ADMINISTRACION DE JUSTICIA

T.S.J.CAST.LA MANCHA CON/AD SEC.1
001 - ALBACETE

-

N40040

Dd 18/1/13

N.I.G: 02003 33 3 2013 0102330
Procedimiento: PROCEDIMIENTO ORDINARIO 0000013 /2013 /
Sobre PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO
De D/ña. AYUNTAMIENTO TEMBLEQUE
Letrado:
Procurador: FERNANDO ORTEGA CULEBRAS
Contra D/ña. CONSEJERIA DE SANIDAD CONSEJERIA DE SANIDAD
Letrado: LETRADO COMUNIDAD(SERVICIO PROVINCIAL)
Procurador:

DILIGENCIA DE ORDENACIÓN
SECRETARIO/A JUDICIAL SR./A: ENRIQUE ROCA ROBLES

En ALBACETE, a dieciocho de Enero de dos mil trece.

El anterior escrito presentado por la Directora del Gabinete Jurídico de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, únase a la pieza separada de su referencia, entregándose copia a la parte contraria, y quede la misma sobre la mesa del Magistrado Ponente para dictar la oportuna resolución.

MODO DE IMPUGNACIÓN.
Contra la presente resolución cabe interponer recurso de reposición, en el plazo de **CINCO DÍAS**, a contar desde el siguiente al de su notificación.

EL/LA SECRETARIO/A JUDICIAL
ENRIQUE ROCA ROBLES

A LA SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO, SECCION 1ª DEL TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA DE CASTILLA-LA MANCHA

TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA
Sala de lo Contencioso Administrativo
Sección 1ª - ALBACETE
18 ENE. 2013
PRESENTACIÓN DE ESCRITOS

NIG 0200333320130102330

PROCEDIMIENTO ORDINARIO 13/2013

LA DIRECTORA DEL GABINETE JURÍDICO DE LA JUNTA DE COMUNIDADES DE CASTILLA LA MANCHA, en la representación y defensa que legalmente por su cargo ostenta, en virtud de la Ley 4/2003, de 27 de febrero de 2003, de Ordenación de los Servicios Jurídicos de la Administración de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha y por remisión del artículo 5.4 de la misma, en virtud de la Ley 52/1997, de 27 de noviembre de Asistencia Jurídica al Estado e Instituciones Públicas, en los Autos de referencia, comparece ante LA SALA y como mejor proceda en derecho DICE:

Que con fecha 17 de enero de 2013 se da traslado del AUTO por el que se acuerda adoptar medida cautelarísima de suspensión provisional de la Orden de la Consejería de Sanidad de 20 de noviembre de 2012 sobre atención sanitaria urgente y continuada en las Zonas Básicas de Salud, publicada en el DOCM el 14 de enero de 2013 y se da audiencia a la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha para que en el plazo de tres días formule alegaciones que a su derecho convengan. De conformidad con lo anterior y en cumplimiento del plazo establecido en el artículo 135 de la Ley 29/1998, de 13 de julio Reguladora de la Jurisdicción Contencioso Administrativa (en adelante, LJCA) se deducen las siguientes

ALEGACIONES

PRIMERA.- Las medidas cautelares y dentro de estas **las cautelarísimas, aún contando con un carácter de máxima excepcionalidad, para ser adoptadas deben cumplir una serie de condiciones y así, han de solicitarse por la parte actora, quien debe acreditar que se reúnen los requisitos de apariencia de buen derecho y peligro de la mora procesal y en su caso prestación de garantía.**

Gabinete Jurídico. Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha

Gabinete Jurídico. Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha

Aprecia el Tribunal al que tengo el honor de dirigirme la concurrencia de ambos requisitos (fumus boni iuris y periculum in mora) en el estadio más primario de observación de la cuestión objeto de debate "inaudita parte" y lo aprecia incluso considerando innecesario lo pedido por el demandante en su escrito de interposición del recurso contencioso administrativo, pues en el suplico del mismo se solicitaba (puntos 1 y 2) que se requiriera a la Consejería de Sanidad para la remisión de una serie de información con la que el propio actor no contaba y sólo ya en el punto tercero de tal suplico se señalaba "una vez remitidas las pruebas propuestas y sin audiencia de la recurrida, en el plazo de dos días, se dicte auto por el que...". De la misma forma en la página 11 del escrito, en las alegaciones de la corporación local referidas a la adopción de la medida cautelar, se dice que carece de contraste documental y que éste debería aportarse por la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales por ser la competente y que realmente cuenta con datos veraces y comprensivos de la situación. Esta reclamación a la Consejería con competencias en la materia no se ha procedido previamente a la adopción de la medida cautelarísima –lo cual no hubiera sido necesariamente un trámite de audiencia a la parte contraria pues no se hubiera tratado de la formulación de las presentes alegaciones por la debida representación y defensa procesal. **Consideramos, pues, que la presente medida cuatelarísima ha sido adoptada en exceso de lo pedido por la parte actora en su escrito de demanda**, entiéndase ello con el debido respeto a las superiores consideraciones del Tribunal sobre la pertinencia de la medida. Es por ello que entendemos que debe abrirse un debate procesal más sereno en este proceso, que pueda garantizar la aportación de la opinión razonada de todas las partes procesales a efectos de facilitar a la Sala los datos correctos sobre la nueva organización de la prestación de este servicio de atención sanitaria urgente y continuada en las zonas básicas de salud afectadas, a efectos de que se pueda resolver con suficiente conocimiento de causa.

SEGUNDA.- En segundo lugar, debemos señalar que nos encontramos ante un supuesto donde, como exige el artículo 130 de la LJCA, debe hacerse una ponderación circunstanciada de todos los intereses en conflicto y considerar en

Gabinete Jurídico. Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha

tal pugna si procede la prevalencia del interés particular sostenido por el actor sobre los intereses generales perseguidos por la administración.

Sucede que en el presente supuesto no parece enjuiciarse lo sostenido por el interesado en el procedimiento como requerimiento de parte, sino que parece sostenerse un conflicto de intereses generales por tratarse ambos litigantes de administraciones públicas. **No obstante no cabe desconocer que el Ayuntamiento de Tembleque no ejerce aquí una acción popular ni tal derecho le compete, en consecuencia, actúa en función de su interés, que siendo general como administración local, se circunscribe a su ámbito territorial del municipio y no alcanza la visión de conjunto que en el presente supuesto corresponde a la administración autonómica quien persigue un interés global de la sanidad en la Comunidad Autonómica de Castilla-La Mancha**. Es por ello que debemos oponernos a la presente adopción de medida cautelarísima:

a) porque la misma se ha adoptado respecto de la orden de 20 de noviembre de 2013 en su plenitud y dicha orden adjunta un anexo referido a una serie de localidades que no están representadas por el Ayuntamiento de Tembleque, actual demandante y cuyos parámetros no son coincidentes con la entidad local recurrente ni ésta los conoce ni los defiende. Ello supone la falta de legitimación del Ayuntamiento de Tembleque para solicitar la suspensión de la Orden en cuanto al resto de municipios que en la misma se relacionan, pues su justo título o causa de pedir, su condición de interesado deriva del derecho o interés legítimo que pudiera basarse en el artículo 19.1 a) LJCA o en la autonomía afectada, que es la que deriva de su condición de entidad local en base al artículo 19.1 e) LJCA. En uno u otro caso no puede entenderse que un solo Ayuntamiento defienda a las demás localidades pues en tal entendimiento sucedería que se carecería de las exigencias formales que la Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de Bases de Régimen Local exige a las Corporaciones Locales, a saber: acuerdo del pleno de cada uno de los Ayuntamientos mencionados para el ejercicio de acciones legales.

Gabinete Jurídico. Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha

b) de igual forma, la medida cautelarísima se ha adoptado sin conocimiento de la repercusión respecto del resto de municipios, tanto aquellos que constaban relacionados en la Orden de 20 de noviembre de 2013, como de aquellos que se verán repercutidos por la necesaria ejecución del auto de 17 de noviembre de 2013 por la administración, quien en cumplimiento del mismo en sus propios términos ha debido alterar su organización interna en un plazo de tal brevedad que se corresponde con horas, ocasionando perjuicios en tal adopción a su gestión, tanto económicos, como de efectividad de la prestación. Téngase en cuenta sobre ello que la Orden de 20 de noviembre de 2012 se publicó el 14 de enero de 2013, habiéndose preparado para aplicar dicha orden una serie de efectivos que, a día 17 de enero, cuando ya llevaba tres días en marcha el trabajo de meses, se han debido reorganizar al adoptar medidas de cumplimiento efectivo de la suspensión con la consiguiente perturbación en medios tanto materiales como personales al servicio de la administración autonómica, que no olvidemos, son limitados.

c) la apariencia de buen derecho es, como exigencia en el seno de la adopción de medidas cautelares, una suerte de presunción que puede y ha de desvirtuarse por la administración y en el presente supuesto, por la administración conocedora de los intereses a nivel autonómico que afectan a toda la Comunidad. Aportamos, por tanto, toda aquella documentación que hace que tal apariencia se desvirtúe con los datos e informes técnicos que han de barajarse en la ponderación de intereses.

Sostenemos, por tanto, la necesidad de que el Tribunal revise dicha ponderación, pues ha opuesto al interés general de un municipio, el interés general del conjunto de actuaciones y prestaciones que integran la asistencia y la sanidad en Castilla-La Mancha. Para la correcta consideración de los parámetros ante los encontramos esta parte adopta la siguiente documentación:

1) Informe técnico denominado "*Cambio horario de algunos puntos de atención continuada en Castilla-La Mancha. Enfoque desde la gestión sanitaria*" elaborado por el Servicio de Salud de la

Gabinete Jurídico. Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha

Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.

2) Informe de la Dirección General de Calidad, Planificación, Ordenación e Inspección de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales.
3) Informe Técnico sobre la organización de los Puntos de Atención Continuada de la Comunidad de Castilla-La Mancha elaborado por el Servicio de Salud de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.
4) Reorganización de atención urgente en Castilla-La Mancha: atención a urgencias y emergencias prehospitalarias elaborado por el Servicio de Salud de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.

TERCERA.- En cuanto al fondo del asunto, no cabe prejuzgarlo aquí, pero sí cabe admitir unas alegaciones relativas a la naturaleza del acto o disposición impugnado pues dicha naturaleza incide en las consideraciones que el Tribunal ha de hacer respecto de la afectación que la misma tiene al interés general. Debemos señalar que la Orden es, en el presente supuesto, un instrumento de autoorganización, siendo esta una facultad de la Comunidad Autónoma en aplicación de la competencia del artículo 39 del Estatuto de Autonomía de Castilla-La Mancha. Se trata de una materia, la asistencia sanitaria, de gestión autonómica y dicha gestión podría haberse realizado por muy diversos métodos, y de hecho así se efectúa, como son las debidas instrucciones o circulares internas del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.

Debemos centrar en qué consiste la gestión a la que nos referimos, y así, la **atención sanitaria urgente viene definida en el Anexo IV del Real Decreto 1030, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y su actualización.**

Se la define como "*aquella que se presta al paciente en los casos en que su situación clínica obliga a una atención sanitaria **inmediata***". Es obvio que la atención sanitaria, aunque sea muy grave, en la inmensa mayoría de los casos

Gabinete Jurídico. Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha

no puede ser inmediata, por lo que se trata de una declaración ampulosa y un tanto irrealizable, aunque también se puede considerar como un desiderátum que se debe tratar de conseguir.

En este mismo Real Decreto se indica que el procedimiento y el modelo organizativo para la atención de urgencia serán establecidos por las Administraciones sanitarias.

Por otra parte, la Ley 8/2000, de 30 de noviembre, de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha, establece en su artículo 51.1 *que "la atención a las urgencias sanitarias, como una actividad más de la asistencia, recaerá sobre los centros y servicios sanitarios, que a tal efecto se determinen"* y que "*los Centros de Salud serán los puntos de referencia básicos de esta actividad en coordinación con los Centros Hospitalarios y el Servicio de Emergencias, en su caso*".

Es decir, deja libertad a la Administración para determinar dónde se presta la atención urgente, siendo a tal efecto los centros de salud "puntos de referencia", lo que significa que no necesariamente en todos y cada uno de ellos deba prestarse durante todo el tiempo este tipo de asistencia.

Por definición, los medios económicos son limitados y las necesidades casi infinitas, situación que se acentúa (en cuanto a los medios) en una situación de crisis económica, por lo que las Administraciones tienen el deber de asignar los recursos del modo más eficiente posible. Aportamos informe, como se enumera en la alegación previa, del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha sobre el llamado, coste de oportunidad que supone la gestión de recursos limitados.

Resulta obvio que mantener abiertos centros sanitarios durante 10 o 15 horas todos los días del año a los que acudan 0. 1, 2 ... pacientes puede considerarse, desde el punto de vista de la eficiencia, algo que podría resultar próximo al despilfarro.

Gabinete Jurídico. Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha

No debe olvidarse, que el **criterio de eficiencia** es uno de los deben regir la actuación de las Administraciones Públicas (artículo 3.2 Ley 30/1992).

También debe tenerse muy en cuenta que en muchísimos casos, en todas las patologías muy graves, resulta mucho más efectivo un sistema de transporte urgente a un hospital que una visita al centro de salud, que se va a limitar a derivar al hospital. Y con motivo de esta reforma se ha reforzado el transporte urgente gracias a la reorganización de los recursos limitados.

Por último, debe resaltarse que las urgencias realmente vitales no son tratadas en los centros de salud, sino en los servicios de urgencia de los hospitales, de ahí que en casos de urgencia realmente graves los ciudadanos acudan directamente a los servicios de salud de los hospitales. Estas consideraciones son apuntaladas mediante informe que aportamos, de la Dirección General de Calidad, Planificación, Ordenación e Inspección de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales.

La organización y planificación referida en dicho informe, como señalamos, se instrumenta y articula a través de muy diversas fuentes y en el presente caso se ha adoptado la figura jurídica de Orden. Debemos detenernos en este escrito para plantear una duda jurídica sobre si nos encontramos ante una disposición general que reúna los requisitos de no agotarse en su aplicación y adoptarse con generalidad, pues es citado el artículo 10.1.b de la LJCA para determinar la competencia del Tribunal Superior de Justicia como conocedor de las impugnaciones de disposiciones de carácter general y en el presente supuesto nos encontramos ante una figura que pudiera considerarse un acto dirigido a una pluralidad de destinatarios, que goza de la presunción de validez y la plena eficacia y ejecutividad que les confieren los artículos 56, 57 y 94 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre de Régimen Jurídico y Procedimiento Administrativo Común. Suspender esta Orden es paralizar el funcionamiento normal de la administración autonómica en su quehacer diario.

Como bien sabe la Sala, uno de los grandes problemas que enfrentan a los

administrativistas consiste en dilucidar la diferencia que existe entre los reglamentos y los actos administrativos. La distinción entre reglamentos y actos tradicional nos dice que los reglamentos se dirigen con carácter general y su contenido es abstracto. Esta Orden que ahora es impugnada no cabe desconocer que tiene unos destinatarios específicos, que no han impugnado, sólo uno de ellos y que se puede considerar agotada por la reorganización de hecho de los servicios. Podríamos por tanto considerarlo un acto plúrimo en palabras de García de Enterría que cae dentro de la esfera de gestión y organización habitual de la administración junto con otros mecanismos como las circulares e instrucciones.

CUARTA.- En cuanto a otro de los reproches contenidos en la demanda, y de nuevo sin prejuzgar el fondo del asunto, que parece sostener el peligro de la mora procesal o la apariencia de buen derecho, se trata de la alegación del Ayuntamiento de que no se ha dado audiencia sobre esta Orden a los Consejos de Salud de Zona Básica, resulta más que dudoso que tuviera que darse esta audiencia.

El punto más específico del Decreto que regula los órganos de participación del que pudiera deducirse la hipotética exigencia de dar audiencia a los Consejos de Zona sería su artículo 5.2.e), pero nada se dice en él acerca de si la información tiene que ser antes o después de adoptar una medida, por lo que a mi juicio nada obstaría a que se diera esa información ahora.

Parece más bien una argucia jurídica pues el demandante conoce sobradamente que sería difícil haber dado esta información ya que se trata de órganos que en la mayoría de los casos no se reúnen nunca por lo que sería prácticamente imposible convocarlos, pues en la mayoría de ellos no se sabrá qué personas en concreto los integran.

En todo caso, nunca se puede alegar indefensión, puesto que se ha dado **audiencia directamente por escrito** a cada uno de los Alcaldes de los municipios a los que afectaba la Orden.

Gabinete Jurídico. Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha

Gabinete Jurídico. Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha

QUINTO.- En conclusión, esta parte ha de oponerse a la suspensión de la Orden de 30 de noviembre de 2012 puesto que la apariencia de buen derecho ha sido considerada con la vaguedad más liviana que una presunción, pero sin los datos en conjunto que determinan el funcionamiento de la asistencia sanitaria urgente que se detallan en los informes adjuntos y que sólo pueden ser aportados por quien, en el ejercicio de sus competencias y en desarrollo de sus funciones técnicas, gestiona dicha asistencia en el ámbito territorial de toda la Comunidad Autónoma y no por una entidad local con una visión única de los intereses de su municipio y que no puede aportar el alcance de la totalidad de los intereses en conflicto.

Por todo lo anterior,

A LA SALA SUPLICA que tenga por presentado este escrito, se sirva a admitirlo y **ACUERDE EL LEVANTAMIENTO DE LA MEDIDA CAUTELARÍSIMA DE SUSPENSIÓN DE LA ORDEN DE 20 DE NOVIEMBRE DE 2012 PUBLICADA EL 14 DE ENERO DE 2013, ADOPTADA MEDIANTE AUTO DE 17 DE ENERO DE 2013.**

Subsidiariamente y para el caso de que no se levantara la suspensión de la totalidad de la Orden que se modifique la medida cautelarísima y se adopte únicamente la suspensión respecto de la entidad local reclamante sin que pueda adoptarse respecto del resto de Ayuntamientos relacionados en la medida por no reunir requisitos de legitimación activa ni formales el Ayuntamiento de Tembleque para sostener los intereses del resto de municipios.

Por ser de Justicia que pide en Albacete a 18 de enero de 2013.

LA DIRECTORA DEL GABINETE JURÍDICO

JUNTA DE COMUNIDADES DE CASTILLA-LA MANCHA DIRECTORA DEL GABINETE JURÍDICO

FDO.: Alicia Segovia Marco

sescam
Servicio de Salud de Castilla-La Mancha

Director Gerente

Informe sobre el cambio de horario de algunos puntos de atención continuada en Castilla la Mancha. Enfoque desde la gestión sanitaria

La toma de decisiones en Sanidad. El coste de oportunidad

Una de las características de la atención sanitaria pública y de la gestión de servicios de salud es que debe manejar una difícil dicotomía:

- Los recursos son escasos por definición. Los poderes públicos disponen, mediante los presupuestos aprobados por el Parlamento, de unos recursos plenamente delimitados para efectuar su labor sanitaria
- Las necesidades son ilimitadas también por definición. Por desgracia, aunque seamos capaces de solucionar o de paliar problemas de salud, finalmente sobrevendrán otros y finalmente todas las personas fallecen.

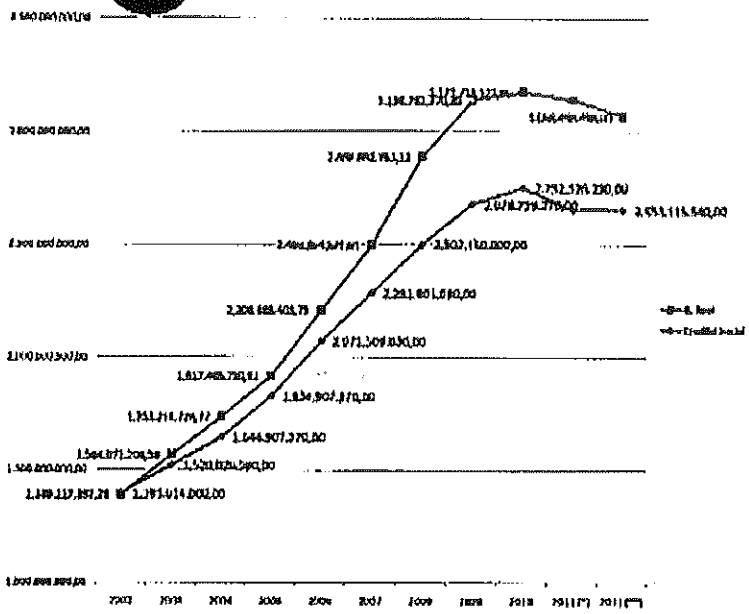
Dado el valor ilimitado de la vida humana, la toma de decisiones en gestión sanitaria se encuentra sometida al concepto de coste de oportunidad. Esto es, en que ante cualquier decisión sanitaria, decidir dar un uso a los recursos significa renunciar a destinar estos a otros usos alternativos. En definitiva, cuando decidimos la estructura y el despliegue de los recursos sanitarios en el territorio, mantener un recurso con una baja aportación sanitaria supone tener que eliminar otros con mayor aportación. Es muy importante mantener este principio, dado que sin él cualquier recurso sanitario adicional podría ser deseable aunque su aportación fuera baja, pero el uso de recursos sería entonces ilimitado.

Crisis de viabilidad del sistema sanitario público. Efectos nocivos del déficit sanitario

¿Qué ocurre cuando se gasta más de lo presupuestado en sanidad? Como en cualquier otro ámbito de la vida pública o privada, se deja a deber. En los últimos años, como vemos en el gráfico adjunto, el SESCAM gastó (línea roja) mucho más de lo presupuestado (línea azul).

sescam
Servicio de Salud de Castilla-La Mancha

Director Gerente



2011 (*) Proyección de cierre 2,011 en el primer semestre

2011 (**) Cierre año 2011

La brecha entre gasto presupuestado y gasto real ha llevado al SESCAM a una situación muy grave en términos económicos, que en los últimos meses de 2,011 y en los primeros de 2,012 supuso un peligro real para la capacidad de este organismo de seguir prestando asistencia sanitaria. Se llegaron a tener 612.000 facturas pendientes de pago y una deuda acumulada en esos momentos que superaba los 1,700 millones de euros. En la práctica esto suponía la imposibilidad para muchas empresas suministradoras de bienes y servicios de seguir prestando los mismos, dados los prolongados retrasos en el pago. Servicios como ambulancias, limpieza, lavandería o mantenimiento se vieron comprometidos, al no cobrar los trabajadores sus nóminas a consecuencia de los impagos. Algunos laboratorios farmacéuticos dejaron de suministrar fármacos si no se cobraban al contado. Incluso no se pudo pagar una parte de la nómina de diciembre de 2,011 al personal del SESCAM. Esta situación cercana al colapso sí supone un riesgo para la salud de los ciudadanos, y es necesario que los gestores públicos eviten que se produzca la misma ahora y en el futuro.

La situación ha sido extremadamente complicada, dado que el gasto real del SESCAM 2,011 era superior en cerca de 580 millones respecto al gasto presupuestado del SESCAM para 2,012

La Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales a través del SESCAM ha aplicado un plan de medidas para racionalizar el gasto sanitario de Castilla la Mancha. Estas medidas tienen varios ejes básicos:

- Pedir un esfuerzo a los profesionales, con una reducción salarial generalizada, un aumento de jornada laboral, supresión de horas extras y de algunos complementos y eliminación de conceptos con impacto salarial como el complemento de incapacidad Temporal en los primeros días de baja

- Mejora de la eficiencia en los servicios generales, revisándose a la baja todos los contratos de estos. Centralización de compras, racionalización del gasto farmacéutico. Se han reducido los directivos y mandos intermedios de los centros sanitarios, se han paralizado las inversiones en marcha, y se han reconsiderado los proyectos de nuevas infraestructuras

- Se han aplicado todas las medidas decididas a nivel de toda España, como la nueva estructura del copago farmacéutico, eliminación de paga extraordinaria de Navidad, y ordenación de las carteras de servicios

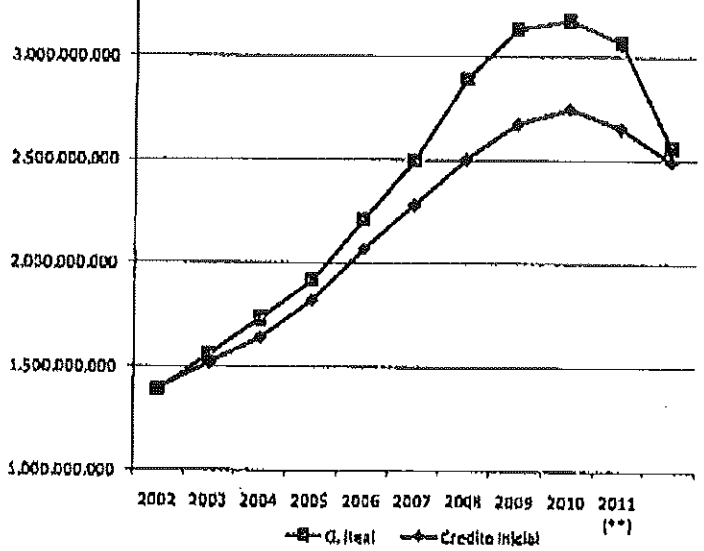
- Racionalización de algunas estructuras sanitarias. Supone reconsiderar la necesidad y la aportación sanitaria de algunas infraestructuras. Se ha revisado y en su caso reducido la dotación de camas hospitalarias de una parte importante de hospitales. Se ha realizado un estudio de necesidades de plantilla, reduciéndose las plantillas por encima de lo considerado adecuado, con salida de miles de profesionales. Se han reducido las sustituciones de personal por vacaciones o ausencias. Se ha realizado un plan de ordenación de recursos humanos que marca la necesidad de jubilar de forma generalizada a todos los profesionales a partir de los 65 años. Dentro de estos cambios estructurales, se encuentra la reordenación de Puntos de Atención Continuada que nos ocupa.

Todas estas medidas suponen reducciones en la asistencia sanitaria. Cada una de ellas por separado podría preocupar, dado que reducen recursos antes empleados en atender pacientes. Sin todas ellas, nuestro sistema sanitario público habría dejado de ser viable en las circunstancias actuales.

El resultado a diciembre de 2,012 sobre el gráfico anterior era el siguiente:

sescam
Servicio de Salud de Castilla-La Mancha

Director Gerente



El cierre presupuestario a 31/12/2012 elimina la mayor parte de esta brecha presupuestaria que había puesto en peligro la continuidad del SESCAM.

Cada una de las medidas adoptadas supone un coste, pero el hecho de no tomarlas tiene un coste de oportunidad mayor: supondría la necesidad de adoptar una decisión alternativa cuyo impacto sobre el funcionamiento del sistema fuera mayor. Por tanto, manteniendo el principio legal y constitucional de equilibrio presupuestario, no tomar una decisión de racionalización de recursos supone la obligación de aplicar otra medida alternativa, de mayor impacto que la anterior.

Ninguna de las medidas anteriores, incluido el cierre de PACs, supone un riesgo inadmisible para los pacientes. Cada profesional que ha dejado de prestar servicios aportaba un trabajo hacia los pacientes, cada cama que se ha cerrado también. La clave para tomar la decisión es que el no tomarla supone un perjuicio mayor, dado que tendría que ser sustituida por otra menos adecuada, o bien supondría la generación de un déficit que podría poner de nuevo en peligro la viabilidad del sistema sanitario público de Castilla la Mancha. Esta última circunstancia sí que pondría en riesgo la salud de miles de pacientes, que dependen del SESCAM para tratar su enfermedad

La decisión de ajustar los horarios de 21 PACs en Castilla la Mancha

En este contexto de necesidad de racionalización del gasto sanitario, y en el marco del plan de medidas para hacer viable el SESCAM, se analizan las coberturas y horarios de los 182 Puntos de Atención Continuada de Castilla la Mancha.

sescam
Servicio de Salud de Castilla-La Mancha

Director Gerente

De estos 182 PACs, se decide modificar los horarios de 21 de ellos, a partir de un detallado estudio de necesidad sanitaria realizado por la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Calidad del SESCAM. Se detectó una oportunidad de mejora de la eficiencia de los dispositivos de atención a urgencias y emergencias, vinculada a la baja frecuentación en determinadas franjas horarias y a la existencia de alternativas adecuadas para la atención sanitaria a distancias adecuadas

Para ello los criterios utilizados en la reorganización de los horarios de los PAC han sido:

1. La atención continuada de una zona básica se realizará dentro del área de salud a la que pertenece.
2. Las poblaciones correspondientes a zonas básicas urbanas no modifican horarios.
3. Las poblaciones localizadas en zonas rurales de más de 11.000 TIS no modifican horarios
4. La población actualmente atendida por puntos de atención permanente de una zona básica se atenderá en el PAC al que pertenece.
5. Las zonas básicas que tengan núcleos de población, es decir, localidades de más de 3.500 TIS dispondrán de un PAC con horario de atención 24 horas.
6. Cuando un PAC presente una presión asistencial total inferior a 20 pacientes durante el horario de apertura de 15 a 8 horas y la presión asistencial sea inferior a 3 pacientes en horario de 20 a 8 horas, se podrá modificar el horario de atención hasta las 15 o 20 horas.
7. Para la determinación del horario de apertura del PAC se tendrán en cuenta las cronas de los desplazamientos de los pacientes y de los desplazamientos de los medios móviles de urgencias y emergencias que deben ser cercanos a 30 minutos como máximo

Además, se analizó la conveniencia de incorporar dos medidas adicionales:

- Poner en marcha el servicio Sanidad Responde. Este nuevo servicio público permite abrir una nueva puerta de entrada telefónica al ciudadano, a fin de facilitar información y consejo sanitario al 100% de la población. Este servicio, atendido por profesionales sanitarios, se integra con el 1-1-2 para detectar posibles urgencias a fin de movilizar el recurso más idóneo para el problema de salud que refiere el paciente, dirigirlas al centro más adecuado, o bien solucionar consultas sanitarias que no necesitan movilizar recursos sanitarios. Este servicio supone una mejora para otras muchas áreas rurales de la Comunidad que carecen de PAC, y está orientado a aportar mejoras tanto en la utilización adecuada de los recursos sanitarios como en la mayor celeridad en la movilización de recursos para situaciones emergentes no detectadas por el paciente.

sescam
Servicio de Salud de Castilla-La Mancha

Director Gerente

- Resituar las ambulancias del servicio de emergencias, ubicando una ambulancia en todas las localidades donde se han producido cambios de horarios en los Puntos de Atención Continuada salvo Villahermosa y Chilloeches, localidades que ya tenían previamente una ambulancia cercana, respectivamente a menos de 15 minutos.

Por tanto, de cara a la toma de la decisión se tuvieron en cuenta los siguientes aspectos:

- Las necesidades sanitarias han cambiado en los últimos años, con nuevas alternativas de atención proporcionadas por la mejora en las redes de transporte y por las mejoras en las telecomunicaciones. Un sistema sanitario debe repensarse siempre, y resituar sus recursos de manera continua para poder aportar una asistencia sostenible y de calidad al ciudadano
- La actual crisis económica nos obliga a adoptar medidas de racionalización del gasto para eliminar el déficit presupuestario actual y equilibrar el gasto con el presupuesto
- Dentro de dichas medidas, orientadas a salvaguardar el sistema sanitario público, está la reordenación de horarios de 21 de los 182 PACs en Castilla la Mancha
- Dicha reordenación de horarios se realizó con criterios objetivos basados en necesidad sanitaria, teniendo en cuenta el coste de oportunidad de otras medidas alternativas
- El impacto económico para el SESCAM de la medida es de 5,1 millones de euros anuales. De no poder adoptarse la misma, tendrían que ponerse en marcha otras alternativas menos preferibles desde el punto de vista sanitario, de cara a salvaguardar el cumplimiento del presupuesto y por ende la viabilidad y estabilidad del sistema sanitario público
- En caso de urgencia vital, son los servicios de emergencias los más indicados para actuar. No solo no se han detraído recursos de transporte sanitario urgente sino que en las localidades con un PAC que ha reducido sus horarios y que no disponían de ambulancia cercana se han ubicado dispositivos de transporte urgente
- Los tiempos de acceso a los PACs posteriores a la medida quedan en el entorno de los 30 minutos. Además, los tiempos de acceso a los servicios de emergencias están garantizados en el intervalo entre 0 y 20 minutos en el 99% de la población de toda la Comunidad Autónoma, posteriormente a la adopción de la medida.
- Se ha creado un nuevo servicio, Sanidad Responde, que pone a disposición de todos los ciudadanos de la Comunidad un equipo de profesionales sanitarios, médicos y enfermeros, que aportarán orientación sanitaria y que estarán especializados en detectar posibles emergencias. Estos activarán de forma inmediata los dispositivos de atención emergente en caso necesario

sescam
Servicio de Salud de Castilla-La Mancha

Director Gerente

Dicha medida es una actuación propia de la gestión ordinaria del Servicio de Salud, que no supone ninguna novedad en el conjunto de servicios de salud españoles. En estos últimos meses se han adoptado medidas similares en un amplio conjunto de comunidades autónomas, como Cataluña, Navarra, Andalucía, Castilla León, y Extremadura.

En definitiva, la modificación de horarios de los PACs se trata de una decisión plenamente estudiada, que mantiene estándares adecuados de atención de la urgencia y la emergencia en esas zonas, y que supone un importante impacto económico necesario para la viabilidad del sistema sanitario público en su conjunto. Es una decisión orientada a algo básico en sanidad: poner los recursos disponibles donde más beneficio van a generar para el máximo número de pacientes

Toledo, 18 de enero de 2013

EL DIRECTOR GERENTE

CONSEJERÍA DE SANIDAD Y ASUNTOS SOCIALES
Castilla-La Mancha
sescam

Luis Carretero Alcántara

Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales
Dirección General de Calidad, Planificación, Ordenación e Inspección
Avda. de Francia 4 - C.P. 45071 Toledo

Nota de la Dirección General de Calidad, Planificación, Ordenación e Inspección sobre el alcance y contenido de la asistencia sanitaria urgente y los criterios de organización de la dicha prestación

El servicio público de salud está obligado a ofrecer a los ciudadanos las prestaciones sanitarias con el alcance y características definidas en la norma. En particular, por lo que se refiere a la asistencia sanitaria urgente, el Anexo IV del real decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, sobre cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud establece que:

La atención de urgencia es aquella que se presta al paciente en los casos en que su situación clínica obliga a una atención sanitaria inmediata. Se dispensará tanto en centros sanitarios como fuera de ellos, incluyendo el domicilio del paciente y la atención in situ, durante las 24 horas del día, mediante la atención médica y de enfermería, y con la colaboración de otros profesionales

1. Acceso a la atención de urgencia.

El procedimiento y el modelo organizativo para la atención de urgencia serán establecidos por las administraciones sanitarias competentes, de manera que el acceso a la prestación se realice en el tiempo y lugar adecuados para facilitar una atención adaptada a las necesidades de cada paciente. La atención de urgencia se entiende como una atención integral y continua que se presta por atención primaria y especializada, y por los servicios específicamente dedicados a la atención urgente.

La coordinación de los diferentes intervinientes en la atención de urgencia se realizará, a través de los teléfonos 112, 061 u otros, por los centros coordinadores de urgencias y emergencias sanitarias, que garantizarán, las 24 horas, la accesibilidad y la coordinación de los recursos disponibles para este tipo de atención.

Asimismo se potenciará la coordinación de los servicios sanitarios en los planes de catástrofes y la colaboración con los servicios de urgencias y emergencias dependientes de distintas administraciones e instituciones, como Protección Civil, Cuerpos de Prevención y Extinción de Incendios, Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado u otros, en las situaciones que se precise.

Para dar satisfacción a la atención de urgencia el Servicio Público de Salud debe organizar de forma efectiva y eficiente una pluralidad de medios: urgencias hospitalarias en hospitales de diferente nivel, transporte sanitario urgente básico y de soporte vital avanzado, transporte sanitario aéreo, centros de atención telefónica y urgencias de atención primaria. Por tanto, la atención de urgencia no puede circunscribirse a la asistencia prestada por las urgencias de atención primaria.

Castilla-La Mancha

Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales
Dirección General de Calidad, Planificación, Ordenación e Inspección
Avda de Francia, 4 - C.P. 45071 Toledo

El dispositivo integrado de atención de urgencia ha de estar disponible 24 horas al día 365 días al año para dar respuesta de forma efectiva y eficiente a las necesidades de cualquier nivel de complejidad clínica que pueda tener una persona. La atención urgente se ha de prestar con el recurso sanitario o la combinación de recursos que con un criterio clínico resulte más efectivo y más seguro y por tanto más adaptado a la necesidad del paciente.

La protección eficaz de la salud de los ciudadanos requiere que la organización de la atención de urgencia responda en su conjunto a criterios de calidad, seguridad, eficacia y eficiencia. La no utilización del recurso más adecuado a la necesidad clínica retrasa la asistencia eficaz, compromete la seguridad del paciente y supone un despilfarro de recursos económicos susceptibles de ser aplicados en intervenciones sanitarias efectivas.

Por tanto, de la combinación óptima de recursos dedicados a la atención de urgencia en los diferentes niveles asistenciales así como de los especializados de atención telefónica y transporte terrestre y aéreo se derivan consecuencias directas para la salud de los ciudadanos. Por el contrario, la asignación inadecuada de los fondos presupuestarios a recursos asistenciales que no responden a las necesidades de atención de urgencia impide la asignación de los mismos a los recursos eficaces con limitada o nula repercusión en la salud de la población.

La organización fragmentada de la asistencia de urgente en base criterios diferentes a los enunciados vulnera el derecho a la protección de la salud y el principio de eficacia en la gestión contemplados en la Constitución y, además, tiene consecuencias directas sobre el la calidad y la seguridad de la asistencia que se dispensa a las personas e impide la utilización eficiente de los recursos públicos.

Toledo, 17 de enero de 2013
El Director General de Calidad, Planificación, Ordenación e Inspección

Javier Hernández Pastrana

sescam

Dirección General de Atención Sanitaria y Calidad

INFORME TÉCNICO SOBRE LA ORGANIZACIÓN DE LOS PUNTOS DE ATENCIÓN CONTINUADA DE LA COMUNIDAD DE CASTILLA-LA MANCHA.

En el marco del Plan de Garantías de los Servicios Básicos de Castilla La Mancha se detectó una oportunidad de mejora de la eficiencia de los dispositivos de atención a urgencias y emergencias, vinculada a la baja frecuentación en determinadas franjas horarias y a la existencia de alternativas adecuadas para la atención sanitaria a distancias adecuadas.

En base a ello la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales, a través del Servicio de Salud de Castilla La Mancha (SESCAM), se puso en marcha de forma progresiva la reestructuración de los horarios de los Puntos de Atención Continuada (PAC).

A tal efecto se elaboró un proyecto de orden sobre la atención sanitaria urgente y continuada en las zonas básicas de salud, que se sometió a trámite de audiencia de las entidades municipales de las zonas básicas afectadas. El objetivo de la reorganización que lleva a cabo dicha Orden consiste en asignar los recursos disponibles con criterios de necesidad sanitaria, buscando situar los dispositivos sanitarios donde y cuando más aportación pueden realizar a la salud de los castellano manchegos.

Esta medida está orientada a conseguir un uso más eficaz y eficiente de los recursos, con la finalidad de dar más y mejor sanidad a los ciudadanos de nuestra región y se implica al 112 y a los dispositivos móviles de atención urgente y emergente, tratándose por tanto de una reorganización integral de la atención urgente, cuya gestión de recursos se fundamenta en la existencia del Centro Coordinador de Urgencias 112 de Castilla La Mancha, donde el SESCAM tiene destacados a profesionales médicos, de enfermería y a operadores de urgencias y emergencias, y que no puede verse de una forma separada o singular.

Para elaborar dicha Orden se llevó a cabo un estudio que fue realizado por un grupo técnico de expertos del SESCAM que analizó los PAC existentes en cada Zona Básica, la dispersión geográfica, la distancia entre los municipios y los puntos de atención, el número de tarjetas sanitarias individuales (TIS) a junio 2012 y su distribución por tramos de edades, las presiones asistenciales totales y por turnos, así como sus variaciones estacionales y diarias, vías de acceso principales a los hospitales de referencia, condiciones físicas, climatológicas y medioambientales que pueden afectar a la accesibilidad y la existencia de dispositivos móviles cercanos que puedan apoyar las necesidades de atención. En este estudio se ha procedido a la realización de un análisis diferenciado de las Zonas Básicas urbanas y rurales.

Para ello los criterios utilizados en la reorganización de los horarios de los PAC han sido:

1. La atención continuada de una zona básica se realizará dentro del área de salud a la que pertenece.

2. Las poblaciones correspondientes a zonas básicas urbanas dispondrán de un PAC.

3. Las poblaciones localizadas en zonas rurales de más de 11.000 TIS dispondrán de un PAC.

4. La población actualmente atendida por puntos de atención permanente de una zona básica se atenderá en el PAC al que pertenece.

5. Las zonas básicas que tengan núcleos de población, es decir, localidades de más de 3.500 TIS dispondrán de un PAC con horario de atención 24 horas.

6. Cuando un PAC presente una presión asistencial total inferior a 20 pacientes durante el horario de apertura de 15 a 8 horas y la presión asistencial sea inferior a 3 pacientes en horario de 20 a 8 horas, se podrá modificar el horario de atención hasta las 15 o 20 horas.

7. Para la determinación del horario de apertura del PAC se tendrán en cuenta las cronas de los desplazamientos de los pacientes y de los desplazamientos de los medios móviles de urgencias y emergencias que deben ser cercanos a 30 minutos como máximo.

En el caso del **Centro de Salud de Tembleque (Toledo)**, es un Punto de Atención Continuada (PAC) el horario de atención se extiende de las 8 a las 20 horas, ya que la zona básica tiene 5221 TIS, el núcleo poblacional tiene 2214 TIS, la presión asistencial media total es de 17,21 pacientes/día, la presión asistencial media de 15 a 22 horas es de 8,84 y la de 20 a 8 horas es de 2,72 pacientes/día, por tanto la asistencia media afectada por la reestructuración de horarios es de alrededor de 2,7 pacientes/día. Las cronas al centro de referencia de Ocaña es inferior o igual a 30 minutos para toda la zona básica y existe disponibilidad de recursos móviles de urgencias y emergencias a 26'/26' (helicóptero N/D) y 0' (UVI, SVB/Ambulancia) al contar UVI y con ambulancia 12 horas (20:00 a 8:00h) en Tembleque.

En el caso del **Centro de Salud de La Puebianuova (Toledo)** es un Punto de Atención Continuada (PAC) el horario de atención se extiende de las 8 a las15 horas, ya que la zona básica tiene 2793 TIS, el núcleo poblacional de La Puebianueva tiene 2097 TIS, la presión asistencial media total es de 14,42 pacientes/día, la presión asistencial media de 15 a 22 horas es de 7,82 y la de 20 a 8 horas es de 1,44 pacientes/día, por tanto la asistencia media afectada por la reestructuración de horarios es de alrededor de 8,3 pacientes/día. Las cronas al centro de referencia de Talavera es inferior o igual a 30 minutos para toda la zona básica y existe disponibilidad de recursos móviles de urgencias y emergencias a 16'/16' (helicóptero N/D), 29' (UVI, SVB/Ambulancia de Talavera) y nueva ambulancia 24h en La Puebianueva, que además sirve de apoyo a Cebolla.

En el caso del **Centro de Salud de Villalba del Rey (Cuenca)** es un Punto de Atención Continuada (PAC) el horario de atención se extiende de las 8 a las 20 horas, ya que la zona básica tiene 1187 TIS, el núcleo poblacional tiene 544 TIS, la presión asistencial media total es de 4,69 pacientes/día, la presión asistencial media de 15 a 22 horas es de 2,45 y la de 20 a 8 horas es de 0,64 pacientes/día, por tanto la asistencia media afectada por la reestructuración de horarios es de alrededor de 0,6 paciente/día. Las cronas al centro de referencia de Cañaveras es inferior o igual a 30 minutos para la zona básica y existe disponibilidad de recursos móviles de urgencias y emergencias a 15'/15' (helicóptero N/D) y 0' (SVB/Ambulancia), nueva ambulancia 24h que realiza apoyo a la zona sur de Guadalajara en el entorno de los pantanos de Entrepeñas y Buendía.

En el caso del **Centro de Salud de Hiendelaencina (Guadalajara)** es un Punto de Atención Continuada (PAC) el horario de atención se extiende de las 8 a las15 horas, ya que la zona básica tiene 320 TIS, el núcleo poblacional de Hiendelaencina tiene 120 TIS, la presión asistencial media total es de 2,02 pacientes/día, la presión asistencial media de 15 a 22 horas es de 0,85 y la de 20 a 8 horas es de 0,16 pacientes/día, por tanto la asistencia media afectada por la reestructuración de horarios es de alrededor de 1 paciente/día. Las cronas al centro de referencia de Atienza es inferior o igual a 30 minutos para la zona básica y existe disponibilidad de recursos móviles de urgencias y emergencias a 40'/40' (helicóptero N/D) y 0' (SVB/Ambulancia) al situarse una nueva ambulancia 24 horas en dicho centro de salud.

En el caso del **Centro de Salud de Villahermosa (Ciudad Real)** es un Punto de Atención Continuada (PAC) el horario de atención se extiende de las 8 a las 20 horas, ya que la zona básica tiene 4249 TIS, el núcleo poblacional tiene 2010 TIS, la presión asistencial media total es de 12,34 pacientes/día, la presión asistencial media de 15 a 22 horas es de 6,91 y la de 20 a 8 horas es de 1,39 pacientes/día, por tanto la asistencia media afectada por la reestructuración de horarios es de alrededor de 1,4 pacientes/día. Las cronas al centro de referencia de Villanueva de los Infantes es cercana a 30 minutos para la zona básica y existe disponibilidad de recursos móviles de urgencias y emergencias a 45'/28' (helicóptero N/D) y 13' (SVB/Ambulancia) desde Montiel y 18' desde Villanueva de la Fuente.

En el caso del **Centro de Salud de Honrubia (Cuenca)** es un Punto de Atención Continuada (PAC) el horario de atención se extiende de las 8 a las 20 horas, ya que la zona básica tiene 3161 TIS, el núcleo poblacional tiene 1744 TIS, la presión asistencial media total es de 12,67 pacientes/día, la presión asistencial media de 15 a 22 horas es de 6,72 y la de 20 a 8 horas es de 1,38 pacientes/día, por tanto la asistencia media afectada por la reestructuración de horarios es de alrededor de 1,4 pacientes/día. Las cronas al centro de referencia de Villares del Saz es inferior o igual a 30 minutos para la zona básica y existe disponibilidad de recursos móviles de urgencias y emergencias a 43'/15' (helicóptero N/D), 39' (UVI) y 0' al contar con SVB/Ambulancia 24 horas en Honrubia.

En el caso del **Consultorio Local de Chiloeches (Guadalajara)**, es un Punto de Atención Permanente (PAP) el horario de atención se extiende de las 8 a las 15 horas, ya que la zona básica tiene 10369 TIS, el núcleo poblacional tiene 2253 TIS, la presión asistencial media total es de 13,76 pacientes/día, la presión asistencial media de 15 a 22 horas es de 7,26 y la de 20 a 8 horas es de 1,61 pacientes/día, por tanto la asistencia media afectada por la reestructuración de horarios es de alrededor de 8,9 pacientes/día. Las cronas al centro de referencia de Guadalajara es inferior o igual a 30 minutos para la zona básica y existe disponibilidad de recursos móviles de urgencias y emergencias a 47'/30' (helicóptero N/D) y 15' (UVI, SVB/ Ambulancia), la asistencia del Pozo queda cubierta a 26' desde Guadalajara y la de Ploz y Loranca de Tajuña está apoyada por la ambulancia de Mendejar a 23' y 20' respectivamente.

En el caso del **Consultorio Local de Budia (Guadalajara)**, es un Punto de Atención Permanente (PAP) el horario de atención se extiende de las 8 a las 15 horas, ya que la zona básica tiene 4288 TIS, el núcleo poblacional tiene 193 TIS, la presión asistencial media total es de 4,33 pacientes/día, la presión asistencial media de 15 a 22 horas es de 2,05 y la de 20 a 8 horas es de 0,64 pacientes/día, por tanto la asistencia media afectada por la reestructuración de horarios es de alrededor de 2,7 pacientes/día. Las cronas al centro de referencia de Sacedón es inferior o igual a 30 minutos de la zona básica y existe disponibilidad de recursos móviles de urgencias y emergencias a 54'/24' (helicóptero N/D) y 0' (SVB/Ambulancia), al disponerse una nueva ambulancia 24h en Budia.

En el caso del **Consultorio Local de Almonacid de Zorita (Guadalajara)**, es un Punto de Atención Permanente (PAP) el horario de atención se extiende de las 8 a las 20 horas, ya que la zona básica tiene 4205 TIS, el núcleo poblacional tiene 668 TIS, la presión asistencial media total es de 9,08 pacientes/día, la presión asistencial media de 15 a 22 horas es de 4,13 y la de 20 a 8 horas es de 1,14 pacientes/día, por tanto la asistencia media afectada por la reestructuración de horarios es de alrededor de 1,1 pacientes/día. Las cronas al centro de referencia de Pastrana es inferior o igual a 20 minutos para la zona básica y existe disponibilidad de recursos móviles de urgencias y emergencias a 19'/19' (helicóptero N/D), 0' (SVB/Ambulancia) y disponerse una nueva ambulancia 24h en Almonacid de Zorita.

En el caso del **Consultorio Local de Tamajón (Guadalajara)**, es un Punto de Atención Permanente (PAP) el horario de atención se extiende de las 8 a las 15 horas, ya que la zona básica tiene 2128 TIS, el núcleo poblacional tiene 111 TIS, la presión asistencial media total es de 2,54 pacientes/día, la presión asistencial media de 15 a 22 horas es de 1,35 y la de 20 a 8 horas es de 0,17 pacientes/día, por tanto la asistencia media afectada por la reestructuración de horarios es de alrededor de 1,5 pacientes/día. Las cronas al centro de referencia de Cogolludo es inferior o igual a 30 minutos el 99,99% de las TIS de la zona básica y existe disponibilidad de recursos móviles de urgencias y emergencias a 69'/41' (helicóptero N/D), 0' (SVB/Ambulancia) y disponerse una nueva ambulancia 24h en Tamajón.

En el caso del **Consultorio Local de Villanueva de la Jara (Cuenca)**, es un Punto de Atención Permanente (PAP) el horario de atención se extiende de las 8 a las 20 horas, ya que la zona básica tiene 7136 TIS, el núcleo poblacional tiene 2806 TIS, la presión asistencial media total es de 8,47 pacientes/día, la presión asistencial media de 15 a 22 horas es de 1,95 y la de 20 a 8 horas es de 0,56 pacientes/día, por tanto la asistencia media afectada por la reestructuración de horarios es de alrededor de 0,6 pacientes/día. Las cronas al centro de referencia de Casasimarro es inferior o igual a 30 minutos para la zona básica y existe disponibilidad de recursos móviles de urgencias y emergencias a 33'/12' (helicóptero N/D), 19' (UVI) y 0' al disponerse una nueva ambulancia 24h en Villanueva de la Jara.

En el caso del **Centro de Salud de Torrejoncillo del Rey (Cuenca)**, es un Punto de Atención Continuada (PAC) el horario de atención se extiende de las 8 a las 20 horas, ya que la zona básica tiene 1439 TIS, el núcleo poblacional tiene 312 TIS, la presión asistencial media total es de 4,81 pacientes/día, la presión asistencial media de 15 a 22 horas es de 2,42 y la de 20 a 8 horas es de 0,76 pacientes/día, por tanto la asistencia media afectada por la reestructuración de horarios es de alrededor de 0,8 pacientes/día. Las cronas al centro de referencia de Carrascosa es inferior o igual a 30 minutos para toda la zona básica y existe disponibilidad de recursos móviles de urgencias y emergencias a 38'/11' (helicóptero N/D), 30' (UVI) y a 0' al disponer con ambulancia 12 horas (20:00 a 8:00h) en Torrejoncillo del Rey.

En el caso del **Centro de Salud de Sisante (Cuenca)**, es un Punto de Atención Continuada (PAC) el horario de atención se extiende de las 8 a las 20 horas, ya que la zona básica tiene 4306 TIS, el núcleo poblacional tiene 1928 TIS, la presión asistencial media total es de 15,61 pacientes/día, la presión asistencial media de 15 a 22 horas es de 7,40 y la de 20 a 8 horas es de 1,78 pacientes/día, por tanto la asistencia media afectada por la reestructuración de horarios es de alrededor de 1,8 pacientes/día. Las cronas al centro de referencia de San Clemente es inferior o igual a 30 minutos para la zona básica y existe disponibilidad de recursos móviles de urgencias y emergencias a 32'/14' (helicóptero N/D), 34' (UVI) y a 0' al disponer con ambulancia 24 horas en Sisante.

En el caso del **Centro de Salud de Montalbo (Cuenca)**, es un Punto de Atención Continuada (PAC) el horario de atención se extiende de las 8 a las 20 horas, ya que la zona básica tiene 2449 TIS, el núcleo poblacional tiene 747 TIS, la presión asistencial media total es de 9,73 pacientes/día, la presión asistencial media de 15 a 22 horas es de 4,59 y la de 20 a 8 horas es de 1,35 pacientes/día, por tanto la asistencia media afectada por la reestructuración de horarios es de alrededor de 1,4 pacientes/día. Las cronas al centro de referencia de Villares del Saz es inferior o igual a 30 minutos para la zona básica y existe disponibilidad de recursos móviles de urgencias y emergencias a 14'/14' (helicóptero N/D), 30' (UVI) y a 0' al disponer con ambulancia 24 horas en Montalbo.

En el caso del **Centro de Salud de Mira (Cuenca)**, es un Punto de Atención Continuada (PAC) el horario de atención se extiende de las 8 a las 20 horas, ya que la zona básica tiene 1124 TIS, el núcleo poblacional tiene 1106 TIS, la presión asistencial media total es de 8,79 pacientes/día, la presión asistencial media de 15 a 22 horas es de 4,96 y la de 20 a 8 horas es de 0,68 pacientes/día, por tanto la asistencia media afectada por la reestructuración de horarios es de alrededor de 0,7 pacientes/día. Las cronas al centro de referencia de Cardenete es inferior o igual a 30 minutos para más del 99,98% de las TIS de la zona básica y existe disponibilidad de recursos móviles de urgencias y emergencias a 52'/21' (helicóptero) y 0' al disponer con SVB/Ambulancia 12 horas (20:00 a 8:00h) en Mira.

En el caso del **Consultorio Local de Castellar de Santiago (Ciudad Real)**, es un Punto de Atención Permanente (PAP) el horario de atención se extiende de las 8 a las 15 horas, ya que la zona básica tiene 10276 TIS, el núcleo poblacional tiene 2084 TIS, la presión asistencial media total es de 8,10 pacientes/día y la presión asistencial media de 15 a 22 horas es de 4,70, por tanto la asistencia media afectada por la reestructuración de horarios es de alrededor de 4,7 pacientes/día. Las cronas al centro de referencia de Santa Cruz de Mudela es inferior o igual a 30 minutos para la zona básica y existe disponibilidad de recursos móviles de urgencias y emergencias a 72'/21' (helicóptero N/D), 36' (UVI) y 0' al disponerse una nueva ambulancia 24h en Castellar de Santiago.

En el caso del **Consultorio Local de Villanueva de la Fuente (Ciudad Real)**, es un Punto de Atención Permanente (PAP) el horario de atención se extiende de las 8 a las 20 horas, ya que la zona básica tiene 4249 TIS, el núcleo poblacional tiene 2239 TIS, la presión asistencial media total es de 16,30 pacientes/día, la presión asistencial media de 15 a 22 horas es de 9,77 y la de 20 a 8 horas es de 1,94 pacientes/día, por tanto la asistencia media afectada por la reestructuración de horarios es de alrededor de 1,9 pacientes/día. Las cronas al centro de referencia de Villanueva de los Infantes es cercana a 30 minutos para la zona básica y existe disponibilidad de recursos móviles de urgencias y emergencias a 50'/25' (helicóptero N/D), 0' (SVB/Ambulancia) al disponerse una nueva ambulancia 24h en Villanueva de la Fuente.

En el caso del **Consultorio Local de Alamillo (Ciudad Real)**, es un Punto de Atención Permanente (PAP) el horario de atención se extiende de las 8 a las 20 horas, ya que la zona básica tiene 10308 TIS, el núcleo poblacional tiene 569 TIS, la presión asistencial media total es de 7,84 pacientes/día, la presión asistencial media de 15 a 22 horas es de 3,53 y la de 20 a 8 horas es de 1,10 pacientes/día, por tanto la asistencia media afectada por la reestructuración de horarios es de alrededor de 1,1 pacientes/día. Las cronas al centro de referencia de Almadén es inferior o igual a 30 minutos para la zona básica y existe disponibilidad de recursos móviles de urgencias y emergencias a 74'/21' (helicóptero N/D), 25' (UVI) y 0' al disponerse una nueva ambulancia 12h (20:00 a 8:00) en Alamillo.

En el caso del **Consultorio Local de Molinicos (Albacete)**, es un Punto de Atención Permanente (PAP) el horario de atención se extiende de las 8 a las 15 horas, ya que la zona básica tiene 4942 TIS, el núcleo poblacional tiene 791 TIS, la presión asistencial media total es de 9,54 pacientes/día, la presión asistencial media de 15 a 22 horas es de 5,70 y la de 20 a 8 horas es de 0,76 pacientes/día, por tanto la asistencia media afectada por la reestructuración de horarios es de alrededor de 6,5 pacientes/día. Las cronas al centro de referencia de Elche de la Sierra es inferior o igual a 30 minutos para la zona básica y existe disponibilidad de recursos móviles de urgencias y emergencias a 50'/22' (helicóptero N/D) y 0' (SVB/Ambulancia) al disponerse una nueva ambulancia 12h en Molinicos.

sescam
Servicio de Salud de Castilla-La Mancha

Dirección General de Atención Sanitaria y Calidad

En el caso del **Consultorio Local de Alpera (Albacete)**, es un Punto de Atención Permanente (PAP) el horario de atención se extiende de las 8 a las 15 horas, ya que la zona básica tiene 7396 TIS, el núcleo poblacional tiene 2410 TIS, la presión asistencial media total es de 2,86 pacientes/día, la presión asistencial media de 15 a 22 horas es de 2,18 y la de 20 a 8 horas es de 0,47 pacientes/día, por tanto la asistencia media afectada por la reestructuración de horarios es de alrededor de 2,7 pacientes/día. Las cronas al centro de referencia de Bonete es cercana a 30 minutos para la zona básica y existe disponibilidad de recursos móviles de urgencias y emergencias a 47'/16' (helicóptero N/D), 31' (UVI) y 0' al disponerse una nueva ambulancia 24h en Alpera.

En el caso del **Centro de Salud de El Pobo de Dueñas (Guadalajara)**, es un Punto de Atención Continuada (PAC) el horario de atención se extiende de las 8 a las 20 horas, ya que la zona básica tiene 697 TIS, el núcleo poblacional tiene 131 TIS, la presión asistencial media total es de 3,70 pacientes/día, la presión asistencial media de 15 a 22 horas es de 1,90 y la de 20 a 8 horas es de 0,35 pacientes/día, por tanto la asistencia media afectada por la reestructuración de horarios es de alrededor de 0,35 pacientes/día. Las cronas al centro de referencia de Molina de Aragón es inferior o igual a 30 minutos para más del 99,94% de las TIS de la zona básica y existe disponibilidad de recursos móviles de urgencias y emergencias a 23'/23' (helicóptero N/D), 21' (UVI) y 0' al disponer con SVB/Ambulancia 24 horas en El Pobo de Dueñas.

18 de enero de 2013.

EL DIRECTOR GENERAL
DE ATENCIÓN SANITARIA Y CALIDAD

CONSEJERÍA DE SANIDAD Y ASUNTOS SOCIALES
Castilla-La Mancha
sescam

Fdo. Miguel Ángel Soria Milla

JUNTA DE COMUNIDADES DE CASTILLA-LA MANCHA
REGISTRO INTERNO
CONSEJERIA DE SANIDAD Y ASUNTOS SOCIALES
Servicio de Salud de Castilla-La Mancha - TOLEDO
18 ENE 2013
Anotación N.º 10619

Gerencia de Urgencias, Emergencias y Transporte Sanitario

sescam

REORGANIZACIÓN DE ATENCIÓN URGENTE EN CASTILLA-LA MANCHA: ATENCIÓN A URGENCIAS Y EMERGENCIAS PREHOSPITALARIAS.

18 de enero de 2013.

En el marco del Plan de Garantías de los Servicios Sociales Básicos de Castilla-La Mancha, el SESCAM detectó una oportunidad de mejorar la eficiencia de los dispositivos de atención a urgencias y emergencias, vinculada a la baja frecuentación en determinadas franjas horarias, y la existencia de alternativas adecuadas para la atención sanitaria a distancias adecuadas.

ALCANCE

Esta medida afectó a los horarios de determinados Punto de Atención Continuada (PAC) y Puntos de Atención Permanente (PAP), debiendo potenciar el 1-1-2 y los dispositivos móviles de atención urgente y emergente (Ambulancias Convencionales de Urgencias y Soporte Vital Básico, UVIs-móviles de Emergencias, Helicópteros Medicalizados y la red de helisuperficies de emergencias sanitarias).

Por tanto se trata de una reorganización integral de la atención urgente cuya gestión de recursos se fundamenta en la existencia del Centro Coordinador de Urgencias 1-1-2 de Castilla-La Mancha, donde el SESCAM tiene destacados a profesionales médicos, enfermeros y operadores de urgencias y emergencias.

MÉTODO

Para elaborar esta medida se constituyó un grupo de trabajo multidisciplinar con perfil técnico (profesionales sanitarios y profesionales de sistemas de información), que adoptaron para su estudio los siguientes criterios:

- Despliegue actual de centros de atención primaria y horarios de PAC en cada Zona Básica de Salud y por Área Sanitaria
- Dispersión Geográfica y dificultades de acceso (incluida climatología adversa)
- Pacientes con Tarjeta Sanitaria atendidos en cada centro
- Presión Asistencial en cada dispositivo en horario PAC (variabilidad estacional, fines de semana, etc.)
- Existencia o no de vías de acceso rápidas a otros PAC y Hospitales de referencia
- Tiempos de respuesta de recursos móviles de cada tipo dedicados a urgencias y emergencias sanitarias; así como la frecuentación de los mismos.

Como consecuencia de la aplicación de estos criterios, se detectó y constató una distribución heterogénea, sin ajustarse a criterios asistenciales ni operativos, lo que nos permite concluir que estos dispositivos fueron aumentando en número y horario sin criterios de eficiencia.

A la vista de los resultados preliminares se constató una oportunidad de redistribución de recursos coherente con criterios técnicos y eficientes, que mejorara la utilidad de los mismos por los ciudadanos.

Durante el estudio llevado a cabo, se consideraron 4 **niveles de urgencia** y por tanto cuatro grados de atención en cuanto a necesidades clínicas en el tiempo:

1.- NO URGENCIA. Es aquella necesidad de asistencia que no precisa atención sanitaria en un corto período de tiempo, y puede ser atendida en los centros, en horario de mañana previa cita.

2.- URGENCIA SENTIDA. Es todo aquello que el ciudadano entiende por urgente, y que con una llamada al 1-1-2, puede determinarse el nivel de urgencia a través de los médicos allí presentes (en Castilla-La Mancha, en el año 2012, se atendieron más de 20.000 consultas médicas telefónicas sin necesidad de activación de recursos sanitarios, un 12% de la actividad sanitaria total del 1-1-2)

3.- URGENCIA REAL. Es aquella situación que requiere atención sanitaria en un corto período de tiempo pero que no implica un riesgo vital inmediato. Puede ser atendida en un centro sanitario de atención primaria u hospitalario entre una y seis horas. Para atender este nivel de urgencia se cuenta con centros de atención primaria, hospitales y ambulancias de urgencias.

4.- EMERGENCIA. Es aquella situación de urgencia que requiere intervención inmediata por existir riesgo vital, y requiere una primera asistencia con posibilidad de soporte vital y posterior traslado a centro hospitalario para solución definitiva de la patología causante de la emergencia. Para atender este nivel de urgencias se cuenta con centros de atención primaria, hospitales, ambulancias de urgencias, Uvi's-móviles y Helicópteros medicalizados.

Los tiempos de respuesta reales de los recursos móviles de urgencias y emergencias, obtenidos en el último año en Castilla-La Mancha a partir de las bases de datos del 1-1-2, son los siguientes:

	Tiempos Respuesta	
UVI MOVIL EMERG.	Urbano	Rural
ALBACETE	0:06:26	0:16:43
CIUDAD REAL	0:05:52	0:16:33
CUENCA	0:05:51	0:21:02
GUADALAJARA	0:05:18	0:18:59
TOLEDO	0:06:48	0:19:31
Castilla-La Mancha	0:06:03	0:18:34

Ctra Cobisa, s/n. Hospital Virgen del Valle, 5ª Planta. 45004 • Toledo • Telf.: 925 28 72 77 • Fax: 925 22 63 97

Gerencia de Urgencias, Emergencias y Transporte Sanitario

sescam
Servicio de Salud de Castilla-La Mancha

Helicópteros	Toledo	Ciudad Real	Albacete	Cuenca	Guadalajara
	0:23	0:23	0:22	0:28	0:30

AMBUL. SVB	TIEMPO
Albacete	0:10:24
Ciudad Real	0:12:12
Cuenca	0:15:24
Guadalajara	0:12:00
Toledo	0:16:30
Total	0:13:18

AMBUL. URGENCIA	TIEMPO
Albacete	0:12:06
Ciudad Real	0:14:00
Cuenca	0:14:36
Guadalajara	0:12:30
Toledo	0:17:36
Total	0:11:48

RESULTADOS

Tras la realización del estudio mencionado se concluyó, que de los 182 PAC, 21 debían derivar su escasa actividad a otros PAC cercanos a partir de las 15:00 ó 20:00 horas, de acuerdo con los criterios técnico-sanitarios previamente establecidos.

Asimismo se adaptó la ubicación y el horario de 133 ambulancias de urgencias, y Soporte Vital Básico, 25 UVIs-móviles de emergencias y 4 helicópteros medicalizados (con una red de 230 helisuperficies de emergencias sanitarias), a la decisión anterior.

Esta reorganización determinó la necesidad de incrementar la flota de UVI-móvil, incorporando una más en Guadalajara al detectar una necesidad de reforzar la emergencia sobre unos 60.000 habitantes de la zona de Azuqueca de Henares.

Para complementar la atención sanitaria en Castilla-La Mancha, la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales, a través del SESCAM, puso en marcha el servicio especializado de atención telefónica "Sanidad Responde". Este nuevo servicio público permite al ciudadano disponer de una nueva puerta de entrada telefónica al sistema, a fin de facilitar información y consejo sanitario al 100% de la población.

Castilla-La Mancha

Ctra Cobisa, s/n. Hospital Virgen del Valle, 5ª Planta. 45004 • Toledo • Telf.: 925 28 72 77 • Fax: 925 22 63 97

Este servicio, atendido por profesionales sanitarios, se integra con el 1-1-2 para detectar posibles urgencias a fin de movilizar el recurso más idóneo en función de el problema de salud que refiere el paciente, dirigirlas al centro más adecuado, o bien solucionar consultas sanitarias que no necesitan movilizar recursos sanitarios.

CONCLUSIONES

La reorganización integral de la atención urgente y continuada realizada aporta una redistribución de los recursos más eficiente, y garantiza la atención a urgencias y emergencias a través del 1-1-2 de Castilla-La Mancha con criterio médico, de forma que la urgencia real sin riesgo vital está garantizada en centros cercanos a aquellos que han modificado su horario, en los tiempos adecuados atendiendo a nivel de urgencia que se trate en cada caso.

La emergencia (urgencia con riesgo vital) está garantizada con el conjunto de los recursos dedicados a urgencias y emergencias sanitarias entre 0 y 20 minutos en el 99% de la población de la Comunidad Autónoma, una cifra por encima de los estándares de atención más exigentes del mundo.

La sanidad es dinámica y evoluciona de forma permanente. Cada día aparecen nuevos fármacos, nuevos medios diagnósticos y terapéuticos y nuevos dispositivos sanitarios que dejan obsoletos y sustituyen a los anteriores.

La importante demanda del sistema sanitario, con medios siempre limitados, exige una gran responsabilidad a la hora de establecer y seleccionar con criterios técnicos de rigurosa planificación, la ubicación, o la dimensión de los recursos, para aprovechar de forma óptima los mismos.

Cambiar esta aproximación y ese enfoque por otro arbitrario y caprichoso, significaría que los criterios clínicos de trabajo, fuesen sustituidos por la apreciación subjetiva de quienes no tienen ni la visión, ni la formación, ni la responsabilidad de prestar el mejor Servicio Sanitario Público; lo que pone en riesgo la correcta asignación de los recursos, y puede generar problemas asistenciales de futuro, que deben ser ponderados y asumidos en toda su dimensión en términos de responsabilidad sobre la salud de los ciudadanos, por quién adopte decisiones en otro sentido.

EL DIRECTOR GERENTE DE URGENCIAS, EMERGENCIAS Y TRANSPORTE SANITARIO

Fdo.: Juan Antonio Sánchez Losada