
El cambio del SEU-061 de Madrid o la confirmación de la hipótesis de la Reina Roja

Modoaldo Garrido Martín

Servicio Especial de Urgencias-061. Insalud Madrid

Resumen:

En este artículo se analiza el desarrollo de los acontecimientos ocurridos en el decenio comprendido entre 1988 y 1998 en el Servicio Especial de Urgencias –061 de Insalud-Madrid–, consecuencia del proceso de cambio organizacional inducido por la publicación en 1986 de la Ley General de Sanidad. En la primera parte se describe la actual estructura organizativa del 061 y su proceso de rediseño adaptativo por distintas fases del cambio, y se analiza su impacto sobre la organización. En la segunda parte se apuesta desde un enfoque global, por generar un espacio para la participación de los profesionales y trabajadores en un escenario definido en términos de descentralización, en la consolidación del cambio como herramienta estratégica de primer nivel. Las conclusiones se dejan a juicio del lector y lo que se dice, debe considerarse dependiente de un contexto histórico determinado en una organización concreta.

Palabras clave: Gestión del cambio, Urgencia extrahospitalaria, Descentralización.

Summary:

In this report, it's analysed the developments which have taken place between 1988 and 1998 in the "Servicio Especial de Urgencias" (Emergencies Special Service) –061, Insalud-Madrid– as a consequence of the process of organisation changes prompted by the publication in 1986 of the "Ley General de Sanidad" (Health General Law). In the first part of the article, it's described the present organisatiins structure of 061 and the process of its re-desing to adapt to the different phases of the change, and it's analysed the impact of these changes on the organisation. In the second part, and from a global point of view, it is proposed to generate room for the participation of the professionals and personnel in a context defined in a terms of decentralisation, and the consolidation of the changes as a tool for strategic at the first level. The conclusions are left to the reader's judgement, and what is here written should be considered in a particular historical context within a specific organisation.

Key words: Management of change, Emergency, Decentralisation.

Introducción

Desde comienzos de la década de los ochenta se impone en aras de la eficiencia y como criterio general, parafraseando al Dr. Repullo Labrador, la presunción

de la idoneidad deductiva y ex ante¹ de avanzar hacia el cambio de régimen jurídico en el funcionamiento de las organizaciones sanitarias. En este sentido debemos constatar que el cambio en el Servi-

cio Especial de Urgencias-061 del Insalud de Madrid, lo ha sido en el seno de una estructura proveedora clásica del Sistema Nacional de Salud y con las herramientas normativo-legales vigentes en el ámbito de las administraciones públicas. El amplio consenso existente, en cuanto a la necesidad de dotar a los centros sanitarios de nuevos mecanismos de gestión que los hagan más eficientes, no debe convertirse en pretexto para no desarrollar las acciones pertinentes en las organizaciones e instituciones sanitarias públicas mientras que se decide, por parte de la Autoridad Sanitaria, hacia dónde, cómo y cuándo se debe avanzar.

En la naturaleza son frecuentes los casos de coevolución entre el depredador y su presa, o entre el parásito y su hospedador. Cada especie ejerce presiones selectivas sobre la otra, es decir, replica a las adaptaciones de la otra con contraadaptaciones propias, en una suerte de carrera de armamentos. Las especies que coevolucionan corren en esta carrera de armamentos no tanto para mejorar su éxito adaptativo, sino más bien para conservarlo y no perderlo. A esto lo llamó Leigh Van Halen "la hipótesis de la reina roja" (Van Halen, 1973), para comprender por qué hay que recordar un fragmento del diálogo que Alicia mantiene con la reina roja en *Alicia a través del es-*

pejo. Después de una frenética carrera en la que Alicia se ve arrastrada por la reina, la niña descubre estupefacta que no se han movido del sitio del que partieron:

– Bueno, en mi país –aclaró Alicia, jadeando aún bastante– cuando se corre tan rápido como lo hemos estado haciendo y durante algún tiempo se suele llegar a alguna parte.

– ¡Un país bastante lento! –replicó la reina–. Lo que es aquí, como ves, hace falta correr todo cuanto uno pueda para permanecer en el mismo sitio. Si se quiere llegar a otra parte hay que correr por lo menos dos veces más rápido.

En estructuras de mercado competitivas se observa también a menudo a las empresas corriendo para no retroceder. La actividad de una firma innovadora que lanza con éxito un nuevo producto deteriorará la cuota de mercado de las demás, que reaccionarán tratando de imitar o mejorar el artículo para no perder clientela². El SEU-061, siguiendo las recomendaciones de *la reina roja* y corriendo dos veces más rápido, ha conseguido sobrevivir y transformarse bajo la presión de un contexto externo adverso, que en términos normativo-legales, expresaba la necesidad de disolver a la organización y transferir sus funciones al ámbito de la Atención Primaria y que generó un escenario de dificultades añadidas al no deli-

mitar claramente a quién correspondía atender a las emergencias sanitarias, dejando la decisión a expensas de la acción política a corto plazo, lo que durante algún tiempo, vino a confirmar aquella reflexión de Ortega y Gasset que atribuía a la política, por confundir a veces lo verdadero con lo útil, la condición paradigmática de mentira.

Parte primera

Estructura organizativa del Servicio Especial de Urgencias (SEU-061)

Son tres las misiones asignadas al SEU-061 de Madrid que se explicitan en el Anexo V del Contrato de gestión firmado entre la Dirección Gerencia del Servicio y la Presidencia Ejecutiva del Insalud para el año 1999³:

1. Recepción, clasificación y regulación médica del 100% de las llamadas recibidas en el Centro Coordinador de urgencias (CCU) del 061 de Insalud-Madrid.

2. Atención a la urgencia vital "in situ" (emergencias), con unidades móviles de emergencias (UMEs), generada por la cobertura del 94% de la población de la Comunidad de Madrid (CM).

3. Atención a la urgencia extrahospitalaria (conceptualmente incluida en el término atención continuada -AC-), con medios propios y fuera del horario nor-

mal de funcionamiento de los Centros de Atención Primaria (CAPs) en Madrid capital (58% de la población de la CM).

La estructura organizativa del SEU-061 se define en base de dar respuesta a las misiones asignadas:

a) El CCU.- En el año 1999 se atendieron 966.238⁴ llamadas en el CCU (informativas, nulas y de demanda sanitaria). En este subsistema del SEU 061 desempeñan su actividad habitual 22 médicos, 12 locutores³ y 100 teleoperadoras.

b) Las UMEs.- En la CM el SEU-061 mantiene operativas 15 UMEs. En cada UME trabajan 20 personas (5 médicos, 5 enfermeros, 5 conductores y 5 celadores); el total de trabajadores asignados al subsistema que da respuesta a la urgencia vital es de 300 (de ellos 285 son plantilla Insalud³ y 15 -enfermeros- del Servicio Regional de Salud -SRS- de la CM).

c) La Unidad de Atención Domiciliaria (UAD).- En Madrid capital y fuera del horario habitual de funcionamiento de los CAPs, el SEU-061 mantiene operativas de lunes a sábado 15 UADs y en domingos y festivos de 29 a 38 dependiendo del período del año y en función de la presión asistencial. En cada UAD trabajan 2 personas (1 médico y 1 conductor) y el total de personas asignadas a la UAD es de 124³.

d) Servicios centrales (Unidades administrativas) y Centro de Servicios (Unidad de suministros, Unidad de Farmacia y Parque de vehículos).- Los Jefes de sección, de grupo, administrativos, auxiliares administrativos, conductores de parque, celadores de suministros y personal de farmacia adscritos a estas Unidades de apoyo logístico a la estructura asistencial del SEU 061 suman 62 personas³.

e) Dirección.- La clásica de AP modificada: 1 Director Gerente, 1 Director Asistencial, 1 Director de Gestión y Servicios Generales, 1 Subdirector responsable del CCU, 1 Subdirector responsable de las UMEs y de la UAD, 1 Subdirector responsable del programa de calidad, 1 Subdirector responsable del área de formación e investigación.

Desarrollo evolutivo del SEU-061

En el año 64, el extinto INP creó el Servicio Especial de Urgencias como servicio complementario a la atención ambulatoria en horario nocturno; el SEU se definía como un servicio de vehículos que atendía a domicilio y en los centros periféricos (CPs) la demanda sanitaria urgente extrahospitalaria.

Durante los años 64 al 88, el SEU evolucionó sin cambios cualitativos relevantes, ni en su principal misión asignada, ni

en su diseño como servicio médico de atención domiciliar urgente.

Con la publicación del Real Decreto 137/84 de Estructuras Básicas de Salud⁵ y posteriormente de la Ley General de Sanidad (LGS) en el año 1986, el SEU quedó definido como organización a extinguir. Su misión principal se encomendó al nuevo modelo de AP; sólo quedó pendiente por decidir, cómo y cuando el SEU debía desaparecer.

En los años 1983 al 1985, las Autoridades Sanitarias empezaron a constatar las dificultades que tenía el nuevo modelo de AP para implantar la AC en el ámbito urbano, así como, las carencias genéricas en cuanto a su capacidad para la atención a la emergencia sanitaria. En 1986 desde la Dirección Provincial del Insalud de Madrid se empezó a pensar en la posibilidad de implantar cambios en el SEU-061 de Madrid que posibilitaran la readaptación de esta organización a una nueva misión.

En 1988 la Oficina del defensor del Pueblo emitió un informe⁶ denunciando la situación por la que atravesaban los servicios de urgencia, en cuanto a saturación y déficits en dotación de recursos humanos y materiales para atender los fuertes incrementos de demanda urgente que se estaban produciendo en el sistema. La respuesta de la Administración al citado informe, se concretó en el Plan

Director de Urgencias Sanitarias⁷ que el Ministerio de Sanidad presentó en Diciembre del 88. En él se hizo una apuesta, en el ámbito extrahospitalario y en la Comunidad de Madrid, por reforzar al SEU en Madrid-capital, con la puesta en marcha de nuevos CPs, que a partir de ese momento pasaron a denominarse Puntos de atención Continuada (PAC), a la vez que se implantó el teléfono de tres dígitos, el 061, y se puso en funcionamiento el CCU, la nueva central de comunicaciones radiotelefónicas del SEU-061, receptora de llamadas de demanda sanitaria urgente y elemento clave en la configuración de un nuevo tipo de servicio sanitario ofertado a la población. Por otra parte se decidió avanzar en el contexto de la LGS transfiriendo parte del SEU, los PACs de la corona metropolitana y la zona rural de la CM, a las distintas áreas de AP.

En enero del año 90 se puso en marcha el 061, lo que produjo tras su publicación en la Comunidad de Madrid, un fuerte incremento en el número de llamadas en la nueva central de comunicaciones del SEU, a partir de ese momento ya SEU-061.

Concomitante al desarrollo de los acontecimientos se agudizó la percepción de que el sistema era insuficiente para atender determinado tipo de urgen-

cia, la emergencia sanitaria. El Plan Director de Urgencias contemplaba el despliegue de UMEs, pero desde la Administración, parece que no se tuvieron en cuenta suficientemente, las consecuencias derivadas de la puesta en funcionamiento de las primeras UMEs en el SEU-061 de Madrid.

Desde el año 90 al año 94, el SEU desplegó en la CM 9 UMEs, operativas en Madrid-capital y parte de la corona metropolitana, a la vez que se convirtió en centro de referencia para los nuevos 061s que se empezaron a operativizar en parte del territorio nacional (061 de Baleares en el territorio dependiente del Insalud, 061 de Andalucía, 061 de Barcelona, 061 de Canarias, etc).

Hasta ese momento, las nuevas UMEs del SEU-061 se habían desplegado por la CM con partidas presupuestarias adicionales, por tanto la gestión del "cambio" lo había sido en términos incrementalistas. A partir del año 1993 y en un nuevo escenario de crisis económica y de fuerte control del gasto por parte de las Autoridades Sanitarias, el desarrollo evolutivo de la organización quedó a expensas de lo que vino a denominarse "Plan de transformación del SEU-061 (PT-061)"⁸.

De Abril del año 96 a enero del 97 en el SEU-061 se produjo el penúltimo cam-

bio, la penúltima readaptación de la organización a la inevitable marcha de los acontecimientos, en parte definida por el contenido de la LGS (actuando como espada de Damocles sobre el servicio, a la vez que como motor del cambio), y en parte por la constatación de que el SEU-061 aún no atendía con sus UMEs a toda la población de la CM. El plan debía diseñarse y ejecutarse en un contexto que vino a denominarse "coste 0". Las consideraciones generales implicaban la ejecución del cambio sin despidos ni amortizaciones de plazas, en el espíritu de los acuerdos sindicales firmados en abril de 1991 por la Autoridad Sanitaria y los representantes de las Centrales Sindicales representativas en los Servicios de Urgencia extrahospitalarios. El PT-061 conllevaba el rediseño del servicio gestionando el cambio en claves de disminución. Los objetivos generales del PT-061 fueron:

- Desbloquear la transferencia del SEU a AP en Madrid-capital (transfiriendo los recursos humanos y materiales necesarios para garantizar la cobertura a la demanda urgente extrahospitalaria de "interior" –la que se atiende en el PAC–). Previamente se optimizó el dispositivo de PACs a transferir cerrando 3 de los 18 PACs operativos en Madrid-capital.

- Aumentar el número de UMEs hasta 15, en la idea de dar cobertura a las emergencias sanitarias generadas por la cobertura del 94% de la población de la CM.
- Desplegar la UAD en Madrid capital para atender la demanda urgente domiciliaria o de "exterior" fuera del horario de funcionamiento de los CAPs.
- Dotar al CCU de los elementos tecnológicos necesarios para convertirlo en el mayor centro receptor de llamadas de urgencia de España.
- Concertar con el sector privado el transporte sanitario convencional urgente (no programado), realizado hasta ese momento por el SEU con 5 ambulancias en Madrid-capital, a la vez que se encomendaba al CCU del SEU-061 la gestión del transporte sanitario urgente de estas características generado en el ámbito de la AP de salud en toda la CM.

El SEU-061 de Madrid recibió en otoño del año 96 el premio Diario Médico-Arthur Andersen a la innovación en la gestión sanitaria por el diseño y la ejecución del PT-061.

El problema de la indefinición de espacio

El Ayuntamiento de Madrid, en el año 91, creó un nuevo servicio público para

atender urgencias y emergencias sanitarias, el SAMUR. Aunque el mandato legal vigente en materia sanitaria, la LGS, nada indicaba en este sentido, se apoyó la decisión en la necesidad, no cubierta específicamente por ninguna estructura organizativa dependiente del Sistema Nacional de Salud en el municipio de Madrid, de desplegar un servicio que atendiera en la vía pública a accidentados, heridos y enfermos. En aquel momento el SEU-061 del Insalud ya disponía, aparte de sus ambulancias convencionales y de sus vehículos asistenciales de médico, de 4 UMEs en el municipio de Madrid para atender emergencias en domicilio y en vía pública. En primera instancia, el Servicio se adscribió al área de salud, procediendo la Autoridad Municipal al rediseño del antiguo parque de ambulancias municipal, al que dotó de nuevas plazas de personal sanitario (médico y de enfermería) el 1 de enero de 1993⁹, para posteriormente configurarse como un nuevo Departamento denominado SAMUR-Protección Civil, trasladándolo tras Acuerdo Plenario al área de Seguridad en el marco de Protección Civil¹⁰.

Desde la Administración Central no hubo una respuesta adecuada que intentara regular y normativizar la expansión de los nuevos 061s, así como, reconducir el problema de interpretación que se es-

taba generando en cuanto a que el abordaje de la emergencia sanitaria debía de definirse desde una perspectiva sanitaria o de seguridad.

En el año 97, la CM puso en marcha el Servicio de Emergencias y Rescate, el SERCAM, en el resto del territorio de la Comunidad no cubierto por el SEU-061 (6% de la población). Este nuevo servicio de atención a las emergencias y rescate quedó adscrito a la Consejería de Presidencia, por tanto al área de Protección Civil y Seguridad. A la vez, el SRS, cedió al SEU-061 del Insalud, 15 enfermeros para que las últimas 3 de las 6 nuevas UMEs del 061 pudieran desplegarse con la dotación de recursos humanos completa. En el caso del SERCAM, no se hizo distinción entre emergencia sanitaria en vía pública o en domicilio, a la hora de definir la especificidad en el tipo de prestación sanitaria ofertada a la población de la CM, aceptando la Autoridad Sanitaria Autónoma la zonificación con el Insalud SEU-061 para atender la demanda en la parte de la CM en la que pudieran coincidir ambos servicios, es decir, en toda menos en Madrid-capital.

Tres servicios similares se han desplegado en la década de los 90 en la CM para atender urgencias y emergencias, aunque sólo uno de ellos, el SEU-061 es capaz de dar respuesta a todo tipo de pro-

blema sanitario urgente, independientemente de que se trate de una urgencia o de una emergencia, sea en Madrid-capital, con sus UADs y sus UMEs, o sea en el resto de la CM, en colaboración con la estructura organizativa dependiente de la AP y sus UMEs, sea en vía pública o en domicilio. Además el SEU-061 se incardina en las estructuras del SNS ayudando a definir lo que se ha venido a llamar tercer nivel asistencial, la Atención Urgente¹¹.

Cumpliendo el mandato dictado en abril del año 91 por la normativa comunitaria a través de una Directiva publicada en el Diario Oficial de las Comunidades Europeas¹², la CM desarrolló normativamente en el año 96¹³, e implantó en el 98 el servicio de atención telefónica 112, al que adscribió a la Consejería de Presidencia. Este servicio se define en la Directiva Comunitaria, en la idea de ofrecer a los ciudadanos transeúntes de los países comunitarios, un número de teléfono al que llamar en caso de necesitar asistencia ante una emergencia de cualquier tipo (seguridad, sanitaria, etc). Queda claramente explicitado que el 112 es un teléfono coordinador y que será el encargado de transferir al resto de los servicios, las llamadas que reciba y que impliquen su intervención para resolver el problema.

En diciembre del año 97 el Ministerio de Sanidad, a través de la Presidencia Ejecutiva del Insalud presentó el Plan Estratégico¹⁴. En el punto V.2 de desarrollo de líneas estratégicas, se definió a los 061s como elementos fundamentales para atender a la demanda urgente y emergente; como consecuencia de ello, están en fase de diseño e implantación los futuros 061s del resto del territorio de Insalud.

En mayo del año 1998, las tres Administraciones implicadas en la atención a las emergencias en la CM y la Presidencia de Cruz Roja, firmaron un Acuerdo de Colaboración interinstitucional¹⁵ para reconducir el problema de descoordinación operativa que se había generado. El acuerdo, básicamente, adscribió en el caso de Madrid capital, al SAMUR la atención a través del 092, a la emergencia en vía pública y al SEU-061 la atención a la urgencia y/o emergencia en domicilio; en el caso del resto de la CM se definieron dos zonas de influencia, independientemente de que la emergencia se produjera en vía pública o en domicilio, la zona SEU-061 y la zona SERCAM. Asimismo, se constituyó un grupo técnico de seguimiento del Convenio y se decidió avanzar en el diseño de un solo Centro Coordinador para gestionar la demanda sanitaria urgente de toda la CM.

En cualquier caso, no se explicitó de quién iba a depender ese centro y no se rompió el status quo en Madrid-capital, manteniendo el "extraño" diseño para una ciudad de tres millones de habitantes en cuanto a la cobertura de la urgencia/emergencia sanitaria por dos Servicios de Emergencias similares, dependiendo de si ésta se produce en vía pública o domicilio.

El contexto interno. Impacto del cambio sobre la organización

En el SEU-061, a partir del escenario descrito en el último decenio (cambios en el contexto político, normativo-legales y en la atención Primaria) y en la búsqueda de salidas que le permitieran afianzarse en el futuro, en un Sistema Nacional de Salud redefinido con un tercer nivel asistencial, así como en la consolidación de su actividad asistencial en su espacio geográfico-poblacional de referencia, la CM, han ocurrido una serie de acontecimientos que le han llevado a convertirse en ejemplo de qué significa gestionar el cambio y de cómo puede hacerse. Efectivamente, recuerda a aquella ciudad de las estrellas que, en el desierto de Arizona, se construyó bajo una burbuja de plástico para evaluar las posibilidades de supervivencia y adaptación del hombre en un nuevo mundo.

1ª Fase. La gestión del cambio en claves de incremento (años 89 al 94)

Esta etapa está definida por la puesta en funcionamiento del CCU, el aumento del número de PACs en Madrid-capital, la transferencia a AP de los PACs de la corona metropolitana y la zona rural, el despliegue de 9 UMEs en la CM y la consolidación del SEU-061 como la doceava Gerencia de AP de Insalud-Madrid. Los acontecimientos más relevantes que se producen en la organización son:

1. Aumenta el número de profesionales y trabajadores del SEU-061.
2. Aumenta el número de recursos móviles asistenciales para la atención a las emergencias.
3. Se define una nueva estructura organizativa en el CCU (aumenta el número de médicos, se contrata a una empresa de telemarketing y se implantan las innovaciones tecnológicas pertinentes).
4. Se ponen en marcha las comisiones de docencia e investigación y la comisión de farmacia.
5. Empieza a impartirse en la red pública de hospitales de la CM, el curso de atención a politraumatizados y pacientes críticos coordinado por la Comisión de docencia del SEU-061.
6. Aumenta significativamente la presencia de profesionales y trabajadores

del SEU-061 en las Sociedades Científicas, especialmente en la SEMES (Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias), así como en otros foros de debate científico-técnicos.

7. Se normaliza como actividad habitual del SEU-061, el transporte interhospitalario de pacientes críticos.

2ª Fase. La gestión del cambio en claves de disminución (años 94 al 97)

Esta etapa está definida por la expansión del servicio con mínimos incrementos presupuestarios y sin aumentos en el número de trabajadores, ni despidos, ni amortizaciones de plazas: aumenta hasta 15 el nº de UMEs, se transfieren a AP los recursos humanos necesarios para cubrir la actividad de "interior" de los PACs en Madrid-capital, se cierran 3 PACs, se pone en marcha la UAD, se transfiere el transporte convencional de pacientes a una unión temporal de empresas (UTE) y se redefine tecnológicamente el CCU. Los acontecimientos más relevantes que se producen en la organización son:

1. Transferencia de 159 profesionales y trabajadores a las áreas 1, 2, 4, 5, 7 y 11 de AP de Insalud-Madrid.

2. Reubicación de 30 médicos, 15 DUEs, 30 conductores y 30 celadores

desde los PACs y las Ambulancias convencionales al dispositivo de UMEs.

3. Reubicación de 56 médicos desde los PACs a la UAD.

4. Diseño de nuevos turnos de trabajo para los médicos de la UAD.

5. Aceleración del proceso de formación específica en emergencias para toda la plantilla de personal sanitario del SEU-061.

6. Incorporación de 15 DUEs dependientes del SRS de la CM a las UMEs.

7. Nombramiento de la Responsable de farmacia y normalización en el marco normativo-legal de la CM del Servicio del Farmacia del SEU-061.

8. Renovación completa de la flota de vehículos del SEU-061 y adquisición de parte de las nuevas UMEs por parte de algunos Ayuntamientos de la CM (Alcorcón y Alcobendas).

3ª Fase. La estabilización en el proceso de cambio (años 97 a 99)

Esta etapa se define por la profundización en la implantación de mecanismos de participación de los trabajadores en el proceso de toma de decisiones, así como por la normalización y certificación del SEU-061 en el marco de la norma UNE-EN-ISO-9000 y por el nombramiento de médico o enfermero de emergencias para el personal médico y de enfermería

adscrito al dispositivo de emergencias (UMES y CCU):

1. En el Contrato de Gestión firmado por la Dirección Gerencia del Servicio y la Presidencia Ejecutiva del Insalud para el año 98¹⁶ figuraba la definición de las Unidades Funcionales (UF) del SEU-061 en número de 20 (15 UF-UMEs, 4 UF-UADs y 1 UF-CCU), el nombramiento de Responsables (1 por cada UF) y la puesta en marcha del Consejo de Gestión, así como el compromiso de diseñar y firmar los Contratos de gestión entre la Dirección Gerencia y los responsables de las Unidades Funcionales. En el Contrato de Gestión de 1999 se profundiza en el proceso de descentralización y se contempla el nombramiento de un Coordinador al frente de cada Unidad Funcional

2. En septiembre del año 97 se nombra un Subdirector médico responsable del área de calidad, a la vez que se adjudica el concurso a una consultoría, con objeto de dar la cobertura técnica necesaria al SEU-061 para que consiga acreditarse en el marco de la norma UNE-EN-ISO 9001. En octubre del año 98 el SEU-061 consigue la acreditación y certificación por parte de AENOR y el premio Diario Médico-Arthur Andesen por segunda vez en su historia, esta vez en el área monográfica de "calidad".

3. El Ministerio de Sanidad y Consumo por resolución de 26 de julio de 1999 crea los puestos de personal Sanitario, Médico y Diplomado en enfermería de emergencias, en los centros coordinados de urgencia y en las unidades móviles de Emergencias, así como los puestos de Coordinador de Unidad Asistencial¹⁷. Con fecha de 27 de julio¹⁸ y por acuerdo del Consejo de Ministros sobre diversas mejoras en los servicios de AP, se acuerda asignar complemento de destino, específico y de AC a estos profesionales, homologando su marco retributivo al resto de los profesionales de AP.

Parte segunda.

La opción estratégica en función de cualquier escenario previsible

Constatar la evidencia del azar histórico, "*la dependencia de la senda*", como algo inherente al desarrollo evolutivo de las organizaciones, en parte supone asumir que la suma de las aportaciones individuales, asincrónicas en todo caso, nunca son una influencia decisiva para orientar el rumbo de la organización compleja que, en este sentido, no sería más que un subproducto colectivo de la suma de las mismas. Sin embargo esta idea nunca debería de configurarse como soporte ideológico para justificar la inhibición en la acción de los miembros de una organi-

zación por tanto, del inmovilismo. El asumir parte de la tesis principal, la historia importa, conlleva un coste-oportunidad intrínseco, el que se obtiene del uso del análisis histórico como herramienta de búsqueda, a través del conocimiento profundo de una organización concreta, de sus hitos y de sus claves culturales, de la "oportunidad" para avanzar en un proceso de cambio continuo en zig-zag, hacía la consolidación de una parte (una organización) de un todo (un sistema) que contiene una serie de valores, cuya defensa no puede quedar encomendada al azar. La historia importa, pero no tanto como para no intervenir en el desarrollo evolutivo de una organización por parte de la Autoridad Sanitaria o de un grupo, o de cada uno de los profesionales y trabajadores de la misma, en defensa de los valores a los que sirven, cerrando aquellos caminos por los que no se debe discurrir y abriendo aquellos otros por los que, por razones de evidencia científico-técnica, debe transitarse.

Del análisis de los resultados del SEU-061, así como del grado de profundidad de los hechos ocurridos en la última década, tanto en el contexto externo como en el contexto interno de la organización, cabe deducir la necesidad de reorientar estratégicamente en un flujo continuo el sentido de las decisiones a

tomar en cualquier escenario posible, con objeto de garantizar la eficiencia de la organización en el cumplimiento de las misiones asignadas por la Autoridad Sanitaria en el marco de los acuerdos vigentes (el interinstitucional para la atención a las emergencias en la CM o en cualquier otro), así como de consolidar el "proyecto de cambio continuo" como consustancial a la propia estructura organizacional.

a) Una buena obra para cualquier escenario

El futuro de cualquier estructura proveedora del Sistema Nacional de Salud, en un momento de análisis crítico de las consecuencias derivadas de la implantación en la década de los 90 de lo que podrían considerarse como medidas facilitadoras del avance hacia el nuevo paradigma, el mercado interno, pasa por incorporar y consolidar en la gestión de los sistemas públicos de salud lo bueno ("*satisfacción*" en términos de usuario, "*calidad científico-técnica*" en términos de profesional, "*información*" en términos de financiador y de gestor, "*control*" en términos políticos y de supervivencia de una idea) y desechar lo innecesario por extraño y por externo, y además, porque no puede ser incorporado a lo consustancial de los sistemas públicos de salud

(“inequidad” en términos de ciudadano, “gasto inducido o de transacción” en términos de financiador y de gestor, “desgaste” en términos políticos y de supervivencia en el poder).

Por otra parte, el futuro del Sistema Nacional de Salud o de sus partes, también depende de su capacidad para proceder al rearme ideológico, en el seno de una sociedad que ha integrado una serie de valores, entre ellos el de la salud como “derecho” reconocido en nuestra Constitución y herramienta de solidaridad de los ricos con los pobres y de los sanos con los enfermos, como consustanciales e identificatorios de la manera de ser de un pueblo.

Hacerlo bien se convierte en éticamente ineludible e inexcusable; gestionar con las herramientas necesarias para garantizar que en un escenario determinado (contexto), los autores de la obra (financiador, proveedor y usuario) cumplen con el guión predeterminado y negociado en la redacción de la trama argumental, es absolutamente inevitable so pena de caer en un grado de deslealtad y/o de incongruencia manifiestos. Por tanto, el proveedor (la organización) en tanto que actor, autor y director de la obra, debe de aumentar su grado de compromiso-participación al hilo de los cambios que ocurren en la sociedad de la que es par-

te, imaginando alternativas que den respuestas a nuevas demandas de los ciudadanos y aseguren el éxito de la obra.

El servicio que preste el SEU-061 a la población de la CM deberá ser adecuado, en el sentido de “acomodar una cosa a otra”¹⁸. La definición conlleva implícita la flexibilidad, la agilidad, la importancia del objetivo, la necesidad del cambio como herramienta de adaptación al contexto externo y a sus perturbaciones, previsibles por el propio posicionamiento de la organización y su evolución histórica en el ámbito de la AP o no previsibles y dependientes de “crisis” globales del sistema. Igualmente el SEU-061 debe “acomodarse” a su contexto interno, readaptarse en su desarrollo evolutivo a una nueva expresión táctica, que le permita, incorporando nuevas herramientas técnicas o de gestión, conservar sus propias señas de identidad, su lenguaje y sus valores.

b) El compromiso de los profesionales y trabajadores del SEU-061 con el éxito de la obra

En todo caso, el proveedor, la organización, o el SEU-061 según queramos llamarlo y los profesionales-trabajadores-ciudadanos que lo componen son la misma cosa. Motivar a los miembros del SEU-061, articular la participación de los grupos en la dinámica organizacional, y

generar espacios de encuentro de "intereses de las partes" (la Dirección del Servicio, los profesionales y trabajadores y las Centrales Sindicales), canalizando su opinión e incorporándola al proceso de toma de decisiones en la búsqueda de visiones compartidas²⁰. El SEU debería definitivamente afianzar estructuras que permitieran gestionar la organización a favor del ciudadano, en el marco de la estrategia global marcada por la autoridad sanitaria y en base a la defensa de los valores de la Institución a la que pertenece. Desde la etapa de diseño y en paralelo al grado de implantación, el proyecto exige contemplar la puesta en marcha de mecanismos de control del riesgo principal; la metodología se convierte en la herramienta para combatir el vértigo "*laissez faire*", inherente a cualquier cambio organizacional que avance hacia un profundo proceso de descentralización como el que se está produciendo en el SEU-061. La primera y la última línea de acción a blindar ha sido el fortalecimiento de medidas tendentes a la radical democratización de la organización:

1. Desarrollar y consolidar el Consejo de Gestión, avanzando en el diseño y en la implantación de la Dirección Participativa por Objetivos (DPPO). El sistema ya contempla la monitorización de la actividad de la organización a través de un

cuadro de indicadores que permiten evaluar el grado de cumplimiento de objetivos, que en la medida de lo posible, están siendo producto de la negociación. Asimismo, el análisis de sus desviaciones y la implantación de medidas correctoras.

2. Fomentar la participación de las Centrales Sindicales en los procesos de cambio que vienen ocurriendo en el SEU-061, como representantes legítimos de los trabajadores que son, facilitando que asuman las responsabilidades derivadas de la coparticipación en la consecución de los objetivos generales de la organización, y su reorientación estratégica en la búsqueda de la compatibilidad de la defensa de los intereses de los trabajadores, de la institución y de los ciudadanos.

3. Fortalecer la tendencia a la horizontalización en la estructura orgánica de poder del SEU-061, diseñando un equipo directivo con recursos en línea que asumen funciones de "*staff*", aumentando éste e incorporando a los Coordinadores de las Unidades Funcionales y Jefes de la Guardia del CCU al proceso de gestión y de toma de decisiones del 061.

4. Fortalecer las Comisiones clínicas y los grupos de calidad, herramientas de participación de los profesionales y trabajadores en las actividades científico-técnicas, vitales en la búsqueda de la excelencia, motor inagotable y fuente de

autorealización de las personas, elemento por tanto motivador que da valor añadido al producto salud que obtiene el SEU-061 en términos de calidad asistencial. Ligar la política de incentivos al grado de participación de los trabajadores en este tipo de actividades y avanzar decididamente en el diseño e implantación de mecanismos de recertificación, se constituyen en elementos básicos del desarrollo del plan de formación continuada del SEU-061.

5. Consolidar el Sistema de Calidad del SEU-061 como herramienta de gestión de primer nivel; la normalización de los procesos y la certificación de la organización, no han sido un fin en sí mismas. El marco de las normas UNE-EN-ISO-9000 es estrecho y rígido para una organización sanitaria. Tiene el enorme valor de generar carriles por lo que pensar en términos de calidad, pero hasta que no verifiquemos que normalizar procesos mejora el producto asistencial SEU-061, o hasta que no validemos la adecuación de la norma UNE-EN-ISO-9000 al contexto, el sistema de gestión de la calidad debe rediseñarse hacia un sistema de mejora continua. El Plan Estratégico de Insalud de diciembre de 1997 contempla la implantación de sistemas de la calidad en los centros bajo el modelo E.F.Q.M. de calidad total. El SEU-061 se encuentra

en la fase inicial de ejecución del proyecto, la primera autoevaluación.

6. Liderar la consolidación del cambio en el sentido democrático del término, que no es más que facilitar que la organización sea capaz de liderarse a sí misma, dotándose de las herramientas y de los mecanismos transparentes necesarios para que todos los profesionales-trabajadores-ciudadanos acepten su grado de responsabilidad y participen con todas las consecuencias en la acción. Sin duda los cambios que se han producido en el devenir histórico del SEU-061, han sido posibles porque de cualquier forma se puede constatar que el grado de participación de los profesionales y trabajadores en los mismos ha sido muy alto.

Parte Tercera.

Las claves en el desarrollo del proceso

1. La visión compartida. El contexto externo, en cuanto a perímetro normativo-legal indefinido, y a la vez limitante del terreno en el que se ha desarrollado el proceso de cambio del SEU-061, puede considerarse el factor determinante, el motor del inicio de la acción de "re pensar", tanto por las Autoridades Sanitarias como por los sucesivos responsables de la organización, un nuevo 061 en la Comunidad de Madrid, parte de una nueva

estructura organizativa de la red asistencial del Sistema Nacional de Salud, los Servicios de Emergencia. El Plan de reestructuración del SEU de Madrid como tal nunca existió; el resultado de la secuencia de visiones compartidas, que acababan resultando planes a corto en la lejanía de un horizonte difuso, se percibe en el Plan Estratégico del Insalud de diciembre del 97, en el que se garantiza definitivamente el despliegue de los nuevos 061s en el resto del territorio de Insalud. En cualquier caso, queda pendiente de incoordinar el cambio del 061 de Madrid, en el nuevo escenario que se perfila en la estrategia global de la Administración para el resto de 061s en el seno del proceso de macrorreformas que se proponen en el Sistema Sanitario.

2. La socialización del problema. Los profesionales y trabajadores del SEU-061 se incorporaron al desarrollo del proceso nada más comenzar la fase incrementalista de cambio, coincidiendo con la puesta en marcha del nuevo Centro Coordinador y de las primeras UMEs. El desarrollo de los acontecimientos ha permitido seguir avanzando; la especialización de los profesionales del 061, el aumento lento pero sostenido, aún en contexto cero, del número de unidades de

emergencia, la difusión y conocimiento de la población del servicio, la descentralización, la implantación de un sistema de gestión de la calidad, etc, han sido proyectos que hasta ahora, han permitido mantener "enganchados" a los miembros de la organización.

3. La interiorización de la marca 061 y el sentimiento de pertenencia al grupo original. En cada una de las fases de desarrollo evolutivo del SEU-061 se puede percibir la consolidación en los tres niveles de la organización (estratégico, táctico y operativo) la sensación de pertenencia al grupo. A veces, la estructura se matricializa para luego volver a su origen vertical; dependiendo del momento y de lo que hay que hacer, los roles se intercambian, pero la normalización en el proceso de toma de decisiones se produce inexorablemente hacia la consecución de los objetivos definidos por los responsables de la organización. La crisis produce espacios para crear, el 061 de Madrid se refuerza esperando el desarrollo de los acontecimientos y a cada problema sucede una respuesta en claves de solución, las personas que componen el 061 son el 061, además saben que son miembros del primer 061 de España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Repullo Labrador JR. Compra de bienes y contratos: balance del experimento del mercado interno británico. 1ª parte: Competencia. Función de compra y contratos). Revista de Administración Sanitaria. Exlibris Ediciones Madrid. 1998; 6: 57.
2. Rivera JA. La hipótesis de la Reina Roja (y otras hipótesis). Claves de razón práctica. Promotora General de Medios. Madrid. 1997; 78: 16-13.
3. Contrato de gestión. Subdirección General de Atención Primaria y Gerencia 061 Madrid. INSALUD. 1999.
4. Sistema de información sanitaria. Servicio Especial de Urgencias 061. INSALUD. Madrid. 1998
5. R.D. 137/84 de estructuras básicas de salud. Boletín Oficial del Estado. Mº de Sanidad y Consumo. 1984.
6. Gil-Robles, Gil Delgado. Informe sobre servicios de urgencia del Sistema Sanitario Público. Oficina del Defensor del Pueblo. Madrid 1998.
7. Plan Director de Urgencias Sanitarias. INSALUD. Mº de Sanidad y Consumo. Madrid 1988.
8. Menéndez J. La transformación del SEU 061 de Madrid: un proyecto de rediseño estratégico. INSALUD. SEU 061 1996. Mimeo.
9. Acuerdo plenario del Ayuntamiento de Madrid por el que se procede a la transformación del Parque de Ambulancias Municipal. Boletín del Ayuntamiento de Madrid 5.019 de 8 de abril de 1983. Madrid; 453.
10. Acuerdo plenario del Ayuntamiento de Madrid por el que se crea el departamento SAMUR-Protección Civil. Boletín del Ayuntamiento de Madrid 5.200 de 19 de septiembre de 1986. Madrid; 1.534.
11. Vivas D. Sánchez Ruano E. Informe Delphi del Sistema Sanitario Español. Estrategias, tendencias y desarrollo. MCQ Ediciones. Valencia. 1993; 29-30.
12. Decisión del Consejo de 29 de julio de 1991, relativa a la creación de un número de llamada de urgencia único europeo. Consejo de las Comunidades Europeas. Diario Oficial de las Comunidades Europeas de 6 de agosto de 1991.
13. Decreto 168/96 por el que se regula la prestación del servicio público de Atención a Urgencias a través de un número de teléfono único. Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid de 18 de noviembre de 1996. Madrid.
14. Plan Estratégico. INSALUD. Ministerio de Sanidad y Consumo. 1997; 165-167.

15. Convenio para la coordinación de la atención de urgencias extrahospitalarias y emergencias sanitarias entre la Comunidad de Madrid, el Ayuntamiento de Madrid, la Cruz Roja Española y el INSA-LUD. Mº de Sanidad y Consumo. 29 de abril de 1998. Madrid.

16. Contrato de gestión. Subdirección General de Atención Primaria y Gerencia 061 Madrid.1998.

17. Resolución de 26 de julio de 1999 de la Presidencia Ejecutiva del Insalud por la que se crean los puestos de personal sanitario en los Centros Coordinados de Urgencia y en las Unidades Móviles de Emergencia. Boletín Oficial del Es-

tado de 10 de agosto de 1999. Ministerio de Sanidad y Consumo 1999.

18. Resolución de 27 de julio de 1999, de la Presidencia Ejecutiva del Insalud, por la que se ordena la publicación del acuerdo del Consejo de Ministros sobre las diversas mejoras en los servicios de Atención Primaria. Boletín Oficial del Estado de 12 de agosto de 1999. Ministerio de Sanidad y Consumo.

19. Gran enciclopedia Larousse. Planeta. Barcelona. 1993; 1: 143.

20. Mintzberg H. Los peligros de la planificación estratégica. Harward Deusto Business. Review. 1994: (60): 5-17.

