

**GESTION INTEGRAL DEL AREA DE URGENCIAS Y COORDINACION
CON ATENCION PRIMARIA**

Autores:

Dr. Pedro García Bermejo;

Dr. José Minguez Platero;

Dr. Javier Millán Soria;

Dr. Jose Luís Ruiz López*;

Dr. Carlos Trescolí**;

Dra. Elisa Tarazona***

Servicio de Urgencias. *Coordinador del SUH.

****Director del Área Médica.**

*****Directora Adjunta Área de Salud**

Hospital De La Ribera. Carretera Corbera Km. 1 Alzira 46600 España

E-mail: comunicación@ribera.com

Teléfono: 962458100

Introducción

Nuestro departamento consiste en una concesión administrativa para la gestión de la Atención Primaria y Especializada en el departamento.

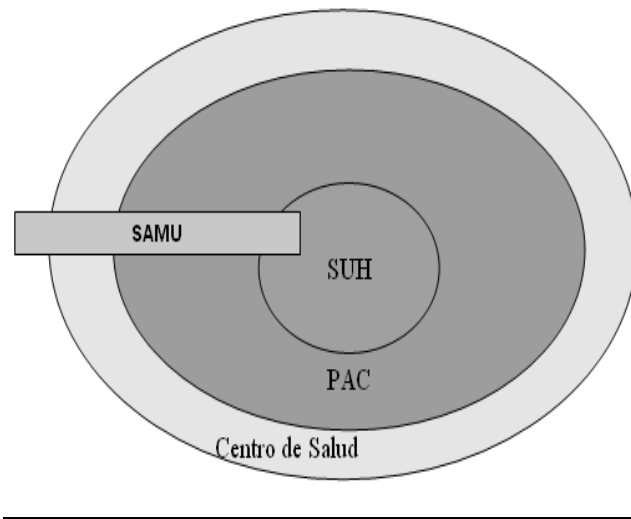
La propiedad, la financiación y el control son públicos, y la prestación privada, respetándose los principios de eficacia, eficiencia, equidad y gratuidad de los servicios. Se da una sociedad privada /pública: el concesionario realiza las inversiones que revierten a la Sanidad pública al finalizar la concesión. Existe un control público mediante la figura del Comisionado.

Existe una primera fase en la que se realizó un concurso público la concesión fue adjudicada a una UTE (unión temporal de empresas) incluyendo en las condiciones la construcción de la obra del hospital y la duración de la concesión por un período de 10 años, prorrogables a 15. Desde abril de 2003 el modelo se amplió a la Atención Primaria con una nueva organización integral para toda el área, mediante un nuevo concurso público que se adjudicó a la misma UTE (UTE-II) que hasta el momento gestionaba funcionalmente la atención especializada.

Método

CENTROS DE ATENCIÓN

La situación previa de la atención urgente en la Asistencia primaria se daba en 10 puntos de salud de atención continuada (PAC), donde suelen desarrollar la labor asistencia de 1 a 2 facultativos una enfermera y un celador o administrativo. El horario es de 15:00 a 8:00 hrs., los recursos técnicos son variados y limitados y las Actividades se dan en el Centro de Salud y en el domicilio. El hospital de referencia se ubicó en Alzira por motivos estratégicos de localización también nos encontramos asistidos mediante tres unidades móviles de Asistencia Médica Urgente (SAMU) y de diversos Soportes Vitales Básicos (SVB) dotados los primeros con personal facultativo, enfermería y conductor camillero y los segundos con un conductor camillero y un camillero.



La asistencia que se daba en estos PACs es variada dependiendo de la época del año dado que somos una zona costera con un aumento de población flotante durante los meses estivales lo que conlleva un aumento de la asistencia en esta época. La demanda de los pacientes depende igualmente del centro y de la distancia al hospital. Se ve que la frecuentación a estos PACs es mayor cuanto más alejados están del Centro Hospitalario

Con respecto al hospital lo que se daba era un incremento de las urgencias hasta el 2003 de un 4 % dándose un número de urgencias de 125.480 pacientes, que siguiendo esta línea serían de 135.430 urgencias en el 2005.

Todo ello hacía necesario la puesta en marcha de un plan que integrara y coordinara la atención urgente en todos los niveles asistenciales, para una mayor calidad en la misma y una optimización de los recursos.

PLAN DE INTEGRACIÓN

Cual fue el Guión para el Plan de actuación en urgencias:

- Integración funcional:
 - o Mediante sistemas de información en el que se halle la historia clínica, una adecuación de la atención sanitaria y una relación con servicios vecinos
 - o Los 10 puntos de atención continuada (PAC) del área de salud han sido informatizados y se ha instalado el mismo sistema de información que opera en el Servicio de Urgencias del hospital. Ello permite a los profesionales consultar la historia del paciente y a su vez introducir nuevos datos creando lo que se llama un nuevo "episodio de Urgencias".

- Integración de recursos Humanos
 - o El objetivo es que se de una continuada asistencial, mejorar el conocimiento de los diferentes niveles de la atención que componen la organización, mejorando la capacitación de los profesionales (cursos) desarrollo de protocolos comunes y estableciendo incentivos en base a objetivos comunes. A ello se llegará mediante una plantilla del área de urgencias y una integración de las urgencias, equipos de atención primaria y de atención especializada
 - o La integración de los profesionales se realizará mediante programas de inmersión de dichas profesionales de atención primaria en el Servicio de Urgencias hospitalarias. (Periodos de tiempo en el que el profesional de la Atención primaria desarrollará labores asistenciales en el área de Urgencias.

- Integración clínica
 - o Elaboración de procesos clínicos, adecuación de pruebas y derivaciones de una manera conjunta entre profesionales de distintos niveles asistenciales.

- Gestión clínica
 - o Cuadro de indicadores tanto asistenciales como funcionales que atiendan la calidad (demoras); elaboración de objetivos e incentivos.

Una vez que se tomó la Asistencia e integración de la Atención Primaria se llevaron a cabo las medidas planteadas.

CENTROS DE SALUD INTEGRAL (CSI)

A esta puesta en marcha del modelo de gestión se unió la creación de un nuevo centro asistencial, los Centros de Salud Integral (CSI). Con esto centros se pretende crear una unidad Asistencial que cubran necesidades asistenciales mayores mediante la existencia de unas pruebas básicas de laboratorio y radiología se puedan dar resolución y asistencia a patologías de una mayor complejidad.

Estructuralmente tiene una sala de observación con 4 camas, una sala de reanimación una de curas y 2 médicos, 2 enfermeras y un auxiliar con una asistencia las 24 hrs. del día. Se cuenta con un servicio de radiología básica abierto de 9 a 22 hrs. Se incluye material de curas, yesos, férulas, monitores, desfibriladores, ECG... Al mismo tiempo dado la conexión informática se tendría el apoyo de especialistas (radiología, traumatología, cirugía...).

Con estos CSI lo que se pretende es una descarga asistencial al servicio de Urgencias Hospitalarias dando una mayor dotación y cambiando el modelo de Punto de Atención Continuada existente hasta ahora, con ello se cubren necesidades asistenciales las cuales no pueden ser resueltas en estos puntos de atención. .

La localización de estos CSI se encontraría de una manera estratégica (cuatro puntos cardinales) y deberían de satisfacer las necesidades asistenciales de dichas zonas. Queda así establecido un tercer cinturón asistencial; mediante el PAC se solucionarían los problemas de baja gravedad y no debería de resultar una competencia para el Equipo de Atención primaria. El CSI se encargaría de solucionar problemas de patología grave media con apoyo técnico in situ y el hospital y por último el Servicio de Urgencias Hospitalarias que constituiría el último escalafón.

Otra de las ideas puestas en práctica fue la implantación de una pantalla de información en los centros de atención en el que se reflejara en todo momento y en tiempo real el número de pacientes por ser atendidos en cada centro con la demora de los mismos, con ello el paciente valoraría la necesidad de espera o asistencia hospitalaria, valorando el tiempo que hubiera necesitado para ser atendido en su centro de referencia.

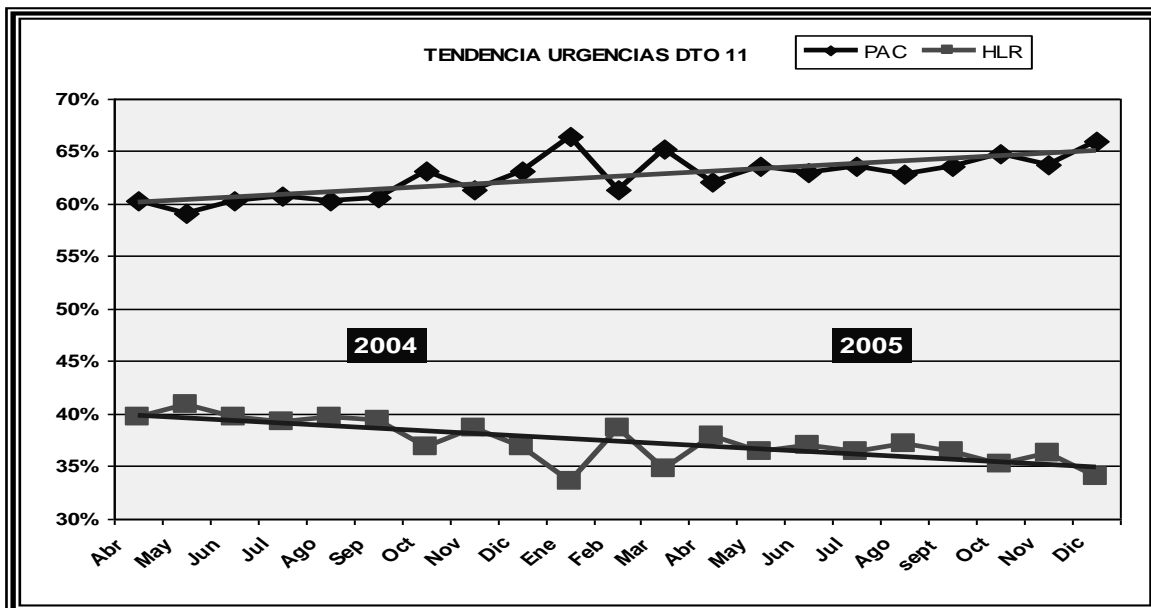
Una vez establecidos los puntos e indicadores de gestión y dado el carácter de informatización de los centros mediante un modelo único, se procedió a la recogida de datos mediante modelos estadísticos en los que se reflejaran las asistencias en los distintos puntos de atención y valoración de los resultados, extrayendo conclusiones y resultados de los puntos y medidas desarrolladas.

Resultados

Que se ha conseguido con todo esto:

La creación del CSI ha conllevado un descenso de la asistencia de pacientes de su zona de influencia al hospital (un 30 % en el último año) (a pesar de que si ha habido un incremento en la asistencia a dicho punto (34%). Al igual que ha conllevado una mejor derivación de los paciente pues se ha ingresado un 33 %de los pacientes remitidos desde dicho centro.

Con lo cual se ha visto que a pesar de que aumenta la tendencia a la asistencia urgente dentro del departamento hay una disminución de la asistencia al servicio de Urgencias Hospitalarias. (Gráfica)



Con lo que tras la integración con atención primaria se ha conseguido una inversión de la curva de crecimiento de la asistencia al centro hospitalario de Referencia, viendo y reflejando la positividad del sistema con una política correcta de integración entre la atención especializada-hospitalaria con la Atención Primaria.

Gestión de Recursos Humanos:

En estos momentos y con el nuevo plan de integración se ha conseguido que sean 22 los médicos de Atención Primaria que realizan guardias hospitalarias de una manera asidua.

También tener en cuenta que siete de los once médicos de los CSI (64 % de la plantilla) han pertenecido o pasado por el Servicio de Urgencias Hospitalarias

Para formar parte igualmente de la integración se ha procedido a que parte del Servicio de Urgencias (el 80 % de la planilla) pase alguna consulta o realice guardias en Atención Primaria.

Otro punto importante dentro de la integración de los recursos humanos consiste la elaboración de planes de formación. Durante el 2005 se llevaron cursos por parte, principalmente, de personal de Urgencias Hospitalarias a personal de PAC y Equipos de Atención primaria en RCP básica y utilización del desfibrilador automático (DEA) en el que asistieron 140 profesionales, tanto personal facultativo como de enfermería; programándose cursos de atención inicial al politraumatizado y manejo urgente de arritmias.

Conclusiones

Finalmente concluimos que la gestión única de los servicios asistenciales conlleva un mejor aprovechamiento de los recursos, mediante la flexibilidad de un sistema de coordinación y decisión única, además de la puesta en marcha de indicadores de calidad que satisfagan las necesidades actuales de los usuarios con la creación de encuestas y trabajos estadísticos y analíticos de los resultados del trabajo realizado en toda el área.

Bibliografía.

- Tarazona Ginés E. de Rosa Torner A, Marín Ferrer M. La experiencia del "Modelo Alzira" del Hospital de La Ribera a la Ribera-área 10 de salud: la consolidación del modelo. Rev Adm Sanit. 2005;3:83-98.
- Gómez G, Cervera M. Mejora de la calidad asistencial en la Comunidad Valenciana. Rev Calidad Asistencial. 2004;19:157-62.
- Arbusa I, Alfaro L, Zamora JJ. El sistema Nacional de Salud en el siglo XXI. La gestión de la calidad en la provisión de Servicios Sanitarios. Rev Adm Sanit. 2005;3:431-46.
- García Urra D. La provisión de servicios y la gestión de la demanda. Rev Adm Sanit 2004;3:477-86