



LOS SERVICIOS DE URGENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA / PRIMARY CARE EMERGENCY SERVICES



Alumna: M^a del Carmen Fernández Manteca

Directora: Gloria de Alfonso Blanes

Trabajo de Fin de Grado en Enfermería. Junio 2014

Escuela Universitaria de Enfermería. Universidad de Cantabria

Resumen/palabras clave	4
Abstract/key words	4
Introducción	5
Metodología	6
 CAPÍTULO 1: Comparativa de los Servicios de Urgencias Hospitalarios con los Extrahospitalarios.....	 7
1.1 Urgencias versus emergencias	7
1.2 Atención de Urgencias Hospitalarias	7
1.3 Servicios de Urgencias Extrahospitalarias	8
1.4 Comparativa entre ambos.....	8
 CAPÍTULO 2: Servicios de Urgencias de Atención Primaria en España.	 9
2.1 Evolución histórica moderna.....	9
2.2 Situación actual	11
 CAPÍTULO 3: Los SUAP en Cantabria.	 12
3.1 Análisis de la población	12
3.2 Legislación	12
3.3 Estructura del Sistema Sanitario	13
3.4 Situación presente.....	13
3.5 Estrategia de Atención Primaria 2012-2015 ²¹	17
3.6 Centro de trabajo y equipamiento.....	18
 CAPÍTULO 4: Servicio 061 en Cantabria.	 19
4.1 Nacimiento	19
4.2 Actividad que desempeña.....	19
4.3 Tipos de transporte que ofrece.....	20

CAPÍTULO 5: Enfermería en servicios de urgencias extrahospitalarios.	23
5.1 Principios de asistencia sanitaria enfermera	23
5.2 Aspectos legales de la profesión	23
5.3 Funciones de enfermería en urgencias	25
5.4 Leyes que rigen el trabajo en SUAP	26
5.5 Especialidad en el plan de estudios.....	27
5.6 Premios e investigación.....	28
5.7 Visión futura	28
5.8 Diagnósticos de enfermería más frecuentes.....	29
 CAPÍTULO 6. Conclusiones y reflexión personal	 30
 Bibliografía/Webgrafía	 31

Resumen

Los Servicios de Urgencias Extrahospitalarios ofrecen una atención más adecuada en función de la accesibilidad del paciente, ayudando a la descongestión de los Servicios de Urgencias Hospitalarios, y derivando tan solo 7 de cada 100 pacientes. En Cantabria se implantaron en el año 2005, y actualmente hay 29 Servicios de Urgencias de Atención Primaria (SUAP), distribuidos por el territorio y cubriendo la Asistencia Sanitaria de urgencias de toda la Comunidad. Suman la atención de más de 250.000 urgencias al año. Por lo general, no se utilizan adecuadamente por los usuarios, y esto es sabido por la gerencia (compartida con el servicio 061). En el Plan Estratégico de Atención Primaria 2012-2015 se incluyen diferentes áreas de mejora sobre ello. El SUAP presta servicio médico y de enfermería de urgencias. En este campo es indispensable la formación continuada, y más aún en pleno siglo XXI. Aún no hay especialidad en enfermería para formarse específicamente en este campo.

Palabras clave: Enfermería de urgencia; Atención Primaria de salud; urgencias médicas.

Abstract

Emergency Outpatients Services provide more appropriate care in terms of patient accessibility, helping to decongest the Hospital Emergency Services Units, and deriving only 7 out of 100 patients. In Cantabria were implanted in 2005, and there are currently 29 Primary Care Emergency Services Unit (SUAP), spread strategically distributed throughout the territory and covering the urgent care needs in the Community. Pay attention attending more than 250,000 emergencies annually. They're not adequately exploited, and this is known by Management (shared with the 061 service). Different points for SUAP improvement are highlighted in the In the Primary Care 2012-2015 Strategic Plan. The SUAP provides nursing and medical emergency care services. Continuous training is essential in this professional domain, even more in the XXI century but nursing specialty isn't yet available in this field.

Key words: Emergency nursing; Primary Health care; emergencies.

Introducción:

Los servicios de urgencias y emergencias extrahospitalarias se han ido implantando en los países desarrollados con el objetivo de ofrecer progresivamente una cobertura sanitaria más amplia para la población, y con el objetivo de ofrecer una Asistencia Sanitaria de calidad.

Su nacimiento y evolución en nuestro país se establece partiendo del año 1964, momento en que se crearon los Servicios Normales y Especiales de Urgencia Extrahospitalaria (SNU). Gracias al Real Decreto 137/84 de Estructuras Básicas de Salud se integraron éstos a la actividad de Atención primaria, adhiriéndose a los Centros de Salud. También fue trascendental la Ley General de Sanidad, la Ley más importante que se ha establecido en nuestro país probablemente. En España, la Ley General de Sanidad fue promulgada el 25 de abril de 1986, y establecía la regulación de las acciones encaminadas a la protección de la salud tal y como se establecía en el artículo 43 de la Constitución española (1978): *“Del derecho a la protección de la salud. Para todos los ciudadanos: españoles y extranjeros residentes en España, extranjeros no residentes y los españoles que vivan en el extranjero en virtud de los convenios internacionales establecidos”*¹. En esta Ley, entre los principios y características que se señalaban para dotar al Sistema Nacional de Salud se encontraban: una mayor cobertura a los afiliados a la seguridad social (en 1991 se amplió la cobertura a las personas sin recursos también, y en el año 2000 a los extranjeros que estuvieran empadronados independientemente de su situación administrativa), equidad en el acceso, financiación pública a través de los Presupuestos Generales del Estado, descentralización...¹

Durante los años 90 se fue produciendo una progresiva descentralización de las funciones sanitarias, pasando del Gobierno Central a ser asumidas por los Gobiernos Autonómicos. En Cantabria, por el real decreto 1472/2001 de 27 de diciembre, se produce el traspaso de funciones del Instituto Nacional de Salud a la Comunidad Autónoma de Cantabria².

La financiación económica de este servicio a partir de 1999, pasa a ser asumida por los presupuestos Generales del Estado, previo a esta fecha se subvencionaba de forma mixta: parte de los presupuestos Generales del Estado (el Gobierno Central lo reparte entre todas las Comunidades para que cada una lo administre) y otra parte subvencionada por la Seguridad Social². Hoy en día se trata de un servicio público en el cual no hay pago directo tras la atención, pero existen muchos tipos de impuestos que el Estado recauda para su subvención y pago. Un impuesto indirecto que está activo actualmente en nuestra comunidad es el “céntimo sanitario”: consiste en que de cada litro de carburante que se reposta en las gasolineras de la Comunidad, el Gobierno de Cantabria recauda 2,4 céntimos para emplearlo en sanidad.

El área de atención de urgencias y/o emergencias produce una demanda creciente en los ciudadanos, siendo uno de las áreas en las que más elevada es esta demanda. Exige por tanto: atención rápida, sin demoras, de calidad, resolutive..., y esta presión ejercida que tiene sobre sí, es una de las razones por las que ha avanzado y mejorado tanto este servicio, aunque aún falta un largo camino por recorrer.

En nuestro país, la Sanidad Pública es una pieza fundamental del entramado de la protección social y desempeña un papel decisivo en equidad de los servicios². La misión de los Servicios de Urgencias Extrahospitalarios es proporcionar a los pacientes una asistencia

adecuada, accesible, y con la que se encuentren satisfechos. Para lograrlo, es importante un buen trabajo en equipo. Los recursos humanos otorgan el verdadero valor añadido.

Los objetivos que se esperan alcanzar al final de esta revisión bibliográfica son:

- Exponer y sintetizar el largo proceso de evolución y desarrollo en España de las urgencias extrahospitalarias. Entender la evolución en los últimos años hasta llegar al presente.
- Diferenciar entre las urgencias que se prestan desde el hospital y las de Atención Primaria.
- Acercar al lector el Marco Legal y social en el que se enmarca y articula su trabajo en nuestra Comunidad
- Conocer su forma de gestión, y apoyos con los que cuenta en la actualidad
- Profundizar estructura de los SUAP (Servicio de Urgencias de Atención Primaria) de Cantabria, así como su Cartera de Servicios
- Describir el papel de la enfermería en este Servicio

Metodología:

Para llevar a cabo esta monografía sobre los Servicios de Urgencias extrahospitalarios y en concreto, en nuestra CCAA, se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: Google académico, Dialnet, Cuiden plus, IBECS (Índice Bibliográfico de Ciencias de la Salud), y además en el Boletín Oficial del Estado (en lo referente a Legislación). También se ha obtenido información de libros. Junto con revistas electrónicas tales como SciELO, Elsevier, o Rol de Enfermería que pueden encontrarse en la biblioteca virtual de la Universidad de Cantabria.

Para la elección bibliográfica del tema, cómo términos MeSH y DeCS usados: urgencia, enfermería, Atención Primaria de salud, emergencias... Para la búsqueda de información también se utilizó la lógica booleana, utilizando operadores de tipo AND (Y), OR(O), NOT (NO).

Una vez elegidos los términos de la búsqueda, realizamos un filtro en las propias bases de datos: descartamos todos aquellos artículos que no estuvieran en lengua española o inglesa o portuguesa, y los que dataran de hace más de 8 años (para analizar la información más actualizada posible), salvo los contenidos que hacen referencia a hechos históricos, puesto que éstos no cambian con el avance de la investigación y los años.

También han sido rechazados todos los artículos que, aun conteniendo nuestros descriptores, no tuvieran información relevante para cumplir los objetivos propuestos.

Como administrador de las referencias bibliográficas encontradas, utilizamos el programa RefWorks, y estas aparecen al final del trabajo en estilo Vancouver.

El trabajo se encuentra dividido en seis capítulos bien diferenciados con sus respectivos subcapítulos:

En primer lugar, analizaremos las diferencias entre servicios extrahospitalarios y los hospitalarios, así como la interrelación funcional que forman.

En segundo lugar, se exponen los antecedentes de los Servicios de Urgencias extrahospitalarios actuales que conocemos.

En tercer lugar, se desarrollan la situación actual del Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) en Cantabria.

En cuarto lugar, se sitúa el Servicio 061 en nuestra Comunidad.

En quinto lugar, se analiza el papel enfermero y sus intervenciones en los SUAP.

Por último, se muestran una serie de conclusiones y reflexión personal alcanzada tras el desarrollo de esta monografía.

CAPÍTULO 1: Comparativa de los Servicios de Urgencias Hospitalarios con los Extrahospitalarios.

1.1 Urgencias versus emergencias

En primer lugar es importante saber cuáles son las características que distinguen las urgencias de las emergencias. A continuación, en la siguiente tabla se realiza una breve comparativa:

Características	<u>URGENCIA</u>	<u>EMERGENCIA</u>
Riesgo vital a corto plazo	No	Si
Necesidad de respuesta inmediata (minutos)	No	Si
Componente subjetivo	No	Si
Imprescindible entrenamiento específico	A veces	Prácticamente siempre
Ejemplos	Cólico renal o hepático, crisis nerviosa...	Asfixia, hemorragia grave...

Figura 1: Diferencias entre urgencias y emergencias. Fuente: MENSOR². Tabla: elaboración propia.

Como se ve en la tabla, las situaciones que más riesgo conllevan son las emergencias, necesitando atención inmediata. La primera hora se denomina “hora de oro”, en la cual la actuación sanitaria ha demostrado disminuir el número de fallecimientos.

Para continuar con esta revisión, hay que partir de que las urgencias tienen dos ámbitos principales de asistencia: los SUH (Servicios de Urgencias Hospitalarios) y los SUE (Servicios de Urgencias Extrahospitalarios).

1.2 Atención de Urgencias Hospitalarias

En nuestro país se hace un uso inadecuado de los SUH ya que, para las situaciones de menor riesgo vital, están los SUE con muchas ventajas de éstos últimos sobre los primeros. Seguidamente pasamos a ver esta realidad de forma más detallada.

Las urgencias hospitalarias reciben a muchos pacientes que podrían ser tratados de forma adecuada en Atención Primaria³. Se habla de “inadecuación” cuando se utiliza un nivel superior para la gestión de procesos que podrían ser solucionados en escalones inferiores⁴.

Un dato llamativo de los SUH es que los médicos de urgencias representan el 9,7% del total de médicos hospitalarios, y la enfermería de urgencias un 8,6% de la enfermería hospitalaria⁵. Esto demuestra que la cantidad de trabajo de las urgencias hospitalarias es muy grande. Hay que reseñar que en estos servicios se atienden urgencias y emergencias, pero en ellos deberían tratarse las emergencias en su mayoría.

El perfil de los usuarios que hacen un uso abusivo e inadecuado de SUH es de personas de bajo nivel socioeconómico, con alta accesibilidad al SUH y baja a los servicios extrahospitalarios, y sin un médico de cabecera de referencia, en ocasiones⁶. Los inconvenientes de realizar esta mala utilización son: uso sustitutivo que se hace de la Atención Primaria, la excesiva medicalización, el deterioro de la continuidad asistencial, las demoras en la atención a los enfermos verdaderamente graves y complejos, los efectos negativos para el conjunto del hospital así como el incremento del gasto sanitario (el coste de una atención no urgente en un centro hospitalario influye en los costes fijos, los variables, y los semivariabales (enfermería))⁴.

1.3 Servicios de Urgencias Extrahospitalarias

Los servicios de urgencias extrahospitalarias se definen como “*organización funcional que realiza un conjunto de actividades de atención de urgencias de forma ambulatoria*”⁷. Son sistemas compuestos por elementos de seguridad pública y de asistencia sanitaria, y también se hace un uso incorrecto porque, en ocasiones los ciudadanos lo utilizan como consulta de Atención Primaria pero con horario distinto, no acudiendo a estos por la mañana en horario de consulta normal, sino utilizando estas urgencias como una consulta más para algo banal sustituyendo a su médico de familia de referencia^{8,9}. Son conocidos una serie de puntos que deben mejorarse en todos los SUE: mejorar la accesibilidad, aumentar la coordinación de servicios, y crear redes de relaciones sociales⁶.

En algunas comunidades se han llevado a cabo, por los Servicios Sanitarios transferidos, diferentes estrategias y mejoras para aumentar el uso de los servicios de urgencias extrahospitalarios y así disminuir la sobrecarga de los centros hospitalarios. Por ejemplo, en Madrid desarrolló una campaña publicitaria con el eslogan: “¿Urgencias? Piensa en ello, piensa en todos”³. Este lema venía acompañado del texto: “Hay infecciones que no necesitan atención hospitalaria de urgencias”. Pero debido a la poca efectividad que se obtuvo, emprendieron otra campaña con el eslogan de: “No espere innecesariamente”, reforzando este mensaje con el mensaje de que cuando la dolencia no es grave no hay que ir al hospital, sino a los servicios de urgencias de los centros de salud.

1.4 Comparativa entre ambos

Resulta llamativo que, en un estudio publicado en el año 2010, sólo el 80,7% de los pacientes encuestados que acudieron a urgencias hospitalarias conocían los servicios de urgencias extrahospitalarias. Una conclusión importante a la que se llega en el texto para cambiar estos datos es: aumentar la educación sanitaria a nivel de Atención Primaria para así fomentar su uso adecuado y descongestionar los hospitales¹⁰.

Otro dato muy interesante es el de que los hospitales públicos de la región de Madrid atendieron en 2009 casi 2.7 millones de urgencias, pero solo el 10,6% acabaron en ingreso³, y este 10,6% de ingresos supuso más de la mitad del total de ingresos en los

hospitales públicos (62%)⁵. La Consejería de Sanidad de esta Comunidad dice que desde Atención Primaria solo se derivan 7 de cada 100 urgencias que se reciben³. En el año 2012, en toda España, se atendieron más de 26 millones de consultas en los SUH y más de 30 millones de consultas telefónicas o asistencias llevadas a cabo por los Sistemas de Emergencias Médicas (extrahospitalarios)¹¹. El creciente volumen de la atención urgente y el progresivo aumento de la demanda, ponen de manifiesto la evolución y el desarrollo continuo como claros indicadores de necesidad de dotación de profesionales (preferiblemente especialistas) cualificados y expertos.

El factor clave de la conducta de acudir a un servicio de urgencias hospitalarias es la elaboración o no de un autodiagnóstico⁶. Pero a esto se hay que sumarle otras variables: las ventajas que la población general ve al hospital y su sobrevaloración, falta de confianza en los equipos de Atención Primaria, persistencia de los síntomas y percepción de gravedad, etc. Las experiencias previas y la situación vital de la persona modulan el tipo de demanda en gran medida.

La población, coincidiendo también con la implantación de los SUE, ha sufrido en estos años grandes cambios: envejecimiento progresivo, cronificación de enfermedades que se descompensan o se complican, aumento de la renta y la educación, y ha desarrollado expectativas y perspectivas mayores sobre estos servicios⁴. Antes, los servicios extrahospitalarios que había se encargaban de “cargar y correr” con el enfermo hasta llegar al centro hospitalario para que allí recibiese la atención necesaria, pero hoy en día, se trabaja para que las situaciones de urgencia se puedan estabilizar en el medio extrahospitalario, y si no es posible su tratamiento, trasladarlas hasta un centro hospitalario. Los SUE forman parte integral de todo el Sistema de Salud².

Los Servicios de Urgencias Médicas en España pueden dar respuesta a una emergencia con un abanico de posibilidades: ser resueltas a través del equipo de profesionales del SUAP o a través del Servicio 061, de forma ambulatoria o en el centro hospitalario, sin movilización de recursos o con movilización de estos...²

CAPÍTULO 2: Servicios de Urgencias de Atención Primaria en España.

2.1 Evolución histórica moderna

En el año 1964 se crearon los Servicios Normales de Urgencias Extrahospitalarios para dar cumplimiento a lo establecido en la Ley de Bases de la Seguridad Social (1963). Estos servicios no contaban con recursos móviles, y se implantaron en poblaciones de más de 5.000 titulares y en todas las capitales de provincia. Sin embargo, en esa época también existían los Servicios Especiales de Urgencia, los cuales si disponían de recursos móviles y se situaban en las localidades de más de 90.000 titulares domiciliados¹².

El modelo español de las emergencias extrahospitalarias tal y como hoy le conocemos se ha desarrollado fundamentalmente a partir de los años 80 y 90, a causa de los elevados resultados que reflejaban la mortalidad extrahospitalaria por patologías cardiacas y accidentes de tráfico fundamentalmente, y por eso se impulsó la idea de dotar de más prestaciones a la atención existente. Es en 1984 cuando surge el concepto de atención continuada a partir del Real Decreto 137/84 de Estructuras Básicas de Salud. Por este Decreto se incorporan los SNU a la actividad de Atención Primaria, y se organiza la atención las 24 horas, implantándose inicialmente en localidades de menos de 5.000

habitantes porque estas no tienen Servicios de Urgencia (SU). En 1986 el número de estos puntos era de 137 en todo el territorio español, y pasó a ser de 216 en 1988, con una población cubierta de 3 millones de personas¹⁴. En 1984 también, la Sociedad Española de Medicina Intensiva elabora el Plan de Actuación Sanitaria de Urgencia (PASU), que sientan las bases para la creación de un Sistema de Asistencia Médica de Urgencia².

Por el informe del Defensor del Pueblo de 1988, el Instituto de la Salud (INSALUD) (creado en 1978, un año después de constituirse el primer Ministerio de Sanidad de la democracia¹³) elaboró en diciembre el Plan Director de Urgencias Sanitarias, donde se definen los denominados Puntos de Atención Continuada, y donde se determina también el proceso transitorio para integrar la atención continuada en las estructuras de la Atención Primaria¹⁴. Se orientó hacia la atención y resolución de la demanda de asistencia urgente por parte de la Atención Primaria, y facilita una mayor cobertura horaria más amplia y la mejora de la accesibilidad¹⁴.

En junio de 1993 se elaboró por un grupo de trabajo de INSALUD un documento interno denominado “Definición de Modelo para los Servicios de Urgencia Extrahospitalarios”. El grupo de expertos que lo componían llegó a la conclusión de que este tipo de asistencia hasta entonces había tenido un desarrollo poco homogéneo e insuficiente sobre el modelo inicial propuesto en el Plan Director de 1988. Posterior a esto, en 1995 se promulgó un Real Decreto sobre Ordenación de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud. En su Anexo I apartado 2 punto 4º, se define la modalidad de prestación sanitaria dentro de la Atención Primaria referente a la atención de urgencia de la siguiente manera: *“La Atención Primaria de urgencia, a las personas de cualquier edad, se prestará de forma continuada, durante las veinticuatro horas del día, mediante la atención médica y de enfermería, en régimen ambulatorio o en el domicilio del paciente, en los casos en que la situación de éste así lo requiera”*.

En 1997 el INSALUD elaboró el “Plan Estratégico”, también conocido como el “Libro Azul”, en el que se hace un análisis de la situación de los recursos existentes para la asistencia a las urgencias y emergencias. Según este análisis, y a pesar de las propuestas que habían sido realizadas en el Plan Director de Urgencias, el INSALUD mantuvo una variedad de servicios de urgencias extrahospitalarios, dispersos y no ordenados.

En cuanto a la atención de las emergencias, se revisaron y se reconocieron los resultados satisfactorios de los dos sistemas de emergencia 061 puestos en marcha en Madrid y Palma de Mallorca, ambos dependientes del nivel de la Atención Primaria. Hasta este momento han sido desarrollados por el INSALUD únicamente en Madrid y Baleares, mientras que en algunas Comunidades Autónomas estos servicios han sido implantados por otros Servicios de Salud.

En 1998 se celebraron en la ciudad de Murcia unas jornadas en las que se elaboraron una serie de conclusiones, entre las que destacan las siguientes:

- Dotación a cada Dirección Territorial del INSALUD de un Centro de Gestión 061
- Instauración de los Centros de Coordinación de Urgencias como el eje que vertebra, aglutina y coordina los recursos propios y los de Atención Primaria y Atención Especializada para la atención de urgencias.

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

Durante 1999 se constituyó un grupo de trabajo por parte del INSALUD, integrado por ocho gerentes de diversas Áreas de Atención Primaria y surge el documento “Atención de Urgencias en Atención Primaria”. Como conclusiones y recomendaciones finales, se propuso la transformación de los Servicios de Urgencias en Puntos de Atención Continuada, así como la transformación de las plazas de los Servicios Normales de Urgencias (SNU) en plazas de médicos de familia y ATS/DUE dedicados a las urgencias extrahospitalarias.

La homogeneización laboral de los médicos y ATS/DUE de los servicios de urgencia se produciría dos años más tarde, así como la homologación retributiva, que no laboral, del personal de refuerzo existente. Finaliza así la larga travesía del desierto de estos servicios que ha durado 50 largos años: desde los SNU.

2.2 Situación actual

Los Servicios de Urgencias de Atención Primaria se crean mediante Resolución de la Dirección General del INSALUD (Instituto Nacional de la Salud) de 27 de diciembre de 2001, publicada en el Boletín Oficial del Estado con fecha 12 de febrero de 2002.

De esta manera, las plazas de los profesionales sanitarios se transforman en plazas de SUAP (Servicio de Urgencias de Atención Primaria) y, lo que es más importante, las plazas de urgencias que pudieran crearse en el futuro en las Gerencias de Atención Primaria pasarán a ser constituidas como plazas de SUAP.

La creación de los SUAP, coincide en el tiempo con el proceso de transferencia de competencias en materia sanitaria a las Comunidades Autónomas en las que la asistencia sanitaria todavía dependía del INSALUD (Cantabria, Asturias, Madrid, Castilla y León, Castilla La Mancha, La Rioja, Aragón, Extremadura)¹⁴. En paralelo a este proceso de descentralización, en todo el país se llevaron a cabo fuertes inversiones para el cambio de los antiguos ambulatorios o consultorios en modernos centros de salud. Esta separación sirvió para contribuir al dinamismo del servicio en particular y de la sanidad en general, y para aumentar la innovación sanitaria y la mejora de la gestión; pero también provoca que desde entonces y a día de hoy, haya diferencias en el acceso y en las prestaciones entre las diferentes CCAA².

A pesar la descentralización, el Estado promulgó una ley común para toda la nación, esta es la ley 16/2003 de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional en la que se expone: *“La atención de urgencia se presta al paciente en los casos en que su situación clínica obliga a una atención sanitaria inmediata, dispensada tanto en centros sanitarios como fuera de ellos, las 24 horas de día.”* En el artículo 12 párrafo 2 se establece: *“La Atención Primaria comprenderá: la asistencia sanitaria a demanda, programada y urgente tanto en la consulta como en el domicilio del enfermo”*. Y en el RD de 2006 sobre la Cartera de Servicios comunes al Sistema Nacional de Salud se regula de forma más exhaustiva la inclusión de la asistencia de urgencias en Atención Primaria y atención especializada, desarrollándose en sus anexos (acceso y coordinación, Cartera de Servicios...)².

El Margo Legislativo básico para todas las Comunidades Autónomas en tema de atención de urgencias y emergencias está formado por: RD 619/1998 en el que establecen las características técnicas, equipamiento y dotación de personal de los vehículos de transporte sanitario por carretera; el 903/1997 de 16 de junio, que regula el acceso al servicio de urgencias y emergencias a través del 112; la Ley Reguladora de la Autonomía del Paciente y de sus Derechos y Obligaciones; la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal; y la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias de 2003².

CAPÍTULO 3: Los SUAP en Cantabria.

La calidad de los servicios ha de ser contemplada como un valor cultural, no tan solo asistencial. La calidad integral supone la suma de la calidad de proceso, calidad de resultado, calidad científico-técnica, y calidad percibida por el cliente. Se deben hacer, o al menos intentar, las cosas bien y a la primera desde todos los puntos de vista¹⁵. El sector de la salud representa una pieza fundamental de la economía productiva, ya que produce empleos cualificados cuyas actividades se basan en el conocimiento y la tecnología².

3.1 Análisis de la población

La CCAA de Cantabria es una comunidad uniprovincial con una superficie de 5.321 km². Su población es de 591.861 personas (288.643 hombres y 303.245 mujeres), lo que representa el 1,3% del país de España, y con una densidad de 111 habitantes por km². El paro en nuestra Comunidad es del 20,95% del total de habitantes (datos de abril de 2014); a pesar de ser elevado este porcentaje, se sitúa por debajo del nacional que alcanza el 25,93%¹⁶.

La población cada vez está más envejecida (la esperanza de vida de los hombres es de 79 años y la de las mujeres 85)¹⁶ y más cronicada, por lo que muchas de las urgencias no requieren hospitalización y sólo tratamiento ambulatorio. Esto ha supuesto un cambio sociosanitario. Además, el cuidado de estos pacientes en el domicilio favorece su autonomía, frente a la dependencia de los cuidados que se crean en el medio hospitalario.

El nivel socioeconómico ha aumentado, así como la calidad de vida, las expectativas de los ciudadanos, se han producido cambios en los patrones económicos y culturales, cambios en el medio externo, incorporación de la tecnología, su mejora... A todo hay que adaptarse para dar la respuesta sanitaria urgente más adecuada.

3.2 Legislación

Por el Real Decreto 1152/1982 de 28 de mayo, se determinan las normas y el procedimiento a que han de ajustarse los traspasos de funciones y servicios del Estado a la Comunidad Autónoma de Cantabria¹³.

En Cantabria, por el Decreto 3/2002 de 23 de enero, se asumen las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), y se atribuye a órganos de la Comunidad Autónoma. El Decreto 24/2002 de 7 de marzo, marca las pautas sobre la Estructura Orgánica de la Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales. Más adelante, mediante el Decreto 87/2003 de 14 de julio se modifica parcialmente la estructura básica de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales porque se suprime la dirección general de Salud Pública y Consumo, y se crea como órgano directivo la Dirección General de Salud Pública. De igual forma, por el Decreto 133/2003 de 31 de julio, se suprimió la Dirección General de Atención Sociosanitaria y la Dirección General de Acción Social como órganos directivos, y se creó la Dirección General de Políticas Sociales y de la Dirección General de Servicios Sociales¹⁷.

Los Servicios de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) fueron creados en 2005 en Cantabria, con el objetivo de lograr una mejor atención de las demandas urgentes, mediante uso racional de los recursos materiales y humanos para satisfacer las necesidades de la población.

El Real Decreto 103/2006 sirvió en cierto modo para consolidar el sistema, ya que regulaba por primera vez la Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud en urgencias y emergencias. Aquí ya se establecía: la atención durante las 24 horas del día,

atención telefónica (061, 112 u otros números según la Comunidad), evaluación y diagnóstico, transporte sanitario, etc¹⁸.

3.3 Estructura del Sistema Sanitario

La estructura fundamental del Sistema Sanitario es el Área de Salud, entendida como la demarcación administrativa que agrupa un conjunto de centros y de profesionales bajo su dependencia administrativa. Nuestra Comunidad se divide en 4 por diversos factores (geográficos, demográficos, laborales, comunicaciones...): Área I: Santander; Área II: Laredo; Área III: Reinosa; y Área IV: Torrelavega¹⁹.

Cada área de salud está vinculada o al menos dispone de un hospital de referencia¹. Para su demarcación deben tenerse en cuenta los siguientes factores:

1. Las isócronas o distancias máximas de las agrupaciones de población más alejadas de los servicios.
2. El grado de concentración o dispersión de la población.
3. Las características epidemiológicas de la zona.
4. Las instalaciones y los recursos sanitarios de la zona.

Las Áreas de Salud de nuestra Comunidad se dividen en 42 Zonas Básicas de Salud¹⁹, que constituyen el marco territorial. El Centro de Salud o Centro de Atención Primaria es la estructura física y funcional donde se llevan a cabo las actividades de la Atención Primaria¹. Un Consultorio es una estructura sanitaria más pequeña localizada en los pueblos, con menos profesionales que los centros de salud. En nuestra CCAA hay 109 consultorios, 29 SUAP y las 4 bases asistenciales.

Hasta el año 2010 el Servicio Cántabro de Salud (creado por la Ley de Cantabria 10/2001 de 28 de diciembre como: Organismo Público con el carácter de organismo autónomo, con personalidad jurídica y plena capacidad de obrar, dotado de tesorería y patrimonio propios, así como de autonomía de gestión¹⁷) se estructuraba en:

- Tres gerencias de Atención Primaria: Santander – Laredo, Torrelavega – Reinosa y 061.
- Tres de atención especializada: Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Hospital Sierrallana y Hospital Comarcal de Laredo.

Pero en ese año 2010 se produjo una reestructuración²⁰:

- Gerencia de Atención Primaria (que incluye las áreas I, III y IV, y también el 061 y un Centro Coordinador de Urgencias perteneciente al él¹⁹)
- Gerencia del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla
- Gerencia de los Hospitales de Sierrallana y Tres Mares
- Gerencia II Única de Laredo (que gestiona tanto el hospital como los centros de Atención Primaria de la comarca (Área II)).

3.4 Situación presente

En la actualidad se ofrece en el SUAP servicio médico y de enfermería de urgencias.

La función principal de los SUAP es la de ser los encargados de dar respuesta a las situaciones urgentes de forma extrahospitalaria, y que por sus características no pueden esperar a ser atendidas al día siguiente por el médico de familia.

Cantabria cuenta con 29 SUAP: 10 corresponden al Área I, 8 al Área II, 2 al Área III y 9 al Área IV²¹, que garantizan la continuidad sanitaria cuando el Centro de Salud cierra sus

puertas (por ejemplo, continuando las pautas de cura diarias o tratamientos en fin de semana, así como prestando atención de urgencias). La última incorporación ha sido el SUAP El Alisal, abierto el 1 mayo de 2013, con el fin de descongestionar el trabajo que cargaba el SUAP El Sardinero, en Santander.



Figura 2: Mapa de los SUAP en Cantabria. Fuente: Servicio Cántabro de Salud²¹.

El equipo de los 29 SUAP suman 261 profesionales: 112 médicos, 109 enfermeros y 40 celadores, que trabajan en coordinación con el servicio 061 (28 médicos y 22 enfermeros), lo que suman 311 personas que componen la plantilla de Urgencias y Emergencias extrahospitalarias de Cantabria.

La atención de urgencias extrahospitalaria supone un volumen importante en el conjunto de prestaciones que se ponen a disposición de los ciudadanos en la Cartera de Servicios del Sistema Cántabro de Salud. Los SUAP desarrollan su actividad desde las 17 horas hasta las 9 en días laborables (el resto de horas queda cubierto este servicio por el Centro de Salud), y las 24 horas del día en festivos y fines de semana¹⁹, excepto en la Zonas Básicas de Agüera (Área II) y Campoo (Área III), que por sus características poblacionales y geográficas funciona el SUAP 24 horas diariamente²². Entre semana su actividad comienza a las 17:00 horas porque aunque el equipo de Atención Primaria trabaja hasta las 15:00, debido al incremento de jornada de 2,5 horas semanales de cada uno de los profesionales siguiendo la Ley de Cantabria 2/2012 de 30 de mayo en la que se establece un incremento de la jornada ordinaria del personal al servicio de las instituciones sanitarias del Servicio Cántabro de Salud, se pactan y ajustan para cubrir el servicio de urgencias de 15:00 a 17:00 los días laborables²³.

En este servicio se atienden todo tipo de patologías, desde situaciones banales como catarros y pequeñas heridas, hasta situaciones de riesgo vital como infartos o paradas cardiorrespiratorias, e interviene en situaciones de grandes catástrofes cuando es necesario. Su servicio va dirigido a la continuación de cuidados y a las urgencias, y las patologías más comunes encontradas en este servicio son entre otras: dolor torácico, dolor abdominal, hemorragias no traumáticas, hemorragias gastrointestinales, hemoptisis, pústulas, cefalea (la migraña es la cefalea más atendida en los SUAP²⁴), dolor lumbar,

disnea, palpitaciones, diarrea y vómitos, fiebre, edemas, agitación y alteración de la conciencia, mareo y vértigos, y pérdida de fuerza.

Cualquier tipo de atención urgente telefónica se atiende a través del 061, no teniendo los Centros de Salud ningún teléfono habilitado para urgencias. Los SUAP dependen funcionalmente del 061, que es quien controla y organiza la asistencia a las Urgencias en nuestra Comunidad².

Se producen de media 744 consultas médicas y 402 de enfermería al día en el conjunto de los SUAP (siendo no equitativas entre todos los centros, si no más abundantes en los centros urbanos con más densidad de población, y menores en los centros rurales). Se ha hecho un análisis de los pacientes y los horarios en los que estos acuden al servicio: de lunes a viernes “el pico” se alcanza entre las 6 y las 7 de la tarde, y los fines de semana a las 11 de la mañana; las mujeres lo usan más que los hombres; y la población que más lo hace es la menor de 9 años de edad y la mayor de 85²⁶.

En el año 2012, el número de urgencias atendido por el SUAP fue de 257.557 personas: 92.175 se registraron en el área de Santander, 86.922 en el de Torrelavega, 76.109 en Laredo y 2.351 en Reinosa.

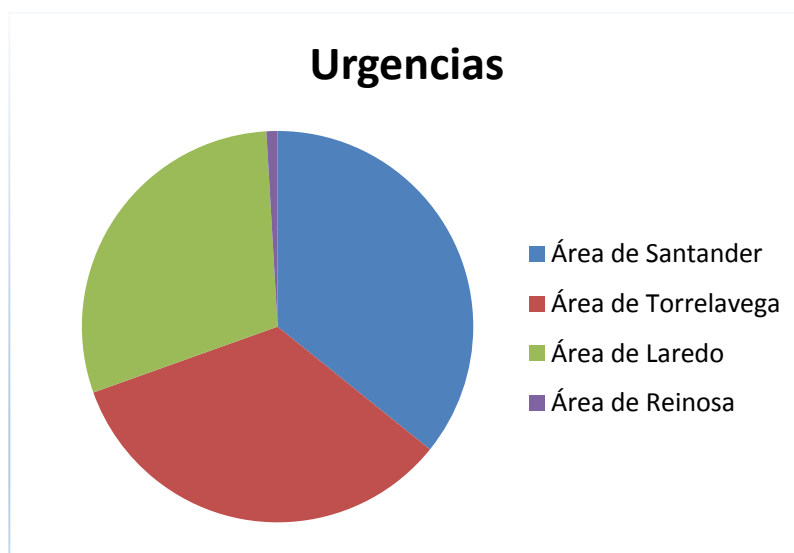


Figura 4: Número de urgencias atendidas por los SUAP Cantabria. Tabla: Elaboración propia.

En función del gasto sanitario, un estudio realizado en el SUAP de Torrelavega, refleja datos económicos sobre su servicio y las urgencias que atendió en los años 2011 – 2012. Este artículo tasa la consulta médica en casi 80€, y la enfermera en 16€ cuando se producen en el Centro de Salud, aumentando su precio (él medico llega a los 92€ y la enfermera a los 21€) cuando la atención se produce en el domicilio del paciente, siendo estos los precios que se aplican cuando el importe ha de ser reclamado a un tercero obligado al pago. Aplicando la Orden SAN/12/2011 por la que se fijan las cuantías de los precios públicos de los Servicios Sanitarios prestados por el Servicio Cántabro de Salud, el coste de la atención sanitaria en el SUAP supone 2 millones de euros al año, aunque los gastos anuales imputados al SUAP son de menos de 1 millón de euros²⁷.

En el año 2010 se publicaron los resultados sobre la Encuesta de Satisfacción 2009, encuesta que se le realizó a una parte de la población de Cantabria para que evaluase el

Servicio Sanitario que ofrecía el Servicio Cántabro de Salud y la calidad de la asistencia recibida. En cuanto al servicio de urgencias de Atención Primaria, los resultados fueron que más del 50% de los encuestados había usado este servicio, y calificaban como buena la rapidez y la calidad de la atención recibida. Pero en las áreas de mejora aparece reflejado que se desea una mayor resolutiveidad de este servicio²⁸.

En 2010 se realizaba un estudio sobre las patologías que encontrábamos en distintos SUAPs de la Comunidad, y mostraba estos datos:

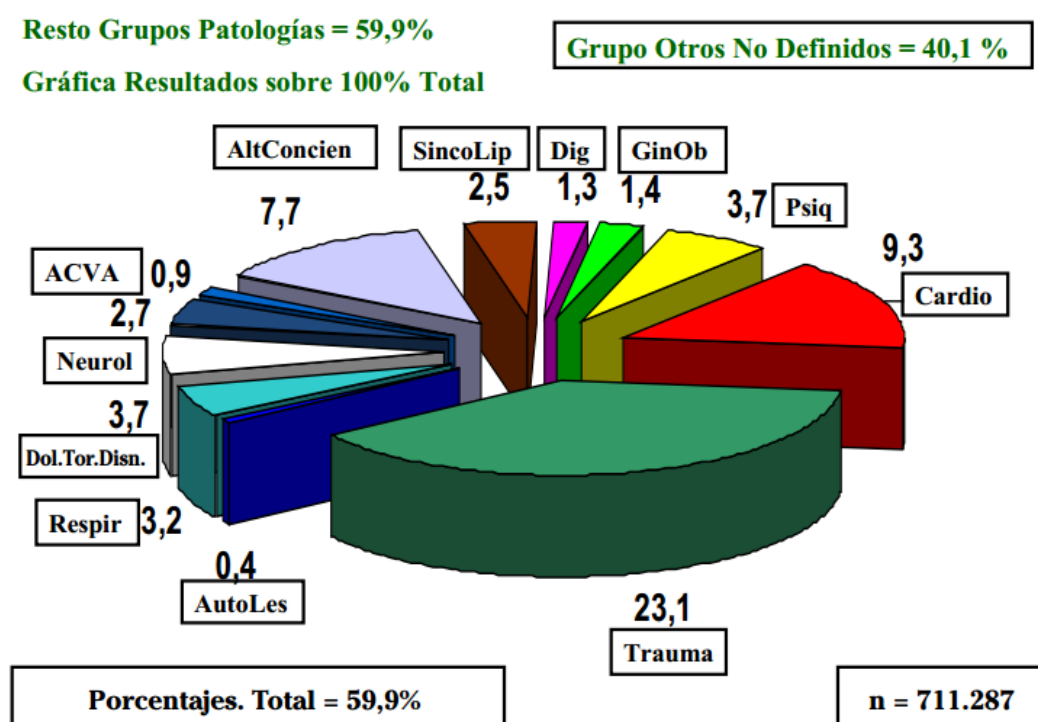


Figura 3: Prevalencia de patologías atendidas por Servicios de Urgencia Médica Extrahospitalaria. Fuente: SCIELO²⁵.

Otro estudio realizado en 2008 en nuestra CCAA, titulado: "Evaluación de riesgos laborales para el personal sanitario de los servicios de urgencia de atención primaria", muestra los riesgos laborales para el personal sanitario en los Servicios de Urgencias de Atención Primaria (SUAP), y estos son: riesgo de caídas; riesgo de salpicaduras por impacto de partículas sólidas, líquidos o por contacto con sustancias gaseosas a través de la conjuntiva, mucosas o lesiones de piel; exposición a sustancias inflamables; riesgo biológico, principalmente debido al pinchazo; riesgo de sobreesfuerzo; carga o fatiga mental por sobrecarga cualitativa; riesgo por agentes químicos; riesgo de dermatitis de contacto irritativa o riesgo de dermatitis alérgica; riesgos psicosociales entre los que se incluyen estrés, mobbing y burnout (un estudio reciente señala que los médicos muestran un mayor nivel de estrés que el personal enfermero, y estos a su vez más que los celadores, pero las diferencias entre todos ellos no son significativas²⁹); riesgo por tarea a turnos y nocturnidad; riesgo de violencia en el trabajo; accidente *in itinere* o en misión, fatiga visual debido al uso continuado de pantallas de visualización de datos; o riesgo por la ropa de trabajo inadecuada.

Con esto se muestran las deficiencias y riesgos en materia de seguridad e higiene, ergonomía y psicología que tienen los trabajadores de este servicio³⁰. La Ley de

Prevención de Riesgos Laborales (LPRL) 1,2, Ley 31/1995, de 8 de noviembre, incluidas las modificaciones en la Ley 50/1998, determina la normativa sobre prevención de riesgos laborales y las prescripciones relativas a la adopción de medidas preventivas o susceptibles de producirse en el ámbito laboral, pero a pesar de la aplicación de esta ley aún hay muchos aspectos que se debieran mejorar.

3.5 Estrategia de Atención Primaria 2012-2015²¹

Esta es una estrategia fruto de una cuidada planificación y se ha desarrollado con el fin de unificar los cuidados de urgencias en la Comunidad, con el objetivo de lograr un sistema eficiente y mejorar la atención al ciudadano. Contempla un modelo centrado en las necesidades del paciente y del profesional, adaptando los servicios a la realidad social y tecnológica en la que nos encontramos.

Los pilares básicos de la Estrategia de Atención Primaria 2012–2015 son el aumento de la resolutiveidad, la continuidad asistencial, la corresponsabilidad y la autonomía del paciente. Las acciones y propuestas contenidas en la línea estratégica de la Urgencia y Emergencia en Atención Primaria tienen como objetivo mejorar y garantizar la calidad de la asistencia urgente y el futuro del sistema sanitario eficiente y sostenible. Esta estrategia constituye el marco de trabajo actual de la Gerencia.

Los objetivos que se han planteado con esta maniobra son:

- Otorgar a los SUAP y 061 de los recursos humanos y material necesarios para dar una respuesta eficaz.
- Formación continuada de los profesionales.
- Mejorar la conexión de todos los servicios (Equipo de Atención Primaria, SUAP, 061, urgencias hospitalarias, bomberos, policía...).
- Dotar de una red de transporte sanitario urgente que consiga cumplir sus funciones eficientemente.
- Mejorar, por parte de los usuarios, el uso de los servicios de urgencias y emergencias.

Para conseguir esto hay que modificar, eliminar y crear diferentes elementos, y como el sistema es consciente de ello, propone una serie de ejercicios, como es por ejemplo, la elaboración de un Plan Integral de Urgencias y Emergencias Sanitarias de Cantabria. Los protocolos abarcan un conjunto de procedimientos para estandarizar los cuidados, y con ellos se consigue aumentar la coordinación de las actividades. Como la integración de estos es uno de los fines de esta estrategia, se debe trabajar sobre su implantación en los diferentes servicios y niveles, no solo en AP.

La formación continuada debería establecerse como requisito imprescindible en todo el personal sanitario, e incluso en cualquier empleo, ya que cada día con los avances y las nuevas investigaciones avanzan y cambian continuamente las cosas. Concretamente en los SUAP, estos cursos deberían planificarse en función de las necesidades de los profesionales y de la población a la que da servicio.

En pleno siglo XXI, las tecnologías conviven con los profesionales, y a pesar de que su uso ya está extendido y es una herramienta imprescindible de trabajo, se debe potenciar más, así como los avances en la comunicación e información (historia clínica móvil,

telemonitorización, etc). Son un instrumento que permite el ahorro de tiempo y dinero si se utilizan adecuada y eficientemente.

La historia clínica electrónica embarcada, también llamada historia clínica móvil, se refiere a la incorporación a las Unidades de Vigilancia Intensiva (UVIs) móviles de la historia clínica electrónica, su inclusión en la red digital. En tiempos de tanta movilidad geográfica y de grandes volúmenes de información, la historia clínica electrónica más que una facilidad se convierte en una necesidad. Su incorporación supone: mejorar el registro de la actividad, electromedicina (registro de los resultados de las pruebas médicas inmediato), visión on-line, intercambio de información en tiempo real con el equipo de urgencias el cual se preparará para su llegada (telemedicina)... Esto supone incorporar las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) en el núcleo de la actividad sanitaria, estando todo el sistema integrado se consigue unificar el registro³¹.

3.6 Centro de trabajo y equipamiento

El Servicio Cántabro de Salud provee de vehículos a todos los servicios de SUAP de la región. La flota es de 21 turismos, 9 todoterreno, 2 furgones y un vehículo mixto. Se trata de un equipo nuevo, ya que se han sustituido el pasado año los automóviles de más de cinco años. Este nuevo equipo incluye mejoras y adaptaciones a las necesidades asistenciales de las zonas. Los todoterrenos son Dacia Duster (se sitúan en los SUAP más rurales), los veintiún turismos son Fiat Punto Easy, los dos furgones de transporte son del modelo Ford Transit, y el vehículo mixto (para carga y pasajeros) es Renault Kangoo³². La incorporación de estos automóviles está dentro de la estrategia de Atención Primaria 2012-2015, dentro de su línea de actuación en urgencias y emergencias²¹. La compra de equipos y aparatos es gestionada por la Gerencia de Atención Primaria, por una Comisión de Compras de Equipamiento que hay formada para ello. Esta se encarga de la valoración, comparación, e incluso prueba de los dispositivos³³.

El servicio de SUAP se sitúa de forma física utilizando los Centros de Salud de las Zonas Básicas de Salud en las que se sitúa. Estos centros tienen una parte reservada para estos profesionales y su actividad. Si nos adentramos en cualquiera de ellos, encontraremos:

- Recepción: en la que se encuentra el celador, quien se encarga de la recepción de los pacientes...
- Sala de críticos: aquí se puede encontrar un carro de paradas, diferente y variada medicación (endovenosa, intramuscular, subcutánea, intraósea u oral), desfibrilador, mochila con material para asistir a los pacientes fuera del centro, tomas de aire y oxígeno, material para el desarrollo de técnicas como vendajes o canalización de vías venosas...
- Dos consultas (como mínimo): en ellas, tanto el médico y/o la enfermera reciben al paciente. Son iguales que las de las consultas ordinarias de Atención Primaria.
- Sala de descanso: con cocina, habitación, baño...
- Vehículo de transporte en la entrada del centro, para ser utilizado por los sanitarios en caso de desplazamiento.

En cuanto a la equipación de desfibriladores, el Servicio Cántabro de Salud (SCS) tiene dispositivos en: centros hospitalarios, SUAP, recursos del 061 y en las agrupaciones de voluntarios de Protección Civil del Gobierno de Cantabria. Un objetivo que el SCS se plantea es con el fin de mejorar la supervivencia, es el de utilizar una ubicación estratégica de más desfibriladores semiautomáticos, que al utilizarlos, active un servicio de alerta al servicio de emergencias 061³⁴.

CAPÍTULO 4: Servicio 061 en Cantabria.

El Servicio 061 además de dar atención extrahospitalaria de urgencia y emergencias, comparte la Gerencia con los SUAP y Atención primaria.

4.1 Nacimiento

El servicio 061 se creó a partir del Servicio Especial de Urgencias de Madrid (SEU) en enero de 1964. En un principio fue creado como un complemento nocturno a la atención ambulatoria, de 17 horas a 9 de la mañana. Fue una experiencia pionera en Europa³⁵. En enero de 1990 se puso en marcha el teléfono 061 como número de urgencias sanitarias en Madrid. Debido a su gran éxito en la Comunidad, se decidió que este servicio se extendiera al resto de la geografía española.

En Cantabria se inició su actividad el 1 de julio de 1998. En el año 1999 se registraron 38.500 demandas asistenciales en su Centro Coordinador, y 3.200 movilizaciones de la UVI; pasando en 2007 a 91.000 demandas sanitarias y 6.000 desplazamientos de UVI móvil y 41.000 desplazamientos con el resto de ambulancias (más adelante detallaremos los tipos de ambulancias que encontramos en este servicio)³⁶.

4.2 Actividad que desempeña

Este servicio constituye otra puerta de entrada al sistema sanitario público (los SUAP también son una puerta de entrada, por ejemplo), y se caracteriza por representar el primer contacto médico de acceso telefónico directo¹⁹.

El proceso asistencial que se realiza cuando se atiende una emergencia extrahospitalaria por el servicio 061 sigue unas fases¹⁵:

1. Recepción de la llamada
2. Coordinación (desde el Centro de Coordinación, donde se decide que recursos movilizar, que personal desplazar en caso de que sea necesario)
3. Actuación del equipo
4. Traslado del paciente
5. Desactivación del equipo

Una llamada de petición sanitaria urgente/emergente puede tener las siguientes soluciones:

- Solución telefónica
- Derivación a Atención Primaria
- Envío de atención primaria al domicilio
- Envío del personal médico/enfermero del 061
- Envío de una ambulancia SVB (Soporte Vital Básico)
- Envío de una UVI Móvil (Soporte Vital Avanzado)
- Envío de otros recursos de otras instituciones: bomberos, Cruz Roja...

Por último, es necesaria la desactivación del servicio tras haber prestado servicio. Esta atención no finaliza con el traslado del paciente, sino que hay que preparar y limpiar el material y la ambulancia para otra atención (esto siempre en caso de haberlo utilizado). Se debe poner a punto, y alguna de las funciones de enfermería son: reponer el material, recuperar los soportes que haya utilizado el paciente (respirador, pulsioxímetro, bombas de perfusión...), etc, utilizando las listas de comprobación o check-list. Una vez hecho esto, el equipo se pondrá en contacto con el centro coordinador y comunicará que ya está disponible para volver a ser activado cuando se precise¹⁵.

La Cartera de Servicios de esta unidad se divide en dos ámbitos asistenciales³⁷:

- A) Por un lado, tiene una serie de prestaciones dirigidas a los ciudadanos: teléfono de referencia, información sanitaria y consejo médico, atención de urgencias/emergencias con movilización de recursos propios o ajenos, entre otras.
- B) Prestaciones dirigidas a los profesionales de Atención Primaria y Atención Especializada: interconsulta telefónica, transporte entre centros, formación...

La Gerencia de Atención Primaria en este servicio tiene como principal misión: dar una respuesta asistencial a las urgencias/emergencias sanitarias de forma ágil, coordinada y eficiente. Es el referente en nuestra Comunidad, y depende del Servicio Cántabro de Salud. Hasta el 2010, este servicio era controlado por la Gerencia del 061, y junto con el Hospital Sierrallana, en el año 2010 obtuvieron la acreditación OHSAS (Occupational Health and Safety Assesmet Series, el cual es un reconocimiento internacional que concede certificación para los sistemas de salud y la seguridad en el trabajo), convirtiéndose en pioneros y referentes en el ámbito sanitario español. Con esta distinción se certifica que se desarrolla una gestión preventiva eficiente, basados en la mejora continua de la evaluación, control y minimización del riesgo laboral, organizando auditorias anuales para mantenerlo³⁸.

Se ha constituido un Consejo Técnico en el 061, cuya misión es la de gestionar procesos operativos (por ejemplo, el contrato de gestión). Este órgano sólo se ha formado en 061 Cantabria, y se basa en la rotación de los profesionales por él, compensándoles después con horas libres. Con esto se consigue que las decisiones no las tome solo la gerencia. Los grupos de trabajo se forman a partir de la evaluación REDER (determinar los resultados a lograr -> planificar y desarrollar los enfoques -> desplegar los enfoques -> evaluar y revisar los enfoques y su despliegue)².

Cantabria es la séptima Comunidad de España que más utiliza el servicio 061-112, estando esta lista encabezada por Asturias y Cataluña. En nuestra CCAA se registraron en el año 2012 unas 156 demandas por cada 1.000 habitantes al año³⁹. Hoy en día el servicio 061 Cantabria lo forman 28 médicos y 22 enfermeros como personal sanitario. En España hay un total de 5.993: 3.141 médicos y 2.852 enfermeros. Cantabria es una de las 11 Comunidades Autónomas del país que tiene todo el personal de este servicio externalizado del servicio público. Los técnicos de transporte no son personal del 061 sino subcontratados, pero el 061 supervisa sus títulos, sus carnets y acreditaciones³³.

4.3 Tipos de transporte que ofrece

Actualmente se dispone de importantes recursos en nuestra Comunidad, dentro de ellos, el transporte sanitario. Éste se entiende como el desplazamiento de enfermos por causas exclusivamente clínicas, cuya situación les impida desplazarse en medios ordinarios de transporte³³. Los medios de transporte sanitario son:

- 4 ambulancias de SVA (soporte vital avanzado) (más una de reserva)
- 1 ambulancia SVA para transporte de pacientes psiquiátricos
- 11 ambulancias de SBV (soporte vital básico)
- 12 ambulancias convencionales
- 3 ambulancias de urgencia no asistencial durante el periodo de verano
- 1 helicóptero del Gobierno de Cantabria (nuestra Comunidad es una de las cuatro autonomías españolas que no cuentan con un helicóptero propio del SCS, a pesar de que la Sociedad Española de Medicina en Emergencias considera que todas deberían de tenerlo⁴⁰)

También el 061 dispone de recursos para el transporte programado no asistencial: 21 ambulancias en turno de 8 horas, 8 ambulancias en turno de 12 horas, 13 ambulancias de transporte colectivo en turno de 8 horas, 7 ambulancias de transporte colectivo en turno de 12 horas, 4 ambulancias de transporte colectivo en turno de 16 horas, así como otros vehículos cedidos (1 aula móvil y 3 ambulancias todo terreno). Estos vehículos también se utilizan para el transporte sanitario no urgente, el cual está sujeto a prescripción facultativa por razones clínicas (sobre todo para pacientes con discapacidad y dependencia)³³.



Figura 5: Distribución de ambulancias en Cantabria. Fuente: SOFOS¹⁹.

Todos estos vehículos se encuentran estratégicamente ubicados a lo largo de la geografía de Cantabria, de manera que cubren la atención en cualquier punto de la Comunidad Autónoma en un tiempo establecido y regulado para el desplazamiento a cada uno de ellos; la mortalidad de una urgencia es proporcional al tiempo invertido en el traslado de dicha urgencia. Todos los vehículos cumplen el Real Decreto 836/2012 del 25 de mayo, por el que se establecen las características técnicas, el equipamiento sanitario y la dotación de personal de los vehículos de transporte sanitario por carretera⁴¹. También cuenta con un equipo médico avanzado que se despliega en situaciones de grandes catástrofes. Son 50 profesionales médicos y de enfermería los que trabajan en las UVIs móviles. En el Centro Coordinador, donde se recogen todas las llamadas, se toma la decisión de los recursos que se movilizan para cada situación... hay un médico y tres teleoperadores las 24 horas del día, ofreciendo servicio telefónico.

En los últimos 20 años se ha incrementado el uso de las ambulancias por diversos motivos: población creciente, envejecimiento de la misma, falta de soporte social (vivir solo y/o falta de vehículo), gratuidad del servicio de ambulancia, patrones de expectativas cambiantes de la comunidad...⁴² El transporte sanitario se puede clasificar:

Equipamiento	Asistencial
	No asistencial
Objeto o finalidad	Primario
	Secundario (inter o intrahospitalario)
Modalidad	Urgente
	Programado

	No urgente, no programable
Medio	Terrestre
	Aéreo
	Acuático
Características especiales	Por el paciente: neonato, psiquiátrico...
	Por la orografía: todoterreno...
Capacidad	Individual
	Colectivo

Figura 6: Tipos de transporte sanitario. Fuente: Elaboración propia.

En el traslado sanitario incurren una serie de fenómenos, conocidos como la “fisiopatología del transporte” provocadas por una serie de incidencias mecánicas (atracción gravitatoria, cambios en la velocidad del vehículo, vibraciones...). Estas situaciones en personas sanas no tienen efectos, pero en sujetos enfermos pueden empeorar cuantiosamente su situación¹⁵.

Imagen 1: Líneas de fuerza a las que está sujeto el paciente trasladado en ambulancia



Figura 7: Líneas de fuerza que influyen en el traslado de un paciente. Fuente: Urgencias en Enfermería¹⁵.

Actualmente se cuenta con protocolos de actuación conjunta y coordinación con el servicio 112 para aquellas emergencias que implican la participación de diferentes organismos. También existen convenios de colaboración con otras Comunidades⁴³. Cantabria pertenece al Grupo Norte de Incidentes de Múltiples Víctimas junto a Aragón, Euskadi, Galicia, Asturias, Navarra y Castilla León. En lo que respecta a las urgencias/emergencias y/o al rescate en mar y montaña, es responsabilidad del 112 junto a la Guardia Civil².

Como antes se ha dicho, la integración de los servicios por parte del 061 es funcional, pero lo que se plantea para los próximos años es que sea estructural².

CAPÍTULO 5: Enfermería en servicios de urgencias extrahospitalarios.

En España hay unas 240.000 enfermeras, pero se necesitan más de 348.000 para equipararse a la media europea (hay 528 enfermeras por cada 100.000 habitantes cuando deberían ser 759, según la OMS); y sin embargo, nuestro país es el segundo de Europa en cuanto a número de médicos, según Máximo González Jurado, presidente del Consejo General de Enfermería. Si se suma todo esto, se refleja que hay muchas áreas de mejora y desarrollo que harían que mejorase la asistencia y calidad del Sistema Nacional de Salud en general, y de los SUAP en particular.

5.1 Principios de asistencia sanitaria enfermera

La enfermería ocupa un papel muy importante y decisivo en las urgencias. Es una interviniente directa y, muchas veces, el mayor vehículo de comunicación con el paciente, así como la traductora de tecnicismos del médico ante él o su familia.

Habitualmente se enfrenta a situaciones difíciles y complejas en las urgencias extrahospitalarias, y es compromiso de la gerencia el intentar mejorar esta situación: confortabilidad de las instalaciones, material de protección personal, medios diagnósticos y terapéuticos, organización... y siempre que se pueda, mediante decisiones compartidas. Que la toma de decisiones se tome con la intervención de todos los profesionales es primordial, y para ello es preciso comunicación, colaboración y desarrollo de habilidades interdisciplinarias para procurar una atención al ciudadano lo más homogénea y completa posible, con independencia de dónde sea preciso desarrollar la actividad o de quién la necesite²¹. Está comprobado que al participar en cursos en los que están presentes profesionales de otros estamentos, se permite lograr una mayor complicidad, un lenguaje común y se fomenta la capacidad de realizar críticas y de recibirlas; y esto, hoy en día se favorece de la corriente docente que apoya la simulación clínica en la que se practican diversas situaciones críticas y se valoran las actitudes, aptitudes técnicas y cognitivas⁴⁴.

La enfermera, a la hora de enfrentarse a un paciente en una situación de urgencias, debe considerar a este siempre como un ser biopsicosocial, aunque lo frecuente es que solo se le mire el aspecto físico porque es lo que genera la demanda sanitaria. Las necesidades primarias (físicas) del ser humano son imprescindibles para poder vivir, pero ello no implica que haya que olvidarse de las demás esferas que le componen.

5.2 Aspectos legales de la profesión

La profesión de enfermería tiene un código deontológico, el cual está formado por una serie de artículos que describen los deberes profesionales en los que cualquier enfermero/a debe inspirar su conducta, independientemente de su medio de actuación. Algunos ejemplos, de los 84 artículos que lo componen, pueden ser⁴⁵:

- Artículo 4: La Enfermera/o reconoce que la libertad y la igualdad en dignidad y derecho son valores compartidos por todos los seres humanos que se hallan garantizados por la Constitución Española y Declaración Universal de Derechos Humanos.
- Artículo 56: La Enfermera/o asume la responsabilidad de todas las decisiones que a nivel individual debe tomar en el ejercicio y su profesión.
- Artículo 57: La Enfermera/o debe ejercer su profesión con responsabilidad y eficacia, cualquiera que sea el ámbito de acción.

▪ Artículo 68: La Enfermera/o no aceptará hacerse cargo de un cliente que está siendo atendido por otro colega sin el previo consentimiento de éste, excepto por una causa muy justificada, y en caso de urgencia.

El trabajo de los sanitarios está sujeto al juicio sobre su adecuación o no, y es que un error u omisión puede tener graves consecuencias para la salud del paciente, así como trascendencia para la sociedad. Es por esto, por lo que la formación continuada, la simulación clínica y el entrenamiento son parte fundamental de la carrera profesional, tanto como la experiencia. Así pues, hay una serie de responsabilidades legales⁴⁶:

○Responsabilidad civil: en relación directa con el daño generado, pudiéndose asegurar; es la obligación de reparar el daño causado.

○Responsabilidad administrativa: también llamada responsabilidad disciplinaria, y se deriva del carácter de funcionario al servicio de una entidad público, y abarca la infracción de las disposiciones administrativas.

○Responsabilidad penal: deriva de la comisión de un hecho tipificado en la ley. Puede ser calificado como doloso si se realiza de forma voluntaria, o culposo o intencionado.

○Responsabilidad laboral: como trabajador se tienen una serie de derechos y obligaciones, las cuales deben cumplirse.

○Responsabilidad corporativa: regulada por la Ley de Colegios Profesionales, Código Deontológico y el Estatuto de Colegios de Enfermería.

Además, todo el personal sanitario de urgencias tiene las siguientes obligaciones:

- a) Denunciar cualquier delito que presencie.
- b) Comunicar las lesiones y/o alteraciones sospechosas que encuentre en cualquier paciente que pueden haber sido producidas por agresiones.
- c) Debe entregar las ropas y efectos del enfermo al servicio, el cual debe hacerse responsable, devolverlas cuando se las precisen o remitirlas al juez.
- d) Declarar como testigos, si se les fuese pedido.
- e) Cuidar a detenidos.
- f) Actuar como peritos en caso de que se les requiera.

En nuestra Comunidad, es obligatorio que tanto el personal médico como el de enfermería estén colegiados para poder desarrollar su actividad en el Servicio Cántabro de Salud.

Como ya he descrito, se produjo hace años una descentralización en materia de sanidad de las diferentes Comunidades de España, y aunque hay leyes nacionales comunes a todas las Comunidades, existen algunos ámbitos en los que se carece de normativa común. Estos son²:

- Criterios y requisitos en materia de formación y especialización en la asistencia de urgencias y emergencias para los profesionales de enfermería.

- El conjunto de indicadores de actividad y calidad comunes en materia de urgencias y emergencias médicas. Con esto se intentaría homogeneizar la atención en el país.

5.3 Funciones de enfermería en urgencias

Los enfermeros/as realizan un trabajo importante, como hemos enumerado anteriormente, y además porque aportan muchas técnicas, pero las funciones principales y quizás más importantes que ejercen en las situaciones de urgencia, son la reevaluación y cuidados continuos del paciente, mantenimiento del aparataje y gestión del material y de la medicación, ya que son los únicos que se encargan de estos.

Unas consideraciones a tener en cuenta son, desde el punto de vista asistencial, las diferencias entre la atención individual o con múltiple víctimas, ya que esto implica una capacidad resolutive influida por el tiempo lo que varía mucho. Se utiliza el término de catástrofe cuando hay múltiples víctimas y los recursos son inferiores a las personas lesionadas, y la respuesta inmediata no es posible desde distintos puntos de vista; cuando las previsiones del problema se desbordan y los recursos de los que se dispone han de adecuarse a la situación para asegurar el salvamento del número máximo de implicados. Los elementos de triage y RAC (recepción, acogida y clasificación) toman gran importancia en situaciones de este tipo⁴⁶:

- El triage es un simple sistema de clasificación, y no existe ningún tipo de asistencia. Se clasifica a los enfermos según su estado de salud y nivel de gravedad. Es un proceso rápido, de procedimientos sencillos y repetitivos entre las víctimas, del que se obtiene información incompleta.
- El RAC procura una atención personalizada al paciente desde el momento en que tiene contacto con el profesional, iniciándose ahí el proceso asistencial.
 - 1º Recepción: identificación, valoración primaria y medidas asistenciales de emergencia.
 - 2º Acogida: una vez descartada la emergencia, realización de una valoración secundaria y pruebas diagnósticas, así como medidas de urgencia y una relación terapéutica.
 - 3º Clasificación: siguiendo un criterio, se establece un nivel de asistencia al paciente, y si fuese necesario se le derivaría.

Sus actitudes deben adaptarse a situaciones de estrés, encontrando un autocontrol así como habilidades de relación interpersonal para interactuar con el paciente y con el entorno¹⁵.

Algunas de las funciones que el personal de enfermería debe desarrollar en su trabajo en el SUAP son⁴⁷:

- Revisión del material, aparatos y salas del servicio.
- Identificación de las necesidades urgentes de salud de la población, respondiendo a los usuarios en cualquier ámbito (domicilio, centro...) utilizando sus conocimientos prácticos y teóricos.
- Adoptar actitudes concordantes, éticas y legales con el Código Deontológico de enfermería.
- Prestar atención integral y valoración holística.

- Someter a triage en caso de ser necesario (múltiples herido, catástrofes...) aplicando el RAC (Recogida, Acogida y Clasificación) y determinando la prioridad de la atención.
- Realizar la toma de constantes, curas, suturas, vendajes... También las pruebas complementaria e/o la instauración de tratamientos indicados por el médico.
- Participar activamente en el equipo multidisciplinar.
- En caso de urgencia y no estar el médico disponible, realizar lo que considere necesario con la supervisión telefónica del médico del 061.
- Garantizar la continuidad de la atención y los cuidados mediante la gestión efectiva y la coordinación de los recursos humanos y materiales disponibles.
- Registrar el proceso de atención usando el programa informático OMI-AP.

Un elemento diferenciador y característico de este trabajo es que el ámbito de actuación puede ser muy diverso: en la institución sanitaria, en un domicilio, en la calle o carretera...¹⁵ Por ello las situaciones que se pueden dar en una jornada de trabajo son múltiples y variadas.

5.4 Leyes que rigen el trabajo en SUAP

En la Ley 44/2003 de 21 de noviembre de Ordenación de las profesiones sanitarias (LOPS) se reconoce claramente la necesidad de diferentes disciplinas profesionales para el desarrollo sanitario definido en la Ley General de Sanidad, con equipos multidisciplinarios⁴⁵. En la atención de un aviso de urgencias el responsable es el médico. Él es el encargado de organizar, dirigir y dar las órdenes oportunas al resto del equipo. Mientras no existan avisos fuera del Centro de Salud, el médico y la enfermera/o atenderán en el centro a los usuarios que soliciten asistencia⁴⁷.

Siguiendo el artículo 13 de la Ley de Cantabria 2/2012 de 30 de mayo, de medidas administrativas, económicas y financieras para la ejecución del plan de sostenibilidad de los servicios públicos de la CCAA de Cantabria, se establece un incremento de la jornada laboral ordinaria del personal al servicio de las instituciones sanitarias del Servicio Cántabro de Salud. Los empleados del servicio SUAP incrementaron el cómputo anual de horas previsto en el Acuerdo del Consejo de Gobierno de 30 de diciembre de 2004 en 90 horas en los servicios de modelo ordinario (de 17 a 9 horas de lunes a viernes, y de 9 a 9 horas los sábados, domingos y festivos) y en 94 horas los SUAP modelo especial (abiertos 24 horas todos los días del año)²³. Esto provoca que al año, los primeros trabajen 1.572 horas, y los segundos 1.593⁵⁰. Esta ley también aumenta la jornada ordinaria del personal sanitario que desempeñe sus funciones en el Centro Coordinador de Urgencias y en las Unidades Móviles de Emergencia vinculadas al teléfono de emergencias 061, en 94 horas efectivas anuales en relación al Acuerdo del Consejo de Gobierno de 23 de diciembre de 2009²³, sumando estos a final de año 1.593 horas efectivas⁵⁰. Estos incrementos no tienen ningún reconocimiento económico²³. (Existe la posibilidad de imputar el incremento de jornada a la realización de programas de investigación y/o capacitación del personal que establezca el SCS, así como la participación en grupos de mejora constituidos por dicho organismo, siempre que el servicio asistencial quede cubierto, y que tales actividades sirvan para prestar un servicio de mayor calidad y no generen daño añadido).

La cadencia de días trabajados depende de cada equipo, pero suele ser que por cada día trabajado se dan tres de libranza. Otra característica que se decide en el centro es el tema de la dieta: algunos prefieren que se lo administre diariamente un catering

contratado por el SCS, y sin embargo otros eligen llevarse su propia comida y percibir el importe de la dieta en nómina (aproximadamente 8 euros por comida).

España es uno de los países con menor remuneración a su personal sanitario, en particular médicos y enfermeras, situándose en la posición 15 de la Unión Europea, incluso por detrás de otros países con menos renta per cápita.

De forma anecdótica, si repasamos los sueldos aproximados de los profesionales que desempeñan su trabajo en este servicio, incluyendo pagas especiales, ascienden a⁵¹:

- ✓ Médico de SUAP: 40.257€ bruto/año
- ✓ Enfermera de SUAP: 24.651€ bruto/año
- ✓ Celador de SUAP: 15.606€ bruto/año

Los profesionales del Servicio de Urgencias de Atención Primaria, hasta el pasado 1 de enero de este mismo año, utilizaban sus vehículos particulares para los desplazamientos en el trabajo, y por ello tenían en su nómina una parte del sueldo dirigida a cubrir esto, junto a un complemento adicional regulado en el apartado 5.2 del Acuerdo sobre actuaciones en materia de Atención Primaria aprobado por Acuerdo del Consejo de Gobierno de 30 de diciembre de 2004; pero desde el principio de año la normativa ha cambiado, y ahora para estos desplazamientos, cada SUAP dispone de al menos un vehículo en el centro. Los trabajadores ya no reciben esa paga, porque el SCS se hace cargo de todos los gastos que requieran los desplazamientos: gasolina, averías de los vehículos...⁵¹

5.5 Especialidad en el plan de estudios

En estos momentos, gracias al Espacio Superior de Enseñanza Europeo nos encontramos en un momento de expansión de roles. Poco a poco se va consiguiendo hacer desaparecer la “invisibilidad social de la Enfermería”, ya que somos profesionales autónomos con funciones legalmente definidas y reconocidas por la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. Hay que luchar porque se reconozca este papel, y hacer ver la importancia del desarrollo profesional⁴⁸.

Las especialidades de enfermería aprobadas hasta la fecha son: Enfermería Obstétrico-ginecológica, Salud Mental, Enfermería del Trabajo, Geriátrica, Pediátrica, y Familiar y Comunitaria. Siguiendo la línea de esta monografía, no hay especialización enfermera en urgencias con tal, sino que se espera que se incluya dentro de la de médico-quirúrgica, aunque aún no está desarrollada; y esta carencia impide un correcto desarrollo profesional así como la base de la viabilidad de los servicios de urgencias. Esta especialización serviría para garantizar que el profesional que se incorpore a estos servicios tiene las competencias, habilidades y actitudes requeridas para el desempeño de ese puesto⁵. La mayoría de los grupos de especialidad se identifican por tener: sistema corporal específico, proceso salud/enfermedad de intervención específico, entorno de cuidado y/o población específica; pero esto en la atención de urgencias interacciona por completo⁴⁶.

Como hemos resaltado en varios puntos del escrito, es importante la formación continuada. Ahora el Grado en Enfermería proporciona un título con validez a nivel europeo y existe la posibilidad de un mayor desarrollo, incluso llegando a ser doctores, lo que hace más fácil seguir avanzando, aprendiendo, investigando y desarrollándose.

5.6 Premios e investigación

Desde el año 1988 se celebran anualmente unas jornadas nacionales sobre medicina y enfermería de emergencias. El lema del primer congreso celebrado fue: “Un minuto, una vida en manos expertas”, y es que se tratan temas tales como: patología frecuente, medicación...⁵² Cada año se celebra en un punto de la geografía española, y Santander tuvo la suerte de recoger este encuentro en el año 2000 con el lema: “La Urgencia como Sistema de Atención Integral”.⁵³

Este año 2014 se celebrará en Málaga la vigesimosexta edición, del 11 de junio al 13 de ese mismo mes, y el objetivo que se plantea es: repasar los aspectos más importantes en la gestión, calidad y seguridad de los servicios, las nuevas tecnologías en los Códigos Activación (muerte súbita, ictus, síndrome coronario, politraumatizados y donación en parada), aumento del paro sanitario, atención de grandes catástrofes...; se presentará y se desarrollarán actividades de simulación clínica. Es un congreso multidisciplinar (médicos, enfermeras, técnicos...) en el que además de personal sanitario, se reúnen empresas de la industria farmacéutica, de tecnología sanitaria, electromedicina...¹¹

En estos congresos, además también se entregan unos premios por parte de SEMES (Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, creadora de la revista *Emergencias* dedicada a dar información científica de forma mensual) a técnicos, médicos o profesionales de enfermería así como a las mejores fotografías... Estos premios van dirigidos específicamente a reconocer y estimular la investigación, y hay cuatro principales⁵⁴:

1. *Premio Nacional Pepe Millá de Investigación en urgencias y emergencias*
2. *Premio Luis Jiménez Murillo* a los mejores artículos publicados en la revista EMERGENCIAS
3. *Premio Emergencia 2000 a la innovación en los servicios de emergencia extrahospitalarios*
4. *Premio Lainco de investigación Clínica en toxicología clínica*

En España está la SEEUE, que es la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias, sin ánimo de lucro y ámbito nacional, la cual imparte cursos, organiza congresos, y da recomendaciones en cuanto al trabajo y al ambiente laboral en enfermería.⁵⁵

El objetivo de proporcionar una asistencia de calidad conlleva el estudio y el aumento de conocimientos promovidos por la inquietud y la curiosidad personal, y esto se consigue con la investigación y la publicación de artículos científicos, porque una materia se enriquece investigando, y actualmente las situaciones son cambiantes y cada día se descubren o demuestran cosas nuevas⁴⁴. Las líneas de investigación actuales, en estos servicios, sobre todo van dirigidas a analizar el impacto del servicio en la salud de la población¹⁵. Pero también deben dirigirse a actos asistenciales, ya que las intervenciones no pueden solo apoyarse en experiencias anteriores propias o ajenas, en la intuición o en el razonamiento únicamente, sino que debe tener una base científica enfermera (Enfermería Basada en la Evidencia).

5.7 Visión futura

La atención urgente ha cambiado mucho, y se prevé que siga cambiando con el paso del tiempo de forma dinámica. Si leemos un artículo del año 2010 titulado *¿Hacia dónde*

caminamos? Urgencias 2030 podemos obtener una respuesta a esta incertidumbre, que nos muestra un futuro probable. En este texto, en base a 10 conceptos (el triunfo de la diversidad, limitación del consumismo en salud, claudicación ante la opresión de lo urgente, disminución en la diferencia de conocimientos de los ciudadanos, integración de servicios, acercamiento a una planificación suficiente, formación reglada, medicina de urgencias resolutiva y eficiente, transferencia de información, y la profesión de urgenciólogo como motivo de orgullo) justifica su razonamiento de que estamos en momentos previos a un gran cambio y desarrollo de este servicio en nuestro país⁵⁶. En ese texto se expone la situación actual, una realidad de caos y sin especialistas, un servicio (extra e intrahospitalario) muy demandado por la población y con un alto coste, pero que en el que no se obtienen unos resultados eficientes. Baraja la posibilidad de que estemos en los momentos previos a un gran cambio de esta insostenible situación de desbarajuste.

5.8 Diagnósticos de enfermería más frecuentes

El proceso de atención de enfermería (PAE) es la aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, lo que permite prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática, algo vital cuando se trabaja en urgencias⁵⁷. Tiene configurados un número de pasos que se relacionan entre sí y se superponen: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

Cada vez más el personal de enfermería debe tener interiorizado este proceso, y especialmente los diagnósticos de enfermería, porque gracias a esto se conseguirá que todos hablamos un mismo idioma. Estos diagnósticos se emplean en el segundo paso del proceso, y de ellos parte la ejecución del plan, con sus objetivos (NOC)⁵⁸ e intervenciones (NIC)⁵⁹. En el libro NANDA⁶⁰ encontramos estos diagnósticos enunciados, y los más prevalentes en las situaciones de urgencia son⁵⁷:

- Deterioro de la eliminación urinaria (00016)
- Fatiga (00093)
- Síndrome postraumático (00041)
- Ansiedad (00146)
- Deterioro de la integridad cutánea (00046)
- Hipertermia (00007)
- Dolor agudo (00132)
- Mantenimiento inefectivo de la salud (00099)
- Deterioro de la movilidad física (00085)

CAPÍTULO 6. Conclusiones y reflexión personal

Tras la realización de esta monografía puedo sacar distintas conclusiones y puntos de mejora. En primer lugar y porque lo he vivido en primera persona, la crítica que hago es que a los estudiantes de enfermería no se les da la oportunidad de pasar por este servicio durante sus Practicum de la carrera. Se trata, como he descrito, de un servicio distinto a cualquier otro en el que se desarrollan prácticas. Si esto se llevase a cabo en nuestro grado se lograría una mejora y daría mayor calidad al nivel de estudios de nuestra Escuela.

Otro aspecto que creo que aún no está interiorizado en la población es el de la verdadera función de los SUAP. Muchos usuarios utilizan este servicio como su médico de familia o enfermera ambulatoria pero con horario diferente al corriente, y lo utilizan para cosas banales que no son urgencias. La verdad es que los SUAP prestan continuidad asistencial, pero no se debe abusar de su servicio y/o acostumbrarse a su mal uso, porque cuando hay una urgencia real lo que la comunidad opta por hacer es dirigirse a los servicios de urgencias hospitalarias, produciendo un colapso de éstos y grandes esperas, incluso para quien realmente necesita esa atención hospitalaria. Aún existe un largo camino por recorrer organizativa y asistencialmente. Excepto en las emergencias, las urgencias deberían utilizar los SUAP como puerta de entrada al sistema sanitario, ya que este servicio deriva de forma adecuada a quienes lo necesitan a niveles hospitalarios, y los datos lo demuestran. Tienen gran capacidad resolutive frente a las urgencias.

Está demostrado que desde hace años, se está produciendo una demanda creciente y progresiva por parte de los ciudadanos de los servicios de urgencias (tanto extra como intrahospitalarios). Es importante ejercer desde todos los niveles de atención, una educación sobre la población para que conozcan y sepan actuar ante diferentes urgencias, y conozcan que servicios deben activar y utilizar de forma correcta.

Cada vez más, la población es más variada y multicultural, y en un país como el nuestro en el que hay muchos inmigrantes (6,6% de la población cántabra son inmigrantes, muy por debajo de la media española que es de un 12,2%), y en el servicio de SUAP se atiende a todos, por lo que los profesionales deberían tener unos requisitos mínimos en cuanto a idiomas, por ejemplo. Las barreras lingüísticas no pueden permitirse en servicios de urgencias, y en este momento se está intentando superar ya que se requiere a los alumnos, para poder graduarse, un nivel apropiado de idiomas.

Otro aspecto fundamental para cualquier profesional debe ser su reciclaje y formación continuada, para así mejorar la calidad asistencial de nuestras unidades asistenciales. En esta monografía lo he citado en repetidas ocasiones, pero los profesionales de enfermería deben desarrollar su trabajo basándose en la evidencia, y continuamente se está mejorando y/o cambiando (aunque hay poca investigación enfermera), y es importante para dar calidad al servicio que todos los profesionales lo sepan.

El trabajo enfermero es rentable y se debe aprovechar y reivindicar el lugar que le corresponde dentro de la comunidad y el servicio, pero esto requiere un trabajo continuo y preparación por parte de todos.

Aunque la crisis económica influye en todos los ámbitos de nuestra sociedad, está muy presente en el ámbito sanitario, habiendo provocado una disminución del personal sanitario a pesar del crecimiento de la población y de las necesidades de la población cada vez más envejecida. La necesidad de recursos humanos es cada día más creciente en España, y para demostrar esto solo hay que mirar los números y compararlos con el resto de países de Europa, que incluso teniendo menor renta per cápita, el número de profesionales en activo es mayor.

Bibliografía/Webgrafía

(1) Caja López C, López Pisa RM. Enfermería Comunitaria. Volumen III. Barcelona, España: Masson – Salvat Enfermería;1993.

(2) Álvarez Rello A, Álvarez Martínez JA, Álvarez Rueda JM, Barreiro Díaz MV, Barroeta Urquiza J, Bernal Romero JM, et al. Los servicios de emergencias y urgencias médicas extrahospitalarias en España. [Internet]. Madrid. Mensor: Multivideo Producciones Interactivas;2011. [01/05/2014]. Disponible en: <http://www.mensor.es/es/LosserviciosdeemergenciasyurgenciasmEdicasExtrahospitalaria senEspaNa.pdf.pdf>

(3) Revista Científica de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. ¿Urgencias? Piensa en ello, piensa en todos. Emergencias [Internet]. 2012 [02/05/2014]. Disponible en: http://www.semes.org/noticias_detalle.php?id=16

(4) Moreno Millán E. ¿Y si adaptáramos los servicios hospitalarios de urgencias a la demanda social y no a las necesidades de salud? Emergencias. 2008;20:276-284.

(5) Toranzo T, Aramburu F. Los profesionales de urgencias y emergencias: perfil actual y posibilidades de desarrollo. An.Sist.Sanit.Navar. 2010;33(Suplemento 1):13

(6) Pasarín MI, Fernández de Sanamed MJ, Calafell J, Borrell C, Rodríguez D, Campasol S, et al. Razones para acudir a los servicios de urgencias hospitalarios. Gac Sanit. 2006;20(2):91-99.

(7) Arcos González P, Castro Delgado R, Martín Reyes D. La actividad asistencial de los Servicios de Emergencias Médicas en España. Emergencias. 2014;26(1):13-18.

(8) Cano del Pozo MI, Rabanaque Hernández MJ, Feja Solana C, Martos Jiménez MC, Abad Díez JM, Celorrio Pascual JM. Estudio de la frecuentación de un servicio de urgencias extrahospitalario. Emergencias. 2008;20:179-186.

(9) Pérez-Ciordia I, Burgos A, Guillén-Grima F, Fernández-Martínez C, Aguinaga I. Identificación de problemas y propuestas para mejorar la atención de las urgencias extrahospitalarias en Navarra: un estudio Delphi. An.Sist.Sanit.Navar. 2011;34(4):395-07.

(10) Zirion Sanz E, Artabe Ikuza A, Barrenetxea Ania N, Díaz Barrenetxea A, Gorritxategi Emaldi O. ¿Conocen los pacientes / usuarios los servicios de urgencias extrahospitalarios? Puesta al día en urgencias, emergencias y catástrofes 2010;10(1):11-18.

(11) Ayuso Baptista F. Urgencias a Orillas del Mediterráneo: especialidad y autonomía de gestión. [Internet]. [2014;02/05/2014]. Disponible en: <http://semes2014.org/>

(12) Cantero Santamería JI, Fonseca del Pozo FJ, García Criado E, Gutiérrez Gómez E, Ayuso Baptista F, Cadenas González NE. La asistencia urgente en atención primaria: una aproximación histórica (I). SEMG. 2008;Marzo:104-108.

(13) Real Decreto 1472/2001, de 27 de diciembre, sobre traspaso a la Comunidad Autónoma de Cantabria de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud. (BOE, 311, 28 de diciembre de 2001).

(14) Cantero Santamaría J, Fonseca del Pozo F, García Criado E, Gutiérrez Gómez E, Ayuso Baptista F, Cadenas González N. La asistencia urgente en atención primaria: una aproximación histórica (y II). SEMG. 2008;Abril:170-175.

(15) Millares González L, Rovira Gil E. Los sistemas de emergencias extrahospitalaria. [Internet]. Urgencias en enfermería:382-406

(16) Gobierno de Cantabria. Instituto Cántabro de Estadística. [Internet]. [11/05/2014]. Disponible en: <http://www.icane.es/>.

(17) M.S.C. Instituto de Información Sanitaria - Subcomisión de Sistemas de Información del SNS [Internet]. Organización General de la Atención Primaria. 2010. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Organizacion_General_de_la_AP_2010.pdf

(18) Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y procedimiento para su actualización. (BOE, 222, 16 de septiembre de 2006).

(19) Amaya A, Royuela N, Canteli A. Posibles accesos del paciente al SCS con SCACEST. Profesionales Sanitarios. SOFOS. 2013: 1-29.

(20) Servicio Cántabro de Salud. El Servicio Cántabro de Salud reestructura la organización administrativa de la Atención Primaria y de los Hospitales. [Internet]. 18/10/2010. Disponible en: http://www.cantabria.es/web/comunicados/detalle/-/journal_content/56_INSTANCE_DETALLE/16413/799960

(21) Servicio Cántabro de Salud, Gerencia de Atención Primaria. Estrategia para la Atención Primaria 2012-2015. [2011;17/04/2014].

(22) Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP). Atención a la urgencia extrahospitalaria. Sistema Nacional de Salud. Instituto de Información Sanitaria – Subcomisión de Sistemas de Información del SNS. 2007: 1-47.

(23) Ley de Cantabria 2/2012, de 30 de mayo, de Medidas Administrativas, Económicas y Financieras para la ejecución del Plan de Sostenibilidad de los Servicios Públicos de la Comunidad Autónoma de Cantabria. (BOC, 20, 1 de junio de 2012).

(24) Ruiz M, León C, Castillo J, Martínez M, Sánchez S, Quintela E. Distribución por diagnósticos de las cefaleas que acuden a los servicios de urgencias de atención primaria. SEMERGEN-Medicina de Familia. 2010;36(1):10-15.

(25) Pacheco A, Burusco S, Senosiain MV. Prevalencia de procesos y patologías atendidos por los servicios de emergencia médica extrahospitalaria en España. An. Sist. Sanit. Navar. 2010;33(supl. 1):37-46.

(26) La atención urgente de cabecera, misión del SUAP. El Diario Montañés. 26/09/2013.

(27) Ramos Barrón MÁ, García Garrido AB, Vázquez Rodríguez JA. Costes sanitarios directos del servicio de urgencias de Atención Primaria de Torrelavega. [Resumen]. Servicio Cántabro de Salud. 2013

(28) Gobierno de Cantabria. Los cántabros valoran como muy bueno su sistema sanitario y la calidad de la asistencia recibida siempre supera sus expectativas. [Internet]. 31/03/2010. Disponible en: http://www.cantabria.es/web/comunicados/detalle/-/journal_content/56_INSTANCE_DETALLE/16413/741435

(29) Quirós-Aragón M, Labrador-Encinas FJ. Evaluación del estrés laboral y burnout en los servicios de urgencia extrahospitalaria. IJCHP. 2007;7(2):323-335.

(30) Fernández Lerones MJ, De la Fuente Rodríguez A. Assessing occupational risk in emergency primary health care services. Emergencias. 2010;22:445-450.

(31) JP. La historia clínica electrónica llegará a las UVI móviles de Cantabria. Historias de JP. [Internet]. 26/09/2008. Disponible en: <http://historias-de-jp.blogspot.com.es/2008/09/la-historia-clnica-electrnica-llegar.html>

(32) Nueva flota de 48 vehículos destinados a atención urgente y domiciliaria. Europapress. 21/10/2013. Disponible en: <http://www.europapress.es/cantabria/noticia-valdecilla-atencion-primaria-presentan-nueva-flota-48-vehiculos-destinados-atencion-urgente-domiciliaria-20131021113556.html>

(33) SUMMA 112. El sistema de emergencias y urgencias médicas extrahospitalarias en La Comunidad de Madrid. [Internet]. 2011: 380-391. Disponible en: <http://www.epes.es/visita/SEMS/capitulos/9.14.pdf>

(34) EP. Cantabria trabaja en un proyecto para la instalación de desfibriladores. El Diario Montañés. 27/08/2008.

(35) Summa 112 [Sede Web]. Comunidad de Madrid. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?language=es&pagename=SUMMA112%2FPage%2FS112_home

(36) Gobierno de Cantabria. El consejero de Sanidad asiste a los actos conmemorativos del X Aniversario de las Urgencias 061. [Internet]. 24/09/2008. Disponible en: http://www.cantabria.es/web/comunicados/detalle/-/journal_content/56_INSTANCE_DETALLE/16413/1254286

(37) Servicio Cántabro de Salud. Servicios de Urgencias y Emergencias "061". [Resumen].

(38) Gobierno de Cantabria. La Gerencia del 061 y el Hospital Sierrallana obtienen la certificación OHSAS 18001:2007 en materia de prevención de riesgos laborales. [Internet]. 16/10/2010. Disponible en: http://www.cantabria.es/web/comunicados/detalle/-/journal_content/56_INSTANCE_DETALLE/16413/752019

(39) Ministerio de Sanidad. Los cántabros, entre los que más usan los servicios de emergencias 112 y 061. Europapress. 12/18/2013.

(40) Semes Cantabria. Cantabria es una de las cuatro regiones sin helicóptero sanitario. Vuelta a la actividad. [Internet]. 11/08/2010. Disponible en: <http://semescantabria.zoomblog.com/>

(41) Real Decreto 836/2012, de 25 de mayo, por el que se establecen las características técnicas, el equipamiento sanitario y la dotación de personal de los vehículos de transporte sanitario por carretera. (BOE, 137, 8 de junio de 2012).

(42) Martín Caravante S, López Alonso SR. ¿Cuáles son las tendencias y los factores influyentes en el uso de ambulancias extrahospitalarias en los países desarrollados? Revista de enfermería basada en la evidencia. 2013;10(44):4.

(43) Gobierno de Cantabria. La respuesta asistencial a las urgencias y emergencias sanitarias de forma ágil, coordinada y eficiente representa la principal misión del 061. [Internet]. 27/08/2010. Disponible en: http://www.cantabria.es/web/comunicados/detalle/-/journal_content/56_INSTANCE_DETALLE/16413/757977

(44) Casal Angulo C. Enfermería de urgencias (3): relevancia de la aportación de los enfermeros en la atención urgente y en la SEMES. Emergencias. 2012;24(6):476-484.

(45) Código Deontológico de la Enfermería española. Consejo General de Enfermería. Madrid. 1989.

(46) Duque del Río MC, Fernández Rodríguez B, Morillo Rodríguez J. Atención enfermera en urgencias y emergencias. Metas de enferm [Internet]. 2004 [01/04/2014]. Disponible en: <http://telemedicinadetampico.files.wordpress.com/2011/05/atencion-de-enfermeria-en-urgencias-y-emergencias-ed-metas.pdf>

(47) Alcaraz Orcajada J, Beteta Fernández M^a Dolores, Calleja Gómez M, Campillo Gil F, Campuzano Adán L, Crespo Ortuño F, et al. Guía de funcionamiento de los SUAP del área Murcia I - Oeste. Servicio Murciano de Salud: Marzo 2011.

(48) Porroche Urtiaga C, Mir Ramos E, Anguas Gracia A, Azón López E. Evaluación económica del producto enfermero. Hygía. 2010;79:13-79.

(49) Dreyfus H, Dreyfus S. De Sócrates a los Sistemas Expertos: Los límites y peligros de la racionalidad calculante. Universidad Pedagógica Nacional. 1993:311.

(50) Orden SAN/40/2012, de 28 de Diciembre, por la que se modifica la Jornada Efectiva del Personal al Servicio de las Instituciones Sanitarias dependientes del Servicio Cántabro de Salud. (BOC, 8, 14 de enero de 2013).

(51) Directores Gerentes de Atención Primaria y Especializada. Resolución de la Dirección Gerencia del Servicio Cántabro de Salud por la que se dictan instrucciones para la elaboración de las nóminas del personal que presta servicios en las Instituciones Sanitarias del Servicio Cántabro De Salud en el año 2014. Servicio Cántabro de Salud. 15/01/2014.

(52) Hernando Lorenzo A. I Congreso Nacional de Medicina y Enfermería de emergencias. Emergencias. 1988;1(1):6-8.

(53) Moreno Millán E, Millán Santos J, Jiménez Murillo L. Congresos de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (I): recuerdos y reflexiones de 20 años de actividad institucional. Emergencias. 2008;20:353-358.

(54) Julián Jiménez A. Política de premios de la Secretaría Científica de SEMES: una herramienta para estimular la investigación. Emergencias 2011;23:226-233.

(55) SEEUE Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias [Sede Web]. 2013. Disponible en: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/>

(56) Miró O. ¿Hacia dónde caminamos? Urgencias 2030. An. Sist. Sanit. Navar. 2010;33(Supl. 1):229.

(57) Elso Gálvez R, Solís Carpintero L. El proceso de atención de enfermería en urgencias extrahospitalarias [Internet]. Codem. 2010:6. Disponible en: http://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/9e8140e2-cec7-4df7-8af9-8843320f05ea/8c06b7e5-ca29-40c6-ab63-f84959a87362/c618e862-974d-4faf-8093-66eae984e3da/TRABAJO_CONGRESO_GRAFICA_AJUSTADA.pdf

(58) Moorhead S, Jhonson M, Maas M, Swanson E. Clasificación de resultados de Enfermería (NOC). 5ª Ed. Elsevier;2013.

(59) Bulechek G, Butcher H, Dohteman J, Wagner C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6ª Ed.Elsevier;2014.

(60) Nanda International. Nanda Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2012-2014. 2ª Ed. Barcelona: Elsevier;2013.