

**ASSISTÈNCIA D'EMERGÈNCIES A CATALUNYA
I RESPOSTA SANITARIA AL 112**

Santiago Ferrandiz Santiveri

Octubre 1998

ASSISTÈNCIA D'EMERGÈNCIES A CATALUNYA I RESPOSTA SANITÀRIA AL 112 DOCUMENT FINAL

ABSTRACT

El Document Final, té com a objectius: 1. Fer una proposta integral i viable per organitzar definitivament la resposta a les emergències mèdiques a Catalunya. 2. Paralelament fer propostes, igualment factibles, i en aquest cas a curtíssim termini, de la resposta sanitària al 112.

El document està fonamentat tècnicament en l'experiència real d'altres sistemes, en una àmplia bibliografia i en contactes continuats amb experts del SCS, de Catalunya, de la resta de l'Estat i de l'extranger.

Es proposa un model ambiciós i de gran abast, una veritable **acció de govern** ja que es el **model sanitari de resposta a les emergències del proper segle**. Però a l'hora: un **model totalment factible, respectuós amb la Política Sanitària del Departament**, integrat en el Sistema Sanitari, que no duplica recursos i que no desvirtua ni l'estructura ni el funcionament d'altres àmbits i dispositius assistencials actuals.

Els punts forts de la proposta es fonamenten en una sèrie d'actuacions determinants:

- Formalització de la **Xarxa de Recursos Assistencials d'Emergències**
- Organització de la **Cadena de Resposta Assistencial Integral**
- Creació de la **Plataforma Tecnològica de Coordinació Sanitària (PLATECS)**
- Creació d'un **nou Marc Jurídic** per integrar, sense desvirtuar, totes les estructures que conformen la PLATECS
- Decisió de crear un **Projecte-pla-program-oficina** (el que es vulgui), però en suma una estructura operativa, no virtual, en el SCS, per tal que de manera continuada, planifiqui, ordeni, programi, avaluï i inspeccioni totes les actuacions en matèria d'Emergències, tal com preveu l'ordre 22 de març de 1993, del DOGC i si no: derogar l'ordre o subrogar les funcions a la nova estructura jurídica que es proposa.
- Paralelament i des d'ara mateix, **organitzar la resposta sanitària al 112 amb els recursos existents i aprofitant al màxim les vies d'alerta i assistència actuals** per anar millorant-les en el futur, però no caure en el parany d'intentar millorar estructures i vies actuals, que porten anys de "rodatge" en 15 dies! (temps d'inauguració del 112)

Finalment cal insistir en que les propostes són factibles, però inviables si no es prenen decisions integrals que no es limitin a aspectes puntuals, que fins i tot poden enlenteir i desvirtuar el model futur i la pròpia resposta al 112.

I. ASSISTÈNCIA D'EMERGÈNCIES A CATALUNYA I RESPOSTA AL 112 OBJECTIUS I JUSTIFICACIÓ

MISSATGE CLAU: Catalunya necessita ordenar definitivament l'assistència a les emergències sense perdre de vista l'objectiu principal de tota assistència d'emergències, que es evitar morts i incapacitats.
Paralelament hem de donar resposta sanitària al 112 sense distorsionar el model

RESUM DE L'APARTAT

En aquest apartat, **es proposa integrar la resposta sanitària al 112 dins d'un model més ampli que es el de l'assistència d'emergències a Catalunya.** En primer lloc cal **definir immediatament el model** per tal que la resposta al 112 s'integri en aquest marc definit. Aquesta actitud aporta concreció i coherència i en definitiva estalvis de temps ja que cada pas que es doni serà solid i definitiu. D'altra manera correm el risc de condicionar el model de manera no desitjada i veurens obligats a rectificar, amb tots els problemes que cada rectificació comporta. Per definir el model, es indispensable **consensuar el significat d'emergència**, per tal de centrar, indefectiblement, l'àmbit de les nostres actuacions.

En segon lloc cal **fixar els objectius**, es a dir, per quins motius proposem un determinat model d'assistència a les emergències i de resposta sanitària al 112.

Objectiu final: **evitar morts i incapacitats**

Objectiu intermediari (indispensable per arribar a l'objectiu final); **disminuïr el temps de resposta assistencial.** Per aconseguir aquest objectiu haurem de:

- **Aprofitar, redistribuïr i integrar tots els recursos amb la única limitació de la seva validesa i disponibilitat funcional.**
- **Agilitzar les vies de resposta per escurçar els lapses de temps, mitjançant una bona coordinació.**

Objectius secundaris:

- **Plantejar noves fòrmules estructurals i jurídiques**
- **Millorar la imatge corporativa, la comunicació amb els ciutadans i la seva confiança**

ASSISTÈNCIA D'EMERGÈNCIES A CATALUNYA I RESPOSTA SANITÀRIA AL 112

Document final*

Dr. Santiago Ferrándiz Santiveri

Setembre, 1998
Actualitzat: 26.10.98

* Gran part d'aquest document es basa en els Documents de Referència que van en bloc annex i que han estat lliurats des de 1995

ASSISTÈNCIA D'EMERGÈNCIES I RESPOSTA SANITÀRIA AL 112 A CATALUNYA

PRESENTACIÓ PERSONAL

Aquest treball que teniu a les mans ha representat una dedicació de més de 200 hores per a la seva redacció. Si comptem el temps dedicat a recopilar informació, parlar amb experts i visitar altres sistemes, serveis i dispositius, aquest temps pot multiplicar-se generosament.

Nombroses persones han estat consultades: experts del nostre entorn (en primer lloc del SCS tant serveis centrals com Regions i empreses adscrites, SEM, SCUB), de la resta de l'Estat (pràcticament tots els directores de dispositius d'emergències han estat visitats i consultats de manera repetida), d'altres països (els directores de serveis com Nova York, Chicago, Londres, París, Lyon, Munich, Lisboa, Buenos Aires, etc, han estat visitats i consultats), també han estat consultats nombrosos "líders d'opinió" i experts sanitaris i d'emergències no sanitàries. És per això que en el treball s'utilitza el plural ja que les opinions consignades mai ho són a títol estrictament personal.

Paralelament he fet un autèntic "escombrat" bibliogràfic revisant més de 400 publicacions.

Finalment, hi ha una part d'experiència personal de 14 anys de pràctica clínica i 13 de direcció i planificació. M'agradaria destacar: formació en urgències i emergències hospitalàries i extrahospitalàries (H. de St. Pau i SAMU francès), cap de servei d'urgències i posteriorment director mèdic i adjunt de gerència d'un grup hospitalari privat amb centres a Vigo i Madrid i finalment els darrers anys al Departament de Sanitat dels que destaquen els 8 anys de planificar, posar en marxa, implementar i dirigir el SEM i els 3 anys de planificació en emergències representant al Departament i/o al Servei (en: SEM SA, SCUB-061 SA, IES, Protecció Civil, Servei Català de trànsit).

Dit això, soc conscient de que tot l'anterior no representa cap garantia de "veritat absoluta" i que tot pot ser discutit i rebutat, però en tot cas els criteris tècnics i les afirmacions que se'n deriven són fruit d'una reflexió basada en fets, documentada i assessorada.

Per tant prego paciència en la lectura del document per estar en disposició de discutir, puntualitzar, debatre, refutar i en aquesta línia, entre tots, concretar de manera sòlida i definitiva les bases de l'assistència d'emergències del proper segle a Catalunya.

Voldria aprofitar l'avinentsa per agrair la confiança que s'ha anat dipositant en mi al llarg d'aquests anys i en els diferents càrrecs. Crec,* però, que cal iniciar una nova etapa. Al respecte puc dir que, més que mai, em sento il·lusionat, amb forces i capacitat per no defraudar les responsabilitats que, en aquesta línia, eventualment se m'encomanin. En tot cas hem d'actuar amb decisió però evitant decisions precipitades, vull dir poc meditates i avaluades, que podrien malmetre definitivament un projecte que és una veritable "acció de govern".

Santiago Ferràndiz, Barcelona, 26 d'octubre de 1998

ESTRUCTURA DEL DOCUMENT

El treball s'estructura en tres blocs:

1. **Un resum**, que pot ser llegit en 5 minuts.
2. **El treball propiament dit (Document Final)** que te sis apartats. Com que aquest document va dirigit a persones molt ocupades, s'han incorporat unes categoritzacions visuals del text que permeten procedir a una lectura abreujada. Aquestes categoritzacions consisteixen en: un resum previ a cada apartat; remarcar en majúscules i/o negreta les parts del text que no poden ser obviades; requadres amb fons gris que contenen consideracions, propostes o resums que es consideren claus; i finalment, requadres amb fons blanc, que contenen informació addicional, interessant per la comprensibilitat o suport tècnic del text, pero que en una lectura ràpida poden ser obviats.

Així mateix, el document conté esquemes gràfics i algorismes de suport i clarificació del text . També hi annexos amb informació complementària.

Aquest document pot ser llegit detingudament en 90 – 120 minuts.

3. **Els Documents de Referència** que consisteix en un bloc independent que conté els documents més rellevants presentats des de 1995 fins a juny de 1998, que han servit com a marc estructural per l'elaboració del Document Final i que contenen moltes propostes, especialment en referència a la resposta sanitària al 112, que continuen sent totalment vàlides, algunes de les quals s'han incorporat textualment al Document Final.

Alguns dels documents de referència son de lectura molt aconsellada com es el cas de: "Definicions sobre números d'accès ciutadà 061 – 112" escrit el 1994 i presentat el 1995, on ja es parla del 112 i del Sistema Integral d'Emergències "Resposta Sanitària al 112" i els resums I i II d'aquest document, on es plantejen actuacions concretes que "cal fer sigui quina sigui la decisió final", tal com es diu literalment, i el document "Reflexions sobre números d'accès ciutadà 061 i 112"

Aquests son documents de consulta i el temps de lectura no es pot establir, pero en tot cas, es important saber que no son indispensables ja que els conceptes vigents i més interessants han estat incorporats al Document Final.

ASSISTÈNCIA D'EMERGÈNCIES A CATALUNYA I RESPOSTA SANITARIA AL 112

Resum del document original del 1998

Santiago Ferrandiz Santiveri

Octubre 1998

PRESENTACIÓ DE LA VERSIÓ RESUMIDA DEL DOCUMENT ORIGINAL DE 1998

Aquest document es un resum del document original escrit el 1998. A l'hora aquell document es un resum i extensió de diversos escrits fets des del 1995 i que es van presentar recopilats com annex titulat "Documents de referència". (el llistat dels quals consta al final d'aquest resum.

Per desgràcia i degut a canvis d'ubicació i de PC es va perdre el fitxer informàtic i per tant sols es disposa d'aquests documents en paper. Això fa que en algun cas la presentació ho acusa, per la qual cosa demano disculpes.

El document resultant es presenta en 4 parts diferenciades:

1. Els primers fulls introdueixen el tema des del punt i fan consideracions conceptuals, destacant:
 - o La presentació personal que acompanyava el document original
 - o L'índex, per donar una idea de temàtica i magnitud
 - o Un full i un quadre resum amb conceptes clau, per saber de que parlem
 - o 4 fulls de text introductoris amb reflexions que cal tenir en compte que van ser fetes fa 7 anys, però que en algun cas podrien ser relativament aplicables o vigents. La presentació no es notable, per que es tracta d'un "collage". Però te l'avantatge d'evitar temps de lectura i a més a més, te alguns paràgrafs rellevats en groc per si sols es vol llegir el més essencial.
2. El segon bloc son 7 fulls amb el contingut essencial del document. Hi ha un abstract inicial (si no es vol anar mes lluny ja dona una idea) i després 6 fulls -1 per cada capítol- amb l'exposició dels temes. Cada full te un missatge en vermell, un cop més es pot limitar la lectura aquí. Però si es vol aprofundir una mica més, en un requadre a sota, està el resum del capítol. Per tant la lectura del document es totalment flexible i pot anar des de poc més de 5 minuts, que es el que costa llegir el subratllat en groc, l'abstract inicial i els missatges en vermell, fins a 20-30 minuts si es llegeix el document complet.
3. El tercer bloc el conformen unes figures que acompanyen al text complet original i que poden servir com a suport, ampliació o il·lustració del que s'ha tractat abans
4. Finalment, hi ha un darrer full que conté el llistat dels documents de referència.

Tan el document original base com els documents de referència estan a disposició, com ho estic jo mateix per qualsevol dubte, aclariment, ampliació d'informació, suggeriment o crítica.

Gràcies

Santiago Ferrandiz
Barcelona 14 d'abril de 2005

**ASSISTÈNCIA D'EMERGÈNCIES A CATALUNYA
I RESPOSTA SANITÀRIA AL 112
DOCUMENT FINAL (Set. 1998)**

INTRODUCCIÓ

El Document Final sobre Assistència d'Emergències i Resposta Sanitària al 112, pretén aportar la proposta actualitzada sobre les actuacions a emprendre en matèria d'assistència a les emergències i, en aquest context, quines solucions es veuen per donar resposta a les trucades sanitàries que arribin al 112 en un termini molt breu de temps.

Per arribar a les propostes, aquest document defineix conceptes i objectius de l'assistència a les emergències, analitza breument els models establerts i un cop estudiat aquest marc conceptual i d'entorn, que es referència obligada, proposa solucions concretes i factibles, tant per ultimar de manera definitiva el model assistencial d'emergències a Catalunya, com per respondre a un compromís, com es la resposta sanitària al 112, número Europeu d'emergències.

El 1985 Catalunya va ser pionera a l'Estat en l'organització, des de l'Administració Sanitària, d'un model on per primer cop apareixien les paraules "sistema" i "emergència": el SEM. Aquest model que estava inspirat en els models ja vigents en altres països. En els EMS (Emergency Medical Systems) dels EEUU quant a la integralitat del "sistema" i en el SAMU francès quant a que es un servei medicalitzat (equips de metge, DUI i tècnic) alternativa molt més coherent amb la nostra idiosincràsia i els nostres condicionaments, que la dels "paramèdics" dels EMS americans.

La paraula "sistema" ja te, com hem dit, un significat de "integració", "integralitat" o "globalització". De fet, el SEM va néixer com SCEM –la C era "coordinació"– però aviat vam assumir que sistema implica inexorablement coordinació d'elements o recursos ja que tenia la vocació de ser "el" sistema de Catalunya. Per raons conjunturals, van anar apareixent altres dispositius amb algunes finalitats i objectius coincidents, dels que destaca l'actual SCUB – 061.

El resultat es que en l'actualitat tenim un "mosaic" de dispositius: SEM, SCUB-061, Costa de Ponent, Tarragona –Tortosa (encara no inaugurat) i fins i tot, Palamós. Tots ells tenen justificacions sobrades per haver estat creats i sens dubte aporten elements molt vàlids per incloure un hipotètic model integral. Aquesta situació sens dubte aporta varietat però, convé no perdre de vista que aquesta varietat no ha estat fruit d'una planificació deliberada i de fet es tracta de solucions independents a problemes similars si no iguals.

Simplement mirant als nostres veïns (a França) tenim un exemple de model, el SAMU, homogeni i d'una grta imatge, que és un factor diferencial determinant en la sanitat francesa. Aquí cada cop estem més lluny d'aquest exemple.

Val a dir, que tot i aquesta varietat –i creiem que justament per aquesta varietat– la cobertura assistencial de Catalunya de manera homogènia quant a qualitat assistencial i coherent quant a esglaonament de nivells assistencials, no està ni molt menys assolida. El temps ha estat suficient, ja que altres CCAA que van començar molt més tard tenen dispositius molt desenvolupats. Pot ser la raó ha de buscar-se en la manca d'un "model" definit o millor dit d'un model assumit i defensat decididament per a la seva

implantació. El "model" català (per dir-ho d'alguna manera) en matèria d'emergència mèdiques no està del tot definit i aquest treball aporta elements per una definició que pretén ser la definitiva.

En aquest context s'imbrica un element nou: el 112 número europeu d'emergències. El 112 no es més que un accés telefònic a serveis d'emergència entre els que estan els sanitaris. Però, no podem obviar que tindrà influències importants en la implantació i funcionament del model.

És important ser possibilistes i realistes i mirant el futur, aprofitar les experiències viscudes per acabar de dissenyar i implantar un sistema integral d'emergències eficaç i eficient, que doni resposta a les veritables necessitats dels ciutadans de Catalunya en matèria d'emergències. Aquest es el nostre repte i si ens posem a treballar ara mateix, creiem que es totalment assolible.

COHERÈNCIA AMB LES DIRECTRIUS DE POLÍTICA SANITÀRIA DEL DEPARTAMENT

El Departament de Sanitat te marcades unes línies de política sanitària que entenem es obligat tenir en compte en qualsevol document de planificació. Enumerem i comentem tot seguit les que més es reflecteixen en el document actual.

"El model sanitari s'ha de basar en les necessitats de salut de la població": cal per tant identificar aquestes necessitats, que quant més objectives seran més evidenciables i mesurables. En aquest sentit, la definició i identificació de la "emergència" com a veritable necessitat objectiva de salut, sembla que segueix escrupolosament aquest principi.

Noves fórmules i nous models

Tot el treball en si mateix proposa un nou model assistencial amb noves fórmules estructurals, operatives i jurídiques.

- * "Actuacions que millorin l'estat de salut", l'assistència d'emergències amb les morts evitades com a conseqüència directa van en aquesta línia.
- * Es diu que aquestes actuacions "presentaran un cost benefici acceptable": es té en compte aquest aspecte ja que tots els sistemes d'emergència ho demostren evitant morts i incapacitats
- * Es parla de la Reforma de l'Atenció Primària: en el present document es considera i pondera com a factor condicionant la RAP.
- * "Orientar recursos a les necessitats reals": aquest es un punt clau del document, ja que si es centra en l'assistència d'emergències es justament per que no hi cap dubte que aquest tipus d'assistència es una necessitat real dels ciutadans.

Corresponsabilitat

- * Altres línies són," no perdre les funcions d'avaluació i control, avaluació dels objectius i estratègies per part de l'Administració": es fan propostes concretes que van en aquesta línia ja que es proposa un Pla-Programa-Projecte, etc, en suma un instrument en l'Administració per aquestes funcions.

- * "El sector i l'usuari han de tenir coneixement del cost d'oportunitat de cada una de les actuacions": sembla anar molt lluny, però si que es ben cert que per fer això, es indispensable que, com a mínim nosaltres, abans de comunicar-ho al sector i als ciutadans ho tinguem clar. En aquest treball es fa una esmena especial al cost d'oportunitat, tantes vegades considerat en abstracte o com a referència obligada però tant poques aplicat en concret i amb rigor.

Integralitat de l'assistència

La proposta "Sistema Integral d'Emergències" parla per si mateixa

- * "El millor aprofitament dels recursos existents" i "L'assumpció d'activitats per part de recursos existents i no optimitzats" s'aplica literalment al proposar la creació d'un mapa inventari de recursos parlar de la cadena assistencial de les emergències en la que intervenen tots els elements disponibles.
- * "La creació de sistemes estables de coordinació entre nivells assistencials " es el comès del Centre de coordinació proposat, però cal afegir que coordina nivells sense solapar-se, amb sinergia

METODOLOGIA

Des de finals de l'any 1994, han estat elaborats una sèrie de documents relatius a dispositius de resposta, números d'accès (112 i 061) i models relacionats amb l'assistència d'emergències que es presenten en dossier apart (*Documents de Referència*).

Aquests documents van ser fonamentats en les necessitats presentides (documents inicials) o evidenciades (documents finals) i han estat fonamentats en la nostra pròpia experiència, en dades bibliogràfiques d'experts i en la realitat copsada de sistemes funcionants arreu del món amb una especial atenció –per ser els més propers i més "extrapolables"– en els que ja funcionen a la resta de l'Estat. A partir d'aquests documents i tenint en compte un factor condicionant ineludible com és el fet de que segons els tècnics del Departament de Governació, el proper novembre el 112 iniciarà el seu funcionament, hem elaborat aquest Document Final amb la pretensió d'aportar una opinió tècnica actualitzada que sigui compendi dels documents anteriors i que incorpori les reflexions, idees, suggeriments i propostes que la situació actual reclama.

L'actual document final té 6 apartats i es completa amb uns annexos inclosos en el mateix document. Els 6 apartats són:

1. Assistència d'emergències i resposta al 112: objectius i justificació.

2. Dispositius d'assistència d'emergències: sistemes d'emergències

3. Proposta de model d'assistència d'emergències per a Catalunya

4. Proposta de solucions de resposta al 112 compatibles amb el model definit.

Cal evitar que el model sanitari de resposta a les emergències sigui un subproducte de la resposta al 112. Al contrari, la resposta al 112 ha d'incorporar-se i encaixar amb el model prèviament definit.

5. Proposta d'actuacions concretes en forma d'un projecte definit per cada actuació i prioritització d'aquestes actuacions.

6. Conclusions

INDEX

Introducció	1
1. Assistència d'emergències a catalunya i resposta al 112: objectius i justificació.	4
* Objectiu final de l'assistència d'emergències i justificació	4
* Objectiu intermediari	5
* Objectius secundaris	7
2. Dispositius d'assistència a les emergències: sistemes d'emergència	8
3. Proposta del model d'assistència d'emergències per Catalunya	10
3.1. Anàlisi de situació	10
3.2. Acotació de l'àmbit assistencial (concretar objectiu assistencial)	14
3.3. Descripció del sistema integral d'emergències mèdiques de Catalunya (SIEM)	17
3.4. Adequació partint del moment actual: estratègies per la configuració del Sistema Integral d'Emergències Mèdiques de Catalunya	18
A. Confecció del mapa de recursos	19
B. Operativitat dels recursos: Cadena assistencial	21
C. Coordinació	23
D. Noves fórmules de gestió	26
E. Direcció institucional	27
F. Avaluació total: millora continua de la qualitat	27
4. Proposta de resposta al 112 compatible amb el model del SIEM	30
5. Resum d'actuacions	39
6. Conclusions	40

Annexos

Annex I:	Urgència –Emergència: atributs diferencials
Annex II:	Hipòtesi d'expansió d'un model 061 a tot Catalunya
Annex III:	Disseny del Fulls de Projecte

Document elaborat pel Dr. Santiago Ferrándiz amb el suport administratiu de Sílvia Serra.

ASSISTÈNCIA D'EMERGÈNCIES A CATALUNYA I RESPOSTA SANITÀRIA AL 112 DOCUMENT FINAL (Set. 1998)

INTRODUCCIÓ

El Document Final sobre Assistència d'Emergències i Resposta Sanitària al 112, pretén aportar la proposta actualitzada sobre les actuacions a emprendre en matèria d'assistència a les emergències i, en aquest context, quines solucions es contemplen per donar resposta a les trucades sanitàries que arribin al 112 en un termini molt breu de temps.

Per arribar a les propostes, aquest document defineix conceptes i objectius de l'assistència a les emergències, analitza breument els models establerts i un cop estudiat aquest marc conceptual i d'entorn, que és referència obligada, proposa solucions concretes i factibles, tant per ultimar de manera definitiva el model assistencial d'emergències a Catalunya, com per respondre a un compromís, com és la resposta sanitària al 112, número europeu d'emergències.

El 1985 Catalunya va ser pionera a l'Estat en l'organització, des de l'Administració Sanitària, d'un model on per primer cop apareixien les paraules "sistema" i "emergència": el SEM. Aquest model que estava inspirat en els models ja vigents en altres països. En els EMS (Emergency Medical Systems) dels EEUU quant a la integralitat del "sistema" i en el SAMU francès quant a que és un servei medicalitzat (equips de metge, DUI i tècnic) alternativa molt més coherent amb la nostra idiosincràsia i els nostres condicionaments, que la dels "paramèdics" dels EMS americans.

La paraula "sistema" ja te, com hem dit, un significat de "integració", "integralitat" o "globalització". De fet, el SEM va néixer com SCEM –la C era "coordinació"– però aviat vam assumir que sistema implica inexorablement coordinació d'elements o recursos ja que tenia la vocació de ser "el" sistema de Catalunya. Per raons conjunturals, van anar apareixent altres dispositius amb algunes finalitats i objectius coincidents, dels que destaca l'actual SCUB – 061.

El resultat és que en l'actualitat tenim un "mosaic" de dispositius: SEM, SCUB-061, Costa de Ponent, Tarragona –Tortosa (encara no inaugurat) i fins i tot, Palamós. Tots ells tenen justificacions sobrades per haver estat creats i sens dubte aporten elements molt vàlids per incloure un hipotètic model integral. Aquesta situació sens dubte aporta varietat però, convé no perdre de vista que aquesta varietat no ha estat fruit d'una planificació deliberada i de fet es tracta de solucions independents a problemes similars si no iguals.

Simplement mirant als nostres veïns (a França) tenim un exemple de model, el SAMU, homogeni i d'una gran imatge, que és un factor diferencial determinant en la sanitat francesa. Aquí cada cop estem més lluny d'aquest exemple.

Val a dir, que tot i aquesta varietat –i creiem que justament per aquesta varietat– la cobertura assistencial de Catalunya de manera homogènia quant a qualitat assistencial i coherent quant a esglaonament de nivells assistencials, no està ni molt menys assolida. El temps ha estat suficient, ja que altres CCAA que van començar molt més tard tenen dispositius molt desenvolupats. Pot ser la raó ha de buscar-se en la manca d'un "model" definit o millor dit d'un model assumit i defensat decididament per a la seva implantació. El "model" català (per dir-ho d'alguna manera) en matèria d'emergència mèdiques no està del tot definit i aquest treball aporta elements per una definició que pretén ser la definitiva.

En aquest context s'imbrica un element nou: el 112 número europeu d'emergències. El 112 no és més que un accés telefònic a serveis d'emergència entre els que estan els sanitaris. Però, no podem obviar que tindrà influències importants en la implantació i funcionament del model.

És important ser possibilistes i realistes i mirant el futur, aprofitar les experiències viscudes per acabar de dissenyar i implantar un sistema integral d'emergències eficaç i eficient, que doni resposta a les veritables necessitats dels ciutadans de Catalunya en matèria d'emergències. Aquest és el nostre repte i si ens posem a treballar ara mateix, creiem que és totalment assolible.

COHERÈNCIA AMB LES DIRECTRIUS DE POLÍTICA SANITÀRIA DEL DEPARTAMENT

El Departament de Sanitat té marcades unes línies de política sanitària que entenem és obligat tenir en compte en qualsevol document de planificació. Enumerem i comentem tot seguit les que més es reflecteixen en el document actual.

"El model sanitari s'ha de basar en les necessitats de salut de la població": cal per tant identificar aquestes necessitats, que quant més objectives seran més evidenciables i mesurables. En aquest sentit, la definició i identificació de la "emergència" com a veritable necessitat objectiva de salut, sembla que segueix escrupolosament aquest principi.

Noves fórmules i nous models

Tot el treball en si mateix proposa un nou model assistencial amb noves fórmules estructurals, operatives i jurídiques.

- * "Actuacions que millorin l'estat de salut", l'assistència d'emergències amb les morts evitades com a conseqüència directa van en aquesta línia.
- * Es diu que aquestes actuacions "presentaran un cost benefici acceptable": es té en compte aquest aspecte ja que tots els sistemes d'emergència ho demostren evitant morts i incapacitats
- * Es parla de la Reforma de l'Atenció Primària: en el present document es considera i pondera com a factor condicionant la RAP.
- * "Orientar recursos a les necessitats reals": aquest es un punt clau del document, ja que si es centra en l'assistència d'emergències és justament per que no hi cap dubte que aquest tipus d'assistència és una necessitat real dels ciutadans.

Corresponsabilitat

- * Altres línies són, "no perdre les funcions d'avaluació i control, avaluació dels objectius i estratègies per part de l'Administració": es fan propostes concretes que van en aquesta línia ja que es proposa un Pla-Programa-Projecte, etc, en suma un instrument en l'Administració per aquestes funcions.
- * "El sector i l'usuari han de tenir coneixement del cost d'oportunitat de cada una de les actuacions": sembla anar molt lluny, però si que és ben cert que per fer això, és indispensable que, com a mínim nosaltres, abans de comunicar-ho al sector i als ciutadans ho tinguem clar. En aquest treball es fa una esmena especial al cost d'oportunitat, tantes vegades considerat en abstracte o com a referència obligada però tant poques aplicat en concret i amb rigor.

Integralitat de l'assistència

La proposta "Sistema Integral d'Emergències" parla per si mateixa

- * "El millor aprofitament dels recursos existents" i "L'assumpció d'activitats per part de recursos existents i no optimitzats" s'aplica literalment al proposar la creació d'un mapa inventari de recursos parlar de la cadena assistencial de les emergències en la que intervenen tots els elements disponibles.
- * "La creació de sistemes estables de coordinació entre nivells assistencials " és el comès del Centre de coordinació proposat, però cal afegir que coordina nivells sense solapar-se, amb sinergia

METODOLOGIA

Des de finals de l'any 1994, han estat elaborats una sèrie de documents relatius a dispositius de resposta, números d'accès (112 i 061) i models relacionats amb l'assistència d'emergències que es presenten en dossier apart (*Documents de Referència*).

Aquests documents han estat fonamentats en la nostra pròpia experiència, en una àmplia bibliografia d'experts i en la realitat copsada de sistemes funcionants arreu del món amb una especial atenció –per ser els més propers i més "extrapolables"– en els que ja funcionen a la resta de l'Estat. A partir d'aquests canals d'informació permanents i constantment actualitzats i tenint en compte un factor condicionant ineludible com és el fet de que segons els tècnics del Departament de Governació, el proper novembre el 112 iniciarà el seu funcionament, hem elaborat aquest Document Final. El Document Final té la pretensió d'aportar una opinió tècnica actualitzada que sigui compendi dels documents anteriors i que incorpori les reflexions, idees, suggeriments i propostes que la situació actual reclama.

L'actual document final té 6 apartats i es completa amb uns annexos inclosos en el mateix document. Els 6 apartats són:

1. Assistència d'emergències i resposta al 112: objectius i justificació.

2. Dispositius d'assistència d'emergències: sistemes d'emergències

3. Proposta de model d'assistència d'emergències per a Catalunya

4. Proposta d'alternatives de resposta al 112 compatibles amb el model definit.

Cal evitar que el model sanitari de resposta a les emergències sigui un subproducte de la resposta al 112. Al contrari, la resposta al 112 ha d'incorporar-se i encaixar amb el model prèviament definit.

5. Proposta d'actuacions concretes en forma d'un projecte definit per cada actuació i prioritització d'aquestes actuacions.

6. Conclusions

REPRESENTACIÓ ESQUEMÀTICA DEL SISTEMA INTEGRAL D'EMERGÈNCIES (SIEM)

Estructura Responsable

Funcions

Actuacions Necessàries

SCS

(Estructura específica del SCS)

Pla, programa o projecte del SCS per planificar, ordenar, programar, avaluar, inspeccionar en matèria d'emergències (*)

Crear programa



PLATAFORMA DE COORDINACIÓ

Plataforma tecnològica de Coordinació Sanitària (PLATECS) és un centre de coordinació i comunicacions sanitàries comú per a tots els dispositius de coordinació dependents total o majoritàriament del SCS més els que puguin afegir-se (Creu Roja, privats, etc)

Crear PLATECS

NOU MARC JURÍDIC

Nou Marc Jurídic

Estructura jurídica de caire FUNDACIONAL

- * Dóna suport i cohesió a la PLATECS.
- * Permet la incorporació de tots els dispositius existents sense que perdin la seva pròpia estructura jurídica actual.
- * Permet recabar suport econòmic per plans assistencials, de formació i de innovació tecnològica

Crear la "Fundació de Coordinació Sanitària" amb participació de tots els integrants de la PLATECS mes altres entitats/institucions que puguin ser convenientes.



XARXA DE RECURSOS
(Cadena Assistencial)

La xarxa de recursos d'emergència de Catalunya operativament conforma la cadena assistencial de l'emergència

- Mapa inventari de recursos
- Formació de: Tècnics i Primers actuant
- Pla IFIS (per a metges rurals)
- Acreditació de recursos:
- Pla Transport Sanitari d'Emergències
- Completar dispositius existents: SEM, SCUE

1. ASSISTÈNCIA D'EMERGÈNCIES I RESPOSTA AL 112: OBJECTIUS I JUSTIFICACIÓ

És ineludible ubicar la resposta al 112 en el context de l'assistència sanitària i per fer això, és indispensable limitar l'àmbit i definir conceptes. En els documents de referència queda prou clar que es proposa que **la resposta sanitària al 112 hauria de ser limitada a l'assistència a les emergències.**

Emergència

Situació que comporta risc vital o pèrdua d'una funció o òrgan corporal indispensable, creant una incapacitat funcional sobtada greu que reclama una assistència immediata

Com més endavant veurem, això no implica deixar de donar resposta als ciutadans que demanin altra tipus d'assistència via 112 (informació sanitària, atenció continuada, assistència d'urgències, transport sanitari, etc) però en totes les demandes que en una primera avaluació no siguin d'emergència, aquesta resposta hauria de ser informativa adreçant el ciutadà-usuari cap a altres serveis sanitaris i mai de transferència de la trucada i menys de gestió directa dels recursos. Si des del 112 s'atenen i gestionen tot tipus de demandes sanitàries, podem assegurar, per experiències de la resta de l'Estat, que el 80% de les trucades acabaran sent sanitàries. Si això és el que es vol o no importa i per les raons que sigui s'assumeix, és una decisió que té les seves conseqüències i cal avaluar, però si es cau en el "parany" sense tenir-ho previst, el model queda desvirtuat des dels seus inicis.

En síntesi i tal com s'ha expressat en els documents anteriors, la proposta d'aquest document va en la línia de limitar els serveis prodigats via 112 sols a les emergències. La paraula "clau" per que el ciutadà identifiqui l'emergència és "ambulància", segons el següent raonament:

Emergència = Incapacitat sobtada greu = necessitat d'assistència i d'ingrés hospitalari immediat = necessitat immediata d'ambulància per transport a l'hospital. De cara a la identificació per part del ciutadà evitem la paraula metge ja que pot vincular-se amb altres situacions no d'emergència que desvirtuarien la resposta, però és obvi que en una emergència sempre caldrà prioritzar els recursos medicalitzats.

Per tant, la resposta sanitària al 112 es una assistència d'emergències

OBJECTIU FINAL DE L'ASSISTÈNCIA D'EMERGÈNCIES I JUSTIFICACIÓ

Tota assistència d'emergències té la finalitat de

Disminuir la mortalitat i la morbiditat derivades de les situacions d'emergència ja siguin degudes a accidents o a malalties sobtades greus. Per més evident que sembli (i que veritablement sigui) cal no perdre mai de vista aquesta fi per no confondre-la amb altres finalitats secundàries o altres valors afegits que tot i sent importants, no són l'objectiu final.

Òbviament, no se'ns escapa que cal aprofitar la implantació del 112 per incentivar definitivament la definició, implementació complementària i consolidació d'un model integral de resposta sanitària a les emergències, es a dir, d'un **sistema integral d'emergències**. La creació d'aquest sistema, pel seu abast mereixeria ser considerat com una veritable **acció de govern**. Hauríem d'evitar el procés contrari: que la posada en marxa del 112 (que no deixa de ser un numero d'accés a serveis sanitaris, entre altres, es a dir una part petita del sistema) acabés definint o condicionant el sistema i que aquest acabés sent un "subproducte" de les decisions i de les actuacions fetes "a remolc" de les circumstàncies.

En aquest sentit, tota actuació que no estigui alineada amb l'objectiu final, tard o d'hora posarà en evidència les seves mancances, serà rebutible i acabarà passant factura a nivell sanitari/social/econòmic/polític.

Totes les idees, reflexions i propostes d'aquest document es fan des d'una perspectiva de viabilitat tècnica per assolir l'objectiu principal (disminució de la mortalitat i morbiditat) i releguen qualsevol altra consideració que no hagi demostrat, per experiències reals, estar en aquesta línia.

¿Com es poden disminuir la mortalitat i la morbiditat?

Avui ja podem mesurar la disminució de la mortalitat i morbiditat lligades a les emergències i una àmplia bibliografia científica ens situa dins d'un marc que no és gens especulatiu i que demostra inapelablement que les actuacions assistencials portades a terme de manera correcta i dins d'uns límits adequats de temps eviten morts i incapacitats.

La mortalitat en les emergències es distribueix en tres pics: 1. La que es produeix **instantàniament** (lesions estructurals greus d'òrgans vitals). Aquesta mortalitat és "inevitable" des del punt de vista assistencial i sols pot ser evitada amb la prevenció; 2. La que es produeix entre diversos **minuts i poques hores**, que es deu a causes que poden ser revertides amb una assistència correcta i a temps; 3. La que es produeix **dies després** per complicacions diverses i que té lloc a l'hospital. L'assistència d'emergències ha de centrar-se en el segon pic, ja que és la "**mortalitat evitable**" a nivell primari i que, a més a més, repercuteix sobre el tercer pic.

Tota l'experiència internacional demostra que, amb uns recursos humans i materials donats, el factor limitant dels resultats i per tant de la mortalitat i morbiditat, és el temps. Des del 1918, hi ha bibliografia científica que relaciona temps i mortalitat. Evidentment quant més curt és el temps de resposta assistencial, més baixa és la mortalitat (d'aquí que la primera hora després de l'emergència es denomini per alguns autors, "hora daurada"). El seguit d'actuacions que cal fer des de l'alerta a l'assistència, s'ha denominat la "cadena de la vida", "cadena de la supervivència" ("survival chain") o cadena assistencial de l'emergència. Aquesta cadena assistencial sols es garanteix plenament amb un sistema d'emergències que integri i coordini tots els elements o components.

Una gran quantitat d'estudis de morts evitables, sobre tot com a conseqüència de traumatismes per accidents i d'infarts aguts de miocardi, portats a terme abans i després de la implantació de sistemes d'emergència, donen xifres de reducció de la mortalitat evitable fins al 40% relacionada amb la implantació de sistemes d'emergència al eliminar altres variables estadístiques de confusió.

OBJECTIU INTERMEDIARI

Per tant, assumint que els recursos humans i materials són limitats i que no podran incrementar-se a curt termini de manera significativa, la variable principal sobre la que podem incidir és el temps de resposta. En aquest sentit, tot el que es decideixi i es faci per donar resposta sanitària al 112 hauria de tenir com a objectiu intermediari **disminuir el temps de la resposta assistencial** amb els recursos actuals. Es a dir, que el compliment d'aquest objectiu, sense modificar cap altre variable, afavoreix el compliment de l'objectiu final.

¿Com es pot disminuir el temps de resposta sense augmentar els recursos?

Amb 4 estratègies:

1. **Aprofitant** tots els recursos necessaris logísticament segons un mapa sanitari de recursos utilitzables en l'emergència, sense distinció de dependències patrimonials o de qualsevol altra mena. Això implica acreditació d'aquests recursos.
2. **Redistribuint**, potenciant i reconvertint recursos, si és el cas, per fer-los més efectius.
3. **Integrant** a la cadena assistencial sanitària, recursos no específicament sanitaris (especialment personal no sanitari amb entrenament sanitari) en els llocs que convingui.
4. **Agilitant** tots els lapses de temps, evitant tràmits intermedis prescindibles (des de la trucada de demanda de servei a l'assistència) i accelerant els imprescindibles: coordinant.

Informació addicional

Un exemple actual de les 3 primeres estratègies es va produir recentment a Nova York. El 1997, l'alcalde va decidir passar el "EMS" (Sistema d'Emergències Mèdiques) al departament de Bombers en base a que la resposta del EMS ultrapassava els 10 minuts en el 30% de casos (es a dir en 135.000 casos/any) i els bombers la garantien en menys de 5 min. i que la disponibilitat dels equips passava de 30% a 90%. Aquesta diferència, que sembla banal, pot suposar reduir la mortalitat per aturada cardíaca per infart de 98.6% a un 60-70% com en alguns Estats, on la resposta es situa en els límits de temps que ara ja té Nova York. En el cas dels accidentats, la resposta curta en el temps pot evitar fins a un 40% de morts evitables. Crec que aquestes són, des del punt de vista tècnic, les úniques raons a considerar. Evidentment l'exemple esmentat no pretén de cap manera suggerir la dependència dels sistemes sanitaris de resposta de bombers o de qualsevol altra estructura no sanitària (les característiques i condicionants a Nova York són molt diferents en aquest sentit) però el que és totalment superposable és la relació implacable entre temps d'assistència i la mortalitat. Aquesta disminució del temps es va fer sense incrementar recursos sanitaris, sols redistribuint-los i complementant-los amb altres no específicament sanitaris (bàsicament recursos humans de bombers amb un entrenament sanitari).

Informació adicional

Pel que fa a la quarta estratègia (la reducció dels lapses de temps que van des de l'alerta a la resposta efectiva), el més important és reduir al mínim les transferències de veu i/o dades. El fet de transferir una trucada o unes dades via informàtica des d'un operador a un altre pot semblar irrellevant ja que la tecnologia (al menys de manera teòrica) ho permet perfectament (si més no en teoria ja que, per exemple, al centre 112 de Madrid quasi el 80% de les trucades són artificis tecnològics sense interlocutor), però el fet és que, d'una banda es van acumulant lapses de temps, amb el conseqüent nerviosisme de l'alertant i d'altra el risc de pèrdua d'informació es multiplica. L'ideal és que el ciutadà rebi una resposta contundent i definitiva des del primer interlocutor i tot el que sigui "un moment li passo amb..." i preguntes repetides sobre les mateixes qüestions, a part dels problemes reals esmentats, dona sensació d'ineficàcia de cara al ciutadà provocant una reacció negativa que no beneficia gens el procés.

Un altre exemple recent ens pot il·lustrar sobre aquests aspectes referents a la transferència de les trucades. A Montreal el sistema d'emergències que té l'entrada de trucades via 911 com als EEUU, es derivaven les trucades als serveis sanitaris, que a l'hora avaluaven la situació i decidien el despatx del recurs/os adient/s. Fa dos anys, en un accident múltiple provocat, en el que van morir 11 nens, es va constatar que el sistema de despatx, tot i sent teòricament correcte i "purista", feia perdre temps. No "molt" temps, però en l'emergència, feia perdre el temps suficient per no ser efectius. Però el més important era que amb un altre sistema, el temps es podia reduir. A partir d'una reflexió autocrítica, es va rectificar el protocol. Ara, quan es tracta de casos evidents d'emergència sanitària, els recursos sanitaris són despatxats des del 911. Això no vol dir que deixin de ser sanitaris, ja que tot es fa segons protocols sanitaris, però el guany de temps ha estat significatiu i això és el que tindrà relació amb la millora assistencial.

OBJECTIUS SECUNDARIS

1. Plantejar noves fórmules estructurals i organitzatives per afrontar confortablement l'assistència d'emergències del proper segle.
2. Contribuir a donar una imatge corporativa coherent i de fàcil interpretació per part del ciutadà.

TOT L'ANTERIOR SEGUINT ESCRUPOLOSAMENT LES LÍNIES DE POLÍTICA SANITÀRIA MARCADES PEL DEPARTAMENT I SINERGIANT AL MÀXIM AMB ELS ALTRES ÀMBITS ASSISTENCIALS ESTABLERTS.

II. DISPOSITIUS D'ASSISTÈNCIA A LES EMERGÈNCIES: SISTEMES D'EMERGÈNCIA

MISSATGE CLAU: la paraula “sistema” implica integració i coordinació de recursos

RESUM DE L'APARTAT

El model universal per a l'assistència d'emergències sol denominar-se **Sistema d'Emergències**.

El Sistema d'Emergències es basa en una **Xarxa de recursos** assistencials, coordinats des d'un **Centre Coordinador**, per proveir una seqüència d'actuacions assistencials (Cadena Assistencial)

Tot model ha d'adaptar-se a una serie de **condicionaments** per a la seva implantació.

2. DISPOSITIUS D'ASSISTÈNCIA A LES EMERGÈNCIES: SISTEMES D'EMERGÈNCIA

Ja sabem que és el que volem: **objectius final i intermediari**.

Per assolir els objectius en l'assistència d'emergències necessitem un **instrument**, un **dispositiu assistencial** que denominarem "**sistema**".

En síntesi, un **sistema d'emergències** consta d'una sèrie de recursos humans i materials, formats i acreditats per a l'assistència d'emergències (components del sistema), que són coordinats des d'un centre d'informació i comunicacions (habitualment dit "centre coordinador" o segons els francesos "centre regulador") que a part de coordinar en temps real totes les actuacions del sistema, té la gran comesa d'obtenir, emmagatzemar i explotar tota la informació que serà un dels elements bàsics per a l'avaluació i la millora continua de la qualitat.

En general, les característiques que diferencien més uns models d'altres, són les lligades al nivell professional del personal i concretament si el personal assistencial és mèdic o no (els anglosaxons solen treballar amb personal no mèdic, els denominats "paramèdics", els francesos i belgues amb metges, finalment altres sistemes són mixtes, com l'alemany). Els recursos materials també condicionen en certa manera el model (a Alemanya es basen fonamentalment en helicòpters per l'assistència medicalitzada). La Direcció institucional, l'estructura jurídica del sistema, el finançament i la dependència patrimonial dels recursos, són altres característiques diferencials.

A nivell operatiu, el sistema d'emergències porta a terme una sèrie d'actuacions seqüencials en les que poden participar tots els elements i que van des de l'assistència "in situ" de les víctimes fins a l'ingrés hospitalari a l'hospital més adequat al cas.

Aquestes actuacions seqüencials han d'estar perfectament previstes i coordinades de manera sinèrgica i esglaonada conformant la ja esmentada "**cadena assistencial**".

Informació adicional

La cadena assistencial s'inicia amb la primera assistència al malalt que sol ser "in situ", es a dir, en el lloc de l'emergència. Aquesta assistència la pot portar a terme una persona amb un entrenament mínim que sol ser de 30 a 40 hores denominant primer actuant o primer responnent ("first responder") que solen ser bombers o policies, un tècnic en emergències o personal sanitari convencional (metges i/o DUI). Els tècnics en emergències solen ser utilitzats en els països anglosaxons. Els tècnics en emergències són de diversos nivells segons la formació rebuda que pot ser, segons els llocs, de 200 a 2500 hores de formació. A partir de 900 es denominen "paramèdics", nom que provoca equívocs (haurien de denominar-se més aviat "parasanitaris") i concepte que provoca controvèrsies, ja que es veu com un competidor del metge i del DUI. Els equips amb metges i/o DUI solen ser utilitzats a Europa continental i sobre tot a França, Bèlgica i Alemanya. A Espanya els models existents són medicalitzats i la majoria inclouen DUI i obviament tècnics en transport sanitari.

Aquesta varietat de recursos en la cadena assistencial, permet iniciar l'assistència ràpidament, ja que no cal que estiguin presents els equips més sofisticats i a l'hora permet cobrir àrees en les que no és ni sanitària ni econòmicament rentable disposar d'aquests equips.

Condicionants del model de sistema d'emergències

Coneguda l'estructura i funcionament general del sistema i quins són els principals components, no podem oblidar els condicionants, alguns dels quals actuen des del mateix inici o inclús des de la planificació, conferint-li unes característiques determinades.

Lligats a l'entorn general

Com ja s'ha comentat, els sistemes han d'adaptar-se al seu entorn geogràfic i de comunicacions, demogràfic, social, tecnològic i evidentment econòmic.

Lligats a l'entorn sanitari

Els sistemes d'emergències han de sinergiar plenament amb el model sanitari sense col·lisionar, solapar, duplicar o desvirtuar altres àmbits assistencials. En tot cas han d'omplir mancances assistencials, no previstes per ser realitzades per altres serveis assistencials. Sempre hauran de tenir en compte tots els dispositius que tinguin com a objectiu únic o compartit, l'assistència d'emergències i que estiguin consolidats. Seran influenciats també pel número i tipus de recursos existents. Finalment, han de coexistir i interactuar amb la resta de serveis i àmbits assistencials que de manera clara o tangencialment s'involucrin de manera continuada o esporàdica amb l'assistència d'emergències (assistència psiquiàtrica, toxicologia, gent gran, etc.).

III. PROPOSTA DE MODEL D'ASSISTÈNCIA D'EMERGÈNCIES PER CATALUNYA

MISSATGE CLAU: es proposa un model que integri tots els recursos aprofitables sense exclusió de cap mena que no vingui donada per la incapacitat del recurs o la inviabilitat econòmica. Aquest sistema (SIEM) té com a nucli una Plataforma Tecnològica de Coordinació Sanitària que integra tots els nuclis de coordinació ara dispersos aportant coherència i economies d'escala.

RESUM DE L'APARTAT: S I E M

Es proposa un **model integral**, específic d'emergències, **que incorpori absolutament tots els recursos**, tant humans com materials (acreditats per l'emergència) sense més limitació que la seva disponibilitat i operativitat, **que abasti tot Catalunya** de la manera més equitativa possible, acostant l'assistència de la màxima qualitat possible al màxim de ciutadans, amb una **coordinació única** que aplegui tots els recursos de coordinació actualment dispersos, amb una **Direcció tècnica mèdica**, **aprofitant les fórmules de Gestió actuals**, però enmarcant-les en una estructura jurídica més ampla que respecta les estructures integrades, amb un **finançament mixte i una Direcció Institucional** del SCS ben definida i estructurada, en forma de Program d'Emergències Sanitàries de Catalunya que dona compliment a l'ordre de 22 de març de 1993.

Aquest model el denominem Sistema Integral d'Emergències Mèdiques (SIEM)

El SIEM incorpora **fórmules totalment innovadores:**

- **Plataforma Tecnològica de Coordinació Sanitària (PLATECS)**
- **Nou marc jurídic (Fundació de Coordinació Sanitària)**

El SIEM respecta les directrius en Política Sanitària del Departament i sinergia i potencia altres dispositius i àmbits assistencials, mitjançant subprogrames o plans sectorials d'actuació:

- **El Pla IFIS d'informació, formació i suport al metge rural**
- **El Pla de Transport Sanitari d'emergències**
- **El Pla de Comunicació i Imatge externa del Departament en materia d'emergències**

3. PROPOSTA DE MODEL D'ASSISTÈNCIA D'EMERGÈNCIES PER CATALUNYA

Acceptant els objectius finalistes i intermediari i els components de qualsevol sistema d'emergències i en vistes a la proposta de sistema hem de procedir a:

- 3.1. **Analitzar la situació: partir de la realitat actual amb tots els condicionaments específics**
- 3.2. **Definir (acotar) l'àmbit (nivell) assistencial.**
- 3.3. **Descriure el Sistema proposat.**
- 3.4. **Proposar les principals accions per a la reestructuració i reconversió de tot el que tenim en un Sistema Integral: configuració del Sistema Integral d'Emergències**

Nota prèvia: Riscos que cal evitar en la definició d'un model

Primer risc: Confusió de finalitat amb mitjans

Tal com ja s'ha dit en els documents de l'annex hem de fugir de la confusió freqüent entre la veritable finalitat i els mitjans que hem de fer servir per assolir la finalitat. Volem dir que, una decisió sobre un dels components del sistema (per exemple el número, ubicació i tipus de gestió del/s centre/s de coordinació) feta abans de tenir perfectament definits els conceptes previs, els objectius i el model, pot condicionar el model de manera definitiva. Arribarem així a un model que serà conseqüència i no origen d'una decisió sobre un aspecte parcial. Es a dir, justament al contrari del que metodològicament hauria de ser.

Segon risc: decisions que comporten actuacions generalment de gran cost que no permeten tornar endarrera. Si es tracta d'oferir prestacions que no es poden mantenir, el "retallar" prestacions gaudides pels ciutadans es quasi be impossible o d'un altíssim cost.

Si es crea un gran i sofisticat centre coordinador, hem d'estar ben segurs de que no hi ha alternatives més eficients. En canvi, si es comença per alternatives de baix cost i limitades, sempre podrem créixer raonablement i amb seguretat. Hi ha molts exemples a l'Estat que han hagut de fer "marxa enrera" amb un cost econòmic i polític conegut.

3.1. ANÀLISI DE SITUACIÓ

En el moment actual l'assistència d'urgències i emergències especialment en l'àmbit extrahospitalari està experimentant un desenvolupament constant. En pocs anys hem passat de no disposar de serveis i sistemes d'emergències (fins i tot la denominació "emergència" era molt poc utilitzada abans) a que aquests serveis representin un sector molt actiu d'activitat sanitària amb estructura i personalitats pròpies.

El SEM (a partir de 1993 SEM SA), nascut al 1986 després d'un pla pilot de 8 mesos al 1985 i el "061" (a partir de 1997 SCUB SA-061) nascut el 1988, són els dos pilars assistencials que l'un a Barcelona ciutat i l'altre a la resta de Catalunya, aporten l'assistència d'emergències i en el cas de l'SCUB SA, també d'urgències, atenció continuada, consell mèdic telefònic i informació (aquestes altres prestacions venen lligades a l'adscripció del SEU i de la poca implantació de la RAP a Barcelona). Però, tot i que l'esforç fet fins ara ha estat molt considerable, estem lluny d'assegurar la cobertura assistencial a una gran majoria dels habitants de Catalunya.

No tota la cobertura assistencial es podrà dur a terme mitjançant equips medicalitzats o "sanitaritzats", es a dir amb DUI (com els de SEM SA i SCUB SA) per raons no tant sols d'eficiència sinó també d'eficàcia, ja que equips medicalitzats en àrees de molt baixa activitat tendeixen a la baixa qualitat. Per tant, una gran part del territori té i seguirà tenint una cobertura assistencial mitjançant ambulàncies de Creu Roja, empreses privades de transport sanitari o fins i tot de Bombers. En aquest casos l'acció més eficient per a millorar l'assistència és la formació del personal d'ambulàncies tal com disposa el Decret 225/96 i l'Ordre de 20/10/97 sobre Assistència Sanitària Immediata i Formació dels conductors d'ambulàncies. També caldrà redistribuir alguns recursos i millorar-los en la mesura que sigui possible. Però tot i així, la cobertura no serà completa i aquesta xarxa assistencial, també denominada "cadena assistencial", caldrà completar-la amb solucions alternatives, ja contemplades en altres països i previstes a Catalunya mitjançant el Decret i l'Ordre esmentats, que consisteix en formar personal no sanitari, bombers i policies fonamentalment, al nivell elemental de "primers Actuants". Finalment és no sols coherent sinó insoslaïable, que els metges, a nivell individual i no dins d'un equip predeterminat, s'incorporin, en la mesura del possible, a aquesta cadena assistencial en els llocs que sigui adient, rebent la informació, formació i suport tecnològic i logístic que sigui necessari.

La posada en marxa de la central del 112, número integral d'emergències, el 15 de novembre gestionat pel Departament de Governació afegeix un factor d'urgència per algunes de les actuacions necessàries. Cal aprofitar la conjuntura per realitzar un acoblament el més sinèrgic possible amb la disposició europea de creació del 112 i a l'hora de millorar l'assistència d'emergències aprofitant aquest oportunitat.

De tot l'anterior sembla coherent deduir que cal planificar, ordenar, programar, avaluar i en el seu moment inspeccionar, tot el referent a la urgència i l'emergència extrahospitalària. Totes aquestes funcions esmentades, han de ser portades a terme pel SCS tal com estableix l'Ordre de 22 de març 93.

Les funcions que preveu l'ordre de 22 de març del 93, es poden concretar en dues grans línies d'actuació que tot seguit exposem. A l'hora cada línia conté unes actuacions (projectes) concretes. L'execució de totes aquestes accions és més perentòria que mai per totes les raons esmentades, que tenen un pes específic i un risc elevat que justifica una atenció especial.

És ineludible partir del que tenim i en aquest sentit hem d'analitzar de quines maneres l'entorn, el que ja està fet i els canvis que s'estan gestant, condicionen el model.

El primer condicionant és el que ja tenim, els recursos existents.

Tenim uns dispositius assistencials que pertanyen a la Sanitat Pública dedicats exclusiva o parcialment a l'assistència d'emergències que funcionen de manera consolidada:

SEM, SCUB, Centre coordinador de Costa de Ponent, altres són projectes pràcticament ultimats, com el Centre de Tarragona-Tortosa i finalment també cal tenir en compte experiències limitades, com és el cas de la coordinació que es porta a terme des de l'hospital de Palamós que poden ser molt interessants a considerar.

Tots els dispositius esmentats no tenen els mateixos objectius*, ni la mateixa filosofia de plantejaments ni de funcionament. Tots han nascut i s'han desplegat unilateralment i no hi ha cap supraestructura específica que vetlli per una certa coordinació entre tots ells. Es a dir, no s'han desplegat segons un model preestablert ni amb cap ànim –al menys inicial– d'intercoordinació ni molt menys d'integració.

Fent una comparació amb altres àmbits assistencials, és com si l'atenció primària es desplegues amb característiques diferents a cada Regió. Es pot dir que, aquest fet no és dolent en si mateix, però sí que pot ser-ho quan es produeix sense haver-ho decidit prèviament així.

Aquesta situació té, sens dubte, uns aspectes positius: la coexistència de fórmules diferents per donar resposta a situacions similars o idèntiques. Però no podem amagar que també conté aspectes negatius: models diferents que condicionen i que segons l'evolució poden condicionar definitivament el futur de l'assistència d'emergències a Catalunya. Es a dir, **la diversitat és bona si ha estat buscada o com a mínim prevista però no ho és si és fruit de la improvisació, falta de coordinació, falta de directrius. Es a dir, quan és una diversitat innecessària o com a mínim no calculada.**

Per tant, el primer condicionant per un eventual sistema integral d'emergències és el que ja tenim i que hem d'assumir. Però preocupa que aquests dispositius segueixin prenent decisions unilaterals que poden condicionar de manera irreversible la totalitat del futur model per Catalunya.

El condicionament més important que pot tenir lloc és la posada en marxa del 061 de manera que obligui a desplegar-ho a tot Catalunya. Si l'accès a certs serveis sanitaris, d'emergència, mitjançant el 061 "surt" de l'àmbit urbà intensiu, no hi haurà cap raó per no estendre'l a tot Catalunya amb totes les conseqüències. Aquest punt es considera ampliament més endavant.

* Els objectius poden ser fins i tot antagònics: un dels objectius del sistema 061 és disminuir l'afluència de malalts als hospitals. L'assistència d'emergències té com a fet consubstancial l'ingrés del malalt a l'hospital (sols casos excepcionals no compleixen aquesta norma).

Altres recursos són aliens a la Sanitat pública i alguns d'ells disposen també de centres de coordinació o despatx de recursos:

Creu Roja té una implantació territorial important i en molt casos és l'única entitat a assistir una emergència i en molts d'altres col.labora en l'assistència portada a terme pel SEM.

Les empreses privades de transport sanitari, que en algun cas estan agrupades, sent l'exemple més representatiu el Consorci de Transport Sanitari de Catalunya. Les empreses privades col.laboren en l'assistència d'emergències, en alguns casos amb personal qualificat, assisteixen igualment al SEM i a Barcelona Ciutat, col.laboren activament amb SCUB – 061.

Els Bombers de la Generalitat disposen d'Uci mòbil i helicòpter medicalitzables i 25 ambulàncies distribuïdes per Catalunya.

Els bombers de Barcelona disposen d'equips amb DUI i col.laboren amb el SCUB-061.

El RACC té helicòpters i UCI mòbil medicalitzats i presta serveis privats i alguns contractats per SEMSA.

NOVETAT IMPORTANT, en aquests moments s'estàn produint dos processos de gran transcendència:

D'una banda, Bombers de la Generalitat posa en marxa un programa de formació en emergències mèdiques dirigit a tots els bombers (1500 bombers seran formats en els propers 6 mesos). El fet en si mateix és bo, sens cap mena de dubte, per diverses raons: 1. Dona compliment al decret 225/97 del Departament de Sanitat que preveu una figura ja considerada en altres països que són els Primers Actuants (bombers i policies), que amb una formació de 30-40 hores és capaç de proveir la primera assistència sanitària d'emergències 2. La implantació territorial dels bombers facilitarà molts punt assistencials.

Si el pla es fa efectiu i amb el rigor que és de suposar, els bombers poden estar en disposició de proveir una primera assistència sanitària correcta ràpidament en molts llocs del territori.

Ara bé, el curs no serà de 30 hores com era previst, sinó de 200 i se'ls formarà també com a conductors d'ambulància. Això, que té la part positiva de que aportarà més coneixements, sens dubte, però també comporta el risc de crear una figura no prevista ni contemplada com a necessària (més que primers actuants amb aquesta formació s'els convertirà en tècnics en emergències).

D'altra banda, Creu Roja està en plena crisi de reestructuració amb una minva constant del voluntariat corresponent al Servei Civil Substitutori i als objectors de consciència. El manteniment de la seva estructura actual per fer-la assumible per l'assistència d'emergències necessita una aportació econòmica considerable, que podria estar al voltant dels 1000 milions. No oblidem que, amb més o menys professionalització dels seus recursos humans, Creu Roja està cobrint àrees on, ara com ara, no hi ha cap alternativa assistencial.

Aquest fet pot canviar i sens dubte canviarà de manera importantíssima (que no vol dir negativa) el marc de l'assistència sanitària d'emergències a Catalunya. Pel que hem vist en altres països, conté així mateix un risc potencial de conflicte, que cal tenir present. La figura de primer actuant és necessària i és desitjable que tots els bombers, policies i altres col·lectius, tinguin aquesta formació. La figura de tècnic, en canvi, és una figura purament sanitària no és habitual que la formació corresponent sigui impartida a tot un col·lectiu, per les dificultats i cost que té el seu manteniment.

En tot cas valdria la pena recordar que qualsevol acte sanitari en la cadena de resposta a l'emergència, hauria d'estar tutelada des de la formació a l'avaluació post assistencial passant pels protocols i procediments, per l'autoritat sanitària. D'altra manera es pot caure en situacions (que s'han produït en altres llocs) de tenir de facto dos sistemes de resposta sanitària depenents d'autoritats diferents. Estem segurs que no serà el cas, però és bo aprendre d'errors aliens.

El segon condicionant és el model sanitari general

Davant d'un model d'atenció primària en plena reforma, que s'ha prioritzat i està implantat en més del 60% de Catalunya, la primera consideració és fins a quin punt les demandes assistencials que corresponen a informació, atenció continuada i urgències domiciliàries han de ser fetes mitjançant números de 3 xifres i centres de coordinació amb grans estructures.

L'alternativa que sembla més raonable és establir l'accès per assistències NO d'emergència al nivell més a prop del ciutadà, via números convencionals de 9 xifres, i fer funcionar el que hi ha sense suplantarlo o duplicarlo amb supraestructures "pesades" i costoses que acaben fent la feina que haurien de fer persones i estructures ja existents.

La creació d'aquestes supraestructures, implica d'alguna manera paliar una disfunció (davant del qual claudiquem) incrementant estructura.

Definir funcions de l'Atenció Primària

Si totes aquestes funcions (informació, atenció continuada, urgències) no es fan des de l'àmbit de l'atenció primària i no estem decidits a que es facin, potser caldria assumir aquesta realitat, redefinint el model d'atenció primària i renunciant definitivament a objectius que no som capaços d'assolir, assumint la creació de supraestructures de coordinació com a substitutòries de serveis o prestacions que haurien de fer-se a nivells més baixos (més propers al ciutadà).

Resumint:

- A. L'atenció primària es farà càrrec de l'atenció continuada i les urgències actuant les 24 hores del dia? =
No No es aconsellable desplegar models tipus "061" en la versió "amplia" (dona totes les prestacions)
B. L'atenció primària no podrà assumir l'atenció continuada i les urgències les 24 hores del dia? = SI
Es aconsellable desplegar models tipus "061" en la versió "amplia".

Altra característica del model sanitari català és la profusió d'hospitals comarcals que poden servir de base de recursos mòbils amb els seus corresponents equips i són la primera referència per a moltes emergències.

El tercer condicionant és l'econòmic

No sembla necessari insistir sobre el moment econòmic actual. Més que mai cal aprofitar i optimitzar recursos, prioritzar actuacions i valorar molt acuradament el cost d'oportunitat de cada acció.

Una situació restrictiva de debò, passa per adoptar solucions de baix impacte econòmic que siguin compatibles amb millores i/o ampliacions ulteriors. Molt més difícil i compromès és el camí invers: sobredimensionar per després eventualment tornar enrera i justificar aquestes actituds. Sabem per experiència que restringir estructures, serveis o prestacions és molt difícil i té un cost molt elevat a tots nivells.

El quart condicionant és l'entorn general (geogràfic, demogràfic, social, etc.)

Molts d'aquests condicionants ja han contribuït a definir el model sanitari global i queden automàticament incorporats durant la planificació del sistema d'emergències que ha de fer-se dins del marc del model sanitari. Altres condicionants específics, van modulant els components del sistema durant les fases de planificació i implementació.

3.2. ACOTACIÓ DE L'ÀMBIT ASSISTENCIAL (CONCRETAR OBJECTIU ASSISTENCIAL)

Ja sabem amb que comptem i quins són els condicionants, el següent pas és delimitar l'àmbit assistencial exacte ja que el geogràfic ja el tenim: tot Catalunya. És un assumpte clau en tota prestació assistencial, definir quin àmbit ocuparà per evitar duplicitats, solapaments i fins i tot interferències i litigis. Així mateix ens permet conèixer els col·lectius diana, definir i dimensionar adequadament els recursos necessaris i preparar aquests recursos materials i humans per les tasques específiques (amb programes d'acreditació, formació, etc.). Totes aquestes accions solen acompanyar-se de més efectivitat i eficàcia.

L'acotació assistencial d'un sistema d'emergències ve donada per la mateixa definició del concepte emergència, que consta a la pàgina 2 d'aquest document.

No podem demanar que el malalt-usuari autodefineixi la seva situació. El malalt simplement reclama una assistència quan creu que la necessita. Però els planificadors, compradors i proveïdors és inexcusable que matisin les prestacions assistencials per assegurar una bona especificitat amb una acceptable sensibilitat. La utilització de recursos "pesats" en situacions que no els requereixen té com a conseqüència malbaratament de recursos i manca de recursos quan han d'aplicar-se específicament pel que han estat dissenyats. Dit això, és evident que tota decisió d'utilització d'un recurs comporta un risc inherent d'error (en emergència sortides "blanques" degudes a falsos positius). Però aquests "errors" han de ser considerats com un marge de seguretat que tradueix una sensibilitat suficient (equivalent a les intervencions quirúrgiques "blanques" com a indicador en cirurgia).

El "carregar" de serveis diferents a un mateix dispositiu assistencial, d'una banda pot defensar-se com un intent d'aprofitament de recursos en base a les economies d'escala que pot suposar, però d'altra, cal considerar les pèrdues d'especificitat i les dificultats de control real de cada parcel·la al existir una dispersió d'objectius i funcions. Per tant: si aprofitar recursos, però no dispersar objectius. Si no es corre el risc d'acabar utilitzant recursos sofisticats per assistències banals ja que tots estan en el mateix "sac", convertint una teòrica economia d'escala en un "calaix de sastre".

Altra cosa ben diferent és aprofitar plataformes tècniques i tecnològiques per integrar diversos dispositius i serveis. Però això té poc a veure amb la temptació d'aprofitar dispositius funcionals per carregar-los de diferents serveis amb diferents objectius (o en el lèxic més actual línies de servei o "línies de negoci" en el cas de les SA públiques).

Aquestes consideracions ens porten a la que potser és la decisió clau a l'hora de dissenyar un sistema:

¿Hem de crear dispositius que contemplin la gestió unificada de l'assistència d'emergències juntament amb la d'urgències, l'atenció continuada i fins i tot la informació sanitària i el transport sanitari? (tipus SCUBSA o Centre de Costa de Ponent)?

o bé...

Hem d'apostar per dispositius específicament dedicats a l'emergència, en busca de més excel·lència i eficàcia, integrant la resta de prestacions a altres àmbits com és el de l'assistència primària ?

L'opció triada no solament pot condicionar l'assistència d'emergències sinó que pot condicionar l'àmbit de l'atenció primària. En aquest document es proposa la segona opció.

¿Quines són les raons per limitar l'àmbit i objectius d'un dispositiu a l'assistència d'emergències?

Les emergències (Situació patològica que molt sovint evoluciona en poc temps cap a la mortalitat o pèrdua d'una funció corporal bàsica), són causa primera de morts i d'incapacitats greus i tenen un cost sanitari, econòmic i social enorme. En els països desenvolupats, la primera causa de mort fins als 34 anys són els accidents de trànsit. A partir dels 45, els infarts aguts de miocardi agafen el relleu com a una de les primeres causes de mortalitat.

A Catalunya ambdues patologies suposen la pèrdua de milers d'anys potencials de vida que entre el cost de la inversió social no recuperada, el cost directe de l'assistència sanitària, indemnitzacions, etc i el cost d'oportunitat en quant a productivitat perduda, representen milers de milions anuals. El cas és que tal com hem vist abans, les morts per aquestes patologies són molts cops evitables, sempre i quan es disposi dels elements necessaris en el temps adequat.

A Catalunya els accidents de trànsit són la primera causa en mitjana d'anys de vida perduts per difunt (41.78 anys per difunt el 1996). La malaltia isquèmica del cor és la primera causa d'anys potencials de vida perduts en total (48.650, l'any 1996).

Però no és sols el cas de les morts. Nombrosos autors, i en primer lloc Riediger, van demostrar que una assistència "in situ" inadequada anava en detriment d'una bona recuperació hospitalària, amb allargament de l'estada, complicacions (generalment infeccioses) i seqüeles.

La urgència (situació de necessitat assistencial ràpida però que no comporta, en principi, risc de mort i molt pocs cops necessita ingrés a l'hospital), l'atenció continuada, el consell mèdic i la informació sanitària, tot i ser molt més nombroses que les situacions d'emergència i ser fruit de demandes, queixes i crítica per part dels ciutadans, no tenen ni de bon tros el pes objectiu social, sanitari i econòmic que tenen les emergències. Tenim la obligació de donar la màxima satisfacció als ciutadans usuaris dels serveis sanitaris, però com a planificadors estem obligats a discernir entre les situacions i prioritzar.

De tots els dispositius que responen a números de 3 xifres, sembla que l'adoptat a l'Estat Espanyol sota la denominació genèrica de "061", és el que més prestacions i atribucions té conferides. La mateixa diversitat d'aquest sistema fa difícil, si no impossible, l'aplicació de qualsevol mesura econòmica d'avaluació (cost/benefici, Cost/efectivitat i Cost/utilitat). La mesura de la seva eficiència ha de basar-se en consideracions més o menys subjectives i amb indicadors de resultats analitzats molt sovint des d'una perspectiva merament quantitativa, que fa que es ponderi l'activitat per l'activitat sense altres consideracions. Ha estat freqüent, en alguns d'aquests serveis, considerar un èxit el creixement de l'activitat, sense analitzar el veritable significat d'aquest creixement i les possibles repercussions sobre el conjunt de l'assistència i sobre el propi model sanitari. En tot cas, podrem esbrinar l'efectivitat (lligada a l'activitat en si mateixa) però quasi bé mai l'eficàcia, entesa com assoliment d'objectius finals. Fins i tot molts d'aquets serveis tenen directrius genèriques però no veritables objectius finalistes.

Per contra, els sistemes d'emergències permeten conèixer objectivament la seva eficiència en base als estudis esmentats i permeten mesurar objectivament no tant sols l'efectivitat, mitjançant indicadors de funcionament, sinó també l'eficàcia, en base a la mortalitat i morbiditat evitades i fins i tot fer estudis qualitatius amb anàlisi de la qualitat de vida residual dels incapacitats.(QUALY o AVAQ).

Per aquestes raons molts països tenen dispositius específicament dedicats a l'emergència; per que entenen que aquest tipus d'assistència no pot desvirtuar-se ja que té unes característiques (assistencials, tecnològiques, i "culturals") prou específiques que requereixen concentrar esforços en un objectiu únic.

Per la importància del tema, a l'annex I, aportem reflexions i conclusions referents a una hipotètica expansió del "061".

A més a més recomenem la lectura del document de referència N° 6 "Reflexions sobre números els d'accés ciutadà 112 i 061".

DEFINICIÓ DE CONCEPTES

EMERGENCIES = URGENCIES ? DE QUE ESTEM PARLANT?

Aquest document es limita a les emergències. En català i castellà disposem de dues paraules que moltes vegades es consideren sinònims o com a mínim amb camps semàntics quasi be superposats: URGÈNCIES I EMERGÈNCIES.

En els diccionaris, fins ara, la definició d'urgència ha estat: "tràmit més ràpid de l'habitual", que es bastant aproximat a la interpretació sanitària, però la d'emergència ha estat: "acció d'emergir". Però el temps i l'ús professional han anat diferenciant i redefinint "de facto" aquestes dues paraules. Així, la urgència es una situació que cal assistir ràpidament i l'emergència es una situació que cal assistir immediatament ja que comporta un risc vital o d'un òrgan o funció corporal indispensable. L'emergència es una urgència vital. L'urgència per contra no ho es i a més a més es caracteritza per un component de subjectivitat més o menys alt que pot influir en la seva percepció i en les actuacions sanitàries posteriors, mentre que la emergència pot tenir component subjectiu però es sempre un fet objectivable.

El disposar de dues paraules hauria de suposar una ventaja, ja que ens permet discernir entre dues situacions que requereixen dues maneres de resposta diferents i això hauria de fer més fàcil prioritzar unes actuacions front a d'altres.

En canvi ni el francès (que sols te la paraula urgence), ni l'anglès (que sols te emergency) es bebeficien aquesta característica, tot i que des de fa uns anys, en anglès cada cop s'utilitza més la paraula "urgent" per indicar urgència. En Francès, per referir-se exclusivament a l'emergència han d'utilitzar dues paraules com "détresse vitale".

Sembla per tant que hi ha la necessitat de diferenciar entre urgència i emergència. Una raó clau es la que ve donada pel temps de resposta, immediat en l'emergència, que vol dir recursos a esmerçar-hi. Recursos importants en quantitat i qualitat. Per tant la importància de la diferenciació no es solament sanitària, que es inquestionable (vida versus mort), si no que també es econòmica i de model.

Però no hi ha massa treballs que s'ocupin de definir de manera prou objectiva i per tant fàcilment identificable, el que es cada vocable i per aquesta raó, m'he permès de fer un quadre en el que es sintetitzen els atributs de cadascuna de les dues paraules o si es vol dels dos conceptes. Per que com em vist no es tracta d'un exercici gramatical-semàntic, si no de quelcom més determinant.

Emergència	Urgència
Risc Vital Imminent	NO
Resposta immediata (minuts)	Resposta Ràpida (hores)
Sempre Objectivable	Gran component subjectiu
Demanda per entitats o testimonis presencials	Demanda del propi malalt o entorn habitual
Hospitalització del 100% En Unitats de CRÍTICS	Hospitalització <10% En unitats d'Aguts
Formació Específica del personal	NO
Participació d'equips no sanitaris	NO
Coordinació indispensable	NO

Paraula Clau en Urgència



Confiança

Paraula Clau en Emergència



Temps

3.3. DESCRIPCIÓ DEL SISTEMA INTEGRAL D'EMERGÈNCIES MÈDIQUES DE CATALUNYA (SIE)

Vistos els condicionants i acotat l'àmbit assistencial, passarem a descriure el model proposat.

Partint dels dispositius i recursos assistencials ja esmentats caldrà completar aquesta xarxa assistencial amb solucions alternatives, ja contemplades en altres països i previstes a Catalunya mitjançant el Decret i l'Ordre esmentats, que consisteixen en formar personal no sanitari: bombers i policies fonamentalment. Finalment és no sols coherent sinó insoslaïable, que els metges (com a recurs assistencial individual) s'incorporin, en la mesura del possible, a aquesta cadena assistencial en els llocs que sigui adient, rebent la informació, formació i suport tecnològic i logístic que sigui necessari.

S I E

El resultat d'aquestes actuacions és un veritable Sistema Integral d'Emergències que s'implanta a tot Catalunya, amb l'objectiu de proveir l'assistència d'emergències al número màxim de ciutadans, que té unes característiques comuns i un mínim comú denominador de qualitat estructural en tot l'àmbit territorial, que integra tots els recursos humans i materials disponibles, amb una coordinació continuada d'aquests recursos, amb direcció tècnica mèdica, que pot adoptar diverses fórmules d'estructura jurídica i de gestió, però que ha de tenir una direcció institucional (Dep. de Sanitat- Servei Català de la Salut) i uns sistemes de millora continua de la qualitat factibles i exigents. Finalment, tot aquest dispositiu, en la seva posada en marxa ha de tenir en compte els condicionants estudiats.

Per tant, podem afirmar que un principi bàsic del Sistema es la integralitat.

El sistema ha de gaudir d'una doble integralitat: estructural i operativa. D'una banda ha d'integrar tots els recursos disponibles (Xarxa Assistencial d'Emergències Sanitàries de Catalunya – XESC) i d'altra lligar l'actuació d'aquests recursos per tal de proveir una assistència continuada que abasti tot el procés evolutiu de l'emergència, des del seu inici a l'ingrés a l'hospital adequat definitiu (Cadena Assistencial)

Amb aquest Sistema Integral d'Emergències, es pretén assolir els objectius primaris, es a dir la disminució de la morbi-mortalitat a Catalunya.

Fent una síntesi, els atributs definitoris del model són:

Àmbit geogràfic: tot Catalunya

Àmbit assistencial: assistència d'emergències

Cobertura: universal (tota la població) com a objectiu. Realistament, una bona meta inicial es que **més** del 80% de la població estigui a menys de 10 minuts d'un recurs acreditat d'emergència.

Recursos humans (personal assistencial i de coordinació)

El personal ha d'incloure tots els nivells professionals: Mèdic, DUI, Tècnic (ens referim al tècnic en transport sanitari) i els ja esmentats " primers actuants" (PA) (policies i bombers sobre tot). Dit això i constatada la necessitat de tots els nivells esmentats, el sistema pot considerar-se com a "medicalitzat" ja que tots els protocols i procediments assistencials i la Direcció ha de tenir un garant mèdic. Amb aquests elements podem configurar equips amb Metge, DUI i Tècnic. Equips amb DUI i dos tècnics,

Equips amb 2 tècnics (conductor de l'ambulància i assistent) i finalment aquests equips haurien de completar-se, per tal de cobrir el màxim territori possible, amb dues figures clau: els metges que treballen en l'àmbit rural i els PA. Aquestes dues figures no formen part de la estructura del sistema però si que són integrants imprescindibles de la cadena assistencial.

Tot el personal ha de rebre formació inicial i continuada i cal establir el "perfil" d'accés per a cada categoria professional. Tot això per tenir garanties homogènies en tota la cadena i a tot arreu.

Recursos materials

Els dividirem en fixes i mòbils

Fixes: centre/s de coordinació amb tot el suport tecnològic d'informació i comunicacions.

Mòbils: ambulàncies, VAM (Vehicle d'Assistència Medicalitzada), helicòpters.

Tots els recursos haurien d'estar acreditats segons unes normes específiques per regular el transport sanitari d'emergències.

Direcció institucional i dependència: pública, del Departament de Sanitat i Seguretat Social –Servei Català de la Salut.

Gestió: Mixta (Pública/Privada)

Finançament: Mixte. Majoritàriament públic però amb una part creixent de finançament per tercers, fonamentalment empreses asseguradores del ram de l'automòbil, mútues patronals, mutualitats privades, assegurances esportives i clients privats ja siguin persones físiques o jurídiques, etc.

3.4. ADEQUACIÓ PARTINT DEL MOMENT ACTUAL: ESTRATÈGIES PER LA CONFIGURACIÓ DEL SISTEMA INTEGRAL D'EMERGÈNCIES MÈDIQUES DE CATALUNYA.

Coneguts els recursos disponibles i els condicionants , acotat l'àmbit assistencial i definides les característiques del Sistema, hem de concretar les actuacions necessàries per passar de la situació actual a la proposada a partir del que tenim, considerant els condicionants i sense perdre de vista els objectius.

DESIDERATUM

En primer lloc, no sembla justificable a hores d'ara, que es donin duplicitats, solapaments o manca d'aprofitament d'infraestructures públiques. En segon lloc cal millorar qualitativament el que tenim, tant a nivell funcional com estructural. En tercer lloc és necessari identificar mancances i àrees amb deficient cobertura assistencial i buscar alternatives.

Finalment hem de proveir les directrius institucionals que amparin tot el resultant i establir els sistemes de qualitat per disposar d'una avaluació continuada que faciliti la millora continua de la qualitat, element avui dia indispensable per qualsevol aproximació seriosa d'un tema d'aquest abast.

Per tot això, és necessari:

- A. Disposar d'un **mapa de recursos** i identificar solapaments i duplicitats d'una banda i mancances d'altra.
- B. Definir, estructurar i organitzar operativament la **xarxa assistencial d'emergències sanitàries** en forma de **Cadena Assistencial** de l'emergència, amb els recursos existents i els previstos.
- C. Posar en marxa un **Centre de Coordinació que sigui una veritable Plataforma Tecnològica** d'informació i comunicacions que aplegui tots els recursos dispersos i descoordinats que fan funcions similars si no idèntiques
- D. Suggerir **noves fórmules de gestió** per afrontar el nou repte.
- E. Decidir les característiques i principals directrius de la **Direcció Institucional**
- F. Establir un **pla de qualitat**

Analitzarem cada apartat:

A. CONFECCIÓ DEL MAPA DE RECURSOS

El sistema integral d'emergències de Catalunya, ha d'integrar, compatibilitzar, complementar i coordinar sinèrgicament sense exclusions, tots els components estructurals, operatius, organitzatius i de suport, de tots els dispositius funcionants en l'actualitat (fonamentalment SEMSA, SCUBSA, Costa de Ponent). A més a més, ha d'incorporar tots els recursos utilitzables per a l'emergència que no estan inclosos en els dispositius esmentats (principalment Creu Roja i Empreses de Transport Sanitari). És necessari aprofitar tots els recursos sense diferenciar dependències patrimonials ni nivells assistencials, per acabar conformant una xarxa assistencial coordinada amb una cobertura territorial el més amplia possible.

¿Com integrar tots els recursos?

1er. Configurar un mapa-inventari de recursos actualitzat i categoritzat, per saber exactament el que tenim i on ho tenim.

En el cas que ens ocupa, el mapa de recursos serà el sumatori resultant dels mapes dels recursos dels diferents dispositius o de les diferents entitats. Als efectes d'aquesta aproximació i pel que fa a dispositius tipus SEM o SCUB no considerem si els recursos són propis o concertats perquè el que interessa és que en depenguin a nivell operatiu. En el cas de recursos concertats per aquests dispositius caldrà no contemplar-los com a actiu de les entitats corresponents per evitar duplicitats.

Aquest estudi es pot il·lustrar fàcilment com una superposició de transparències, cadascuna de les quals representa els recursos d'un dispositiu o entitat.

Fent un molt breu resum, els recursos a integrar són:

SCUBSA.: Els recursos estan limitats a la ciutat de Barcelona. Disposa d'un centre coordinador, UCI mòbils amb personal mèdic, DUI i tècnic, ambulàncies assistencials i de transport primari amb DUI i tècnic. A més a més dels recursos d'emergència SCUBSA disposa d'ambulàncies convencionals contractades per fer transport urgent.

SEMSA: Els recursos del SEM cobreixen, encara incompletament, la resta de Catalunya tret de Barcelona ciutat. Disposa d'un centre coordinador i un recursos mòbils que cal diferenciar en els dedicats a l'assistència d'emergències a nivell primari: Vehícles d'Assistència Mèdica (VAM), equipats amb personal mèdic, DUI i tècnic i els que es dediquen al transport secundari (interhospitalari) de malalts crítics (que de manera excepcional poden fer assistències a nivell primari) que són UCI mòbils amb personal mèdic, DUI i tècnic. El transport primari dels malalts, es fa amb ambulàncies privades o de Creu Roja que concorren en l'assistència però que a diferència del cas de SCUBSA no estan contractats per SEMSA.

RACC: el RACC disposa de recursos sanitaris constituïts per un helicòpter medicalitzat i una UCI mòbil. Aquests recursos són contractats per SEMSA per assistència d'emergències.

Centre coordinador de Costa de Ponent: coordina tots els recursos de l'àrea coberta, tant d'emergències com d'urgències i atenció continuada. Com a recursos específics d'emergència compta amb 1 VAM del SEM.

Centre coordinador de Tarragona-Tortosa: encara no operatiu, la idea és que coordini els recursos existents a la zona coberta (Regions de Tarragona i Tortosa) de manera similar al de Costa de Ponent. Com a recursos específics d'emergència compta amb 1 VAM del SEM.

Palamós: Disposa d'un centre (en realitat una persona aprofitant les estructures de l'hospital) que coordina recursos sobre tot a nivell d'atenció primària de tres ABS. És una experiència a avaluar seriosament ja que té la peculiaritat de basar el centre coordinador en un hospital comarcal i estar molt integrat en l'entorn.

Creu Roja: Disposa d'un centre coordinador de recursos i de 480 ambulàncies disposades en 412 bases o punts assistencials per tot Catalunya. El personal és voluntari i professional segons els casos, però per diverses raons es tendeix a professionalitzar-lo tot, el que sens dubte obligarà a una important reestructuració amb un impacte econòmic molt elevat.

Empreses de Transport Sanitari: la varietat de recursos és molt gran. Algunes empreses estan agrupades en diverses organitzacions de tipus consorcial o UTE.

Bombers de la Generalitat: disposen de 18 ambulàncies i 3 helicòpters medicalitzables (no els 3 simultaniament). Una ambulància tipus UCI mòbil és medicalitzada (personal mèdic, DUI i tècnic), així com els helicòpters. La resta no disposa de personal mèdic de manera habitual si de DUI. A Viella es fan càrrec de l'assistència de manera exclusiva ja que no hi ha Creu Roja.

Bombers de l'Ajuntament de Barcelona: per estar circumscrits a Barcelona Ciutat, entren en la zona coberta i coordinada per SCUBSA

El mapa resultant ens informarà de la ubicació dels recursos assistencials segons tipus, número, composició dels equips i dependència.

2on. Determinar la cobertura assistencial: Un cop tenim inventariats i ubicats els recursos disponibles (els que són adequats per a l'assistència d'emergències i es troben operatius), hem de delimitar la cobertura assistencial. Cobertura no és sinònim d'assistència. Podem garantir una cobertura inferior als 10 minuts, per exemple, però mai podem garantir una assistència en un temps determinat. Dit això, per calcular la cobertura s'utilitzen les **isocrones**. Internacionalment s'han acceptat isocrones de 10 minuts per àmbit urbà i de 20 per àmbit rural però la tendència és fixar temps inferiors. Alemanya té regulat pel seu Parlament un temps de 7 minuts i Anglaterra el fixa en 8. Als EEUU es parla de fixar-los en 8-9 minuts. Es clar que són xifres empíriques i que si volem ser eficaços, hem d'arribar el més aviat possible a l'emergència.

El càlcul d'isocrones es fa segons diferents mètodes i en el transport terrestre depèn de factors estàtics com és el tipus de carretera i dinàmics com són les condicions meteorològiques, el trànsit, etc.

La delimitació d'isocrones ens facilitarà una aproximació a la població coberta. A efectes pràctics es delimiten les isocrones de 5, 10, 20 minuts. Això ens permet preveure amb més detall la possible eficàcia de cada recurs.

3er. Identificar les àrees descobertes o deficientment cobertes i buscar alternatives El mapa d'isocrones ens permetrà conèixer les àrees descobertes, que generalment seran àrees de baixa demanda assistencial, però que cal tenir previst de quina manera es poden servir.

En primer lloc, cal preguntar-se i analitzar el que s'ha fet fins ara i si és possible potenciar el mateix tipus de solució espontàniament adoptada si entra dins del model definit. Si no, cal introduir els canvis pertinents.

És en aquestes àrees on la figura del Primer Actuant (bombers, policies) cobra un gran interès, així com els plans d'integració de metges rurals en la cadena de resposta assistencial a l'emergència.

Tota proposta o idea que potencialment millori l'assistència en aquestes àrees descobertes o insuficientment cobertes, ha de ser objecte d'estudi seriós per incorporar al projecte.

En principi, les eines per dotar o millorar la cobertura d'aquestes àrees són:

- * Redistribuir recursos (treure recursos de llocs on hipotèticament estan duplicats i portar-los a àrees on són més necessaris).
- * Implantar nous recursos, buscant fórmules de finançament amb implicació multiinstitucional i/o de diverses entitats.
- * A banda de que s'adoptin aquestes mides, en tots els casos, utilitzar la figura del PA i involucrar els metges rurals com es fa a França dins de l'organització SAMU.

4rt. Amb totes les alternatives del punt anterior, estarem en disposició de plasmar el Mapa sanitari d'emergències de Catalunya.

En aquest mapa constaran tots els recursos, de quin tipus són (nivell professional del personal, dependència patrimonial, contractes/convenis establerts amb el Servei Català de la Salut o empreses), quina àrea geogràfica i poblacional cobreixen en 5, 10 i 20 minuts.

B. OPERATIVITAT DELS RECURSOS: CADENA ASSISTENCIAL

El mapa és quelcom estàtic. Per tant, haurem de preveure de quina manera actuaran tots els recursos humans i materials i sobre tot, de quina manera es sinergeran. Això és el que posa en marxa la cadena assistencial.

La cadena assistencial a les emergències s'estructura internacionalment com una cadena d'actuacions de més a menys complexitat que té com a objectiu evitar l'evolució cap a la mortalitat de situacions potencialment letals o de risc d'òrgans vitals. La cadena assistencial o "cadena de la vida" ("survival chain") tal com es denomina, incorpora tots els nivells professionals sanitaris i fins i tot no sanitaris (PA).

En aquesta cadena, cada esglaó procura les actuacions que li són encomanades en funció dels coneixements i les habilitats inherents al seu nivell. Així, els PA estan capacitats per el que denominarem suport vital bàsic (SVB), definit en el DOGC com assistència immediata.

El segon nivell, el dels personal d'ambulàncies, realitza a més a més del SVB les funcions assistencials pròpies del transport sanitari i té una formació sanitària més completa.

El tercer nivell està constituït pels equips específics d'assistència a les emergències compostats per metges i/o infermers. En aquest nivell podríem incloure els metges rurals, practicants titulars, EAP, SOU i SEU, per tal que en circumstàncies predeterminades concorrin en l'assistència d'emergències.

Fins aquí la cadena prehospitalària. El següent esglaó és l'assistència hospitalària que inclou l'assistència a l'hospital receptor i si s'escau el transport secundari a un hospital d'alta tecnologia.

La cadena assistencial no tan sols comporta l'actuació seqüencial sinó que inclou la sinèrgia de tots els components que poden coincidir en una determinada actuació. Per això, una part de la formació i entrenament està dedicada a la interacció dels actuants, ocupant cadascú el seu lloc dins del ventall d'actuacions assistencials.

La cadena assistencial també inclou les actituds que en cada moment cal prendre referent a alertar nivells superiors o complementaris d'assistència.

Finalment com és lògic, els malalts poden accedir a la cadena assistencial en qualsevol dels esglaons indistintament.

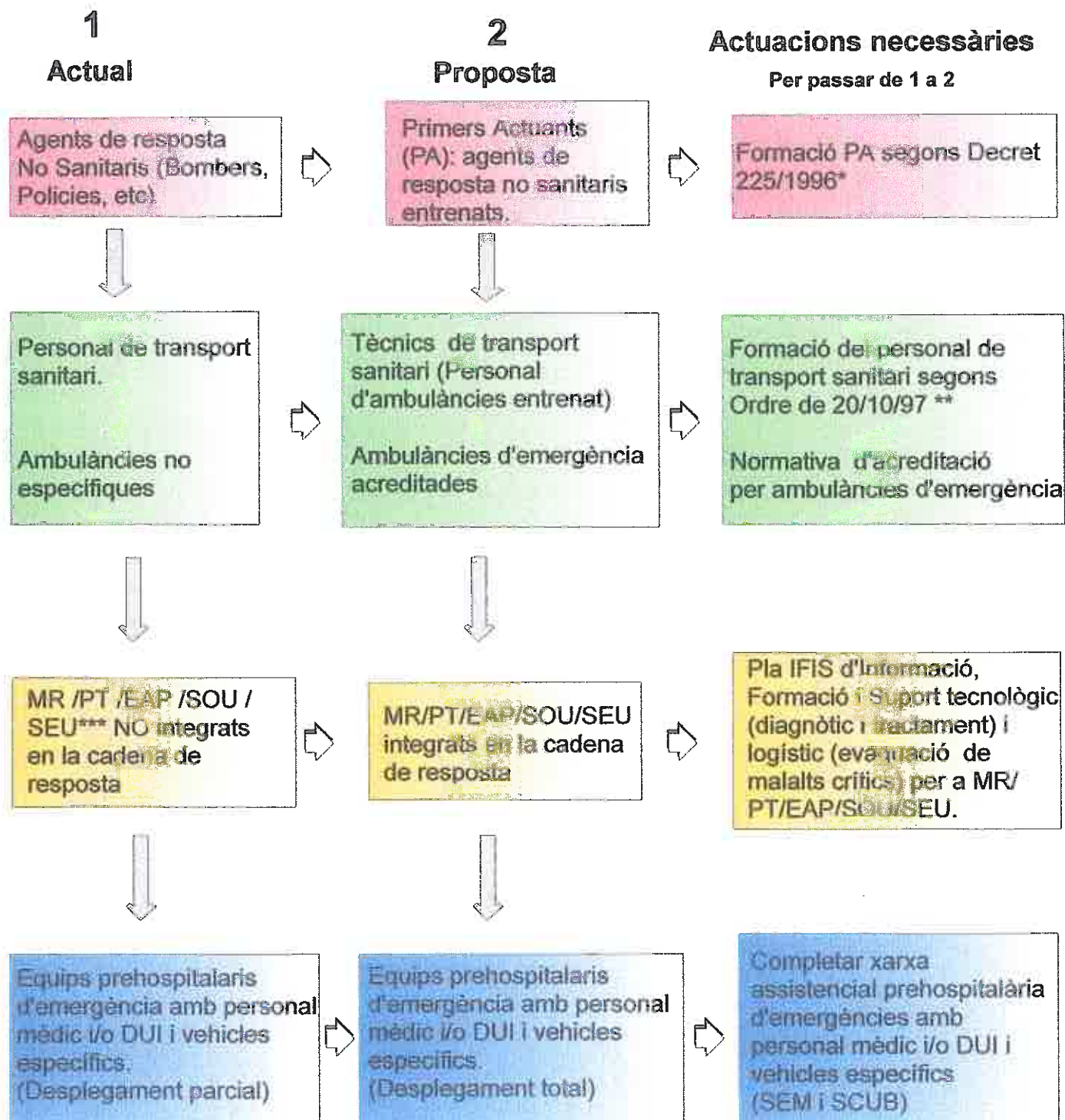
La cadena assistencial sobre tot en els esglaons incipients, fins al metge rural, està pensada per aportar l'assistència en llocs allunyats de recursos més sofisticats i en moltes ocasions és l'única oportunitat per millorar l'accessibilitat dels malalts per que gaudeixin del màxim de possibilitats en quant a personal i tecnologia necessàries per la seva situació, en el més breu termini de temps possible. Com que els recursos són finits i estan més concentrats on més eficients són, no cal dir que la cadena assistencial és una eina per millorar l'equitat de les prestacions assistencials.

En els fulls següents es presenten esquemes de la cadena assistencial integral: en el primer es veuen els nivells i les vies d'accés dels usuaris, en el segon es resumeix: 1. tal com és ara (pràcticament inexistent com a tal "cadena"), 2. com hauria de ser i 3. que cal fer per passar de 1 a 2.

La cadena assistencial, permet afrontar una assistència amb els recursos operatius que tinguem més a prop. És possible que tots els graons assistencials intervinguin però és també possible que l'assistència s'iniciï directament als nivells intermitjos més sofisticat. Però en tot cas ens permet que permet optimitzar les oportunitats assistencials en llocs aïllats.

Val la pena ressaltar el paper del metge com a esglaó individualitzat en la cadena assistencial, especialment en àmbit rural. La involucració dels metges rurals en la cadena assistencial va ser testada als inicis del SEM (any 1987) al Pallars Sobirà i l'interès per la seva part va ser molt gran. D'altra banda resulta difícilment assumible per a tots que un metge no sigui capaç d'afrontar una situació d'emergència vital i no sigui aprofitat per aquest tipus d'assistència. **Per la integració dels metges en la cadena caldria portar a terme un programa d'informació, formació complementària i suport tecnològic via telemetria i logístic d'evacuació de malalts (Pla IFIS)**

Cadena assistencial prehospitalària d'emergències a Catalunya



* Decret 225/1996 de 12 de juny pel qual es regula la formació en atenció sanitària immediata

** Ordre 20/10/97 per la qual es regula la formació en atenció sanitària immediata del personal que presta els seus serveis en l'àmbit del transport sanitari

*** MR: Metges Rurals; PT: Practicants Titulars; EAP: Equip d'Atenció Primària; SOU: Serveis Ordinaris d'Urgències; SEU: Serveis Especials d'Urgències

Pla IFIS per a metges rurals

Es basa en els 3 punts essencials.

1. Informació sobre els dispositius d'emergència, telèfons on pot trucar, informació que ha d'aportar o que pot requerir.
2. Formació. Pla de formació adaptat a les necessitats. Teòric-pràctic, conduït per Atenció Primària i per l'IES. De 20 a 30 hores.
3. Suport tecnològic via transmissió de dades, consulta amb especialistes, etc.
Suport d'evacuació, amb protocols per evacuació directa de malalts a requeriment del metge
Suport d'equipament: dotació de desfibril·ladors semiautomàtics o manuals que inclouen transmissió de dades.

Aquestes actuacions que haurien de fer-se liderades per Atenció Primària, recolzarien la figura del metge rural, li donarien confiança, el situarien en un lloc idoni per col·laborar en la cadena assistencial i mantindria al metge com el que ha de ser: l'element més fiable de l'acte assistencial. Evidentment a més a més això suposaria l'aprofitament d'un element clau que ara com ara, per raons diverses, no és així.

El procediment operatiu de la participació dels metges en la Cadena Assistencial és el següent: davant de la producció d'una emergència, el metge es alertat per un PA i es dirigeix cap al lloc amb el seu propi vehicle on porta tot el necessari per l'assistència. Allà poden esperar l'arribada d'un recurs sanitari (ambulància o equip primari d'emergències)

Les claus d'un bon funcionament de la cadena assistencial són la formació i la coordinació. Obviament, assumint el màxim aprofitament de tots els recursos.

La formació, ve establerta per les disposicions del Departament de Sanitat publicades al DOGC que regulen la formació del personal d'ambulàncies i dels primers actuants. A més a més caldria considerar el pla IFIS ja descrit. La coordinació es tracta com a una apartat independent.

C. COORDINACIÓ

La coordinació de les emergències dins d'un sistema integral, ha de fer-se igualment aprofitant tots els recursos existents a aquest nivell.

En aquests moments un mínim de 3-4 centres públics (SEMSA, SCUBSA, Costa de Ponent, Tarragona-Tortosa) , 1 de Creu Roja i 2 privats (CTSC i RACC) tenen com a objecte mobilitzar i/o coordinar recursos sanitaris d'emergència. A més a més, Bombers de la Generalitat i de l'Ajuntament de Barcelona, també mobilitzen recursos sanitaris d'emergència des dels seus centres operatius.

És bastant difícil defensar, des d'una perspectiva tècnica i de coherència de funcionament, que en un radi inferior a 5 Km coexisteixin 5 d'aquests centres i que 3 d'ells siguin majoritàriament dependents patrimonial i funcionalment del Departament de Sanitat (SEMSA, SCUBSA i Centre de Costa de Ponent).

Proposta de Plataforma Tecnològica de Coordinació Sanitària (PLATECS) o Centre Integrat de Coordinació d'Emergències Mèdiques (CICEM)

PLATAFORMA TECNOLÒGICA DE COORDINACIÓ SANITÀRIA

La proposta per coordinar el SIE és una **Plataforma Tecnològica de Coordinació Sanitària (PLATECS)** o **Centre Integral de Coordinació d'Emergències (CICEM)** que aplegui el màxim de centres actuals i essencialment els 3 esmentats que estan en plena aglomeració urbana de Barcelona.

La plataforma tecnològica permet que els actuals centres comparteixin espai, equipament, instal·lacions i fins i tot algun tipus de personal sense que cap d'ells renunciï a la seva estructura organitzativa i funcional. Aquesta fórmula sols pot aportar beneficis en quant a costos (economies d'escala), coneixement mutu, supracordinació, etc. Però el que és molt més important: en quant a efectivitat. Aquest espai podria a l'hora tenir una fórmula jurídica "aixopluc", com pot ser la fundacional, que permetés que tots estessin integrats i ser co-partíciips sense perdre identitat. Tot i que ara com ara, la fórmula que té més "èxit" és la de S.A., creiem que la fórmula fundacional, molt utilitzada en altres llocs, pot tenir l'avantatge d'agregar totes les estructures jurídiques (S.A, com SEMSA i SCUBSA) o organitzatives (com Costa de Ponent) dins d'una mateixa estructura de coordinació, sense que cadascun dels protagonistes perdi la seva pròpia estructura jurídica.

Informació addicional

De fet , a França, alguns centres del SAMU integren en els seus centres de coordinació representants d'empreses privades d'assistència i/o transport sanitari. En algun lloc, existeix un centre de coordinació en el que sanitaris i bombers comparteixen espai, equipaments i instal·lacions.

A Nova York, el centre coordinador, té 5 àrees, una per cada districte, totalitzant quasi 11 milions d'habitants coberts (s'entén sols per emergències i no per servei tipus "061")

A Catalunya, la PLATECS, podria encabir perfectament els efectius de coordinació de SEM, SCUB, Costa de Ponent, Creu Roja, etc. Quan més entitats ho comparteixin més economies d'escala i millor intercoordinació.

Creiem que aquesta fórmula es realista, coherent, que implica consens i voluntat de cooperació, prioritzant per sobre de tot la millora assistencial. Es, en suma, una aposta pel segle XXI a part de tots els beneficis esmentats.

PLATECS: AVANTATGES QUE APORTA

1. Visió de conjunt, evitant desequilibris i vigilant equitat
2. Coherència quant a aprofitar recursos, economies d'escala i finalitats assistencials
3. Unificació de protocols i procediments de coordinació i assistencials
4. Mateixos criteris i "cultura" corporativa
5. Millora la imatge
6. Estableix criteris de perfils professionals i formació
7. Estableix plans de qualitat

Oportunitat del moment

En aquests moments, el SCUB SA té necessitat de més espais auxiliars pel personal i sobre tot pels vehicles, que han de deixar en breu termini l'aparcament actual i això crearà una necessitat perentòria. Quant al SEMSA, està ubicat en un entorn no sanitari i a més a més d'"alt standing", amb uns preus de lloguer també d'alt nivell, el que no sembla massa coherent per un servei assistencial públic en un moment com l'actual. D'altra banda, tot i que cal concretar la càrrega de treball (més endavant tractarem aquest tema), el SEM té l'encàrrec de donar la resposta sanitària al 112.

L'oportunitat que tenim ara pot ser no es torni a repetir. Per tant, és imprescindible pensar amb visió de futur i la decisió no hauria de dependre d'aspectes parcials que no tinguin el nivell de la veritable acció de govern que comentàvem a l'inici del document i que hauria d'assentar definitivament les bases de l'assistència d'emergències del proper segle. Totes les actuacions parcials i mancades de coherència poden acabar passant factura, perquè tindran punt dèbils fàcilment identificables, atacables i rebatibles.

Per les necessitats enunciades i per que el projecte de sistema integral d'emergències ha de disposar d'un nucli de coordinació o supracordinació coherent, és necessari preparar la PLATECS/CICEM ja que és el nucli (el "cervell") de tot el sistema.

Tot i que en algun aspecte serem repetitius, és important assenyalar les raons que justifiquen o millor dit obliguem a aquesta decisió:

1. En aquests moments, les circumstàncies econòmiques restrictives afavoreixen les accions que vagin en la línia d'aprofitar recursos i de rentabilitzar-los amb economies d'escala. Sols cal pensar en tot el que fa referència a tecnologia d'informació i comunicacions (com exemple: és lògic tenir tres antenes per separat, amb tres manteniments?) per entendre la lògica del plantejament.
2. Es dona la circumstància de que dos dels grans centres de coordinació, per raons diverses, es beneficiarien d'un canvi d'ubicació.
3. Davant de les noves necessitats de resposta al 112, és oportú aprofitar per conceptualitzar prèviament el sistema sanitari d'emergències de Catalunya i la coordinació és la peça clau.

Ubicació de la PLATECS/CICEM

En la línia d'aprofitament de recursos, rentabilització i coherència, el centre hauria d'estar ubicat en un espai que estigués dins d'un entorn més ampli (per aprofitar certes instal·lacions, equipaments i serveis) que funcioni 24 h (per temes de manteniment, vigilància, suport logístic, neteja, bugaderia, restauració, etc), millor d'àmbit sanitari i obviament millor en regim de cessió d'us. A més a més, caldria que disposés d'espai per aparcament de vehicles (pensant sobre tot en SCUBSA).

Dimensionament

L'espai hauria de permetre la ubicació dels centres actualment dispersos (SEM, SCUB, Costa de Ponent. L'espai resultant no té per que ser la suma dels 3, ja que un dels avantatges de la plataforma és que aprofitaria estructures, instal·lacions i equipaments. D'altra banda, el centre coordinador de SCUBSA pot assumir un creixement proper al 100% sense incrementar la seva estructura tecnològica de manera sensible, i ja en aquests moments, té disponibles de 4 a 8 (segons els horaris) llocs de coordinació perfectament equipats.

Aquestes característiques limiten les possibilitats d'ubicació, però, tot i així tenim diverses possibilitats ja comentades en altres documents anteriors:

Primera opció: Hospital Militar: reuneix espai suficient amb l'avantatge de que l'espai extern (al aire lliure) és gran per al parc mòbil. Per SCUBSA, la ubicació en el terme municipal de Barcelona es obligada i SEMSA ja es ara a Barcelona ciutat i, tot i que pot estar en qualsevol altre lloc de Catalunya, ara està ubicada a Barcelona i amb la nova proposta continuaria estant.

Segona opció: Hospital Duran Reynals: té espai intern i extern. La part no utilitzada està molt poc estructurada. No està en el terme municipal de Barcelona, però això no hauria de ser impediment per ser el centre coordinador de SCUBSA (una de les centrals 999 de Londres està a Cambridge !, però cal comptar que són anglesos). Sí en canvi pel parc mòbil de vehicles.

Tercera opció: Hospital General de Catalunya. Rentabilitzariem espai, però la fórmula de cessió d'us es veu difícil si no impossible. Mateixos problemes que l'anterior.

Sens dubte, l'hospital Militar és el que, per les circumstàncies d'ubicació i el moment evolutiu de reformes i millores s'acoba perfectament amb el projecte ja que els espais es poden definir amb més llibertat.

Proposta (subjecta a estudi tècnic previ): Hospital Militar.

D. NOVES FÓRMULES DE GESTIÓ

Una reestructuració que pretén plantejar el sistema d'emergències per Catalunya dels anys 2000, necessita adequar-se al futur.

Fins ara han nascut diverses estructures de gestió que han estat justificades per les circumstàncies de cada moment. Ara és qüestió d'analitzar la conveniència de mantenir-les o d'adequar-les.

No és un assumpte fàcil ni de necessitat perentòria, però cal anar-hi pensant.

Si més d'una estructura realitza funcions similars i algunes idèntiques, amb objectius compartits i amb un àmbit assistencial i territorial en alguns casos coincidents i depenen de la mateixa Institució de manera total o majoritària, sembla coherent aproximar-les. Dient-ho per "la passiva", el que no sembla coherent és que funcionin sense cap nivell oficial de contacte, excepte el fet de compartir un vocal en els respectius Consells d'Administració. Obviament ens referim a SEM SA i SCUB SA- 061.

No hem de banalitzar la situació ja que una "fusió" o integració no és fàcil, però creiem que cal reflexionar seriosament en aquesta línia.

Marc Jurídic

Per cohesionar tots els elements integrants de la Plataforma Tecnològica (empreses públiques, institucions, etc.) es necessari proveir una marc jurídic, que permeti que cada entitat integrant conservi, al menys en una primera etapa, la seva idiosincràsia. Una fórmula jurídica que permet respectar l'estructura jurídica i la idiosincràcia de les estructures que la componen i que, ben portada, pot conferir agilitat i possibilitats de finançament es una fundació. Al respecte es va fer un estudi (la part econòmica del qual el va portar a terme la Sra Roser Artal), l'any 1987 per una Fundació d'Emergències Mèdiques, que en alguns punts continua vigent i que podria adaptar-se al moment actual. En principi l'estudi contemplava que el SEM es transformés en Fundació. En aquest marc, considerem indispensable que, com a mínim, estessin totes les estructures públiques amb objectius similars (SEM SA, SCUB SA)

E. DIRECCIÓ INSTITUCIONAL

El panorama és prou complex per entendre que una decisió sobre un o diversos aspectes parcials (tipus de centre coordinador, gestió, etc.), no garanteixen el resultat final. Cal doncs afrontar el tema de l'assistència d'emergències a Catalunya amb la decisió, rigor i abast que aquest transcendental assumpte mereix. Per tant seria desitjable fugir de decisions precipitades (la qual cosa no implica que les decisions hagin de ser lentes), amb falta de referències, sobre aspectes parcials, etc. I portar a terme una decisió i una Direcció institucional clara, que podria aprofitar com a instrument la Plataforma Jurídica.

Aquesta decisió també implica que hauria de recomanar-se formalment que des d'ara mateix, cap Regió prengui decisions unilaterals sobre aquest àmbit assistencial, que poden comprometre el model sanitari d'emergències sense una adequada valoració global.

Si no es decideix que el tema emergències sigui pilotat des de les estructures centrals de Sanitat, cal ser coherents i revocar l'article únic de l'Ordre de 22 de març del 93 del DOGC a on es confereix al SCS les atribucions de Planificació, Programació, ordenació, avaluació i inspecció, passant aquestes funcions a la estructura resultant d'una integració a les actuals (Fundació a altra) o que una estructura actual exerceixi aquestes funcions, quedant la resta supeditades a la que tingui conferides les funcions descrites, cosa que sembla difícil i potencialment conflictiva.

Si no es fa ni una ni altra alternativa i es deixa un panorama disgregat amb unes atribucions institucionals teòriques però sense infraestructura ni autoritat per portar a terme les funcions encomanades, es potenciaran diferents models sense garanties de no tenir duplicitats, solapaments, desequilibris i fins i tot paradoxes i conflictes. Seria una llàstima perquè Catalunya va ser el mirall en que moltes CCAA d'Espanya es van mirar, quan per primera vegada el SEM va introduir conceptes, organitzacions, funcionament i cultura sobre l'assistència d'emergències, que llavors van ser considerats com, de referència.

Molt Urgent: la Direcció Institucional del Servei Català de la Salut, hauria d'evitar qualsevol actuació unilateral que pugui comprometre el Sistema futur i demanar a les Regions coherència amb aquest plantejament fins tenir el Model perfectament definit.

F. AVALUACIÓ TOTAL: MILLORA CONTINUA DE LA QUALITAT

Va inexorablement lligada a la Direcció Institucional.

És indispensable establir plans d'avaluació dins del context de la millora continua de la qualitat.

El Centre Coordinador d'un sistema d'emergències és un nucli d'informació, que pot aportar tots els detalls necessaris per conèixer el funcionament del servei dia a dia, pot detectar tendències, desviacions de l'objectius marcat, identificar disfuncionaments, etc. Des del centre coordinador podem avaluar els resultats i part del procés.

L'estructura ha de ser garantida mitjançant la formació inicial i continuada del personal i l'acreditació del recursos

Obviament un procés de millora continua de qualitat inclou moltes actuacions a tots els nivells assistencials i sobre tot una cultura que, sense rebutjar els clàssics "control de Qualitat" els integri en el pla global de qualitat.

Finalment és molt interessant la introducció del concepte de temporalitat en les avaluacions. En l'emergència és indispensable introduir sistemes d'avaluació contemporànies amb l'assistència que permeten detectar errors a temps per evitar o mitigar les conseqüències.

RESUM D'ACTUACIONS DEL PESC i calendari temptatiu (des de l'inici del pla):

TOTES LES ACTUACIONS PER CONFIGURAR EL SIE S'EMMARCARIEN DINS D'UN PLA ESPECÍFIC: PLA (O PROGRAMA) D'EMERGÈNCIES SANITÀRIES A CATALUNYA (PESC)

De tot l'anterior sembla coherent deduir que cal planificar, ordenar, programar, avaluar i en el seu moment inspeccionar, tot el referent a la urgència i l'emergència extrahospitalària. Totes aquestes funcions esmentades, han de ser portades a terme pel Servei Català de la Salut tal com estableix l'ordre de 22 de març 93.

Les funcions que preveu l'ordre de 22 de març del 93, es poden concretar en dues grans línies d'actuació que tot seguit exposem. A l'hora cada línia conté unes actuacions (projectes) concretes. L'execució de totes aquestes accions és prioritària.

ACTUACIONS DEL PESC

(Els temps expressats per portar a terme les actuacions són "optimistes" tenint en compte que en aquest pla sols treballa un tècnic i una auxiliar administrativa).

A NIVELL DE DEFINICIONS

- * Definició i Consens sobre el model de SIE: 15 dies (No depèn del tècnic).

PLANIFICACIÓ: MAPA DE RECURSOS

- * Elaborar mapa únic d'emergències : xarxa d'emergències: 1 a 3 mesos depenent del suport.
- * Avaluació de la situació en totes les Regions Sanitàries, diagnòsi, propostes i coordinació segons mapa sanitari i decisions del model de sistema: 3 a 6 mesos.

COORDINACIÓ

- * Instaurar la plataforma tecnològica de coordinació: 1 any.
- * Instaurar la Plataforma Jurídica de Coordinació Sanitària: 1 any.

ASSISTÈNCIA (AMPLIAR RECURSOS I ESTRUCTURAR LA CADENA ASSISTENCIAL)

Partir del que hi ha i anar millorant la cobertura assistencial dels dispositius actuals complementant-la amb altres alternatives per completar la Cadena Assistencial: 4 – 5 anys. Això implica:

- * Dotar al SEM de les bases assistencials planificades que no s'han posat en marxa: 2–3 anys
- * Ampliar l'àmbit de SCUB-061 a tota l'aglomeració urbana de Barcelona: 2–3 anys
- * Elaborar i negociar plans de col.laboració i coordinació operativa amb bombers de la Generalitat: 1 any.
- * Pla de formació Polícies (la formació de Bombers ja es porta a terme a la seva escola). Depen del pressupost.
- * Pla IFIS per metges rurals: 4 –5 anys.
- * Avaluació de l'impacte de l'actual crisi de Creu Roja (pèrdua de personal voluntari i de lleva) i buscar alternatives: 1 mes.

PLANS SATELIT SIMULTANIS

- * Portar a terme les actuacions corresponents a la resposta sanitària al 112 sense interferir ni condicionar el model ni la dinàmica decidida: fase provisional d'urgència: 1 mes (vegeu punt 4 a continuació).
- * Pla de transport sanitari d'emergències amb especificacions sobre identificació, senyalització, equipament, i funcionament: 3 mesos.
- * Pla de coherència d'imatge: actualment, els recursos emprats en l'assistència d'emergències són ben diversos quant a: colors, disseny, sirenes, llums, senyalització i retolació, etc. No creiem que sigui bo pel ciutadà ni per la Institució. El Pla de Transport Sanitari d'Emergències, pot ajudar molt.

IV. PROPOSTA DE RESPOSTA AL 112 COMPATIBLE AMB EL MODEL DEFINIT

MISSATGE CLAU: podem, de manera immediata, posar en marxa una resposta sanitària al 112 amb els recursos disponibles a un cost totalment assumible sense devirtuar estructures ni funcionaments actuals.

RESUM DE L'APARTAT

Per **no incentivar la demanda** es indispensable intentar per tots els mitjans que el ciutadà demani una assistència sanitària al 112 sols en casos de veritable emergència. Es recomana lligar la necessitat d'assistència d'emergències a la necessitat immediata d'ambulància. Tot i això, al 112 es rebràn tot tipus de demandes assistencials que caldrà reorientar ja que no poden deixar-se sense resposta.

Tant el condicionament temporal com l'econòmic obliguen a **aprofitar els recursos existents amb les minimes distorsions possibles**. En aquests moments tenim recursos suficients per donar la resposta al 112 sense crear-ne de nous però per aprofitar-los cal imaginació i **prescindir de possibles condicionaments previs tenint en compte solament que tot recurs vàlid i operatiu ha d'aprofitar-se**.

Per tant, la resposta sanitària al 112 es basa en integrar aquests recursos funcionalment: i la estratègia es respectar al màxim les vies actuals que compleixin les seves funcions de manera adequada. El risc de voler introduir canvis a "corre cuita" comporta el risc de malbaratar recursos i vies actualment funcionants.

Des del 112, passaràn la trucada d'emergències als centres que poden donar resposta assistencial:

- Barcelona Ciutat: SCUB-061
- Costa de Ponent: Centre Coordinador d'Urgències de Costa de Ponent
- Àrees cobertes per bases SEM: al SEM
- Resta de Catalunya: habitualment al Centre de Coordinació de Creu Roja que pot despatxar totes les seves unitats i en algun cas molt concret a Bombers o alguna unitat privada.

Però el problema principal del 112 pot derivar de les trucades de NO emergència. La proposta en aquest cas es que s'informi al ciutadà, sense passar la trucada, per tal que sigui ell qui truqui a un telèfon on puguin donar-li informació, consell telefònic, atenció continuada o assistència urgent. Sols dos centres a Catalunya tenen experiència i recursos per portar a terme aquestes funcions: SCUB-061 i el de Costa de Ponent. **SCUB-061 té 4 pupitres de coordinació totalment equipats, que estan disponibles per ser utilitzats avui mateix**. Sens dubte, en una primera fase i per evitar inversions, despeses i riscos, cal aprofitar aquest recurs excedent abans de pensar en contruir-ne de nous, per donar resposta telefònica i orientació a totes les trucades NO emergència de tot Catalunya excepte Costa de Ponent. O a la inversa, utilitzar el centre de Costa de Ponent per donar resposta a totes les trucades NO emergència de tot Catalunya, excepte Barcelona Ciutat. Aquesta decisió s'entén efectiva fins que funcioni la PLATECS. La decisió hauria de basar-se en facilitat immediata i cost.

4. PROPOSTA DE RESPOSTA AL 112 COMPATIBLE AMB EL MODEL SIE

Informació prèvia

Aquest apartat es basa en els documents sobre el 112 presentats des de finals de l'any 1997 al juny de 1998, inclosos en el bloc de "Documents de Referència" i conté algunes parts integres d'aquests documents per considerar-les totalment vigents.

DEFINICIÓ I OBJECTIUS

El 112 té com a finalitat agrupar la recepció de les trucades d'emergències policials, de bombers i sanitàries. Per tant, el 112 **no comporta ni més quantitat ni més qualitat estructural de recursos assistencials**.

Donat que el 112 és el número integral d'emergències, **la resposta sanitària al 112 ha de ser una resposta limitada a les emergències sanitàries**. Cal ser summament prudents per tal de no oferir expectatives que puguin desbordar la nostra capacitat de resposta, vist el conflictiu que resulta intentar eliminar o disminuir prestacions ja gaudides pels ciutadans, a banda de les responsabilitats subsidiàries que comporta.

MARC D'ACTUACIÓ

El marc ve definit per uns **condicionaments** i unes **referències**.

Condicionaments:

***Temporal**: Hem de tenir la solució factible i operativa al novembre de 1998.

* **Econòmic**: directrius fortament restrictives a tot nivells (Ex.: SEM S.A. amb 6 bases assistencials prioritzades i pendents de posada en marxa i SCUB S.A. amb recursos assistencials escassos per l'enorme volum de demanda que suporta).

***de Coherència** amb el Model: ha d'estar enmarcat en el model d'assistència a les emergències que es decideixi

Referències de centres 112 operatius (per evitar els mateixos errors)

Els errors més freqüents i greus han estat:

- No tenir clar ni les definicions prèvies ni els objectius.
- Publicitar el número 112 com si fos un "producte" que cal que els ciutadans "comprin" creant expectatives i assumint responsabilitats subsidiàries innecessàriament.
- No avaluar correctament la dimensió real dels problemes tecnològics.

PRINCIPIS BÀSICS (LÍNIES CLAU D'ACTUACIÓ)

- **Evitar per tots els mitjans incentivar la demanda** que podria comportar

- Més exigència
- Més recursos (més cost)
- Més responsabilitats subsidiàries

- **Aprofitar real i exhaustivament tots els recursos existents**, tant a nivell de coordinació com de resposta assistencial, creant sols les estructures indispensables en el sentit més estricte de la paraula.

ACCÉS DELS CIUTADANS-USUARIS ALS SERVEIS SANITARIS VIA 112

El missatge d'accés per al ciutadà no pot ser "urgència greu" o "emergència" ja que aquests són termes pactats entre experts. Cal buscar un terme clar i objectiu que resumeixi els atributs principals del que entenem per emergència (risc vital).

En totes les situacions d'emergència es produeix una incapacitat sobtada greu. La persona en situació d'emergència no es pot valer per si mateixa o ho fa amb extrema dificultat i/o amb risc. Una situació d'incapacitat sobtada greu comporta la necessitat d'una ambulància.

Emergència	produeix	Incapacitat sobtada greu	necessita	AMBULÀNCIA
------------	----------	--------------------------	-----------	------------

Per tant, el missatge sanitari del 112, hauria de ser:

" Truqui al 112-Emergències sols quan necessiti immediatament una ambulància".

Hi ha propostes més radicals com són: "truqui en cas de perillar una vida", "truqui en cas de risc vital".

Si introduïm el concepte "metge" obrim les portes a tot tipus de problema d'atenció continuada i urgent.

* Opinió de responsables del tema 112 a tot l'Estat i altres experts, en una reunió de maig de 1998

POSADA EN MARXA

Tenim 2 condicionaments-problemes greus i proposem les solucions:

PROBLEMES

SOLUCIONS

Temps molt escàsAprofitar recursos existents i operatius

Presupost molt limitat..... " " " "

Per partida doble, la solució es aprofitar els recursos existents i funcionants.

Pero hi ha una raó més per fer-ho: en aquests moments, d'una manera o altra, amb més o menys professionalitat i qualitat, s'està donant resposta a les situacions d'emergència. En una primera fase, el que sembla més prudent es seguir donant una resposta que, com a mínim, sigui com l'actual. Això que sembla conformista, cobra sentit si es pensa que el 112 alterarà els circuits d'alerta establerts, tot i que aquests romandran operatius. Pero, es possible, que una determinada persona que ara, davant d'una emergència, truca o avisa directament a la Creu Roja del seu poble, si es mentalitza de trucar al 112, ho farà (la qual cosa està bé i es justament el que es pretèn) i el 112 acabarà mobilitzant pot ser la mateixa ambulància (si es l'únic recurs disponible en aquell area) pero el temps de mobilització total pot ser superi el d'abans. Es un exemple real (ja que en altres llocs ha passat aquest supòsit) i fins que les vies d'accés i mobilització del 112 no estiguin rodades, pot passar.

Això aboca a que cal ser molt cauts en aprofitar al màxim les vies d'accés i mobilització establertes i anar millorant-les amb garanties evitant un trenament.

Informació addicional

Tenim exemples reals i desgraciats del que estem dient: a Londres fa uns anys es va canviar el sistema semi-manual de despatx (mobilització) de recursos, informatitzant-lo totalment.

Resultat: es va produir un caos total i es van produir greus conseqüències incloent la mort d'algunes persones per manca d'assistència.

El sistema es va desactivar i es va tornar al sistema anterior que encara funciona.

DECISIONS A NIVELL DE RESPOSTA TELEFÒNICA I DE COORDINACIÓ I DESPATX DE RECURSOS:

1. Què cal fer (decisiones i actuacions) davant d'una demanda sanitària al 112 , es a dir, la Resposta i atenció telefònica i despatx de recursos, esquematitzat en un algorisme que ja va ser presentat al febrer de 1998. No implica qui ni a on es fa cada acció tan sols quines són les accions i que cal per facilitar-les.

2. De quins recursos, operatius ara, disposem.

3. Proposta concreta de qui fa cada acció i a on es fa .

Insistim en que la proposta té molt en compte:

- * Els condicionaments de temps i diners que fan indispensable l'aprofitament dels recursos existents
- * Les vies establertes (que gaudeixen d'experiència i rodatge), que aconsellen igualment l'aprofitament dels recursos existents.

Per que NO PODEM ASSUMIR RISCOS INNECESSARIS.

RECURSOS OPERATIUS A 20 D'OCTUBRE DEL 98

SEM

Disposa d'un centre coordinador expert en transport interhospitalari de malalts crítics i en emergències, UCI mòbils pel transport de malalts crítics i 6 equips d'emergència que cobreixen una població d'uns 800.000 habitants, tots fora de Barcelona Ciutat.

NO rep trucades dels ciutadans ja que els alertants són metges dels hospitals (en el cas de transport interhospitalari de malalts crítics) o policies, bombers, Creu Roja habitualment (en el cas d'emergències). Per tant, el personal d'aquest centre no té experiència en atenció al públic ni en cap tipus de situació que no sigui d'emergències.

El centre coordinador té limitacions greus d'espai i equipament per assumir noves funcions

SCUB-061

Disposa d'un centre coordinador que rep 1500 a 1900 trucades diàries del públic per tot tipus de situacions: emergències, urgències, atenció continuada, consell telefònic, orientació i informació sanitària. Per tant l'experiència en aquest tipus de feina és molt gran.

A més a més, el centre coordinador disposa de entre 4 i 8 (segons les hores) llocs de treball lliures amb tot l'equipament disponible.

Els recursos assistencials (ambulàncies de diversos tipus segons nivell assistencials) cobreixen la població de Barcelona Ciutat.

COSTA DE PONENT

Disposa d'un centre coordinador que rep trucades del públic i de les mateixes característiques que el de SCUB-061 però amb menys trucades i més problemes d'espai.

CREU ROJA

Disposa d'un centre coordinador que pot despatxar ambulàncies en tot el territori de Catalunya i de 412 punts amb 480 ambulàncies en total.

BOMBERS

Disposa d'un centre coordinador operatiu per tot Catalunya connectat amb tots els parcs de bombers. Disposa de 25 ambulàncies, una medicalitzada i 1 helicòpter medicalitzable

RACC

Disposa d'una central d'alarmes, una ambulància medicalitzada i un helicòpter medicalitzat. a efectes d'emergència els recursos del RACC són coordinats pel SEM.

EMPRESSES DE TRANSPORT SANITARI

Moltes són les que tenen els recursos contractats per SEM o SCUB. Altres, presten serveis amb tècnics i en algun cas DUI.

El CTSC té una central de coordinació per les seves empreses.

HIPÒTESI ACTUAL: HEM DE COMENÇAR LA RESPOSTA SANITÀRIA EL 15 DE NOVEMBRE

A efectes pràctics és com dir "demà" (dies hàbils fins a 15 de novembre: 17).

vVistos els condicionants i considerant aprofitar al màxim estructures i vies de funcionament actuals NO podem crear noves estructures ni distorsionar massa les que tenim.

PROPOSTES

La proposta té molt en compte els condicionaments esmentats prèviament i NO té en compte cap consideració o aspecte que no sigui el tècnic i el de la viabilitat econòmica.

OPERATIVITAT

Demandes d'emergència

Derivar les trucades sanitàries d'emergència que arribin del 112 de la següent manera:

- * Barcelona Ciutat: a SCUB-SA
- * Arees cobertes pel SEM, a SEM SA (s'enten per bases de primària del SEM)
- * Arees no cobertes pels anteriors, a Creu Roja o en alguns casos molt concrets a determinar a
 - Empreses de transport sanitari
 - Bombers
 - RACC (sol coordinar-se pel SEM)

Demandes dubtoses o NO emergència:

A. Les dubtoses (l'operador del 112 no sap valorar si és una emergència però té sospites de que pot ser ho) es passaran directament.

B. Les NO emergència (informació, consell, orientació, atenció continuada i urgència) s'indicarà al ciutadà que truiqui

als centres següents:

- * Les de Barcelona a SCUB-061
- * Les de Costa de Ponent al centre coordinador d'urgències de Costa de Ponent
- * La resta de Catalunya a SCUB-061 o Costa de Ponent segons es decideixi:

La rao insistim és que aquests centres especialment SCB-061 disposen d'espai, instal·lacions i personal que podrien afrontar més fàcilment aquest tipus de trucada que pot ser el contingent més voluminos de totes les trucades al 112.

ESTRUCTURA

Estructura necessària per aquesta opció:

Tot i que la decisió és que el SEM es faci càrrec des del principi de totes les trucades 112, excepte les arees cobertes per dispositius de resposta funcionants, donats els condicionants de temps, espai, personal i experiència, crear tot aquest dispositiu en 17 dies en el SEM, sembla si més no complicat. La proposta inicial actual matisar aquesta opció i evita els possibles riscos, aportant en una primera fase recursos materials i humans dels que avui el SEM està mancat o escàs i dels que altres dispositius públics disposen en aquests moments sobradament.

Ja hem dit que conceptualment el que el SEM assumeixi la resposta sanitària d'emergències del 112, és del tot coherent. Però si tenim en compte els condicionants esmentats, creiem indispensable una solució inicial (que no condicioni el futur ni distorsioni l'equilibri actual) compatible amb tot el que es proposa però que a més a més aporti garanties i sigui de molt fàcil execució.

Aquesta proposta està en la línia de les directrius del Departament, que venen reforçades per la precarietat del moment (quant a temps i presupost) que consisteixen simplement en treure partit i rendiment del que ja tenim, es a dir:

- * Recursos materials (espai, instal·lacions, equipaments, manteniment, suport)
- * Recursos humans amb experiència selectiva en els temes que ens ocupen en cada cas.
- * Vies funcionals (algorismes, protocols i procediments) comprovats

Aquesta proposta comportaria: Habilitar 1 pupitre de coordinació a SCUB-061 o 2 a Costa de Ponent dedicats a la resposta 112.

¿Per què 1 a SCUB i 2 a Costa de Ponent? Per que l'impacte de trucades via 112 pot ser assumit en part pels efectius actuals de SCUB amb més facilitat que els de Costa de Ponent. Per SCUB pot representar màxim un increment del 5-10%, mentre que per Costa de Ponent pot suposar un 30%. Pel SEM, l'increment de trucades representaria el 100% o més.

D'altra banda, des d'un punt de vista exclusivament tècnic, és totalment viable en que el personal treballant a SCUB o C de Ponent per la resposta sanitària al 112 sigui contractat pel SEM. Tots són centres públics pagats pels ciutadans via SCS. Aquesta opció, podria ser el germe de la plataforma tecnològica que es proposa en el SIE.

Fialment aquesta opció permet qualsevol canvi o rectificació futura per adaptar-nos a nous plantejament sense costos econòmic ni de cap altra tipus.

Aquesta proposta és la més factible a curt termini, i la que:

- * dona més garanties de funcionament,
- * desvirtua menys les vies actuals d'alerta, coordinació i despatx
- * té menys cost econòmic
- * permet més modificacions futures si s'escauen
- * s'adapta més a les directrius de política sanitària del departament
- * respecta més altres àmbits assistencials

A continuació presentem 3 fulls amb 3 algorismes corresponents a 3 alternatives de resposta assistencial al 112:

1. Totes les trucades sanitàries són passades a un centre sanitari sense discriminar si són o no d'emergència.

Risc: compartir "de facto" el 112 amb el número d'accés sanitari. Com ja s'ha dit cal assumir aquest risc amb totes les conseqüències, que per cert poden tenir un gran impacte sobre el sistema sanitari.

2. Es separen les demandes d'emergència i les de no emergència i el SEM assumeix totes les que no són ateses en els centres d'SCUB i Costa de Ponent.

3. Com l'anterior però les trucades no emergència o dubtoses són derivades (no passades directament) als centres d'SCUB i Costa de Ponent. És la proposat més factible a curt termini.

RESPOSTA SANITÀRIA AL 112

Alternativa 1

112

Passa totes les trucades sanitàries

Barcelona ciutat

SCUB
081

Costa de Ponent

Centre Coordinador
d'Urgències
Costa de Ponent

Resta de Catalunya

SEM

És
emergència

NO

Informació segons
base de dades

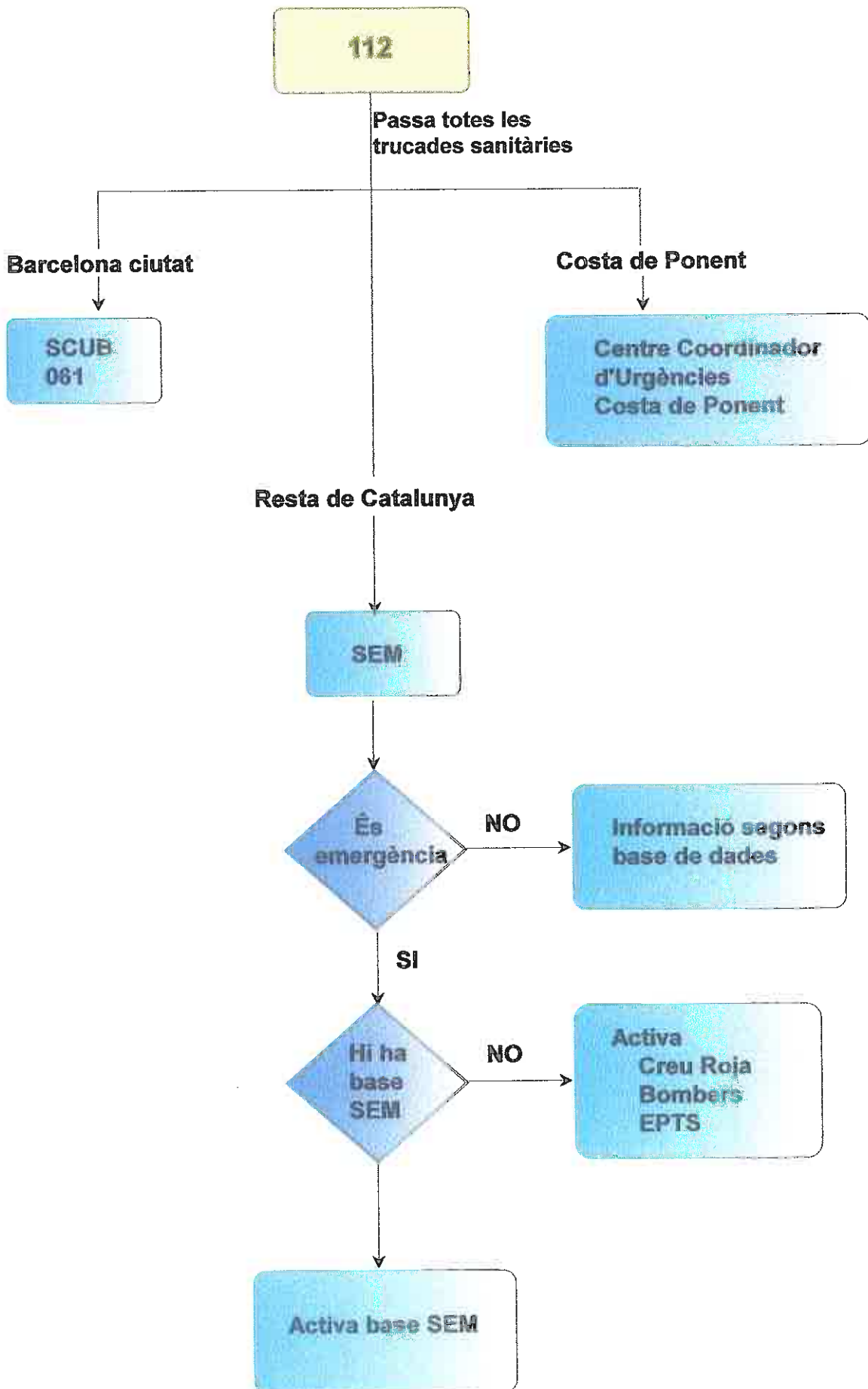
SI

Hi ha
base
SEM

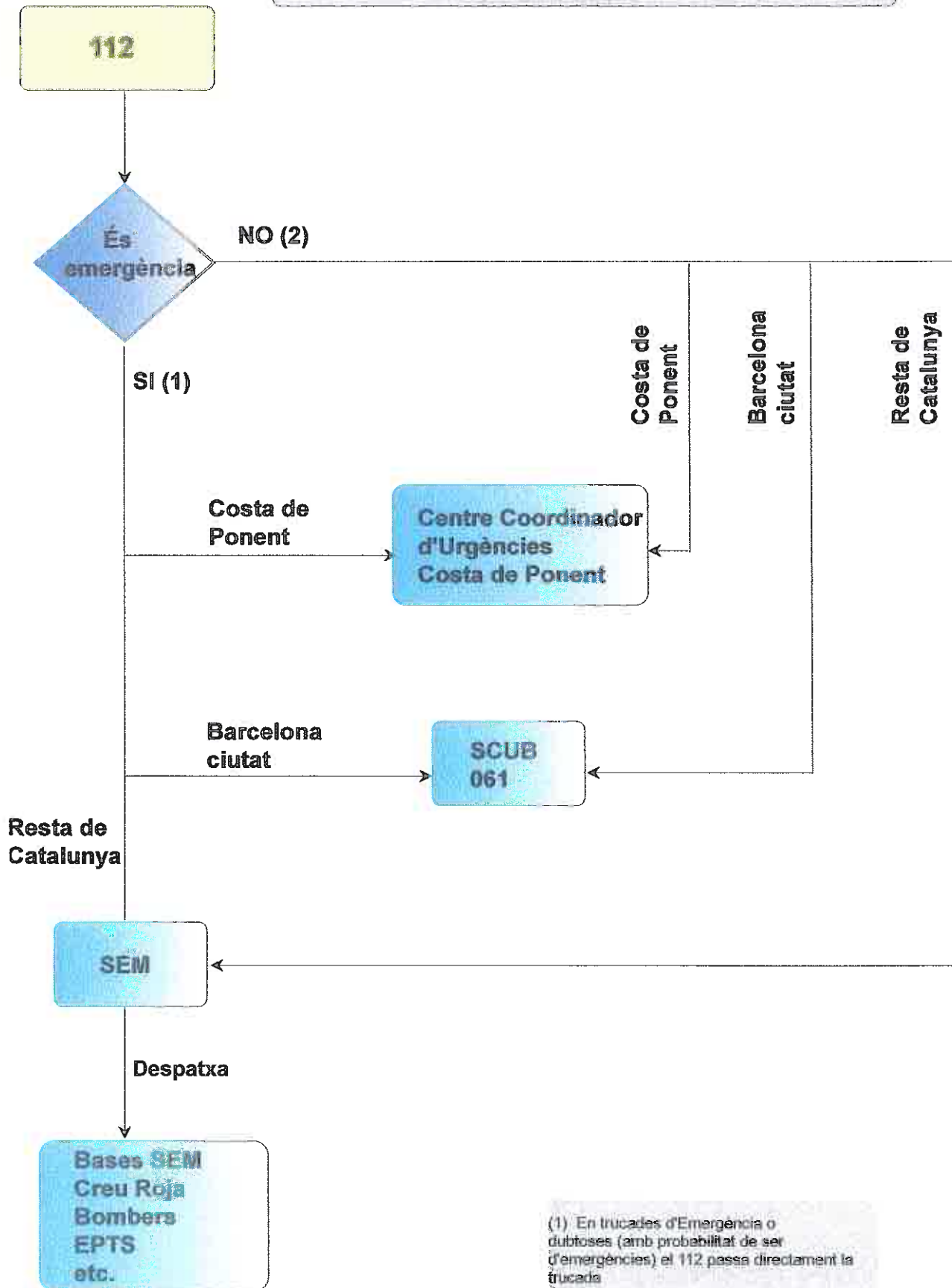
NO

Activa
Creu Roja
Bombers
EPTS

Activa base SEM



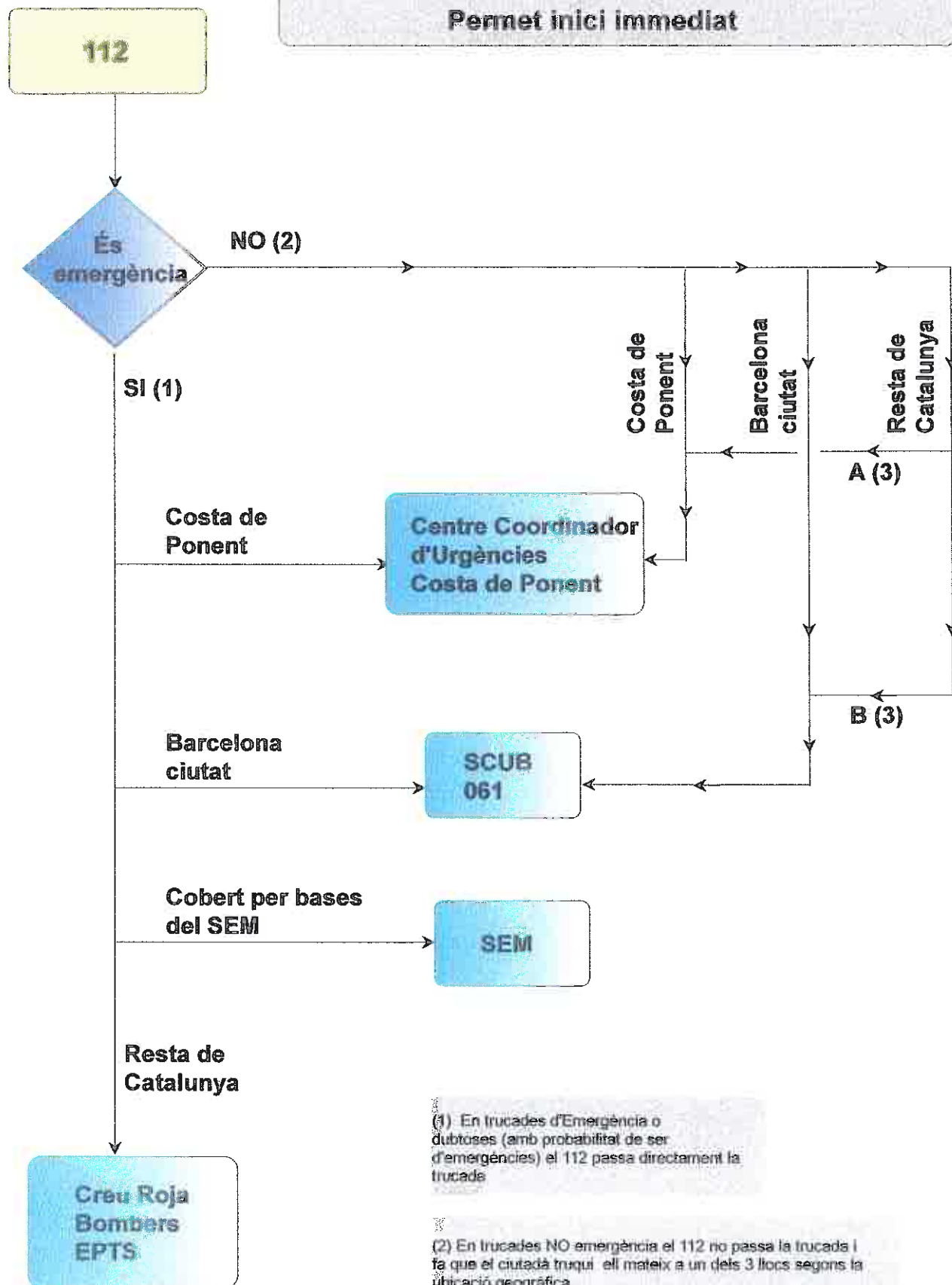
RESPOSTA SANITÀRIA AL 112 Alternativa 2



(1) En trucades d'Emergència o dubtoses (amb probabilitat de ser d'emergències) el 112 passa directament la trucada

(2) En trucades NO emergència el 112 no passa la trucada i fa que el ciutadà truchi ell mateix a un dels 3 llocs segons la ubicació geogràfica.

RESPOSTA SANITÀRIA AL 112
Alternativa 3
Permet inici immediat



(1) En trucades d'Emergència o dubtoses (amb probabilitat de ser d'emergències) el 112 passa directament la trucada

(2) En trucades NO emergència el 112 no passa la trucada i fa que el ciutadà truqui ell mateix a un dels 3 llocs segons la ubicació geogràfica

(3) En les demandes NO Emergència de la resta de Catalunya s'orientarà al ciutadà per trucar al Centre Coordinador d'Urgències de Costa de Ponent - A - o a SCUB-061 - B - en funció de la decisió final

Conclusions

Aquí aportem una solució realista totalment viable a nivell tècnic ja que s'han fet les corresponents consultes tècniques per avalar-la, però sobre tot el gran avantatge de la solució proposada és que: **permet canvis, reestructuracions i adaptacions ja que pot ser totalment transitòria, la qual cosa no vol dir de cap manera que sigui improvisada i deficient.**

Les solucions a nivell de coordinació, podrien constituir el primer pas de la plataforma tecnològica de coordinació a petita escala, mentre es prepara la ubicació definitiva. Els operadors 112 no tindrien per que pertànyer a SCUB SA o a Costa de Ponent i podrien ser perfectament de SEM SA o de qualsevol altra estructura. A més a més, aquest seria el primer pas d'aproximació entre SEM i SCUB, tan lògic, tan coherent i tan necessari. A França, en alguns centres coordinadors del SAMU conviuen sense problemes operadors del SAMU i d'empreses privades d'assistència. Sembla raonable pensar que ha de ser molt més fàcil entre estructures que d'alguna manera depenen del mateix Departament.

Es fa difícil en aquest moments decidir o proposar la creació d'una macro estructura quan hi ha solucions viables, tan viables com que ja estan funcionants cada dia. Creiem que és una decisió que s'ha de sospesar per que sens dubte, si va be, té punts molt febles. Si els resultats no són els esperats, es transformaria en un problema difícil d'explicar i de justificar. Per contra ningú no podrà mai discutir un aprofitament de recursos. Per tant és una solució sense punts febles.

Les actuacions totalment viables i que no condicionen el model passen per aprofitar les estructures i funcionaments viables al màxim, tant a nivell de coordinació – resposta telefònica com assistencials.

La solució aportada aquí, proposa, donar resposta al 112 en la línia d'aprofitament de recursos, tan evocada des del Departament i tant repetida en tot document de planificació.

Aquesta solució pot endegar-se pràcticament demà (en un mes), és de baixíssim cost i el que és més important: és totalment reconduïble, transformable, inclús substituïble.

Altre benefici d'aquesta proposta és que va en la línia de la PLATECS potenciant la complementarietat i recolzament mutu dels recursos humans i per descomptat de tot l'equipament tecnològic.

Informació addicional

Respecte a una estructura tipus 061, a part del que ja s'ha exposat anteriorment en aquest document, i amb referència explícita al SEM, és important reflexionar el següent:

1. La solució SEM tipus "061", no solament no es sinèrgica amb altres recursos existents (SCUB, Costa de Ponent) sinó que en crea més (NOU Centre Coordinador separat dels altres), en un moment on tots els "inputs" són d'optimitzar i aprofitar per raons ja repetides d'economia i de temps.
2. Finalment, el convertir el SEM en un dispositiu tipus 061, distorsionaria els seus objectius i comportaria el canvi de l'objecte social de la empresa, els estatuts i el nom.
3. Una estructura tipus 061, és de gran cost i totalment inamovible: no admet cap reestructuració, reconducció i encara menys una tornada enrera.

061 i R.A.P.

Com ja s'ha comentat abans, no està prou avaluada la necessitat d'un "061" en àrees no urbanes i molt menys en mitja rural. *No s'han valorat prou les alternatives i l'impacte sobre la RAP podria ser negatiu de manera definitiva.*

ACTUACIONS (PROJECTES) LLIGATS A LA RESPOSTA AL 112

Aquestes actuacions cal fer-les sigui quina sigui la decisió de qui i des d'on es donarà la resposta sanitària al 112 i caldria iniciar-les immediatament de manera coordinada i dins d'un plantejament conjunt. Són les mateixes que van ser presentades al febrer de 1991 i juny de 1991.

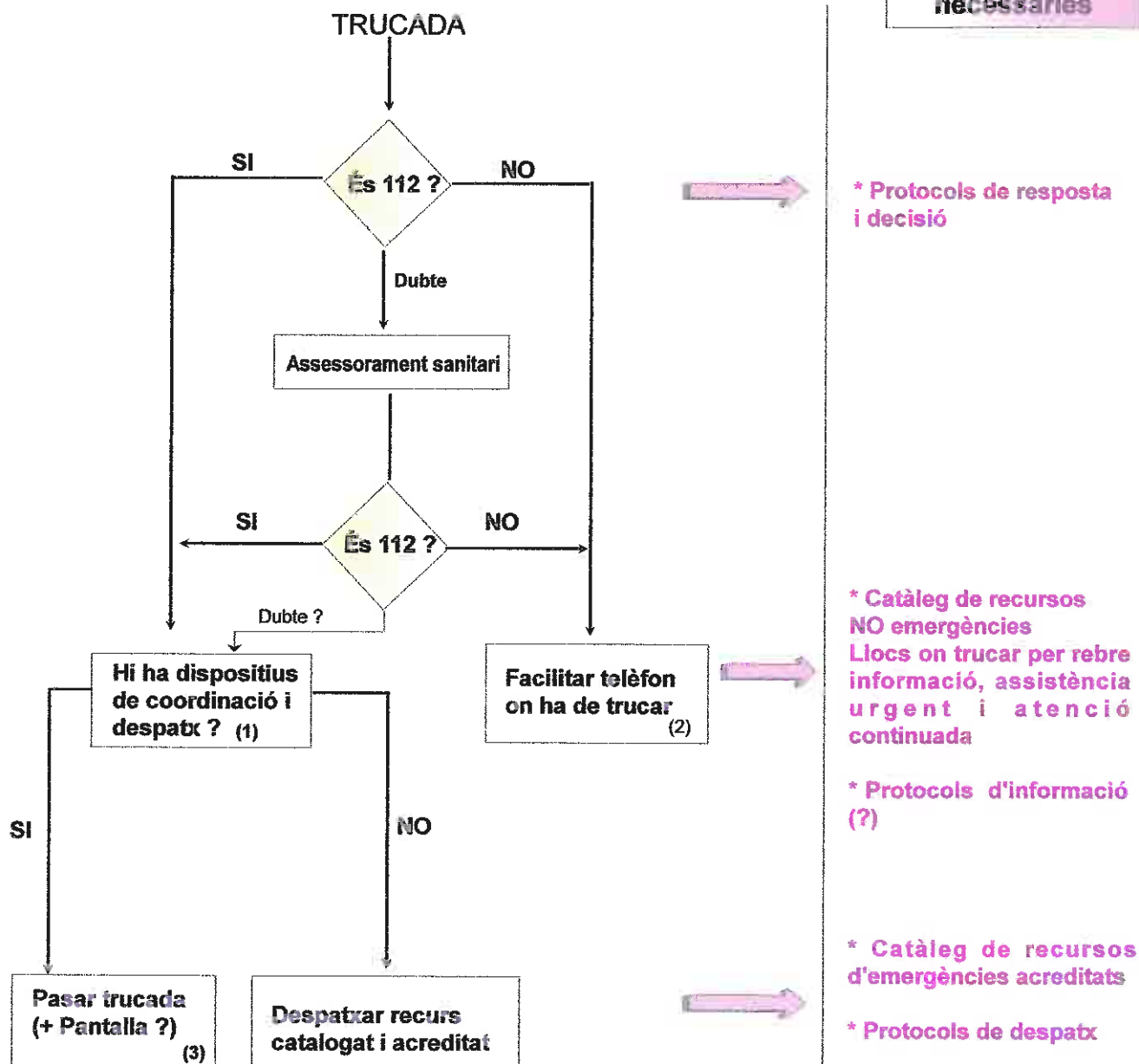
La posada en marxa del 112 constitueix una acció de govern i cal donar una resposta efectiva que vingui determinada i avalada per una sèrie de projectes i estudis previs que configuren la resposta sanitària al 112 sigui viable, efectiva i el més eficient possible.

1. Elaborar un mapa-inventari de recursos assistencials utilitzables en la resposta d'emergències al 112. (Ja ha de ser fet dins del PESCC)
2. Elaborar un catàleg - inventari de recursos sanitaris NO d'emergència per tal que els ciutadans usuaris en demanda de servei puguin ser reconduïts.
3. Disseny d'un programa que permeti vincular cada recurs dels esmentats a cada lloc hipotètic des d'on un ciutadà pot accedir telefònicament.
4. Avaluar les necessitats informàtiques en funció de l'anterior.
5. Avaluar les necessitats d'altres tecnologies: comunicacions, etc.
6. Elaborar uns protocols de resposta telefònica per als operadors no sanitaris.
7. Elaborar uns protocols de resposta telefònica per al personal sanitari de resposta
8. Procurar la formació complementària als protocols esmentats en el punt anterior.
9. Elaborar protocols (algorismes de decisió) i procediments (metodologies repetitives) de mobilització de recursos d'emergència.

ALGORISME TRUCADES SANITÀRIES AL 112

NO IMPLICA QUI FA CADA ACCIÓ NI ON ES FA

Actuacions
necessàries



(1) SCUB, SEM, Costa de Ponent, Tarragona, Palamós (?)

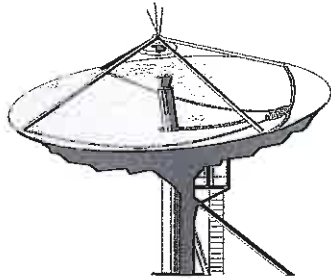
Nota: La demanda assistencial pot entrar directament per SCUB, Costa de Ponent, Tarragona i Palamós

(2) Telèfons on l'interlocutor pot dirigir-se per informació assistencial urgent i atenció continuada

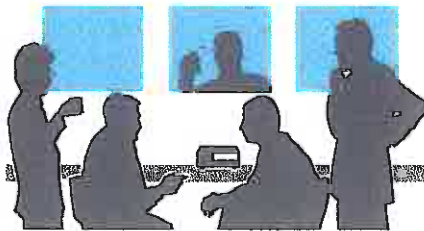
(3) Depèn de disponibilitats tecnològiques

PLATAFORMA TECNOLÒGICA DE COORDINACIÓ SANITÀRIA

Concentració de recursos buscant economies d'escala i
millor supracordinació

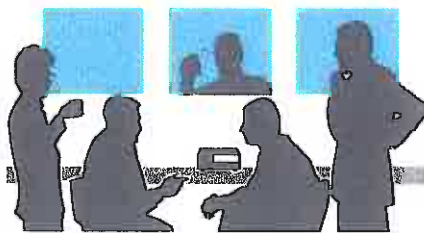


INTEGRANTS DE LA PLATECS



CENTRES COORDINADORS ACTUALS QUE DEPENEN DE L'ADMINISTRACIÓ SANITÀRIA:

SEM SA
SCUB-061 SA
CCU de Costa de Ponent
Trasplantament d'òrgans



CENTRES COORDINADORS ACTUALS QUE NO DEPENEN DE L'ADMINISTRACIÓ SANITÀRIA:

Creu Roja



ALTRES SERVEIS QUE PODRIEN OFERIR-SE:

Centre Toxicològic
Alarmes domiciliàries per malalts en risc.

ALTRES POSSIBLES INTEGRANTS DE LA PLATAFORMA:

Empreses privades d'assistència
Empreses privades de transport sanitari.

V. RESUM D'ACTUACIONS PROPOSADES

MISSATGE CLAU: simultaniament a la definició del SIEM cal iniciar la resposta sanitària al 112. Les dues accions son possibles si es tenen en compte les propostes del document

Es podrien resumir les actuacions en les següents:

1. Definir el model: Sistema Integral d'Emergències Mèdiques (SIEM)

2. Estructurar el SIEM

- Xarxa assistencial integral
- Coordinació integrada
- Nou marc jurídic integrador
- Direcció institucional

3. Paralelament donar resposta sanitària al 112 amb els recursos actuals i respectant al màxim les vies de funcionament actuals en base a la rapidesa d'execució i el mínim cost.

5. RESUM D'ACTUACIONS

Resumirem les línies clau d'actuació.

(Les actuacions en detall consten al final dels apartats 3 i 4 del document.)

1. Definir MODEL: Objectius i àmbits: 15 dies

COMPORTA DECIDIR SI EL MODEL D'ATENCIÓ PRIMÀRIA ÉS RESPONSABILITZARÀ DE L'ASSISTÈNCIA CONTINUADA I URGÈNCIES LES 24 DEL DIA 365 DIES L'ANY: SI O NO DEFINITIVAMENT

2. Dimensionar la xarxa assistencial d'emergències: MAPA:1-3 mesos

3. Completar les xarxes de recursos del SEM i de SCUB

4. Conformar i coordinar la CADENA ASSISTENCIAL: Inici 1-3 mesos final 5 anys Inclou:

- * Pla IFIS 4-5 anys),
- * Plans de formació de Primers Actuants
- * Coordinació amb Bombers
- * Avaluació crisi Creu Roja

5. Configurar PLATAFORMA TECNOLÒGICA: inici immediat amb recursos actuals, final 1 any

6. La PLATAFORMA JURÍDICA

7. Cohesionar dispositius actuals: INTEGRAR DISPOSITIUS en la PLATECS inici immediat, final en 1 any

8. Paralelament donar RESPOSTA AL 112: donades les circumstàncies comentades no hauria de fer-se sense que l'impacte, conseqüències i "timing" dels canvis a Creu Roja i Bombers estiguin prou avaluats amb totes les conseqüències.

Aquesta resposta implica:

- * Decisió d'estructura organitzativa de resposta sanitària al 112
- * Identificació de recursos NO emergència (els d'emergència es fan al PESCC)
- * Base de dades i aplicacions informàtiques
- * Protocols per personal sanitari i no sanitari de resposta al 112
- * Formació complementària

9. ATURAR QUALESVOL ACCIÓ UNILATERAL FINS TENIR DEFINIT EL MODEL

TOTS ELS PROJECTES DERIVATS DE LES LÍNIES D'ACTUACIÓ S'ESTRUCTURARIEN METODOLOGICAMENT SEGONS EL MODEL DE L'ANNEX III.

VI. CONCLUSIONS

MISSATGE CLAU: tot i que tenim recursos suficients, coexisteixen dispositius assistencials massa diversos i inconexos. Hi ha mancances, solapaments i desequilibris territorials. Cal una acció de govern decidida per veritablement aprofitar recursos, coordinar-los i crear els instruments que permetin vertebrar un veritable sistema integral d'emergències mèdiques.

Quant a la resposta sanitària al 112 es factible amb el que tenim, però no hem de descartar a priori recursos existents, per motius altres que els de la seva viabilitat. D'altra manera correm el risc de duplicar i solapar, interferint amb el model, augmentant els costos i retrassant el projecte global.

Les precipitacions, a la llarga, enlenteixen i costen diners.

- A Catalunya, en termes generals, **disposem de recursos humans i materials, suficients per una assistència d'emergències eficaç** però aquests recursos estan dispersos i funcionen, no sols sense sinèrgia, sino que, en alguns casos, amb desconeixement total els uns dels altres, tot i que son recursos públics.
- En aquest treball es recomana definir un **model integral d'emergències** per Catalunya **que utilitzi tots els recursos, públics i privats**, sense cap altra discriminació que no sigui la inviabilitat tècnica, la no disponibilitat física i la que limiti el marc presupostari.
- El model proposat representa una **acció de govern de gran abast** que solventaria definitivament aquest tipus d'assistència a Catalunya, aportant solucions innovadores, per tal de procurar una **disminució la mortalitat i morbiditat, acostant l'assistència als ciutadans que la necessitin i aportant equitat**.
- El model contempla els aspectes econòmics amb consideracions sobre cost/benefici, economies d'escala i costos d'oportunitat.
- Es indispensable aturar totes les accions limitades i unilaterals que malmeten el model i contrariament al que sembla, enlenteixen la seva implementació.
- Les actuacions proposades milloren la imatge de la Sanitat i la comunicació amb els ciutadans, aportant-los hi confiança.
- Finalment, **s'aporten solucions viables i factibles per donar resposta sanitària al 112, de manera immediata, que son compatibles amb el model i de costos totalment assumibles**.

6. CONCLUSIONS

1. Existeix una gran diversitat de plantejaments i solucions al voltant de l'assistència d'urgències i emergències. Possiblement aquesta situació es deu a la manca d'un òrgan rector.
2. És inexcusable definir el MODEL.
3. El pla proposat es contempla com a una ACCIÓ DE GOVERN DE GRAN ABAST que es porta a terme com un projecte a llarg termini però que té algunes actuacions es poden començar ara mateix.
4. És aconsellable aturar tota acció unilateral que comprometi el projecte i el model.
5. La resposta al 112 es pot començar paral·lelament al pla d'emergències però no ha de condicionar-lo. Ha d'enmarcar-se dins del pla.
6. El paper de l'atenció primària és important en la definició del model d'assistència d'emergències i absolutament clau si es contemplen actuacions tipus 061. És necessari decidir de manera definitiva l'abast assistencial i d'implantació territorial de l'Atenció Primària, per decidir conseqüentment l'abast assistencial i implantació territorial de models tipus 061, per modular les seves prestacions de manera complementària.
7. Donats els àmbits assistencials, de regionalització sanitària, d'institucions i entitats implicades, el pla ha de ser considerat com a una acció de Govern de gran abast i no com a una sèrie d'actuacions sense lligam.
8. L'abast del pla necessita instrumentar les directrius que habiliten al SCS per dur a terme la planificació, ordenació, programació, avaluació i inspecció en matèria d'emergències mèdiques. Cal passar de l'estat virtual a crear un pla - projecte - programa, estructurat per encarregar i exigir responsabilitats. El Pla incideix horitzontalment sobre diversos àmbits assistencials i no es tracta d'una o diverses accions inconnexes si no d'un conjunt d'actuacions a curt, mig i llarg termini que un cop finalitzades necessitaran una avaluació permanent que incidirà en petits ajustaments de replanificació i en una millora continua de la qualitat.

Compleix els requisits d'equitat i accessibilitat

Compleix l'objectiu primari de disminució de la mortalitat i morbiditat

Respecte les directrius de política sanitària del Departament: aprofitament de recursos rec. Integralitat, anàlisi benefici-cost i cost d'oportunitat i creació de noves fórmules.

Té en compte condicionaments, sobre tot l'econòmic, però no és economicista. Els criteris dominants han estat els sanitaris assistencials.

Respecta i sinergia amb altres àmbits i programes assistencials

Millora la imatge i la comunicació amb el ciutadà per part de l'Administració Sanitària

Millora la confiança del ciutadà

Annexos

Annex I

Urgència-Emergència: atributs diferencials

Emergència	Urgència
Risc Vital Imminent	NO
Resposta immediata (minuts)	Resposta Ràpida (hores)
Sempre Objectivable	Gran component subjectiu
Demanda per entitats o testimonis presencials	Demanda del propi malalt o entorn habitual
Hospitalització del 100% En Unitats de CRÍTICS	Hospitalització <10% En unitats d'Aguts
Formació Específica del personal	NO
Participació d'equips no sanitaris	NO
Coordinació indispensable	NO

**Paraula Clau
en Urgència**



Confiança

**Paraula Clau
en Emergència**



Temps

Annex II

Hipòtesi d'expansió d'un model 061 a tot Catalunya

HIPÒTESI D'EXPANSIÓ DEL 061 A TOT CATALUNYA: DECISIÓ D'EXPANDIR O NO EL 061 I EN CAS AFIRMATIU, ADAPTACIÓ DEL 061 ALS CANVIS DE MODEL I ALS NOUS SERVEIS AL CIUTADÀ (112)

Avui no podem seguir planificant una hipotètica expansió del 061 a tot Catalunya tal com ho haguéssim fet anys enrera. Tres circumstàncies actuen com a condicionants de primer ordre:

1. La reforma de l'atenció primària que assumeix serveis com són l'atenció continuada i les urgències
2. L'assistència d'emergències, que en aquest document és fruit d'una proposta de model coherent que es farà càrrec de l'assistència d'emergències a tot Catalunya
3. La posada en marxa del 112 que assumeix les trucades sanitàries d'emergència, que van ser una de les raons de pes per crear el 061. Ara el que no pot ser és que 061 i 112 "competeixen" per uns mateixos serveis.

Altra cosa molt diferent és que en els casos en que el 061 ja està implantat la seva infraestructura sigui aprofitada. Però és discutible, i molt probablement negatiu, implementar-los simultàniament. I si es fa, és indispensable reorientar els objectius i funcions del 061.

Decisions Clau

Aquestes reflexions ens inviten a concretar més: ¿hem d'implementar el 061 a tot Catalunya? Si és que sí: ¿ha de tenir els mateixos objectius que ara? ¿ha de implantar-se a tot el territori per igual (ciutats, pobles i àrees rurals)?, ¿amb quins criteris de territorialitat ha d'implantar-se?, ¿quina relació ha de tenir amb l'atenció primària i programes monogràfics assistencials?, ¿quines interdependències ha de tenir amb les diferents divisions territorials i sectorials de Sanitat?, ¿quina/quines estructures jurídiques pot adoptar? etc, etc.

En el document "Reflexions sobre els números d'Accès Ciutadà 112 i 061" es tracta aquest tema monogràficament.

De tota manera comentarem tot seguit algunes **consideracions**:

Aclariment preliminar

Donat que es parla de "061" de manera indiscriminada, convé concretar el que realment volem dir. El 061 és, en si mateix, un número d'accés ciutadà a determinats serveis sanitaris que cal decidir (tal com queda palès en el document "Emergències, definicions sobre dispositius d'accés 061, 112, Sistema Integral d'Emergències" presentat el 1995). En el present document, al dir model 061 ens referim al que ofereix una gamma de serveis amplia (des de la informació a l'assistència d'emergències passant per l'atenció continuada i l'urgència no vital, que són els serveis habitualment oferts per dispositius 061 i concretament el de Barcelona i el model de Costa de Ponent, que tot i no tenir el número d'accés, es considera "model 061") independentment del tipus de gestió o estructura jurídica i de que els recursos emprats siguin propis o concertats.

Per decidir la seva expansió cal analitzar, entre altres, els següents punts:

***oportunitat del moment.** En aquests moments en que el 112 està a punt d'entrar en funcionament i que reclamarà una concentració d'esforços per que s'apliqui convenientment i per no donar missatges confosos o equívocs als ciutadans-usuaris, no sembla el moment més adient per promoure dos números, amb alguns objectius similars si no idèntics i altres ben diferents, sense caure amb el risc de crear confusió.

No oblidem que, com hem apuntat abans, les números de 3 xifres van néixer fonamentalment per facilitar un accés ràpid en cas d'emergència.

Al respecte hi han 2 opinions: d'una banda, la que podríem considerar com a més "oficial", pretén expandir el "model 061" (inclòs el número 061), com a número d'accés als serveis sanitaris. Sembla que l'INSALUD ha decidit implementar el 061 a totes les CCAA que en depenen.

Pero d'altra banda, experts de l'Estat on ja està implantat el 061 i 112, vaticinen la "mort" del 061 (com a número d'accés, no dels serveis oferts pel 061). Però el seu raonament és que si les necessitats objectives d'assistència immediata a les emergències es canalitzen via 112, la resta de serveis ara oferts pel 061 podria anar passant a una línia més "freda" d'accés (tels. de 9 xifres) que no vol dir menys eficaç. Aquests experts coincideixen en que, un cop posat en marxa el 112, sembla concatenant, superflu i confús seguir implantant el model 061. Altra cosa ben diferent és aprofitar les seves estructures on estigui implantat. **Però en tot cas, sembla altament recomanable replantejar-se l'enfoc conceptual del 061.**

Si aquesta consideració s'està fent en llocs on el 061 ja està implantat a nivell global, en els casos, com el nostre, en que el 061 no està estès, encara té més coherència fer-se aquest plantejament. Es a dir: totes les demandes "No d'emergència" haurien d'anar via telèfons de 9 xifres que el ciutadà hauria de tenir amb la seva targeta. D'aquesta manera es podria, en cada moment, derivar les trucades on fos més adient en cada àrea concreta o introduir canvis sense alterar tot el sistema.

Experts en "marketing" consultats, consideren molt confús el promocionar 2 telèfons de 3 xifres a l'hora amb objectius i funcions en algun cas idèntiques i en altres molt diferents (les emergències podrien entrar tant pel 112 com pel 061, les trucades per informació, atenció continuada i urgències, no és desitjable que entrin pel 112). Això provocaria confusió i mal funcionament.

*** Dificultat o impossibilitat de preveure la demanda,** que pot créixer indefinidament al no tenir paràmetres objectius de valoració. Per contra, en l'emergència, els criteris "d'inclusió" són definits, mesurables i avaluable. Els malalts crítics i les situacions d'emergència, a banda de la subjectivitat lògica que introdueixi el malalt, sempre són objectivables.

*** No sembla una prioritat perentòria dels ciutadans** la necessitat de disposar constantment i per tot, d'un número de telèfon de 3 xifres. Sembla més prioritari millorar certes vies d'accés ja existents a nivell primari i altres temes com són: llistes d'espera i fins i tot funcionament dels serveis d'urgències hospitalaris.

*** Hi ha alternatives més "naturals".** En un moment en que els "inputs" rebuts són de gran restricció econòmica, sembla poc oportú crear supraestructures que d'alguna manera i en algun cas, substitueixin a mecanismes que haurien de funcionar a un nivell més baix i que fins i tot poden suplantar-los definitivament. Cal analitzar: 1. ¿No hi ha altres mecanismes per respondre a les necessitats plantejades?; 2. ¿Es vol claudicar definitivament de mecanismes a nivell més baix, volem dir a nivell primari? (Portant les coses a un extrem és difícil acceptar com a lògic que un ciutadà d'un poble de 1000 habitants truqui al 061 per que des d'allà s'avisí al metge que viu a 100 metres de la casa del ciutadà que està trucant).

CONCLUSIONS

1. Cal meditar molt bé una expansió del model actual de 061 i no ens referim al fet de que disposi de recursos propis (SCUBSA) o que coordini recursos ja existents (Costa de Ponent) si no a les funcions assumides.

2. Al respecte, dos condicionaments són clau:

- * La voluntat, efectivitat i implantació territorial de la reforma de l'atenció primària (vegeu algorisme al final d'aquest annex)
- * L'entrada en funcionament del 112

Fins no tenir perfectament avaluades les conseqüències dels punts anteriors, considerem precipitat prendre decisions respecte a l'expansió del 061.

3. En tot cas, si el 061, s'expandeix, haurà de reorientar-se en funció de la realitat demogràfica i dels condicionaments esmentats.

Si l'atenció primària funciona i el 112 és efectiu, no té sentit el 061. Pot donar-se una situació intermitja: que la RAP sigui efectiva en les àrees no urbanes. En aquest cas, caldrà pensar en dos models d'expansió:

A. Model urbà, que hauria d'incloure tota l'aglomeració urbana del Barcelonès (des de l'Hospitalet a Badalona-Sta Coloma i pot ser Sabadell-Terrassa-Rubí- etc? on s'aplicaria el model de 061 "ampli": informació, consell mèdic telefònic, atenció continuada, assistència d'urgències i obviament assistència d'emergències que no entri pel 112 o la que es transfereixi des del 112

B. En la resta de Catalunya, on funcionaria la RAP de manera completa, el model 061 seria més lleuger i el limitaria a informació i consell telefònic. El ciutadà seria orientat d'on anar o trucar però no es gestionarien els recursos que ho estarien per l'atenció primària.

Aquesta fórmula sembla realista, eficient i es complementaria perfectament amb els dos condicionants clau: implantació de la RAP i funcionament del 112.

A Gran Bretanya s'estan plantejant un telèfon per informació i consulta telefònica o consell mèdic sense gestió de recursos. El 061 "lleuger" (àrees no urbanes) podria tenir aquesta configuració.

Altra cosa es: ¿tenint una reforma de l'atenció primària ni que sigui en àrees no urbanes intensives i el 112 amb dispositius de despatx d'emergències, cal realment fer aquest esforç?

En tot cas, el que si cal fer abans, són estudis cost/benefici o cost/efectivitat i sobre tot tenir en compte el cost d'oportunitat d'aquestes accions.

Qualsevol de les dues fórmules no té perquè implicar nous recursos "pesats" ja que pot perfectament utilitzar la Plataforma Tecnològica que es proposa en aquest document final.

Nota: sempre quan parlem de "061" volem dir el model d'accés telefònic a una gamma de serveis. Pot ser via 061 o un número convencional.

ACTUACIONS PROPOSADES

Abans de qualsevol actuació és necessari tenir en compte que s'estan produint una sèrie d'iniciatives en diverses Regions Sanitàries, que d'una banda són lògiques perquè representen respostes a unes necessitats, però d'altra, al ser unilaterals i no coordinades, poden crear uns antecedents de models de solució diferents per a un mateix problema. El fet de que a cada lloc la resposta a un problema s'adapti a les necessitats específiques és necessari. Però, aquesta adaptació ha de ser dins d'un marc definit d'actuació, es a dir, dins d'un model definit per a tot Catalunya. Aquestes iniciatives poden condicionar o millor dit ja estan condicionant el model sanitari al respecte. Com ja s'ha dit, la diversitat per la diversitat no és desitjable. Si ho és quan respon a necessitats que justifiquin el fet de que s'apliquin models diferenciats.

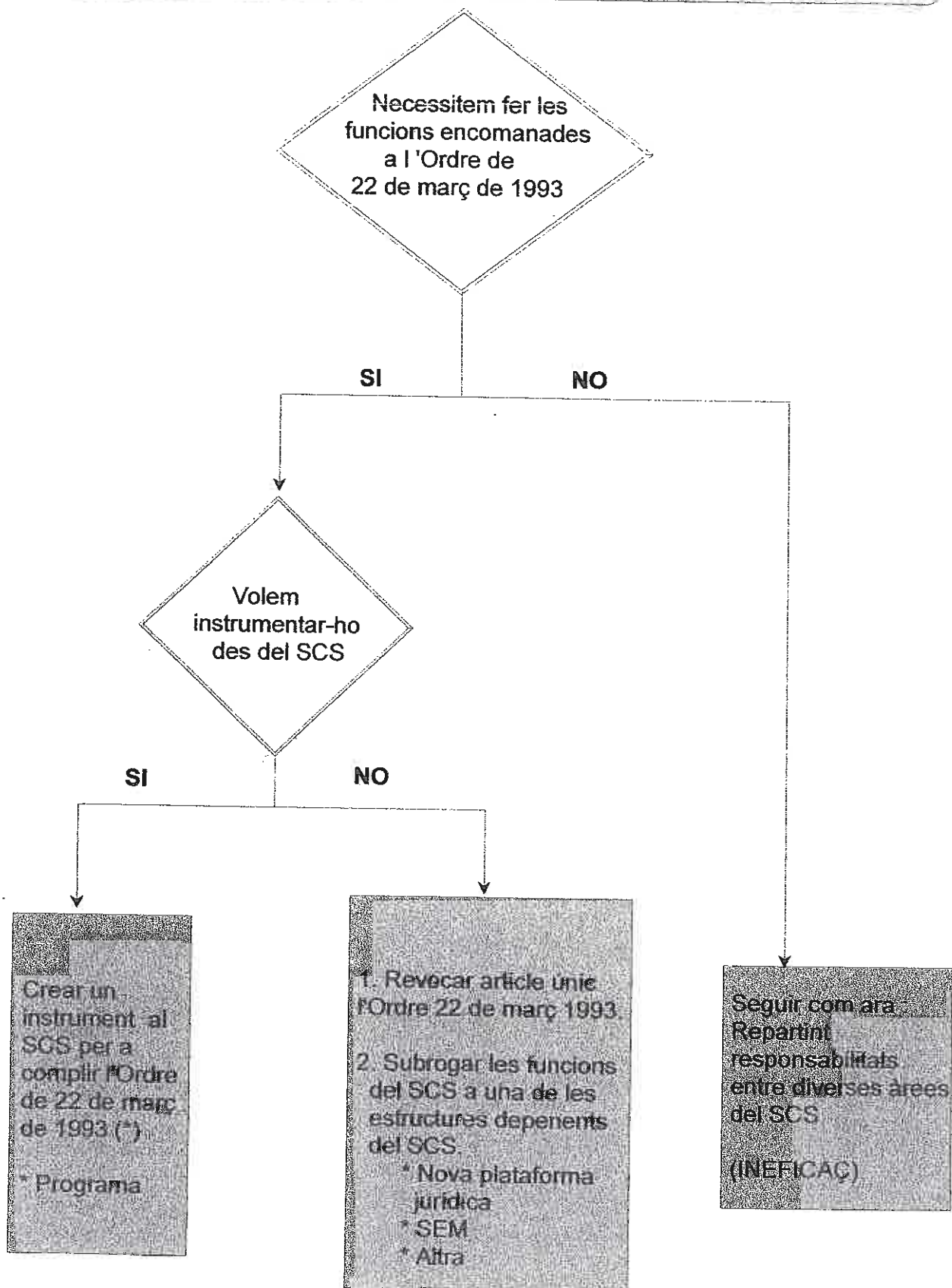
En termes col·loquials, una cosa és diversitat en l'aplicació d'un model definit per adaptar-lo a cada circumstància i altra cosa és que cadascú fa el que pot. La primera cosa és necessària, esperada i controlada. La segona es, per definir-ho molt planerament "campi qui puguí".

Dit això, si es decideix crear dispositius per aquest tipus d'assistència ha d'haver una planificació, ordenació i programació en aquesta matèria. Això comportaria, entre altres:

ACTUACIONS

1. Estudi comparatiu dels dispositius funcionant o previstos a Catalunya.
2. Meditar sobre els denominadors comuns i sobre les alternatives de model.
3. Estructurar les bases de funcionament per tal de no distorsionar el model sanitari sobre tot lligat a atenció primària i a la resposta al 112.
4. Avaluar l'impacte sanitari, especialment quant a l'atenció primària i la seva reforma.
5. Avaluar l'impacte econòmic.
6. Dissenyar el model en tota la seva amplitud: tipus de centres, número, ubicació, personal, etc.
7. Elaborar protocols de coordinació si és el cas.
8. Elaborar plans de formació continuada.
9. Elaborar pla de qualitat total i programes d'avaluació continuada.

ARBRE DE DECISIONS REFERENTS A LES RESPONSABILITATS DEL SCS EN MATÈRIA D'EMERGÈNCIES



(*) L'Ordre de 22 de març de 1993 en el seu Article únic ordena "Corresponen a l'Àrea Sanitària del Servei Català de la Salut la planificació, l'ordenació, l'avaluació i la inspecció de les activitats en l'àmbit de les emergències mèdiques ..."

Annex III

Disseny dels Fulls de Projecte

PROJECTE

Inici previst:

Fi previst:

DEFINICIÓ I OBJECTIUS

ÀMBIT D'APLICACIÓ

PARTICIPANTS

Fixes

Ocasionals

INSTITUCIONS/ENTITATS IMPLICADES

DOCUMENTS DE PARTIDA

CONDICIONAMENTS

PROJECTE

PLA DE TREBALL

ACCIÓ

Data límit

Responsabilitat

APROXIMACIÓ ECONÒMICA

FINANÇAMENT

CIRCULACIÓ ESBORRANY (per esmenes i suggeriments)

Projecte

ASSISTÈNCIA D'EMERGÈNCIES A CATALUNYA I RESPOSTA SANITÀRIA AL 112

Documents de referència

Dr. Santiago Ferrándiz Santiveri

Elaborats de 1994 a 1998

INDEX DE DOCUMENTS

1. EMERGÈNCIES
DEFINICIONS SOBRE DISPOSITIUS D'ACCÉS (061-112)
2. SISTEMA INTEGRAL D'EMERGÈNCIES (SIE)
3. LA RESPOSTA SANITÀRIA AL 112
4. LA RESPOSTA SANITÀRIA AL 112.
DOCUMENT RESUM I
5. LA RESPOSTA SANITÀRIA AL 112
DOCUMENT RESUM II
6. REFLEXIONS SOBRE ELS NÚMEROS D'ACCÉS CIUTADÀ 112 I 061
7. RESPOSTA SANITÀRIA AL 112 EN EL SEM SA
Annex: Hipotesi d'un centre de coordinació únic tipus" 061"
8. PROPOSTA TÈCNICA DEFINITIVA
9. ACTUACIONS EN L'ASSISTÈNCIA D'EMERGÈNCIES I URGÈNCIES
MÈDIQUES
10. RESPOSTA SANITÀRIA AL 112: PROCEDIMENTS CONCRETS
Esquema passat a Governació

Costos habitualment no considerats:: a part dels costos derivats d'inversions/amortitzacions, personal, manteniment d'equips, lloguers, etc, etc, no sempre es quantifiquen be les despeses telefòniques. Per cada trucada que entra i que requereix mobilitzar recursos es farien des del centre un mínim de 3 trucades. Però també es generen trucades internes de verificació, control d'equips etc. Altres costos, que no sol contemplar-se és el de connexió de línies 061 (Costa de Ponent per una àrea molt restringida ha pagat 8 milions fa poc), tampoc es compta l'ús dels repetidors de ràdio (uns 12 milions anuals) .

Impacte sobre el model sanitari: Sobre tot sobre l'assistència primària i del transport sanitari. Un sol centre haurà de despatxar recursos no excepcionals, es a dir que son utilitzats per les diferents Regions. Haurà de comprar serveis a proveïdors, etc. Pot actuar com a un element distorsionador.

Dificultat d'avaluació i seguiment: L'ideal és que hi hagi un constant "Feed back" entre el centre i els diferents elements de resposta (CAPS, Metges, Ambulàncies, etc). El contacte continuat per una avaluació continuada es veu complexa amb el dimensionament del centre.

Desequilibri territorial ("model" asimètric): Ja existeixen centres funcionants o en vies de posada en marxa. Per ser coherents, els centres actuals haurien de desaparèixer i integrar-se, el que sens dubte serà un cost afegit. Si segueixen funcionant, el model resultant serà una barreja d'implantació per territoris de Regions i de globalització. Resulta un model certament original, però pot ser també complicat. En tot cas no es fonamenta en una planificació i anàlisi acurat de les funcions i àmbits d'actuació que son molt diversos. Per exemple, aquest centre, hauria de mobilitzar recursos en arees urbanes limítrofes amb SCUB -061 (Badalona, Santa Coloma) i al mateix temps un metge rural al Pallars Sobirà. Tot es teoricament factible però abans de fer-ho cal avaluar la factibilitat real.

Cost d'oportunitat: Es un aspecte insoslaible.

Si partim d'un cost anual mínim de 300 milions cal considerar el cost d'oportunitat d'aquests 300 milions. Alguns exemples son:

- * 6 equips de primari més cada any al SEM,
- * 5 UCI mòbils medicalitzades a SCUB SA
- * Un programa de formació a nivell de CAPS i metges rurals incloent la compra de desfibriladors semiautomàtics.
- * Un pla de formació per policies i bombers dotant-los igualment de desfibriladors semiautomàtics.

Obviament es poden combinar 2 o més alternatives anteriors que segons l'experiència constatada a Catalunya i la d'altres experiències de serveis molt veterans arreu del món, demostren l'efectivitat dels equips assistencials o de programes que integrin els denominats primers actuants o primers responents. Totes aquestes experiències constaten molt bons resultats en termes d'eficiència analitzada mitjançant estudis cost/benefici i cost/efectivitat en base a l'evitació de morts i d'incapacitats.

PROPOSTA TÈCNICA DEFINITIVA

PARTIM DE (Realitats i decisions):

Existència de: SEM SA, SCUB SA, 061 a Costa de Ponent, Numero de 3 xifres a Tarr-Tort, Centre de Creu Roja a Barcelona

Hem de tenir en compte la **decisió** de que el SEM SA es faci càrrec de la resposta sanitària al 112

en les arees no cobertes per dispositius de coordinació de recursos sanitaris d'emergència com son: SCUB, Centre Coordinador d'Urgències de Costa de Ponent (CCUCP) i Centre Coordinador de Tarragona-Tortosa (CCTT) si ja funciona..

OBJECTIU CLAU

Facilitar l'accès dels ciutadans en situacions d'emergència i proveir l'assistència sanitària d'emergències de la millor qualitat possible en el mínim temps.

Comentaris-reflexions:

La qualitat de la resposta es funció de la qualitat estructural (del personal assistencial i dels recursos materials) i del temps. La qualitat estructural serà la que en aquests moments tenim. Obviament que intentarem millorar-la però això serà a mig i llarg termini. Per tant, la variable amb la que podem jugar es el temps. El temps de resposta depèn del numero de recursos, de la seva distribució territorial i de la gestió dels mateixos. Quant al numero de recursos, es lògic que quant més recursos tinguem i més ben distribuïts estiguin, més escurçarem el temps de resposta. El numero total de recursos està limitat per la qualitat estructural (que compleixin els mínims) i pel cost que suposin. El cost no està sols en funció del numero de recursos concertats si no que també està influenciat per l'adequació estructural d'aquests recursos. Quant a la distribució territorial, es teòricament possible portar a terme petites redistribucions si amb aquestes millorem la cobertura assistencial en base a la suma de la població coberta per les isocrones assistencials de cada recurs. Finalment pel que fa a la gestió, tot hauria de quedar subordinat a l'eficàcia de la resposta. No podem prendre riscos de donar respostes ineficaces (que en aquest cas vol dir tardanes), per motius altres que no sigui la impossibilitat material operativa. Vol dir que cal evitar plantejaments que prioritzin raons teòriques d'interdependència, de jerarquització, etc, front a alternatives que hagin demostrat ser més operatives en altres experiències ja conegudes o en una simple anàlisi prèvia.

Hi ha un altre factor important. Per més recursos que tinguem, per més distribuïts que estiguin i per més bona qualitat estructural que tinguin, si no estan operatius, no servirà de res. La operativitat d'un recurs depèn de que estigui estructuralment i funcionalment disponible. Assumint que estructuralment ho estaran, ja que la qualitat estructural es bona, es necessari que funcionalment estiguin operatius, es a dir que no estiguin fent feines per les que, en principi, no estan encomanats. Per aconseguir la màxima disponibilitat cal limitar la resposta assistencial a les emergències, com ja s'ha dit en altres documents previs. Això no vol dir que en els casos en que la demanda no correspongui a una emergència deixem de donar resposta. Donarem resposta, però no serà una resposta assistencial, serà una resposta informativa: facilitarem la informació pertinent per tal que el ciutadà pugui adreçar-se al lloc adequat a les seves necessitats, però la resposta sanitària al 112 no implica gestionar recursos que no siguin d'emergència. Si, via 112, s'acaba proveint una resposta assistencial que no sigui d'emergències, hauria de ser com a conseqüència del servei propi dels dispositius als que des del 112 es passa la trucada, com son SCUB SA o el CCU de Costa de Ponent o del propi sistema sanitari, però no hauria de ser una responsabilitat assumida per la resposta al 112 com a tal. Aquest concepte diferencial es important, ja que si no assumim que resposta a 112 = resposta tipus 061. Tot es possible i tot es pot decidir, però es indispensable saber exactament les conseqüències del que estem decidint.

LÍNIES MESTRES D'ACTUACIÓ

Podem resumir-les del que acabem de dir i de les directrius i condicionants del moment sanitari:

Aprofitar tot el que ja existeix en la mesura del possible

Que primi l'efectivitat de la resposta per sobre de tot.

No caure en errors comesos per altres

Coherència amb l'entorn econòmic. Si hi ha inversió o despesa, tenir molt en compte els costos d'oportunitat. Prioritzar els que estiguin directament relacionats amb la millora assistencial.

Coherència amb el que sempre recomanen: optimització i aprofitament de recursos., economies d'escala, etc.

PROPOSTA CONCRETA:

El contingut tècnic de la proposta queda resumit en el document ja lliurat: "Actuacions en l'assistència d'emergències i urgències mèdiques". Obviament, les corresponents a la resposta sanitària al 112, estan enquadrades en la resposta d'emergències, aquestes

actuacions es prioritzen en detall en el document annex, "Priorització de les actuacions de resposta sanitària al 112"

Pas a l'acció

El més urgent es **conèixer la cobertura territorial** global (isocrones assistencials des dels diferents recursos) segons tipus de recurs (material i humà), dependència i vies d'alerta i mobilització. Aquest estudi es molt més necessari en les àrees no cobertes per centres de coordinació de recursos ja existents (SCUBSA, SEM SA, Costa de Ponent, Tarragona -Tortosa)

Simultàniament cal decidir i preparar el/els centres de coordinació de recursos sanitaris als que la central 112 passarà la trucada.

Totes les trucades que arribin al 112 en demanda sanitària d'emergències provinents de Barcelona ciutat passen al SCUB SA-061. Les corresponents a l'àrea coberta pel Centre Coordinador d'Urgències de Costa de Ponent, passen al CCU corresponent. El mateix es farà amb les corresponents a Tarragona Tortosa, si el seu Centre Coordinador funciona.

La resta de trucades passen al SEM. Aquí es poden produir dues situacions; 1. si la trucada prové d'un àrea coberta pel SEM i pot actuar amb els seus recursos (en les àrees cobertes per les bases on porti a terme assistència d'emergències a nivell primari i que els recursos estiguin disponibles), ho farà amb els seus recursos habituals i actuarà de la manera que ja ho està fent. 2. Si la trucada prové d'un àrea no coberta per una de les seves bases o si el recurs del SEM està ocupat en un altre servei, el SEM mobilitzarà un recurs aliè que haurà d'estar degudament acreditat i concertat. A la pràctica, en les àrees a les que ens referim, quasi be sempre els serveis d'emergència han de ser portats a terme per Creu Roja o per ambulàncies de Bombers. Evidentment no es descarta que es pugui fer per una empresa de transport sanitari. En tot cas, el SEM despatxarà el recurs corresponent segons els recursos existents, els disponibles i els protocols de despatx establerts per a cada lloc.. En el cas de Creu Roja i de bombers, val la pena plantejar-se si el despatx del recurs es farà directament de la central del SEM a l'ambulància o si es farà des de les centrals corresponents.

Si la trucada no es d'emergència, els centres coordinadors abans esmentats, reconduiran la situació ja que coordinen recursos humans i materials per assistència d'urgències i emergències i proveeixen informació i consultoria mèdica telefònica. En el cas del SEM cal que es proveeixi de la informació pertinent d'on ha de trucar el ciutadà, per la qual cosa fa falta una base de dades tal com es demana en els documents anteriors.

Dimensionament de la càrrega de treball: segons l'experiència de Madrid, que cal considerar la més propera a nosaltres, es reben entre 061, SAMUR i SERCAM, unes 80 trucades útils (la resta són artificis tecnològics) de les que menys de 30 requereixen mobilització de recursos. Si tenim en compte que a Madrid, la cobertura del telèfon sanitari (061) és de més de 4 milions d'habitants hem de suposar que moltes demandes d'emergència entren directament via 061 o SAMUR (que s'activa habitualment via 092). És complicat fer extrapolacions, però donat que és la referència més propera que tenim, val la pena fer l'esforç. A Catalunya, la cobertura per dispositius de coordinació de recursos, amb telèfon de 3 xifres o convencionals és la següent: SCUB-061 cobreix 1.7 milions, Costa de Ponent 0.5 milions, SEM és més difícil de calcular però entre les 6 bases de primari cobreix entre 800.000 i 1 milió i si les bases de Girona i Lleida assumeixen el primari, podria passar dels 1.2 milions. D'altra banda, si entra en funcionament Tarragona, cobrirà 0.5 milions més. En total la població coberta per aquests dispositius podria superar els 4 milions. Tenint en compte totes aquestes consideracions, podríem esperar que el 112 rebí el doble de les trucades que rep Madrid, és a dir unes 160 amb una mobilització de 50-60 serveis. Aquesta xifra depèn de molts factors: l'àmbit on estiguin aquests habitants (es produeixen més trucades en àmbit urbà que en àmbit rural), el funcionament dels serveis sanitaris habituals a cada lloc i sobre tot, la publicitat que es faci referent al 112.

PROBLEMA: EL DIA 1 DE NOV ESTARÀ TOT PREPARAT ??????

SI NO TENIM GARANTIA PENSAR EN SOLUCIONS PROVISIONALS

PROCEDIMENT

Emergència evident com és el cas d'accidents amb víctimes, incendis amb víctimes, enderrocament d'edificis, etc. O demanda directa d'una ambulància: el 112 passa directament la trucada a:

SCUB, SEM, CP, TT, CR, B

Emergències mèdiques en les que no es demani de manera clara i explícita una ambulància:

SCUB, CP, TT i per tots els altres casos SEM. El SEM, si procedeix avisa a CR i B de la manera que es decideixi (despatxant el recurs directament o passant la trucada a la central de coordinació corresponent)

CENTRE COORDINADOR D'EMERGÈNCIES SANITÀRIES

Centre coord.

Definitiu

Provisional

Necessitats: Espai, personal ,tecnològiques i

COMENTARIS PREVIS

Actuacions immediates: totes les que estan lligades al 112: emergències

Dins d'aquestes, algunes tenen una data límit: octubre de 1998 i altres poden acabar més tard, tot i que haurien d'iniciar-se dins d'aquest període (calendari annex)

Actuacions diferides: les corresponents a urgències.

De les immediates la mes important es disposar d'un lloc (o uns llocs) a on puguin passar les trucades sanitàries des del 112

Es possible que s'hagi de fer per etapes. El 1 de Novembre cal tenir un lloc per passar trucades i informar.

Per coherència: estar tots junts físicament però respectant les dependències en àrees a l'agilitat, el ràpid feed back, les economies d'escala,

Aprofitar una oportunitat única però seguint els objectius establerts i les línies mestres.

No podem deixar passar la oportunitat de no fer una acció d'amplies mires:

3 centres coordinadors separats

No problemes de dependència,

Es trist renunciar a un projecte coherent per por a problemes que han de ser solucionables

1 sol centre 112 + SEM + SCUB (+ CP ?) o com a mínim SEM SCUB els 2 necessiten altra espai

No cal renunciar a dependències "patrimonials" de cap dels components

Moment únic

Coherència amb moment econòmic.

Si despesa: que estigui directament relacionada amb millora assistencial (equips assist pendenza SEM i SCUB)

ACTUACIONS EN L'ASSISTENCIA D'EMERGÈNCIES I URGÈNCIES MÈDIQUES

Necessitat d'una línia de planificació, ordenació, programació, avaluació i inspecció

En el moment actual l'assistència d'urgències i emergències especialment en l'àmbit extrahospitalari està experimentant un desenvolupament constant. En pocs anys hem passat de no disposar de serveis i sistemes d'emergència (fins i tot la denominació "emergència" era molt poc utilitzada abans) a que aquests serveis representin un sector molt actiu d'activitat sanitària amb estructura i personalitats pròpies.

El SEM (a partir de 1993 SEM SA), nascut al 1986 després d'un pla pilot de 8 mesos al 1985 i el "061" (a partir de 1997 SCUB SA - 061) nascut el 1988, són els dos pilars assistencials que l'un a Barcelona ciutat i l'altre a la resta de Catalunya, aporten l'assistència d'emergències i en cas del SCUB SA, també d'urgències. Però, tot i que l'esforç fet fins ara ha estat molt considerable, estem lluny d'assegurar la cobertura assistencial a una gran majoria dels habitants de Catalunya.

No tota la cobertura assistencial es podrà dur a terme mitjançant equips medicalitzats o sanitaritzats (com els de SEM SA i SCUB SA) per raons no tant sols d'eficiència si no també d'eficàcia, ja que equips medicalitzats en àrees de molt baixa activitat tendeixen a la baixa qualitat. Per tant, una gran part del territori té i seguirà tenint una cobertura assistencial mitjançant ambulàncies no medicalitzades de Creu Roja o d'empreses privades de transport sanitari. En aquests casos l'acció més eficient per millorar l'assistència es la formació del personal d'ambulàncies tal com disposa el Decret 225/96 i l'Ordre de 20/10/97 sobre Assistència sanitària immediata i Formació dels conductors d'ambulàncies. També caldrà redistribuir alguns recursos i millorar-los en la mesura que sigui possible. Però tot i així, la cobertura no serà completa i aquesta xarxa assistencial, també denominada "cadena assistencial", caldrà completarla amb solucions alternatives, ja contemplades en altres països i previstes a Catalunya mitjançant el Decret i l'Ordre esmentats, que consisteixen en formar personal no sanitari: bombers i policies fonamentalment. Finalment es no sols coherent sino insoslaible, que els metges s'incorporin, en la mesura del possible, a aquesta cadena assistencial en els llocs que sigui adient, rebent la informació, formació i suport tecnològic i logístic que sigui necessari.

La posada en marxa de la central del 112 -número integral d'emergències- el 31 d'octubre, gestionat pel Departament de Governació afegeix un factor d'urgència per algunes de les actuacions necessàries. Cal aprofitar la coyuntura per realitzar un acoplament el més sinèrgic possible amb la disposició europea de creació del 112 i a l'hora per millorar l'assistència d'emergències aprofitant aquesta oportunitat.

De tot l'anterior sembla coherent deduir que cal planificar, ordenar, programar, avaluar i en el seu moment inspecionar, tot el referent a la urgència i l'emergència extrahospitalària. Totes aquestes funcions esmentades, han de ser portades a terme per el SCS tal com estableix l'ordre de 22 de març 93.

Les funcions que preveu l'ordre de 22 de març del 93, es poden concretar en dues grans línies d'actuació que tot seguit exposem. A l'hora cada línia conté unes actuacions (projectes) concretes. L'execució de totes aquestes accions es més perentòria que mai per totes les raons esmentades, que tenen un pes específic i un risc elevat que justifica una atenció específica.

1. Actuacions necessàries en l'àmbit de la resposta a les emergències i concretament la resposta sanitària al 112.

Aquestes actuacions cal fer-les sigui quina sigui la decisió de qui i des d'on es donarà la resposta sanitària al 112 i caldria iniciar-las immediatament de manera coordinada i dins d'un plantejament conjunt.

La posta en marxa del 112 constitueix una acció de govern i cal donar una resposta efectiva que vingui determinada i avalada per una sèrie de projectes i estudis previs que configuren la resposta sanitària al 112 sigui viable, efectiva i el més eficient possible.

L'abast d'aquesta resposta sanitària fa que no es pugui limitar o resumir en una actuació puntual, de si s'estableix un centre en un o altre lloc o de si dependrà de tal o qual estructura. Requereix un seguit d'actuacions -projectes- que si s'inicien ara mateix, 7 han d'estar llestos en 4 mesos, 3 en 1 any i la resta en 4/5 anys. Aquests projectes són:

- Elaborar un mapa-inventari de recursos assistencials utilitzables en la resposta d'emergències al 112
- Elaborar un catàleg - inventari de recursos sanitaris no d'emergència per tal que els ciutadans usuaris en demanda de servei puguin ser reconduïts.
- Diseny d'un programa que permeti lligar cada recurs dels esmentats a cada lloc hipotètic des d'on un ciutadà pot trucar
- Avaluar les necessitats informàtiques en funció de l'anterior
- Avaluar les necessitats d'altres tecnologies: comunicacions, etc.
- Proposar normes per un pla de transport sanitari d'emergències amb baix impacte econòmic
- Elaborar uns protocols de resposta telefònica per als operadors no sanitaris
- Procurar la formació complementària als protocols esmentats en el punt anterior
- Protocols de triatge i despatx per als consultors mèdics del centre 112
- Protocols (algorismes de decisió) i procediments (metodologies repetitives) de mobilització de recursos d'emergència
- Pla de formació per a personal d'ambulàncies, policies i bombers d'acord amb el que disposa el decret corresponent del Departament de Sanitat
- Pla d'informació i formació complementària per a metges rurals que es puguin veure involucrats en la resposta d'emergències

- Pla de suport tecnològic (telemetria) i logístic (evacuació de malalts d'alt risc des d'arees llunanes) per a metges rurals.
- Estudis i plans de finançament aliè d'alguns d'aquests plans
- Altres com per exemple informació toxicològica, connexió d'alarmes per persones d'alt risc, etc
- Pla d'avaluació i de qualitat total inclouint:
 - Estudis cost benefici i cost efectivitat
 - Estudis sobre mort evitada i evitable
 - Estudis sobre utilització de recursos en termes comparatius
 - Programes de Millora Continuada de la Qualitat en tot el seu abast

2. Actuacions referents a l'assistència extrahospitalària d'urgències.

Un cop definida la resposta a les emergències des del 112, cal estudiar la pertinència de crear dispositius per coordinar l'assistència d'urgències i altres serveis

En aquest sentit es important tenir en compte que s'estàn produint una serie d'iniciatives en diverses Regions Sanitàries, que d'una banda son lògiques perque representen respostes a unes necessitats, pero d'altra, al ser unilaterals i no coordinades, poden crear uns antecedents de models de solució diferents per a un mateix problema. El fet de que a cada lloc la resposta a un problema s'adapti a les necessitats específiques es necessari. Pero, aquesta adaptació ha de ser dins d'un marc definit d'actuació, es a dir, dins d'un model definit per tot Catalunya. Aquestes iniciatives poden condicionar o millor dit ja estàn condicionant el model sanitari al respecte. Per tant, si es decideix crear dispositius per aquest tipus d'assistència ha d'haver una planificació, ordenació i programació en aquesta matèria. Aixó comportaria, entre altres:

Estudi comparatiu dels dispositius funcionant o previstos a Catalunya

Meditar sobre els denominadors comuns i sobre les alternatives de model

Estructurar les bases de funcionament per tal de no distorsionar el model sanitari sobre tot lligat a assistència primària i a la resposta al 112

Avaluar l'impacte sanitari, especialment quant a l'assistència primària i la seva reforma.

Avaluar l'impacte econòmic

Disenyar model en tota la seva amplitud: tipus de centres, numero, ubicació, personal, etc

Elaborar protocols de coordinació si es el càs

Elaborar plans de formació

Elaborar pla de qualitat total i programes d'avaluació continuada

3. Conclusions

Per tot el que hem exposat, queda clar que totes les actuacions al voltant d'aquest tema no s'acaben ni molt menys amb la posta en marxa efectiva del 112 ni amb la decisió de que el centre de resposta sanitària estigui en un o altre lloc

Sembla bastant coherent que aquestes questions de gran contingut que impacten horitzontalment sobre diverses arees del SCS i fins i tot del Departament i també sobre les Regions Sanitàries, constituïssin un projecte cohesionat amb categoria de programa.

Si per les raons que fos no s'opta per un programa es pot donar resposta amb estructures menys formals pero cal que tinguin un recolçament total i una autonomia funcional suficient.

Com a tot projecte de gran abast, cal determinar un responsable de tot el projecte ja que la fragmentació de responsabilitats en aquest tema, com en altres de característiques similars, va en detriament dels resultats.

*

*

*

VIABILITAT JURIDICA D'UN PROGRAMA

A la llum del que s'ha dit i a l'ampar de l'article únic de l'ordre de 22 de març de 1993 on es diu que "correspòn a l'Area Sanitària del SCS la planificació, l'ordenació, la programació, l'avaluació i la inspecció de les activitats en l'àmbit de les emergències mèdiques" sembla coherent crear la necessaria estructura concreta, formal i juridica, per complir aquest contingut amb garanties. Quan parlem d'estructura cal aclarir que aquesta seria pràcticament virtual, ja que no suposa ampliació de plantilla, ni increment de sou, ni cap altra despesa afeixida de consideració.. Es tracta tant sols regularitzar la situació passant-la de virtual a formal. Donat que tal com ja hem dit es tracta d'una veritable acció de Govern que requereix les màximes garanties d'èxit es veu factible que el Govern consideri positivament una iniciativa d'aquest tipus.

Tal com s'ha dit anteriorment si no es decidida o aprovada aquesta fórmula, no vol dir que, amb el suport suficient no es pugui funcionar amb efectivitat. Pero, en tot càs, cal definir molt be el contingut, els objectius i tenir en compte els condicionants.

RESPOSTA SANITÀRIA AL 112
Esquema passat a Governació

2 HIPÒTESIS (2 POSSIBILITATS)

A. El 112 despatxa recursos sanitaris directament, mitjançant banc de dades, protocols i procediments acordats amb Sanitat

B. El 112, passa tota trucada sanitària a Sanitat
Sanitat gestiona la trucada des del inici

Entenem per "Sanitat" els centres coordinadors de derivació que s'estableixin: SCUB-061, Costa de Ponent, Tarragona-Tortosa, SEM.

Hipotesi A.

PROS:

Rapidesa de la resposta

Menys volum de feina a Sanitat

Menys cost a Sanitat

No desvirtua sistema sanitari

CONTRES

Més volum de feina al 112 (pero a la llarga estabilització al no incentivar demandes sanitàries.

HIPOTESI B.

PROS

Triatge més específic al fer-se per personal sanitari.

Menys volum inicial de feina al 112, pero (segueix a "contres")

CONTRES

A mig i llarg termini, al convertir-se el 112 amb una entrada per tot tipus de demanda de serveis sanitaris, increment de la demanda fins arribar al 80-90% de totes les trucades del 112 i per tant convertint de fet el 112 en un numero eminentment sanitari (aquesta hipotesi es basa en experiències que ja funcionen a altres punts de l'Estat amb aquesta dinàmica i que en algún càs arriba a 90% de les trucades)

Increment de volum de feina a nivell Sanitari

Increment del cost a nivell sanitari

Resposta efectiva més lenta (a Montreal han canviat recentment el sistema de la hipotesi B a la A per aquest motiu)

RESPOSTA SANITÀRIA AL 112

1. IDENTIFICAR SITUACIÓ D'EMERGÈNCIA

Demanda directa d'una ambulància

Accident amb víctimes que no es valen per si mateixes

Enderrocament

Persona inconscient al carrer o lloc públic. O que no es pot valer per si mateixa

Aquestes situacions podrien implicar el despatx directe del recurs des del 112

2. CLASSIFICACIÓ

Està implícit en punt 1

3. PROCEDIMENTS

Preguntar : que vol: policia, bombers, ambulància.

Si es accident: Hi a persones ferides inconscients o que no es valen per si mateixes?

Si es malaltia sobtada en via pública o lloc públic o inclús domicili: ID

4. PROCÉS DE DERIVACIÓ

Si es clar que es emergència (necessitat directa d'ambulància, persona ferida o malalta inconscient o que no es pot valer): despatx directe des de 112.

Tots els altres casos (o en TOTS els casos segons protocols):

BCN ciutat: SCUB SA (061)

Àrea coberta per centre coordinador de Costa de Ponent; a determinar

Àrea coberta per centre coordinador de Tarragona –Tortosa (tot l'àmbit provincial de Tarragona)

Resta: SEM SA.

EMERGÈNCIES

DEFINICIONS SOBRE DISPOSITIUS D'ACCÉS (061-112)

Santiago Ferràndiz Santiveri

1995

INTRODUCCIÓ

ANTECEDENTS

Ja fa més de 20 anys, alguns països han establert números d'accés ciutadà per donar resposta a les emergències. Al respecte hi ha hagut 2 enfoccs:

1. **Número únic per qualsevol tipus d'emergència** que mobilitza directa o indirectament tots els recursos pertinents (Sanitat, Policia, Bombers, etc). Aquest és el cas dels EEUU, Anglaterra i altres països anglosaxons.
2. Un **número exclusivament sanitari** normalment complementat amb 2 números més per policia i bombers. El cas típic d'aquesta concepció és França, que té el 15 per Sanitat, concretament per les urgències, el 17 per la Policia i el 18 per Bombers.

061 i 112

La Comunitat Europea ha legislat que a principis de l'any 1997 tots els països integrants disposin d'un número d'emergències únic: el 112.

Tot i que la implantació d'aquest número està molt enfocada al turisme intra-europeu (i per això amb l'obligació de respondre amb els idiomes principals), no se'ns escapa que la seva implantació canviarà el panorama d'alerta, activació i resposta referents a l'emergència, però al mateix temps serà un instrument al nostre abast que cal aprofitar.

Un aspecte clau que caldria decidir el més aviat possible és si el 061 s'implantarà paralelament al 112 o si formarà part activa del 112. Com ja hem comentat hi ha models funcionant amb una i altra hipòtesi i amb avantatges i inconvenients. Els problemes econòmics i tècnics d'un desenvolupament simultani de 2 números d'accés ciutadà han de ser tinguts en compte i haurien de ser avaluats amb detall.

SITUACIÓ ACTUAL

Des de la decisió d'introduir el 061 com a "número sanitari" a l'Estat Espanyol han tingut lloc diverses experiències. Catalunya i, concretament Barcelona va ser un dels pioners en establir aquest servei que va assimilar el servei "SAMU" de la municipalitat de Barcelona i el SEU de l'ICS, creant-se un consorci com a estructura jurídica rectora.

A part de Catalunya (Barcelona) en aquests moments el 061 funciona a diverses Comunitats: Madrid, Illes Balears, Canàries, Navarra, València, Astúries, Cantàbria, Galícia i Andalusia. La cobertura territorial a cada lloc és irregular.

Paradoxalment, tot i que el tema 061 és de màxima actualitat i es fruit de debats, no hi ha una definició clara d'aquest dispositiu ni una homogeneïtat a nivell estatal. Cada unitat 061 té uns objectius i unes característiques de funcionament pròpies. Per exemple, a Sevilla per evitar la hiperutilització pròpia del 061 com a telèfon obert per a tot tipus d'assistència, l'han restringit sols a les emergències. En altres llocs el 061 repòn a tots els requeriments dels usuaris des de l'emergència a la informació sanitària. Com a anècdota direm que en una comunitat autònoma es promocionava el 061 amb un horari de trucada, cosa que sembla l'antítesi del que hauria de ser un número de 3 xifres que té com a missió fonamental afavorir l'accessibilitat permanentment. No hi ha, per tant, un model definit.

Ja fa anys, del 061 de Barcelona va sortir la iniciativa de paliar aquesta situació organitzant trobades a nivell estatal per sentar unes bases comuns, una espècie de mínim comú denominador. Però aquest intent no ha tingut continuïtat.

És doncs urgent definir exactament el model, els objectius, els àmbits i l'abast que té l'aplicació del 061. Cal decidir si és simplement l'accés a serveis existents o si es tracta d'un nou servei i en aquest cas si substitueix a altres serveis existents.

Per això presentem 2 documents definitoris. Un parla del 061 com a concepte i l'altre d'un hipotètic Sistema Integral d'Emergències (SIE) que engloba la resposta sanitària.

Evidentment, els dos números poden (i hauran de) conviure. Les relacions possibles entre ells són fruit d'un altre estudi.

Però la hipotètica adscripció d'una part del dispositiu sanitari del 061 (les emergències) dins del 112 serà fruit d'un altre treball. Per tant, aquest document, està concebut amb la hipòtesi de que el 061 es continuarà desplegant a tot Catalunya paralelament al 112.

061
NÚMERO SANITARI

CONSIDERACIONS SOBRE EL "061"
COM A CONCEPTE D'ACCÉS ALS SERVEIS SANITARIS

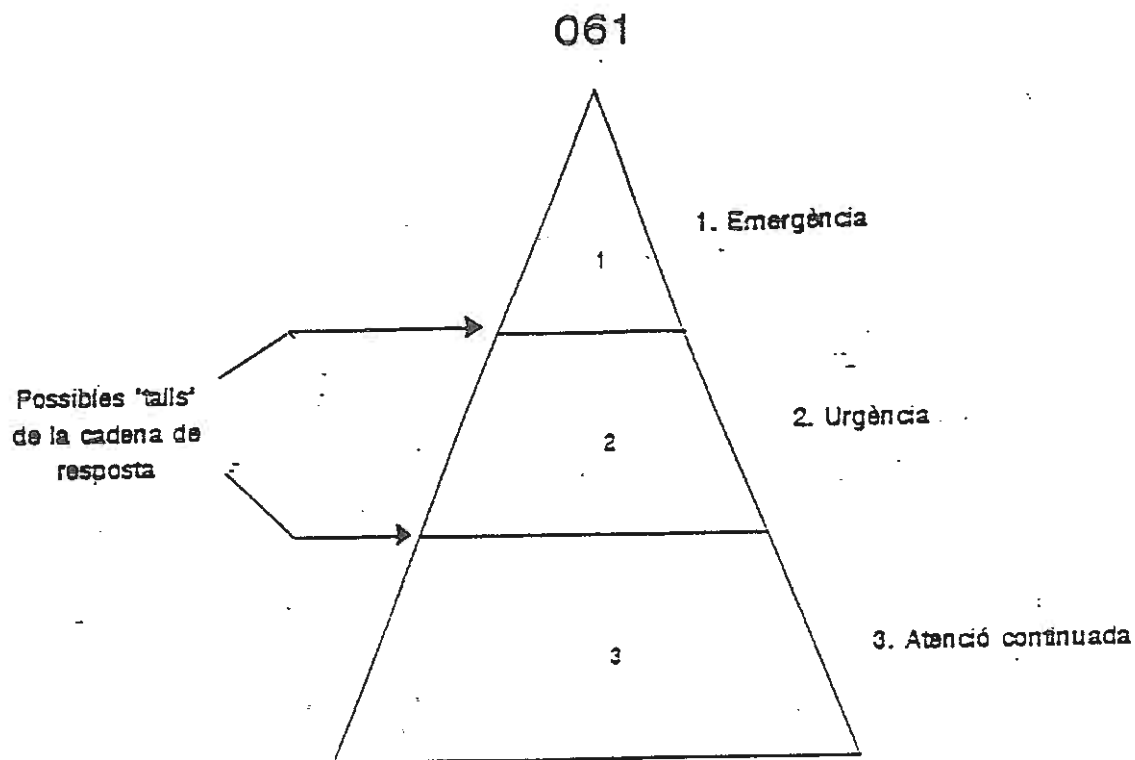
DEFINICIÓ

Un fet que complica definir el 061 és la confusió de 061 com a número d'accés i estructura de supra-coordinació amb els elements proveïdors de l'assistència que responen a les demandes del ciutadà mitjançant el 061.

El 061 hauria de ser un dispositiu d'accés als recursos de resposta. Aquest dispositiu d'accés ens permet conciliar ordenadament tots els recursos que decidim englobar, es a dir, ens permet coordinar dins d'un únic sistema tot un entorn de diferents elements de resposta, que poden tenir dependències diverses.

Des d'aquesta perspectiva és fàcil polemitzar, per exemple, sobre si hi ha un "SEM" per una banda i un "061" per una altra. Més aviat hauríem de raonar que hi ha un dispositiu d'emergència i urgència que depèn del Consorci Sanitari de Barcelona i un dispositiu d'emergència que depèn del Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya, i que tots dos, així com tots els altres dispositius d'urgència i emergència, haurien de ser, en el seu dia, elements de resposta a l'abast del 061.

En funció de les decisions tècniques i polítiques, mitjançant una trucada al 061 poden ser ateses des de l'emergència a l'atenció continuada, passant per la urgència. En cada cas es mobilitzaran els recursos adients: els que donin la resposta més proporcionada apriorísticament. És molt important pel proveïdor del servei i pel finançador, diferenciar acuradament entre situacions d'urgència i les d'emergència ja que la complexitat de la resposta és molt diferent en un i altre cas (vegeu annex pàg.32).



El 061 hauria de ser la porta d'entrada a una resposta sanitària que pot anar des de l'emergència, en el sentit més estricte, a l'atenció continuada o el simple consell o instrucció. Es a dir: el 061 ha de proveir una **resposta sanitària del nivell que finalment es decideixi a cada àmbit d'aplicació segons el model decidit.**

Per tant segons el que hem exposat fins ara, a grans trets, tenim 2 opcions:

A. Si el 061 ha de ser la porta d'entrada a una resposta sanitària d'ampli espectre, que pot anar des de l'emergència en el sentit més estricte a l'atenció continuada o el simple consell o instrucció.

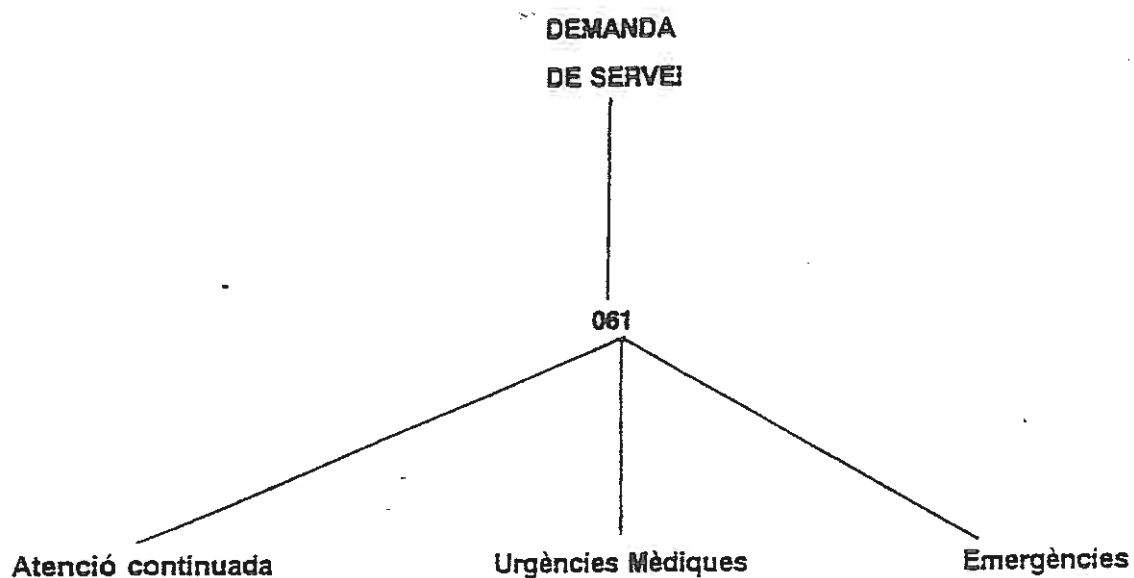
B. Si per contra optem per que el 061 sigui dedicat sols a l'emergència (com s'està fent o replantejant en algunes comunitats autònomes a la vista de la resposta massiva a un número "obert"), hauriem de deixar al ciutadà un número de 7 xifres corresponent al metge de capçalera (o dispositius de substitució) i un número de 3 xifres (061) per les emergències. Les trucades que arribessin al metge de capçalera

podrien ser desviades, en funció de les necessitats i de la disponibilitat del metge, a dispositius de resposta tant d'atenció continuada i urgències com d'emergències (061).

Fins i tot la gestió de la resposta es podria fer des d'un mateix lloc per aprofitar infraestructures i serveis. Aquest sistema té el gran avantatge de preservar el criteri de l'usuari propiciant que ell mateix faci una selecció prèvia. D'aquesta manera no s'esperarien respostes desproporcionades en un o altre sentit. Es a dir els usuaris que truquessin al número de 7 xifres no esperarien l'assistència comptant els minuts, que és el que, es vulgui o no, passa, amb certa lògica, quan es truca a un telèfon de 3 xifres. Tenint en compte que estem parlant de milers de trucades diàries, l'impacte d'aquesta opció sobre l'organització i l'economia del sistema pot ser determinant.

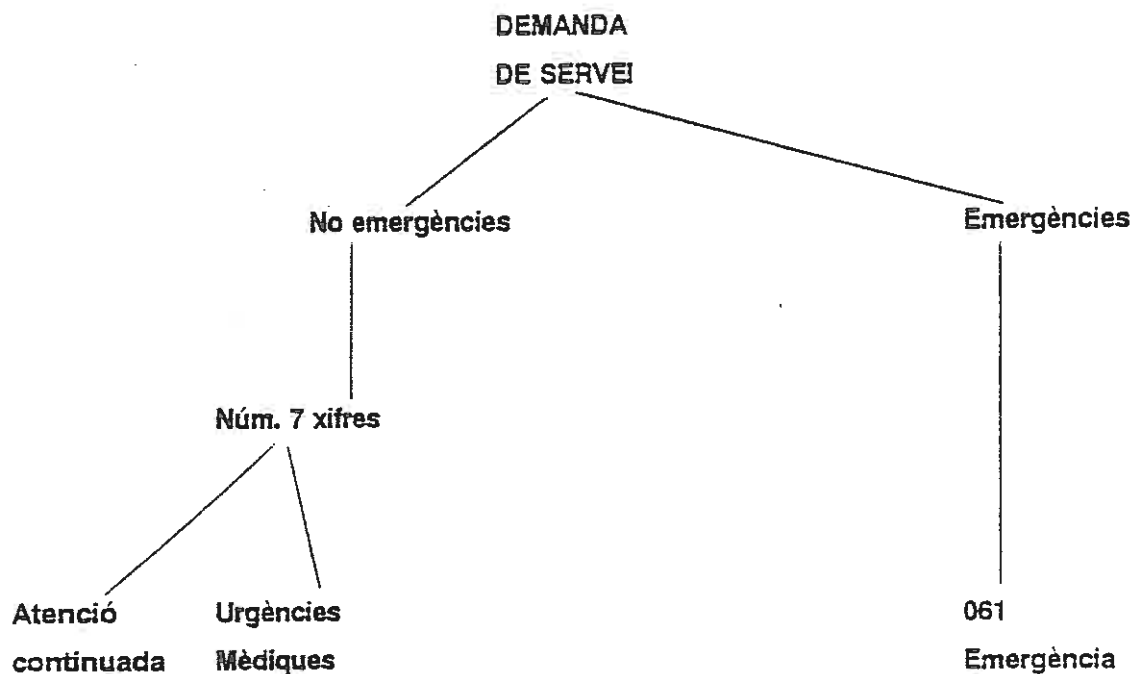
HIPÒTESI A

IDEA CLAU: PROMOCIÓ DEL 061 COM A NÚMERO SANITARI INTEGRAL



HIPÒTESI B

IDEA CLAU: PRESERVACIÓ DEL NÚMERO DE 7 XIFRES



Nota: Aquestes hipòtesis no tenen en compte la implantació del 112 que podria englobar la línia d'emergències, en el qual cas es condicionaria la decisió sobre el model 061.

Dins d'una hipotètica "universalització" del 061, els elements o serveis de resposta podran ser públics, privats i mixtes, tindran característiques diferenciadores que faran que es complementin o potenciïn entre si, **però mai que es superposin, duplicant recursos.**

Definició del model

Cal inicialment definir el model de resposta per a cada situació (emergència , urgència, atenció continuada) que es vulgui considerar.

Dins d'aquest model de resposta és necessari definir:

- El personal integrant de l'equip assistencial: nombre, nivell professional, expertesa.
- La qualitat estructural de recursos mòbils i equipaments (acreditació).
- Els temps de resposta segons el nivell assistencial i la ubicació dels equips.
- Els protocols y procediments d'actuació, coordinació i intercomunicació dels diferents elements integrants.

Tot això amb una premisa clau: utilitzar recursos existents i, tret de casos excepcionals, no crear-ne de nous. Davant de necessitats no cobertes caldria incentivar la provisió de serveis mitjançant contractes o convenis, evitant generar recursos propis.

IMPLANTACIÓ

El 061 esdevé un concepte d'accés i de supra-coordinació de recursos sanitaris. Tots els recursos implicats en la resposta del 061 han de tenir uns requisits mínims per formar part del sistema. Això ens porta a una acreditació de recursos necessaris per donar una resposta coordinada, de qualitat. Naturalment cal fer un inventari i una catalogació de recursos abans de decidir quines característiques d'adaptació tindrà l'aplicació del model bàsic en un àmbit concret. Estem obligats a tenir en compte i a

integrar tots els elements possibles.

Aprofitarem així mateix totes les vies d'accés establertes que siguin efectives per les quals podem tenir informació, coordinació o facilitar l'accés. És important però aprofitar l'anàlisi profunda per establir procediments, algorismes i protocols, no deixant res a la improvisació. L'important és que cap informació no es perdi i que s'agilitzin al màxim les vies d'alerta, activació i resposta.

En síntesi: cal aprofitar al màxim tant els recursos humans com a materials, com tots els aspectes funcionals que puguin emmarcar-se en la xarxa de resposta per evitar duplicitats o prescindir de recursos aprofitables, propiciant una sinergia d'aquests recursos.

En la implantació del model haurà de concretar-se previamente quins paràmetres demogràfics, territorials i altres hauran de tenir-se en compte i més encara: quina és l'àrea geogràfica i/o demogràfica idònia per a cada centre de "despatx" o de coordinació (un mateix centre de coordinació pot tenir varis centres de despatx), partint del que ja va ser previst en el disseny del Programa d'Assistència Mèdica Immediata.

La implantació haurà de prioritzar-se fonamentalment segons el número de persones que potencialment es beneficiaran del servei sense oblidar la ponderació de riscos afegits: accidents de trànsit, esportius, risc químic-industrial i altres.

Un aspecte difícilment soslaiable és que el patró de resposta assistencial és absolutament diferent en l'àmbit urbà i suburbà que en l'àmbit rural. A la ciutat, hi ha dispositius de resposta específics per a l'emergència, per l'urgència i fins i tot per l'atenció continuada. Contràriament, a l'àmbit rural, el metge de capçalera es veu obligat a participar en l'emergència, assistir a la urgència i per descomptat, portar a terme l'atenció continuada.

El fet d'adequar la resposta a l'entorn no implica una merma de l'equitat. Al contrari, justament per accedir a tots els ciutadans hem de donar una resposta modulada a les necessitats de cada àmbit ; necessitats que venen determinades per variables geogràfiques, demogràfiques, de comunicacions, culturals i de costums. Però tot això no vol dir que no hagi d'haver uns algorismes de resposta comuns.

Tenint en compte tots aquests conceptes, podrem fer un pre-disseny de mapa "d'àrees-061" , calcular el cost econòmic de cada àrea, propiciar estudis de cost-benefici i cost-efectivitat i establir unes prioritats en vistes a la seva posada en marxa.

S.I.E.

SISTEMA INTEGRAL D'EMERGÈNCIES

DISPOSITIU DE RESPOSTA AL 112

Dr. Santiago Ferrándiz

1995

PROPOSTES DE FUTUR

Les situacions d'emergència plantegen un repte assistencial, social i econòmic de primer ordre, originant una crisi que ha de ser resolta ràpidament i amb actuacions específiques portades a terme per equips interdisciplinaris coordinats en el si d'un sistema únic.

De tots els bens d'un país, el més preciat és la vida humana, i per tant l'assistència hauria de prioritzar-se per salvaguardar aquest bé; l'assistència sanitària és per tant de màxima prioritat . Ara ja no és una qüestió d'opinions: nombrosíssims estudis científics demostren categòricament mitjançant la disminució de les denominades "morts evitables" (Preventable Deaths) que un sistema d'emergències efectiu, evita morts i incapacitats a la societat que serveix. Però, molt sovint, per afrontar l'assistència de víctimes o de persones en situació de risc és necessari comptar amb la participació d'equips no sanitaris. D'altra banda hi ha emergències que provoquen desordres i amenaces importants de propietats o de bens públics sense comprometre, en primera instància, a cap persona, si no és potencialment.

Tot això ens aboca a contemplar l'emergència des d'un enfoc pluridisciplinari, que asseguri una resposta eficaç, per la qual cosa és indispensable disposar d'uns recursos materials i uns recursos humans amb una formació específica i tots ells perfectament coordinats. A l'estructura que assegura aquest tipus de resposta la definim com a Sistema Integral d'Emergències (SIE).

JUSTIFICACIÓ

¿PERQUÈ UN SISTEMA INTEGRAL D'EMERGÈNCIES ?

Catalunya té un potencial considerable d'elements de resposta front a l'emergència. A hores d'ara ja funcionen múltiples serveis pertanyents a diverses entitats i Institucions que donen la millor resposta possible en les circumstàncies actuals.

A nivell de coordinació de recursos el Pla de Protecció Civil de Catalunya (PROCICAT) estableix el marc final d'actuació front a les grans emergències i catàstrofes. Els plans específics contempnen els aspectes parcials de l'emergència tant l'un com els altres estan regulats per la Gerència de Protecció Civil de Catalunya.

La raó de ser d'aquesta coordinació està en evitar o minimitzar la improvització i les duplicitats. La improvisació dóna lloc a decisions errònies. Les duplicitats donen lloc a conflictes i **baixa eficàcia amb un cost econòmic injustificable.**

Tant el PROCICAT com els plans específics estan dissenyats per situacions de gran emergència o catàstrofe. Però en l'emergència quotidiana es reproduïxen escenaris i situacions on participen els mateixos grups de resposta que en la gran emergència: d'assistència sanitària (Sanitat), de intervenció (Bombers) i d'ordre (Policia). La coordinació d'aquests participants es guia per uns protocols idèntics tant en un com en altre cas. És a dir, ambdues situacions han de ser tractades qualitativament igual variant sols l'aspecte quantitatiu. Per aquesta raó l'emergència quotidiana hauria de ser coordinada de manera integral.

D'altra banda davant de les expectatives que genera qualsevol projecte en marxa i encara més, amb les perspectives de la implantació d'un número europeu d'emergències (112) s'estan generant iniciatives molt valuables però que tenen el risc implícit de ser inconexes, en base a models diferents i amb risc de intercorrències,

solapaments i de generar expectatives que potser no podran trobar fonts de finançament continuat.

Per tant és indispensable que la reordenació dels recursos i qualsevol iniciativa d'eventual creixement vagin en una línia de sinèrgia absoluta i que aquest projecte sigui:

- **Previst** en tot el seu abast.
- **Equilibrat** en els recursos involucrats.
- **Coordinat** en les seves actuacions.

Cal preveure des d'ara mateix la redistribució o la reconversió dels recursos i en cas que es produís un creixement cap a on ha de produir-se aquest creixement.

Cal assegurar que els recursos siguin equilibrats, tant en termes quantitius i qualitatius, com en termes territorials.

Cal finalment coordinar i modular la resposta, que vol dir:

- Resposta **proporcional** a la situació d'emergència.
- **Adaptada** a les característiques de cada situació.
- Amb **complementació i coordinació** dels recursos participants.
- En el lapse de temps més breu.

Sols així garantirem l'eficàcia, sols així obtindrem la **màxima eficiència** possible i sols així evitarem d'arrel els inconvenients i sobre tot els possibles conflictes entre entitats, institucions i el que és pitjor intrainstitucionals, o els litigis de territorialitat.

Telèfon europeu 112

El SIE és el dispositiu de resposta al 112. El 112 s'està implantant a tota Europa com a número únic d'emergències. La infraestructura del 112 hauria de ser aprofitada pel SIE.

El 112 ha d'estar implantat a Catalunya com a molt tard, el 1997.

No hem de pensar que el 112 s'instalarà sense més problemes que els tecnològics. El 112 obrirà la porta a un nou model de coordinació que cal tenir previst.

Acció de govern

El SIE representa el triomf de la reflexió i la planificació sobre la improvisació i les actuacions sincopades.

Un SIE és una **actuació multidepartamental** que sols es pot portar a terme des d'un lloc que permeti una visió global de tots els Departaments del Govern.

Cap dels protagonistes principals del SIE (Sanitat i Governació) no és convenient que liderin un projecte que requereix indispensablement una **coordinació interdepartamental de molt més gran abast.**

Per les seves característiques de previsió, visió de futur, racionalització i eficàcia, el SIE és una veritable acció de govern que aporta confiança al ciutadà que sap que tindrà una resposta eficaç a qualsevol situació d'emergència i constatarà com els recursos són utilitzats de manera racional i efectiva.

DEPARTAMENTS INVOLUCRATS EN ELS SIE

Com veurem, **quasi tots els Departaments intervenen directa o indirectament en el SIE**, la qual cosa justifica encara més que l'acció es porti a terme des d'un Departament "atalaia" com és el de Presidència, per evitar ser "art i part".

Hi ha dos Departaments que aporten al sistema el més important: els recursos humans. Aquests Departaments són: Governació i Sanitat. Governació aporta els Bombers, els Mossos d'Esquadra i el que és importantíssim: els elements de suport i coordinació de Protecció Civil. Sanitat aporta tot el personal de la cadena assistencial d'urgències i emergències tant a nivell hospitalari com extrahospitalari, i en la resposta exclusiva d'emergències: el SEM. Si qualsevol d'aquests col·lectius o millor dit si qualsevol autoritat que té al seu càrrec qualsevol d'aquests col·lectius lidera un projecte com el SIE, es de preveure que el projecte estigui condicionat i és de témer que a més a més hi hagin enfoc conceptuais, forçosament unilaterals i per tant subjectius.

De tots els col·lectius esmentats, Protecció Civil, per no tenir per així dir "exercit", sinó tan sols elements de coordinació i suport, pot cooperar més positivament en el desenvolupament del pla, des d'una postura força neutral. **És per això que el SIE hauria de pivotar al voltant de la Gerència de Protecció Civil de Catalunya,** però sempre amparada per un arbitratge més ampli i desinteressat en aspectes concrets com és el que pot exercir Presidència. **Aquest Departament podria incentivar la planificació,acomboiar la posta en marxa de procediments i en tot cas marcar el "timing" del procés, recolçant a la Gerència de Protecció Civil.**

Veurem tot seguit els diversos Departaments que, a part del de Presidència, intervenen en la planificació, posta en marxa i funcionament del SIE de Catalunya (SIEC).

Departament de Política Territorial i Obres Públiques

- * Xarxa d'avís i la corresponent senyalització.
- * Procediments de pre-avís d'obres que afecten a les isocrones.

Departament de Justícia

- * Procediment de identificació urgent dels morts en el lloc de l'accident facilitant als hospitals còpies immediates de la documentació.
- * Límits a la decisió de destí versus voluntat de l'accidentat.
- * Revisió, aprovació i tràmit dels procediments d'actuació consensuats amb la judicatura pel que fa a la responsabilitat penal i civil derivada de les actuacions en emergències.

Departament de Governació

- * Desplegaments dels centres de coordinació central i comarcals i del número d'avís mitjançant Gerència de Protecció Civil de Catalunya.
- * Designació dels punts assistencials dels equips de salvament de Bombers.
- * Designació dels equips assistencials de les policies autonòmiques i locals.
- * Suport de la Gerència de Protecció Civil de Catalunya en inventari de recursos i coordinació general.
- * Disseny de cursos de formació de conductor de vehicles d'emergència.

Departament de Sanitat

- * Planificació, ordenació, programació, avaluació i inspecció dels recursos sanitaris esmerçats en l'emergència.
- * Desplegament de la coordinació del trasllat primari d'emergència.
- * Especificació, a través de l'IES, del contingut sanitari dels cursos de formació.
- * Protocols d'assistència sanitària per als diferents serveis d'intervenció.
- * Regionalització i jerarquització dels centres hospitalaris a efectes de l'abordatge d'emergències (Serveis d'Urgència i Emergència i Centres/Serveis d'Assistència al Malalts Politraumatitzat).
- * Integració dels objectius del PSAC al Pla de Salut de Catalunya.
- * Sistemes d'acreditació, i concertació de vehicles d'emergència.
- * Regionalització de les emergències derivades d'accidents de trànsit.

Departament d'Indústria i Energia

- * Homologació d'un programa específic de control dels vehicles d'emergència (ITV+comprovacions complementàries).

Departament d'Agricultura, Ramaderia i Pesca

- * Participació de les ADF en la xarxa d'avís i suport a les comunicacions.

Departament d'Ensenyament

- * Homologació dels diferents cursos de formació en el present document, i la corresponent titulació.

Departament de Treball

- * Homologació de les formes contractuals subjectes a l'actualització de coneixements i formació continuada.

Departament de Comerç, Consum i Turisme

- * Divulgació entre els turistes ja que la resposta del 112 al turista és una de les justificacions per a la seva posta en servei.

Totes aquestes qüestions es poden portar a terme per dues vies:

Confirmació pels diferents departaments de propostes de Presidència a través del corresponent procés d'anàlisi i discussió.

Ha d'haver el coneixement per Presidència de les iniciatives empreses pels departaments en tot allò que pugui afectar directament o indirecta al desplegament del SIE.

GRANS OBJECTIUS

El SIE de Catalunya té uns objectius primordials que suposen unes línies d'actuació concretes:

OBJECTIU PRINCIPAL

DISPOSAR D'UNA SOLA CADENA ASSISTENCIAL INTEGRADA que solucioni tot tipus d'emergències del principi al final garantint la cobertura assistencial de qualsevol emergència que impliqui directe o indirectament la vida o danys greus de persones, en 10 minuts o menys, per el 90% de la població de Catalunya.

OBJECTIUS SECUNDARIS

1. Disposar d'UN SOL CENTRE DE COORDINACIÓ PER TOTES LES EMERGÈNCIES per aprofitar les economies d'escala en quant a :

- Personal
- Estructura física
- Equipaments
- Manteniment

amb l'avantatge d'evitar duplicitats, confusions i litigis.

2. UN SOL MAPA-INVENTARI DE RECURSOS: tots els recursos esmerçats en l'emergència han de conformar un sol mapa-base de dades, sense perdre la dependència patrimonial.

3. UN SOL NÚMERO DE TELÈFON (futur 112)

Per garantir l'accés i l'equitat en la resposta.

4. UNS PROTOCOLS I PROCEDIMENTS COMUNS, tot i respectant les actuacions de cada grup/col·lectiu específic.

TOT AIXÒ UTILITZANT ELS RECURSOS EXISTENTS SENSE CREAR CAP NOVA ESTRUCTURA, en tot cas algun element complementari.

PRIORITZACIÓ D'ACTUACIONS

Donades les circumstàncies actuals (pròrroga pressupostària, moment molt delicat econòmicament) **es prioritzen les actuacions de cost zero o ínfim** i que ja són assumides en aquests moments (que les hi ha) i des de les més baix cost a les de més cost:

1. **Cost mínim:** Planificació; Protocolarització; Ordenació; Coordinació.
2. **Cost moderat :** Formació.
3. **Cost elevat :** Concertació o contractació de recursos materials i recursos humans.

* El primer any sols treballaríem en la prioritat 1 que podria ser feta per personal ja existent i per tant l'únic cost seria el cost d'oportunitat del temps emprat per aquest personal.

* La prioritat 2 es pot començar a dissenyar el primer any.

* La prioritat 3 tindrà un contingut mínim ja que es tracta bàsicament de coordinar, sense crear infraestructures ni contractar nou personal, al menys amb dimensions significatives.

*

*

*

Com exemple de pla de treball per entendre la metodologia, començariem per fer l'inventari-qualificació-mapa de recursos de tots els participants, fonamentalment Sanitat i Bombers:

Sanitat:

- Desplegament de Serveis Prehospitalaris d'Emergències
- Mapa d'hospitals per categoria del seu Servei d'Urgències

Ambulàncies:

- Ambulàncies de Creu Roja professional i voluntaris
- Ambulàncies privades i públiques

- Bombers:**
- Parc de Bombers amb servei mèdic
 - Parc de Bombers amb ambulància
 - Parc de Bombers professionals
 - Parc de Bombers voluntaris

ALTRES FUNCIONS DEL SIE

El SIE pot portar a terme funcions preventives i inspeccions. Per les inspeccions el SIE pot ser el braç executor de tots els col·lectius integrants amb les economies d'escala que això suposa.

ESTRUCTURA I FUNCIONAMENT

EL SIE, UNA RESPOSTA PLURIDISCIPLINAR

El SIE configura un sistema de seguretat i previsió de riscos. Fins ara la resposta social als riscos naturals i tecnològics ha estat el desenvolupament de dispositius específics. Aquest desenvolupament "especialitzat" ha comportat que quan el patró de riscos ha canviat, ha estat més difícil adaptar els mecanismes de resposta als canvis. Això ha comportat en molts casos una eficàcia discutible i sobre tot una baixa eficiència.

El SIE permet utilitzar els recursos, especialment els més preciats – els humans – de manera polivalent, la qual cosa fomenta l'eficiència.

Un SIE es compon de **3 conjunts d'elements**:

- 1– **Sanitari**: representat per personal i equipaments sanitaris.
- 2–**Intervenció**: representat per personal i equipament de salvament (Bombers).
- 3– **Ordre**: representat per personal i equipament de les forces de seguretat.

Aquests 3 conjunts d'elements han de tenir el **suport logístic i tecnològic** adequat que a més a més els hi faciliti la **intercoordinació** . Aquestes funcions corren a càrrec de **Protecció Civil**.

A més a més d'aquests col·lectius hem de considerar els formats per la **Societat Civil**. La participació d'aquests col·lectius de les diverses fases de l'emergència queda reflectida en el següent quadre.

TASQUES SANITÀRIES
PARTICIPACIÓ DELS DIFERENTS COLLECTIUS EN EL SIE

	POLICIA	BOMBERS	SANITAT	PROTECCIÓ CIVIL "112"	SERVEIS SOC. CIVIL
AVIS RECEPCIÓ				P	
TRIATGE PREVI				P	
MOBILITZACIÓ SANITÀRIA	D	D	P	D	P
VALORACIÓ ENTORN	P	P	P	P	
VALORACIÓ SANITÀRIA	D	D	P		P
ACTUACIÓ SANITÀRIA	D	D	P		P
TRASLLAT		D	P		P
ADMISIÓ			P		
DIAGNOSTIC			P		
TRANSPORT SECUNDARI			P		P
INGRES			P		
PROCEDIMENTS			P		
ALTA FASE AGUDA			P		
REHAB/RECUP.			P		
ALTA PROCÉS			P		
PROCÉS QUALITAT	P	P	P	P	P
FORMACIÓ					

* Inclou al Departament de Sanitat i Seguretat Social, Creu Roja i empreses de transport sanitari

** Serveis de la societat civil: asseguradores de l'automòbil, mutues de treball, altres mutues, etc.

*** Concertats

P : tasca pròpia

D : tasca sanitària delegada

L'actuació de tots els col·lectius ha de tenir uns protocols i procediments coordinats, a 4 nivells:

- 1- **Accés** al sistema per part dels ciutadans.
- 2- **Mobilització** dels recursos, en funció del risc avaluat i de la disponibilitat.
- 3- **Actuació** coordinada "in situ", definint el paper de cada element actuant i la seva interrelació.
- 4- **Coordinació** global i continuada, al llarg de tota la intervenció.

El principi bàsic de funcionament d'un SIE es proveir la qualitat assistencial adequada a cada situació d'emergència en funció de les característiques i la intensitat de la mateixa. Per tant entren en joc elements quantitatius i qualitatius. Però la qualitat de la resposta ha de ser sempre del més alt nivell possible i equilibrada en els recursos emprats.

Els elements que participen en una situació d'emergència solen ser els mateixos, independentment de la importància quantitativa de la situació en concret. Es a dir, davant d'un accident de trànsit amb 3 víctimes no s'actua diferentment (en quant a procediments i algorismes) que en un altre amb 8 víctimes. Per tant, els protocols i procediments, tant d'assistència "in situ" com de coordinació global, seran els mateixos i els algorismes de decisions també.

Per tot això, l'intent d'establir fronteres a partir de les quals es proposa actuar d'una o d'altra manera, en termes qualitatius, en funció del nombre de víctimes, comporta el risc de ser un exercici empíric i fins i tot pot donar lloc a discriminacions en la utilització dels recursos. Es per això que **proposem que les actuacions d'un SIE han de plantejar-se com a una resposta adaptada a la intensitat i a les característiques específiques de cada situació d'emergència però que té uns protocols i procediments d'actuació comuns.**

COMPLEMENTARIETAT DELS RECURSOS

Un dels avantatges més grans d'un Sistema Integral és que en moltes ocasions els recursos poden complementar-se amb més agilitat que en els serveis monogràfics. Així els centres de despatx de recursos i fins i tot algunes tasques de coordinació poden ser portats a terme per un dels integrants amb protocols establerts.

A nivell operatiu, els llocs on el desplegament d'un dels col·lectius té el risc de ser molt poc eficient i existeixen recursos dels altres, aquests poden portar a terme, amb l'entrenament adequat i els procediments establerts, tasques dels altres col·lectius.

El cas més evident és quan en llocs allunyats, l'establiment d'equips sanitaris medicalitzats no es justifica ni econòmicament ni sanitàriament, per la poca activitat, i l'àrea pot quedar coberta per equips de bombers degudament entrenats que ja hi són a la zona, perquè és un dispositiu de risc necessari a l'àrea (Bombers, Policia, etc).

COL·LABORACIÓ DELS DIFERENTS CONCURRENTS EN L'ASSISTÈNCIA D'EMERGÈNCIES

PREMISSA CLAU

Definició de funcions: que cada entitat/institució defineixi la seva participació en funció dels seus estatuts, reglaments interns, coneixements i experiència pràctica.

Per tant caldrà:

- * **Definir clarament les responsabilitats de cada entitat/institució**, en funció dels seus propis estatuts i objectius. Definir també les responsabilitats comuns a totes elles i les fórmules de coordinació. Enquadrar cada entitat/institució en una parcel·la de l'assistència d'emergències, que es complementi amb les demés. Cal evitar les àrees de solapament anàrquic, buscant línies de contacte i complementació reglades.

- * **Programar les responsabilitats descrites en uns protocols d'actuació**, situant les accions específiques de cada entitat/institució i definint totes les actuacions en el temps, i en funció de diverses hipòtesis de sinistre i de situació.

ENTITATS I INSTITUCIONS CONCURRENTS EN L'EMERGÈNCIA

RECURSOS APORTATS

Les dividirem en sanitàries i no sanitàries:

INSTITUCIONS

RECURSOS

SANITÀRIES

Departament de Sanitat

HUMANS

Metges *
Infermers *

MATERIALS

Hospitals
Ambulàncies

Consorci Sanitari de
Barcelona (061)

Metges *
Infermers *
Conductors

Hospitals
Ambulàncies

Creu Roja

Voluntaris(socorristes)
Professionals
Xofers

Ambulàncies

Companyies d'ambulàncies
privades

Conductors

Ambulàncies

RACC (Secció assistencial)

Metges
Infermers
Personal de Vol

Helicòpter
Ambulàncies

GEM (Bombers)

Metges
Personal de vol

Helicòpter
Ambulàncies

NO SANITÀRIES

Bombers

Bombers

Vehicles de Bombers

Policies

Personal propi

Vehicles no sanitaris

* Del SEM i ocasionalment dels hospitals

DESCRIPCIÓ DE FUNCIONS

Passem, tot seguit, a definir les funcions; col·lectiu per col·lectiu.

Policies

Incloem a tots els cossos policials: Policies Municipals/Locals; Policia de l'Estat, Policia Autonòmica i Guàrdia Civil.

La Policia Municipal té com a funció principal, l'acotament i l'organització de l'espai de l'emergència, especialment en termes de circulació de vehicles i persones.

La Policia de l'Estat, quan intervé, reforça les accions de la Policia Municipal i s'ocupa més especialment del comportament ciutadà en cas de grans aglomeracions.

Els Mossos d'Esquadra ja estan desplegats en alguna comarca. D'altra banda, comencen a exercir funcions relacionades amb el control del transport i per tant cal comptar, a partir d'ara, amb la seva presència a les carreteres.

En resum, la policia, davant d'una emergència té com a principal funció el permetre que altres agents i serveis actuïn amb seguretat i tranquil·litat en l'assistència de les víctimes i, al mateix temps, que aquesta assistència distorsioni el mínim possible la circulació de persones i vehicles i, les activitats habituals de l'entorn.

Bombers

Els Bombers constitueixen un cos de primera intervenció en accidents i emergències. Quasi tots els cossos de Bombers disposen d'experts en rescat i salvament. Porten utensilis que permeten l'extricació i l'accés a llocs difícils. Segons diversos autors, entre el 18% i el 20% dels accidents és indispensable procedir a l'alliberament de les víctimes.

Els Bombers tenen, doncs, com a funció fonamental, l'alliberament de les víctimes dels impediments logístics o mecànics que impedeixen una assistència sanitària en les millors condicions possibles.

Creu Roja

Tradicionalment, la Creu Roja s'ha ocupat, i continua ocupant-se de l'assistència inicial del transport de les víctimes des del lloc de l'accident a l'hospital. Es a dir, de realitzar el transport primari.

La qualitat dels seus recursos mòbils és variable. Succeeix quelcom similar amb el personal, que pot ser voluntari o professionalitzat.

El "Pla Nacional de la Creu Roja", que regula els mitjans mòbils és un pas molt important per a la millora dels recursos mòbils, i ja s'ha iniciat en diverses assemblees.

Però una cosa és inqüestionable: la Creu Roja ha realitzat i realitza encara la major part dels transports primaris de les víctimes d'accidents de trànsit en les carreteres, i a Catalunya està present en quasi be 100 llocs de primers auxilis amb un total de 400 ambulàncies.

Ambulàncies privades

Ambulàncies privades acudeixen als accidents mobilitzades per les centrals de coordinació de les autopistes de peatge, Polícies, els Bombers, etc. També acudeixen a l'assabentar-se de l'emergència per ràdio.

La disparitat pel que fa a la qualitat del servei ofert per les ambulàncies és molt gran, la qual cosa és lògica si pensem que fins a la publicació del Decret 189/1990 no

existeix cap normativa reguladora de la qualitat estructural de les ambulàncies a Catalunya, de la ja esmentada normativa interna de la Creu Roja.

Sistemes Sanitaris d'Emergències

Finalment, estan els serveis sanitaris específics d'emergències, com són el SEM, el "061" de Barcelona, el GEM de Bombers, l'equip sanitari del RACC, altres equips privats.

Els serveis sanitaris d'emergències acostumen a ser medicalitzats i les seves funcions principals són: l'assistència sanitària "in situ" i el transport medicalitzat.

* * *

De tot el dit anteriorment es desprén quina hauria de ser l'actitut de les diverses entitats i institucions davant l'emergència.

- **Les policies i la Guàrdia Civil de Trànsit salvaguarden la normalitat de l'entorn** i al temps afavoreixen el treball en el teatre d'operacions.
- **Els Bombers acostant els equips a les víctimes** i, al mateix temps, **controlen els fenòmens paral·lels** com és el foc, explosions, esllavissaments, etc. que puguin atemptar contra l'èxit de l'assistència.
- **Els equips sanitaris, presten l'assistència "in situ"** i traslladen a les víctimes, en coordinació constant i fluida amb els diversos hospitals mitjançant el Centre Coordinador.

ACTUACIÓ SEQÜENCIAL I PROCEDIMENT OPERATIU: TRONC COMÚ

Vistes les responsabilitats i funcions de cadascun dels actuant, convé establir la seva sincronia en el temps, es a dir: la seva actuació sinèrgica seqüencial.

Amb petites matitzacions és àmpliament acceptat que l'ordre d'actuacions davant l'emergència és:

1. Mesures d'autoprotecció: són importantíssimes (si no, un problema pot convertir-se en dos). Inclou entre d'altres:

- Detenció del vehicle propi en zona segura.
- Demarcació balissament i senyalització de la zona d'emergència.
- Mesures de seguretat "in situ".

2. Avaluació inicial i priorització d'actuacions.

3. Mesures assistencials immediates del primer actuant tenint en compte:

- El que no s'ha de fer mai.
- El que s'ha de fer indispensablement.

4. Comunicació. Informació a centre coordinador, demanant ajut selectiu en funció de l'avaluació.

5. Avaluació secundària i continuació de l'assistència en espera de l'arribada del suport assistencial.

Sigui el qui sigui el primer en arribar al lloc del sinistre, ha de tenir en compte aquest ordre d'actuació que constitueix un TRONC COMÚ D'ACTUACIÓ.

Això implica que **els equips de les diferents entitats/institucions que actuen en l'emergència han de tenir una certa dosi de polivalència** i els primers passos han de constituir un "tronc comú" que tots siguin capaços de seguir.

Així, tant Policia com Bombers tindran un entrenament sanitari específic que fonamentalment els hi ensenyi el que mai s'ha de fer i les mesures o gestos

elementals que poden salvar una vida. Tots aquests conceptes estan perfectament protocolaritzats al nivell del primer actuant ("first responder"), o sigui el que arriba primer al lloc de l'emergència. Sembla ser doncs, coherent que, si policies i bombers han de fer gestos sanitaris, els efectius sanitaris realitzin les funcions no sanitàries indispensables, previ entrenament.

Per tant, la polivalència implica que tots els equips actuants en l'emergència de totes les entitats /institucions participants, portin un equip mínim per realitzar les funcions enunciades. Així els Bombers i la Policia portaran, a més a més del material de senyalització i rescat, equip d'immobilització. Conseqüentment, totes les ambulàncies portaran un mínim equip de balissament i rescat.

Les actuacions del primer actuant seran més completes en funció de qui proveeixi la primera assistència en cada àrea determonada. Si els primers en arribar són efectius sanitaris, aquests prodigaran, com és lògic, l'assistència sanitària completa. Però no per això deixaran de portar a terme les mesures d'autoprotecció i hauran de respectar l'ordre seqüencial.

És evident que si en el lloc de l'emergència concorren tots els efectius actuants, cadascun es limitarà a les seves funcions, amb ànim col.laborador i en cap cas competidor.

Només tenint en compte aquests principis elementals però a l'hora clau, podran evitar-se errors de plantejament que sempre, tard o d'hora, acaben per entorpir els resultats.

CONCLUSIONS

1. Hi ha una **necessitat detectada** de donar resposta a les emergències i d'altra banda un mandat europeu de coordinació. Algunes comunitats autònomes ja han desenvolupat o estan desenvolupant sistemes integrals d'emergència (Asturies i Navarra).
2. **Cal anticipar-se per no actuar precipitadament** amb tots els riscos que la precipitació comporta. Per tant cal planificar, programar i ordenar adecuadament.
3. **Catalunya té recursos suficients** per donar resposta a qualsevol situació d'emergències. Un objectiu clau és la **complementació de tots els recursos** existents, la **coordinació** dels mateixos per evitar solapaments o duplicitats augmentant la **eficàcia** amb la màxima **eficiència**.
4. **L'objectiu final d'aquest pla és salvaguardar al màxim les vides humanes i en segon lloc els bens**, tant particulars com a públics. Això redundarà positivament en la **confiança dels ciutadans**.

ANNEX

CONSIDERACIONS SOBRE ELS CONCEPTES D'URGÈNCIA I EMERGÈNCIA

La diferenciació entre urgència i emergència no és tan sols un problema semàntic; ajuda a catalogar 2 tipus de demandes o, millor dit, 2 tipus de necessitats assistencials que han de rebre respostes molt diferenciades.

Tant és així que els països anglosaxons que només tenien una paraula per definir les situacions d'urgència i emergència ("emergency") estant adoptant la paraula "urgent" fins ara no utilitzada, per definir situacions on la resposta no ha de ser d'emergències. Això passa a Anglaterra (London Ambulance Service) i ja comença a veure's en sistemes d'emergències nordamericans.

Vol dir que és molt important pel proveïdor del servei i també ho és pel finançador, delimitar el tipus de resposta front a una situació determinada i això no tan sols perquè el cost d'una o altra varia substancialment sinó perquè també pateix l'eficàcia del sistema al sobrecarregar els recursos preparats per l'emergència amb assistències d'urgències banals.

EMERGÈNCIA	URGÈNCIA
RISC VITAL IMMINENT	NO
RESPOSTA IMMEDIATA (minuts)	RESPOSTA RÀPIDA (hores)
SEMPRE OBJECTIVABLE	SUBJECTIVA
DEMANDA PER ENTITATS O TESTIMONIS PRESENCIALS	DEMANDA DEL PROPI MALALT O ENTORN HABITUAL
HOSPITALITZACIÓ DEL 100% En Unitats de CRÍTICS	HOSPITALITZACIÓ < 10% En Unitats d'AGUTS
FORMACIÓ ESPECÍFICA DE PERSONAL	NO
PARTICIPACIÓ D'EQUIPS NO SANITARIS	NO
COORDINACIÓ INDISPENSABLE	NO

RESPOSTA SANITÀRIA AL 112



Febrer 1998

S. Ferràndiz

CONSIDERACIONS PREVIES AL DOCUMENT RESPOSTA SANITARIA AL 112"

Antecedents

Fa mes d'un any, quan hi havia la intenció genèrica pero encara no concretada de posar en marxa una central que donés resposta al 112 a Catalunya, vaig presentar un escrit titulat "Emergències: definicions sobre dispositius d'accés 061-112) - Sistema Integral d'Emergències (SIE)", que pretenia avançar en la definició de conceptes i perfilar una possible resposta integral al 112 a Catalunya.

Quan es va decidir implantar el 112, es va encarregar la coordinació d'aquest tema des de Governació al Sr. Alfons Ortí, que havia estat per dues vegades (1983 i 1996) director general de Bombers (de la DGPEsc) i gerent de Protecció Civil de Catalunya (1993). El Sr. Ortí, en repetides ocasions va parlar amb el director de l'Àrea Sanitària i amb mi mateix, sobre els plantejaments genèrics del 112 i específicament que es el que des de Governació i concretament des del futur 112, demanaven a Sanitat.

Amb aquesta directriu tant específica vaig iniciar l'elaboració del document "Resposta Sanitària al 112", sempre en contacte amb el director i sudirector de l'Àrea Sanitària, havent també consultat, sobre tot al principi, amb altres tècnics del Servei responsables d'unitats que podien tenir una relació mes o menys directa amb alguns aspectes tractats al document. Tot el document està consensuat amb el tècnic de Governació Sr. Ortí. Finalment, va sortir l'esmentat document que, com es el cas d'un document de treball d'aquest tipus (amb conceptes nous i propostes també innovadores), ha estat millorat en diferents revisions, la darrera de les quals no havia estat encara incorporada quan el document va sortir de l'àmbit de l'Àrea Sanitària. La raó es que abans de que fos donat per definitiu, s'oposava que el document, donat el seu contingut i transcendència potencial, seria sotmès a un debat o si més no a una anàlisi acurada en el que es modificarien els aspectes de fons o de forma per tal que acabés com la proposta de l'Àrea Sanitària.

Condicionants

Un cop fixat l'objectiu del document, hi havia uns condicionaments de partida que van ser escrupolosament respectats. Aquest condicionaments van ser de 2 ordres:

1. Temporal: aparentment havia de ser confeccionat amb urgència ja que les dates que inicialment es consideraven per la posta en marxa del 112 eren al voltant de maig-juny de 1998 i el document havia d'estar enllestit obviament abans. Això no tan sols va condicionar la realització del document en si mateix si no que va condicionar el seu enfoc de fons: una solució ràpida, factible i operativa a curt termini. Tot i que després els terminis es van anar oficiosament allargant, l'enfoc del document esta fet amb aquest condicionament.

2. Econòmic: l'entorn econòmic i tots els "inputs" rebuts eren i crec que segueixen sent de restricció, tant en l'àmbit general de la Sanitat i per tant del Departament i del Servei (amb plantejaments fortament restrictius incloent disminució d'algunes prestacions, comentaris sobre copagament, etc.) com en l'àmbit concret de les emergències (SENSA amb la impossibilitat de plantejar la posta en marxa ni tant

sois d'un nou equip assistencial durant aquest any, , SCUBSA amb recursos assistencials ajustadíssims per l'enorme volum de demanda que suporta, etc.) Tot aquest entorn, em va semblar que aconsellava una proposta que anés en la línia tants cops esmentada d'aprofitar recursos existents, optimitzar-los, etc., pero portant-la a terme fins a les últimes conseqüències.

Altres experiència

A banda dels condicionants esmentats, convindria aprofitar les experiències de "centres 112" que ja funcionen en altres llocs. Hem tingut la oportunitat de conèixer diversos centres funcionants y d'aquesta experiència i dels comentaris dels responsables o col·laboradors, hem conclòs que els disfuncionaments, moltes vegades greus, es deuen a les causes següents:

No tenir clars ni les definicions prèvies ni els objectius, la qual cosa aboca a barrejar conceptes i a distorsionar objectius.

Negociacions inter- institucions o intrainstitucionals poc treballades, fallides o inexistents, que han abocat a manca de sinèrgia o inclús a conflictes oberts

Publicitar el número 112 com si fos un " producte " que cal que els ciutadans " comprin " creant expectatives (tot i que sigui quasi a nivell " subliminal ") de que resoldrà problemes que abans no estaven resolts, la qual cosa porta a una incentivació de l'accés al 112, amb hiperdimensionament dels centres i una baixíssima eficiència.

(Taula 1, centres de Madrid i Balears)

Precipitació en la posada en marxa amb rectificacions ulteriors d'aplicació molt difícil amb gran impacte sobre altres serveis sanitaris (duplicacions, solapaments, etc.)

No avaluar correctament la dimensió dels problemes tecnològics: cobertura telefònica del territori, trucades falses, etc. i de coordinació interna i adaptació de les aplicacions

Linies de treball

Considerant tot l'anterior, vam establir les línies clau del treball:

1. Procurar que les trucades sanitàries que entrin al 112 corresponguin a veritables emergències i en cap moment incentivar la demanda
2. Aportar la resposta a les situacions sanitàries d'emergència i alternativament donar sortida eficaç a les que no corresponien a aquesta definició. Diem donar sortida, que es molt diferent que basar un sistema en les trucades que no son d'emergència.
3. Respectar al màxim el model sanitari vigent i aprofitar tots els dispositius sanitaris funcionants

4. Compatibilitzar aquesta solució amb eventuais desplegaments d'estructures més complexes i costoses ("061" o estructures similars).

Dit aixó, considero que el document "Resposta Sanitària al 112" aporta alternatives absolutament factibles, viables i de posada en marxa quasi imminent, amb uns costos molt modestos que quasi be no requeririen presupostos específics. Tot aixó sense condicionar el funcionament actual i permetent la adopció posterior dels programes que es decideixi en materia de l'assistència a les urgències. Pero cal recalcar, que aquest pla relativament simple, donaria resposta a la assistència d'emergències que a part de ser coherent amb el 112, es un problema que tot i sent quantitativament petit genera un cost social i econòmic i una responsabilitat institucional de caire subsidiari, gens menyspreuables.

LA RESPONSA SANITÀRIA AL 112

Està previst que a la tardor de 1998, es posi en funcionament el centre de coordinació que doni resposta a les trucades al 112, número europeu d'accés ciutadà per casos d'emergència.

La finalitat d'aquest número de telèfon és unificar a tot Europa les trucades dels ciutadans de la comunitat que necessitin assistència urgent, en un número únic per a donar resposta a tot tipus de contingències que necessitin una actuació immediata per part dels serveis d'extinció d'incendis, policials i sanitaris.

Tant la normativa Europea com el Reial Decret de l'Estat Espanyol parlen del 112 com a número "d'urgències". És molt possible que això sigui per que, tant en alemany (notfall) com en francès (urgence), hi ha una única paraula per definir aquestes situacions. Si entenem per "urgència" la necessitat subjectiva d'assistència i per "emergència" una situació objectiva que requereix una resposta immediata, sembla que la filosofia del 112 s'acosta més a donar resposta a l'emergència que a la urgència.

En aquest document tractarem de manera exclusiva la resposta sanitària a les trucades al 112 a Catalunya.

En termes generals, les demandes sanitàries d'urgència i emergència són complicades d'avaluar ràpidament per la seva complexitat intrínseca i pels factors subjectius que hi concorren. Per contra, les demandes *que requereixen una resposta de tipus policial, o de bombers solen ser esdeveniments objectivables i per definir-los d'alguna manera "externs" al individu, tot i que puguin ser desencadenats per ell mateix (errors humans com a causa d'accidents).* En canvi les urgències mèdiques tenen un gran component subjectiu *incontrolable*, s'originen "dins" de cada individu i per la seva condició de subjectivitat, poden dependre de diversos factors personals i circumstancials que no tinguin relació directa amb la necessitat objectiva i real d'assistència. Cada ciutadà constitueix una demanda potencial d'urgència. Es per això, que aprofitant que utilitzem dues paraules per a dues situacions semblants: urgència i emergència, la primera com a valoració més subjectiva i la segona com

fet objectiu lligat a un fet d'evolució moral si no s'intervé, podem matisar millor el tipus d'intervenció que es proveirà mitjançant el 112 i sembla que l'acord de principi es que la resposta sanitària al 112, sigui una resposta a les emergències ja que el contrari seria l'equivalent a transformar el 112 en el número sanitari del segle XXI.

Però malauradament, si definim el 112 com a número d'atenció a les emergències, per molt clar que ho tinguem finançador i proveïdors, els ciutadans demanaran aquest servei per a totes les situacions que ells considerin "d'emergència", subjectivitzant un cop més el cas.

Hi ha experiències al respecte. El cas de Madrid és molt interessant a tenir en compte. El 112 va entrar en servei el dia 1 de gener. Rep unes 3.000 trucades diàries de les quals sols 5% mobilitzen recursos sanitaris. Un 70% entren amb defectes tecnològics que no permeten el seguiment ni la identificació del tipus de trucada. Aquesta hiperdemanda és preocupant ja que suposa una infraestructura de serveis enorme.

Això ens situa en un primer problema de gran transcendència: ¿com evitar una hiperdemanda de serveis sanitaris que podria desvirtuar les línies establertes i previsibles d'assistència sanitària?. O el que és el mateix ¿com evitar una hiperdemanda de serveis sanitaris?.

D'això parlem al següent apartat: Accés.

I ACCÉS

Tenint en compte l'exposat anteriorment des de la perspectiva sanitària, *sembla prudent, limitar o millor dit, intentar limitar l'accés al 112 a aquelles situacions que requereixen, de manera inexcusable, assistència immediata pel seu caràcter de gravetat, en vistes al risc de hiperutilització inherent a tot número d'accés lliure, universal i gratuït.* Això comportaria promocionar o donar a conèixer el 112 com a número d'emergències. Una raó definitiva es suma a aquesta decisió: **sempre estarem a temps d'ampliar el ventall de motius d'accés i de prestacions, però resulta molt problemàtic tancar possibilitats oferides i gaudides pels ciutadans.** Es a dir és molt difícil restringir l'oferta.

Missatge

Tot i havent de decidir que donarem a conèixer el 112 com a número d'emergències, cal decidir com "traduirem" aquest terme per a la ràpida i fàcil interpretació del ciutadà. Això no implica menyspreu de la comprensibilitat dels ciutadans, però cal tenir en compte que els termes urgència i emergència no deixen de ser conceptes pactats a nivell de planificadors, finançadors i proveïdors, però que els seus camps semàntics no són de coneixement general.

El missatge sanitari del 112 hauria de ser clar i unívoc, lligant-lo el màxim possible a un concepte objectiu, fins i tot a una imatge concreta, com és el cas de la policia i els bombers, en que el ciutadà "veu" un cotxe de policia o de bombers. Després de moltes consideracions i de comentar-ho amb persones de l'entorn de l'emergència a molts diferents nivells, la paraula clau que millor es correlaciona amb la necessitat d'assistència sanitària d'emergències és "ambulància".

Missatge proposat: Necessitat immediata d'ambulància

Si és necessària una ambulància de manera immediata és perquè hi ha **incapacitat funcional sobtada greu** de la persona necessitada i això és el que millor es correlaciona amb una situació objectiva d'emergència.

SITUACIÓ ----- CONSEQÜÈNCIA ----- NECESSITAT

Emergència

Incapacitat funcional sobtada

Ambulància

- Malaltia sobtada greu
- Accident

Els altres missatges són més confosos i poden augmentar la demanda, sent molt difícil la decisió i l'actuació posteriors.

Per tant la pregunta clau que caldria fer als usuaris del 112 és:

¿ Necessita una ambulància immediatament ?

Podria considerar-se la possibilitat de matisar: "ambulància d'urgències", "ambulància d'emergències". Són aspectes a considerar.

Entenem que aquesta forma de donar a conèixer el 112, es la que pot aportar més especificitat amb una bona sensibilitat. Si haguéssim de triar i de fet hem de triar, entre especificitat i sensibilitat, ens decantaríem per la primera. La raó està en que si volem assegurar el 100% de sensibilitat, el volum de demanda comportaria el risc de mobilitzar recursos inadequats al cas (malbaratament de recursos) amb el conseqüent retràs de la resposta o fins i tot manca de recursos davant d'una situació determinada per tenir-los ocupats en demandes "no 112". No hem d'oblidar a més a més, que paral·lelament al 112 el malalt seguirà comptant amb les vies d'accés sanitàries establertes i les que puguin establir-se en un futur (ens referim al desplegament del 061 o dispositius equivalents per tot Catalunya, si es decideix portar a terme en la seva totalitat).

Fins aquí una proposta de com cal donar a conèixer el 112 a Catalunya. Veurem ara com respondrem a la demanda generada.

II a. RESPOSTA TELEFÒNICA: TRIATGE, DECISIÓ I DESPATX

ALGORISME GENÈRIC

Ens ocuparem a continuació de com es gestiona la demanda d'assistència sanitària que entra al 112.

Assumint que la manera proposada de donar a conèixer el 112 és la més adequada (es a dir la que dona més especificitat amb una bona sensibilitat) les trucades que arribin les podem diferenciar inicialment en 2 grans blocs:

A. Les considerades com a incloses en el concepte 112 i que cal definir exactament en uns protocols.

B. Les trucades "no 112" en les que caldrà donar la sortida més adequada al cas (ens referim ara a trucades de caire sanitari però que no són veritables emergències).

A. Si la trucada és 112, passarà al despatx del recurs sanitari adient més proper. De dues maneres diferents:

A.1. Sempre que a l'àrea on sigui necessari el servei hi hagi un centre coordinador o de despatx sanitari específic, la trucada es passarà a aquest centre, a no ser que es pacti altra cosa en raó de la rapidesa Això es produeix amb: SCUBS.A-061, SEM S.A., , Costa de Ponent (cobertura parcial), Tarragona (cobertura provincial a partir de maig de 1998), Palamós (cobertura de 3 ABS) i altres centres de coordinació i/o despatx de recursos públics o privats. La trucada passarà per via informàtica i per veu, sempre que el nivell tecnològic de cada centre ho permeti. Si no ho permet, passarà per veu (i per FAX ?).

A.2. Aquest despatx haurà de ser directe, es a dir, mobilitzant directament el recurs adient , quan no hi hagi cap centre coordinador o de despatx sanitari específic (volem dir, centres de coordinació o de despatx: SCUB S.A., SEM, Costa de Ponent, Tarragona, Palamós i altres centres de coordinació i/o despatx de recursos públics o privats). En aquest cas es mobilitzarà directament el recurs catalogat i acreditat més proper, que hagi estat prioritzat segons els protocols, per la qual cosa és necessari un mapa-inventari informatitzat de recursos on s'especifiqui la manera més ràpida de mobilitzar-los.

B. Si la trucada No és 112, es a dir, tot i sent sanitària no necessita un recurs sanitari d'emergència, el primer que cal fer és catalogar la trucada (segons els protocols) i informar al ciutadà d'on ha de trucar (segons el lloc de procedència de la trucada). Es desitjable que totes les trucades d'urgència, que habitualment es produeixen des dels domicilis, siguin reconduïdes al nivell més baix de resposta, entenent per nivell més baix el que estigui més a prop del ciutadà i sigui operatiu (la qual cosa ha d'estar prevista en els protocols). Per tal de no "pervertir" el sistema es facilitarà el telèfon però no es passarà la trucada, la qual cosa no exclou mecanismes de validació i control de que la trucada del ciutadà no es perd i que hem de ser detallats en els protocols.

Tenint en compte les matisacions anteriors, el 112 actuarà diferenciadament segons hi hagi o no centres de coordinació i/o despatx de recursos específicament sanitaris.

1. En els casos en que l'àrea des d'on truca l'usuari estigui coberta per un model 061 o similar, operatiu (Barcelona, Costa de Ponent, Tarragona i Palamós) es donarà el telèfon corresponent, del consultori o del metge o s'aconsellarà anar a l'hospital.

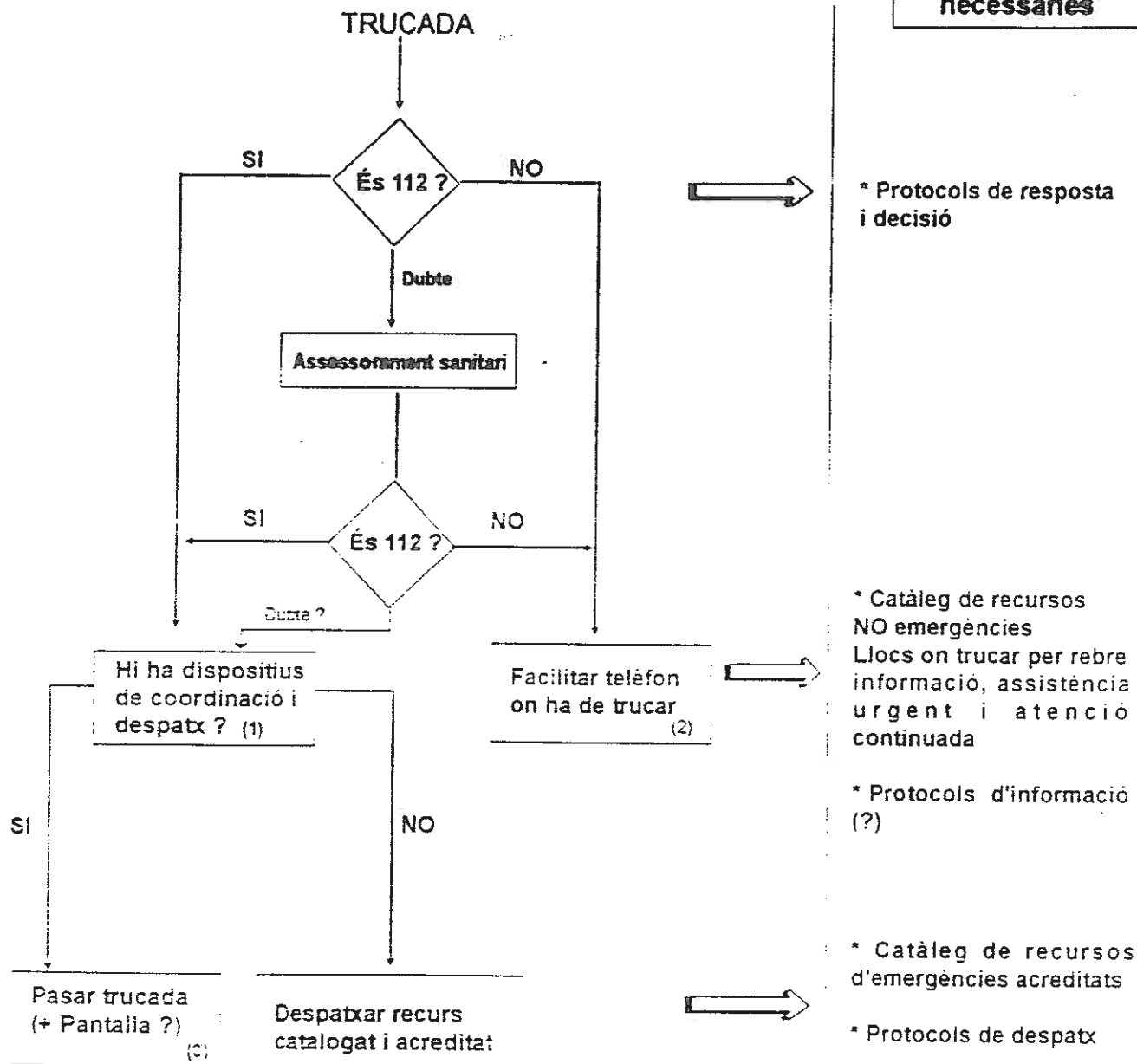
2. En els casos en que no hi hagi aquest tipus de centre, s'informarà a l'usuari del telèfon al que ha trucar directament (CAP, Consultori, metge, hospital, etc), tenint en compte les consideracions prèvies del punt B i sempre en funció dels protocols.

Tot això implica que ha d'haver un personal entrenat, uns protocols que contemplin totes les eventualitats, un suport informàtic que davant la trucada d'un usuari situï el lloc, els recursos disponibles prioritzats i els telèfons (i FAX) de contacte (per poder telefonar i/o enviar un FAX i/o enviar pantalla segons disponibilitats tecnològiques). A més a més, implica una consultoria mèdica permanent, que pot ser una persona o varies, en el mateix centre o en un altre centre, però en comunicació constant.

ALGORISME TRUCADES SANITÀRIES AL 112

NO IMPLICA QUI FA CADA ACCIÓ NI ON ES FA

Actuacions necessàries



(1) SCUB, SEM, Costa de Ponent, Tarragona, Palamos (?)

Nota: La demanda assistencial pot entrar directament per SCUB, Costa de Ponent, Tarragona i Palamos

(2) Telèfons on l'interlocutor pot dirigir-se per informació assistencial urgent i atenció continuada

(c) Depèn de disponibilitats tecnològiques

II b. RESPOSTA TELEFÒNICA: TRIATGE, DECISIÓ I DESPATX QUI FA LES FUNCIONS, COM I ON. ALGORISMES ESPECÍFICS

Les funcions especificades a l'algorisme, poder ser fetes per diferents professionals i en diferents llocs, constituint per tant diferents alternatives. Hem de valorar i decidir qui és millor que faci cada cosa i en quin lloc és millor que es trobi la persona/es en qüestió.

Primera resposta telefònica

La primera resposta telefònica d'una trucada sanitària al 112, com la resta de trucades no sanitàries, es durà a terme per un operador del 112 i tindrà lloc en la central 112.

Per tant aquesta persona ha de fer el primer triatge que és si la trucada és o no és sanitària i segons hem vist en l'apartat d'"Accés" i el subapartat "Missatge", la pregunta clau és "¿necessita una ambulància immediatament?". A partir d'aquest moment, l'operador passarà veu/escriptura/pantalla (segons decidit i possibilitats) a un dels centres coordinadors sanitaris que sortiran en la seva pantalla al localitzar la trucada (SCUB, SEM, Costa de Ponent, etc). Pot ser que el lloc des d'on truquen no estigui cobert per aquests centres, en aquest cas, veure punt següent (despatx de recursos sanitaris).

Si la trucada no és 112 de forma clara, actuarà segons el previst al punt B de l'apartat anterior, es a dir facilitarà un telèfon per que l'interlocutor truqui.

Finalment, pot ser que la trucada de demanda no sigui clara o que l'operador dubti. En aquest cas, cal que intervingui un consultor sanitari o una consultoria sanitària segons el volum de trucades d'aquest tipus. Les possibilitats són dues: 1. Que aquesta funció sigui assumida per un dels centres actuals en els que hi ha personal entrenat, es a dir: SCUB o Costa de Ponent ó 2. Que hi hagi un equip sanitari(*) en el 112, idealment formant part d'un "pool" cedit per el/s centre/s esmentats, fent guàrdies al 112.

(*) Per 1/2 persones

Despatx de recursos sanitaris

En el cas que hem vist anteriorment, el centre coordinador al que se li passa la veu/lletra/pantalla, s'encarrega de fer el despatx dels recursos tal com ja està fent en l'actualitat.

Però si la trucada prové d'un lloc no cobert, en principi, per aquests centres, cal procedir al despatx directe d'un recurs. Això ja està decidit que no es farà per part dels equips del 112 i per tant cal decidir qui i des d'on es farà.

Al respecte hi ha diverses alternatives:

1. Equip sanitari o unitat sanitària ubicada a la central 112

Aquesta fórmula consisteix en situar una persona o més si és necessari, en el centre del 112 tot i que no pertanyin a la plantilla del 112 i fins i tot els recursos que utilitzin no estiguin a l'inventari del 112 o s'arribi a un acord per amortitzar-los alienament a la central 112. Així mateix aquest equip sanitari, participaria en les despeses corrents del centre de manera proporcional a la utilització. Es tractaria de compartir espai i recursos però amb dependència i funcions alienes al 112.

Avantatges:

- * Aprofitament de infraestructures i equipaments
- * Integració en l'equip facilitant comunicació i "feed-back" àgil
- * Aquest equip seria el que actuaria com a consultor

Com portar-l a terme:

Les persones que haurien de realitzar aquestes funcions són prioritàriament metges amb experiència de rebre trucades de demanda de servei per part dels ciutadans, es a dir, metges dels centres de coordinació de SCUB S.A. o del Centre de Costa de Ponent. Aquests professionals haurien de fer guàrdies o torns de 12 o 24 hores. En el 112. Retornant a l'exemple de Madrid, on no van considerar aquesta possibilitat a l'inici, es van veure obligats a adoptar aquesta mesura un cop iniciat el funcionament.

Costos:

L'equip necessari per disposar d'una base de dades amb suport geogràfic i de comunicacions viàries i alerta a les unitats del mateix equip pot variar molt en funció de si es fa amb aplicacions informàtiques "pro-forma" que permet una adaptació molt correcta o es dissenya "ex-novo". Els estudis cost-benefici són indispensables a més a més de les referències.

2. Equip sanitari/unitat sanitària fora de 112

En cas que no sigui possible instal·lar l'equip sanitari en el 112, caldrà pensar en altres alternatives. En síntesi, les necessitats bàsiques seran les mateixes. Al respecte tenim 2 alternatives:

2.1. Integrar-se o realitzar-se aquesta funció en un dels actuals centres de coordinació existents mantenint l'especificitat i independència de funcions (consultoria del 112 i despatx d'equips i d'ambulàncies d'emergència de tot Catalunya). Els centres amfitrions poden ser: SCUB, SEM i Costa de Ponent.

SCUB S.A. assumiria bé aquest equip ja que pel volum de treball que té, aquesta integració suposaria un increment petit en termes relatius d'espai, feina i persones.

Costa de Ponent, té igualment experiència en rebre trucades dels ciutadans però el volum de feina seria proporcionalment més distorsionador.

SEM S.A. no té experiència en rebre trucades dels ciutadans i tant l'espai com els equipaments, són limitats per aquesta opció.

2.2. Crear un centre nou

El disposar d'un centre coordinador sanitari, per les emergències i transport sanitari d'emergències rector d'una xarxa de resposta a les emergències es sens dubte atractiu. Hi ha estudis d'altres comunitats on asseguren un estalvi important al coordinar tot el transport sanitari, estalvi que finançaria una part del sistema.

Aquest centre podria o hauria d'incloure centre ara dispersos i si més no, els del SEM i SCUB i podria incorporar funcions com: coordinació per donació d'òrgans , transports de llarga distància (un problema sense resoldre), centre toxicològic (una necessitat complementària a tot centre de coordinació), una unitat de telemetria i suport diagnòstic al metge rural i per descomptat una coordinació de recursos mòbils d'urgència (transport urgent).

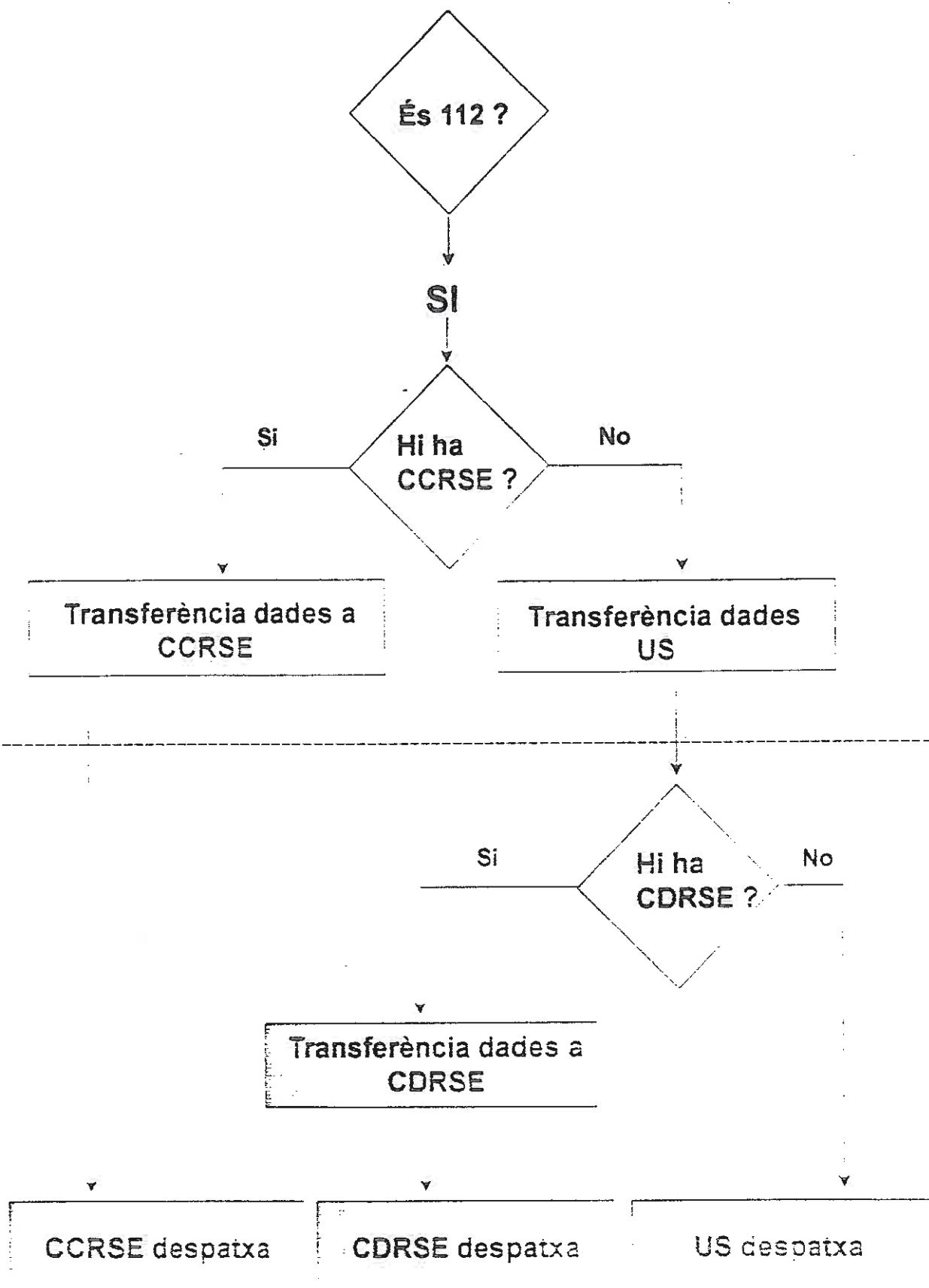
2.3. Com a darrera opció, aquesta feina podria ser portada a terme per futurs centres 061(si es decideix la seva implantació).

El dilema és si amb el 112 i les possibilitats que s'obren, cal seguir la posada en marxa de centres 061. Això és un debat que cal fer en paral·lel.

TRUCADES 112

Alternativa A

112



US i Centres sanitaris específics

US Unitat Sanitària

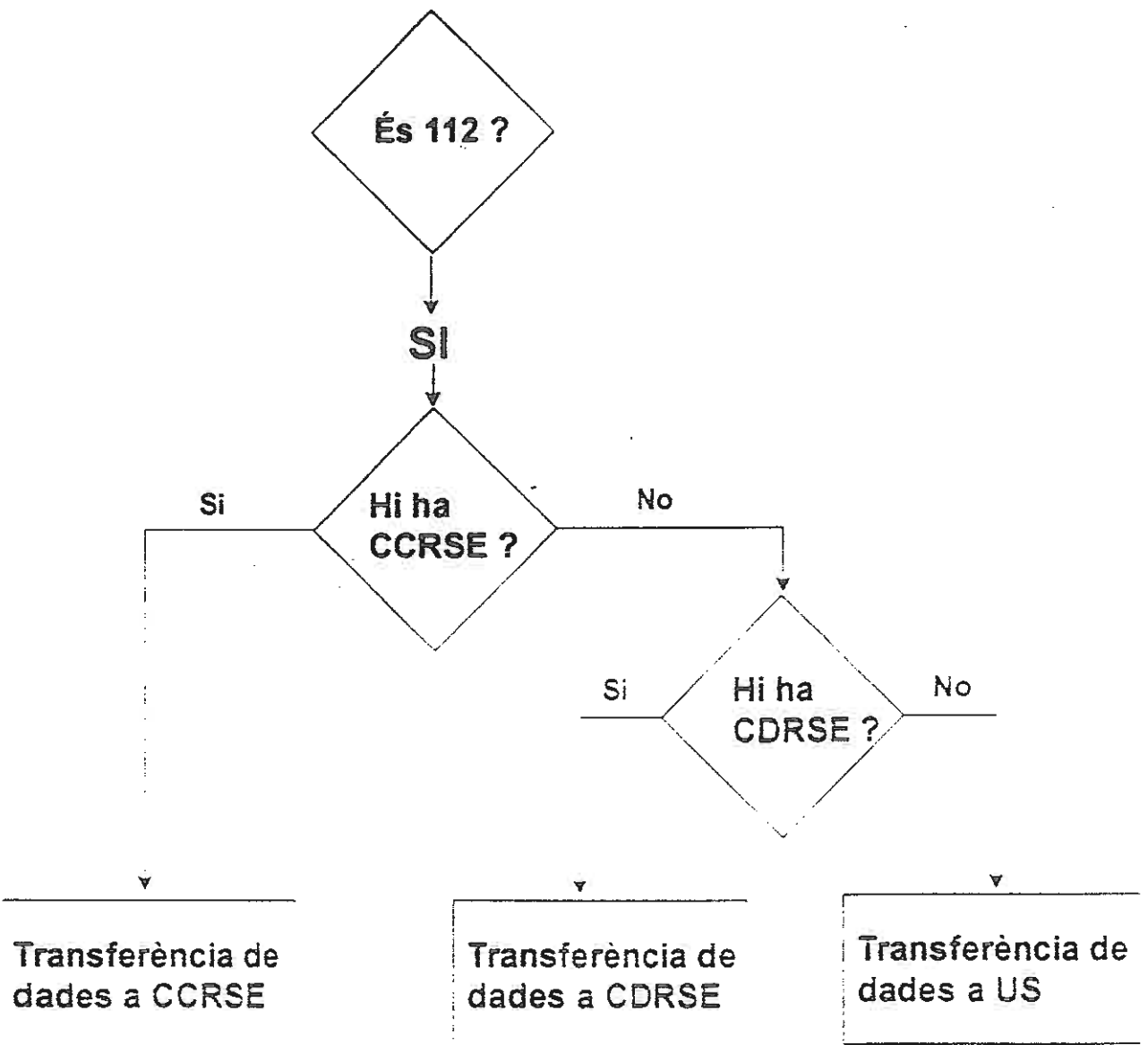
CCRSE Centre Coordinador de Recursos Sanitaris d'Emergència

CDRSE Centre de Despatx de Recursos Sanitaris d'Emergència

TRUCADES 112

Alternativa B

112



US i Centres sanitaris
específics

CCRSE despatxa

CDRSE despatxa

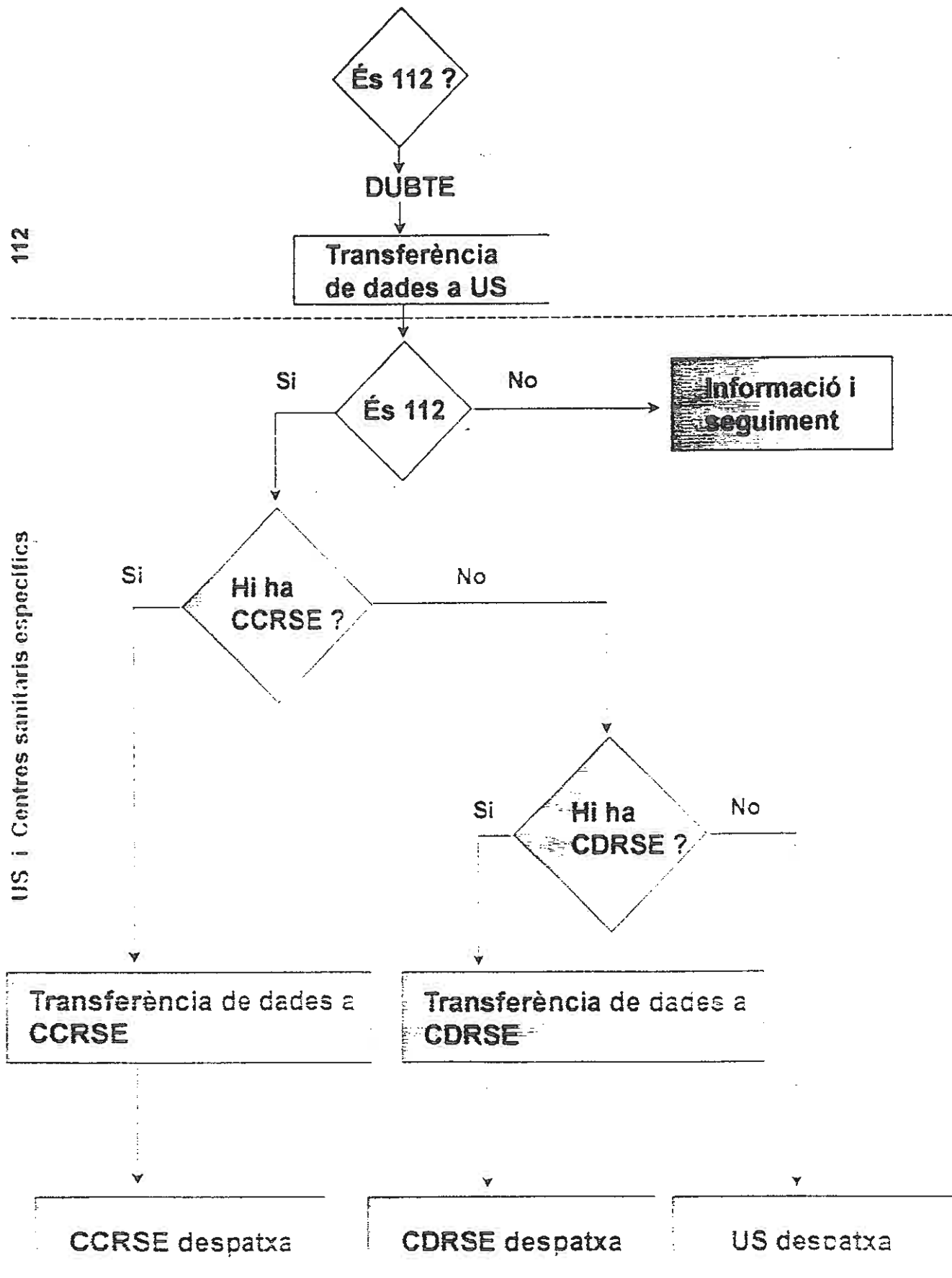
US despatxa

US: Unitat Sanitària

CCRSE: Centre Coordinador de Recursos Sanitaris d'Emergències

CDRSE: Centre de Despatx de Recursos Sanitaris d'Emergències

Trucades dubtoses 112



US: Unitat Sanitària

CCRSE: Centre Coordinador de Recursos Sanitaris d'Emergències

CDRSE: Centre de Despatx de Recursos Sanitaris d'Emergències

II c. RESPOSTA TELEFÒNICA UNITAT SANITÀRIA (US)

Funcions

La US és un nucli funcional que té encomenades unes tasques específiques:

- Assessorament/consultoria sobre trucades dubtoses al 112
- Pas d'informació a CCRSE
- Pas d'informació a CDRSE
- Despatx directe de certs recursos sanitaris

Estructura

+ Personal

- No ha de comptar amb operadors telefònics no sanitaris. Sols personal sanitari.
- Mínim un metge 24 hores.

Si és necessari més personal es reforçaria amb: 1 metge 12/24 hores + 1 infermer 12/24 hores, segons el volum de la demanda.

Perfil: metges (i infermers?) experts en rebre trucades directament dels usuaris.

+ Equipament

L'equipament indispensable per a la US consisteix en els equips informàtics i les aplicacions corresponents.

Els equips poden ser P.C.

Les aplicacions es fonamenten en :

- base de dades sobre CCRSE i CDRSE
- Base de dades sobre: Recursos sanitaris d'emergència
- Connexió informàtica amb aquests centres/recursos per conèixer disponibilitat en temps real.
- Base de dades sobre recursos sanitaris NO d'emergències, per proveir els telèfons de contacte als usuaris (CAPs, consultoris, hospitals, etc.).

Ubicació

La US pot ubicar-se en diferents llocs, les alternatives són:

1. En el centre 112.

Ideal a curt termini.

2. En un dels centres sanitaris de coordinació actuals, preferentment SCUB o Costa de Ponent, però amb independència funcional del centre amfitrió.

3. En un lloc exclusiu.

4. Agrupar físicament tots els centres sanitaris de coordinació possibles incloent la US.

Les alternatives 1 i 2 són les més factibles a curt termini. La 1 té l'avantatge que es podria portar a terme aprofitant la posada en marxa de la central del 112. Els equipaments podrien ser totalment sinèrgics i el "feed-back", al estar el personal en el mateix lloc, molt efectiu, sobretot per els primers temps.

L'alternativa 2 té l'avantatge de l'entorn sanitari però l'inconvenient d'estar lluny del centre 112, amb un "feed-back" més lent.

L'alternativa 3 pot ser la més cara perquè implica buscar un nou emplaçament. A no ser que fos el primer pas de l'alternativa 4.

L'alternativa 4 agrupa els centres coordinadors sanitaris amb les economies d'escala que se'n deriven i la racionalitat que comporta. Aquesta alternativa situa la part sanitària del 112 al mateix nivell de bombers i policia que tenen centrals de coordinació integradores de recursos.

Anàlisi i propostes

Les alternatives 1, 2 i 3 són compatibles amb la 4. Per factibilitat i eficàcia des de l'inici, i per cost, sembla bastant evident que l'alternativa 1 és la més aconsellable.

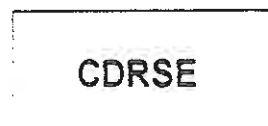
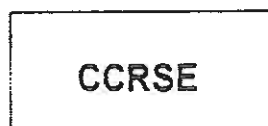
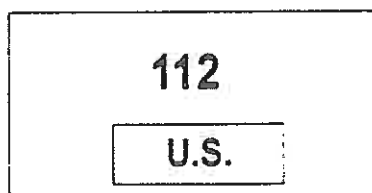
Si per les raons que sigui es descarta, passaríem a la 2. El centre on hi ha més experiència i capacitat d'acollida és el del SCUB S.A. però sempre que quedés clar que funcionalment aquesta unitat sanitària (US) no depèn de SCUB S.A.

L'alternativa 3 pot ser la més recomanable si volem acabar en l'alternativa 4 (integració dels centres coordinadors sanitaris).

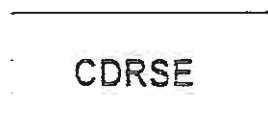
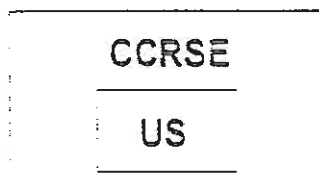
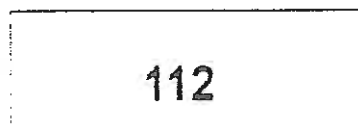
L'alternativa 4 és una solució racional i coherent però no sembla la més fàcil de prioritzar. Es a dir es veu factible a mig termini.

Opcions d'ubicació de la Unitat Sanitària (U.S.)

1. Integrada en la central 112



2. Integrada en un dels Centres Coordinadors Sanitaris existents

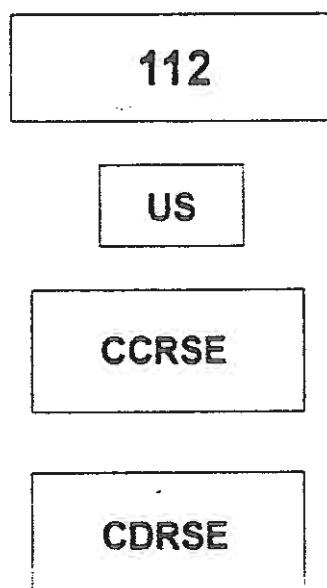


US: Unitat Sanitària

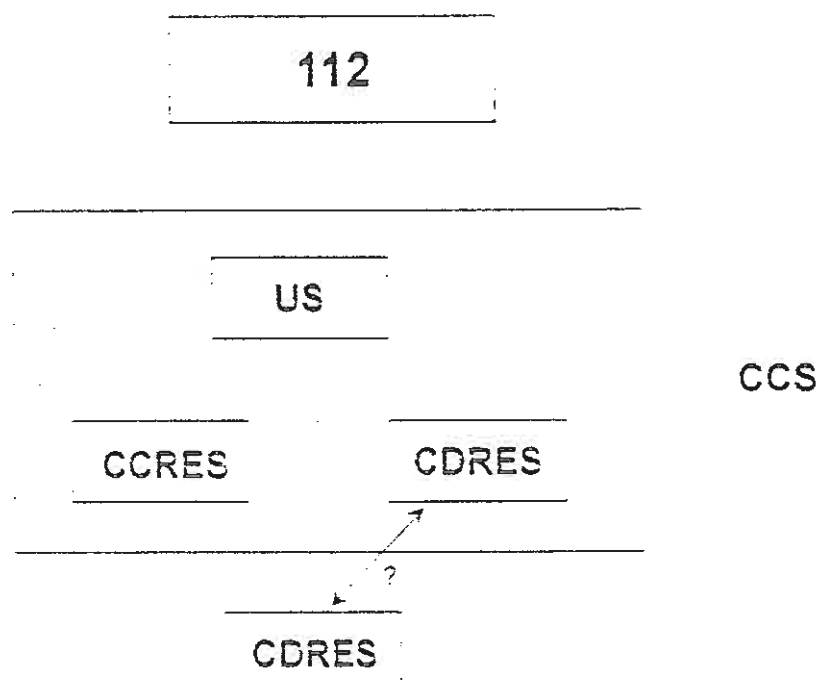
CCRSE: Centre Coordinador de Recursos Sanitaris d'Emergències

CDRSE: Centre de Despatx de Recursos Sanitaris d'Emergències

3. Independent



4. Integrada en un Centre Coordinador Sanitari de nova creació



US: Unitat Sanitària

CCRSE: Centre Coordinador de Recursos Sanitaris d'Emergències

CDRSE: Centre de Despatx de Recursos Sanitaris d'Emergències

CCS: Centre Coordinador Sanitari d'Urgències - Emergències

III RESPOSTA ASSISTENCIAL. CADENA ASSISTENCIAL

La cadena assistencial a les emergències s'estructura internacionalment com una cadena d'actuacions de més a menys complexitat que té com a objectiu evitar l'evolució cap a la mortalitat de situacions potencialment letals o de risc d'òrgans vitals. La cadena assistencial o "cadena de la vida" ("survival chain") tal com es denomina, incorpora tots els nivells professionals sanitaris i fins i tot no sanitaris (especialment bombers i policies) que denominarem "Primers Actuants" (PA), traduïnt "First Responder", un cop han rebut una formació específica.

En aquesta cadena, cada esglaó procura les actuacions que li són encomenades en funció dels coneixements i les habilitats inherents al seu nivell. Així, els PA estan capacitats per el que denominarem suport vital bàsic (SVB), definit en el DOGC.

El segon nivell, el dels personal d'ambulàncies, realitza a més a més del Suport Vital Bàsic les funcions assistencials pròpies del transport sanitari i té una formació sanitària més completa.

El tercer nivell està constituït pels equips específics d'assistència a les emergències composts per metges i/o infermers. En aquest nivell podríem incloure els metges rurals que en circumstàncies predeterminades concorren en l'assistència d'emergències.

Fins aquí la cadena prehospitalària. El següent esglaó és l'assistència hospitalària.

La cadena assistencial no tan sols comporta l'actuació seqüencial sinó que inclou la sinèrgia de tots els components que poden coincidir en una determinada actuació. Per això, una part de la formació i entrenament està dedicada a la interacció dels actuants, ocupant cadascú el seu lloc dins del ventall d'actuacions assistencials. També inclou, la cadena assistencial, les actituds que en cada moment cal prendre referent a alertar nivells superiors o complementaris d'assistència.

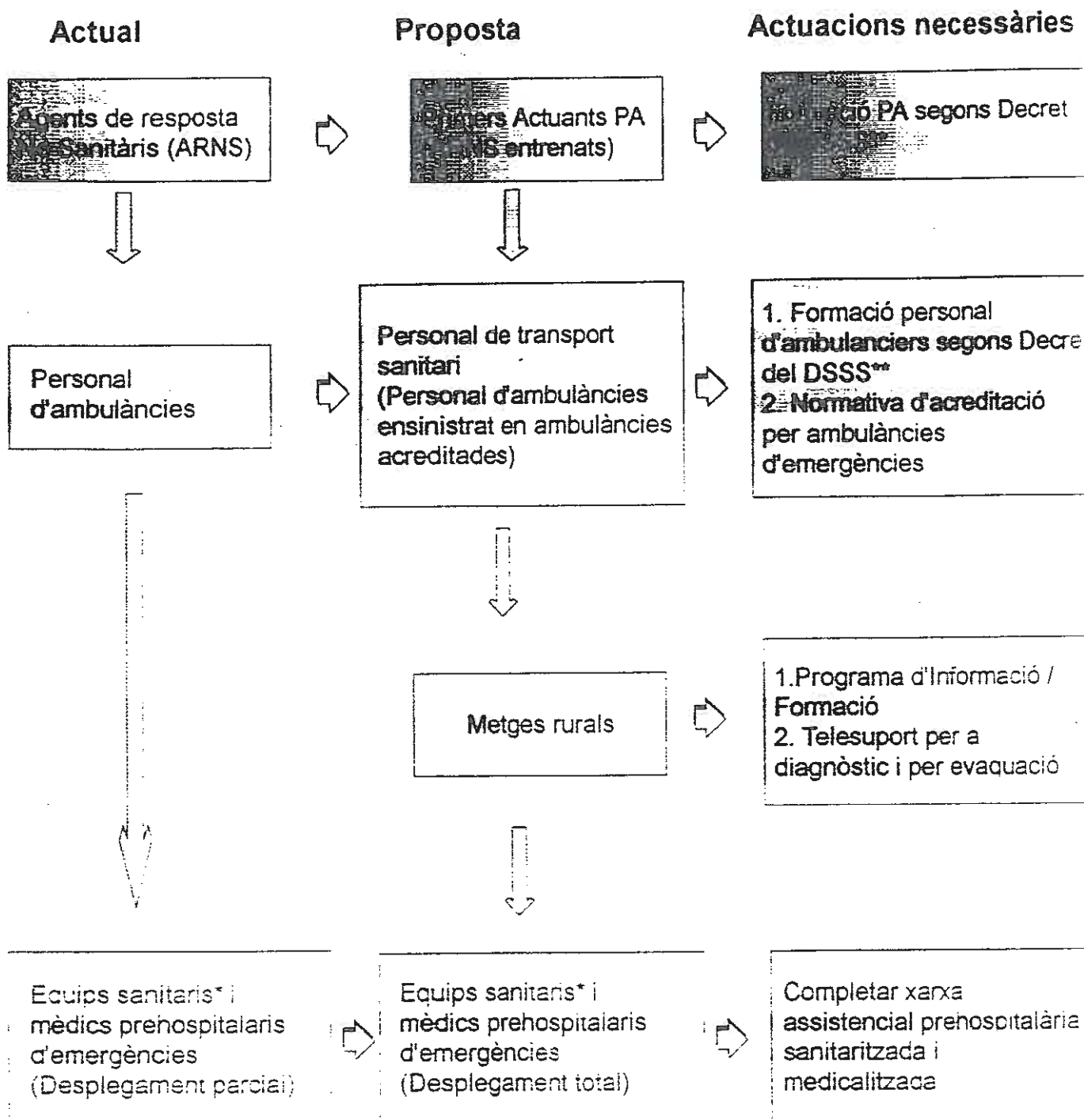
Finalment com és lògic, els malalts poden accedir a la cadena assistencial en qualsevol dels esglaons indistintament.

La cadena assistencial sobre tot en els esglaons incipients, fins al metge rural, està pensada per aportar l'assistència en llocs allunyats de recursos més sofisticats i en moltes ocasions es l'única oportunitat per millorar l'accessibilitat dels malalts per que gaudeixin de totes les possibilitats tecnològiques necessàries per la seva situació, en el més breu termini de temps possible. Com que els recursos són finits i estan més concentrats on més eficients són, no cal dir que la cadena assistencial és una eina per millorar l'equitat de les prestacions assistencials.

Situació actual

En aquests moments, la cadena assistencial no està conformada o millor dit ho està de manera molt irregular i incompleta. Manca algun esglaó i millorar la formació i la coordinació operativa dels col·lectius integrats. En el quadre següent s'esquematitza la situació actual, la proposta de futur i les actuacions que caldria fer van passar de la situació actual a la proposta.

Cadena assistencial prehospitalària de resposta a l'emergència



* Equip amb infermer sols a SCUE SA i alguna empresa privada

** Decret 225/1999 de 12 de juny

IV PROPOSTA CONCRETA D'ACTUACIONS

Com que al setembre–octubre es possible que els ciutadans comencin a trucar al 112, cal optar per una solució ràpida, fàcil i eficaç que en cas de no ser la definitiva no la condicioni i que actuï sinèrgicament amb les propostes que es vagin configurant.

1. Posar en marxa un equip tecnològic i humà, que podria ubicar-se:

- a. Al 112
- b. A un dels centres existents (SCUB, Costa de Ponent)
- c. A un nou centre, que podria ser conformat per agrupació dels 2 ó 3 dels existents fins i tot aprofitant un dels emplaçaments (SCUB, SEM, Costa de Ponent ?)

a i b són compatibles amb la planificació i posada en marxa d'un centre (o de diversos centres) de coordinació i despatx de recursos d'emergència i coordinació del transport sanitari urgent. Es a dir c podria ser una fase posterior a a i b.

2. L'anterior és compatible amb la planificació i posada en marxa de centres de coordinació de recursos sanitaris (que poden incloure els d'emergència o no) però que és una solució a més llarg termini. Al respecte aquests centres podrien ser:

a. Model 061 Costa de Ponent, es a dir coordinar recursos existents i proveir informació, atenció continuada i urgent, assistència d'emergències, etc. Aquesta opció té 3 possibilitats:

- a.1. Un centre únic
- a.2. Un centre per Regió Sanitària
- a.3. Fórmula mixta: un centre per l'aglomeració urbana del barcelonès i altres estratègies a la resta de Catalunya

b. Altre model, tenint en compte que el 112 si es utilitzat amb totes les possibilitats sinergiant-lo el més possible amb Sanitat, pot assumir la demanda més compromesa i és qüestionable promocionar altres números de 3 xifres per la confusió que creen i el cost d'implementació que comporten.

V ACTUACIONS QUE CAL FER SIGUI QUINA SIGUI LA DECISIÓ

1. a. Emergències. Recopilació i validació de les dades a gestionar (inventari-catàleg de recursos mòbils i de coordinació d'emergència) de tots els recursos utilitzables per a l'emergència exclosos els que ja estan coordinats pels centres de coordinació i despatx funcionants.

b. Altres (CAPS, etc.)

2. Disseny i dimensionament del Software i Hardware necessari per aquesta coordinació i despatx en funció del punt anterior. Pressupostos i estudi d'ofertes.

3. Pla de **transport sanitari** d'emergències a catalunya que inclou:

- a. Enquesta de recursos (ja s'està portant a terme)
- b. Definir mínims de qualitat estructural (acreditació) referent a les ambulàncies d'emergència.
- c. Definir condicions de qualitat inherents al funcionament (temps de resposta, documentació, procediments, etc).
- d. Lligar l'anterior al plec de condicions i/o contracte dels serveis
- e. Obligar a tots els recursos que estiguin inclosos en el catàleg d'emergències, a connectar-se amb els sistemes informàtics del/s centre/s coordinador/s decidits
- f. Promocionar, incentivar o exigir la posada en marxa de centres de coordinació i despatx de recursos per àrees geogràfiques amb compromís de resposta d'emergència segons procediments

4. Elaborar consensuadament amb el 112 protocols de primera resposta telefònica per operadors del 112.

5. Elaborar protocols de triatge pel metge consultor o equip mèdic consultor.

6. Elaborar protocols i procediments de mobilització dels recursos d'emergència que no siguin mobilitzats per centres coordinadors funcionants i acreditats (SEM, SCUB, Costa de Ponent, etc).
7. Elaborar el programa per a formació de Primers Actuants segons decret de Sanitat (ja està fet) i estructurar un pla de formació en 3 anys, buscant finançament de la UE o altre.
8. Dissenyar un pla d'informació i formació complementària per a metges rurals que puguin veure's involucrats en el pla.
9. Completar el Pla de Reordenació d'Urgències i Emergències a Catalunya, decidir l'oportunitat de creació i el model (objectius, estructura i funcions, implantació territorial, etc) de centres de coordinació sanitaris, sempre sinèrgics amb la resposta sanitària al 112 ja implementada, completar i potenciar la cadena de resposta assistencial incorporant els elements utilitzables. Si es fan aquests centres podríem anar assumint progressivament tasques de coordinació i despatx.
10. Pla de qualitat total (avaluació i millora continua de la qualitat).

II. MARC D'ACTUACIÓ

Per elaborar una proposta no podem defugir les limitacions d'uns condicionaments i és molt enriquidor tenir en compte els errors identificats en serveis ja funcionants.

Condicionaments

El document té dos condicionaments que s'han considerat insoslaïables:

1. Temporal: aparentment havia de ser confeccionat amb urgència ja que les dates que inicialment es consideraven per la posada en marxa del 112 eren al voltant de maig-juny de 1998 i del document havia d'estar enllestit òbviament abans. Això no tan sols va condicionar la realització del document en si mateix si no que va condicionar el seu enfocament de fons: una solució ràpida, factible i operativa a curt termini. Tot i que després els terminis es van anar oficiosament allargant, l'enfocament del document estava fet amb aquest condicionament.

2. Econòmic: l'entorn econòmic i tots els "inputs" rebuts de manera directa o observada en diferents àmbits: SCS amb plantejaments fortament restrictius incloent disminució d'algunes prestacions, comentaris sobre copagament, etc. i les directrius fortament restrictives a tots els nivells, SEMSA amb la impossibilitat de plantejar la posada en marxa ni tant sols d'una base durant aquest any, SCUBSA amb recursos assistencials escassos per l'enorme volum de demanda que suporta, etc. Tot aquest entorn, em va semblar que aconsellava o limitava de fet qualsevol proposta a que tingués els costos mínims de posada en marxa i de manteniment, per tant, que calia aprofitar recursos existents, optimitzar-los, etc., tal com es diu tants cops, però que ara calia fer-ho inexcusablement.

Referències de centres 112 operatius

No estudiar experiències ja funcionants comporta el risc de caure en els mateixos errors.

A banda de condicionaments esmentats, convindria aprofitar les experiències de "centres 112" que ja funcionen en altres llocs. Hem tingut l'oportunitat de conèixer centres funcionants i d'aquesta experiència i dels comentaris dels responsables o col·laboradors, hem arribat a la

conclusió que els disfuncionaments, moltes vegades greus, es deuen a les causes següents:
No tenir clar ni les definicions prèvies ni els objectius, la qual cosa aboca a barrejar conceptes i a distorsionar objectius.

Negociacions inter-institucionals o intrainstitucionals poc treballades, fallides o inexistents, que han abocat a manca de sinèrgia o inclús a conflictes oberts.

Publicitar el número 112 com si fos un "producte" que cal que els ciutadans "comprin" creant expectatives (tot i que sigui quasi a nivell "subliminal") de que resoldrà problemes que abans no estaven resolts, la qual cosa porta a una incentivació de l'accés al 112, amb hiperdimensionament dels centres i una baxíssima eficiència.

Precipitació en la posada en marxa amb rectificacions ulteriors d'aplicació molt difícil amb gran impacte sobre altres serveis sanitaris (duplicacions, solapaments, etc.).

No avaluar correctament la dimensió dels problemes tecnològics: cobertura de ràdio i telefònica del territori, trucades falses, etc. i de coordinació interna i adaptació de les aplicacions.

III. PRINCIPIS BÀSICS

A partir dels condicionaments i amb l'ensenyament dels centres ja operatius, establim els següents principis bàsics:

1. Evitar la hiperutilització del servei concretant la forma d'accés: sols per emergències.
2. Cal aprofitar al màxim les estructures existents tant per donar l'atenció telefònica que inclou triatge i despatx (Centres Coordinadors* de Recursos Sanitaris- amb coordinació mèdica com són SCUB, SEM, Costa de Ponent-, Centres de Despatx de Recursos Sanitaris- sense coordinació mèdica com són el centre de Creu Roja i diversos centres de despatx d'empreses de transport sanitari-) com per prestar l'assistència (tots els recursos mòbils i fixes utilitzables.
3. Crear una estructura** mínima sanitària (consultoria mèdica de suport al 112) que es faci càrrec a les trucades que en una primera instància no poden ser desviades a centres coordinadors mèdics (SCUB, SEM, Costa de Ponent) i a les demandes dubtoses o problemàtiques.
4. Plans de millora de la qualitat assistencial amb els recursos disponibles.
 - a. Formació inicial i continuada del personal implicat a tots els nivells.
 - b. Protocols de coordinació assistencial per àrees geogràfiques per tal de conformar una "cadena de resposta a les emergències" el més efectiva possible que integri al màxim els recursos disponibles.

ACCIONS: Per fer tot això és indispensable endegar tot un seguit d'actuacions que s'estructuren com a 10 projectes complementaris.

* Utilitzen els termes "coordinació" i "despatx" per diferenciar nivells diferents. La coordinació al ser medicalitzada implica una certa presa de decisions i "filtratge" ("Regulació" segons els francesos). El despatx no és mèdic i comporta el coneixement i control dels recursos. La coordinació inclou sempre al despatx.

** Segons la solució que es triï aquesta "estructura" pot ser quasi virtual al estar integrada en alguna de les ja existents.

IV. ACCÉS DELS CIUTADANS-USUARIS

Tenint en compte l'exposat anteriorment des de la perspectiva sanitària i degut al risc d'hiperutilització inherent a tot numero de 3 xifres d'accés gratuït, sembla prudent limitar, o al menys intentar limitar, l'accés al 112 concretant-lo exclusivament a aquelles situacions que requereixen, de manera inexcusable, assistència immediata, es a dir a les emergències.

Per tant cal evitar l'abús pel risc d'hiperutilització i distorsió, donant un missatge clar al ciutadà

PROBLEMA: Tot i havent de decidit que donarem a conèixer el 112 com a número d'emergències, cal decidir com "traduirem" aquest terme per a la ràpida i fàcil interpretació del ciutadà. Això no implica menyspreu de la comprensibilitat dels ciutadans, però cal tenir en compte que els termes urgència i emergència no deixen de ser conceptes pactats pels experts, planificadors, finançadors i proveïdors. Però es impensable que al ciutadà li preguntem si està en situació d'"urgència" o d'"emergència". El ciutadà usuari no te per que entrar en disquisicions sobre conceptes que inclús els experts es veuen obligats a definir i pactar significats com es el cas de la emergència.

SOLUCIÓ: Per tant convé trobar un atribut comú a totes les situacions d'emergència, que sigui com un "mínim comú denominador" i que sigui objectiu, fàcil d'entendre i que es correlacioni be amb el concepte emergència.

En totes les situacions d'emergència es produeix una incapacitat sobtada greu (la persona en situació d'emergència no es pot valer per si mateixa o ho fa amb extrema dificultat i/o amb risc)

Una situació d'incapacitat sobtada greu comporta la necessitat d'una ambulància

Emergència produeix Incapacitat sobtada greu necessita **AMBULÀNCIA**

Aquest concepte si que es objectiu, ja que es reflecteix en una imatge concreta, com és el cas de la policia i els bombers, en que el ciutadà "veu" un cotxe de policia o de bombers. Després de moltes consideracions, de referències d'altres sistemes i de comentar-ho amb persones de l'entorn de l'emergència a molts diferents nivells i països. la paraula clau que sembla que es correlaciona millor amb la necessitat d'assistència sanitària d'emergències és "ambulància".

Per tant, el missatge des de Sanitat, hauria de ser:

Truqui al 112 - Emergències quan necessiti immediatament una ambulància

V. ATENCIÓ TELEFÒNICA I DESPATX DE RECURSOS

Avaluació de les propostes d'ubicació de la CMS

1. En la central 112 tot i que pel cost i l'elevada interacció amb la resta del 112 es considera la ideal, no la comentarem més.

2. En un dels centres sanitaris actuals:

a. SCUB S.A.

L'estructura actual permet acollir 2 ó 3 persones sense alteracions ni inversions. Però donat el volum esperat màxim de 150 trucades sanitàries (que no s'hagin passat directament a centres coordinadors sanitaris) de les quals en primer lloc sols un 20-30% aporten informació nova (les altres són alertes sobre un mateix fet). Inclús el volum-112 pot ser assumit per l'equip actual ja que no representarà ni un increment del 10%.

Tecnològicament no caldria fer inversions (o aquestes serien mínimes): SCUB està treballant en bases de dades de tots els recursos de Catalunya i té les aplicacions informàtiques. Així mateix telefònicament i radiofànicament té recursos sobrants (té freqüències autoritzades i reservades a tot Catalunya).

b. Costa de Ponent

Similar però la càrrega de treball seria molt més gran per tant caldria contractar.

c. SEM SA

Caldria contractar 1-2 metges (l'equip actual és molt just) i invertir en equipaments.

El perfil del personal del Centre Coordinador del SEM no és tan específic per rebre trucades externes com en els dos casos anteriors.

Avaluació econòmica inicial

Opció A: Pot no tenir cost afegit o sols el sou d'un metge 24 hores= 6-8 milions/any.

Considerar software (el que no disposi SCUB)

Opció B: - Un metge 24 hores= 6-8 milions/any

- Equipament Software/Hardware i mobiliari.

- Considerar ràdio-telecomunicacions

Opció C: - 1-2 metges més = 8-14 milions/any.

- Equipament Hardware/Software més mobiliari.

- Considerar ràdio-telecomunicacions.

V. ATENCIÓ TELEFÒNICA I DESPATX DE RECURSOS

Funcionament general

Arriba una trucada de demanda sanitària al 112. Respon l'operador del 112

L'operador pregunta: "Necessita ambulància?". L'usuari pot contestar:

- A. "NO" En aquest cas es dona informació d'on ha de trucar però no es passa la trucada.

Això implica: disposar d'una base de dades de telèfons d'informació, consell i assistència al més baix nivell: CAPs, consultoris, SEUS, SOUS, etc).

- B. "SI" En aquest cas es poden donar 3 situacions diferents:

B.1. Que l'àrea des d'on truca el malalt estigui coberta per un dispositiu assistencial d'emergències amb Centre Coordinador medicalitzat i equips medicalitzats i/o "sanitaritzats" amb infermers (SEM S.A., SCUB S.A., Costa de Ponent, GEM de Bombers).

En aquest cas el 112 passa la trucada al dispositiu corresponent (El que cobreix l'àrea des d'on es fa la trucada).

Això implica: connexió directa via informàtica amb els centres esmentats.

B.2. Que no estigui coberta per SCUB S.A., SEM, Costa de Ponent, GEM però sí per Creu Roja, Empreses Privades de Transport Sanitari o altres tipus d'ambulàncies (Bombers, Policia) que disposin de centres de despatx(1).

En aquest cas passar trucada al centre coordinador de Creu Roja o al centre de despatx d'ambulància corresponent.

Això implica: que en els llocs on coexisteixen Creu Roja i Empreses Privades de Transport Sanitari caldrà arribar a acords per sectorització, horaris o dies complementaris, cues d'espera, etc. (2)

B.3. Que no estigui coberta per cap dels dispositius anteriors esmentats a B.1 i B.2.

Això implica: identificar àrees poblacionals descobertes (3) i estudiar els sistemes de proveir l'assistència en cada cas.

C. RESPOSTA DUBTOSA O CONFOSA

Sempre que la trucada no pugui ser catalogada clara i ràpidament com a "sí" o "no", l'operador passa la trucada a un metge expert en urgències/emergències a nivell de coordinació (Equip sanitari consultor) (4).

Un cop avaluada la trucada, la recataloga com a "sí" o "no" i actua en conseqüència. Si persisteix el dubte, es considera com a "sí" (es a dir, es mobilitza un recurs assistencial).

Totes les funcions anteriors necessiten estar protocolaritzades per tant caldrà fer protocols a nivell operador i mèdic.

(1) Bombers té 20-25 ambulàncies. Policia de Girona i Lloret disposa d'ambulància i personal entrenat.

(2) En la majoria de casos ja s'ha arribat a acords d'aquest tipus de manera espontània.

(3) S'entén per zona coberta la que està a menys de 20/25 minuts del recurs mòbil més proper.

(4) Evitem la denominació "Unitat Sanitària" per no crear confusió amb la "Unitat Sanitària" que forma part de l'estructura de la recentment creada Direcció General d'Emergències i Seguretat Civil del Departament de Governació.

V. ATENCIÓ TELEFÒNICA I DESPATX DE RECURSOS

Consultoria mèdica de suport

La consultoria mèdica de suport* (CMS) és un ens que aporta criteris experts en situacions d'emergència sanitària i medicina d'emergències.

Les funcions principals són:

- Fer-se càrrec de les trucades d'emergència sanitàries que no puguin ser derivades en una primera instància a un centre coordinador mèdic (SEM, SCUB, Costa de Ponent, Tarragona ?, Palamós) provinents d'àrees cobertes per aquests centres.
- Plantejar-se si també es fa càrrec de les trucades que no poden ser derivades a centres de despatx, es a dir sens ecoordinació mèdica (Creu Roja, Empreses de transport sanitari organitzades per centres) provinents d'àrees cobertes per aquests centres.
- Fer-se càrrec de totes les trucades dubtoses o problemàtiques de demanda sanitària i zones no cobertes.

Dimensionament

En primer lloc cal quantificar la càrrega de treball que comportarà el 112 quant a trucades d'emergència sanitària. No ens queda més opció que basar-nos en referències reals de centres 112 ja funcionants.

Els 2 centres 112 funcionant a l'Estat són els de Madrid i Balears. A Madrid, amb una cobertura de uns 4.5 milions d'habitants, es generen tan sols 20-30 trucades al dia que requereixen mobilització de recursos. A Balears, per una població de 750.000 hab. la xifra és de 10 a 15 mobilitzacions.

Si tenim en compte que a Catalunya, la cobertura poblacional entre SCUB, SEM i Costa de Ponent és d'uns 2.5 milions d'habitants com a mínim i si Costa de Ponent amplia la cobertura a tota la Regió i funciona Tarragona-Tortosa pot arribar a situar-se entre 3,5-4milions, hem de calcular que els recursos mobilitzats de despatx directament des del 112 no superarien els 20-30 per dia.

En tot cas cal pensar que de 100 trucades tot i que 60 siguin sanitàries hem de descomptar:

1. Les que són assumides per centres ja funcionant (SCUB, SEM, Costa de Ponent)
2. Les que són alertes repetides d'altres trucades (un mateix accident pot propiciar 20 trucades diferents)

Per tant assumint 1000 trucades/dia el 112, no més de 200 seran sanitàries i d'aquestes aportaran informació no repetitiva més de 50 de les quals una gran part mobilitzarà recursos.

A partir d'aquestes estimacions, cal dimensionar l'estructura i l'equip de resposta. Aquesta estructura té un component fixe independent del nº de trucades o serveis que és tot el que concemeix a la recollida de dades, estructuració de la base de dades i fer l'aplicació informàtica.

El segon component, és variable, depén de número de serveis i per tant de persones i equips de treball adscrits (P.C., etc).

* En el document inicial de "Resposta sanitària al 112" es parlava d'unitat sanitària, terme que abandonem ja que es prestarà a confusió amb la Unitat Sanitària de la nova Direcció General d'Emergències i Seguretat Civil.

Per les xifres vistes i les experiències contrastades la CMS estarà conformada per 1 ó 2 persones (metges) depenent en quin lloc s'ubiqui (dependrà del suport de l'entorn). Inclús podria ser quasi virtual (si s'assignen les funcions a un centre existent que pugui absorbir-les).

Ubicació

La CMS pot ubicar-se en qualsevol dels centres existents o futurs:

- A. Com el mateix 112 (opció que sembla descartada tant segons el tècnic de Governació, Sr. Ortí, com per mi mateix. És la que té més avantatges i menys cost. Es a dir la ideal.).
- B. En un centre sanitari dels actuals: SCUB S.A., Costa de Ponent, SEM S.A.
- C. En un centre nou. Aquesta opció sols té sentit si s'agrupen els centres existents : SCUB, SEM, Costa de Ponent (com a mínim).

VI. RESPOSTA ASSISTENCIAL

Es tracta de millorar la resposta assistencial amb els recursos existents. Fent-la de més qualitat i en el mínim temps.

Com podem fer-ho:

1- Millorant la capacitat de tots els que intervenen (Policia, Bombers, Metges, Infermers).

- Cursos de capacitat
- Formació continuada

Això requereix: Plans de formació concrets per àrees.

2- Establir una veritable cadena de resposta per coordinar millor les actuacions de cada àrea concreta.

Això requereix:

- Integració en la cadena de resposta de tot el personal disponible incloent metges rurals.
- Protocols que contemplin el que fan de manera esglaonada i conjunta tots els intervinents de cada àrea.

3. Exercicis conjunts realitzats regularment.

VII. ACTUACIONS QUE CAL FER SIGUI QUINA SIGUI LA DECISIÓ

1. Inventari-catàleg de recursos utilitzats per a la resposta d'emergències al 112 i mapa de cobertura territorial de cada recurs.
2. Inventari-Catàleg de recursos sanitaris per informació al ciutadà: CAPs, Consultoris, SEUS, SOUS, etc amb les corresponents àrees de cobertura.
3. Disseny i dimensionament de les necessitats tecnològiques: especialment informàtiques i telecomunicacions.
4. Pla de transport sanitari d'emergències per definir, identificar, coordinar i avaluar els recursos emprats en la resposta d'emergències.
5. Protocols de primera resposta telefònica per operadors del 112 elaborats consensuadament amb la central del 112..
6. Protocols de triatge i despatx pel metge consultor o equip mèdic consultor.
7. Protocols i procediments de mobilització dels recursos d'emergència que no siguin mobilitzats per centres coordinadors funcionants i acreditats (com són els del SEM, SCUB, Costa de Ponent, etc).
8. Programa per a formació de Primers Actuants segons decret de Sanitat.
9. Pla d'informació i formació complementària per a metges rurals que puguin veure's involucrats en l'assistència d'emergències.
10. Pla de qualitat total (avaluació i millora continua de la qualitat).

No cal dir que totes aquestes actuacions haurien de ser coordinades i prioritzades dins d'un marc d'actuació **unitari**.

LA RESPOTA SANITÀRIA AL 112

DOCUMENT RESUM II

Aquest document està redactat assumint que a la tardor de 1998, es posi en funcionament a Catalunya, depenent del Departament de Governació, el centre de coordinació que doni resposta a les trucades al 112, número europeu per casos d'emergència de policia, bombers i sanitàries. És indispensable en primer lloc tenir clars els conceptes i els objectius.

I. DEFINICIONS I OBJECTIUS

El 112 té com a finalitat agrupar la recepció de les trucades d'emergències policials, de bombers i sanitàries. Per tant, el 112 **no comporta ni més quantitat ni més qualitat estructural de recursos assistencials.**

Donat que el 112 és el número integral d'emergències, **la resposta sanitària al 112 ha de ser una resposta limitada a les emergències sanitàries.** Cal ser summament prudents per tal de no oferir expectatives que puguin desbordar la nostra capacitat de resposta, vist el conflictiu que resulta intentar eliminar o disminuir prestacions ja gaudides pels ciutadans, a banda de les responsabilitats subsidiàries que comporta.

II. MARC D'ACTUACIÓ

El marc ve definit per uns **condicionaments** i unes **referències.**

Condicionaments:

- * **Temporal:** Hem de tenir la solució factible i operativa al setembre de 1998.
- * **Econòmic:** directrius fortament restrictives a tot nivells (Ex.: SEM S.A. amb la impossibilitat de plantejar la posada en marxa ni tan sols d'una base i SCUB S.A. amb recursos assistencials escassos per l'enorme volum de demanda que suporta).

Referències de centres 112 operatius (per evitar els mateixos errors)

Els errors més freqüents i greus han estat:

- No tenir clar ni les definicions prèvies ni els objectius.
- Publicitar el número 112 com si fos un "producte" que cal que els ciutadans "comprin" creant expectatives i assumint responsabilitats subsidiàries innecessàriament.
- No avaluar correctament la dimensió real dels problemes tecnològics.

* Aquest document resumeix la "Resposta Sanitària al 112" canviant la metodologia d'algunes exposicions i introduint algunes modificacions conceptuals derivades de les decisions preses a nivell de la Direcció del Servei.

III. PRINCIPIS BÀSICS (LÍNIES CLAU D'ACTUACIÓ)

- Evitar per tots els mitjans incentivar la demanda que podria comportar

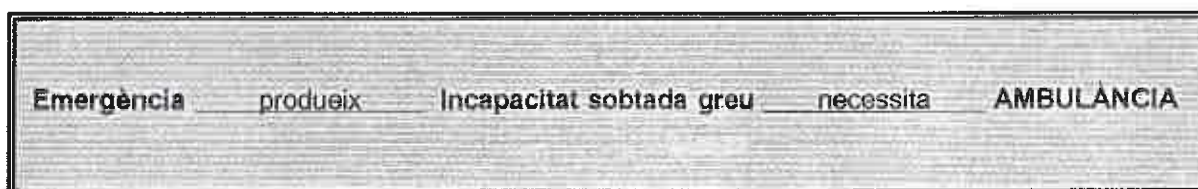
- Més exigència
- Més recursos (més cost)
- Més responsabilitats subsidiàries

- Aprofitar real i exhaustivament tots els recursos existents, tant a nivell de coordinació com de resposta assistencial, creant sols les estructures indispensables en el sentit més estricte de la paraula.

IV. ACCÉS DELS CIUTADANS-USUARIS ALS SERVEIS SANITARIS VIA 112

El missatge d'accés per al ciutadà no pot ser "urgència greu" o "emergència" ja que aquests són termes pactats entre experts. Cal buscar un terme clar i objectiu que resumeixi els atributs principals del que entenem per emergència (risc vital).

En totes les situacions d'emergència es produeix una incapacitat sobtada greu. La persona en situació d'emergència no es pot valer per si mateixa o ho fa amb extrema dificultat i/o amb risc. Una situació d'incapacitat sobtada greu comporta la necessitat d'una ambulància.



Per tant, el missatge de Sanitat, hauria de ser:

" Truqui al 112--Emergències sols quan necessiti immediatament una ambulància".

Hi ha propostes més radicals com són: "truqui en cas de perillar una vida", "truqui en cas de risc vital"*.

* Opinions de responsables del tema 112 a tot l'Estat en una reunió de maig de 1998

V. ATENCIÓ TELEFÒNICA I DESPATX DE RECURSOS

Un cop avaluada la demanda i referent a si es o no necessari mobilitzar d'immediat un recurs d'emergència, es poden donar tres possibilitats:

"NO" En aquest cas es dóna **informació** d'on ha de trucar però **no** es passa la trucada.

Això implica: disposar d'una base de dades de telèfons d'informació, consell i assistència al més baix nivell: CAPs, consultoris, SEUS, SOUS, etc *) i de protocols de resposta pels operadors.

* Inclou 061 per Barcelona, Costa de Ponent, Palamós, Tarragona ?

"SI" En aquest cas es poden donar tres situacions diferents:

1. Que l'àrea des d'on truca el malalt estigui coberta per un dispositiu assistencial d'emergències amb Centre Coordinador medicalitzat i equips medicalitzats i/o "sanitaritzats" amb infermers (SEM S.A., SCUB S.A., Costa de Ponent, GEM de Bombers, Tarragona ?, Palamós).

En aquest cas es passa la trucada al dispositiu corresponent (El que cobreix l'àrea des d'on es fa la trucada) el més ràpidament possible.

Això implica: connexió per veu i si es pot informàtica amb els centres esmentats.

2. Que **no** estigui coberta per un dels centres coordinadors medicalitzats esmentats però si per Creu Roja, Empreses Privades de Transport Sanitari o altres tipus d'ambulàncies (Bombers, Policia) que disposin de centres de despatx (1).

En aquest cas passa la trucada a la central de Creu Roja o al centre de despatx corresponent.

Això implica: connexió per veu (+ informàtica?) i que en els llocs on coexisteixen Creu Roja i Empreses Privades de Transport sanitari caldrà arribar a acords per sectorització, horaris o dies complementaris, cues d'espera, etc. (2).

3. Que **no** estigui coberta per cap dels dispositius esmentats.

Això implica: identificar àrees poblacionals descobertes (3) i estudiar els sistemes de proveir l'assistència en cada cas (protocols de mobilització) i en algun cas estudiar la redistribució de recursos.

? RESPOSTA DUBTOSA O CONFOSA

Sempre que la trucada no pugui ser catalogada clara i ràpidament com a "si" o "no", i en cas de ser un operador no metge, l'operador passa la trucada a un metge de l'equip de coordinació que un cop avaluada la trucada, la recatalogarà en "Si" o "No" i actuarà en conseqüència. Si persisteix el dubte, actuarà com en cas afirmatiu mobilitzant el recurs.

Això implica: protocols mèdics de triatge i coordinació.

(1) Bombers té 20-25 ambulàncies. Policia de Girona i Lloret disposa d'ambulància i personal entrenat

(2) En la majoria de casos ja s'ha arribat a acords d'aquest tipus de manera espontània.

(3) S'entén per zona coberta la que està a menys de 20/25 minuts del recurs mòbil més proper. Són molt poques.

VI. RESPOSTA ASSISTENCIAL

Caldrà garantir una cobertura assistencial de tot el territori i iniciar plans de millora qualitativa de la resposta assistencial a més llarg termini.

Amb caràcter immediat:

1. Elaborar un mapa de recursos detallant: dependència, tipus de recurs, si és medicalitzat o no, etc... amb les isocrones de cobertura assistencial als 10 i 20 minuts.
2. Identificar les àrees que no queden cobertes i estudiar alternatives assistencials específiques.

A mig i llarg termini:

Millorar la resposta assistencial amb els recursos existents buscant millores qualitatives i disminuint el temps de resposta. En cap cas és un projecte de mesos, es tracta d'un pla de millora esglaonat per assolir en no menys de 4-5 anys en la seva totalitat.

Per assolir l'anterior caldrà incidir a tots els nivells assistencials:

1. Millorant la capacitat de tots els que intervenen (Metges, Infermers, Tècnics sanitaris de transport, Bombers, Polícies, etc) en la resposta assistencial.

Això requereix: Cursos de capacitat inicial i formació continuada dins d'un Pla de formació per àrees partint de la referència del decret del DOGC.

2. Establint una veritable "cadena de resposta" coordinant millor les actuacions de cada àrea concreta.

Això requereix:

- Integració en la cadena de resposta de tot el personal disponible incloent metges rurals.
- Protocols que contemplin el que fan de manera esglaonada i conjunta tots els intervinents de cada àrea.
- Exercicis conjunts realitzats regularment.

3. Quan les limitacions pressupostàries ho permetin, completant la xarxa de recursos específics de més alt nivell per a la resposta a les emergències mèdiques (SEM SA i SCUB SA).

VII. ACTUACIONS QUE CAL FER SIGUI QUINA SIGUI LA DECISIÓ

- 1. Inventari-catàleg de recursos** utilitzables per a la resposta d'emergències i mapa de cobertura territorial de cada recurs.
- 2. Inventari-catàleg de recursos** sanitaris per la resta de serveis no emergència: CAPs, Consultoris, SEUS, SOUS, etc, amb les corresponents àrees de cobertura.
- 3. Disseny i dimensionament de les necessitats tecnològiques:** especialment informàtiques i de telecomunicacions.
- 4. Mapa categoritzat de recursos de resposta** a les emergències amb àrees de cobertura per isocrones de 10 i 20 minuts.
- 5. Estudi d'alternatives** per a la cobertura assistencial de les zones identificades com a descobertes segons el punt anterior.
- 6. Pla de transport sanitari d'emergències** per definir, identificar, coordinar i avaluar els recursos emprats en la resposta d'emergències.
- 7. Protocols de primera resposta telefònica per operadors** del 112 elaborats consensuadament amb la central del 112.
- 8. Protocols de triatge i despatx per la Coordinació Mèdica d'Urgències 112.**
- 9. Protocols i procediments de mobilització dels recursos d'emergència** que no siguin mobilitzats per centres coordinadors i de despatx funcionants i acreditats (com són els del SEM, SCUB, Costa de Ponent, Tarragona?, Palamós, Creu Roja, etc).
- 10. Pla de formació de Primers Actuants** segons Decret de Sanitat.
- 11. Pla d'informació, formació complementària, suport tècnic i logístic per a metges rurals** que puguin veure's involucrats en l'assistència d'emergències.
- 12. Pla de qualitat total:** avaluació i millora continua de la qualitat.

No cal dir que totes aquestes actuacions haurien de ser coordinades i prioritzades dins d'un marc d'actuació **unitari**. Es a dir dins d'un **PROJECTE INTEGRAL COHERENT**.

VIII. PROPOSTA TÈCNICA DEFINITIVA. PLA D'ACTUACIONS DES DE JUNY 1998

Aquesta proposta està feta en base a les actuacions que cal fer de manera insoslaible independentment de la solució adoptada.

Actuacions immediates (juny a setembre 98)

Portar a terme completament els projectes del 1 al 9 (veure full anterior). Iniciar el 12.

Actuacions a mig termini (novembre 98 a desembre 99)

Reunir físicament i en base a racionalització dels recursos i a les economies d'escala que comporta, el màxim de centres coordinadors sanitaris que sigui possible en un sol lloc. Com a mínim es poden considerar: SEM SA, SCUB SA i Centre d'urgències de Costa de Ponent.

Possibles ubicacions: Hospital Militar, Hospital General de Catalunya, Hospital Duran Reynals, H. De la Mancomunitat Sabadell-Terrassa i altres emplaçaments no hospitalaris.

Actuacions a llarg termini (inici a l'octubre de 1998 i durada de 4-5 anys)

Millorar la resposta assistencial al 112 desenvolupant els projectes 10 i 11.

Seguir desenvolupant el projecte 10 i re-avaluant, actualitzant i millorant els projectes 1-9.

REFLEXIONS SOBRE ELS NÚMEROS D'ACCÉS CIUTADÀ 112 I 061

(Desplegament d'un dispositiu tipus 061)

En aquests moments, ens trobem davant d'un repte molt important i acuitant: donar resposta sanitària a les demandes que arribin a la central del 112 emergències gestionada per Governació.

Tres reflexions prèvies: **1. El 112 és d'obligat compliment** i sembla que entrarà en funcionament a la tardor de 1998, per tant cal donar una resposta en un temps realment curt; **2. El 112 donarà resposta a les emergències de Policia, Bombers i Sanitat. Per coherència la resposta sanitària al 112 hauria de concretar-se a les emergències** (urgències vitals). D'una banda això solucionarà un tema sanitari important com és la resposta a les situacions veritablement greus, però d'altra, ens obliga a donar respostes realment efectives a tot Catalunya; **3. Es vulgui o no es contraurà una responsabilitat subsidiària que obligarà a assegurar un resposta assistencial efectiva en un temps concret.** A partir de la posada en marxa del 112, tots els actes sanitaris, portats a terme per diferents proveïdors en vistes a donar resposta a situacions d'emergència, seran fruit d'una observació més estricta i crítica per part dels ciutadans ja que vindran com a conseqüència d'un servei que s'ofereix formalment al ciutadà.

Paral·lelament podem considerar si despleguem o no un model " tipus 061", però és molt important no barrejar conceptes. **Cal delimitar de forma clara, d'una banda el que representa facilitar una resposta sanitària d'emergències al 112 i d'altra el que implica estructurar centres de coordinació "tipus 061" per altres tipus de serveis:** urgències, atenció continuada a determinades hores, transport sanitari, informació, etc.. Són dues coses diferents, tot i que ben segur poden complementar-se, però no tenen per que anar incondicionalment lligades. Podríem dir que si es creen dispositius tipus 061, la resposta a les emergències, es a dir al 112, ha d'estar inclosa en aquests dispositius, però és perfectament possible limitar-se a facilitar la resposta al 112 sense

desplegar dispositius tipus 061. Això últim és el que es pretenia explicar en el document "Resposta Sanitària al 112" i que es concreta quasi telegràficament en el document-resum "Resposta Sanitària al 112- Document resum".

La resposta sanitària al 112, és d'obligat compliment i pot ser organitzada sense que distorsioni el model sanitari ara funcionant. Per l'experiència real –no es tracta d'hipòtesis– de centres 112 que ja funcionen, **la càrrega de trucades sanitàries i sobre tot de serveis d'emergència mèdica que arriben al 112, és perfectament assumible sense desplegaments espectaculars ni creació de grans estructures i es pot dur a terme en mesos (d'ara a la tardor).**

Per contra la opció de posar en marxa dispositius "tipus 061" no és obligada per ningú, és de gran complexitat i resulta dubtós el poder realitzar aquest desplegament en 5 mesos incloent les vacances d'estiu. D'altra banda comporta un cost econòmic elevat i pot tenir una incidència capital sobre el model sanitari, especialment sobre l'assistència primària.

Sembla doncs coherent plantejar-se si és convenient desplegar un model 061 paral·lelament al 112 o si això encara crearà més confusió. Si l'emergència o urgència vital es resoldrà amb el 112, ¿fins quin punt hem de "córrer" a desplegar estructures molt més oneroses i de gran complexitat? Caldria tenir perfectament avaluat l'impacte sanitari i econòmic abans de començar. ¿no correm el risc de prendre decisions de gran transcendència de manera precipitada quan en realitat ens podem permetre meditar-les i avaluar-les en tota la seva dimensió, si ja hem donat resposta al tema més prioritari que es l'assistència d'emergències?

Els efectes negatius d'un possible error a aquest nivell es multipliquen exponencialment amb la dificultat de tornar enrera que comporti la decisió. Es a dir, si decidim crear centres que proveeixin al ciutadà de "tot": informació, assistència continuada, assistència d'urgències (que de fet és quasi impossible deslliurar de l'anterior a efectes operatius), transport sanitari, emergències, etc, etc., més difícil serà intentar reduir o suprimir alguna de les prestacions oferides. Malauradament, tenim exemples molt propers que ens il·lustren del cost fonamentalment polític que té una disminució de prestacions ja gaudides pels ciutadans (cas dels medicaments). **Es a dir que el reduir o tornar enrera, son opcions d'alt risc. La millor manera d'evitar aquest risc és meditar molt les decisions.**

No podem obviar, per més que estem parlant-hi cada dia i que sembli del tot assumit, **l'entorn econòmic en el que estem inmersos.** Ningú no ha pogut mai demostrar que dispositius que ofereixen tota aquesta gamma de serveis als ciutadans, produeixin un estalvi real. Més aviat incrementen de manera important la despesa no sols la procedent dels costos directes sinó també la que es deriva del consum de productes intermitjos. **Els termes tan utilitzats i quasi be obligats d'"aprofitament de recursos", "optimització", etc, etc : cal que de veritat es contemplin, que es demostrï que es duen a terme i que els resultats ho ratifiquin.** Si el moment actual és de veritat molt delicat a nivell econòmic, pel que es dedueix del que es diu a nivell de Govern, de Departament i de SCS, tot esforç per seguir aquesta directriu és poc.

RESPOSTA SANITÀRIA AL 112 EN EL SEM SA DOCUMENT INICIAL

CONSIDERACIONS PRÈVIES

El SEM va néixer el 1986, després d'un pla pilot de 9 mesos al 1985, amb la vocació de ser l'estructura que coordinés l'assistència a les emergències a Catalunya. De fet al principi, durant el pla pilot de 1985 es va denominar SCEM: Sistema de Coordinació d'Emergències Mèdiques més tard es va treure la "C" per entendre que tot "sistema" porta implícita la coordinació.

El SEM estava ubicat i directament dependent del Departament de Sanitat i semblava que era el lloc més adient per assumir les responsabilitats esmentades a nivell de tot Catalunya i per gaudir del màxim suport institucional, sobre tot al principi.

Amb la posta en marxa de l'inicialment denominat 061, ara SCUB SA-061, el panorama va canviar ja que el SEM va haver de reduir el seu àmbit **potencial** d'actuació, la qual cosa, va representar una alternativa de model acomboiat des del Departament. De tota manera, la distribució territorial en Barcelona-ciutat per una banda i la resta de Catalunya per altra, té també certa lògica donades les diferències demogràfiques i d'estructures i serveis sanitaris.

Al passar a ser empresa (SEM SA), els objectius inicials del SEM van ser limitats quedant a càrrec del SCS tot el que es relaciona amb planificació, ordenació, programació, avaluació i inspecció tal com s'estableix a l'ordre de 22 de març de 1993.

PROPOSTA ACTUAL: EL SEM SA ASSUMEIX LA RESPOSTA SANITÀRIA AL 112

ASPECTES CONCEPTUALS

Aquesta proposta podria ser un pas important per retornar al SEM la dimensió per la que va ser creat inicialment i justificar veritablement la paraula SISTEMA: conjunt de serveis, dispositius i recursos coordinats, amb els elements Estructurals, Funcionals, Organitzatius i de Suport que constitueixen qualsevol Sistema d'Emergències.

Per tant, conceptualment, el fet de que el SEM coordini la resposta SANITÀRIA al 112 en l'àmbit de tot Catalunya sembla coherent. Ara bé, possiblement hagi de matisar-se amb una anàlisi de la situació actual o de futur imminent per tal de que apart de que sigui coherent, en la línia operativa s'adapti a la realitat i aprofiti les possibles avantatges d'estructures o circuits que funcionin satisfactòriament per no duplicar actuacions o endarrerir el procés.

ASPECTES D'ESTRUCTURA I FUNCIONAMENT

A nivell operatiu, la ubicació de la resposta sanitària al 112 en el SEM, pot comportar una reestructuració important quant a personal, espai, equipaments i de funcionament ja que en la situació actual, SEM SA no pot assumir, sense canvis, aquesta responsabilitat. Matisarem els canvis que pot comportar:

El personal estarà en funció del volum de trucades, però a més a més, cal considerar que el perfil haurà de ser diferent. Els coordinadors del SEM, tant metges com infermers, no tenen experiència en rebre trucades del públic directament.

Sobre l'espai, caldrà calcular un dimensionament en base als nous llocs de treball necessaris i als equipaments directament relacionats amb els llocs de treball i els de suport.

Finalment i com es lògic, el funcionament canviarà al passar de ser un centre al qual arriben demandes de servei de metges (en el transport secundari) o d'alertants qualificats com son Creu Roja, policies, bombers, etc (en l'assistència i transport primari d'emergències), a ser un centre "obert" que rebrà trucades del ciutadà.

Dimensionament

El dimensionament cal fer-lo en funció del numero de trucades de demanda de servei i de les mobilitzacions de recursos que comportin.

Sols hi ha un mètode d'esbrinar el potencial de trucades que poden arribar al 112, quantes seran sanitàries i d'aquestes quantes seran d'emergències i que per tant comportaran el despatx d'un recurs específic. Aquest mètode no es altre que el d'observar i estudiar el que ha passat i està passant en altres centres "112" que ja estiguin funcionant i que siguin equiparables. Cal ser prudents al interpretar les referències obtingudes sobre tot si els contextos no son molt similars. Però qualsevol altre plantejament es pura especulació. Quins centres 112 tenim com a referència que tinguin un context similar?

En primer lloc hem de tenir en compte que el context sanitari global sigui similar, amb la qual cosa l'anàlisi es limita a llocs de la resta de l'Estat ja que els números de tres xifres estrangers no tenen contextos sanitaris equiparables. En segon lloc hem de pensar en àrees on funcioni el 112 com a central independent i convisqui amb altres centrals de números sanitaris de tres xifres per serveis sanitaris com és el cas del 061. Sols dos llocs en tot l'Estat tenen prou experiència en funcionament d'una central 112 i una centre coordinador 061: Madrid i Balears.

La central 112 de Balears rep 750.000 trucades/any de les que considera sanitàries 4.000, que a l'hora transfereix en un 75% al 061 (3.000). D'aquestes 3000, son veritables emergències que requereixen mobilització de recursos. Aquestes xifres son poc orientatives per la baixíssima incidència de trucades sanitàries i crec que es deu a que les 780.000 trucades inclouen totes les tecnològicament incorrectes

La central 112 de Madrid no te dades anyals ja que va ser posada en marxa al gener. En aquests moments està rebent entre 1000 i 1500 trucades al dia les que quasi el 80% son tecnològicament incorrectes i de la resta, tant sols requereixen mobilització de recursos sanitaris d'emergència entre 50 i 60 trucades

A la vista d'aquestes xifres caldrà fer les correccions pertinents en funció de població total en un i altre lloc, població ja coberta per números sanitaris de tres xifres sanitaris, publicitat feta, etc.

En una primera estimació, arribem a la conclusió provisional de que el 112, **si no es publicitat** (com sembla que no ho serà a Catalunya) no serà una font de demandes sanitàries d'emergència important.

Per aquest volum de trucades, seria necessari contractar 1-2 Persones (metges) més. El perfil d'aquestes persones ha de ser tal com s'ha dit, que tinguin experiència en respondre directament a ciutadans-usuaris, però caldrà completar la seva formació per que en cas necessari puguin ajudar en el tipus de coordinació que ara porta a terme el SEM.

Hem de calcular que cada lloc de treball comporta un equipament directament implicat en el lloc i un equipament relacionat o de suport.

Tot i que l'increment de personal no és molt gran, el SEM en aquests moments està molt limitat d'espai, ja que la major part de l'espai actual es ocupa per personal dedicat a feines administratives i de suport i l'espai tècnic-assistencial es escàs. Donat que una ampliació en la mateixa ubicació es inviable i que d'altra banda l'emplaçament de SEM SA, que té uns objectius 100% assistencials, no es la més coherent, un canvi d'ubicació aprofitant l'avinentsa podria ser positiu. Caldria buscar un entorn sanitari si es possible, que permeti l'ampliació i que pogués ser utilitzat en la fórmula de "cessió d'us".

Ubicació

Les necessitats expressades anteriorment ens situen en un entorn sanitari, que disposi d'espai i en el que sigui possible arribar a acords de cessió d'us.

Amb aquestes limitacions ens queden dues possibles ubicacions:

1. Hospital Militar
2. Hospital Duran Reynals

Exposarem les avantatges i inconvenients de cada alternativa:

1. L'hospital Militar es una ubicació "ex novo" per tant sense condicionaments previs, que permetria ubicar el centre coordinador del SEM amb la avantatge afegida de que donat que SCUB SA també necessita un canvi d'ubicació a curt termini degut a la manca i inadequació dels espais es beneficiaria d'una nova seu, possibilitaria acostar físicament els centres de coordinació del SEM SA i el de SCUB SA.

Aquesta opció sembla recolzada per la lògica (acostar dos centres coordinadors que estan a pocs quilòmetres un de l'altre), per l'economia (s'apliquen economies d'escala per l'utilització conjunta de recursos) i per la coherència al deixar de tenir elements sanitaris similars, si no idèntics tecnològicament, dispersos. L'estalvi econòmic pot ser molt important.

Però tot i sent important, aquesta avantatge no es l'única: es crearia una relació, ara inexistent, a nivell científic, tècnic i tecnològic que no pot tenir més que efectes beneficiosos i que sens dubte seria ben vista pels professionals d'un i altre lloc que ara no entenen bé aquest distanciament-ignorància mútua.

D'altra banda, aquesta aproximació no té per que implicar cap interdependència i cada entitat pot mantenir la seva autonomia.

2. L'hospital Duran Reynals té la avantatge de que el SEM té en allà la seva base assistencial més activa i es crearia un nucli funcional integrat del SEM. Tot i que no es Barcelona ciutat podria plantejar-se portar-hi el centre de SCUB SA però sembla a priori molt més complicat.

+++Altres possibles emplaçaments: HGC, H. de la Mancomunitat, etc

CANVIS CONCEPTUALS I SUPORT INSTITUCIONAL

Una evolució d'aquest tipus comporta uns canvis d'adaptació a les noves necessitats. Si el SEM es el que coordina **tota** la resposta d'emergències pre-hospitalàries a Catalunya, cal dotar-lo de les eines necessàries per afrontar aquesta responsabilitat.

Ha de tenir el màxim recolzament institucional. Ha de deixar de ser una empresa "competitiva" en el "mercat" de les emergències (com es va dir algun cop en l'anterior Presidència del SEM) per passar a ser **la resposta a les emergències del Departament, mitjançant el SCS. Es a dir, combinar la màxima oficialitat amb la màxima flexibilitat.** Ha de ser la organització que coordini les emergències. **Ha de ser una part del SCS** a la que es confereix la estructura jurídica d'empresa per afegir l'agilitat que permeti fonamentalment contractar amb facilitat, disposar de pressupost propi i rescabalar despeses facturant a tercers, entre altres beneficis que permet aquesta fórmula de gestió. Però tot això sense deixar de ser una part del SCS, es a dir una part de la Institució. La estructura jurídica d'empresa esdevé així un instrument per assolir els beneficis esmentats però no una finalitat en si mateixa. **El SEM ha de gaudir de totes els avantatges de la seva estructura jurídica i de totes les avantatges de pertànyer de manera integral al SCS.**

PROPOSTA DE FUNCIONAMENT EN LA RESPOSTA TELEFÒNICA I COORDINACIÓ

El 112 passa una trucada sanitària al SEM

El SEM avalua la trucada i la classifica com: a. No sanitària: la reenvia al 112.

b. Sanitària però no es una emergència: dona informació sobre on ha de trucar l'usuari (CAP, consultori, SOU, etc) però no gestiona la resposta.

c. Emergència:

1. Tal com s'ha dit al principi, cal aprofitar estructures i vies que funcionen be. Des d'aquest plantejament, no sembla que tingui sentit el que el 112 enviï una trucada sanitària provinent de Barcelona Ciutat al SEM, que l'haurà de remetre tot seguit a SCUB SA-061, amb les conseqüents pèrdues de temps i possibles duplicitats. Per tant, totes les trucades provinents de Barcelona haurien d'anar directament al 061. Un plantejament similar mereixen les àrees cobertes per altres dispositius funcionats en el moment de començar el 112 com són: Costa de Ponent, Tarragona-Tortosa (si funciona) i Palamós.

2. Si es d'un àrea coordinada pel SEM, despatxa el recurs

Si el recurs no està disponible utilitza les alternatives que ja està utilitzant en l'actualitat ja que estem parlant d' àrees coordinades pel SEM.

3. Si l'àrea **no** està coordinada pel SEM, el més probable es que estigui coberta per Creu Roja, tot i que en alguns casos poden concórrer també empreses de transport sanitari (molt excepcionalment, pot haver una empresa en llocs on no hi hagi Creu Roja). Si hi ha concurrència, prèviament s'haurà establert el sistema de despatx. En el cas que sigui una empresa de transport sanitari, el SEM despatxarà el recurs corresponent segons els procediments establerts amb l'empresa o grup d'empreses que operi a la zona. En tots els casos que l'àrea estigui coberta per Creu Roja (que serà el cas més habitual), el SEM té dues opcions: a. Passar la trucada a la central de Creu Roja, un cop constatada l'emergència; b. Mobilitzar directament el recurs mòbil de Creu Roja segons els protocols establerts basant-se en el mapa-inventari de recursos, es a dir que en aquest cas, substituiria a la central de Creu Roja.

4. Si l'àrea no està coberta per Creu Roja, el més habitual es que ho estigui per bombers. En aquest cas, cal concretar amb el 112 si les ambulàncies de bombers seran despatxades per bombers o pel SEM. D'una banda sembla més coherent que tots els recursos sanitaris, incloent bombers, siguin mobilitzats per Sanitat, es a dir pel SEM, però, donades les circumstàncies (Bombers depèn de la Direcció General d'Emergències, que es la mateixa que gestionarà el 112) pot ser la resposta serà més ràpida si en aquests casos concrets, es mobilitza directament l'ambulància de bombers. El que ha de primar es la rapidesa de resposta i en aquest sentit, com les experiències d'altres països demostren, cada transferència de dades o de d'interlocutor representa pèrdues de temps. En tots els casos però, les actuacions sanitàries de les ambulàncies de bombers haurien de dependre de sanitat, ja sigui en "temps real" o mitjançant protocols i això no es ni molt menys incompatible amb el fet de que el despatx inicial sigui fet per tècnics no sanitaris (operadors del 112)

HIPÒTESI D'UN CENTRE COORDINADOR ÚNIC TIPUS 061

Nota prèvia: quan en el treball "Resposta Sanitària al 112" es parla de "centre de coordinació sanitària" es fa amb el supòsit d'**agrupament de centres existents** per coherència, economies d'escala i intercoordinació. Si no es fa aquest agrupament, el que podria haver estat coherència es pot convertir en problemes derivats d'un nou centre i s'incrementa el cost al persistir els altres, persistint o incrementant-se els problemes de manca d'intercomunicació.

Suposem que es decideix crear un centre únic per tot Catalunya que gestioni emergències, urgències, atenció continuada (en segons quines hores i segons quins llocs), transport sanitari, informació sanitària, etc. En aquest cas, a part de les consideracions genèriques anteriors, hauríem de tenir en compte una sèrie de qüestions:

Dimensionament del centre: Si extrapolem dels coneguts amb funcions similars (SCUB i Costa de Ponent), es rebin una mitjana de 1000 trucades dia per cada milió d'habitants o el que és el mateix, 1 trucada per cada 1000 habitants (SCUB, 1.500/dia per 1.5 milions; Costa de P: 300/dia per 400.000 habitants). Es a dir, per 3.5 milions d'habitants (suposant que Costa de Ponent ampliï a 800.000 habitants la seva cobertura), hauríem d'esperar unes 3000 trucades per dia.

Complexitat tecnològica: La connexió, d'una banda telefònica dels ciutadans mitjançant el 061 i d'altra del Centre amb els recursos assistencials es preveu complexa i no solucionable en qüestió de mesos. No totes les àrees de Catalunya poden accedir al 061 i la cobertura per ràdio és incompleta.