951-954.
21. McCusker J, Dendukuri N, Tousignant P, Verdon J, Poulin de Courval L, Belzile E. Rapid two-stage emergency department intervention for seniors: impact on continuity of care. *Acad Emerg Med.* 2003; 10:233-243.
22. Andersen R, Neuman JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society.* 1975; 51: 95-124.
23. Eustat. Encuesta sobre la sociedad de la información-familias. 2º trimestre de 2008. 2008.
24. Eustat. Evolución de la estructura familiar. 2006. Análisis de resultados. Abril. 2009.
25. Donati P y Di Nicola P. Lineamenti di sociología della famiglia. Ed. Carocci. Roma. 2002.
26. Bowling A. Social support and social net works: Their relationship to the successful and unsuccessful survival of elderly in the community. An analysis of concepts and review of the evidence. *Fam Pract* 1991; 8:68.
27. Jovell JA. El paciente del siglo XXI. *An. Sist. Sanit. Navar.* 2006; 29 (Supl. 3): 85-90.
28. Gazteen Euskal Behatokia - Observatorio Vasco de la Juventud. Salud y juventud. Concepciones de salud de la juventud en Euskadi. Colección Gazteak Bilduma. Departamento de Cultura. Ed. Gobierno Vasco. 2008.
29. Declaración de Barcelona de las asociaciones de pacientes. Disponible en <http://www.fbjoseplaporte.org/dbcn/>.
30. Worthington K. Customer satisfaction in the emergency department. *Emerg Med Clin N Am* 2004; 22:87-102.
31. Cooke T, Watt D, Wertzler W, Quan H. Patient expectations of emergency department care: Phase II - A cross-sectional survey. *Can J Emerg Med.* 2006; 8 (3):148-57.
32. McGaw AJ, Jayasuriya P, Bulsara C, Thompson SC. *Aust J Primary Health* 2006; 12(3):78-84.
33. Gerard K, Lattimer V. Preferences of patients for emergency services available during usual GP surgery hours: a discrete choice experiment. *Fam Pract.* 2005; 22(1):28-36.
34. Campbell J, Roland M, Richards S, Dickens A, Greco M, Bower P. Users' reports and evaluations of out-of-hours health care and the UK national quality requirements: A cross-sectional study. *Br J Gen Pract.* 2009; 59(558):18-23.
35. Eustat. Actividad escolar y universitaria. 2005-2006. Análisis de resultados. 2007.
36. INE. Instituto Nacional de Estadística. Indicadores Sociales. Educación. Tablas por comunidades autónomas y provincias. 2008. Disponible en: <http://www.ine.es/daco/daco42/sociales08/educaprov.xls>.
37. INE. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de Información y Comunicación en los Hogares. 2008. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t25/p450/a2008/&file=pcaxis&L=0>.
38. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema nacional de Salud y el procedimiento

- para su actualización BOE. Nº 222 de 16 de setiembre de 2006.
39. LEY 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE Nº 128 de 29 de mayo de 2003.
 40. DECRETO 8/2007, de 23 de enero, sobre el uso de desfibriladores externos automáticos por personal no sanitario. BOPV nº 30, de 12 de febrero de 2007.
 41. Clare C. Do public access defibrillation (PAD) programmes lead to an increase of patients surviving to discharge from hospital following out of hospital cardiac arrest?--a literature review. *Int J Nurs Stud.* 2006; 43(8):1057-62.
 42. Euskadirako Osasun Politikak- Políticas de Salud para Euskadi. Osasun Plana – Plan de Salud. 2002-2010. Eusko Jaur-laritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz. 2002.
 43. Consejo Vasco de atención sociosanitaria. Plan estratégico para el desarrollo de la atención sociosanitaria en el País Vasco, 2005-2008 Eusko Jaur-laritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia- Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 2005.
 44. SEMES. Urgencias sanitarias en España: Situación actual y propuestas de mejora. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. 2003.
 45. Perales y Rodríguez de Viguri N, Renes E, Fernández P, Corres MA. Sistemas integrales de emergencias: aspectos generales. *Avances en Emergencias y Resucitación.* 1996. Vol 1: 1-24.
 46. Álvarez JA, Corres MA. Modelos de sistemas prehospitalarios. *Avances en Emergencias y Resucitación.* 1996. Vol 1: 25-36.
 47. HESCULAEP Health Emergency National/Regional Programmes: For an improved Coordination in Pre-Hospital Setting. Deliverable 2.1: Architecture, Benchmarking and prioritisation. Contract nº: 510232. 2005. Disponible en: http://www.hesculaep.org/cat.php?sous_rubrique_id=28.
 48. Consejería de Sanidad. Gobierno Vasco. Estudio sobre necesidades de médicos especialistas en Euskadi. Informe presentado a la Comisión de Sanidad del Parlamento Vasco. 2007.
 49. López A, Sánchez JA. Implantación de enfermería en un centro coordinador de urgencias y emergencias. *Puesta al Día en Urgencias, Emergencias y Catástrofes.* 2008; 8(2):73-8.
 50. Real Decreto 1397/2007, de 29 de octubre, por el que se establece el título de Técnico en Emergencias sanitarias y se fijan sus enseñanzas mínimas. BOE. Nº 282, de 24 de noviembre de 2007.
 51. Oriol i Bosch A, De Oleza R. Libro blanco de las profesiones sanitarias de Cataluña. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. 2003.
 52. Cooper S, Barrett B, Black S, Evans C, Real C, Williams S, Wright B. The emerging role of the emergency care practitioner. *Emerg Med J.* 2004; 21(5): 614-8.
 53. Halter M, Marlow T, Mohammed D, Ellison GTH. A patient survey of out-of-hours care provided by Emergency Care Practitioners. *BMC Emerg Med.* 2007; 7. Article Number: 4.
 54. Snooks H, Kearsley N, Dale J, Halter M, Redhead J, Foster J. Gaps between policy, protocols and practice: a qualitative study of the views and practice of emergency ambulance staff concerning the care of patients with non urgent needs. *Qual Saf Health Care.* 2005; 14: 251-7.
 55. Cooper S, O'Carroll J, Jenkin A, Badger B. Collaborative practices in unscheduled emergency care: role and impact of the emergency care practitioner-quantitative findings. *Emerg Med J.* 2007; 24(9):630-3.
 56. Cooper S, O'Carroll J, Jenkin A, Badger B. Collaborative practices in unscheduled emergency care: role and impact of the

- emergency care practitioner-qualitative and summative findings. *Emerg Med J*. 2007; 24(9):625-9.
57. Mason S, O'Keeffe C, Coleman P, Edlin R, Nicholl J. Effectiveness of emergency care practitioners working within existing emergency service models of care. *Emerg Med J*. 2007; 24(4):239-43.
 58. Mason S, Coleman P, O'Keeffe C, Ratcliffe J, Nicholl J. The evolution of the emergency care practitioner role in England: experiences and impact. *Emerg Med J*. 2006; 23(6):435-9.
 59. Su MJ, Chen HS, Lin GS, Shyy FM, Cjeng PH, Shih CL, Lin JW, Su S, Chen SJ. Application of a wireless network in a medical emergency service network. *J Inf Technol Healthcare* 2006; 4(3):165-72.
 60. Gervás J, Rico A, Seminario de Innovación 2005. Innovación en la Unión Europea (UE-15) sobre la coordinación entre Atención Primaria y Especializada. *Med Clin (Esp)*. 2006; 126 (17):658-61.
 61. Fernández A, García JL, Palmero C, García B, Páez JM, Álvarez M, et al. Continuidad asistencial. Evaluación de un programa de colaboración entre Atención Hospitalaria y Atención Primaria. *Rev Clin Esp*. 2007; 207(10):510-20.
 62. Osakidetza. Plan estratégico 2008-2012. De la excelencia a la innovación. 2008. Disponible en:http://www.osakidetza.euskadi.net/v19-osk003/es/contenidos/informacion/osk_organizacion_todo/es_org_osk/plan_estrategico_c.html.
 63. Kuokkanen L, Leino-Kilpi H. Powerment and empowerment in nursing: Three theoretical approaches. *J Adv Nurs*. 2000; 31:235-41.
 64. Salmon P, Hall GM. Patient empowerment and control: A physiological discourse in the service of medicine. *Soc Sci Med*. 2003; 57(10):1969-80.
 65. Dr Foster Intelligence. Keeping people out of hospital: The challenge of reducing emergency admissions. www.drfooster.co.uk.
 66. Richardson G, Kennedy A, Reeves D, Bower P, Lee V, Middleton E, Gardner C, Gately C, Rogers A. Cost effectiveness of the expert patients programme (EPP) for patients with chronic conditions. *J Epidemiol Community Health*. 2008; 62:361-7.
 67. Lupon J, González B, Mas D, Urrutia A, Arenas M, Domingo M, Altimir S, Valle V. Patient's self-care improvement with nurse education intervention in Spain assessed by the European heart failure self-care behaviour scale. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2008; 7(1):16-20.
 68. Walker L, Jamrozik K. Effectiveness of screening for risk of medical emergencies in the elderly. *Age Ageing* 2005; 34(3):238-42.
 69. Griffiths C, Foster G, Ramsay J, Eldridge S, Taylor S. How effective are expert patient (lay led) education programmes for chronic disease? *BMJ*. 2007; 334:1254-6.
 70. García Navarro JA. Niveles asistenciales y valoración en geriatría. *Actualización Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2009; 44:47-53.
 71. Kennedy A, Reeves D, Bower P, Lee V, Middleton E, Richardson G, Gardner C, Gately C, Rogers A. The effectiveness and cost effectiveness of a national lay-led self care support programme for patients with long-term conditions: a pragmatic randomised controlled trial. *J Epidemiol Community Health*. 2007; 61 (3):254-61.
 72. Gravelle H, Dusheiko M, Sheaff R, Sargent P, Boaden R, Pickard S, Parker S, Roland M. Impact of case management (evercare) on frail elderly patients: controlled before and after analysis of quantitative outcome data. *BMJ*. 2007; 6 334(7583):31.
 73. Mistiaen P, Poot E. Seguimiento telefónico iniciado por un profesional de la salud en el ámbito hospitalario para problemas posteriores al alta en pacientes que

- regresan a su domicilio. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006; 18(4):CD004510.
74. Hastings SN, Heflin MT. A systematic review of interventions to improve outcomes for elders discharged from the emergency department. *Acad Emerg Med.* 2005; 12(10):978-86.
 75. McCusker J, Verdon J. Do geriatric interventions reduce emergency department visits? A systematic review. *J Gerontol Biol Sci Med Sci.* 2006; 61(1):53-62.
 76. Sin DD, Bell NR, Man SF. Effects of increased primary care access on process of care and health outcomes among patients with asthma who frequent emergency departments. *Am J Med* 2004; 117(7):479-83.
 77. Wong KW, Wong FK, Chan MF. Effects of nurse-initiated telephone follow-up on self-efficacy among patients with chronic obstructive pulmonary disease. *J Adv Nurs.* 2005; 49(2):210-22.
 78. Roberts MM, Leeder SR, Robinson TD. Nurse-led 24-h hotline for patients with chronic obstructive pulmonary disease reduces hospital use and is safe. *Int Med J.* 2008; 38:334-40.
 79. Adams SG, Smith PK, Allan PF, Anzuelo A, Pugh JA, Cornell JE. Systematic Review of the Chronic Care Model in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Prevention and Management. *Arch Intern Med.* 2007; 167:551-561.
 80. Parè G, Jaana M, Sicotte C. Systematic review of home telemonitoring for chronic diseases: The evidence base. *J Am Med Inform Ass.* 2007; 14:269-77.
 81. O'Cathain A, Goode J, Luff D, Strangleman T, Hanlon G, Greatbach D. Does NHS Direct empower patients? *Soc Sci Med.* 2005; 61 (8):1761-71.
 82. Grilli R, Ramsay C, Minozzi S. Intervención de medios masivos de comunicación: efecto sobre la utilización de servicios sanitarios. *La Biblioteca Cochrane Plus,* 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd.
 83. Rector TS, Venus PJ, Laine AJ. Impact of mailing information about nonurgent care on emergency department visits by medicaid beneficiaries enrolled in managed care. *Am J Manag Care.* 1999; 5(12):1505-12.
 84. Ring F, Jones M. NHS Direct usage in a GP population of children under 5 years: is NHS Direct used by people with the greatest health need? *Br J Gen Pract.* 2004; 54(500):211-3.
 85. McLellan NJ. NHS Direct: virtually engaged. *Arch Dis Child.* 2004; 89(1):57-9.
 86. Shah SM, Cook DG. Socio-economic determinants of casualty and NHS Direct use. *J Public Health.* 2008; 30 (1):75-81.
 87. Burt J, Hooper R, Jessopp L. The relationship between use of NHS Direct and deprivation in southeast London: an ecological analysis. *J Public Health Med.* 2003; 25(2):174-6.
 88. Cooper D, Arnold E, Smith G, Hollyoak V, Chinemana F, Baker M, O'Brien S. The effect of deprivation, age and sex on NHS Direct call rates. *Br J Gen Pract.* 2005; 55(513):287-92.
 89. Bunn F, Byrne G, Kendall S. Telephone consultation and triage: effects on health care use and patient satisfaction. *Br J Gen Pract.* 2005; 55:956-61.
 90. Sprivulis P, Carey M, Rouse I. Compliance with advice and appropriateness of emergency presentation following contact with the Health Direct telephone triage service. *Emerg Med Australas.* 2004; 16(1):35-40.
 91. Graber DJ, Ardagh MW, O'Donovan P, St G I. A telephone advice line does not decrease the number of presentations to Christchurch Emergency Department, but does decrease the number of phone callers seeking advice. *N Z Med J.* 2003; 116(1177):U496.

92. Munro J, Sampson F, Nicholl J. The impact of NHS Direct on the demand for out-of-hours primary and emergency care. *Br J Gen Pract.* 2005; 55(519):790-2.
93. Lattimer V, Turnbull J, Burgess A, SurrIDGE H, Gerard K, Lathlean J, Smith H, George S. Effect of introduction of integrated out of hours care in England: observational study. *BMJ.* 2005; 9 331(7508):81-4.
94. Jiwa M, Mathers N, Campbell M. The effect of GP telephone triage on numbers seeking same-day appointments. *Br J Gen Pract.* 2002; 52(478):390-1.
95. Stacey D, Noorani HZ, Fisher A, Robinson D, Joyce J, Pong RW. Telephone triage services: Systematic review and a survey of Canadian call center programs. *CCO-HTA Technology Report, Issue 43, 2003.*
96. Fernández A, Andres A, Mora E, Azkuna B, Mintegi S, Benito J. Telephone triage performed by emergency room physicians. *An Pediatr (Barc).* 2005; 63 (4):314-20.
97. Keatinge D. Parents' preferred child health information sources: Implications for nursing practice. *Aust J Adv Nurs.* 2006; 23(3):13-8.
98. Stewart B, Fairhurst R, Markland J, Marzouk O. Review of calls to NHS Direct related to attendance in the paediatric emergency department. *Emerg Med J.* 2006; 23(12):911-4.
99. Dale J, Higgins J, Williams S, Foster T, Snooks H, Crouch R, Hartley-Sharpe C, Glucksman E, Hooper R, George S. Computer assisted assessment and advice for "non-serious" 999 ambulance service callers: the potential impact on ambulance dispatch. *Emerg Med J.* 2003; 20(2): 178-83.
100. Leibowitz R, Day S, Dunt D. A systematic review of the effect of different models of after-hours primary medical care services on clinical outcome, medical workload, and patient and GP satisfaction. *Fam Pract* 2003; 20(3): 311-317.
101. O'Connell JM, Towles W, Yin M, Malakar CL. Patient decision making: Use of and adherence to telephone-based nurse triage recommendations. *Med Dec Making.* 2002; 22(4):309-17.
102. Lee TJ, Baraff LJ, Wall SP, Guzy J, Johnson D, Woo H. Parental compliance with after hours telephone triage advice: nurse advice service versus on-call pediatricians. *Clin Pediatr.* 2003; 42 (7):613-9.
103. Marklund B, Strom M, Mansson J, Borgquist L, Baigi A, Fridlund B. Computer-supported telephone nurse triage: an evaluation of medical quality and costs. *J Nurs Manag.* 2007;15(2):180-7.
104. Kempe A, Bunik M, Ellis J, Magid D, Hegarty T, Dickinson LM, Steiner JF. How safe is triage by an after-hours telephone call center? *Pediatrics.* 2006; 118 (2):457-63.
105. Kempe A, Luberti A, Belman S, Hertz A, Sherman H, Amin D, Dempsey C, Chandramouli U, MacKenzie T. Outcomes associated with pediatric after-hours care by call centers: a multicenter study. *Ambul Pediatr* 2003; 3(4):211-7.
106. Giesen P, Ferwerda R, Tijssen R, Mokkink H, Drijver R, Van den Bosch W, Grol R. Safety of telephone triage in general practitioner cooperatives: do triage nurses correctly estimate urgency? *Qual Saf Health Care.* 2007; 16(1):181-4.
107. Hildebrandt DE, Westfall JM, Fernald DH, Pace WD. Harm resulting from inappropriate telephone triage in primary care. *J Am Board Fam Med.* 2006; 19 (5):437-42.
108. O'Cathain A, Webber E, Nicholl J, Munro J, Knowles E. NHS Direct: consistency of triage outcomes. *Emerg Med J.* 2003; 20(3):289-92.
109. Greatbatch D, Hanlon G, Goode J, O'Cathain A, Strangleman T, Luff D. Telephone triage, expert systems and cli-

- nical expertise. *Sociol Health Illn.* 2005; 27(6):802-830.
110. Van Charante EM, Giessen P, Mokkink H, Oort F, Grol R, Klazinga N, Bindels P. Patient satisfaction with large-scale out-of-hours primary health care in The Netherlands: development of a postal questionnaire. *Fam Pract.* 2006; 23:437-43.
 111. Van Uden CJ, Nieman FH, Voss GB, Wesseling G, Winkens RA, Crebolder HF. General practitioners' satisfaction with and attitudes to out-of-hours services. *BMC Health Serv Res.* 2005; 31;5(1):27.
 112. Thompson K, Parahoo K, Farrell B. An evaluation of a GP out-of-hours. service: meeting patient expectations of care. *J Eval Clin Pract.* 2004; 10 (3):467-74.
 113. Car J, Koshy E, Bell D, Sheikh A. Telephone triage in out of hours call centres. Concerns about quality and safety highlight the need for further evaluation. *BMJ.* 2008; 337:a1167.
 114. Peiró S, Sempere T, Oterino D. Efectividad de las intervenciones para reducir la utilización inapropiada de los servicios hospitalarios de urgencias. Revisando la literatura 10 años después del Informe del Defensor del Pueblo. *Economía y Salud (Serie informes técnicos, nº 2)* 1999; 33:1-16.
 115. Rodríguez A, Romanos MJ, Cerdeira JM, Molina MG, Álvarez JG, Vázquez P. Influencia de un punto de atención continuada (PAC) ubicado en un hospital en las urgencias hospitalarias del Área de Salud de Monforte (Lugo). *Emergencias* 1999; 11:199-207.
 116. Gallardo DF. Impacto de los puntos de atención continuada sobre la utilización de un servicio de urgencias hospitalario. Tesis Doctoral. 2008. Disponible en: <https://www.micinn.es/teseo/>.
 117. Van Uden CJ, Winkens RA, Wesseling GJ, Crebolder HF, van Schayck CP. Use of out of hours services: a comparison between two organisations. *Emerg Med J.* 2003; 20(2):184-7.
 118. Brown JB, Bouck LM, Ostbye T, Barnsley JM, Mathews M, Ogilvie G. Walk-in clinics in Ontario. An atmosphere of tension. *Can Fam Phys.* 2002; 48:531-536.
 119. Pope C, Chalder M, Moore L, Salisbury C. What do other local providers think of NHS walk-in centres? Results of a postal survey. *Public Health* 2005; 119(1):39-44.
 120. Salisbury C, Munro J. Walk-in centres in primary care: a review of the international literature. *Br J Gen Pract.* 2003; 53(486): 53-9.
 121. Jackson CJ, Dixon-Woods M, Hsu R, Kurinczuk JJ. A qualitative study of choosing and using an NHS Walk-in Centre. *Fam Pract.* 2005; 22(3):269-274.
 122. Grant C, Nicholas R, Moore L, Salisbury C. An observational study comparing quality of care in walk-in centres with general practice and NHS Direct using standardised patients. *BMJ.* 2002; 324(7353):1556.
 123. Chalder M, Sharp D, Moore L, Salisbury C. Impact of NHS walk-in centres on the workload of other local healthcare providers: time series analysis. *BMJ.* 2003; 326(7388):532.
 124. Hsu RT, Lambert PC, Dixon-Woods M, Kurinczuk JJ. Effect of NHS walkin centre on local primary healthcare services: before and after observational study. *BMJ.* 2003; 326(7388):530.
 125. Hutchison B, Ostbye T, Barnsley J, Stewart M, Mathews M, Campbell MK et al. Patient satisfaction and quality of care in walk-in clinics, family practices and emergency departments: the Ontario Walk-In Clinic Study. *Can Med Assoc J.* 2003; 168(8):977-983.
 126. Lattimer V, Burgess A, Jamieson K, Dalton S, Knapp F, Walsh B. A review of the urgent care literature published 2001-2006. University of Southampton. School of

- Nursing and Midwifery Faculty of Medicine, Health and Life Sciences.
127. Sakr M, Kendall R, Angus J, Sanders A, Nicholl J, Wardrope J. Emergency nurse practitioners: a three part study in clinical and cost effectiveness. *Emerg Med J*. 2003; 20(2):158-163.
 128. Snooks H, Foster T, Nicholl J. Results of an evaluation of effectiveness of triage and direct transportation to minor injuries units by ambulance crews. *Emerg Med J*. 2004; 21:105-11.
 129. Snooks H. Alternatives to the standard emergency ambulance response: a review of costs and benefits. 2005. Disponible en: http://www.prehospiten.hb.se/docs/sweden_presentation_1.ppt.
 130. Daly S, Campbell D A, Cameron P A. Short-stay units and observation medicine: a systematic review. *Med J Aust*. 2003; 178(11):559-563.
 131. González-Armengol JJ, Fernández C, Martín-Sánchez FJ, González-Del Castillo J, López-Farré A, Elvira C, Calvo E, Villarreal P. Actividad de una unidad de corta estancia en urgencias de un hospital terciario: cuatro años de experiencia. *Emergencias*. 2009;21: 87-94.
 132. Cooke MW, Higgins J, Kidd P. Use of emergency observation and assessment wards: a systematic literature review. *Emerg Med J*. 2003; 20:138-142.
 133. Ross MA, Compton S, Richardson D, Jones R, Nittis T, Wilson A. The use and effectiveness of an emergency department observation unit for elderly patients. *Ann Emerg Med*. 2003; 41:668-677.
 134. Leaman AM. See and treat: a management driven method of achieving targets or a tool for better patient care? One size does not fit all. *Emerg Med J*. 2003; 20:118.
 135. Cooke M, Fisher J, Dale J, McLeod E, Szczepura A, Walley P, Wilson S. Reducing attendances and waits in emergency departments. A systematic review of present innovations. NHS Service delivery and organisation R&D 2004. Disponible en: (<http://www.sdo.nihr.ac.uk/files/project/29-final report.pdf>).
 136. Rodi SW, Grau MV, Orsini CM. Evaluation of a fast track unit: alignment of resources and demand results in improved satisfaction and decreased length of stay for emergency department patients. *Qual Manag Health Care* 2006; 15:163-70.
 137. Nash K, Zachariah B, Nitschmann J, Psenick B. Evaluation of the fast track unit on a university emergency department. *J Emerg Nurs* 2007; 33: 14-20.
 138. Sánchez M, Smally AJ, Grant RJ, Jacobs LM. Effects of a fast-track area on emergency department performance. *J Emerg Med*. 2006; 31:117-20.
 139. Washington DL, Stevens CD, Shekelle PG, Henneman PL, Brook RH. Next-day care for emergency department users with nonacute conditions. A randomized, controlled trial. *Ann Intern Med*. 2002; 5, 137(9):707-14.
 140. Diesburg-Stanwood A, Scott J, Oman K, Whitehill C. Nonemergent ED patients referred to community resources after medical screening examination: characteristics, medical condition after 72 hours, and use of follow-up services. *J Emerg Nurs* 2004; 30(4):312-7.
 141. Miró O, Salgado E, Tomás S, Espinosa G, Estrada C, Martí C, Camp J, Asenjo MA, Salmerón JM, Sánchez M. Derivación sin visita desde los servicios de urgencias hospitalarios: cuantificación, riesgos y grado de satisfacción. *Med Clin (Barc)* 2006; 126 (3):88-93.
 142. Gómez-Jiménez J, Becerra O, Boneu F, Burgués L, Pàmies S. Análisis de la casuística de los pacientes derivables desde urgencias a Atención Primaria. *Gac Sanit* 2006; 20(1):40-6.

143. Sarasqueta C, Cantera MK, Busca P, Fdez. Peñalva. G, Huarte I, Pijoan JI, Soto A, Ugalde F, Gutierrez Herrador G, Hernando A. Análisis de la adecuación de las admisiones hospitalarias desde urgencias. Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco, 2001. Informe nº: Osteba D-01-06.
144. Zimmer JG, Groth-juncker A, McCusker J. A randomized controlled study of a home health care team. *AJPH* 1985;75:134-141.
145. San José A, Pérez J, Alemán C, Rodríguez E, Chicharro L, Jiménez FX, Ligüerre I, Vélez MC, Vilardell M. Atención especializada domiciliaria de patologías médicas desde un hospital universitario terciario urbano. Coordinación entre los servicios médicos del hospital y la Atención Primaria de salud del territorio. *Rev Clin Esp*. 2008; 208(4): 182-6.
146. Ryan J, Ghani M, Stainforth P, Bryant G, Edwards S. Fast tracking' patients with a proximal femoral fracture. *J Acc Emerg Med*. 1996; 13:108-110.
147. Charalambous CP, Yarwood S, Paschaliades C, Siddique I, Paul A, Hirst P. Reduced delays in A&E for elderly patients with hip fractures. *Ann Royal Col Surg Eng*. 2003; 85:200-203.
148. De Leciñana-Cases MA, Gil-Núñez A, Díez-Tejedor E. Relevante of stroke code, stroke unit and stroke networks in organisation of acute stroke care-the Madrid acute stroke care program. *Cerebrovasc Dis*. 2009; 27 Suppl 1: 140-7.
149. Price CI, Clement F, Gray J, Donaldson C, Ford GA. Systematic review of stroke thrombolysis service configuration. *Expert Rev Neurother*. 2009;9(2):211-33.
150. De Luca A, Toni D, Lauria L, Sacchetti ML, Giorgi Rossi P, Ferri M, Puca E, Prencipe M, Guasticchi G. Implementazione Percorso Clinico Assistenziale Ictus Acuto (IMPLICIA) Study Group. An emergency clinical pathway for stroke patients-results of a cluster randomised trial (isrctn41456865). *BMC Health Serv Res*. 2009; 21(9):14.
151. Bragulat E, López B, Miró O, Coll-Vinent B, Jiménez S, Aparicio MJ, Heras M, Bosch X, Valls V, Sánchez M. Análisis de la actividad de una unidad estructural de dolor torácico en un servicio de urgencias hospitalario. *Rev Esp Cardiol*. 2007; 60:276-84.
152. Goldstein P, Wiel E. Management of prehospital thrombolytic therapy in ST-segment elevation acute coronary syndrome (<12 hours). *Minerva Anesthesiol*. 2005; 71(6):297-302.
153. Mahon M. ED triage: Is a five-level triage system best? *Am J Nurs*. 2003; 103:61-63.
154. Murphy AW, Bury G, Plunkett PK, Gibney D, Smith M, Mullan E, Johnson Z. Randomized controlled trial of general practitioner versus usual medical care in an urban accident and emergency department: process, outcome and comparative cost. *BMJ* 1996 May 4; 312(7039):1135-42.
155. Dale J, Lang H, Roberts JA, Green J, Glucksman E. Cost effectiveness of treating primary care patients in accident and emergency: a comparison between general practitioners, senior house officers, and registrars. *BMJ*. 1996; 312:1340-1344.
156. Krakau I, Hassler E. Provision for clinic patients in the ED produces more non-emergency visits. *Am J Emerg Med*. 1999; 17:18-20.
157. Gentric A, Duquesne F, Graziana A et al. L'accueil gérontologique medicosocial aux urgences: une alternative à l'hospitalisation des personnes âgées en médecine? *Rev Méd Interne*. 1998;19:85-90.
158. Miller DK, Lewis LM, Nork MJ. Controlled trial of geriatric case-finding and liaison service in an emergency department. *J Am Geriatr Soc*. 1996; 44:513-20.

159. Townsend J, Frank A, Piper M. Visiting elderly patients at home immediately after discharge reduces emergency readmissions. *Br Med J.* 1996; 313:302.
160. Brousseau DC, Bergholte J, Gorelick MH. The effect of prior interactions with a primary care provider on nonurgent pediatric emergency department use. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2004; 158(1):78-82.
161. Afilalo J, Marinovich A, Afilalo M, Colacone A, Leger R, Unger B, Giguere C. Nonurgent emergency department patient characteristics and barriers to primary care. *Acad Emerg Med.* 2004; 11(12):1302-10.
162. Ragin DF, Hwang U, Cydulka RK, Holson D, Haley LL Jr, Richards CF, Becker BM, Richardson LD. Reasons for using the emergency department: results of the EMPATH Study. *Acad Emerg Med.* 2005; 12(12):1158-66.
163. Carret MLV, Fassa A.G, Kawachi I. Demand for emergency health service: factors associated with inappropriate use. *BMC Health Serv Res.* 2007; 7. Article Number: 131.
164. Han A, Ospina MB, Blitz S, Strome T, Rowe BH. Patients presenting to the emergency department: the use of other health care services and reasons for presentation. *Can J Emerg Med.* 2007; 9 (6):428-34.
165. Keene J, Swift L, Bailey S, Janacek G. Shared patients: multiple health and social care contact. *Health Soc Care Community.* 2001; 9:205-14.
166. Sun BC, Burstin HR, Brennan TA. Predictors and Outcomes of Frequent Emergency Department Users. *Acad Emerg Med.* 2003; 10(4):320-8.
167. Carbonell MA, Aranaz-Andrés JM, Mirasolives JJ, Pérez-Jover V. ¿Qué población utiliza el servicio de urgencias hospitalario? *Rev Calidad Asistencial.* 2004; 19(6): 370-3.
168. Franco SM, Mitchell CK, Buzon RM. Primary care physician access and gatekeeping: a key to reducing emergency department use. *Clin Pediatr.* 1997; 36:63-68.
169. Piehl MD, Clemens CJ, Joines JD. Narrowing the gap. Decreasing emergency department use by children enrolled in the Medicaid program by improving access to primary care. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2000; 154:791-795.
170. Stoddart D, Ireland AJ, Crawford R, Kelly B. Impact on an accident and emergency department of Glasgow's new primary care emergency service. *Health Bull.* 1999; 57:186-191.
171. Straus JH, Orr ST, Charney E. Referrals from an emergency room to primary care practices at an urban hospital. *Am J Public Health* 1983; 73:57-61.
172. Weinberger M, Oddone EZ, Henderson WG. The Veterans Cooperative study group on primary care and hospital readmissions. Does increased access to primary care reduce hospital readmissions? *New Eng J Med.* 1996; 334:1441-1447.
173. Lanter P, Kulkarni A, Palivos L, Miller S, Roberts R, Rydman R. Efficacy of follow-up appointments in decreasing subsequent ED visits and hospital admissions. *Acad Emerg Med.* 2001 8:579.
174. Van Uden CJ, Giesen PH, Metsemakers JF, Grol RP. Development of out-of-hours primary care by general practitioners (GPs) in The Netherlands: from small-call rotations to large-scale GP cooperatives. *Fam Med.* 2006; 38(8):565-9.
175. Pickin DM, O'Cathain A, Fall M, Morgan AB, Howe A, Nicholl JP. The impact of a general practice co-operative on accident and emergency services, patient satisfaction and GP satisfaction. *Fam Pract.* 2004; 21(2):180-182.
176. Glynn LG, Byrne M, Newell J, Murphy AW. The effect of health status on patients'

- satisfaction with out-of-hours care provided by a family doctor co-operative. *Fam Pract.* 2004; 21(6):677-83.
177. Van Uden CJ, Crebolder HF. Does setting up out of hours primary care cooperatives outside a hospital reduce demand for emergency care? *Emerg Med J.* 2004; 21(6):722-3.
 178. Van Uden CJ, Zwietering PJ, Hobma SO, Ament AJ, Wesseling G, van Schayck OC, Crebolder HF. Follow-up care by patient's own general practitioner after contact with out-of-hours care. A descriptive study. *BMC Fam Pract.* 2005; 9(1):23.
 179. Van Uden C, Winkens R, Wesseling G, Fiolet H, Van Schayck O, Crebolder H. The impact of a primary care physician cooperative on the caseload of an emergency department: the Maastricht integrated out-of-hours service. *J Gen Intern Med.* 2005; 20 (7):612-7.
 180. Department of Health. UK. Reforming emergency care. Disponible en: http://www.dh.gov.uk/en/Publicationandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4008702.
 181. Healthcare commission. Not just a matter of time. A review of urgent and emergency care services in England. Disponible en: http://www.cqc.org.uk/_./Not_just_a_matter_of_time_-_A_review_of_urgent_and_emergency_care_services_in_England_20081015590.
 182. Healthcare commission. Existing national target indicators for ambulance trusts. Disponible en: http://ratings2006.healthcarecomission.org.uk/Indicators_2006/Downloads/Amblist.doc.
 183. Fitch J. Response times: Myths, measurement and management. *JEMS.* 2005, 30 (9): 47-56.
 184. Benger JR, Noble SM, Coast J, Kendall JM. The safety and effectiveness of minor injuries telemedicina. *Emerg Med J.* 2004; 21 (4):438-45.
 185. Latifi R, Weinstein RS, Porter JM, Ziemba M, Judkins D, Ridings D, Nassi R, Valenzuela T, Holcomb M, Leyva F. Telemedicine and telepresence for trauma and emergency care management. *Scand J Surg.* 2007; 96(4):281-9.
 186. Ertl L, Christ F. Significant improvement of the quality of bystander first aid using an expert system with a mobile multimedia device. *Resuscitation.* 2007; 74(2):286-95.
 187. Currell R, Urquhart C, Wainwright P, Lewis R. Telemedicina versus atención al paciente cara a cara: efectos sobre la práctica profesional y los resultados de la atención a la salud. *La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4.* Oxford: Update Software Ltd.
 188. Noel HC, Vogel DC, Erdos JJ, Cornwall D, Levin F. Home telehealth reduces healthcare costs. *Telemed J E Health.* 2004; 10(2):170-83.
 189. Cherry JT, Moffatt C, Rodríguez C, Dryden K. Diabetes disease management program for an indigent population empowered by telemedicine technology. *Diabetes Technol Ther.* 2002; 4(6):783-91.
 190. Círculo de empresarios. Un sistema sanitario sostenible. 2006. Ediciones Círculo de Empresarios.
 191. García P, Mínguez J, Ruiz JL, Millán J, Trescoli C, Tarazona E. Gestión integral del área de urgencias y coordinación con Atención Primaria. *Emergencias.* 2008; 20:8-14.
 192. Ministerio de Sanidad y Consumo. Reunión técnica sobre estrategias futuras en Atención Primaria de salud en España en el marco de la conmemoración del XXV aniversario de Alma-Ata. La Atención Primaria como eje conductor del sistema nacional de salud. 2003. Disponible en: http://www.faecap.com/Documentos.nueva/Documentos_de_los_proyectos/COMPLETO_ESPANA1-rev.doc.

193. Reforming emergency care. Practical steps. 2002. Disponible en: <http://www.dh.gov.uk/en/Healthcare/Emergencycare/Keyemergencycaredocuments/index.htm>.
194. Pasarín MI, Fernández MJ, Calafell J, Correll C, Rodríguez D, Campasol S, Torné E, Torras MG, Guarga A, Plasencia A. Razones para acudir a los servicios de urgencias hospitalarios. La población opina. *Gac Sanit*. 2006; 20(2):91-100.
195. Sempere-Selva T, Peiró S, Sendra-Pina P, Martínez-Espin C, López-Aguilera I. Inappropriate Use of an Accident and Emergency Department: Magnitude, Associated Factors, and Reasons-An Approach With Explicit Criteria. *Ann Emerg Med* 2001; 37(6):568-79.
196. Richards SH, Pound P, Dickens A, Greco M, Campbell JL. Exploring user's experiences of accessing out-of-hours primary medical care services. *Qual Saf Health Care* 2007; 16(1):469-77.
197. Villanueva A, Nebot C, Galán A, Gómez G, Cervera M, Mira JJ, Pérez Jover V, Tomas O. How to achieve patient-centered healthcare: Patients', citizens', health professionals' and health managers' points of view. *Revista de Calidad Asistencial*. 2006; 21(4):199-206.
198. Bezzina AJ, Smith PB, Cromwell D, Eagar K. Primary care patients in the emergency department: who are they? A review of the definition of the 'primary care patient' in the emergency department. *Emerg Med Australas*. 2005; 17(5-6):472-9.
199. Richardson S, Ardagh M, Hider P. New Zealand health professionals do not agree about what defines appropriate attendance at an emergency department. *N Z Med J*. 2006; 21; 119(1232):U1933.
200. Cone DC, Schmidt TA, Mann NC, Brown L. Developing research criteria to define medical necessity in emergency medical services. *Prehosp Emerg Care* 2004; 8 (2): 116-25.
201. Rue M, Cabre X, Soler-González J, Bosch A, Almirall M, Serna MC. Emergency hospital services utilization in Lleida (Spain): A cross-sectional study of immigrant and Spanish-born populations. *BMC Health Serv Res*. 2008; 10(8):81.
202. Carrasco-Garrido P, Gil A, Hernández V, Jiménez-García R. Health profiles, lifestyles and use of health resources by the immigrant population resident in Spain. *Eur J Public Health* 2007; 17 (5): 503-7.
203. Shah MN, Fairbanks RJ, Maddow CL, Lerner EB, Syrett JI, Davis EA, Schneider SM. Description and evaluation of a pilot physician-directed emergency medical services diversion control program. *Acad Emerg Med*. 2006; 13(1):54-60.
204. Roberts E, Mays N. Can primary care and community-based models of emergency care substitute for the hospital accident and emergency (A&E) department? *Health Policy* 1998; 44(3):191-214.
205. Chapman JL, Zechel A, Carter YH, Abbott S. Systematic review of recent innovations in service provision to improve access to primary care. *Br J Gen Pract* . 2004; 54(502):374-81.
206. Omery A. Advice nursing practice: on the quality of the evidence. *J Nurs Adm* 2003; 33(6):353-60.
207. Moreno E. ¿Y si adaptáramos los servicios hospitalarios de urgencias a la demanda social y no a las necesidades de salud? *Emergencias*. 2008; 20 (4): 276-84.
208. Jiménez S, De la Red G, Miró O, Bragulat E, Coll-Vinent B, Senar E, Asenjo MA, Salmerón JM, Sánchez M. Efectividad de la incorporación de un médico especialista en medicina familiar y comunitaria en un servicio de urgencias hospitalario. *Med Clin (Barc)*. 2005; 125: 132-7.

ANEXOS

ANEXO I: ATENCIÓN URGENTE CAPV: ANÁLISIS DAFO

DEBILIDADES
Falta de personal médico y de enfermería.
Falta de coordinación entre niveles.
Cientelismo creado desde el SNS: No decir no a nada.
Electoralismo: Miedo a tomar medidas impopulares.
Falta de apoyo/No contar con profesionales desde la administración.
Falta de información sobre cartera de servicios de los dispositivos.
Falta de información única (Ausencia de Hª clínica única).
Falta de credibilidad (Ausencia de marketing).
Puerta de entrada falsa al sistema.
Déficits organizativos/información en especializada ---> Urgencias
Falta unificación criterios AP-AE.
Falta de dotación tecnológica en PACs.
SUH como "resolutor" de problemas sanitarios/burocráticos del Hospital.
Perfiles profesionales limitados en cuanto a responsabilidades .
Falta de reconocimiento/discriminación entre lo bueno y bien hecho.
Falta de camas para dar salida a la urgencia.
Falta de especialidad de medicina de urgencias y emergencias.
Incremento de la edad de los profesionales de los servicios de urgencias.
Privatización de los avisos a domicilio/ambulancias SVA.
Información errónea sobre capacidad del sistema.
PAC aislados/abandonados. No coordinación con los EAP.
Ambulancias de SVB con personal voluntario.
Déficit de ambulancias de SVA.
Hospitales terciarios: Imagen de únicos capaces de asumir graves.
Pensar que no hay competencia en el sector privado.
Trabajo en turnos condiciona el paso de información.
Falta de liderazgo en los PAC (modelo SME vs Atención Primaria).
Infrautilización de los PAC.
SUH que potencian el acudir a su servicio ("aporta poder/números").
Falta de formación en RCP de personal administrativo de los PAC.
Incumplimiento de los procesos/procedimientos pactados entre niveles.
Variabilidad clínica: Mensajes diferentes entre niveles.
Guías de Práctica Clínica: No generalizado su despliegue y uso.
Organización: No orientada al paciente.
Participación de los profesionales: No interviene en la gestión.
PAC abiertos en mismo horario que EAP en el mismo centro.
Dificultad para implementar/poner en marcha, cambios/GPC/etc.
Falta de conocimiento de los circuitos socio-sanitarios.

FORTALEZAS
Afianzamiento de los SUH como servicios.
Formación "especializada"/Experiencia en urgencias.
Soporte vital avanzado desplegado en la CAPV.
EAP: Ampliación horarios/Coordinación.
PAC: aportan cercanía al ciudadano/accesibilidad.
Ambulancias RTSU controlada y coordinada.
Procesos : SCACEST, Código Ictus, IMV...
Accesibilidad geográfica.
Consolidación de plazas en urgencias/PAC/AP/EO.
SME consolidado.
Accesibilidad hospitalaria: Hospitales comarcales.
Reconocimiento de los SUH dentro de los Hospitales.
Técnicas antes exclusivas del Hospital, ahora extrahospitalarias.
Comunicación entre intervinientes ha mejorado.
Acuerdos de colaboración entre dispositivos.
Accesibilidad horaria.
Triaje generalizado en los SUH.
Informatización de los SUH/PAC.
Acceso a los Clinic/Osabide desde los CC.
Generalización despliegue DEAs.
Bolsas de profesionales con perfil urgencista.
Sistematización de cursos de RCP para profesionales.
Grupos de "paradas" en Hospitales.
PAC: Plazas codiciadas respecto a horarios de tarde.
Cultura de continuidad/servicio entre intervinientes.
Tetra: Ubicado en urgencias hospitalarias.
Disminución del nº de TIS por médicos.
AP: agendas más descargadas, mayor posibilidad de asumir asistencia urgente.

AMENAZAS
Expectativas de la población.
Aumento problemática social: Pacientes sin apoyo social.
Aumento enfermedades crónicas.
Aumento de esperanza de vida.
Lista de espera en Atención Primaria (gestión de agendas).
Falta de información de la ciudadanía.
Lista de espera en atención especializada.
Mal manejo de consultas de alta resolución de Hospitales.
Aumento de inmigrantes, con urgencias como fuente de servicio de salud.
Falta de formación: ¿Cuándo ir al médico?, ¿a dónde ir? (Autocuidado).
Falta de formación escolar en materias como RCP.
Salud: Bien de consumo.
Medios de comunicación: series TV, Internet...
Mejorable planificación de la atención mental.
Creación de plazas en AP como única medida de gestión de la continuada.
Gestión de Osakidetza: Politizada y poco técnica.
Paliativos: gestión mejorable.
Planificación y política sanitaria cortoplazista.
Ausencia de incentivos a los profesionales.
Desaceleración económica.
Falta de solidaridad en la ciudadanía.
Mejorable respuesta social y socio-sanitaria
Medicina privada.

OPORTUNIDADES
Hospitales privados no preparados para asumir urgencias/emergencias.
GPC: Aumento en su número y despliegue.
Consultas alta resolución en AP.
Medios de comunicación/Internet.
Sistemas de comunicación.
Historia clínica única (?).
Gestión del paciente crónico (proceso en fase de definición por Dpto.).
Hospitalización a domicilio/Paliativos.
Creación de plazas en AP.
Innovación/Renovación (mejora): Asumida como positiva por organización.
Especialidad de medicina de Urgencias y Emergencias (SUH, SME).
Mayor Información: Aprender de experiencias similares.
Mayor gasto en Sanidad y en Urgencias.
Mayor sensibilidad hacia las urgencias/catástrofes.

