

VIII Jornadas de Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios

Salamanca, 8-10 de junio de 2006

Gestión Clínica

Ponencias

El nuevo modelo de organización y financiación sanitaria de la Comunidad Valenciana: integración asistencial y gerencia única	9
Jiménez Cantos E.	
Gestión Propia en un Equipo de Atención Primaria	12
García Ramón E.	
La gestión de los cuidados de enfermería a través del autocuidado	14
Martínez Sánchez E.	
Coordinación entre los niveles asistenciales de Atención Primaria y Atención Especializada	17
Ruiz de Ocenda M.	
Continuity as a pivot for quality healthcare - The italian experience	19
Poletti Poletti P.	
Gerencia Única de Área: El camino hacia el Equilibrio en el Sistema Sanitario	20
Santos Gómez Á.	
Compromiso de los profesionales	24
Alonso Redondo E.	
Consulta única: añadamos valor a nuestras consultas hospitalarias tradicionales	29
Zambrana García J. L.	
Implantación de la Gestión por procesos en el Área 1 del Servicio Madrileño de Salud	32
Alemany López A.	
Diseño de protocolos de coordinación atención primaria. Atención especializada	36
Guerra Aguirre J	

Comunicaciones

<i>Gestión Clínica</i>	38
<i>Accesibilidad de los pacientes</i>	82
<i>Continuidad asistencial</i>	101
<i>Atención al cliente y/o paciente</i>	115
<i>Gestión de riesgos</i>	120
<i>Modelos asistenciales</i>	125

Pósters

<i>Gestión Clínica</i>	132
<i>Accesibilidad de los pacientes</i>	156
<i>Continuidad asistencial</i>	176
<i>Gestión de riesgos</i>	178
<i>Modelos asistenciales</i>	180

Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios

Vol. 7 - Número 3 - Julio-septiembre 2006



Patronato de la Fundación Signo

Presidente: Alfredo García Iglesias. Secretario: Ángel J. Pérez Gómez. Vocales: Ignacio Ayerdi Salazar, Fernando Bandres Moya, José Barea Tejeiro, Javier Colás Fustero, Jordi Colomer Mascaró, Juan Fajardo Navarro, Diego Falcón Vizcaíno, Carlos Fernández Rodríguez, Diego Gracia Guillén, Carmen Hernando de Larramendi Martínez, Orencio López Domínguez, Pablo López Arbeola, Ginés Madrid García, Regina Múzquiz Vicente-Arche, Juan Ortiz Fuente, Luis Rodríguez Padial, Gabriel Pérez Cobo, Ana Rubio de Pablo, Pere Soley i Bach, Concepción Vera Ruiz.

Comité de redacción

Directora: Cristina Leube Jiménez. Coordinador editorial: Antonio Arbelo López de Letona. Director monográficos: Ángel J. Pérez Gómez.

Fernando Abellán-García Sánchez, Javier Barreiro González, Francisco Cárceles Guardia, Cristina Cuevas Santos, Ramón Gálvez Zaloña, Miguel García Rubio, J. Ramón González-Escalada Castellón, Juana M. Martí-Belda Torres, Roberto Martín Hernández, Juan José Muñoz González, Francisco Nieto Pajares, José Perales Rodríguez, Teresa Requena Caturla, Francisco Rivas Clemente, Francisco de Paula Rodríguez Perera, Germán Seara Aguilar, Soledad Zuzuarregui Girones.

Colaboradores

Corresponsables autonómicos: José Luis Díaz Fernández (Andalucía), Miguel Carroquino Bazán (Aragón), Gloria Herías Corral (Asturias), Félix Mata Fuentes (Baleares), Diego Falcón Vizcaíno (Canarias), Francisco Cárceles Guardia (Cantabria), Carlos Fernández Rodríguez (Castilla y León), Jesús Hernández Díaz (Castilla-La Mancha), Pere Soley i Bach (Cataluña), Eduardo Ferrer Albiach (Comunidad Valenciana), Francisco Javier Rubio Blanco (Extremadura), Jesús Caramés Bouzán y Pedro Molina Coll (Galicia), Javier Elviro Peña (Madrid), Domingo Coronado Romero y Ginés Madrid García (Murcia), Juan Pérez-Miranda Castillo (Navarra), Fernando Astorqui Zabala (País Vasco).

©Fundación Signo 2006

Edición, suscripción y publicidad: Fundación Signo.

C/ Sor Ángela de la Cruz 24, esc A, 4.º E, 28020 Madrid. Tel.: 91 579 58 32 • www.fundacionsigno.com

e-mail: fundacionsigno@telefonica.net

ISSN: 1577-3558

Depósito legal: M-30689-2000

CIF: G-82359514

SopORTE válido: 312-R-CM

Periodicidad trimestral

Bases de datos: Publicación incluida en Índice XXI-Directorio Nacional de Publicaciones. Solicitada inclusión en el Índice Bibliográfico Español de Ciencias de la Salud (IBECS).

Tarifa 2006

Suscripción individual (1 ejemplar): 40 €

Suscripción institucional (5 ejemplares): 190 €

Precio por ejemplar: 11 €

Realización: Exlibris Ediciones, S.L.

Imprime: Desk Impresores, S.L.

La revista *Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios* es una revista abierta a todas las opiniones, pero no necesariamente se identifica con las de sus colaboradores.

VIII Jornadas de Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios Salamanca, 8-10 junio 2006

Comité organizador

Presidente

- Javier Jimenez Ferreres
- Vicepresidente
- Luís E. Vicente Sánchez

Vocales

- Juan Carlos Alonso Punter
- Ignacio Ayerdi Salazar
- Javier Barreiro González
- Concepción Ceballos Alonso
- Jose Luis Diaz Fernández
- Javier Elviro Peña
- Diego Falcón Vizcaíno

- Eduardo García Prieto
- Javier Colás Fustero
- Isabel González Álvarez
- María Jesús González Rodríguez
- Carlos Gorostiza Jimenez
- Jesús Hernández Díaz
- Eduard Jaurrieta Mas
- Félix Mata Fuentes
- Cesar Moris de la Tassa
- Juan José Muñoz González
- Juan Francisco Nieto Pajares
- Luis Rodríguez Padial
- Pere Soley i Bach

Fe de erratas

En el vol. 7, Nº 2 pags. 43-51, de Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios, en el artículo *Guía para la evaluación de la telemedicina*, donde aparecía como autor Martín J. F. deberían figurar García Arias O, Redondo Castán A.

Introducción	7
Gestión clínica	
Ponencias	
El nuevo modelo de organización y financiación sanitaria de la Comunidad Valenciana: integración asistencial y gerencia única Jiménez Cantos E.	9
Gestión Propia en un Equipo de Atención Primaria García Ramón E.	12
La gestión de los cuidados de enfermería a través del autocuidado Martínez Sánchez E.	14
Coordinación entre los niveles asistenciales de Atención Primaria y Atención Especializada Ruiz de Ocenda M.	17
Continuity as a pivot for quality healthcare - The italian experience Poletti Poletti P.	19
Gerencia Única de Área: El camino hacia el Equilibrio en el Sistema Sanitario Santos Gómez Á.	20
Compromiso de los profesionales Alonso Redondo E.	24
Consulta única: añadamos valor a nuestras consultas hospitalarias tradicionales Zambrana García J. L.	29
Implantación de la Gestión por procesos en el Área 1 del Servicio Madrileño de Salud Alemany López A.	32
Diseño de protocolos de coordinación atención primaria. Atención especializada Guerra Aguirre J	36

Comunicaciones

<i>Gestión Clínica</i>	38
<i>Accesibilidad de los pacientes</i>	82
<i>Continuidad asistencial</i>	101
<i>Atención al cliente y/o paciente</i>	115
<i>Gestión de riesgos</i>	120
<i>Modelos asistenciales</i>	125

Pósters

<i>Gestión Clínica</i>	132
<i>Accesibilidad de los pacientes</i>	156
<i>Continuidad asistencial</i>	176
<i>Gestión de riesgos</i>	178
<i>Modelos asistenciales</i>	180

Contents

Introduction	7
Clinical management	
Reports	
Valencia's new organization and health financing model: integrated care and unique managership Jiménez Cantos E.	9
Personal management in Primary Care team García Ramón E.	12
Nursery management through self-care Martínez Sánchez E.	14
Coordination between care levels Ruiz de Ocenda M.	17
Continuity as a pivot for quality healthcare - The italian experience Poletti Poletti P.	19
Unique managership in health area: the way to balance health system Santos Gómez Á.	20
Implication of professionals Alonso Redondo E.	24
Unique consulting: let's add value to our traditional out-patient department Zambrana García J. L.	29
Implantation of management through processes in area 1 of Madrid's Health Service Alemany López A.	32
Design of coordination protocols between Primary Care and hospitals Guerra Aguirre J	36

Comunications

<i>Clinical management</i>	38
<i>Patients accesibility</i>	82
<i>Continued medical attention</i>	101
<i>Patient-client attention</i>	115
<i>Risk management</i>	120
<i>Health care models</i>	125

Posters

<i>Clinical management</i>	132
<i>Patients accesibility</i>	156
<i>Continued medical attention</i>	176
<i>Risk management</i>	178
<i>Health care models</i>	180

"Ley de Evans: Si consigue mantener la calma cuando todo el mundo pierde la cabeza, entonces es que no se entera del problema"

(Arthur Bloch. La Ley de Murphy)

Este momento debe servir para reflexionar sobre qué esperan los ciudadanos de nosotros, de todos, sobre vuestras obligaciones éticas ante nuestros enfermos y también ante las organizaciones y las instituciones sanitarias que os contratan, y ante la totalidad del sistema sanitario.

Ser médico en el s. XXI obliga a conocer y abordar en no pocas ocasiones los valores de la profesión médica y la relación médico-paciente, el papel de las nuevas tecnologías de la información y comunicación en la práctica médica, y los espacios interprofesionales: los límites y la colaboración con otras profesiones sanitarias y con las especialidades médicas.

El exceso de presión asistencial es considerada la causa principal del fracaso en la relación médico-paciente. Parece conveniente la

incorporación de las nuevas tecnologías (informatización de la historia clínica) a la práctica sanitaria, siendo preciso hacer un esfuerzo para aceptar la interprofesionalidad como motor del sistema sanitario y la relación entre profesionales sanitarios-paciente, que puede ser más útil que la tradicional médico-paciente.

Debemos tener en cuenta que los problemas de nuestra sanidad no dependen exclusivamente de los médicos. Hay importantes aspectos organizativos, de medios, de condiciones de trabajo del personal sanitario, que deben mejorar mucho y que son responsabilidad de organizaciones y de instituciones. Si éstas no introducen mejoras y soluciones a corto plazo, el esfuerzo de renovación que se ha iniciado con ilusión será estéril.

Agradecemos el esfuerzo y el trabajo conjunto de todos quienes se implicaron en las pasadas Jornadas, que se vean recompensados y se produzcan mejoras en diversos campos que nos lleven a disponer de una atención sanitaria de gran calidad científica y humana.



El nuevo modelo de organización y financiación sanitaria de la Comunidad Valenciana: integración asistencial y gerencia única

Jiménez Cantos E.

Durante el año 2005, la Conselleria de Sanidad de la Generalitat Valenciana ha puesto en funcionamiento un nuevo modelo para financiar la actividad asistencial que se lleva a cabo en sus diferentes Departamentos de Salud. Un modelo capitativo, que se apoya de manera fundamental aunque no exclusiva en una financiación sobre base poblacional. La implantación de este nuevo sistema de financiación no es fruto de una decisión improvisada que se toma por el simple hecho de romper con modelos anteriores, sino fruto del estudio de la literatura especializada, de experiencias previas y también de una reflexión serena que empezó hace años en el seno de la propia Conselleria. Este nuevo sistema de financiación tampoco es desconocido en la realidad española. La asignación de recursos por parte del Gobierno Central a las Comunidades Autónomas, se basa en un sistema que atiende de manera fundamental al número de habitantes que tiene cada Comunidad Autónoma, es decir lo que constituye su "población protegida". Pero este nuevo modo de financiar los centros sanitarios valencianos, no quiere quedarse solo en eso, sino que aspira a ser palanca de cambio de una organización, la sanitaria, que es eje fundamental del "estado del bienestar".

El primer cambio organizativo que se produce es la descentralización: a semejanza con el Gobierno Central, se establece una separación entre el ente financiador y el ente provisor de servicios: Gobierno Central v. Comunidades Autónomas/Conselleria de Sanidad v. Departamentos de Salud. Se trata de situar la capacidad decisoria, en la medida de lo posible, allá donde está la información, es decir transferir capacidad de decisión allí donde esta decisión debe ser aplicada.

Pero descentralizar implica no solo delegar unos derechos de decisión, sino también modificar los sistemas de medir el desempeño e incentivar a los componentes de la organización. El control debe ser sustituido por la coordinación. La nueva arquitectura organizativa debe asentarse en tres principios: asignación de derechos de decisión,

sistemas de medida del rendimiento y sistemas de incentivos.

Los Departamentos de Salud son las demarcaciones geográficas en las que queda dividido el territorio de la Comunidad Valenciana a efectos sanitarios.

Estos Departamentos, en el nuevo modelo, tendrán asignado un presupuesto global y único y estarán dotados de mayor autonomía financiera y capacidad organizativa, pero al mismo tiempo deberán asumir también mayores responsabilidades en todo lo que se refiere a la gestión de los fondos económicos que se les asignen.

Elemento fundamental en este cambio organizativo, son los "Acuerdos de Gestión" suscritos entre la Conselleria de Sanidad y los diferentes Departamentos, donde se establecen objetivos asistenciales, organizativos y económicos, y se fijan incentivos cuyo abono va a depender del grado de cumplimiento de esos objetivos. Los Acuerdos de Gestión contienen solo objetivos globales que a su vez deberán concretarse mediante pacto entre el equipo directivo del Departamento y los responsables de los diferentes servicios integrantes del mismo. Así mismo, serán los directivos de cada Departamento los responsables de proponer e individualizar el pago de los incentivos, a la vista del grado de cumplimiento de los objetivos pactados.

Se concreta así el primer punto de este cambio organizativo: los Departamentos se convierten en los verdaderos actores de la asistencia sanitaria, aumentan sus competencias, pero también sus responsabilidades, y se convierten en gestores de su propia actividad.

El segundo cambio organizativo es la integración de los diferentes niveles asistenciales, la Asistencia Primaria y la Especializada. Si el presupuesto asignado al Departamento es único, y a su vez éste es responsable de la atención sanitaria de toda una población, la consecuencia natural es que los escalones asistenciales desaparezcan ya que ni la retención de pacientes en un determinado escalón asistencial, ni la actividad por la actividad favorecen a ninguno de los niveles asistenciales implicado en un juego de suma cero.

La Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad Valenciana establece un horizonte de integración asistencial que cumple con este nuevo modelo de organización y que quedará definitivamente consagrado con la pronta publicación del nuevo reglamento de asistencia sanitaria.

El tercer cambio organizativo, lo constituye el nuevo modelo de financiación capitativa.

La financiación capitativa consiste en asignar al conjunto de proveedores de cuidados de una zona geográfica determinada, un fondo económico por cada persona de dicha zona, incluida dentro de la población protegida, durante un periodo de tiempo determinado. Este fondo se caracteriza por ser equivalente al gasto teórico en servicios de salud de una persona durante el período definido, estar ajustado en función de determinadas características socio-demográficas y de salud de la población de dicha zona y, ser independiente del nivel de utilización de servicios sanitarios que se produzcan durante ese período.

Parece que este sistema de financiación es el que mejor puede apoyar los cambios que se quieren introducir en nuestra organización sanitaria, pasando de un sistema sanitario fuertemente centralizado (prácticamente todas las competencias residían en la Conselleria) y estructurado en escalones asistenciales (primaria v. especializada), a una organización descentralizada e integral, en la que los Departamentos van a tener una actitud más proactiva en la toma de decisiones, porque van a ser los responsables de la salud de la población que tienen asignada, con un presupuesto calculado en base a esa población. El modelo de asignación de fondos de base capitativa descansa sobre tres pilares fundamentales:

1. Territorio de cobertura y referencia: Departamentos de Salud.
2. Prestaciones financiadas por la cápita: cartera de servicios del S.N.S., excepto programas de salud pública, investigación y la docencia, etc..., que seguirán financiándose como hasta ahora.
3. Población protegida: aquella que está adscrita a un centro de salud del Departamento. Es decir, cada Departamento recibirá un fondo por cada una de las personas que estén adscritas sanitariamente al mismo a través de un Centro de Salud.

No obstante, una vez fijado este concepto, todo el mundo es consciente de que el sistema sanitario está prestando asistencia a personas que no forman parte de su población protegida. Por ello, la Conselleria ha creado un especie de Fondo de Cohesión de carác-

ter interno contra el cual se financiarán todas aquellas asistencias sanitarias que se presten a ciudadanos de fuera de la Comunidad Autónoma, y en el que se incluyen tanto desplazados nacionales como extranjeros.

Además, sabemos que estos flujos de pacientes no se dan solo entre ciudadanos ajenos a la Comunidad, sino también entre ciudadanos propios que acuden a centros sanitarios diferentes al que tienen asignado en origen por motivos varios: urgencias de un desplazamiento temporal, ejercicio del derecho de libre elección de médico, o bien porque por razón de su patología deben desplazarse a determinados centros sanitarios de referencia.

También en estos supuestos, el Departamento que atiende a un paciente que no forma parte de su población protegida, y por él que no recibe financiación debe verse compensado por el Departamento de origen del paciente, por el principio que gráficamente hemos bautizado como "el dinero sigue al paciente", y que constituye el ideario del aplicativo que se ha diseñado para la compensación de pacientes entre Departamentos.

Una vez se ha explicado en que consiste la financiación capitativa y como se articulan las relaciones entre los distintos proveedores de servicios sanitarios, quedaría por ver como se ha calculado la cápita que recibirán los proveedores de servicios sanitarios (Departamentos), por cada uno de los habitantes que componen su población protegida.

Para ello se ha agregado el gasto real de todos aquellos programas que financian prestaciones incluidas en la cápita, con todos los capítulos de gasto que se considerarán financiables capitativamente, tales como gastos de personal, gasto corriente, recetas de farmacia, conciertos, prótesis, etc. El importe de todos estos programas con sus diferentes capítulos, se ha dividido por la población que el Sistema de Información Poblacional asigna a cada zona, con el criterio de tener asignado médico de primaria en el Departamento correspondiente.

Este cociente, que llamaríamos "cápita pura" se ha corregido por la aplicación de una serie de factores de ajuste:

1. Número de facultativos de Atención Primaria por cada 10.000 habitantes.
2. Porcentaje de municipios pequeños.
3. Porcentaje de población protegida mayor de 65 años.

Cada Departamento recibe una cápita según el número de población que tiene asignada, la cual a su vez se corrige, por los factores de ajuste enumerados.

Los Departamentos no reciben solo esta asignación capítativa, sino también otros fondos cuyo importe se ha calculado en base criterios no poblacionales, tales como el "Fondo destinado a investigación y docencia", que depende del número de médicos residentes de cada Departamento; el Fondo dedicado a "Inversiones" (a nivel territorial existen unas diferencias en dotación de infraestructuras que habrá que ir corrigiendo y, que se seguirían perpetuando con una aplicación pura del modelo capítativo).

Así pues, un nuevo modelo de organización basado en la integración de niveles y la descentralización, con una financiación basada en un presupuesto capítativo; y una nueva fórmula de relacionarse con los Departamentos de Salud, mediante la suscripción de Acuerdos de Gestión, todo ello implantado de forma simultánea, es lo que nos permitirá lanzar hacia el futuro nuestro sistema sanitario, cada vez mas eficiente, mas equitativo y técnica y profesionalmente mas preparado.

Gestión propia en un equipo de Atención Primaria

García Ramón E.
Coordinador Centro de Salud. Arturo Eyries. Valladolid

La separación que tradicionalmente ha existido en Atención Primaria entre la gestión clínica a cargo de los sanitarios y la gestión económica organizativa a cargo de los gestores no implicados en la tarea asistencial, nos ha conducido a una situación en la cual los profesionales sanitarios no se sienten como los responsables últimos de los servicios que se ofrecen en el ámbito sanitario.

Recogiendo este sentimiento y como experiencia piloto, la Gerencia Regional de Salud de la Junta de Castilla y León aprueba en el año 2005 la implantación de un programa de gestión propio que, a través de la figura del Coordinador, posibilite la participación efectiva del Equipo de Atención Primaria en la gestión de los recursos y no solo en la tarea de prestación de servicios.

Durante el año 2005, han suscrito el programa 8 equipos de atención primaria de la Comunidad de Castilla y León.

Para la suscripción del programa de gestión propia son necesarios varios requisitos:

1. Voluntariedad: solicitud por parte del coordinador refrendado por el 70% de los sanitarios y al menos un 80% de los facultativos.
2. Requisitos de gestión: Cumplimiento de cartera de servicios, resultados previos de gestión económica, resultados de calidad y consumo de recursos. Todo ello en los dos últimos años.
3. Requisitos de organización: Organización interna del equipo, estructura docente, sistemas de información y plan de mejora.

Al mismo tiempo las Gerencias de Atención primaria avaladas por la Dirección Técnica de Atención Primaria deben disponer de sistemas de información acreditados para el seguimiento de la actividad, imputación de costes y funciones de agencia y gestoría de apoyo a los equipos.

El equipo, a través del coordinador, solicita la gestión que debe ser refrendada por la Gerencia de Atención Primaria, la Gerencia del Área y la firma del Gerente regional de salud.

La vigencia del programa es de 3 años, prorrogable por periodos iguales, pudiendo rescindirse antes de la finalización por solicitud del equipo, de la gerencia regional o por

incumplimiento sin posibilidad de resolución. Con carácter anual se realiza un balance de resultados con varios apartados:

1. Componente A: Resultados de la gestión económica.
2. Componente B: Resultados de producción de servicios.
3. Componente B: Nivel de calidad.
4. Componente B: Resultado de consumo de recursos ajenos.

El balance de resultados se obtiene mediante una fórmula en la cual se multiplica el componente A x B que en todo caso no será superior al 65%.

En los casos de liquidación positiva el coordinador, oído el equipo, podrá destinar el presupuesto a incentivos, formación, obras, etc.

En caso negativo, se minorará la partida correspondiente a productividad variable en la misma cuantía, y si aun no fuese suficiente, el EAP propondrá que partida será minorada para hacer frente al déficit.

Resultados de gestión propia del EAP de Arturo Eyries de Valladolid (Año 2005)

La suscripción del programa de Gestión Propia fue realizada por el coordinador con el apoyo del 100% del personal facultativo y del 80% del personal de enfermería.

La asunción del programa comenzó en el mes de marzo del año 2005, si bien se ha computado desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre.

A.Resultados de gestión económica:

Capítulo I: Hace referencia a los gastos de personal eventual para vacaciones, permisos de formación y periodos de incapacidad temporal inferiores a 30 días. El resultado de la gestión ha sido favorable con un saldo positivo de 15.996 euros en el personal facultativo, 13.260 euros en el personal de enfermería y 987 euros en el personal de admisión. Capítulo II y III: referente a bienes y servicios. En estos capítulos el saldo también ha sido favorable al equipo, con un saldo positivo de 30.858 euros.

Capítulo IV: hace referencia al presupuesto y gasto de prescripción farmacológica con receta médica. El saldo favorable en este caso ha sido de 232.186 euros.

Resultados de la producción de servicios:

- B.1. Cartera de Servicios: se ha conseguido una suma de resultados por servicios del 129,78 % sobre las coberturas pactadas, pendiente en el momento actual de conocer los resultados sobre el cumplimiento de las normas técnicas mínimas en los diferentes servicios.
- B.2. Actividad: se han realizado 66.769 consultas de Medicina General, con una media de tiempo de atención de 10,22 minutos por paciente. En Pediatría se han registrado 9.713 consultas con una media de tiempo de 14,12 minutos y 57.797 consultas de Enfermería con 11,10 minutos de atención de media.
- B.3. Calidad: se han cumplido todos los estándares de calidad en prescripción farmacéutica, consiguiendo un porcentaje acumulado a 31 de diciembre del 2005 del 24,39 % de prescripción de genéricos. El Programa de Mejora de Calidad dedicado a la mejora de la asistencia de los pacientes inmovilizados fue finalizado y reevaluado en el año 2005. Los resultados de la auditoría de calidad y normas técnicas mínimas de la historia clínica se desconocen en el momento actual.
- B.4. uso de recursos ajenos:
- Se habían pactado 8.545 interconsultas con el 2º nivel de atención, que era el número de consultas consumido en años anteriores. A 31 de diciembre del año 2005, el número de consultas realizadas fue de 7.496, con un total de 1.049 consultas menos que las consultas pactadas.
 - El número de extracciones periféricas de sangre ha sido de 9.521, incluyendo en las mismas las extracciones correspondientes a petición del equipo, así como las peticiones correspondientes al 2º nivel.
 - El total de peticiones de pruebas radiológicas ha sido de 1.836.
 - El resto de pruebas realizadas en el propio equipo como las espirometrías, electrocardiogramas, etc no han presentado en ningún momento lista de espera.
 - No se han conseguido los objetivos de incapacidad temporal, con una prevalencia de bajas (P.B.) del 2,23 sobre un objetivo del 2,10 y con una duración

media por asegurado (D.M.A.) del 0,71 sobre un objetivo del 0,60.

Se desconoce en el momento actual el resultado de la aplicación de la fórmula del balance de los resultados hasta conocer el resultado de la auditoría.

De ese resultado, que será positivo, una parte irá destinada a incrementar el presupuesto de formación del año 2006, otra parte tendrá como destino la compra de material para mejora de las prestaciones de servicios del equipo, y el resto irá destinado a incentivos directos al personal del equipo, ajustándose a unos criterios evaluables de aplicación individual previamente acordados por el equipo.

Ventajas del modelo de gestión propia:

- 1- capacidad de decisión del EAP en la fijación de objetivos de cobertura y de producción de servicios.
- 2- capacidad de decisión del EAP para la asignación de recursos según las necesidades sentidas.
- 3- mejora de la resolución de problemas propios.
- 4- mejora de la cohesión, clima del equipo y liderazgo compartido.
- 5- mejora de las aspiraciones profesionales, aumentando la lealtad, el rigor y el compañerismo.
- 6- transferencia de riesgo según responsabilidades e incentivos.
- 7- posibilidad de propuesta de personal eventual.
- 8- mejora en la prestación de servicios a los usuarios al acercar la gestión al consumidor.

Inconvenientes del modelo de gestión propia:

- 1- imposibilidad de comprar bienes y servicios a los ajenos en los servidos por la Gerencia.
- 2- limitación para el contrato y las condiciones del personal contratado.
- 3- imposibilidad para contratar recursos ajenos, teniendo que ajustarse a los servicios del propio sistema público.
- 4- obligación de asumir una plantilla de profesionales establecida previamente y sin posibilidad de modificación.
- 5- no garantía en el mantenimiento del presupuesto inicial y las condiciones del balance de resultados.

La gestión de los cuidados de enfermería a través del autocuidado

Martínez Sánchez E.

Todos tenemos en mente que los recursos son limitados, y el problema es, decidir dónde y cómo emplearlos.

Ustedes mejor que yo saben, que el aumento del gasto, es exponencial, y mayoritariamente el grueso se dedica a farmacia, infraestructuras, tecnología y recursos hospitalarios. Sin pretender ser fatalista, asusta un poco leer las proyecciones en morbimortalidad que se avecinan, aumento de problemas cardiovasculares, drogodependencias, accidentalidad, sida, violencia... Sin embargo no puedo dejar de pensar que muchas de estas patologías son prevenibles. Prácticamente todos los discursos técnicos o políticos se suscriben a la importancia de la educación para la salud (OMS: "una actividad educativa diseñada para ampliar el conocimiento de la población en relación con la salud y desarrollar los valores y habilidades personales que promuevan salud", tratándose así de un instrumento a utilizar tanto en promoción, prevención, cura y rehabilitación) para tratar de paliar en la medida de lo posible estos problemas de salud.

Pero en la práctica, ¿Cuánto dinero se le dedica en la actualidad a la educación para la salud?

Hay otra variable, que llamo "economía sumergida y desconocida", que tiene su fundamento en la capacidad de los usuarios para gestionar su propia salud, pasando de una actitud de espectador a gestor primario de su vida. Pero para capacitar a esas personas no sólo basta con la información, de temas referentes a la salud o enfermedad, sino que es necesaria la motivación para que las personas lleven a la práctica los conocimientos adquiridos y poder promocionar su salud, prevenir la enfermedad o aprender a cuidarse cuando esté en curso una enfermedad. Por lo tanto para promocionar la salud, dependerá de la participación activa de una población bien informada en el proceso de cambio, y la EPS es la herramienta a utilizar, ya que requiere desarrollar actividades dirigidas a grupos que se conciencien sobre las causas ambientales, económicas y sociales de la salud y la enfermedad.

Estas cuestiones hacen que veamos con más

interés el autocuidado del paciente, la persona como gestora de su propia salud.

¿Sería posible invertir un poco la visión de atender solo la enfermedad y trabajar con las personas sanas antes de que se produzca la enfermedad?

¿Sería posible ampliar, por nuestra formación y tradición el paradigma biomédico, por uno que tenga mas presente los problemas socioeconómicos y emocionales?

Ya en el año 1974, Lalonde nos habla de los determinantes de la salud, y no solo hace referencia a los estilos de vida, medioambiente y biología, sino también a la organización del sistema sanitario, y yo me siento como ciudadana y profesional, parte de él.

La promoción de salud, como saben ustedes, exige un esfuerzo colectivo de políticos, profesionales de diferentes disciplinas, y de los ciudadanos, para poder abordar la salud. La salud no puede seguir identificándose solamente con los servicios sanitarios; la salud es una responsabilidad individual, pero para que esto se haga realidad es necesario que las personas conozcan los factores que condicionan su salud y sean capaces de realizar los cambios pertinentes para su mejora. Las personas deben saber cómo pueden contribuir al mantenimiento y mejora de su salud, así como el modo de enfrentarse a la enfermedad, el sistema sanitario debe adoptar un rol reforzador de las acciones educativas.

EPS "no solo consiste en aportar conocimientos sino cambiar conductas, actitudes y valores. De esta forma debemos entenderla como un proceso de comunicación interpersonal que trata de capacitar y contribuir al desarrollo personal de la gente, como proceso ha de ser planificado y continuado, no se trata de actividades aisladas ni campañas esporádicas. la comunicación que se establece, exige bidireccionalidad, lo que supone entrar en un proceso de aprendizaje significativo, que tiene en cuenta, las vivencias, creencias, conocimientos, actitudes, en definitiva la cultura, y necesidades de la persona y comunidad". Modolo y Sepilli 1981.

Nuestra razón como profesionales de enfermería es el cuidado integral del ser humano,

y nuestro objetivo capacitar al individuo y/o familia para potenciar el autocuidado.

“El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar” D. Orem.

Si el autocuidado se puede aprender, y nosotros pretendemos enseñar, desde los enfoques de la pedagogía activa, centrados en el aprendizaje y el educando, nuestro objetivo será ayudar a aprender utilizando técnicas participativas.

La gestión de los cuidados de enfermería tiene como meta adecuar los cuidados a las demandas y necesidades de la población.

Haciendo referencia a la Carta de Ottawa, sobre los campos de acción para promover la salud: desarrollar políticas favorables a la salud, crear entornos que favorezcan la salud, reorientar los servicios sanitarios, reforzar la acción comunitaria y desarrollar habilidades personales, señalo estos dos últimos:

Reforzar la acción comunitaria, donde los técnicos debemos trabajar **con** la comunidad, y no **sobre** ella, ser mediadores del aprendizaje con el objetivo de capacitar, empoderar al individuo, haciéndoles participar en la definición de sus problemas, en la toma de decisiones para mejorar los determinantes de la salud, siempre que el entorno lo permita.

Y desarrollar las habilidades personales, entendidas como la capacidad de relacionarse de forma eficaz en su entorno, han sido los campos centrales del desarrollo de la experiencia que les voy a presentar y comprobar cómo han sido capaces de cambiar unas conductas generadoras de enfermedad en otras que mejoran su salud y disminuyen el costo sanitario.

El origen de la puesta en marcha de un programa de “Habilidades sociales y calidad de vida en mujeres” en la ZBS “Molina-La Ribera” (Murcia), se debe a las constantes demandas en la consulta de Enfermería por parte de mujeres sobre temas relacionados con las habilidades sociales y el control de las emociones, como variables que inciden directamente en su calidad de vida.

En principio, sus demandas simulaban consultas de origen fisiológico, pero a medida que se desarrollaba la entrevista, aparecía el verdadero motivo de su visita.

Objetivos:

- 1.- Adquirir las habilidades necesarias para manejarse con éxito en su medio social y familiar, ejerciendo de “agentes de salud”.
- 2.- Proponer alternativas que faciliten la reducción en la ingesta de medicamentos de tipo “ansiolítico” y en general todo tipo de tranquilizantes.
- 3.- Reducir el número de consultas médicas.
- 4.- Mejorar su calidad de vida tanto en la vertiente “laboral” como de “ocio”.

Metodología:

Se trata de un estudio de intervención cuasi-experimental de carácter prospectivo.

El grupo muestral se compuso finalmente de 10 mujeres en el primer subgrupo y 13 en el segundo subgrupo, procediendo de 4 cupos diferentes.

Los instrumentos de recogida de información se aplicaron antes y después de la aplicación del programa, y para algunas variables, también durante el mismo. Dichos instrumentos fueron: Test de calidad de vida de Ruiz y Baca (1993), Test de autopercepción, Variables consultadas de la HCAP (OMI-AP) así como otras variables de perfil social.

El programa experimental constó de 15 sesiones, una semanal con cada grupo, de 90 minutos de duración. El primer grupo que finaliza mantuvo una sesión de seguimiento una vez al mes.

Los datos se han tratado con el paquete estadístico SPSS 12.0, hallando medidas de posición central, variabilidad básica y comparación de medias.

Resultados:

La media de edad de 50,35 años; la media del nº de hijos es de 2,48; el tamaño medio del grupo familiar es de 3,74. La ocupación primordial es ama de casa (74%).

En cuanto a calidad de vida, en el pretest la media es de 117,22 y en el posttest sube a 145,37. Se aprecia una modificación positiva en el 100% de la muestra, siendo el nivel de significación de $p < 0,000$.

En cuanto a la frecuencia de las consultas que han realizado seis meses antes del inicio del taller y seis meses posteriores: La media del grupo antes, es de 4,35 descendiendo a 3,96. Nivel de significación $p < 0,000$.

En cuanto al consumo de medicamentos en el pretest se da una media de 0,87 y en el posttest, de 0,26.

El 73%, en una escala de autopercepción del estado emocional del 1 al 10, estaban por debajo del 5 antes de iniciar las sesiones.

Posteriormente era mayor de 7. Cuantificación de costes totales de los dos talleres (recursos humanos mas recursos materiales), es de 427 euros.

Conclusiones:

El taller sobre habilidades sociales en mujeres ha mejorado la calidad de vida así como la autopercepción del estado emocional. La intervención del taller en cuanto a sus hábitos de ingesta de medicamentos y fre-

cuantación de la consulta médica ha originado una disminución a nivel cuantitativo así como un cambio en las actitudes habituales a nivel cualitativo que refuerza los resultados indicados en la variable de calidad de vida.

La nacionalización en la utilización de los recursos disponibles tanto en lo referente a tiempo, como a recursos humanos, materiales y económicos, hace valorar como rentables el trabajo de educación para la salud en grupo.

Coordinación entre los niveles asistenciales de Atención Primaria y Atención Especializada

Ruiz de Ocenda M.

Por parte de los profesionales sanitarios y los usuarios de los servicios de salud, la coordinación entre los niveles asistenciales de Atención Primaria y Atención Especializada es uno de los puntos con más disfunciones dentro de un sistema que en general se presenta eficiente y accesible. Esta descoordinación disminuye la eficiencia aumentando gastos, originando esperas y disminuyendo la satisfacción de los pacientes, sobre todo de los enfermos crónicos y con patologías multiorgánicas.

La percepción de este problema ha originado diversos planteamientos para intentar su solución principalmente en el área clínica, aumentando la comunicación entre profesionales (rotaciones, protocolos,..) y en lo referente al proceso de interconsulta (comisiones de coordinación, pactos de interconsultas,..), todo ello manteniendo la estructura de niveles más o menos estancos. En general, y tras un largo periodo de intentos, estas soluciones no han tenido éxito.

Por ello, en diversas Comunidades Autónomas desde hace ya algunos años se ha comenzado a poner en marcha un nuevo modelo que unificaba la Gestión de ambos niveles: así nació la Gerencia única o Gestión integrada.

En esta forma de gestión, una sola organización asume y gestiona el conjunto de procesos directivos, administrativos y asistenciales que se generan en un territorio. Las ventajas de esta Gestión Integrada se puede resumir en: aumenta la eficiencia por control de costes sin duplicidades; mejora la continuidad asistencial percibida tanto por los profesionales (gestión por procesos) como por los usuarios; favorece la relación entre los profesionales y la puesta en marcha de sistemas de información comunes, etc. Además, puede nivelar el protagonismo y la importancia relativa de los profesionales de Atención Primaria y de Especializada.

Indudablemente, tiene también unos riesgos que podemos resumir en la escasa experiencia en general en su puesta en marcha, el escaso desarrollo de los sistemas de información, el distinto peso específico (presupuestario, mediático,...) del hospital respecto de la Atención Primaria y la necesidad de unos

líderes que dispongan de sensibilidad para ambos niveles.

En la Comunidad de la Rioja, a esta situación general se añadieron unos aspectos locales como la fase final de la construcción del Hospital de San Pedro (de referencia para toda la Comunidad) y de dispositivos de investigación, Centro de alta resolución, la construcción de nuevos Centros de Salud,... que permitieron pensar en aprovechar estos cambios estructurales para integrar cambios organizativos de calado.

La plasmación práctica de esos cambios se basó en medidas legislativas que configuraron una nueva organización y cometido de la Consejería de Salud, el perfil fundamentalmente asistencial del Servicio Riojano de Salud, y la ordenación territorial en 3 Áreas de Salud, en las que un gerente en cada una de ellas integra la gestión de todos los dispositivos asistenciales que actúan sobre el territorio.

En paralelo, se ha estado legislando para la creación del Defensor del Usuario, la Relación de puestos de trabajo y la creación de unidades y áreas de gestión clínica.

Así, se ha configurado el esquema del cambio del Sistema Sanitario Riojano (cuya fecha de comienzo se puede fijar en mayo de 2005), que en resumen pivota sobre la Gerencia Única, la Gestión por Procesos y la Gestión

Clínica:

- 1.- El esquema territorial se ha modificado de la siguiente forma: de una situación previa de una Gerencia de Atención Primaria y otra Gerencia de Atención Especializada, se ha pasado a 3 Áreas de Salud, que integran dispositivos de Atención Primaria y Especializada, cada una de ellas con peculiaridades de tamaño, atención especializada de referencia y organización del Equipo Directivo. Una de las primeras actividades en este sentido ha sido la unificación funcional de los dispositivos de Urgencia (SUAP y Servicio de Urgencias de la Fundación Hospital de Calahorra) en la ciudad de Calahorra
- 2.- La Gestión por procesos representa el modo de organización funcional fundamental, con 7 Directores de Procesos que

garantizan la cohesión de los proyectos y las actividades en las 3 Áreas de Salud.

En este último año, se están dando los pasos necesarios en este sentido: comenzó con el nombramiento de los Directores de Procesos, la priorización de los procesos con que se iba a comenzar, y la redacción por parte de unos 90 profesionales de los documentos que sustentan los procesos. En junio 2006 comenzará la implantación de un número significativo de procesos: alrededor de 20, tanto asistenciales como no asistenciales se encuentran en esta fase.

- 3.- Sobre la gestión clínica, que mantiene como en otros lugares los principios de autonomía de gestión, participación de los profesionales, aumento de la capacidad gestora y atención sustentada en la mejor evidencia científica, se ha comenzado en nuestra Comunidad con 3 Áreas de Gestión en el Hospital San Millán; a lo largo de este año y tras un plazo de estudio, en al menos dos Equipos de Atención Primaria.

Dentro de este marco, se pusieron en marcha una serie de actividades:

- El Comité de Integración, que en la primera fase tuvo como cometido principal la identificación de problemas de coordinación y la propuesta de soluciones, y que este año, además de continuar con lo anterior, va a ser el órgano encargado de evaluar aquellas medidas que nacieron de su iniciativa, como la figura del Médico Especialista Consultor, telemedicina (en una primera fase se comenzará con teledermatología), estudio de la Hoja de Interconsulta, etc.

- El Médico Especialista Interconsultor, en fase de pilotaje, permitirá acercar a los facultativos de ambos niveles con el comentario de casos

- Se está trabajando en el acceso a información común, mientras se diseña un programa de historia clínica en Atención Primaria que permita conseguir el objetivo de historia clínica única para los ciudadanos de la Comunidad de la Rioja.

- Buena parte de la búsqueda de la eficiencia pasa por aumentar la capacidad resolutoria de la Atención Primaria, y en nuestro caso se ha comenzado por el control de la terapia anti-coagulante oral en el EAP, y el acceso ampliado según protocolo a pruebas de imagen como TAC y RMN, así como las fases preliminares de la implantación de la ecografía en Atención Primaria.

Este año 2006 se están planteando en los Contratos de Gestión objetivos comunes para Atención Primaria y Especializada, tanto en actividad asistencial como formativa (rotaciones hospitalarias) y en gasto de farmacia.

Como conclusión, y tras un año escaso de andadura en esta nueva forma de organización de la atención sanitaria en la Rioja, la sensación es que todavía se está comenzando con el proceso de cambio; las resistencias por parte de los profesionales no están siendo especialmente intensas, y las medidas que se están llevando a cabo, aunque todavía parciales y con poca experiencia, permiten ser optimista.

Continuity as a pivot for quality healthcare - The italian experience

Poletti Poletti P.

In the last few years increased attention has been paid to the wholeness of the patient as a person, considering both the complexity of clinical situation and patient needs. Moreover, evidence has been provided that patient involvement improves clinical outcomes. In order to pursue the best results, an holistic approach has to be adopted, implying interdisciplinary and inter professional care. A pivot for quality is continuity of care along the patient pathway, both in hospital and with the community services. Critical connections have to be identified and appropriate communication tools introduced. In Italy, continuity of care between hospital and home care services has been recommended by law. Patient pathways have been designed for many diseases, including discharge, follow up, home and rehabilitation services. As soon as professionals identify the necessity of care at home, a special team come to better assess patient's requirements. Members of the team are always the general practitioner, the physician head of the community services, a nurse. According to the needs, a physical therapist, a social worker, but also other health professionals, join the team. The aim is to develop the care plan, considering all the needs. If housing or an aid is needed, social services, run by municipalities, will be invol-

ved. When patients need rehabilitation, rehabilitation centers participate, so as for nursing homes in case of chronic or long term care. Often protocols are established between units and with social service, considering admission, evaluation, discharge criteria. In order to guarantee continuity of care, clinical guidelines, along with criteria for hospital admission, are developed together by hospital doctors and general practitioners. Hospital and home care nurses agree upon protocols and tools, in order to use the same approach when patients need acute care.

Mental health and substance abuse services offer integrated care, including occupational laboratories and community services. At the present time, efforts are devoted to develop protocols to take care jointly of patients having psychiatric disorders and addiction.

Even though the awareness of the advantages of a unique patient file for all services is increasing, there are still very few experiences. In most of the cases, services have their own patient records. Electronic tools and internet help to connect and exchange information between professional along the patient pathway.

The presentation provides examples related to the services mentioned and future trends.

Gerencia Única de Área: El camino hacia el equilibrio en el Sistema Sanitario

Santos Gómez Á.
Médico de Familia. Gerente de la Gerencia Única de Puertollano

Nuestro sistema sanitario está estructurado en dos niveles asistenciales: Atención Primaria (AP) y Atención Especializada (AE). Atención Primaria debe resolver el 80% de los procesos quedando la AE como interconsultora de AP o para resolver aquellos procesos que por su complejidad diagnóstica sobrepasan la capacidad de AP. Sin embargo, en la actualidad nos encontramos con un desequilibrio entre los dos niveles, pues AP ha delegado, en la mayoría de los casos, su función diagnóstica en el hospital, donde se encuentran la mayoría de las pruebas diagnósticas, situación esta que lleva a que el hospital asuma cada vez más pacientes que deberían ser atendidos en AP, con la consiguiente hipertrofia hospitalaria con aumento desmedido de especialistas, introducción de nuevas tecnologías, exceso de demanda en consultas externas, descontrol en la gestión de las listas de espera, revisiones de por vida de múltiples patologías crónicas (secuestro de pacientes) mientras que AP cada vez más burocratizada queda relegada a solucionar casos banales delegando su función diagnóstica en el hospital.

Si de verdad la AP se ideó en nuestro Sistema Sanitario como puerta de entrada al mismo y debe resolver el 80% de los Procesos nos encontramos con la primera incongruencia de nuestro sistema, pues al observar las plantillas de facultativos de uno y otro nivel vemos que AP (que debe resolver el 80 % de los procesos) cuenta en la mayoría de las áreas con la mitad de médicos que especializada:

Esto nos lleva a un desequilibrio en la atención que tiene, a nuestro entender, una sola traducción: "AP está derivando su responsabilidad diagnóstica a AE. AP no resuelve y AE secuestra a los pacientes. No da altas."

De ser este planteamiento cierto nuestra obligación es poner en marcha todas las medidas que estén a nuestro alcance para romper ese desequilibrio y devolver al paciente a su medio natural, que no es otro que Atención Primaria.

Sabemos que uno de los problemas "eternos" en la Sanidad es la coordinación entre Atención Primaria (AP) y Atención

Especializada (AE), y entre los diferentes servicios y redes asistenciales.

La Ley General de Sanidad preveía una manera de conseguir una buena coordinación. En realidad, se trataba de superar la coordinación consiguiendo la integración. En efecto, se dice en la Ley que el Área Sanitaria contará con una estructura de gestión que tendrá capacidad organizativa sobre la atención primaria y la atención especializada. A la vez que se preveían órganos de participación de área.

Pero el desconocimiento del funcionamiento de los dos niveles respectivamente origina desconfianza e incomodidad entre ellos lo que lleva con bastante frecuencia a repetir pruebas complementarias y a retener pacientes en consultas sucesivas. Además, estas situaciones se agravan al ser los intereses, objetivos y prioridades de los equipos directivos de ambos niveles asistenciales distintos. Esta descoordinación conlleva una dilatación en la resolución del problema de salud del paciente, produciendo insatisfacción en profesionales y usuarios y un aumento de costes innecesario.

Ahora bien, si el paciente y su proceso de enfermedad son únicos parece evidente que único debería ser el proceso asistencial. El paciente y su proceso asistencial se mueven a lo largo de una cadena interdisciplinar en la cual, la debida coordinación entre los distintos niveles es la clave del éxito.

Sin una adecuada coordinación asistencial, no parece posible un nivel aceptable de Atención Sanitaria.

Para superar estos problemas en la relación entre primaria y especializada, se han creado comisiones paritarias, comisiones de coordinación y otros mecanismos para intentar mejorar la coordinación, con reuniones periódicas, protocolos comunes, sistemas de información compartidos, sistemas de citas y de admisión coordinados, protocolos de derivación, guías clínicas, sesiones clínicas conjuntas, interconsultas docentes, programas basados en las nuevas tecnologías, etc., pero la realidad es que el problema persiste.

Estando así las cosas, deberíamos preguntarnos ¿por qué todas las medidas que se

han puesto en marcha no han conseguido el objetivo buscado?.

La respuesta a mi entender y aplicando un poquito de sentido común es obvia "Existen diferentes objetivos e intereses, en ocasiones contrapuestos, entre los equipos directivos de ambos niveles asistenciales: Atención Primaria y Atención Hospitalaria"

Llegados a este punto cabría preguntarse, si esto es así, como podríamos hacer confluir los objetivos e intereses de los equipos de gestión. La respuesta está clara: Con la Gerencia única de área.

Pero, recientemente estamos asistiendo a un debate sobre la necesidad o no de implantar estas gerencias únicas de área, hay quien asegura que el modelo de gestión única es una amenaza más para la Atención Primaria que supondrá un deterioro definitivo de la actividad en los centros de salud y la destrucción irreversible del modelo de la Atención Primaria, otros ponen en duda la eficacia y efectividad real de estas experiencias argumentando que allí donde se han puesto en marcha no han dado resultados determinantes: no se ha visto que se traduzcan en una mejor satisfacción para el usuario ni en mejores índices de coordinación entre los distintos niveles asistenciales ni tampoco en mejores resultados económicos, hay quien opina que los profesionales de atención primaria necesitan salir de la cultura de la queja y buscar respuestas estructuradas que busquen vías para solucionar el problema., yo sin embargo opino, que el éxito o fracaso de estas experiencias radica en si se han cumplido o no una serie de premisas, a mi juicio, totalmente necesarias en la implantación de las Gerencias Únicas de Área.

Así, si se pretende que la gerencia única de Área sirva para mejorar la coordinación entre los dos niveles asistenciales y restablecer el equilibrio en el sistema, se deben dar obligatoriamente las **premisas siguientes:**

- Implicación de toda la organización.
- Orientación al usuario.
- Organigrama único para los dos niveles asistenciales que favorezca la integración del personal dejando a un lado la dualidad primaria-hospital pasando a hablar de Área.
- Presupuesto único común.
- Cartera de servicios única orientada a la Gestión por procesos.
- Contrato de Gestión de Área.
- Ubicación única de la estructura administrativa.
- Reforzar la orientación de las acciones hacia la **prevención y promoción** de la salud.

Si observamos las experiencias puestas en marcha hasta la fecha, vemos que en la mayoría de ellas no se dan las premisas anteriores, o bien no hay implicación de toda la organización lo que sin duda alguna dificulta que el modelo avance al tener que sortear multitud de resistencias, o se mantiene la doble estructura de gestión Atención Primaria- Atención Hospitalaria creando por encima de ellas un "supergerente" que en nada favorece la integración del personal en el Área, pues siguen persistiendo distintos objetivos e intereses, o no existe un presupuesto único con lo que no es factible una política adecuada de personal y recursos, y por último no se utiliza en el Área la gestión por procesos lo que imposibilita avanzar en la configuración de una cartera de servicios única, tendente a superar las dificultades inherentes a las organizaciones por funciones o áreas, para percibir o identificar de forma integrada las necesidades de los pacientes y coordinar las respuestas de atención y cuidados. La garantía de continuidad asistencial es el fin perseguido en una cartera de servicios orientada a procesos asistenciales y centrada en el paciente y sus necesidades, permitiendo de esta forma la distribución adecuada de los recursos disponibles hacia uno u otro nivel asistencial.

Estando así las cosas, y para intentar superar estos problemas en la relación entre primaria y especializada, y romper el desequilibrio existente entre los dos niveles asistenciales, la Dirección Gerencia del Sescam resuelve mediante la Resolución de 28 de Junio del 2004 la creación de la Gerencia Única del Área de Salud de Puertollano, unificando los centros de gasto denominados Gerencia de Atención Primaria y Gerencia de Atención Especializada del Área de Salud de Puertollano en un único centro de gasto denominado Gerencia de Área de Puertollano.

Estoy plenamente convencido de que la Gerencia Única de Área favorecerá la coordinación entre los distintos niveles asistenciales, y en ningún momento la Atención Primaria podrá salir perjudicada ni absorbida por el hospital como predicen algunos si se aplica la gestión por procesos y el dinero va donde sé este desarrollando la actividad en primaria o en el hospital.

Y digo esto basándome en la corta pero fructífera experiencia que estoy viviendo como responsable de la Gerencia Única de Puertollano y en la que, a juzgar por los resultados obtenidos y las acciones puestas en marcha, ninguno de los dos niveles asistenciales ha salido perjudicado.

Tras la puesta en marcha de la Gerencia Única de Puertollano se inició un proceso participativo de reflexión global sobre la misión, visión, valores, objetivos, funciones, y actividades en los diferentes ámbitos de actuación de la organización con la intención de crear "cultura de gestión única Área". Fase de "conceptualización".

Posteriormente se diseñaron las herramientas de gestión necesarias de cara a crear una cultura de excelencia y conducir cambios que fueran compartidos por los diferentes actores implicados (profesionales y pacientes, ciudadanía y dirección).

Nos planteamos como misión garantizar la continuidad y personalización en la atención al paciente, e incrementar la eficiencia general del sistema mediante una adecuada organización, que comportara participación en la gestión de profesionales y usuarios y una constante relación entre el personal sanitario y no sanitario de ambos niveles asistenciales.

Posteriormente establecimos una serie de **estrategias** que hicieran posible el desarrollo de la Misión y objetivos que nos habíamos planteado:

- **Organizativas** (organigrama único de Área)
- **Comunicación** (intranet de área, reuniones con asociaciones, grupos de Interés...)
- **Asistenciales** (reorganización de las Agendas, pactos oferta-demanda, rutas asistenciales, ...)
- **Implicación** (formación, comisiones...)
- **Implementación** (incentivación..)

Así, y en esta línea, estamos en vías de ofrecer una adecuada atención al paciente, continuada y personalizada, haciendo efectiva la libre elección de especialista, promoviendo atención personalizada, de tal forma que el paciente sea atendido por el mismo especialista a lo largo de todo el episodio.

Hemos mejorado los sistemas de comunicación y los circuitos asistenciales de citación de pacientes, garantizando la cita directa a Especializada (consultas y pruebas) desde todos los Centros de Salud del Área y como experiencia "piloto" facilitamos la cita online a Atención Primaria desde el domicilio del paciente.

Por otro lado, estamos en disposición de garantizar que todas las revisiones de especializada sean citadas por el propio especialista, al tiempo que los informes de consultas especializadas, altas hospitalarias, informes de enfermería al alta y resultados analíticos y de Anatomía Patológica llegan a todos los centros de salud vía electrónica, hemos implantado el módulo de historia clínica

informatizada (Turriano) de AP en AE. lo que supondrá el disponer en breve de historia clínica electrónica común para los dos niveles asistenciales.

Se han puesto en marcha distintos mecanismos para favorecer la intercomunicación entre clínicos (teléfonos móviles, correspondencia por e-mail...).

Desde el Servicio de Recepción y Documentación Clínica se informa a cada médico de AP, en tiempo real, de los pacientes de su cupo que ingresan en el hospital especificando motivo de ingreso y nº de habitación. Se ha formalizado el pacto anual entre Atención Primaria y Especializada orientado a reequilibrar la oferta y la demanda de servicios especializados estableciendo compromisos de actividad y demanda con todos los profesionales del Área con evaluación mensual de dichos pactos y publicación de los resultados en la Intranet del Área.

Hemos organizado las "agendas" de Atención Primaria y de Especializada de cara a que el profesional disponga del tiempo suficiente para atender con calidad al paciente. Se han establecido cauces de interrelación entre responsables clínicos de ambos niveles asistenciales, así, mensualmente se cuelgan en la intranet de área los datos de actividad de AP y AE así como las lista de espera de especializada y consumo farmacéutico de ambos niveles asistenciales.

Cada médico de AP tiene conocimiento, mensualmente, sobre sus interconsultas a especializada, normales y preferentes, a través de la Intranet de Área.

Se han instaurado sesiones clínicas de Área con participación de profesionales de ambos niveles asistenciales y se ha puesto en marcha el intercambio "formativo" de profesionales entre los distintos niveles asistenciales como elemento clave de la coordinación de niveles. La mejor relación entre niveles se alcanzará cuando caigan la mayor parte de las barreras psicológicas que ahora los separan y que nos conducen al desconocimiento de lo que uno y otro nivel hacen. Por este motivo se ha puesto en marcha el desplazamiento de especialistas a los Centros de Salud y un reciclaje a la "carta y de por vida" de AP en AE (cada profesional de AP pasa, una jornada de su trabajo, cada 15 días, en el servicio hospitalario que escoja y por el tiempo que estime necesario.), con un doble objetivo, por un lado que profesionales de AP y AE encuentren las soluciones al sistema y a los problemas de los enfermos, mejorando las referencias clínicas y, por tanto, la satisfacción profesional, potenciando el grado de participación

en el proceso asistencial (ampliación de su arsenal diagnóstico, terapéutico, de atención y cuidados), aumentando la capacidad de resolución de AP, estimulando la confianza del usuario, descendiendo la incertidumbre diagnóstica todo ello en aras de evitar la "actual derivación en masa" hacia AE, y por otro intentar conseguir que los profesionales de ambos niveles se **conozcan** requisito este imprescindible, a nuestro entender, para propiciar una buena coordinación.

Se han establecido áreas clínicas susceptibles de mejora como fase previa a la instauración de la gestión por procesos. Creemos que, una vez conocido que los profesionales sanitarios tienen, por las nuevas tecnologías, un acceso amplio, bueno e inmediato a la información médica, y la escasa utilidad práctica que están demostrando tener las vías clínicas amplias para el desarrollo de los procesos asistenciales (esto es una realidad) es más adecuado avanzar en la realización de **rutas asistenciales**, consensuadas entre los dos niveles asistenciales, sabiendo que, el rápido avance de las nuevas tecnologías, hará que sean modificadas periódicamente. En cuanto se pueda incorporar la historia clínica única informatizada podrán obviarse muchos pasos que, en la actualidad, fisuran enormemente la coordinación-integración de los dos niveles asistenciales. En nuestro proyecto de Área única dicha meta está cercana y, por lo tanto, no valdría la pena establecer mecanismos y vías de coordinación que generasen un gran esfuerzo, tanto intelectual como prolongado en el tiempo, impidiendo avanzar en otros aspectos más urgentes, como la correcta organización de la asistencia y la formación continuada, por ejemplo. Por este motivo nos hemos decantado por esquemas más directos, obviando lo obvio, rutas reales, cercanas y alcanzables. El estudio concienzudo de la patología es responsabilidad intrínseca de los profesionales y no es la organización quién deba imponérselo. La función de la Gerencia es facilitar las herramientas para ejercer una medicina moderna y basada en evidencias, siempre, por supuesto, adaptado a nuestros recursos. Se ha aprobado el Catálogo de Exploraciones accesibles desde Atención Primaria que contempla que el acceso a la mayor parte de las pruebas es libre para AP, con algunas salvedades indicadas por la eficiencia.

Se está preparando el acceso a las pruebas de imagen a través de la digitalización, de forma que se puedan transmitir a cualquier terminal de la red del Área; de esta forma, las imágenes estarán disponibles rápidamente para cualquier profesional, evitando la duplicidad de pruebas y la exposición innecesaria del paciente a radiaciones.

Como órganos de participación y asesoramiento a la Gerencia se ha constituido una Comisión de Coordinación Médico-Quirúrgica de Área integrada por Coordinadores de EAP y Jefes de Servicio hospitalario así como una Comisión de Cuidados de Área integrada por los Responsables de Enfermería de los EAP y los Supervisores de Unidad de hospital.

Así mismo se ha constituido un grupo evaluador EFQM formado por el Equipo Directivo del Área y profesionales de ambos niveles asistenciales, con la finalidad de utilizando las herramientas que proporciona este modelo identificar áreas de mejora que nos ayuden a gestionar el cambio hacia la Gerencia Única.

Se han introducido mejoras en la gestión económica del Área, unificado criterios en las áreas de suministros y asuntos generales para realizar concursos de Área que impliquen a AP y AE, y se ha instaurando un programa en las áreas de laboratorio y radiología que racionaliza las peticiones de muestras y pruebas e identifica las repeticiones.

Creo sinceramente que con las medidas que de forma resumida he relatado ningún nivel puede salir perjudicado, y que solamente con un nivel organizativo único, con estructuras jerárquicas claras en relación a la gestión por procesos asistenciales (su seguimiento y obligatoriedad), se podrá frenar la zozobra en la que está inmersa la relación entre niveles asistenciales "La Gerencia única de Área puede ser la autopista por la que puedan circular de manera fluida las distintas herramientas de coordinación que de manera infructuosa se han ido poniendo en marcha a lo largo de estos últimos años".

Por último animo a todos, políticos, gestores, profesionales a que sean valientes, miren al futuro y apuesten sin tapujos por aquellas experiencias que como la Gerencia única de Área pueden de una vez acabar con la descoordinación primaria-hospital a favor de la atención integral del usuario.

Compromiso de los profesionales

Alonso Redondo E.

Disfrutamos de una sociedad del bienestar, en la que superados unos resultados de salud más que satisfactorios, con una red de centros adecuadamente distribuidos, y un equipamiento y cartera de servicios avanzados, los ciudadanos y las políticas sanitarias deben ir encaminadas necesariamente hacia la gestión de la calidad total, la cual se sustenta en la satisfacción de los usuarios, la implicación de los profesionales y la evaluación continua de las actividades.

La gestión por procesos es una herramienta con la que se analizan los diversos componentes que intervienen en la prestación sanitaria para ordenar los diferentes flujos de trabajo de la misma, integrar el conocimiento actualizado y procurar cierto énfasis en los resultados obtenidos, teniendo en cuenta las expectativas que tienen los ciudadanos y profesionales, e intentando disminuir la variabilidad de las actuaciones de estos últimos hasta lograr un grado de homogeneidad razonable.

Se trata, pues, de impulsar un cambio en la organización basado en la fuerte implicación de los profesionales y en su capacidad de introducir la idea de mejora continua de la calidad, y de llevarlo a cabo desde un enfoque centrado en el usuario, lo cual trasciende la cultura clásica de los servicios clínicos.

Las unidades de gestión clínica, la segunda herramienta del Plan de Calidad de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, representan la estructura de innovación necesaria para mejorar la eficacia, eficiencia y efectividad organizativa donde se desarrolla la gestión clínica. Otorga a los profesionales la autonomía y responsabilidad, trasladando la capacidad de decisión junto al paciente.

Esta visión de la calidad, que propone el abordaje integral e integrado de las actuaciones, conduce al Sistema Sanitario Público de Andalucía a una prestación más eficaz y eficiente, que permite disminuir la variabilidad de la práctica clínica y ubicar los recursos donde mejores resultados generen y donde supongan menores costes. Se trata de un concepto de la calidad sostenible en el tiempo, moderno y con capacidad de adaptación ágil a los cambios. Una calidad

que genere más satisfacción y actúe, entre otros aspectos, sobre los tiempos de atención o la accesibilidad a los servicios. Se trata, en resumen, de promover una atención sanitaria más personalizada y adaptada a las necesidades del ciudadano.

Tanto la gestión clínica como los procesos asistenciales integrados desarrollados en el marco del Plan de Calidad de la Consejería de Salud trascienden los conceptos de coordinación interniveles, e intentan potenciar la "continuidad asistencial" y la mejora continua de la calidad. Esto es especialmente importante en la patología mamaria y en especial el cáncer de mama ya que exige un abordaje multidisciplinar, tanto en las actividades de detección precoz como en el diagnóstico en su fase clínica y tratamiento, al estar implicados una gran variedad de profesionales tanto de Atención Primaria como de Atención Especializada y siendo además imprescindible, una perfecta coordinación que garantice la continuidad asistencial.

Para garantizar esta coordinación en la atención de la patología mamaria y basándonos fundamentalmente en el proceso cáncer de mama elaborado por la Consejería de Salud, se crea la Unidad de Gestión Clínica de Patología Mamaria que pretende, sobre todo, ordenar y asignar las actividades, racionalizar el uso de los recursos, establecer mecanismos de coordinación e integrar las actividades de forma que no exista variabilidad para el diagnóstico y el tratamiento en función de la forma en que acceda la mujer a ellos, y diseñar un circuito que permita obtener los mejores resultados con los recursos disponibles. Todo ello teniendo en cuenta las expectativas de las mujeres, de los familiares y de todos y cada uno de los profesionales implicados en cada fase.

Con esas premisas la unidad se constituye como una unidad funcional que integra, bajo la dirección de un único coordinador, a todos los profesionales relacionados con el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama (con independencia del nivel asistencial al que pertenezcan) estando estructurada en tres niveles de actuación:

- Equipo Básico: es el que desarrolla las fun-

ciones propias de la unidad y coordina la atención con el resto de los niveles. Está formado por las especialidades que participan en el tratamiento integral de pacientes con patología mamaria y tienen dedicación a tiempo completo a la unidad. Las especialidades integradas en este nivel son Radiodiagnóstico, Anatomía Patológica, Cirugía, Oncología Médica y Oncología Radioterápica. Así mismo en este nivel se incluyen el área de hospitalización y consultas, contando con personal de enfermería y administrativo.

- Especialidades de apoyo: forman parte de un segundo nivel, como apoyo al tratamiento de pacientes oncológicos con los que hemos establecido sistemas de coordinación que permiten su integración en la unidad a tiempo parcial. Las especialidades integradas en este nivel son Cirugía Plástica, Rehabilitación, Anestesia y Salud Mental.
- Unidades y especialidades con las que es preciso establecer sistemas de coordinación que permitan asegurar la continuidad asistencial, especialmente Atención Primaria y el Programa de Diagnóstico Precoz del Cáncer de Mama.

Organización de la asistencia de la patología mamaria:

En la actualidad existe una única puerta de entrada en el proceso, guías de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la patología mamaria, planes de cuidados, todas las decisiones terapéuticas se realizan mediante sesiones clínicas multidisciplinarias y la historia informatizada posibilita conocer, evaluar y corregir, si es preciso, de una manera rápida, los estándares del Proceso y los acontecimientos adversos, con lo que aseguramos una asistencia de calidad. La comunicación interniveles es una realidad, tanto en el sentido AP-AE mediante la derivación a la consulta de triaje, como en sentido AE-AP mediante los informes de alta y de continuidad de cuidados, velando por su correcto funcionamiento la Comisión de Coordinación entre AP-AE. Por otro lado, ya en nuestro centro, la comunicación interservicios se ha visto potenciada mediante la creación de circuitos preferenciales que han horizontalizado la asistencia y posibilitado la continuidad asistencial.

La unidad tiene implantado desde su creación un sistema de gestión por objetivos ligados a incentivos, los cuales son acordados por todos los miembros de la unidad y posteriormente plasmados en el acuerdo de gestión que se firma con la Dirección Gerencia del centro, y que se evalúa con periodicidad anual.

Esta metodología nos ha permitido seguir avanzando lo largo de estos años, encontrándonos a finales del 2004 en un momento de madurez y de revisión constructiva que nos permitía afrontar el reto de constatar si esta evolución se adecuaba a los requerimientos de calidad definidos por la Consejería de Salud, es decir sumergirnos en el Proceso de Acreditación por la Agencia de Evaluación Sanitaria de Andalucía. Tras un periodo de mas de seis meses de evaluación en octubre se nos comunicó por la Agencia de Calidad Sanitaria que el grado de acreditación obtenido por la Unidad era el de OPTIMO, siendo la primera y única Unidad de Atención Especializada que ha obtenido hasta la fecha dicho nivel.

Resultados:

A continuación se muestran los resultados obtenidos por la unidad en las dimensiones fundamentales de los procesos, como son la coordinación interniveles, la accesibilidad, tiempos de respuesta diagnósticos y terapéuticos, satisfacción de los usuarios del sistema y como consecuencia de estos avances también se muestran las mejoras en la eficiencia de nuestra práctica y las mejoras en salud obtenidas en nuestras pacientes.

Coordinación interniveles:

El adecuado funcionamiento de una Comisión de coordinación entre Atención Primaria y Atención Especializada ha creado una dinámica bidireccional materializada en las visitas periódicas que los miembros de la Unidad realizan a los distintos Centros de Salud del área de Cádiz-San Fernando. La primera para difundir el proceso, la segunda para dar a conocer la creación de un circuito preferencial para las pacientes con criterios de derivación por sospecha de cáncer de mama (consolidación de una consulta de triaje) y en visitas sucesivas para difundir los resultados obtenidos en dicha consulta y consensuar con ellos las posibles áreas de mejora. Fruto de esta coordinación es la progresiva adecuación de las pacientes derivadas a la consulta de triaje desde Atención Primaria según los cuatro supuestos del proceso (nódulo palpable, secreción patológica, alteraciones del complejo areola-pezones y dolor no cíclico) que han pasado del 68% del año 2003 al 79% en el presente año.

Accesibilidad:

La progresiva mejora en el funcionamiento de este circuito preferencial ha permitido

obtener un claro descenso en las demoras para ser valoradas las pacientes en AE una vez que son derivadas por sospecha de cáncer desde AP. Así en el año 2003 la demora media era de 8.2 días, el percentil 90 de 17 días y sólo el 60.6% de las pacientes eran valoradas antes de una semana, mientras que en la actualidad la demora media es de 3.5 días, con un percentil 90 de 6 días y el 92.8% de las pacientes son valoradas antes de una semana, cifras estas difíciles de rebajar por el derecho de las pacientes a elegir el día de consulta que mas las conviene, que no necesariamente coincide con el primer hueco que existe en las agendas de las consultas.

Tiempos de respuesta en diagnóstico y tratamiento

Diagnóstico

Para agilizar la realización de las técnicas diagnósticas, especialmente la mamografía, que antes del año 2002 tenía una demora media de 37 días, se acordó con el Servicio de Radiología la creación de un circuito preferencial para las solicitudes que procedían desde nuestra Unidad, mediante el cual a las pacientes con sospecha de cáncer se les realizaría la mamografía el mismo día, reduciéndose así mismo de forma muy significativa la demora máxima (14 días) y media (9 días) de estas pacientes.

Una vez confirmada la sospecha de malignidad por las técnicas de imagen ese mismo día la paciente es sometida a una punción con aguja gruesa (BAG), lo que nos ha permitido reducir la demora para la realización de la primera maniobra diagnóstica (PAAF o BAG), de 17 días en el año 2001, a menos de un día en la actualidad, mediante la realización sistemática del diagnóstico mediante un acto único (consulta, mamografía y BAG en el mismo día).

Tratamiento

La dotación de un área específica de hospitalización y de quirófanos propios así como la creación de un circuito preferencial de las pacientes con cáncer de mama en colaboración con el Servicio de Anestesia, ha permitido una reducción progresiva de la demora quirúrgica para estas pacientes, que actualmente se interviene antes de un mes tras la confirmación histológica de malignidad en el 96.7% de las pacientes frente al 63.44% que se intervenían en el año 2002. Por otro lado al ser los mismos anestelistas los que valoran a la paciente en la consulta de preanestesia y los que posteriormente la anestesian, el porcentaje de suspensiones ha descendido a menos del 2.5%, claramente inferior al por-

centaje del 4% propuesto como objetivo por la organización para nuestro Hospital.

Satisfacción de los usuarios:

La Unidad asume que el ciudadano es el centro del sistema y que debe orientar su actividad para dar satisfacción a sus expectativas, por este motivo ha desarrollado planes y procedimientos que tienen como finalidad la orientación de nuestros servicios al ciudadano, entre ellos: Plan de Acogida a los Pacientes, personalización de la atención, mecanismo de asignación del médico y la enfermera de referencia de cada paciente, de forma que se garantice la personalización y continuidad de la asistencia, plan de atención a cuidadoras, cuidadores y familiares, Sistema de Información personalizada de los procedimientos quirúrgicos y diagnósticos ante la firma del consentimiento informado, protocolo explícito de atención /información a pacientes y familiares (horarios, tipo de personal, etc.)

Para evaluar la satisfacción global de las pacientes se utiliza la "Encuesta de satisfacción a usuarios de atención hospitalaria" desarrollada por el Instituto de Estudios Avanzados de Andalucía que evalúa a los profesionales, la información recibida, el respeto y la intimidad del trato y el área de consultas. La evaluación se realiza mediante una valoración ajena a la unidad tanto del tamaño muestral, como de la realización de las encuestas telefónicas y la valoración de las respuestas.

Los resultados obtenidos evidencian una alta valoración de los profesionales y de las medidas adoptadas para respetar la intimidad e información en nuestros pacientes, lo que nos permite obtener una valoración de la global de la satisfacción percibida por el paciente del 90.3% en el presente año.

Conclusiones:

La evaluación económica de la actividad de la unidad está dificultada en relación precisamente con el mayor valor añadido en su práctica clínica: su carácter multidisciplinario. El hecho de tener personal y actividades dependientes administrativamente de otros Servicios hace difícil el conocimiento real del gasto y por tanto la valoración de nuestra eficiencia. Para salvar este obstáculo hemos de comentar que la patología atendida no ha sufrido, lógicamente, variaciones significativas en estos años, tanto en la incidencia de cáncer (98 cánceres intervenidos en 2002 contra los 99 intervenidos en 2005), como en la edad media de presentación (56 y 57 años respectivamente), sin embargo los recursos diagnósticos, y terapéuticos tanto

quirúrgicos como farmacéuticos han presentado un claro descenso como expresión de una optimización del uso de los mismos.

Procedimientos diagnósticos:

Como consecuencia de la unificación de la puerta de entrada en nuestro centro para las pacientes con sospecha de cáncer de mama, de la reestructuración de las consultas de seguimiento en pacientes de alto riesgo y la desaparición de la consulta de menopausia al haber asumido Atención Primaria el seguimiento de la patología benigna de la mama, hemos constatado una disminución progresiva en la solicitud de mamografías, con un descenso del 52% con respecto al año 2001, sin que esto haya supuesto un descenso en el diagnóstico de nuevos cánceres de mama. Independientemente del ahorro que esto supone, nos ha permitido disminuir las demoras y realizar consultas de acto único como se comentó en el apartado de accesibilidad.

Procedimientos quirúrgicos:

Antes de disponer la Unidad de quirófanos propios se utilizaban tres quirófanos semanales para atender a la patología mamaria. Desde junio de 2003 disponemos de quirófanos propios, manejando la patología mamaria mediante el uso de dos quirófanos semanales (reducción de un tercio de los recursos) y esto es debido a un aumento progresivo del rendimiento de quirófano que ha pasado del 65 al 80%, un bajo porcentaje de suspensiones, inferior al 2.5% y el aumento de la cirugía ambulatoria.

Por otro lado la CMA es una técnica quirúrgica que al evitar el ingreso no sólo aumenta la satisfacción de las pacientes que después de un periodo de observación y siempre que se den las condiciones de total seguridad reciben un alta temprana, sino que también aumenta la eficiencia del manejo de la patología mamaria benigna. Así para un total de 134 tumores benignos intervenidos en 2002 se generaron 252 estancias al haberse resuelto con CMA sólo el 39% de los casos, sin embargo en 2005 para un total de 178 pacientes (supone un aumento del 25%) se generaron 244 estancias (supone un descenso del 3.2%) gracias a que el 66% de las pacientes fueron intervenidas mediante CMA.

Prescripción por principio activo:

Desde 2001, las recetas por principio activo han mantenido un incremento constante convirtiéndose en una práctica habitual en Andalucía, alcanzando el 62% del total de las recetas prescritas. Este tipo de prescripción ha

supuesto un ahorro para el sistema sanitario público andaluz de 90,4 millones de euros, gracias al Acuerdo entre el Servicio Andaluz de Salud (SAS) y la Corporación Farmacéutica andaluza por el que se fijan precios máximos de financiación para este tipo de prescripción. La unidad, consciente de la importancia de este tipo de prescripción como una estrategia para fomentar el uso racional del medicamento, ha tomado las medidas necesarias tendentes a conseguir la utilización de los medicamentos de la forma más eficiente, como lo demuestran nuestros indicadores de prescripción por principio activo, con el 79.9% en 2005, mas de 17 puntos por encima de la media andaluza.

Resultados en salud:

En el momento actual el tratamiento quirúrgico radical del cáncer de mama, mediante la amputación de la totalidad de la mama, no supone un beneficio en cuanto a control local o supervivencia, con respecto al tratamiento conservador, que conserva la mama con resultados estéticos excelentes. Por otro lado, la pérdida de la mama supone un importante impacto sobre la salud mental de las mujeres sometidas a mastectomía, como han evidenciado múltiples estudios sobre calidad de vida. Esto se debe a que la mama supone un importante valor en la estructura corporal, especialmente en lo referente a la esfera sexual.

La adaptación por la unidad de una Guía de Práctica Clínica sobre diagnóstico, tratamiento y seguimiento del cáncer de mama, la evaluación pocos días antes de la intervención de todas las pacientes en una sesión clínica multidisciplinaria y la adecuada coordinación con los Servicios de Oncología Médica y Radioterápica, ha permitido unificar criterios y duplicar el porcentaje de pacientes que son sometidas a tratamiento conservador de la mama, pasando de un 23% de tratamientos conservadores en el año 2002 a un 44% en la actualidad, que alcanza el 62% si nos ceñimos a primarios con un tamaño inferior a tres centímetros que es la indicación mas ortoxa.

La incorporación de los especialistas en Cirugía Plástica a la Unidad como responsables de la reconstrucción mamaria nos ha permitido ofertar de forma progresiva a nuestras pacientes, la posibilidad de utilizar las técnicas de reconstrucción inmediata, que en el momento actual se realizan en el 17% de las mujeres que son sometidas a mastectomía. El acúmulo de liquido en el brazo o linfedema es la toxicidad no mortal mas grave que se produce en el tratamiento quirúrgico del

cáncer de mama y se debe a la extirpación de los ganglios axilares como parte del tratamiento. Aunque no supone un riesgo para la vida de la paciente, si tiene una importante repercusión en su calidad de vida, ya que el linfedema genera alteración en la funcionalidad de la extremidad, sensación de distensión que puede llegar a ser dolorosa y por último sensación de rechazo social por lo antiestético que supone. La instauración de medidas encaminadas a disminuir la incidencia han permitido disminuir la incidencia del linfedema a los dos años de la linfadenectomía axilar, pasando de una incidencia en 2002 del 21.4% al 13.2% en la actualidad, con el consiguiente aumento en la calidad de vida de nuestras pacientes y la reducción en

el consumo de recursos dedicados al tratamiento del linfedema

Conclusión:

Como conclusión, la gestión por procesos asistenciales integrados en las Unidades de Gestión Clínica nos ha permitido, aparte de los resultados expuestos previamente, presentar una clara progresión ascendente en el cumplimiento de los objetivos que previamente nos habíamos propuesto, pasando del 60% en 2002 al 92% en 2005. Esta progresión no es más que el reflejo de la calidad de las prestaciones de nuestra asistencia y la evidencia de que la Unidad ha emprendido su línea de mejora continua hacia la excelencia.

Encuesta anual de satisfacción (Telefónica)

	2002	2003	2004	2005
Valoración de los profesionales	94%	94%	97%	95%
Valoración de la información recibida	84%	85%	80%	87%
Valoración del respeto a la intimidad	100%	100%	99%	100%
Valoración de las Consultas	43%	95%	77%	77%
Valoración de la satisfacción global.	100%	100%	88%	94%
Valoración Global de la Satisfacción	85%	90%	88%	90%

Consulta única: añadamos valor a nuestras consultas hospitalarias tradicionales

Zambrana García J. L.

Dirección Asistencial

Hospital de Montilla (Montilla, Córdoba)

Actualmente estamos inmersos en una profunda revisión de la actividad ambulatoria en los centros hospitalarios de nuestro país. Hace unas décadas el objetivo preferente de las consultas externas de los grandes hospitales era la revisión de pacientes que habían ingresado previamente en algún momento. Hoy es, o debería ser, el pivote alrededor del cual gira la actividad de una especialidad, el lugar idóneo donde diagnosticar, orientar y establecer la estrategia terapéutica de un enfermo enviado por atención primaria. De éste modo, la hospitalización pasaría a ser un instrumento de apoyo dentro del proceso de relación de un especialista hospitalario y un enfermo, utilizables cuando sean precisos y durante el menor tiempo necesario. El trabajo fundamental de gran número de especialidades, sobre todo entre las médicas, tiende así a desarrollarse en la consulta externa. Además, la aparición de recursos diagnósticos incruentos (tomografía computarizada, resonancia nuclear magnética, endoscopias, ecografías, etc.) o poco agresivos (angiografía digital, biopsias por punción) facilita y permite el diagnóstico ambulatorio de la mayor parte de los procesos médicos.

La Empresa Pública Hospital Alto Guadalquivir (Consejería de Salud, Junta de Andalucía) ha tenido y tiene entre sus objetivos prioritarios desde su apertura de su primer centro en mayo de 1999 (Hospital Alto Guadalquivir, Andújar, Jaén) el desarrollo de una actividad ambulatoria centrada en el usuario. Así, además de pretender que la mayoría de los pacientes puedan ser estudiados y atendidos en la consulta externa sin necesidad de ingreso para estudio, hemos tratado de potenciar a su máximo exponente la puesta en práctica de lo que ha venido en llamarse la Consulta Única (CU), entendida ésta como "aquel proceso asistencial ambulatorio en el que queda establecido un diagnóstico junto con su correspondiente tratamiento y reflejados ambos en un informe clínico, siendo realizadas estas actividades en una sola jornada y en un tiempo aceptado por el usuario tras recibir la información oportuna". Fruto de ello, en estos 6 años, sobre más de 800.000 primeras visitas realizadas en nuestros 3 centros (Hospital

Alto Guadalquivir, Hospital de Montilla y Hospital de Alta Resolución de Sierra de Segura) más de un 70 % de éstas se resolvieron según este modelo de consulta única. Pero lo que realmente hemos aportado como novedad organizativa es que hemos dispuesto las consultas de manera que los pacientes, una vez valorados por el facultativo especialista, son remitidos para la realización de pruebas complementarias en ese mismo día y posteriormente revisados tras la realización de dicha prueba. Dichas exploraciones complementarias son de diversa índole y van desde un simple hemograma o una bioquímica plasmática a la realización de tomografía computarizada craneal o ecocardiografía. Así, un 34% de las primeras visitas se benefician de una revisión en el mismo día, siendo nuestro porcentaje de visitas sucesivas sobre el total de consultas inferior al 40% (muy por debajo de lo que se observa en hospitales con organización de consultas tradicional).

El sistema que se ha adaptado de forma general en las consultas de las distintas Áreas de nuestros hospitales busca por un lado ofrecer lo antes posible un diagnóstico y tratamiento del proceso del paciente y por otro lado evitar en lo posible el mayor número de desplazamientos al Hospital. Potencia, por tanto, las primeras visitas y disminuye al máximo posible las visitas sucesivas, con el objeto de obtener un mayor rendimiento y mantener al mínimo posible la espera de atención en consulta para un enfermo nuevo. Así, nuestras consultas externas están organizadas de tal manera que los pacientes que acuden como primeras visitas son citados en las primeras horas de la mañana. Una vez que el paciente es evaluado por el facultativo especialista, si es pertinente y no se requiere una preparación especial para la prueba, es remitido al área de pruebas complementarias. Las pruebas complementarias solicitadas y llevadas a cabo ese mismo día varían en función de la especialidad, pudiendo ser hemogramas, bioquímica plasmática convencional, análisis de orina, radiología simple, tomografía computarizada, ecografía tiroidea, abdominal, pélvica, de extremidades, ecocardiograma, ergometría, pruebas

funcionales respiratorias, etc. Para ello, todo el personal sanitario y no sanitario del Centro atienden la petición realizada por la vía de CU como una solicitud de carácter preferente que se responde de forma precoz. Esto ocurre de forma especial en el Área de Biotecnología y el Área de Diagnóstico por la Imagen, pero también ocurre cuando se solicita la valoración por parte de un facultativo de otra especialidad diferente a la que fue remitido inicialmente el enfermo. Una vez solucionada la interconsulta o realizada la prueba complementaria, el paciente regresa a la consulta inicial del facultativo que la solicitó, donde se le efectúa un diagnóstico (al menos de presunción) y se dan las indicaciones terapéuticas correspondientes. Finalmente, el paciente puede ser dado de alta y remitido a atención primaria o puede ser citado para una nueva valoración en consulta sucesiva días después.

Observamos que en consultas externas hospitalarias se pueden diferenciar tres grandes tipos de especialidades a la hora de hablar de CU. Por un lado, aquellas que por sus propias características pueden ofrecer un diagnóstico y tratamiento en el mismo día con facilidad en cualquier hospital de nuestro país. En este grupo están la oftalmología o la dermatología. En segundo lugar, otro grupo de especialidades en las que difícilmente pueden beneficiarse de una CU dado que precisan de una determinada preparación para la realización de las pruebas complementarias (enema opaco, colonoscopia, etc). Finalmente existe un tercer grupo de especialidades que pueden establecer una CU de forma poco complicada implantando cambios organizativos y de gestión para poder ofrecerla. En este grupo se encontraría la neumología, la cardiología o la medicina interna.

No existe ninguna experiencia escrita en la literatura científica de esta concepción de consultas externas hospitalarias en nuestro país, a excepción de la detallada procedente de nuestros centros. Así, hemos descrito nuestra experiencia detallando cuales son las especialidades que se benefician en gran medida de este sistema. Además, hemos establecido que es en la consulta de neumología donde se puede alcanzar una proporción más elevada de revisiones en el día, reduciendo de forma significativa el tiempo de demora para visitas sucesivas y también hemos objetivado que un sistema de consulta única frente al tradicional consigue aumentar el número de primeras visitas, aumentar el número de revisiones en el día tras la realización de pruebas complementarias y reducir

el porcentaje de visitas sucesivas. Además, el tiempo que tienen que esperar nuestros pacientes para la realización de las pruebas complementarias pertinentes y la revisión en el mismo día es inferior a 3 horas en el 90% de los casos. Todo ello conlleva de forma inherente un elevado grado de satisfacción entre nuestro pacientes/usuarios.

Un paso más en nuestro sistema de consultas es conocer cuáles son las características de los pacientes y las patologías que se pueden beneficiar del sistema de CU, así como los procedimientos básicos a realizar para resolver un episodio de consulta en un único día. Actualmente entamos trabando en ello, y así ya tenemos perfilado la casuística de nuestras consultas externas y los pacientes de antemano que se pueden beneficiar de prueba complementaria y revisión en el mismo día.

Pensamos que nuestro sistema es exportable a otros centros ambulatorios, siempre que exista una reorganización y planificación efectiva de los recursos (humanos y materiales) y sin que necesariamente deba existir un incremento de éstos. Sin embargo, debemos resaltar que el funcionamiento de nuestras consultas han contribuido una serie de elementos clave. En primer lugar, desde la apertura de cada uno de nuestros centros se estableció como objetivo prioritario la puesta en marcha el programa de consulta de acto único, contando con la necesaria implicación de todos nuestros profesionales. Otros factores que sin duda han contribuido son la población a la que damos cobertura (unas 65.000 personas cada Hospital), el tamaño de los centros (80-100 camas), su arquitectura horizontal, la disposición de las consultas cercanas a las de las pruebas complementarias, la forma jurídica de gestión (empresa pública), el gestionar por procesos asistenciales y la existencia de una dirección por objetivos.

En definitiva, nuestro sistema de consulta única ha supuesto un auge de la actividad ambulatoria y un cambio sustancial en la concepción de éstas. Nuestros pacientes, nuestra sociedad, nosotros mismos demandan unas consultas accesibles y de calidad, en las que las necesidades clínicas se impongan sobre las burocráticas, evitando demoras, costes innecesarios e insatisfacción. Difícilmente podremos mantenernos al margen de ello.

Bibliografía:

1. Zambrana JL, Jiménez B, Marín M, Almazán S. La consulta única o de alta resolución

- como una alternativa de eficiencia a la consulta ambulatoria tradicional. *Med Clin (Barc)* 2002; 118:302-5.
2. Bravo JM, Zambrana JL, Ruiz JA, Velasco MJ, Rosa F, Amat M. Impacto sobre el tiempo de espera del modelo de consulta única en neumología frente a la consulta convencional. *Neumosur* 2002; 14; 187-192.
 3. Zambrana JL. ¿Alta o excesiva resolución?. *Med Clin (Barc)* 2002; 119:315.
 4. Zambrana JL. Consulta única, ¿es la única y mejor solución?. *Med Clin (Barc)* 2002; 119:598.
 5. Rosa F, Zambrana JL, Velasco MJ, Adarraga MJ, Martos L, Marín M. Análisis de los tiempos de demora en un programa de consulta única o de alta resolución. *Rev Calidad Asistencial* 2002; 17:378.
 6. Montijano AM, Zambrana JL, Amat M, Velasco MJ, Adarraga MD, Rosa F, Delgado M, Gómez J. Aplicabilidad y aportaciones del sistema de "Consulta única" en Cardiología. *Rev And Cardiol* 2003; 38:69-76.
 7. Puente JJ, Rodríguez FJ, Bernal E, Zambrana JL. La consulta de alta resolución en aparato digestivo. *Rev And Patología Digestiva* 2003; 26: 23-27.
 8. Montijano AM, Zambrana JL, Amat M, Delgado M. Grado de satisfacción de pacientes beneficiados de un sistema de consulta única en cardiología. *Rev Calidad Asistencial* 2003; 18: 650-4.
 9. Zambrana García JL. Las consultas ambulatorias de especialidades. Presente y perspectivas de futuro. *Med Clin (Barc)* 2004; 123:257-9.
 10. Rosa F, Martos L, Montijano A, Zambrana JL, Adarraga MD. Impacto de los sistemas telemáticos en un modelo de consultas de alta resolución. *An Med Interna* 2005; 22: 511-4.
 11. Montijano AM, Rosa F, Rubio JM, Monrobel A, Chicano M, Peña JA, Zambrana JL. Análisis comparativo de la opinión de los pacientes en las consultas de cardiología de dos hospitales de alta resolución. *Rev And Cardiol* 2005; 3: 163-168.

Implantación de la Gestión por procesos en el Área 1 del Servicio Madrileño de Salud

Alemany López A.

El Área 1 de AP es una de las 11 áreas de salud en que está dividida la Comunidad de Madrid; está situada al sureste de la provincia y se configura como un espacio articulado sobre el eje de la autovía A-3 (Madrid-Valencia). Presenta una forma triangular cuyo vértice se sitúa en el centro de Madrid, en concreto en el distrito Retiro, ocupando una extensión 1.142 km², equivalente aproximadamente al 13,5% de la extensión regional total. Consta de un núcleo urbano, dos poblaciones peri urbanas y tres zonas rurales.

Hasta Diciembre de 2005, residen en el territorio correspondiente al Área 1, 730.293 ciudadanos con Tarjeta Sanitaria Individual; esta población es muy heterogénea, de tal forma que hay población mayor de clase socio económica alta (distrito de retiro), clase media y media baja (distrito de Moratalaz, Vicálvaro y algunas zonas de Vallecas), clase baja y muy baja (determinadas zonas de Vallecas) clase media joven de parejas en las que ambos son trabajadores (Rivas) y población rural (Campo Real, Villarejo de Salvanes y Perales de Tajuña). Además existe alguna Zona Básica con cerca de un 30% de población inmigrante. A esta población la atendemos 1.414 profesionales, de los cuales 538 son facultativos, 510 personal sanitario no facultativo y 366 no sanitarios.

El Área cuenta con: 29 Centros de Salud y 18 consultorios locales, donde se ubican las siguientes unidades funcionales:

- 30 Equipos de Atención Primaria
- 13 Unidades de Fisioterapia
- 18 Unidades de Matrona
- 11 Unidades de Salud Bucodental
- 15 Unidades de Trabajo Social
- 3 Servicios de atención Rural
- 1 Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria

Durante el año 2003 se realizó en el área una autoevaluación siguiendo el modelo EFQM; en dicha evaluación, en el criterio 5 (Procesos) y como áreas de mejora se describieron, entre otras, las siguientes:

- No existen en el área procesos definidos con metodología.

- No hay un mapa de procesos ni cultura arraigada de gestión de calidad total y organización por procesos.

Durante el verano de 2004, el equipo directivo liderado por el Gerente, realiza una reflexión profunda de la situación del Área concluyendo que se necesita realizar un giro en la forma de gestionar la organización en base a las siguientes evidencias:

- Existe una falta de motivación entre los profesionales de Atención Primaria. Situación que no solo se produce en el área 1, sino que es generalizado en el resto de la comunidad Autónoma y del Sistema Nacional de Salud.
- Aunque la LOSCAM sitúa al ciudadano en el centro del sistema, en realidad y en la práctica esto no se concreta donde el ciudadano debe notar su protagonismo, que es en los puntos de provisión del servicio. Además la misión del Área nos recuerda constantemente nuestra vocación de orientación al cliente.
- Tras veinte años de reforma y desarrollo de la Atención Primaria, en el Área 1 se continúa sin ensamblar los dos niveles asistenciales, de tal forma que el usuario sigue sin percibir en su paso por el sistema que la Atención Primaria y la Especializada forman parte de una misma organización.
- La ineficiencia patente y coste de la mala calidad en el momento que el usuario debe pasar de ser visto en nuestros centros de Salud a cualquiera de los dos hospitales de referencia de nuestra Área.
- Los resultados de la autoevaluación según el modelo EFQM son concluyentes como antes hemos dicho.
- En la Gerencia no existe una cultura de servicio a nuestro cliente interno.
- La organización es compleja, con un nivel muy numeroso de cargos intermedios que alejaba la Gerencia de los profesionales de los equipos.
- El aumento de las actividades que se hacen en los centros de salud y su mayor complejidad hacía necesario buscar estrategias organizativas de los EAPs diferentes, para orientarlos a los clientes e introducir la cultura de la excelencia.

Ante esta situación, como equipo directivo debíamos encontrar la forma de invertir esta situación para lo cual teníamos que motivar a los profesionales implicándoles en la gestión, fomentando un cambio ilusionante en la forma de hacer las cosas, dirigiendo sus actividades hacia la búsqueda de resultados, facilitándoles el conocimiento de aquellos aspectos que se han de mejorar y las herramientas para la mejora, transmitiéndoles su importancia en la organización a través del cambio de cultura de la Gerencia, cuidando que en la cadena cliente - proveedor se sintiesen protagonistas y decisores. Debíamos sustituir el paradigma tradicional de mejorar las cosas que venimos haciendo, por el de hacer correctamente las cosas teniendo en cuenta para quién las hacemos, de esta forma transmitiríamos a todos los profesionales que el usuario es el que nos da sentido y contenido, sin el cual no existiría nuestra organización y por lo tanto lo debíamos situar realmente donde la Ley de ordenación Sanitaria de la Comunidad Autónoma de Madrid nos indica que debe situarse. Por otra parte, como gestores de un servicio público, estamos obligados a ser escrupulosos en el gasto de los bienes que el ciudadano nos confía, buscando la eficiencia en nuestras decisiones y en la eliminación de los costes de la mala calidad.

El análisis de situación, el estudio de los cambios que se habían producido en la forma de gestionar de algunos hospitales, la posibilidad de la puesta en marcha de las gerencias de área, la experiencia de la Gestión de procesos en otras Comunidades Autónomas, las actividades de mejora de la calidad que se habían implantado en años anteriores en el área y la experiencia y formación previa de algunos miembros del equipo directivo, nos llevó, en septiembre de 2004, a tomar la decisión de iniciar la implementación de la gestión por procesos en el Área 1, como vía para llegar a la Calidad Total siguiendo el Modelo Europeo de Calidad que el área había elegido el año anterior orientado por la Dirección General del Servicio Madrileño de Salud; se trataba de implantar un método para mejorar la calidad asistencial ordenando e integrando las actividades que se realizan según las expectativas y necesidades de los clientes internos y externos de los centros y la Gerencia. Al mismo tiempo debíamos consolidar el liderazgo en la dirección participativa por objetivos y en la gestión clínica de los equipos; para ello se introdujo un profundo cambio en los Contratos de Gestión o Planes de

actuación Sanitaria (PAS) de los equipos, diseñando los documentos de objetivos con base en el modelo EFQM, en donde aparecen objetivos específicos para cada proceso en gestión; además, se potenciaron mediante reuniones de presentación y puesta en común con cada una de las Comisiones Directivas de los equipos.

El cambio, pues debería ser implantado despacio y transmitir a la organización que este cambio no era capricho coyuntural del equipo directivo, lo que habría producido rechazo automáticamente, sino que era producto del análisis previo realizado por la organización en la autoevaluación (en la que además había existido una amplia participación de los profesionales) y en la elección de los mismos al apostar por la calidad total. Y de esta forma se presentó el proyecto al Área en el mes de Octubre a través de un Consejo de Gestión.

La semilla se había lanzado y el terreno estaba abonado, el equipo directivo se veía además ayudado en su impulso por hacer realidad su propuesta de futuro, por la actitud y aptitud de dos profesionales del Área: la responsable de calidad y el actual responsable del Departamento de sistema de información.

Para implementar la gestión por procesos, necesitamos en un principio asesoría externa y por lo tanto financiación, que se consiguió mediante los fondos de un plan de financiación extraordinario que había recibido Vallecas para la mejora de aspectos sociosanitarios del barrio. Para iniciar los primeros pasos se contrató a la consultora Costa y asociados que nos dotaron de la base metodológica necesaria para la implantación.

Se crea el equipo guía, formado por el Gerente, las Direcciones Médica, Enfermera y de Gestión y los responsables de calidad y del sistema de Información. Este equipo es el enlace de los consultores con la organización y tiene como misión, aprobar el mapa, configurar los equipos de diseño y de apoyo y decidir aquellos procesos que se irán bajando a gestión, es pues el equipo de personas que guiarán el proceso de implantación.

Lo primero que debíamos hacer era definir **nuestro mapa de procesos**, como representación gráfica y teórica de nuestra organización. Para ello en enero-2005 el equipo guía constituyó el Equipo de Diseño cuya misión fue definir este modelo de procesos del Área, tarea que se realizó en 3 meses de trabajo, de tal manera que el 15 de marzo de 2005 se presentó el mapa de procesos del Área 1 y de los EAP. El equipo guía nombra a las personas de la organización que formarán

el equipo de apoyo, como un grupo estable en el tiempo que deberán asumir la responsabilidad de constituirse como recurso experto de Área en la Gestión por Procesos con el fin de poder realizar las siguientes actividades:

- Mantener y publicitar el modelo de procesos.
- Mantener actualizada la tabla de consistencia.
- Impartir formación a los propietarios de Procesos.

Los procesos operativos necesitan de los procesos estratégicos para que estos les sirvan de guía, entre ellos, en el Área 1 incluimos los PAS, los resultados de la autoevaluación EFQM, la política de formación e investigación del área, como más relevantes.

Por otra parte, los procesos operativos necesitan para su desarrollo procesos de soporte. Una vez presentado el mapa, se elaboraron las **tablas de consistencia**, en las que se reflejan mediante doble entrada la relación entre los procesos con los puestos de trabajo de la organización.

En Abril del 2005, el equipo guía decide bajar a gestión, como prueba piloto, los siguientes procesos:

- Gestionar acceso. (Nivel de EAP)
- Prestar servicio asistencial – demanda urgente. (Nivel EAP)
- Prestar servicio asistencial – domicilio. (Nivel EAP)
- Proveer de recursos y servicios. (Nivel Gerencia)
- Gestionar periféricos. (Nivel EAP)

Según se han ido bajando procesos a Gestión, se han ido nombrando propietarios de los mismos, en ocasiones personas de la dirección y en ocasiones de los Equipos, buscando, quizás con lentitud pero con seguridad y firmeza, la implicación de los profesionales, pues ellos serán los motores del cambio. El alto o bajo grado de implicación hará que el trabajo realizado sea un éxito o un fracaso, por esto desde la Gerencia hemos elegido avanzar lentamente, llegar poco a poco a todos y cada uno de las 1.414 personas de nuestra organización, somos conscientes que esta es, quizás, la principal de nuestras tareas. En esta labor y en la formación, fundamental también para que le proyecto salga adelante, nos ayuda el Equipo de Apoyo.

En ese momento, el Gerente del Área 1 de AP, se puso en contacto con los Gerentes de los Hospitales de referencia (Hospital Virgen de la torre y Hospital Universitario Gregorio

Marañón), con el fin de transmitirles el proyecto iniciado y arrancarles el compromiso de elaborar conjuntamente los protocolos y vías clínicas basadas en la evidencia, con los que nutrir los procesos que cierren el eslabón de la cadena cliente (AP) – proveedor (AE), con criterios de gestión clínica, mejora continua y orientación al cliente (interno y usuario). Es este eslabón, la clave de la mejora en la continuidad asistencial; para conseguirlo debemos llegar a la gestión de los procesos asistenciales, pero dentro del marco de Gestionar por procesos el conjunto de la organización. Los procesos operativos (en amarillo en el mapa), son aquellos que afectan a los pacientes y sobre los que el Área 1 centrará el desarrollo del modelo de gestión por procesos, entre ellos se encuentran los procesos asistenciales que son en los que se invierte una parte importante de la actividad y donde se consume un volumen considerable de recursos y que afectan de forma notable a los usuarios por su frecuencia o gravedad.

Hay que destacar la necesaria colaboración de Atención Especializada, ya que hay que tener en cuenta todas las actividades de toda la cadena asistencial independientemente de que se produzcan en otro nivel asistencial o en otra institución, en otro departamento o en el mismo equipo o servicio. Este abordaje integral y transversal de los procesos es el que nos va a garantizar la asistencia continua en la que el usuario no notará brechas en el transcurso de su relación con el Sistema Sanitario. Para que esto sea así, las actividades de nuestros procesos se centran en los clientes y definitivamente en el usuario y para ello hemos tenido en cuenta desde el principio sus necesidades y expectativas, midiendo su grado de satisfacción, analizando sus propuestas a través de los 13 Consejos de Salud que existen en el Área en los que participan el Gerente y su equipo directivo, analizando el contenido de las sugerencias, quejas y reclamaciones directamente por el Gerente, demostrándose desde el principio que se toman en consideración las expectativas de aquellos que van a recibir el servicio.

En septiembre de 2005, se inició la gestión de los procesos:

- Gestionar reclamaciones y sugerencias. (Nivel EAP)
- Gestión de ausencias y permisos (Nivel EAP)
- Desarrollar, implantar, adecuar aplicativos. (Nivel Gerencia)
- Apoyar y formar usuarios del SIS. (Nivel Gerencia)

Ahora, en este momento, en el Área 1, hemos determinado nuestros procesos, hemos diseñado un mapa en el que se establecen las relaciones y dependencias entre ellos y poco a poco los vamos gestionando alineándolos con nuestra misión. A fecha de hoy podemos decir que algo está cambiando

en el Área 1, al apostar por la **gestión por procesos** hemos apostado por una organización mas flexible, con mayor capacidad de innovación, más descentralizada, con mayor implicación de los profesionales y compromiso de los directivos y enfocada al cliente. El camino es largo y estamos en su comienzo.

Diseño de protocolos de coordinación atención primaria. Atención especializada

Guerra Aguirre J.

Entre los retos y desafíos de los sistemas sanitarios uno de los principales es el generado para garantizar la continuidad asistencial del paciente, durante su camino asistencial por los diferentes dispositivos de atención sanitaria.

Tradicionalmente, los sistemas que contemplan dos niveles: uno de atención primaria y otro de atención especializada, el acceso a este último debe ser ordenado por los médicos del primero. Esta organización responde a criterios de equidad y eficiencia en el acceso espontáneo de los ciudadanos a los dispositivos de mayor complejidad y coste.

El nivel especializado cuenta con profesionales específicamente expertos y dispone de los últimos medios diagnósticos y terapéuticos de mayor complejidad, cuya eficiencia aconseja su concentración.

Después de la atención especializada (ingreso, consulta externa, hospital de día,...), el paciente retorna en la mayoría de los casos, al médico de familia, que tiene como misión garantizar su atención.

Este modelo, se encuentra extendido entre los diferentes Servicios de Salud del Sistema Nacional de Salud con diferentes fórmulas organizativas.

La percepción sobre el funcionamiento de este esquema asistencial es, en general, que no funciona de manera razonable, que existen carencias de transmisión de información; el paciente aprecia que existen compartimentos estancos y los profesionales de ambos niveles describen frecuentemente posibilidades de mejora.

En el momento de definir sus objetivos los gestores y los profesionales de los dos niveles, sus planteamientos y cartera de servicios no contemplan las repercusiones o sinergias que se pueden obtener. El ejemplo más frecuente es el motivado en la atención de los pacientes crónicos.

Según algunas estadísticas oficiales (Insalud) y publicaciones, el 70 % de las primeras consultas y el 40 % de las pruebas diagnósticas que se realizan en los hospitales y ambulatorios de atención especializada vienen transferidas desde el nivel primario.

El futuro:

El horizonte muestra cambios importantes y acelerados en la práctica clínica, la asociación de la buena práctica con el conocimiento científico hoy se ha demostrado que es imprescindible pero no suficiente.

Las tendencias nos apuntan algunas "pistas":

- El consenso asistencial, la coordinación y la cooperación entre los niveles asistenciales, de tal forma que planifiquen las responsabilidades y compromisos de cada uno de ellos a través de la gestión por procesos.
- La integración asistencial a través de la armonización de todos los dispositivos y recursos asistenciales, sin dejar espacios intermedios de vacío asistencial
- La concentración de la capacidad de diagnosticar y tratar en los mínimos contactos, aportando el máximo valor a cada visita del paciente, evitando, en la medida de lo posible las hospitalizaciones prescindibles y potenciando la atención sin ingreso.
- Un fuerte desarrollo institucional de los sistemas de información para aportar operatividad y seguridad a la práctica clínica (historia clínica y receta electrónica,...).

El camino

Para alcanzar con las mayores posibilidades de éxito una transformación en nuestros modelos organizativos, se dan una serie de circunstancias: una enorme presión externa de ciudadanos y autoridades, profesionales dentro de la organización realmente insatisfechos con el orden existente junto con la existencia de una alternativa coherente, con capacidad de progresar frente a la resistencia al cambio.

Los caminos que más se están utilizando por los diferentes servicios de salud se resumen, fundamentalmente en dos:

- Guías de práctica clínica
- Gerencias únicas

Durante el taller se revisarán las alternativas que aportan las vías clínicas, los procedimientos, los protocolos y las guías de práctica clínica.

En el desarrollo de cualquier actuación tendiente a garantizar y mejorar la trayectoria del paciente por el sistema, se deben cumplir una serie de requisitos previos que pasan por:

- "Visión integral e identificación del paciente"
- Sistemas compartidos de información clínica
- Reubicación de las tecnologías o generalizar el acceso a todos los profesionales implicados en el proceso clínico
- Contraste de la práctica clínica cotidiana entre profesionales de ambos niveles
- Gestión por competencias
- Fomento de canales formales e informales de comunicación entre profesionales
- Comunidades de prácticas para seguimiento y evaluación

El cometido

Con independencia del método elegido, el diseño organizativo y el sistema de información por el que se opte, la finalidad pasa por "compartir el abordaje integral de los procesos de atención sanitaria, basado en la gestión de competencias de sus profesionales, sin quiebras asistenciales en el seguimiento de los procedimientos clínicos, buscando la máxima accesibilidad, compartiendo los criterios de priorización conforme a los objetivos de salud de la comunidad, identificando oportunidades de mejora, incorporando sistemas de información integrados que permitan la evaluación de actuaciones para la mejora continua y con la participación activa de los profesionales y ciudadanos".

Análisis de costes de las fracturas de cadera en el anciano

Blanco Blanco J. F.; Díaz Álvarez A.; Guaza M.; Ceballos C.; Santos T.

Introducción:

Las fracturas de cadera son, junto con las de muñeca, las más frecuentes en el anciano. Generalmente, se producen por caídas banales, debidas en su mayoría a la presencia de osteoporosis. No obstante, no suele ser ésta la causa de ingreso, sino que el diagnóstico de osteoporosis se produce en la inmensa mayoría de los casos debido al ingreso por la fractura de cadera, muñeca o espalda.

El envejecimiento poblacional y los cambios en los hábitos de vida de los países desarrollados han provocado que cierto tipo de patologías, como las fracturas de cadera, sean cada día más numerosas. La inversión de la pirámide poblacional supone una modificación de la prevalencia de las patologías, creciendo de forma realmente significativa las de origen degenerativo e involutivo. Es tal el crecimiento esperado que la OMS ha declarado esta década como "la década del hueso y la articulación". En nuestro país, la esperanza de vida al nacer llegará en el año 2020 a 79.8 años para los hombres, y a 86 años para las mujeres¹, lo cual supondrá en torno a 8,6 millones de personas de 65 años o más². Se calcula que una de cada tres mujeres y uno de cada nueve varones mayores de 80 años van a sufrir una fractura de cadera como resultado de la osteoporosis. En la Unión Europea, se estima que para el año 2031, en ausencia de medidas preventivas eficaces, nos encontraremos en torno a 600.000 fracturas de cadera en mujeres, y unas 150.000 en hombres³.

La Comisión Europea, cifra el coste anual directo del tratamiento de las fracturas de cadera, en el territorio español, en 220 millones de euros en el año 2004.

A pesar de que sabemos que el impacto socioeconómico derivado de las fracturas de cadera es muy importante, y seguirá en aumento⁵, en nuestro medio no se ha realizado un análisis detallado de los costes que nos permita orientar nuestros esfuerzos y recursos disponibles para minimizarlo. Por otra parte, no es factible el estudio del coste global derivado de la fractura de cadera en el anciano, pues carecemos de datos sufi-

cientes para computar los gastos derivados de la asistencia domiciliaria o en residencias geriátricas, así como los costes generados por la rehabilitación postoperatoria o realizar estimaciones fidedignas de las fracturas evitables mediante un adecuado programa de prevención, tanto en actividad física, protectores de cadera, como de osteoporosis.

Los costes hospitalarios directos representan >58% del gasto total atribuible a la fractura femoral en el primer año⁶, pero incluso tras la hospitalización, sigue generando gastos, fundamentalmente en los tres primeros meses⁷.

Material y métodos:

El Hospital Universitario de Salamanca es un hospital de alta complejidad y de gran tamaño, siendo en el momento actual el mayor hospital de la Comunidad de Castilla y León. Existen dos servicios de Traumatología y CO que funcionan independientemente.

Análisis descriptivo. Como fuente de los datos de emplearon los datos de la codificación de las altas hospitalarias de nuestro centro, en el que el índice de codificación para las fracturas de cadera, en pacientes de 65 o más años, es del 100%. El diagnóstico de acuerdo a la clasificación CIE9 era 820.x. Con esta población se ha realizado un estudio descriptivo de los casos que fueron tratados quirúrgicamente. Se excluyeron los casos en los que la fractura había sido debida a un proceso tumoral o un traumatismo de alta energía. Todos los casos fueron ingresos urgentes.

Análisis de los costes. Se tomó una muestra significativa al azar, de 206 pacientes, de un total de 440 casos, según el procedimiento quirúrgico empleado: clavo gamma (79,15), clavo-placa (79,35) o artroplastia parcial (81,52). Sobre cada caso se identificó el código que se le asignó en el momento de su ingreso para ese proceso en concreto, dicho código se denomina ICU. Asimismo, a partir de ese código, se obtuvo el tiempo preoperatorio hasta el tratamiento quirúrgico, el tiempo transcurrido hasta el alta hospitalaria, así como la evolución e incidencias en el postoperatorio. Con el código (ICU) la Uni-

dad de Gestión Analítica nos proporcionó el coste individual para cada proceso mediante un informe llamado escandallo. En dicho informe se recogen los costes para los diferentes orígenes de los mismos (hospitalización, fármacos, servicios médicos, etc.). De todos ellos se calculó el porcentaje que representaban respecto al total del coste hospitalario.

Conclusiones:

De los 440 pacientes que ingresaron con el diagnóstico de fractura de cadera 3 pidieron alta voluntaria (sin someterse a cirugía), 4 se trasladaron a otro hospital (también sin cirugía), y 22 sufrieron exitus (10 en el preoperatorio y 12 en el postoperatorio).

La Tabla I recoge las características demográficas de nuestra muestra. Al examinar la edad, observamos que la mediana de nuestra muestra es de 85,5 años, pero aparecen diferencias significativas según el procedimiento quirúrgico aplicado, siendo menor en la artroplastia parcial (84,5).

La distribución del sexo, según el procedimiento quirúrgico, nos muestra una clara predominancia femenina (81,5%), sea cual sea el proceso, con una relación F/M de 4,4.

La estancia hospitalaria total, es de 10,9 días, de los cuales 3,8 (34,8%) corresponden a la

estancia preoperatoria. Las causas son múltiples: control adecuado de la patología del paciente, valoración preanestésica, imposibilidad de intervención por déficit de personal, etc.,... La estancia hospitalaria postoperatoria es de 7,1 días. Los motivos también son variados, desde el exitus, complicaciones tromboembólicas, infecciosas, hasta la descompensación de la patología preoperatoria.

Por otra parte, vemos que las diferencias en la estancia preoperatoria, postoperatoria y total, según el procedimiento quirúrgico, no llegan a ser significativas. Es un dato especialmente llamativo, ya que como vimos anteriormente, hay diferencias apreciables en los grupos de edad.

La Tabla II y el Gráfico I, recogen el análisis de costes.

En cuanto al gasto generado, el hecho más notable es que más del 69% del mismo, corresponde a los gastos de hospitalización. Así, vemos que el coste medio total es de 5.517,70 E, oscilando entre 1.648,91 E y 14.995,34 E. De este coste total, 3.853,49 E corresponden a los gastos derivados de la hospitalización del paciente, lo cual supone el porcentaje más significativo. Como se aprecia, no existen diferencias significativas en cuanto al proceso realizado.

Calidad de vida tras artrodesis vertebral

Blanco Blanco J. F.; Hernández P.; Hernández D.; Cortes J.

Introducción.

El análisis de los resultados de las intervenciones sanitarias es uno de los retos que tanto clínicos como gestores tienen por delante. Especialmente es dificultoso en aquellas patologías como las de la espalda en las que intervienen multitud de factores. Hasta hace bien poco los resultados de la práctica clínica se venía realizando en función de indicadores como la mortalidad la morbilidad analíticas etc es decir datos supuestamente objetivos. Desde hace unos años la investigación de los resultados en salud ¿IRS? está teniendo un gran desarrollo. En este sentido el análisis de los resultados en base a las preferencias de los pacientes presenta un gran interés.

Material y métodos:

Estudio retrospectivo

111 pacientes, 56 por ciento varones, 44 por ciento mujeres.

Artrodesis vertebral

Cuestionario de salud EQ5d por correo

Cuestionario anexo epidemiológico

Conclusiones:

La edad es el factor más importante para explicar el resultado.

La dimensión dolor es la que más pesa.

No diferencias significativas con respecto al sexo, diagnóstico, tabaco etc.

La diferencia entre la percepción del estado de salud y el beneficio de la cirugía necesita estado previo y cuestionario específico.

La tarifa no explica la EVA en este grupo de pacientes.

Comorbilidad y coste directo asociado al síndrome depresivo en el ámbito de la atención primaria de salud

Sicras Mainar A.; Guasch Ibáñez B.; Serrat Tarrés J.; Codes Marco J.; Llopart López J. R.; Cabezas Torres M. A.

Introducción:

Medir la carga de comorbilidad, así como el impacto económico que representan el síndrome depresivo (SD), en población atendida por varios equipos de atención primaria (EAP), en situación de práctica clínica habitual.

Material y métodos.

Estudio transversal retrospectivo. Fueron incluidos los pacientes mayores de 14 años atendidos por cinco EAP durante el año 2.004, con diagnóstico establecido de SD (CIAP; P76). Las principales mediciones fueron: edad, sexo, episodios/comorbilidad y utilización de recursos. El modelo de costes para cada paciente se estableció diferenciando los costes semifijos (personal) de las variables (farmacia, laboratorio, etc.). Se efectuó un análisis de regresión logística para la corrección del modelo. Los costes fueron contrastados mediante análisis multivariante de ANCOVA, con estimación de medias marginales (ajuste: Bonferroni).

Resultados:

El número total de pacientes atendidos fue de 64.072. Un 10,3% (n=6.592) presentaron SD (IC: 8,2-12,4%); 74,5% en mujeres. La media de episodios/paciente/año fue de 7,4±4,3 versus 4,7±3,3 (p=0,000) y el número de visitas/paciente/año de 12,0±9,3 versus 7,4±7,6 (p=0,000). Los principales episodios asociados al SD fueron: neuropatías (OR=2,1; p=0,000), alcoholismo (OR=1,6; p=0,000) y neoplasias malignas (OR=1,3; p=0,000). La cuantificación de los costes fue de 36,9 millones de euros (farmacia: 62,0%, semifijos: 27,2%). El coste unitario paciente/año ajustado (medias marginales) por comorbilidad fue de 1.082,81? (EE=8,41) con SD; frente a 684,11? (EE=3,41) sin SD, p=0,000.

Conclusiones:

La prevalencia del SD es importante, principalmente en el género femenino. Los costes en los pacientes con SD, ajustados por morbilidad son superiores, aumentan con la edad y ocasionan un elevado consumo de recursos sanitarios.

Cuadro de mandos. Información a los servicios quirúrgicos para la gestión de lista de espera

Gil González J. M.; Alonso Pérez M.; De La Torre Pardo P.; Martín Arribas J.; Calvo Acebes R.; Fontsare Ojeado J. M.

Introducción:

La gestión de la lista de espera quirúrgica necesita de la participación activa de los distintos servicios hospitalarios. La siempre deseada implicación de los facultativos en los objetivos del centro es difícil de obtener sin proporcionar, a nivel de jefe de servicio o facultativo, la información que habitualmente requiere la dirección a nivel del hospital. El programa de cuadro de mando desarrollado por nuestro hospital ha sido diseñado para ofrecer información de lista de espera quirúrgica, tanto global como detallada, a cada servicio o facultativo. Presentamos el módulo de informes de lista de espera quirúrgica para la remisión a los servicios.

Material y métodos:

La ejecución del proyecto se ha llevado a cabo por un grupo de trabajo formado por miembros de la Unidad de Informática y de la Dirección del hospital. El programa esta realizado en entorno Windows con Visual Basic 6.0 y conecta el ordenador del usuario con las bases de datos del hospital "Informix online" mediante ODBC en modo cliente-servidor. Se accede en tiempo real a las tablas del sistema HPHis y se generan tablas temporales en función de las consultas que realiza cada usuario.

Conclusiones.

El programa accede directamente a las bases de datos de lista de espera y permite, desde la primera pantalla, seleccionar el análisis para cada servicio o cirujano individual. Para cada opción puede obtenerse e imprimir la siguiente información:

- Lista de espera total, por tramos o anterior a una fecha objetivo electiva
- Pacientes con demora estructural
- Recuento de diagnósticos y procedimientos en lista
- Recuento de motivos de salida de lista de espera

- Gráficas por servicio o cirujano y evolución de 12 meses
- Comparación con el año anterior para cada una de las opciones anteriores
- Indicadores de espera y demora media entre otros

Desde cualquiera de las secciones del programa es posible acceder mediante doble clic a la relación de pacientes comprendidos en el grupo seleccionado. En cada uno de ellos se muestran, además de las variables del registro oficial de lista de espera, el cirujano responsable, la fecha de preoperatorio y la de derivación a concierto externo en su caso.

Esta pantalla permite imprimir listados por servicio y médico con el total de pacientes en lista o aquellos anteriores a una fecha objetivo, conforme a los siguientes formatos predefinidos:

- Recuento de pacientes por tipo de cirugía (con ingreso y ambulatoria)
- Recuento de procedimientos por tipo de cirugía

También pueden elaborarse, por servicio y médico, informes de relación individual de pacientes con aquellas variables que se deseen del registro oficial de lista de espera. En todos los casos es posible establecer filtros con selección de tipo de cirugía, servicio, médico o situación del paciente en lista de espera. Desde la dirección médica se han enviado a los distintos servicios informes de situación de lista de espera para ayudar a la planificación de la misma. Los listados de pacientes que era preciso intervenir para el cumplimiento de los plazos fijados se han remitido con meses de antelación. Las respuestas han oscilado entre la sorpresa y la indiferencia. Sin embargo han sido muchos los servicios que han realizado su programación en función de los listados suministrados y que continúan solicitándolos para su planificación.

Desarrollo de un programa de búsqueda activa de pacientes con hipercolesterolemia familiar heterocigota en Extremadura

Bureo Dacal J. C.; Gómez De Tejada Moreno E.; Rebollo Vela M.; Gallardo Berrocal M. C.; Jiménez Matas A.; Villalobos Ávila M. Á.; Villa Mínguez D.

Introducción:

La hipercolesterolemia familiar (HF) es el trastorno hereditario monogénico más frecuente, estimándose, para la variante heterocigota de la HF (HFH) una frecuencia de 1/500 habitantes. La importancia del diagnóstico precoz de la HFH, radica en la elevada incidencia de enfermedad cardiovascular prematura (la OMS considera al diagnóstico precoz de la HFH como una de las intervenciones sanitarias más rentables económicamente, ocupando el segundo lugar después de la cloración del agua).

El RD 1384/2003, de 31 de octubre, contempla la aportación reducida de las estatinas para los pacientes con diagnóstico de HFH. En la siguiente comunicación exponemos las medidas adoptadas por el Servicio Extremeño de Salud para cumplir con el RD 1384/2003 e intentar reducir la morbimortalidad por enfermedad cardiovascular.

Material y métodos:

Con fecha 13/02/2004, la Consejería de Sanidad y Consumo y el Servicio Extremeño de Salud, emitieron la Instrucción nº 2/2004, para regular el procedimiento de acceso a la prestación de aportación reducida.

El SES inició una campaña de información entre las 8 Áreas de Salud de Extremadura, divulgando la mencionada Instrucción y los requisitos que deberían cumplir los pacientes para ser incluidos en el Registro de pacientes con HFH, en concreto los criterios diagnósticos del Programa Internacional de la OMS (MED-PED) y la obtención de una confirmación mediante la realización de un estudio genético (único diagnóstico de certeza).

Una vez diagnosticado un paciente, además de concederle el acceso a la prestación de aportación reducida, se iniciaba una búsqueda activa entre los familiares cercanos, con el fin de intentar identificar al mayor número de pacientes con HFH e iniciar un tratamiento precoz.

Conclusiones:

Desde el inicio de la campaña, se han detectado 70 nuevos casos de HFH y solicitado 133 estudios genéticos.

A pesar de la búsqueda activa, sólo hemos conseguido identificar una mínima parte de los pacientes que, presumiblemente, padecen una HFH en Extremadura (aproximadamente 2000).

Elaboración de un protocolo organizativo de asignación de camas en reanimación

Latorre Guisasaola M.; Olascoaga Arrate A.; Ballestero Zárrega J.; Álvarez Yeregi M.

Introducción:

Las cancelaciones quirúrgicas por falta de camas en el Servicio de Reanimación son una fuente de insatisfacción para el paciente y para el facultativo del Servicio que realiza la programación quirúrgica. Además, debe haber camas de reanimación disponibles para poder atender la demanda urgente. En nuestro hospital, cada servicio venía programando sus intervenciones sin tener en cuenta las posibilidades para ingresar posteriormente a los pacientes en Reanimación; ello obligaba con cierta frecuencia a anular intervenciones el mismo día para el que se habían programado, con el paciente ya preparado. Reconociendo la dificultad de hacer una previsión exacta, el primer paso para racionalizar este recurso es intentar adecuar las peticiones diarias de camas de reanimación a la disponibilidad previsible de las mismas.

Material y métodos:

- Se forma un grupo de trabajo formado por el director gerente, la subdirección quirúrgica, el responsable de Anestesia, los responsables de los Servicios Quirúrgicos y la Unidad de Calidad.
- Se diseña un circuito de solicitud, análisis y asignación de camas en reanimación que permite conocer las necesidades de cama con un rango de 2 a 9 días de antelación.
- Se elabora una base de datos que permitirá introducir las propuestas solicitadas a los

responsables de la programación y las propuestas aprobadas al Jefe de Anestesia y a la Dirección Médica del Hospital y que permitirá realizar un análisis retrospectivo de la eficacia de la medida adoptada.

- Se establece el indicador de eficacia "% cancelaciones por falta de camas entre las intervenciones asignadas" y los indicadores de seguimiento "% de solicitudes entregadas en plazo, "% de informes de asignación entregados en plazo" y "% de solicitudes denegadas.

Resultados:

En los 12 meses anteriores a la puesta en marcha del protocolo, por cada 100 pacientes quirúrgicos que ingresaban en la Reanimación, se anulaba la intervención por falta de camas a otros 3,4. Desde la puesta en marcha del plan (28.3.06) se ha recibido 159 solicitudes de camas; se ha propuesto cambiar de día la intervención a 5 pacientes y se ha aceptado las restantes peticiones. Desde esa fecha no se ha anulado ninguna intervención por falta de camas.

Conclusiones:

La planificación de la demanda de camas de reanimación permite dar una respuesta adecuada a la programación quirúrgica y eliminar la incertidumbre a pacientes y cirujanos sobre la posibilidad de cancelación.

Estimación de la prevalencia de HTA y diabetes en Castilla y León según los criterios diagnósticos de inclusión en la cartera de servicios de atención primaria

Iglesia Rodríguez P.; Guzmán Fernández M. A.; Lleras Muñoz S.; Vega Alonso T.

Introducción:

Los estudios epidemiológicos poblacionales conllevan habitualmente el uso de métodos de medida o criterios de inclusión que pueden diferenciarse de los usados en la práctica clínica o en la toma de decisiones en gestión y organización sanitaria. Los objetivos que persiguen estas dos aproximaciones a la información suelen ser diferentes y por consiguiente, los resultados pueden también diferir.

En el Estudio del Riesgo de Enfermedad Cardiovascular en Castilla y León (ERCV), se estimaron las prevalencias de hipertensión arterial (HTA) y de diabetes mellitus (DM), a partir de los datos recogidos con criterios epidemiológicos. Sin embargo, la adaptación de estos indicadores a la evaluación de la gestión de los servicios sanitarios no se puede hacer de manera directa, y precisa de ciertos ajustes derivados de los diferentes criterios utilizados.

Por este motivo, se plantea la realización de un estudio de indicadores de prevalencia de HTA y diabetes mellitus, a partir de la información obtenida en el estudio del riesgo de enfermedad cardiovascular, aplicando los criterios de inclusión en la cartera de servicios de Atención Primaria.

El porcentaje de personas con HTA en el ERCV fue del 38,8%. De estos, el 22,3% estaban diagnosticados previamente y el 16,5% (670) fueron nuevos diagnósticos. Se consideró criterio diagnóstico una cifra de presión arterial igual o superior 140/90 en alguna de las dos tomas realizadas el día del estudio.

El porcentaje global de personas con diagnóstico de DM en el ERCV fue de 8,8%. El 6,7% tenían diagnóstico previo y el 2,1% (102) se diagnosticó durante el estudio. Se consideró diagnóstica una glucemia basal igual o mayor a 126mg/dl en la analítica realizada con motivo del estudio.

Material y métodos:

Se revisaron las historias clínicas (HC) de aquellas personas que en el estudio de riesgo de enfermedad cardiovascular tuvieron cifras de presión arterial iguales o superiores a 140/90 o de glucemia basal iguales o

superiores a 126mg/dl, y que no estuvieran tratadas o diagnosticadas previamente.

Se consideró que se podía confirmar o descartar un diagnóstico de HTA o DM cuando la HC contenía la información suficiente para realizar el diagnóstico según los criterios de la cartera de servicios y no había en ella constancia escrita de que se hubiera iniciado tratamiento ni indicado recomendaciones higiénico dietéticas que pudieran modificar el resultado.

En el caso de la presión arterial sólo se consideraron los datos registrados en la HC en los tres meses posteriores al estudio de riesgo cardiovascular. Siendo los criterios diagnósticos de HTA tres tomas de presión arterial separadas en un periodo máximo de dos meses cuyo promedio fuera igual ó superior a 140/90.

En el caso de la diabetes se tuvo en cuenta la existencia de un nuevo registro de glucemia basal en los seis meses siguientes al estudio de riesgo cardiovascular siendo este igual o superior a 126mg/dl.

Conclusiones:

De los 670 pacientes que en el estudio de RCV presentaron niveles de TA iguales o superiores a 140/90 y que no estaban diagnosticados previamente, se pudo localizar la HC de 608(90,75%). En 309(46%) constaba la existencia de tratamiento o recomendaciones dietéticas y en 15(2,24%) no se pudo obtener información. De las 284(42,3%) historias clínicas restantes, solo 91(32,04%) contenían la información suficiente para confirmar o descartar el diagnóstico de HTA según los criterios de inclusión en Cartera de Servicios. Se confirmó el diagnóstico de HTA en 17 de los 91 pacientes (18,7%) y se descartó en 74(81,32%). Considerando todos los pacientes del ERCV(670), el porcentaje de sospechas de HTA confirmadas se sitúa en el 2,54%(17/670) y de no confirmadas en el 11,04%(74/670), una proporción de 1:4 aproximadamente.

Aplicando un porcentaje de confirmación del 18,7%, la proporción de nuevos casos diagnosticados en el ERCV, se situaría en 3,1% (16,5*18,7/100) y el porcentaje total de HTA en 25,4%(22,3%+3,1%).

En 74 de los 670 casos (11,04%) se descartó la presencia de HTA, utilizando este criterio, el porcentaje de nuevos diagnósticos del ERCV se situaría en 14,6% ($16,5(1-11,04)/100$) y el porcentaje total de HTA en 36,9% ($22,3\%+14,6\%$), 2 puntos por debajo del estimado con criterios epidemiológicos (38,8).

Teniendo en cuenta que no se pudo realizar la verificación en el 86,42% de las sospechas de HTA, aplicar estos resultados para reducir la prevalencia estimada en el estudio del riesgo cardiovascular (ERCV) es arriesgado.

No obstante, a partir de los resultados obtenidos, consideramos que el porcentaje mínimo de confirmación se situaría en 18,7% y el máximo en 88,9%. Teniendo en cuenta que en el 45% de los casos sospechosos (309/670) se había iniciado tratamiento farmacológico o higiénico dietético consideramos que nuestros resultados pueden estar influenciados por un sesgo en la muestra hacia los casos menos graves o con valores límites, por lo que asumimos que el porcentaje de confirmación sería al menos del 18,75% y la prevalencia de HTA utilizando los criterios de cartera de servicios se situaría como mínimo en el 25,4%, no superando el 36,9%.

De los 102 pacientes que presentaron glucemias superiores a 126mg/dl en el ERCV, se pudo disponer de la historia clínica de 97 (95,1%). En 64 (65,9%) constaban recomendaciones higiénico dietéticas o inicio de tratamiento, de las 33 restantes, solo 10 (30%) contenían información suficiente para confirmar el diagnóstico de diabetes mellitus utilizando los criterios de la cartera de servicios. Se confirmó el diagnóstico de DM en 7 de los 10 casos (70%) y no se confirmó en los 3 restantes (30%). El porcentaje de casos de DM confirmados en el total de pacientes del ERCV (102) fue del 6,86% ($7/102$) y de no confirmados del 2,94% ($3/102$). Una proporción de 7:3 aproximadamente.

Asumiendo una confirmación diagnóstica del 70% la proporción nuevos diagnósticos en el ERCV, se situaría en 1,47% ($2.1*70/100$) y el porcentaje total de DM en 8,2% ($6,73\%+1,47\%$).

En el 2,94% de los casos diagnosticados en el ERCV (3/102) se descartó el diagnóstico, reduciendo la prevalencia de nuevos casos en el ERCV al 2% ($2.1(1-2,94)/100$) y la prevalencia total del estudio pasaría a ser del 8,73%.

Solo en un 10% de los pacientes diagnosticados de diabetes se pudo disponer de la información suficiente para verificar el resultado.

A partir de los datos obtenidos, el porcentaje mínimo de confirmación se situaría en el 70% y el máximo en el 97%. Asumiendo un sesgo de la muestra hacia los casos con valores límites o más bajos, ya que en el 63% de los pacientes se había instaurado tratamiento, consideramos que el porcentaje de confirmación en el total de los casos sería al menos del 70% y utilizamos este criterio para ajustar la prevalencia del ERCV a los criterios diagnósticos de la cartera de servicios, se situaría como mínimo en el 8,2% no superando el 8,7%. Valores similares a los detectados en el ERCV (8,8%).

Los estudios epidemiológicos son una herramienta esencial para conocer la prevalencia de una enfermedad. En general, se realizan con criterios operativos que permitan optimizar los recursos empleados, sobre todo cuando se trata de grandes estudios poblacionales, y nos dan una visión amplia de la carga que supone la enfermedad en una población.

La gestión clínica de casos requiere unos criterios diagnósticos más estrictos que confirman la presencia de la enfermedad o factor de riesgo en un individuo concreto, sobre todo si de ello puede derivarse la instauración de un tratamiento de por vida como es el caso de la HTA o la diabetes.

La cartera de servicios de Atención Primaria en su doble vertiente de herramienta clínica y de gestión precisa de unos indicadores que nos permitan asegurar por un lado la calidad científico-técnica de los servicios ofertados (criterios de inclusión y normas técnicas) y por otro el grado de cobertura de estos servicios para evaluar hasta qué punto se está dando respuesta a las necesidades de la población y orientar las estrategias de gestión en función de estos resultados.

Los datos proporcionados por los estudios epidemiológicos se utilizan habitualmente como estándar para establecer los indicadores de cobertura de los servicios de atención primaria pero en ocasiones precisando de un ajuste para establecer unos objetivos de cobertura más adaptados a la práctica clínica.

Estudio coste-beneficio de la aplicación de adhesivo de fibrina en la reparación de eventraciones

Fernández Lobato R.; Limones Esteban M.; Marín Lucas J.; García Septiem J.; Ríos R.; Casas Requejo J.

Introducción:

La aplicación de adhesivos con intención de reducir los espacios muertos que se producen en la reparación de eventraciones puede evitar el desarrollo de hematomas y seromas, lo que evita infecciones y largas estancias.

Se presenta un estudio coste-beneficio sobre la aplicación de adhesivo de fibrina (Tissucolâ) en eventraciones abdominales con dermolipectomía asociada.

Material y métodos:

Se han estudiado 100 pacientes, intervenidos por eventración de línea media con dermolipectomía asociada, en el periodo comprendido entre junio 1996-diciembre 2003. La técnica quirúrgica ha sido similar, realizando una dermolipectomía según requerimientos, reparación de la eventración según técnica de Rives-Stoppa con malla de polipropileno de elección, y en su defecto por múltiples cirugías o defecto de tejidos, malla situada en posición "onlay". Colocación de drenajes aspirativos que se retiran cuando el débito era menor a 30 cc /día y vendaje compresivo mediante faja elástica durante 1 mes. Profilaxis antibiótica y antitrombótica.

Los pacientes se han dividido en 2 grupos :

- I: 60 pacientes. Con aplicación de adhesivo en spray en el subcutáneo (2- 5 ml) .
- II: 40 pacientes sin aplicación de adhesivo.

Resultados:

- I: edad media: 49,4 años (rango 32-72). Morbilidad local 57,6%. Estancia hospitalaria: 13,1 días (rango 4-90). Coste total: 168.923 , coste/ pr ocedimiento de 4.223 .
- II: edad media: 53,9 años (rango 28-81). Morbilidad local: 31,65. Estancia media: 7,1 días (3-17). Coste total de 135.533 , y coste/ procedimiento de 2.258 .

La diferencia entre estos parámetros fue estadísticamente significativa con $p < 0,005$, $p < 0,01$ y $p < 0,01$ respectivamente. No hubo mortalidad , ni se precisó ninguna retirada de malla en ningún grupo.

Conclusiones:

El uso de adhesivo de fibrina utilizado en el subcutáneo de eventraciones abdominales con dermolipectomía asociada presenta claros beneficios, reduce el coste total del grupo (33.390 €) y el coste total por paciente en 1.965 €, considerándose coste-efectivo.

Estudio coste-beneficio de la reparación de la hernia incisional abdominal

Limones Esteban M.; Marín Lucas J.; Angulo Morales F. J.; Moreno J.; Casas Requejo J.

Introducción:

La implantación de técnicas laparoscópicas, plantea beneficios para el paciente por su mejor y más rápida recuperación tras la cirugía, pero el procedimiento en sí puede resultar más caro, por lo que es interesante realizar estudios de evaluación económica para demostrar su eficiencia.

Se presenta un estudio coste-beneficio para determinar si existen ventajas económicas de la reparación laparoscópica de hernias ventrales comparándola con la vía abierta.

Material y métodos:

Se estudian 140 pacientes con diagnóstico de hernia primaria o incisional de la pared abdominal, durante 4 años. Los pacientes se dividen en dos grupos:

- I. Reparación laparoscópica mediante malla de *dual mesh with holes* (Gore-Texâ), fijación con 4 puntos transaponeuróticos y doble corona de sutura helicoidal (Tacker, Autosutureâ) sin drenajes.
- II. Vía abierta con técnica de Rives-Stoppa y malla de polipropileno, fijada con puntos del mismo material y drenajes aspirativos por encima de la malla.

Las eventraciones tenían características similares de tamaño y localización

En todos los casos se administró profilaxis antibiótica y sólo antitrombótica en casos indicados.

Resultados:

GRUPO I: 70 pacientes, con 45 hernias incisionales y 25 primarias. Media de estancia hospitalaria: 2,1 días (12 horas- 10 días) Morbilidad 3 casos, con 1 readmisión por estreñimiento. Coste total grupo: 220.555 €. Coste por paciente: 2.865 €.

GRUPO II: 70 pacientes, con 40 hernias incisionales y 30 primarias. Media de estancia hospitalaria: 5,1 días (1-77 días). Morbilidad 13 casos con 3 readmisiones (2 hematomas y 1 infección). Coste total grupo: 288.787 €. Coste por paciente: 4.125 €.

Conclusiones:

La reparación laparoscópica de hernias abdominales es un procedimiento más caro desde el punto de vista técnico, pero dada la reducción de la estancia media y las complicaciones produce una reducción del coste total del procedimiento en 1.260€/ paciente por lo que se puede considerar coste-efectivo.

Estudio de la evolución a largo plazo del coste del laboratorio clínico mediante las unidades relativas de valor

González Revalderia J.; Pascual Duran T.; Miravalles González E.

Introducción:

Las unidades relativas de valor (URV) son el método más ampliamente consensuado para calcular el coste estándar de las pruebas del laboratorio. Su cálculo incorpora la repercusión de los costes totales de cada capítulo (unidad de proceso técnico, unidad de proceso facultativo, coste de reactivos, coste de fungibles, coste de amortizaciones y coste generales del hospital) sobre la prueba informada.

El empleo de las URV facilita la comparación interanual del coste de la prueba informada ya que elimina la influencia de factores de confusión y de la devaluación monetaria anual.

En ausencia de otros factores, el valor de la URV ha de disminuir cuando aumenta el número de pruebas informadas (procesos). Cuando esto no sucede puede servir de alerta para detectar problemas económicos en el laboratorio.

En el presente trabajo se estudia la evolución de las URV y del número de procesos efectuados en el laboratorio de rutina y de urgencias durante 9 años (desde 1997 a 2005). Asimismo, se evalúan los posibles factores de desviación que puedan haber tenido lugar durante dicho intervalo de tiempo.

Material y métodos:

Se han analizado las URV y el número de procesos, desde 1997 a 2005, del laboratorio de rutina y de urgencias de la Unidad de Gestión Clínica de Análisis Clínicos del Hospital Universitario de Getafe (Área Sanitaria nº 10 del IMSALUD). El cálculo de la URV se ha realizado mediante las tablas de consenso de la Sociedad Española de Dirección y Gestión de los Laboratorios Clínicos (SEDIGLAC; www.sediglac.org) El valor de los componentes de las URV es facilitado anualmente por la Gerencia del hospital y los Departamentos de Contabilidad y Compras e introducido en una hoja de cálculo Excel para cada prueba del laboratorio.

Resultados:

La figura 1 muestra la evolución de los procesos durante el tiempo analizado. En el laboratorio de rutina se observa un incre-

mento brusco de 1997 a 1998 debido a la incorporación del laboratorio satélite que existía en un ambulatorio del área.

Desde 1998 ha habido un incremento medio constante en el número de pruebas informadas de un 4%. En el laboratorio de urgencias no ha habido un cambio en el número de procesos hasta 2002. Desde entonces se ha registrado un incremento medio anual en el número de procesos del 12,3%.

Según el incremento constante del número de procesos, el coste de las URV debería disminuir en el laboratorio de rutina. Esto se cumple hasta el año 2000 (figura 2) en donde comienza a incrementarse su valor siendo la media de los últimos 3 años un 8% superior a la de la media de 1997-1999.

Respecto del laboratorio de urgencias, se observa una disminución del valor de la URV en el periodo 1997-2002 y un ligero incremento posterior, siendo la variación global prácticamente nula en el periodo estudiado.

Conclusiones:

La observación de las gráficas de evolución del número de procesos y de las URV permiten constatar la evolución esperada, en el laboratorio de rutina, hasta los años 2000-2002 en donde se invierte la tendencia a la baja de las URV. En ese periodo se sigue manteniendo la tasa de crecimiento interanual en el número de procesos.

En el laboratorio de urgencias el valor de las URV es estable aún existiendo un fuerte incremento del número de procesos.

Estos hechos son debidos a la incorporación en este periodo de nuevas pruebas analíticas costosas, justificadas por la repercusión en la estancia hospitalaria o en la mejora diagnóstica de los pacientes. Así, en el caso del laboratorio de urgencias se desarrolló el Protocolo del Síndrome Coronario Agudo en el que se introdujeron las pruebas de la troponina T y de la mioglobina. Su elevado coste se ve compensado por un menor tiempo de estancia del paciente en el área de observación de Urgencias. Asimismo, se introdujo la prueba de la procalcitonina con el fin de poder instaurar precozmente el tratamiento

antibiótico, sólo en los casos necesarios, en la población pediátrica.

En el caso del laboratorio de rutina se incorporaron pruebas genéticas para el diagnóstico de la hemocromatosis y la medida intraoperatoria de la PTH y se remodeló el área analítica cambiando el analizador automático por otro de mayor capacidad con un módulo preanalítico. Asimismo, se dotó el área de gestión preanalítica integral con un facultativo y un técnico de laboratorio a

tiempo completo, alcanzando la Certificación del Área Preanalítica según la norma ISO 9001:2000 en marzo de 2006.

En la fase preanalítica es donde se centran actualmente más del 75% de los errores del laboratorio y, por tanto, es esencial controlar esta área de forma preferente. Esto, además de la introducción de nuevas pruebas diagnósticas, se ha conseguido realizar con un incremento medio del coste de la URV, en rutina, inferior al 10%.

Estudio de las reclamaciones durante el primer año del área de cirugía sin ingreso

Fernández Lobato R.; García Sánchez M.; Gotor González D.; García Pondal J.; Casas Requejo J.

Introducción:

La comprobación por parte del profesional de que los procedimientos quirúrgicos realizados sin ingreso son seguros y eficaces, le ha proporcionado confianza, haciendo incrementar su número aportando claros beneficios para la institución, los pacientes y sus familiares.

Material y métodos:

Durante el primer año de funcionamiento de la Unidad de Cirugía Sin Ingreso de nuestro hospital, se han tratado 2.239 pacientes. Se ha evaluado la calidad del Servicio prestado mediante el estudio de todas las reclamaciones entregadas en el Servicio de Atención al Paciente durante el periodo de estudio (9 diciembre 2004 a 9 diciembre 2005). Se analizan los criterios que la comunidad de Madrid

recoge mediante el programa ITRAC instaurado en 2004 que pudieran tener relación con el área de CSI.

El número total de reclamaciones realizadas en el periodo de estudio han sido de 1.620, encontrándose sólo 6 con relación al CSI. De ellas fueron 5 fueron realizadas por mujeres y en los 3 primeros meses de funcionamiento. Los motivos de reclamación han sido los siguientes: suspensión de la intervención (1 caso); deficiencias en la preservación de la intimidad (1 caso) y excesivo tiempo de espera hasta el paso a quirófano (4 casos).

Conclusiones:

El bajo índice de reclamaciones presentado sobre este área (0.3%) hace pensar que ha existido satisfacción del ciudadano con este sistema aunque es mejorable.

Evaluación del módulo cardiovascular en el sistema de historia clínica electrónica de atención primaria de Castilla-La Mancha

Carvajal Alonso-Barajas J.; Hernández Díaz J.; Sánchez G.; Alonso de Lucas M. E.

Introducción:

El Servicio de Salud de Castilla-La Mancha comenzó su andadura, tras las transferencias sanitarias del año 2002, afrontando múltiples retos tanto en Atención Especializada como en Atención Primaria. Concretamente en Atención Primaria asumió inicialmente la cartera de servicios que hasta el momento el INSALUD había implantado. No obstante se evidenció la necesidad de realizar reformas en la misma y a la par abordar un proceso de informatización clínica en Atención Primaria que actualmente discurre en paralelo.

Por una parte se abordó la necesidad de consensuar los diferentes programas de Área que sustentaban los servicios de cartera de Atención Primaria y por otra parte proceder a una informatización clínica de los mismos.

Así se crearon grupos de trabajo en las diferentes Gerencias de Atención Primaria para la elaboración de programas de salud de ámbito regional, cuyo primer fruto ha sido el "Programa de Prevención de enfermedades Cardiovasculares en Atención Primaria" el cual unifica el conjunto de actuaciones que se realizan en relación a los principales factores de riesgo, a saber: hipertensión arterial, diabetes mellitus, hipercolesterolemia, obesidad y tabaquismo. Este programa nació con la pretensión de valorar integralmente al paciente y no como tradicionalmente se había venido realizando de manera parcelar valorando una o varias patologías que incrementaban la probabilidad de padecer un evento cardiovascular. Además el programa pretende optimizar el número de consultas necesarias para un adecuado control del paciente así como conseguir una mayor eficiencia en el consumo de pruebas complementarias y de interconsultas con el nivel especializado.

Una vez elaborado el texto del programa el siguiente reto ha consistido en transponer las directrices del mismo al sistema de historia clínica Informatizada que se está implantando en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha: Turriano.

La incorporación del Programa de Prevención de Enfermedades Cardiovasculares en Atención Primaria al sistema de historia clínica Informatizada (en adelante "Turriano") va

a permitir múltiples posibilidades como conocer las coberturas del programa, su grado de implantación y desarrollo, conocer el grado de consecución de objetivos terapéuticos, conocer la prevalencia de los diferentes factores de riesgo cardiovascular, conocer la eficiencia de las actuaciones sanitarias y el consumo de recursos, y en definitiva si se están haciendo bien las cosas y donde deberíamos mejorar.

La informatización en Turriano del Programa de Prevención de enfermedades Cardiovasculares se ha hecho efectiva a partir del 1 de enero de 2005 y creemos que se hace necesario realizar una evaluación inicial del mismo con la intención general de conocer si las pretensiones y filosofía con la que fue concebida se están plasmando en el trabajo diario de los sanitarios de nuestra comunidad. Por ello nos planteamos realizar un estudio piloto de implantación con los siguientes:

Objetivos:

1. Conocer los registros de F.R.C.V. e inclusiones en el Programa de Prevención Cardiovascular de Atención Primaria derivadas de la aplicación del programa y poder comparar con la situación precedente.
2. Conocer el consumo de pruebas complementarias que ha generado el programa y compararlo con la práctica clínica anterior a la implantación del programa.
3. Estudiar la evolución de ambos (programa en la historia clínica en papel y Turriano) en los primeros seis meses de convivencia.

Material y métodos:

Para la realización del estudio se procedió a obtener una muestra de historias clínicas procedentes de médicos informatizados desde Marzo de 2004 y que habían tenido operativo el módulo de cardiovascular desde enero de 2005. La muestra obtenida se calculó con un nivel de confianza del 95% y con un error de precisión máximo del 5% para estimación de proporciones en poblaciones finitas que fue de 384 de 407.959 historias de pacientes mayores de 14 años de edad.

La muestra se obtuvo mediante muestreo

simple aleatorio con programa informático (SPS) sobre los 959 pacientes objeto de estudio que configuraban el espacio muestral.

Una vez obtenida la muestra con representatividad de Comunidad Autónoma esta se distribuyó entre las distintas Áreas de Salud en función de la representación de las mismas con respecto a la población del estudio. Se evaluaron las historias en formato papel, seis meses retrospectivamente a la fecha 31 de Enero de 2005 y en formato papel e informatizadas seis meses prospectivamente desde esa misma fecha (el punto de referencia de fecha es el día de puesta en funcionamiento del módulo cardiovascular), configurándose un diseño cuasiexperimental antes-después. Para optimizar la fase de recogida de datos la evaluación del formato papel fue realizada por miembros de las distintas Gerencias de Atención Primaria previamente entrenados para ello. Los evaluadores no conocían la finalidad del estudio para evitar la aparición de sesgos de cumplimentación.

La evaluación de las historias electrónicas se realizó centralizadamente por personal previamente entrenado que igualmente desconocía la finalidad del estudio para evitar sesgos.

Las variables que inicialmente se recogieron fueron las siguientes:

- Factores de Riesgo Cardiovascular (F.R.C.V.) evidenciados en la historia clínica (*).
- Seguimiento protocolizado del F.R.C.V. presente.
- Número de pruebas complementarias que se han requerido para el control de los F.R.C.V. evidenciados. (*)
- Activación del protocolo cardiovascular en la historia clínica electrónica posteriormente al 01/01/2005

Las variables marcadas con un asterisco (*) se calcularon tanto para los seis meses anteriores a la implantación del módulo de cardiovascular de "Turriano" sobre las historias de papel, como para los seis meses siguientes sobre las historias de papel y sobre las historias electrónicas, para poder realizar las comparaciones oportunas.

A continuación se detallan las variables estudiadas y los criterios para la explotación de las historias en ambos formatos:

Gerencia

Entre 01/08/2004 y 31/01/2005
Entre 01/02/2005 y 31/07/2005

Centro de salud

Entre 01/08/2004 y 31/01/2005
Entre 01/02/2005 y 31/07/2005

Cias

Entre 01/08/2004 y 31/01/2005
Entre 01/02/2005 y 31/07/2005

Pacinte

Entre 01/08/2004 y 31/01/2005
Entre 01/02/2005 y 31/07/2005

- SE CONTESTARA "SI/NO" EN LOS SIGUIENTES:

F.R. Diabetes registrado

Entre 01/08/2004 y 31/01/2005
Entre 01/02/2005 y 31/07/2005

F.R. Dislipemia registrado

Entre 01/08/2004 y 31/01/2005
Entre 01/02/2005 y 31/07/2005

F.R. Obesidad registrado

Entre 01/08/2004 y 31/01/2005
Entre 01/02/2005 y 31/07/2005

F.R. Hta registrado

Entre 01/08/2004 y 31/01/2005
Entre 01/02/2005 y /07/2005

Inclusión en Prog. Diabetes

Entre 01/08/2004 y 31/01/2005
Entre 01/02/2005 y 31/07/2005

Inclusión en Prog. Dislipemia

Entre 01/08/2004 y 31/01/2005
Entre 01/02/2005 y 31/07/2005

Inclusión en Prog. Obesidad

Entre 01/08/2004 y 31/01/2005
Entre 01/02/2005 y 31/07/2005

Inclusión en Prog. HTA

Entre 01/08/2004 y 31/01/2005
Entre 01/02/2005 y 31/07/2005

- SE CONTESTARA "NUMERO" EN LOS SIGUIENTES:

AUSC C/P

Entre 01/08/2004 y 31/01/2005
Entre 01/02/2005 y 31/07/2005

Frec. Ccardíaca

Entre 01/08/2004 y 31/01/2005
Entre 01/02/2005 y 31/07/2005

Edemas en EEII

Entre 01/08/2004 y 31/01/2005
Entre 01/02/2005 y 31/07/2005

Pie de riesgo

Entre 01/08/2004 y 31/01/2005
Entre 01/02/2005 y 31/07/2005

Explorac de pies

Entre 01/08/2004 y 31/01/2005
Entre 01/02/2005 y 31/07/2005

Arco corneal

Entre 01/08/2004 y 31/01/2005
Entre 01/02/2005 y 31/07/2005

Xanrelasmas

Entre 01/08/2004 y 31/01/2005
Entre 01/02/2005 y 31/07/2005 SE

- SE CONTESTARA "SI/NO" EN LOS SIGUIENTES:**TIPO DE OBESIDAD**

Entre 01/08/2004 y 31/01/2005
Entre 01/02/2005 y 31/07/2005

ANALITICA

Entre 01/08/2004 y 31/01/2005
Entre 01/02/2005 y 31/07/2005

ECG

Entre 01/08/2004 y 31/01/2005
Entre 01/02/2005 y 31/07/2005

ECO

Entre 01/08/2004 y 31/01/2005
Entre 01/02/2005 y 31/07/2005

MAPA

Entre 01/08/2004 y 31/01/2005
Entre 01/02/2005 y 31/07/2005

AMPA

Entre 01/08/2004 y 31/01/2005
Entre 01/02/2005 y 31/07/2005

CVF

Entre 01/08/2004 y 31/01/2005
Entre 01/02/2005 y 31/07/2005

VEF

Entre 01/08/2004 y 31/01/2005
Entre 01/02/2005 y 31/07/2005

VEF/CVF

Entre 01/08/2004 y 31/01/2005
Entre 01/02/2005 y 31/07/2005

En el caso de que no existiese o no se encontrase la historia en formato papel, el formulario se cumplimentaba con "NO" Y "0" en las casillas correspondientes

Resultados:

Diagnóstico de factores de riesgo C.V. e inclusiones en Programa:

De las historias en papel evaluadas Entre 01/08/2004 y 31/01/2005, se obtuvieron 207 registros de F.R.C.V. que correspondían 39 a diabetes, 56 a dislipemias, 50 a obesidad y 62 a HTA. Se correspondían con unas prevalencias de 10,76 % para diabetes, 14,58 % para dislipemias, 13,02 % para obesidad y 16,15 % para HTA.

Se habían incluido en el Programa en Diabetes a 16 (41,03 % de los F.R. diagnosticados), en el Programa de Dislipemias a 24 (42,86 % de los F.R. diagnosticados), en el Programa de Obesidad a 18 (36,00 % de los F.R. diagnosticados) y en el Programa de HTA a 35 (56,45 % de los F.R. diagnosticados).

De las historias en papel evaluadas entre 01/02/2005 y 31/07/2005, se obtuvieron 208 registros de F.R.C.V. que correspondían 39 a diabetes, 56 a dislipemias, 51 a obesidad y 62 a HTA, se correspondían con unas prevalencias de 10,76 % para diabetes, 14,58 % para dislipemias, 13,28 % para obesidad y 16,15 % para HTA.

Se habían incluido en el Programa en Diabetes a 16 (41,03 % de los F.R. diagnosticados), en el Programa de Dislipemias a 24 (42,86 % de los F.R. diagnosticados), en el Programa de Obesidad a 18 (35,29 % de los F.R. diagnosticados) y en el Programa de HTA a 35 (56,45 % de los F.R. diagnosticados).

Apreciándose únicamente el crecimiento de un solo registro de F.R. Obesidad en la historia en papel más respecto al semestre anterior.

De las historias electrónicas evaluadas Entre 01/02/2005 y 31/07/2005,, se obtuvieron 104 registros de F.R.C.V. que correspondían 16 a diabetes, 25 a dislipemias, 20 a obesidad y 43 a HTA, con unas prevalencias de 4,16% para diabetes, 6,51% para dislipemias, 5,20% para obesidad y 11,19% para HTA.

Se habían incluido en el Programa de Diabetes a 10 (62,50% de los F.R. diagnosticados), en el Programa de Dislipemias a 17 (68,00% de los F.R. diagnosticados), en Programa de Obesidad a 19 (95,00% de los F.R. diagnosticados) y en el en Programa de HTA a 30 (69,76% de los F.R. diagnosticados).

Solamente 4 historias (3,42%) compartían los mismos datos en el formato papel y el electrónico.

Otra variable a tener en cuenta en la historia electrónica es la proporción de pacientes incluidos en Programa Cardiovascular con respecto a los distintos factores de riesgo cardiovascular incluidos en programa: para 76 factores de riesgo cardiovascular incluidos en programa hay 45 pacientes en Programa de Cardiovascular (31 menos) un 40,79% menosE xploraciones y pruebas complementarias: De variables exclusivas a cada uno de los distintos FR Cardiovascular:

De las historias en papel evaluadas entre 01/08/2004 y 31/01/2005, para el Programa C.V. Diabetes (16 programados) se registraron 7 pies de riesgo y 10 exploraciones de los pies, en total se registraron 17 datos

exploratorios de diabetes, para el Programa Dislipemias (24 programados) se registraron 1 arco corneal y 1 xantelasma, para el Programa Obesidad (18 programados) se registraron 0 Cap Vital y 0 VEFI, para el Programa HTA (35 programados) se registraron 1 Eco y 11 MAPA/AMPA.

De las historias en papel evaluadas entre 01/02/2005 y 31/07/2005,, para el Programa C.V. Diabetes (16 programados) se registraron 1 pies de riesgo y 3 exploraciones de los pies, en total se registraron 4 datos exploratorios de Diabetes, para el Programa C.V. Dislipemias (24 programados) se registraron 0 arco corneal y 1 xantelasma, para el Programa C.V. Obesidad (18 programados) se registraron 0 Cap Vital y 0 VEFI, para el Programa C.V. HTA (36 programados) se registraron 2 Eco y 1 MAPA/AMPA.

De las historias electrónicas evaluadas entre 01/02/2005 y 31/07/2005,, para el Programa C.V. Diabetes (10 programados) se registraron 6 pies de riesgo y 6 exploraciones de los pies, en total se registraron 12 datos exploratorios de diabetes, para el Programa C.V. Dislipemias (17 programados) se registraron 1 arco corneal y 3 xantelasma, para el Programa C.V. Obesidad (19 programados) se registraron 0 Cap Vital y 0 VEFI, para el Programa C.V. HTA (30 programados) se registraron 0 Eco y 0 MAPA/AMPA

Exploraciones y pruebas complementarias de variables comunes a los distintos FR cardiovascular:

Las variables comunes a todos los FR cardiovascular que se analizaron en este estudio, fueron la existencia de registro de la frecuencia cardiaca y de analíticas.

De las historias en papel evaluadas entre 01/08/2004 y 31/01/2005, se puede observar que para 56 pacientes con el Programa Cardiovascular activado, no se toman en consideración los Factores de Riesgo registrados (93), tenían 67 registros de frecuencia cardiaca y 71 de analíticas

De las historias en papel evaluadas Entre 01/02/2005 y 31/07/2005, se puede observar que para 56 pacientes con el Programa Cardiovascular activado, no se toman en consideración los factores de riesgo registrados (94), tenían 19 registros de frecuencia cardiaca y 19 de analíticas

De las historias electrónicas evaluadas entre 01/02/2005 y 31/07/2005,, se puede observar que para 45 pacientes con el Programa Cardiovascular activado, no se toman en consideración los factores de riesgo registrados,

tenían 51 registros de frecuencia cardiaca y 33 de analíticas.

Discusión:

En la historia en papel se puede ver cómo se registran los factores de riesgo y las prevalencias obtenidas se asemejan a las prevalencias descritas en la bibliografía, pero posteriormente, una vez diagnosticados, se incluye a la mitad de estos registros en programa.

En seis meses de existencia de la historia electrónica, se han capturado muchos pacientes, previamente diagnosticados pero no incluidos en Programa C.V. en la historia en papel y se han incluido en el Programa CV de Turriano; trabajándose con éste y registrándose en la historia electrónica las variables de seguimiento.

Hay menos registros de factores de riesgo en la historia electrónica que en la de papel, pudiéndose deber esto a que dicho registro en la aplicación Turriano llevaba relativamente poco tiempo operativo antes de la fecha del comienzo del estudio.

De mayor porcentaje de inclusión en programa respecto al diagnóstico del factor de riesgo en la historia electrónica, se puede deber a que la aplicación Turriano recuerda al sanitario que en la historia hay un FR activado sin incluir en programa y le invita a incluirlo cada vez que se abre dicha historia. Este aviso ha contribuido a reconsiderar esos diagnósticos e incluir a los pacientes en el programa correspondiente en tan solo seis meses.

Al gestionar electrónicamente al paciente y no a los FRCV, si dejamos de tratar los distintos FRCV de forma individual y tratamos al paciente de distintos FRCV en su conjunto, creemos que se puede optimizar la actividad programada hasta en un 40%, mejorando la utilización de recursos como pruebas complementarias y de laboratorio.

El bajo registro de exploraciones y pruebas complementarias en la historia en papel en el primer semestre, para los distintos FRCV, puede estar relacionado con que en ese período estaba vigente el anterior Programa de Cardiovascular y dicho Programa no contemplaba en su totalidad el manejo de las variables estudiadas salvo la exploración de los pies, el resto de variables se han incorporado en el nuevo Programa Cardiovascular del SESCAM (tanto para formato papel como electrónico), pudiéndose apreciar como se han aumentado los registros de las variables dependientes de diabetes y dislipemias en la historia electrónica, ya que los contempla y recuerda automáticamente el programa; del resto de variables aquí estudiadas, como su periodicidad es

anual hay que tener en cuenta que desde que el nuevo Programa de Cardiovascular entró en vigor hasta el 3 de julio del 2005, solo habían transcurrido seis meses y aún queda otro semestre para registrarlas. Sin embargo, se han escogido estas variables por ser las únicas que solo se deben de registrar en los Programas de esos factores de riesgo estudiados. De las exploraciones y pruebas complementarias comunes a los distintos FR Cardiovascular se puede observar como hay una tendencia a disminuir en el segundo semestre en la historia en papel a expensas del aumento en la historia electrónica, a su vez podemos ver cómo disminuye el registro del número de analíticas por paciente cardiovascular en la historia electrónica, en el primer semestre de estudio se registran 71 sobre 56 pacientes CV en programa (126,79%) y en el segundo semestre las analíticas que se realizan en la historia electrónica son 33 sobre 45 pacientes en programa CV (73,33%) la razón por la que se registran en la historia electrónica analíticas por debajo del 100% de los pacientes (ideal), podría deberse a que los pacientes en ese semestre se han ido incorporando al programa progresivamente y los pacientes recién capturados no han precisa-

do aún de una valoración analítica o no se tenían los resultados.

Se puede apreciar cómo los registros de exploraciones y pruebas complementarias en la historia en papel van disminuyendo y a su vez aumentan en la electrónica, hasta que en la representación gráfica se cruzan, el punto de cruce marca el momento en el que podemos decir que la historia electrónica adquiere verdadero protagonismo sobre la de papel.

Conclusiones:

Entre febrero y julio del 2005 se aprecia un notable aumento de inclusiones en Programa C.V. a pacientes con F.R.C.V. en la historia electrónica, a diferencia de la de papel que se va abandonando.

La aplicación informática facilita el registro de variables específicas del Programa C.V. (pie de riesgo, examen de pies, xantelasmas y arco corneal).

El N° de analíticas en el formato electrónico respecto al de papel desciende proporcionalmente al N° de programas CV, mostrándose una tendencia de reducción en actividad programada debidas a la nueva forma de gestionarse el programa.

Gestión de enfermería en Rx vascular intervencionista

Yañez Bosque P.

Introducción:

La evolución y complejidad de las técnicas Rx Intervencionistas, y la diversidad de los materiales específicos, unido al elevado coste, exige un conocimiento exhaustivo de los mismos y una gestión ágil por parte de los profesionales implicados.

Una gestión de enfermería eficaz permite con el menor gasto aplicar una asistencia de calidad.

Objetivos:

Utilizar los propios recursos para mejorar la gestión de los materiales específicos de Intervencionismo Radiológico.

Material y métodos:

- Revisión de materiales y listado de los mismos agrupándolos por familias.
- Colaboración con la Supervisora de Recursos Materiales y el Servicio de Compras en la actualización del Catálogo de Productos.
- Cuantificación del consumo semanal, mensual y anual del material en hoja de cálculo.
- Registro del material gastado diariamente con cada paciente.
- Colaboración con el médico en la elección de los materiales.
- Registro para baremar y comparar la calidad de los productos de cara al concurso.

Resultados:

- Almacén ordenado adecuando el stock a las necesidades.
- Control de productos con revisiones periódicas de caducidad.
- Perfecto conocimiento de materiales y sus compatibilidades.
- Racionalización del consumo.
- Comunicación fluida con el Servicio de Compras.
- Participación en los concursos.
- Realización de los pedidos por vía informática directamente desde la Unidad con el programa "HP HIS gestión".
- Registro en "HP HIS clínica" material consumido por paciente.
- Introducción de la "gestión de materiales" dentro las actividades protocolizadas de enfermería.

Conclusiones:

La gestión de enfermería en Rx Intervencionista:

- Facilita la relación interprofesional (Compras, Comerciales etc.).
- Disminuye el gasto.
- Agiliza la burocracia administrativa.
- Mejora la actividad asistencial.

Gestión eficaz de la accesibilidad: un sistema gráfico de información

López Arbeloa G.; García Urbaneja M.; González Torres M.; Ladrón De Guevara Portugal J. M.

Introducción:

Osakidetza / Servicio Vasco de Salud es una corporación sanitaria formada por más de treinta organizaciones de servicios que tiene como misión proveer servicios sanitarios públicos a más de dos millones cien mil ciudadanos.

Garantizar la accesibilidad y la continuidad en la asistencia -en condiciones de equidad- a los tan diferentes servicios que componen su cartera, a todos los ciudadanos y ciudadanas que los precisan, en un gran número de centros diferentes, es una de las primeras responsabilidades del sistema sanitario.

Son varios los puntos identificados en los cuales se puede ver amenazada la accesibilidad y la continuidad de la asistencia. Y son especialmente relevantes los accesos a consultas externas, a pruebas complementarias, y a intervenciones quirúrgicas programadas.

Los sistemas de información actuales son útiles para gestionar la actividad cotidianamente, pero no consiguen, proporcionar información oportuna, intuitiva y sencilla, para evaluar el seguimiento y tomar decisiones.

El presente trabajo propone un sistema gráfico que permite rápidamente identificar áreas de mejora en las consultas de más de cuarenta especialidades, veinticinco exploraciones complementarias diferentes y las listas de espera de trece hospitales.

Material y métodos:

Desde hace más de quince años, los hospitales y centros de especialidades de Osakidetza remiten a la organización central información relacionada con las listas de espera. Esta información está sujeta a unos formatos concretos y a una periodicidad determinada. Un grupo de trabajo formado por personas con experiencia en la gestión directa ha diseñado un sistema de presentación de los datos estructurado de acuerdo con el proceso intelectual

utilizado por los responsables de la gestión a la hora de interpretar la información. De esta forma se han diseñado diferentes formatos que serán presentados durante la comunicación oral. Se presentarán pantallas que permitan verificar el comportamiento de las demoras relacionadas con los objetivos, y con la trayectoria de cada consulta o especialidad.

Partiendo de estas ideas, se ha desarrollado una aplicación informática que relaciona los datos existentes, y que ofrece la información con arreglo a los esquemas diseñados por el grupo de trabajo.

Tras superar los controles desarrollados en la organización central, dicha aplicación ha sido presentada e instalada en los diferentes hospitales de prueba, y está siendo utilizada en las labores de dirección. En la actualidad se están recogiendo las sugerencias de mejora de cara a construir una segunda versión hacia finales de 2006.

Conclusiones:

Evaluar el seguimiento de los indicadores de más de 93.000 primeras consultas citadas, 33.000 exploraciones complementarias o 16.000 solicitudes de intervenciones quirúrgicas resulta un trabajo complicado por la gran diversidad de situaciones diferentes que plantea (diferentes especialidades, diferentes centros, diferentes criterios de evaluación...). Es posible utilizar los datos disponibles, sin necesidad de establecer nuevos y laboriosos sistemas, para obtener rápidamente una información útil para la toma de decisiones. Utilizando el sistema que proponemos conseguimos que la organización utilice y comparta los mismos datos y los interprete de la misma manera. De esta forma es más fácil establecer objetivos uniformes y dirigirlos a mejorar la equidad, y optimizar la accesibilidad de las ciudadanas y los ciudadanos a las prestaciones sanitarias.

Impacto de una gerencia única en la atención urgente de un departamento de salud

Catalán Oliver C.; Palop Larrea V.; Ruiz López J. L.; Cebrian Ordoñez V.; Trescoli Serrano C.; Tarazona Gines E.; de Rosa Torner A.

Introducción:

El crecimiento de la población y su envejecimiento son las principales responsables del incremento progresivo de las urgencias tanto hospitalarias como en atención primaria. Existe la convicción que la integración asistencial permite una atención más eficiente. Por ello nos planteamos describir el impacto de una gestión única e integrada de estos dos ámbitos asistenciales en la atención urgente de un Departamento de salud.

Material y métodos:

Tipo de estudio: Estudio descriptivo transversal

Ámbito de estudio: Departamento de Salud con Gerencia única desde el año 2003 que atiende una población de 244.924 habitantes.

Sujetos: nº de urgencias en el servicio de urgencias del hospital y de los 10 puntos de atención continuada durante los años 2004 y 2005

Intervenciones: historia clínica electrónica única, intercambios de profesionales, triage, consulta rápida hospitalaria, información al usuario en la sala de espera del hospital de las demoras en atención continuada, mejor dotación de recursos y medios diagnósticos en centros sanitarios integrados.

Resultados.

En el periodo de 1999 hasta 2003 la gestión de la atención hospitalaria y la primaria eran

independientes y las urgencias hospitalarias crecían del orden de un 4% anual (de 98.533 en 1999 a 125.480 en 2003), por lo que se estimaba que en 2005 podrían suponer 135.430 urgencias. Por otra parte la población de 2003 a 2005 ha crecido en 10.039 habitantes por lo que es previsible también un crecimiento paralelo de las urgencias (129.943 urgencias en 2005). Desde que en 2003 existe una gestión integral de servicios integrados la aplicación de todas las intervenciones descritas previamente ha permitido que el total de las urgencias del Departamento permanezca estable estos dos últimos años y que exista una redistribución de las urgencias, de manera que la atención primaria que atendía un 60% del total de urgencias en 2004, en 2005 asume un 65%. Así mismo, en el hospital las urgencias también se han reducido (116.085 en 2005) de forma que la diferencia entre las urgencias esperadas y las reales ha supuesto una disminución del 14,3%.

Conclusiones:

La integración asistencial alcanzada mediante una Gerencia única permite racionalizar la atención urgente en un Departamento de Salud.

Los problemas de salud de los pacientes en función de su gravedad o complejidad son asumidos y resueltos en el "mejor lugar" diagnóstico y terapéutico, con mejor satisfacción de usuarios y profesionales sanitario.

Impacto del rediseño de procesos en un hospital de día oncológico de alta resolución: calidad percibida, indicadores y coste

Alemany Duran M., Ramos Rodríguez V., Gravalos Castro C., Oro Hitar M., Goyache Goñi M. P., Guzman Villalba J. M., Pérez S.

Introducción:

En octubre de 2004, debido al elevado número de pacientes atendidos en el hospital de día (HD) del Servicio de Oncología Médica (SOM) (>100 pacientes/día) y a las demoras en la espera para las consultas y los tratamientos, se rediseñó el proceso organizativo asistencial y se realizó un cambio de las infraestructuras físicas. Los objetivos de este trabajo son evaluar el impacto del rediseño del proceso asistencial en: 1) la calidad percibida; 2) los tiempos del proceso; y 3) el coste en un subgrupo de pacientes con cáncer colorrectal (CRC).

Material y métodos:

El rediseño del proceso: "Atención al paciente en hospital de día" se describe en la figura 1. El proceso rediseñado tiene como inicio la llegada del paciente al HD y como final la citación para la siguiente vez. Los pasos intermedios incluyen la determinación analítica, la consulta médica y el tratamiento. Estos tres pasos no son obligatorios para todos los pacientes, ya que algunos no precisan extracción de analítica, no tienen que pasar a la consulta y/o no reciben tratamiento.

Durante el año 2005, tras la implantación del nuevo modelo asistencial, se evaluó su impacto en la calidad percibida y en los tiempos del proceso "Atención al paciente en hospital de día". También se ha medido el coste del proceso en el subgrupo de pacientes con cáncer colorrectal tratados con quimioterapia (QT) basada en oxaliplatino. Se ha elegido el CRC porque es un tumor muy frecuente en el SOM. Se han estudiado los 5 esquemas diferentes de QT con oxaliplatino que se aplican en nuestro HD. Dos de estos esquemas de QT requieren la colocación de un catéter central (port-a-cath = PAC).

La metodología empleada ha sido:

- 1.- La calidad percibida: Encuesta de satisfacción y número de reclamaciones.
- 2.- La medición de los tiempos de proceso: Medición directa y encuesta.
- 3.- Coste: Metodología del cálculo de costes

Metodología del cálculo de costes:

- a) Se ha definido como producto final toda la atención prestada al paciente durante un día para recibir la QT: la determinación analítica, la consulta médica, el tratamiento y la citación. Dado que existen 5 esquemas diferentes de QT, se obtendrán 5 productos finales diferentes.
- b) Se ha utilizado una adaptación del "sistema de costes basado en las actividades" y se ha desarrollado un análisis integral del HD, estudiando las tareas, su secuenciación, sus relaciones y la conexión con las actividades y productos generados en otros Servicios o Unidades del Centro. Este análisis integral del HD se realizó en 3 fases:
 - Fase primera:
 - Estudiar la estructura de las actividades que se llevan a cabo en cada una de estas unidades funcionales y sus productos resultantes.
 - Calcular los volúmenes de actividad generados en el año 2005, a partir de la información registrada en los siguientes Sistemas de Información del Hospital:
 - Sistemas de Gestión de pacientes:
 - Módulo Hospital de día HP_HIS.
 - Módulo de Consultas Externas.
 - Módulo de Quirófano.
 - Sistema de Gestión de Bioquímica (Modulab).
 - Sistema de Gestión de historias clínicas/archivo.
 - Sistema de gestión de farmacia.
 - Sistema de información y control de gestión.
 - Fase segunda:
 - Incorporar a cada producto final sus costes directos: el coste unitario de farmacia, el de las determinaciones analíticas y el de la implantación del PAC (si era necesario).
 - Calcular el coste total de las actividades: admisión, extracción, consulta externa y sala de tratamiento.
 - Fase tercera:
 - Determinar el coste de cada producto final por agregación de los costes directamente asignados al esquema de QT y

de los costes procedentes de las actividades, imputados a través de los índices de consumo de las mismas.

- El coste de las actividades desarrolladas en el SOM se ha calculado teniendo en cuenta el consumo real de recursos humanos y materiales a lo largo del 2005, en cada una de las unidades funcionales definidas. Para ello, se ha utilizado la información de los Servicios de Nóminas y Recursos Humanos, Suministros, Farmacia, Mantenimiento y Contratos. El coste estructural se ha calculado e imputado según los criterios de contabilidad analítica 2005.

Conclusiones:

- Calidad percibida

- Satisfacción del paciente (medida de 0 a 10): media 8,09.
- Valoración positiva de la nueva organización 90,01%.
- Valoración positiva de la recepción del tratamiento el día de la consulta: 97,8 %.
- Número de reclamaciones mensuales antes del nuevo modelo: 37.
- Número de reclamaciones mensuales después de la implantación nuevo modelo: 2,5.

- Tiempos de proceso:

- Tiempo completo del proceso: media 133 min; mediana 140 min.
- Tiempo de demora en extracción: media 2,4 min; mediana 3,5 min.
- Tiempo de demora en consulta: media 30 min; mediana 22,5 min.
- Tiempo de demora del tratamiento: media 8 min; mediana 35 min.

- Coste:

En el siguiente cuadro se presenta un resumen del coste unitario de los 5 esquemas de QT.

Conclusiones:

El rediseño del proceso tiene un impacto muy positivo respecto a calidad percibida y a la reducción de tiempos, aunque se han detectado áreas de mejora en algunos tiempos intermedios, como el tiempo hasta la consulta.

Desde el punto de coste, la metodología utilizada permite calcular el coste de los productos finales y también generar información sobre el consumo de recursos de las actividades del hospital de día de Oncología Médica.

Actividades	FOLFOX 4M	FOLFOX	XELEX T	OMOX 1	TOMOX 2
Admisión y Archivo	5,28	5,28	5,28	5,28	5,28
Extracciones	3,76	3,76	3,76	3,76	3,76
Consultas	21,41	21,41	21,41	21,41	21,41
Tratamientos	45,67	45,67	27,01	30,68	30,68
Subtotales	76,12	76,12	57,46	61,13	61,13
Farmacia	686,66	738,60	727,21	1.079,53	872,90
Cirugía (PAC)	41,68	41,68			
Análisis	10,48	10,48	10,48	10,48	10,48
Total Coste Ciclo	815,93	866,88	795,15	1.151,14	944,51

Implantación de la cirugía sin ingreso mediante el rediseño de circuitos

Fernández Lobato R.; Ruiz Campa R.; Díaz Ulloa E.; Freire Magariños M.; Casas Requejo J.; Pérez Hernando A.

Introducción:

Una de las medidas de la sanidad pública que ha demostrado grandes beneficios para reducir el gasto y el consumo de camas hospitalarias es la ambulatorización de los procesos quirúrgicos.

El objeto de este trabajo es aportar la fórmula utilizada en rediseñar circuitos ya existentes en el hospital para implementar un área de cirugía sin ingreso (CSI).

Material y métodos:

En diciembre de 2004 nos planteamos ambulatorizar procesos y reducir ingresos innecesarios. Dado que la posibilidad de construir un bloque de CMA se podía contemplar solo a largo plazo, desarrollamos un sistema por el que utilizando los recursos disponibles con un rediseño de los circuitos pudiéramos realizar CSI.

Inversión: adecuación de una sala vacía con 6 sillones, contrato de 1 enfermera y media auxiliar para turno de mañana y tarde (horario 7.30 a 21.30 de lunes a viernes).

Implementación: Información desde Admisión y la Unidad de Preoperatorios, adaptación de la señalización, acceso a área de CSI desde la entrada del hospital, sala de espera de pacientes y familiares colindante que se utilizaba para otro servicio, sala para

ingreso-readaptación con 6 sillones adaptables, silla para acompañante y sistema de aislamiento para preservar la intimidad, control de enfermería con teléfono, mesa, silla y estantería para historias clínicas, colocación de televisión para entretenimiento de los pacientes, mejora del cuarto de aseo con dotación de taquillas, adecuación de una zona adyacente para vestuario alternativo y otra para cuarto de almacén de lencería y medicación. Se utilizan los mismos quirófanos generales, pasando el paciente después de la intervención a la Unidad de recuperación post-anestésica (URPA) con 6 puestos monitorizados, para independizarlos de la reanimación central que se utiliza para las cirugías más complejas. Traslado al CSI y tras su adaptación es dado de alta con el informe y recomendaciones del especialista desde la zona de sillones una vez es evaluado por la enfermera y anestesista.

Conclusiones:

La implantación de esta área ha supuesto un nivel de desembolso bajo (3 contratos y 6 sillones) y el rendimiento ha sido muy alto, proporcionando asistencia a 2239 pacientes durante el primer año, lo que ha evitado unas 2500 estancias hospitalarias, colaborando en la mejora de la eficiencia del Hospital.

Kliniker. Un sistema de información hospitalario para clínicos y gestores

Yetano Laguna J.; López Arbeloa G.; Guajardo Remacha J.; Segurola Álvarez B.; Barriola Lerchundi M.; Valle Garrido P.

Introducción:

El Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) sintetiza la información de los enfermos hospitalizados y constituye una excelente base de datos. Es necesaria para obtener los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) y así disponer de un sistema de medida del producto hospitalario que se está usando en la gestión de los hospitales, en los contratos programa e incluso en la facturación. Sin embargo, los GRD es un sistema de clasificación de pacientes por grupos con igual consumo de recursos que tiene una estructura y un lenguaje ajeno al clínico. Esta dificultad ha generando el rechazo de los médicos hacia los GRD que los ven como "algo de gerentes" y no como algo propio. Hay que reconocer que con la casuística de un hospital clasificada por GRD es difícil saber datos sencillos (como número de casos o estancia media) de los pacientes con neumonía o con fractura de cadera puesto que se distribuyen en múltiples GRD en los cuales se mezclan con pacientes con otras enfermedades. De poco sirve saber la estancia media preoperatoria o la mortalidad del GRD 818 sustitución de cadera excepto por complicaciones cuando agrupa a pacientes a los que se les ha implantado una prótesis de cadera tanto si tenían una Coxartrosis (ingreso programado) como una Fractura de cadera (ingreso urgente). A pesar de ello, la riqueza y la enorme potencialidad del CMBD siguen estando ahí y permiten generar información con coherencia clínica. Esta información clínicamente coherente, si realmente responde a lo que el clínico vive en el día a día y resuelve sus necesidades de información, puede ayudar a clínicos y gestores al desarrollo de la gestión clínica. El objetivo de este trabajo es crear un sistema de información que facilite la evaluación de resultados clínicos y la tarea de corresponsabilidad que es la gestión clínica. Para lograrlo es necesario:

- Diseñar un sistema de búsquedas de procesos clínicos que sean recuperables de los datos digitalizados del CMBD. Los procesos deben tener coherencia clínica y tener nombres comunes (de una enfermedad o de un procedimiento) dentro del lenguaje natural de los médicos.

- Definir para cada proceso clínico indicadores de calidad específicos que se puedan obtener del CMBD.
- Desarrollar un programa informático que explote el CMBD y permita conocer la actividad de hospitalización por los procesos clínicos diseñados con los indicadores de actividad y calidad más relevantes. Este programa debe trabajar con datos ya digitalizados, el CMBD, y no precisar de ninguna recogida de datos que no esté ya disponible en todos los hospitales.
- Implementar el programa en Osakidetza-Servicio Vasco de Salud (O-SVS), en su organización central y en sus hospitales.

Material y métodos:

Para llevar a cabo el proyecto se creó un grupo de trabajo formado por un coordinador, un experto en bases de datos y 33 consultores que trabajan en cuatro hospitales de O-SVS con el siguiente perfil:

El coordinador es un médico documentalista con experiencia clínica y experto en codificación con la CIE-9-MC y en la utilización de los GRD.

El experto en bases de datos es un técnico superior experto en informática y en manejo de los GRD.

Los consultores son 17 médicos especialistas, 9 gestores, 5 médicos documentalistas y 2 metodólogos en calidad. Trabajan en cuatro hospitales de O-SVS. Se presentó el proyecto a la Dirección de asistencia sanitaria de O-SVS en diciembre de 2003 y la versión inicial del programa en Mayo de 2004.

Se definieron 1.000 procesos clínicos, 700 por Diagnóstico y 300 por procedimiento, tras analizar el CMBD de O-SVS de 2002 (204.860 altas). Es decir, se tuvo en cuenta la frecuencia real de los diagnósticos motivo del ingreso ((204.860) y de comorbilidad (452.740) y los procedimientos realizados (249.929) durante ese año 2002. Los procesos clínicos se validaron con los consultores en cuanto a la idoneidad del nombre, la coherencia clínica y el interés en recuperar la información. Posteriormente los procesos clínicos definidos se convirtieron en códigos de la CIE-9-MC.

Cada uno de los procesos clínicos se definió por cuatro parámetros que se encuentran disponibles como texto de ayuda en el programa. De cada proceso se presentó la mayor información posible presente en el CMBD. Se validaron los resultados por especialidades médicas con entrevistas individuales con cada uno de los 17 médicos especialistas consultores según su especialidad.

Inicialmente se desarrolló un programa con el gestor de base de datos Microsoft Access para trabajar con el CMBD de O-SVS. Posteriormente se modificó para que pudiese acceder a Oracle e instalarlo en la red local de cada hospital.

Se obtuvo el programa Kliniker que explota el CMBD y recupera información coherente de 1.000 Procesos clínicos con 300 Indicadores de calidad (adjudica 5 Indicadores Q específicos a cada proceso clínico). Se instaló en red en los hospitales de Galdakao, Txagorritxu, Donostia y Zumárraga y en la organización central de O-SVS. Se consiguió que el programa Kliniker muestre, de cada proceso clínico y de un periodo determinado, la información siguiente:

- N° de episodios, n° de pacientes distintos, estancia media, tasa de pacientes intervenidos, estancia media preoperatoria, edad media y distribución por edades y sexos.
- Distribución por hospitales y por servicios médicos
- Los GRD en que se ha clasificado con los datos precedentes de cada uno de ellos
- Dos indicadores de calidad generales: las tasas de mortalidad y de reingresos.

- Cinco indicadores de calidad específicos para cada Proceso clínico. Por ejemplo, del Infarto agudo de miocardio muestra: las tasas de cateterismo cardiaco, angioplastia, trombolisis, tabaquismo o dislipemias.

Kliniker también permite ver y analizar el CMBD caso a caso y los otros episodios de ingreso de un paciente con sus diagnósticos y procedimientos con lo que se abren múltiples utilidades como ver los diagnósticos-motivos de ingreso de los episodios de reingreso de un determinado proceso clínico.

Conclusiones:

Kliniker es una herramienta que informa de la actividad de hospitalización por procesos con coherencia clínica. Recupera la información del CMBD de forma automática y la presenta con indicadores de actividad y calidad por hospitales y por servicios médicos. Al ser la CIE-9-MC y el CMBD dos herramientas normalizadas y al ser los criterios de búsqueda de los procesos clínicos los mismos para todos, Kliniker permite el Benchmarking entre hospitales contribuyendo a conocer sus resultados clínicos y a mejorar su eficiencia. De hecho, las diferencias detectadas entre los hospitales de O-SVS ponen de manifiesto una importante variabilidad que sugiere la existencia de prácticas clínicas distintas y está obligando a un análisis más pormenorizado. Kliniker, al ser un sistema de información hospitalario diseñado por y para médicos, puede facilitar a clínicos y gestores la tarea de corresponsabilidad que es la gestión clínica.

La colaboración de un cirujano mejora la efectividad y genera valor añadido en el Servicio de Cirugía Menor de Atención Primaria

Díaz Rodríguez A.; García Antonio J.; Rodríguez Arroyo A.

Introducción:

La cirugía menor en el ámbito de la atención primaria es costo-efectiva, permite desarrollar los valores profesionales del médico de familia, mejorar la competencia profesional, ahorra tiempo, evita traslados y genera satisfacción en el paciente.

Para mejorar el Servicio de Cirugía Menor en Atención Primaria de la GAP El Bierzo se establece la colaboración de un cirujano con los profesionales de atención primaria.

El objetivo de este estudio es comprobar como la colaboración de un cirujano con los médicos de familia de la GAP El Bierzo contribuye a mejorar su competencia profesional, a aumentar su motivación y su satisfacción, a aumentar el número de intervenciones, a disminuir las derivaciones al segundo nivel, generando valor añadido en la población.

Material y métodos:

En la realización del presente trabajo, para medir la efectividad de la colaboración de un cirujano con los profesionales de atención primaria, se comparan los resultados del año 2004 (antes de la colaboración del cirujano) con los obtenidos en el año 2005 (después de la colaboración del cirujano) del Servicio de Cirugía Menor (SCM) en Atención Primaria. Cálculo del número de intervenciones potencialmente derivables a Atención Especializada. Se realizan encuestas a los profesionales (médicos y enfermeras/os) sobre el grado de conocimiento del servicio, dificultades encontradas, formación, satisfacción y motivación, capacidad resolutoria y mejora de la efectividad con la colaboración de un cirujano. Se realizan encuestas de satisfacción a los pacientes intervenidos en el Servicio de Cirugía Menor durante el año 2005. El análisis de los resultados se hará con el paquete estadístico SPSS.

Resultados:

Durante el año 2004 se realizaron un total de 370 intervenciones de cirugía menor en Atención primaria contabilizando las infiltraciones y suturas. Después de la colaboración

del cirujano, durante el año 2005, se realizaron 753 intervenciones, excluyendo sutura e infiltraciones. La colaboración del cirujano supuso un incremento del 103% en el número de intervenciones, excluyendo suturas de heridas e infiltraciones. De ellas 142 intervenciones eran potencialmente derivables a cirugía, dermatología y traumatología.

Se realizaron encuestas al 22% de los profesionales del Área de Salud El Bierzo (N = 57), de los cuales el 66,7 son médicos de familia y el 33,3% son enfermeras. El 75,4% de los profesionales considera adecuada la introducción del SCM en la cartera de servicios. El 82,5% conoce los criterios de inclusión y el 80,5% conoce las normas técnicas.

Las dificultades más frecuentemente encontradas en la implantación del SCM son la formación insuficiente en el 47,4%, la falta de tiempo en el 26,3%, la falta de motivación en el 15,8% y la falta de material en el 10,5% casos.

Las mayores ventajas de la introducción del servicio son la mayor accesibilidad del paciente en el 47,4% casos y, el ahorro de tiempo y traslados del paciente en el 42,1% casos. El 10,5% considera que este servicio no ofrece ninguna ventaja.

El 73,7% considera su formación teórico-práctica para realizar cirugía menor insuficiente y el 75,4% ha participado en alguna actividad de cirugía menor.

El 94,7% opina que la colaboración de un cirujano que les asesore y motive mejora su competencia profesional y su capacidad resolutoria. El 93% cree que la accesibilidad y las interconsultas al cirujano mejora su satisfacción y su motivación. El 89,5% piensa que la colaboración del cirujano con los profesionales de atención primaria puede disminuir las derivaciones al hospital.

Para conocer la satisfacción y la aceptación del servicio por los ciudadanos se realizaron encuestas de satisfacción por muestreo aleatorio al 30% de los pacientes intervenidos (N = 227).

El 98,24% de los pacientes estaba satisfecho o muy satisfecho con la intervención realizada, consideraba la información adecuada, estuvo de acuerdo con su médico de familia

en realizar la intervención en el Centro de Salud, consideran el tiempo de espera, los medios y procedimientos adecuados, la intervención respondió a sus expectativas y necesidades, le ahorró tiempo y le evitó desplazamientos y/o pérdidas de día de trabajo, se volverían a realizar una intervención de CM y recomendaría este servicio a sus conocidos y/o amigos. El 1,76% se mostraba insatisfecho debido a las complicaciones que había sufrido.

Conclusiones:

La colaboración de un cirujano con los profesionales sanitarios del Área de Salud El Bierzo, mejora la efectividad del Servicio de cirugía menor, disminuye las derivaciones a atención especializada, contribuye a mejorar la competencia profesional y la motivación de los profesionales.

El Servicio de Cirugía Menor entendido de esta manera es ampliamente aceptado por los ciudadanos, responde a sus expectativas y necesidades y, genera un alto grado de satisfacción, ahorrándoles tiempo, desplazamientos y pérdidas de días de trabajo.

La financiación de unidades de gestión y servicios clínicos mediante un presupuesto previsional basado en la eficiencia y los costes por producto

Díaz Ojeda J.; Pinazo Luque J.; Buzo Sánchez F.

Introducción:

Habitualmente la presupuestación de las Unidades Clínicas de Gestión y de los Servicios se suele preparar en base a datos históricos, empleando en la cuenta de resultados dos modelos para calcular el presupuesto de ingresos; bien un sistema de cálculo por actividad, bien un sistema de cálculo por casuística. El modelo que venimos utilizando en el hospital plantea la asignación de recursos clínicos y económicos valorando las tendencias históricas de gasto conjuntamente con la actividad y por tanto en razón a la eficiencia mostrada a lo largo del tiempo. Se busca así crear una senda de eficiencia por cada unidad y para el conjunto del hospital, que permita ejercer un mayor control sobre las unidades menos eficientes y también el reconocimiento a través de la suficiencia presupuestaria a las unidades con mejor comportamiento.

Este senda de eficiencia se construye poniendo el foco sobre los consumos más asociados a las decisiones clínicas y por tanto más controlables por las propias unidades de gestión y Servicios: los gastos en farmacia, los gastos de almacén (incluyendo las prótesis y reactivos) y los consumos diagnósticos (laboratorio, anatomía patológica y radiodiagnóstico).

Material y métodos:

El modelo parte de la identificación de las diferentes líneas de actividad/producción en cada unidad y de la imputación de los gastos generados, para lo que se utiliza como fuente el programa COAN-hyd que soporta la contabilidad analítica de gestión de centros de responsabilidad en hospitales y distritos del Servicio Andaluz de Salud.

Seguidamente y según la variación de actividad y de costes, se calcula, para cada unidad y para el conjunto del hospital, un indicador sintético de eficiencia que refleja el desigual comportamiento de las unidades al comparar la realidad y lo previsto (estándar de comportamiento).

Ordenando los servicios por su indicador sintético de eficiencia se conforma un ranking donde aparece la posición de cada Unidad respecto de las demás y del hospital.

Con esos resultados se prepara un presupuesto base de cada unidad en función de la eficiencia/ineficiencia de la misma, de su posición en el ranking y de la distancia al hospital.

Con estos presupuestos base de los servicios y una vez conocido la financiación general del hospital se establecen los presupuestos previsionales de cada unidad teniendo en cuenta la actividad prevista para el nuevo ejercicio.

Complementariamente al presupuesto previsional y para facilitar el seguimiento en la gestión, se han establecido una serie de costes por producto mediante un proceso inverso de asociación de las partidas del presupuesto previsional a las líneas de actividad/producción más significativas de cada servicio. Los productos bajo control son los siguientes: "urgencias", "estancias", "intervenciones quirúrgicas", "partos" y "URV diagnósticas", y se tiene previsto la creación del producto "paciente ambulatorio" al que se asociaran los gastos generados en las áreas de consultas externas, pruebas funcionales y hospital de día.

Conclusiones:

Este modelo de presupuestación basado en la eficiencia y en los costes por producto busca acercar conceptos económicos a la gestión más puramente clínica. Se trata de conseguir enlazar el presupuesto con "productos clínicos", permitiendo así trasladar a objetivos concretos las partidas económicas globales del hospital y las unidades.

El modelo pretende incentivar la búsqueda de la eficiencia en la gestión clínica, premiando a las unidades más eficientes y consolidando en los presupuestos sendas de comportamiento donde tenga valor la localización de áreas de mejora.

Finalmente, indicar la coherencia de los presupuestos de las unidades con el presupuesto del conjunto del hospital, ya que el modelo no busca alcanzar máximos locales sino encontrar los nichos de eficiencia dentro de las unidades y potenciarlos coordinadamente con el resto de unidades.

Los centros de especialidades desde la perspectiva de la medicina interna: estudio de variables asistenciales, y aspectos profesionales y organizativos

Herrero Herrero J. I.; García Aparicio J.; Jorge Sánchez R. J.; Corral Gudino L.

Introducción:

Los centros de especialidades suponen un esfuerzo de descentralización del hospital que ofrece posibilidades adicionales a la descongestión de los centros hospitalarios y a las mejoras en la accesibilidad a sus servicios: son además un escenario privilegiado en la interacción entre la Atención Primaria y la Especializada.

En un contexto de progresiva coordinación y protocolización de la asistencia entre ambos niveles asistenciales, el objetivo del trabajo fue el estudio de algunos parámetros relevantes de la asistencia clínica en la consulta de Medicina Interna del Centro de Especialidades de Ciudad Rodrigo (Salamanca), y la discusión, a la luz de sus resultados, de diferentes aspectos profesionales y organizativos.

Material y métodos:

Realizamos un estudio observacional prospectivo, sobre consultas sucesivas, no seleccionadas, en las que se realizó una encuesta que recogía aspectos que caracterizaban a los pacientes, a la información clínica aportada y al proceso diagnóstico y terapéutico. Se analizaron 100 consultas, de las que el 63% correspondió a mujeres. La edad media fue de $63,4 \pm 14,6$ años. El porcentaje de primeras consultas fue del 44% (53,6% no programado, preferente ni urgente). Procedían de Atención Primaria un 90,9% (el 9,1% fueron interconsultas de otras especialidades). La Hoja de Consulta (CAE) resultó ilegible en un 12% de las ocasiones; contenía antecedentes personales del paciente en un 34%; y el tratamiento actual en un 16%. Cuando existió, el contenido del informe en el CAE describía síntomas en un 44%; describía análisis clínicos en un 20%; y sólo en un 15% incluía la sospecha diagnóstica. En un 61% de casos no se aportó a la consulta de Medicina Interna el resultado de prueba diagnóstica alguna. Agrupados por aparatos o sistemas, el motivo de la consulta incluía a más de uno en el 31,6% de las ocasiones. Cuando afectaba a sólo uno de ellos, fueron más frecuentes las consultas con sospecha de patología digestiva (18,9%) o cardiológica

(13,9%). La consulta se realizó con fines diagnósticos en un 90% de las ocasiones (en el resto se trataba de patologías ya diagnosticadas para las que se solicitaba seguimiento -10%-). Como consecuencia de las consultas, desde el servicio de Medicina Interna se solicitaron pruebas ordinarias de laboratorio en el 50% de las ocasiones, y con menor frecuencia radiología simple (15%), pruebas de Medicina Nuclear (6%), ecocardiografía (6%), otros estudios de laboratorio (6%), espirometría (5%), panendoscopia oral (4%), fibrocolonoscopia (4%), ecografía abdominal (4%), TAC (4%), y otros tests, con menor frecuencia. Como consecuencia del estudio, se establecieron diagnósticos afectando a más de un aparato / sistema en el 50,6% de las ocasiones (no se apreció patología en el 5%). Se remitieron a consulta por otros especialistas el 1,2% de los casos. El tiempo empleado en las primeras consultas fue de (moda = mediana) 20 minutos y en las consultas sucesivas de 10 minutos. Se calificaron como consultas evitables el 11% de las realizadas.

Conclusiones:

La consulta de Medicina Interna analizada asiste preferentemente pacientes de edad avanzada, en proceso diagnóstico de patologías pendientes de esclarecer, frecuentemente pluripatológicos, y en quienes (en el 98% de los casos de nuestra serie) se generan nuevos diagnósticos o se modifican las pautas terapéuticas establecidas previamente. Y todo ello, con una alta capacidad de resolución y con una razonable utilización de recursos. En el contexto del debate Medicina Interna / subespecialidades, caracteriza a nuestra especialidad la polivalencia y el resolver con eficiencia a) situaciones de pacientes con orientación clínica compleja, con pluripatología o enfermedades sistémicas; y b) problemas organoespecíficos en fase diagnóstica o que no requieren en su tratamiento de técnicas propias de las subespecialidades. Son riesgos de los especialistas en los centros de especialidades el aislamiento profesional y la desvinculación del medio hospitalario. Un sistema de rotaciones o de consultas compartidas pueden contribuir a afrontarlos.

La historia clínica única y la protocolización de la asistencia constituyen oportunidades de mejora vinculadas con el objetivo de la continuidad asistencial.

La Medicina Interna ha de plantearse su mejor adaptación a una actividad más vinculada a la atención ambulatoria y a la relación con la Atención Primaria.

Herrero Herrero J. I. y cols. Los centros de especialidades desde la perspectiva de la medicina interna

Comunicaciones (Gestión Clínica)

Optimización de la práctica transfusional como medida de gestión y control del gasto

González Porras J. R.; Nieto González M. J.; Rodríguez Rodríguez M. J.; Mazon J. M.; Conde Del Teso M. P.; Vazquez López L.; San Miguel Izquierdo J.; Corral Alonso M.

Introducción:

El control de la práctica transfusional es esencial como estrategia para potenciar la seguridad transfusional. Esta política reducirá las transfusiones a las estrictamente necesarias, evitará riesgos no justificados al receptor, litigios al prescriptor y adecuará los recursos a las necesidades reales. En definitiva, supone una herramienta fundamental de control del gasto.

Material y métodos:

Nuestro plan de actuación para lograr el objetivo de optimización de práctica transfusional incluyó:

- A) elaboración de guías de uso de los componentes sanguíneos, consensuadas en el comité hospitalario de transfusión.
- B) auditoria de la práctica transfusional, secuencialmente desde junio de 1995 hasta la última intervención realizada en marzo de 2006, mediante revisión concurrente del uso de componentes sanguíneos en las 24 horas posteriores al episodio transfusional. La transfusión fue evaluada por dos investigadores y catalogada como apropiada o inapropiada según criterios estándar.
- C) intervención educativa.

Resultados: a lo largo de estos 11 años se han analizado 3784 episodios transfusionales de concentrados de hematíes (c.h.). El número de receptores analizado fue 1049 (553 varones, 496 mujeres). Los resultados de nuestro trabajo verifican: 1) incremento en la edad media de los receptores (64 años en 1995 vs 72 años en 2006); 2) cambios en la nivel de hemoglobina pretransfusional (8.3 ± 1.3 vs 7.8 gr/dl ± 1.1 en 2006); 3) reducción en el porcentaje de transfusión inapropiada de ch [32% en 1995; 6% en 1996, 7% en 2002, 9% en 2004 y 2% en 2005 ($p < 0.01$)]; 4) reducción de costes (una aproximación al ahorro en costes directos solo en 2005 ha sido de 195.552 €)

Conclusiones:

Nuestra política de optimización de práctica transfusional además de darnos a conocer el uso de hemocomponentes en nuestro hospital nos ha permitido unificar criterios en medicina transfusional, disminuir de forma importante el uso inapropiado, mejorar la seguridad transfusional (un número importante de pacientes no se ha expuesto a riesgos no justificados) y reducción de costes.

Programa cardiovascular del SESCAM en la historia clínica electrónica de atención primaria de Castilla-La Mancha. Una nueva forma de gestión clínica

Carvajal Alonso-Barajas J.; Hernández Díaz J.; Tordera Ramos M.; Alonso de Lucas M. E.

Introducción:

El Servicio de Salud de Castilla-La Mancha comenzó su andadura, tras las transferencias sanitarias del año 2002, afrontando múltiples retos tanto en Atención Especializada como en Atención Primaria. Concretamente en Atención Primaria asumió inicialmente la Cartera de Servicios que hasta el momento el INSALUD había implantado. No obstante se evidenció la necesidad de realizar reformas en la misma y a la par abordar un proceso de informatización clínica en Atención Primaria que actualmente discurre en paralelo. Por una parte se abordó la necesidad de consensuar los diferentes programas de área que sustentaban los servicios de cartera de Atención Primaria y por otra parte proceder a una informatización clínica de los mismos.

Así se crearon grupos de trabajo en las diferentes Gerencias de Atención Primaria para la elaboración de programas de salud de ámbito regional, cuyo primer fruto fue el "Programa de prevención de enfermedades Cardiovasculares en Atención Primaria" el cual unifica el conjunto de actuaciones que se realizan en relación a los principales factores de riesgo, a saber: hipertensión arterial, diabetes mellitus, hipercolesterolemia, obesidad y tabaquismo. Este programa nació con la pretensión de valorar integralmente al paciente y no como tradicionalmente se había venido realizando de manera parcelar valorando una o varias patologías que incrementaban la probabilidad de padecer un evento cardiovascular. Además el programa pretende optimizar el número de consultas necesarias para un adecuado control del paciente así como conseguir una mayor eficiencia en el consumo de pruebas complementarias y de interconsultas con el nivel especializado.

Una vez elaborado el texto del programa el siguiente reto ha consistido en transponer las directrices del mismo al sistema de historia clínica Informatizada que se está implantando en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha: Turriano.

La incorporación del Programa de Prevención de Enfermedades Cardiovasculares en Atención Primaria al sistema de historia clínica

informatizada (en adelante "Turriano") permite múltiples posibilidades como conocer las coberturas del programa, su grado de implantación y desarrollo, conocer el grado de consecución de objetivos terapéuticos, conocer la prevalencia de los diferentes factores de riesgo cardiovascular, conocer la eficiencia de las actuaciones sanitarias y el consumo de recursos, y en definitiva como se están haciendo las cosas y donde deberíamos mejorar.

La finalidad de este trabajo es exponer cuales son los objetivos del actual programa informatizado de Cardiovascular del SESCAM mostrando cada una de las particularidades de dicho programa (despistaje, registro, diagnóstico y seguimiento) así como hacer una demostración de cómo se comporta el programa gestionando integralmente al paciente con ningún o varios factores de riesgo CV y no diferentes patologías o factores de riesgo por separado, optimizando los tiempos de consulta programada y los consumos de pruebas complementarias y realizando una labor profesional más eficiente.

Objetivos:

1. Dar a conocer el nuevo programa de Cardiovascular del SESCAM en su aplicación informática Turriano y cómo es su funcionamiento.
2. Demostrar cómo este programa unifica actuaciones programadas y pruebas funcionales, evitando molestias innecesarias al paciente (paciente deambulante), facilitando una actuación clínica más eficiente y desburocratizando las consultas de Atención Primaria.
3. Estudiar cuantitativamente, que grado de eficiencia y desburocratización está produciéndose

Material y métodos:

Para la realización de los objetivos 1. y 2., se procedió a desarrollar de forma pormenorizada y resumida las diferentes fases de gestión del nuevo Programa Cardiovascular del SESCAM en la historia clínica informatizada Turriano trasladándolo posteriormente a formato texto y capturando las distintas pantallas de dicha aplicación.

Para la realización del objetivo 3., del estudio se procedió a obtener datos de todas las historias clínicas procedentes de médicos de Atención Primaria del SESCAM, que estuviesen informatizados en antes del 1 de marzo de 2004 y que hayan tenido operativo el módulo de Cardiovascular desde enero de 2005 (569.068 historias) (Fecha de corte para la obtención de los datos 27 de Marzo del 2006) La evaluación de las historias electrónicas se realizó centralizadamente por personal informático previamente entrenado que desconocía la finalidad del estudio para evitar sesgos. Las variables que se recogieron son las siguientes:

- CIAS informatizados antes del 01 de Marzo del 2004
- CIP informatizados antes del 01 de Marzo del 2004.
- Factores de riesgo cardiovascular (FRCV) evidenciados en la Historia Clínica (* exceptuando tabaco por condiciones del programa).
- Pacientes con al menos un factor de riesgo cardiovascular (FRCV) evidenciados en la Historia Clínica (HTA, diabetes, dislipemias, obesidad) *
- Seguimiento protocolizado del FRCV presente (HTA, diabetes, dislipemias, obesidad) *
- Pacientes con el protocolo cardiovascular activado en la historia clínica electrónica (HTA, diabetes, dislipemias, obesidad) *
- Seguimiento protocolizado del FRCV presente con registro de actividad (HTA, diabetes, dislipemias, obesidad) *
- Pacientes con el protocolo cardiovascular activado en la historia clínica electrónica con registro de actividad (HTA, diabetes, dislipemias, obesidad) *

* El FRCV Tabaco se separa del estudio, por ser un factor de riesgo que el programa informático gestiona de manera independiente a los otros FRCV debido a la diferencia de variables a estudio valoración y seguimiento existente con respecto a los otros FRCV y a la dependencia que este programa tiene con respecto a la voluntad de dejar de fumar del paciente para activar las diferentes fases del programa de deshabituación tabáquica.

Resultados:

A. Conocer el nuevo programa de Cardiovascular en su aplicación informática Turriano y cómo es su funcionamiento y demostrar cómo este programa unifica actuaciones programadas y pruebas funcionales, evitando molestias innecesarias al paciente (paciente deambulante), facilitando una

actuación clínica más eficiente y desburocratizando las consultas de Atención Primaria.

1) Despistaje de FRCV.

El programa está configurado para avisar periódicamente al sanitario de los programas de despistaje que debe de realizar a cada usuario y cuando estos están realizados se ocultan hasta que corresponda de nuevo; los períodos de despistaje cardiovascular son los siguientes:

Diabetes: >45 años cada 3 años

Hta: 14 – 40 años 1 / 4 años

> 40 años 1 / 2 años

Obesidad: > 20 años, (cada 4 años)

Tabaco: cada 2 años desde 14 a 30 años

(hasta los 75 en fumadores)

Dislipemia: ♂ > 35 a. cada 5 años.

♀ y ♂ > 45 a cada 5 a.

*75 a si no existe una determinación antes.

Los datos de estas actuaciones se guardan en todos los apartados del programa que contengan esta información de manera que únicamente es necesario hacer un solo registro.

Las variables de despistaje tienen un período de validez de manera que si se ha registrado una de ellas en cualquier parte del programa dentro del período de validez, no salta el aviso de despistaje CV y se rellena automáticamente.

A continuación vemos cómo son las pantallas de despistaje, en ellas se han unificado todas las medidas preventivas del adulto, esta pantalla nos dice también el número de ítems pendientes que los sanitarios deben de valorar y registrar.

2) Alerta de Posible existencia de FRCV.

El programa detecta un posible factor de riesgo cardiovascular (FRCV) y alerta al sanitario para que lo valore y estudie según las indicaciones del Programa de Salud.

Criterios de alerta para estudio de frvc:

En ta sist > =140 / ta diast > =90.

Col total >240.

Col total - diab mellitus (> 200)

Col total - cardiopat. isquemica (> 200)

Col total - enf vascular isquemica (> 200)

Glu b > 100, se hará cada año y saldrá el mensaje.

I.M.C: > 30.

Tabaco, en el momento de marcar "si" en la hoja de antecedentes.

3) Registro de FRCV.

Una vez que el médico tiene la certeza de que existe un FRCV, procede a su registro en el apartado de factores de riesgo

Aquí puede registrar si el FR Ha finalizado o hay alguna observación interesante registrada respecto a ese FR; cambiando de color el registro en función de las indicaciones que se hayan anotado.

4) Ayuda para codificación e inclusión en Programa.

Una vez registrado el FR, el programa sugiere registrar la codificación CIE 9 en el diagnóstico por defecto y si el médico considera que puede ser otro diferente a los sugeridos puede seleccionarlo en el módulo de codificación de diagnósticos.

Al aceptar el diagnóstico, el programa sugiere al médico la inclusión en el Programa de Salud de Cardiovascular, pudiendo indicar distintos motivos de inclusión, así como indicar en la fecha de de inclusión que crea conveniente, de esta forma una vez diagnosticado e incluido en programa, el médico solicita las pruebas funcionales que requiere el programa para la primera consulta programada y le da cita al paciente, optimizando, de esta manera los procesos.

Las solicitudes de ECG se hacen directamente en la agenda de enfermería y el perfil de analítica se vuelca en el programa del laboratorio correspondiente, de forma que la información viaja a través de la red y no es necesario el estar rellenando volantes y una vez procesado el análisis es volcado de nuevo en la historia del paciente en todos los apartados donde se precise esa información, con sus valores de referencia y en su caso con mensajes de alerta.

Como se ha comentado anteriormente existen períodos de validez para estas pruebas, de forma que si están dentro de ese período, se rellenan los datos y no es necesario el pedirlos de nuevo, evitando consumo innecesario de pruebas y molestias al paciente.

5) Gestión del Programa con uno o varios FRCV.

En este momento nos encontramos en la fase de seguimiento del programa de cardiovascular para un paciente que tiene un factor de riesgo de diabetes.

De la misma manera para cualquier Factor de riesgo (HTA, diabetes, dislipemias Y obesidad) El programa recuerda de forma periódica cada tres meses las variables que deben de estudiarse y registrarse con cada paciente y FR (teniendo en cuenta que éstas también tienen un período de validez y posible recuperación de otros apartados del programa), El programa permite dejar hechas las solicitudes de pruebas funcionales, si se requieren,

para la próxima revisión, dar una nueva cita al paciente y hacer las recetas para los próximos tres meses, si es que se requieren, de forma que el paciente no acudiría más que una sola vez al trimestre a consulta programada y saldría con todo resuelto, independientemente del sanitario que tuviese que actuar en ese momento.

Surge la duda de si en una revisión se detectara un nuevo factor de riesgo, si el ciclo debería de comenzar de nuevo o no; el programa adapta los nuevos ítems a estudio en la siguiente revisión, añadiéndose a los correspondientes al anterior FR de manera que el paciente no acusa ninguna variación en el ritmo de seguimiento de su proceso cardiovascular.

En el caso de que fuese necesario adelantar la cita o realizar revisiones intercaladas, el programa permite insertar nuevos registros con los ítems que se precisen sin alterar la periodicidad trimestral.

En el caso de que el paciente sea inmovilizado el programa permite imprimir el formato vacío para llevárselo al domicilio del paciente e incluso imprimir un histórico con los anteriores registros.

6) Otras utilidades.

- Trabajo en equipo: De todos los profesionales implicados en el proceso
- Historia compartida: Permite a todos los profesionales del SESCAM implicados en el proceso, trabajar con una única historia clínica independientemente de donde se encuentren éstos; bien en consultas externas hospitalarias, urgencias Hospitalarias, PAC...
- Explotación de datos: Toda la información que se registra a la historia es perfectamente explotable, existiendo distintos niveles de acceso en función del tipo de usuario.
- Formación: Desde el programa permite el acceso a portal de formación del SESCAM, así como facilita el acceso a los PDF de los programas de atención primaria del SESCAM, también se utiliza para dar avisos de importancia clínica relevante como novedades alertas por anomalías encontradas en alguna prueba.

7) Estudiar cuantitativamente, que grado de de eficiencia y desburocratización está produciéndose.

- a) 74.474 pacientes tienen registrado 137.407 FRCV en total, es decir, el 45.82% de los factores de riesgo cardiovascular corresponden a los mismos pacientes (GRAFICO 1)
- b) 53.811 pacientes en Programa CV tienen registrado 90.983 protocolos de algún

FRCV, es decir, para la misma actividad se consumen un 40.86 % menos recursos. (GRAFICO 2)

- c) 46.042 pacientes en Programa CV con actividad tienen registrado 78.023 protocolos de algún FRCV con actividad, es decir para la misma actividad se están consumiendo un 40.99 % menos recursos. (GRAFICO 3)

Pac/ f.r	protocolo	% prot/ activ	%
Hta	52.117	35.295	67,72 30.958 87,71
Diabetes	23.649	14.541	61,49 12.541 86,25
Dislip	30.514	17.478	57,28 14.448 82,66
Obesidad	31.127	23.669	76,04 20.076 84,82
Suma	137.407	90.983	66,21 78.023 85,76
CV	74.454	53.811	72,27 46.042 85,56
	54,18501241	59,14401592	59,01080451

Conclusiones:

- a) El programa gestiona a un solo paciente cardiovascular, independientemente de los factores de riesgo cardiovascular que tenga, actuando sobre él de forma diferente según los factores de riesgo que se detecten y registren.

- b) El programa unifica las actuaciones programadas, la realización de pruebas funcionales y la prescripción de recetas en períodos trimestrales, evitando molestias innecesarias al paciente (paciente deambulante), facilitando una actuación clínica más eficiente y desburocratizando las consultas de Atención Primaria, independientemente del número de factores de riesgo cardiovascular registrados.
- c) El programa captura información y pruebas funcionales definidas dentro de un período de validez de forma que permite una gestión más eficiente.
- d) El programa informático permite realizar la misma actividad con el mismo paciente empleando para ello cerca del 40 % menos de recursos, entendiendo por recursos actuaciones sanitarias, pruebas diagnósticas, consultas administrativas; beneficiando igualmente a los usuarios al optimizar las citas y tiempos de trabajo perdidos para acudir a estas, desplazamientos y otros tipos de posibles molestias derivadas de nuestra actividad.

Racionalización de la gestión de la insuficiencia renal oculta

Miravalles González E.; González Revaldería J.; Pascual Duran T.; De Paula Ruiz M.; Cuadrado Galván E.

Introducción:

La detección de la insuficiencia renal de forma precoz es de gran importancia ya que se ha demostrado que es un factor independiente de aumento del riesgo cardiovascular, de muerte y de hospitalización y de forma más acentuada cuanto menor es la filtración glomerular (1). Se piensa que alrededor del 10% al 15% de la población adulta en los países desarrollados puede presentar insuficiencia renal no detectada (filtración glomerular inferior a 60 ml/min por 1,73 m²) y, por tanto, no tratada.

El empleo de la medida de la filtración glomerular es el mejor indicador para descubrir y saber el grado de una enfermedad renal crónica. El empleo del aclaramiento de creatinina precisa de la recolección de orina durante un tiempo determinado (generalmente 24 horas), siendo esta una de las principales fuentes de imprecisión e inexactitud del método, tanto porque no se respeta escrupulosamente el tiempo de recogida, como por la posible pérdida de alguna o parte de las micciones durante ese tiempo.

El empleo de ecuaciones que calculan la tasa de filtración glomerular basándose en la creatinina en suero evita un gran número de dificultades. A lo largo del tiempo se han propuesto un gran número de ecuaciones, siendo la derivada del *Modification of Diet in Renal Disease Study Group* (MDRD) la más $FG = 186 \cdot (\text{creatinina suero})^{-1,154} \cdot \text{edad}^{-0,203} \cdot 0,742$ si mujer $\cdot 1,212$ si raza negra (donde la creatinina se mide en mg/dL y la edad en años) recomendada ya que proporciona una estimación de la filtración glomerular estandarizada por superficie corporal que puede aplicarse a cualquier paciente, excepto niños, y que tiene la ventaja de que todos los parámetros que necesita para su cálculo vienen recogidos en los formularios de solicitud, con lo que al pedir una prueba de creatinina en suero (que suele formar parte de cualquier perfil básico) se calcula e informa al facultativo solicitante de manera automática. Recientemente la SEQC, a través del grupo de trabajo de valoración de la función renal (2) ha desarrollado unas recomendaciones para estimar el filtrado glome-

ricular en adultos por medio de estas fórmulas estudiando sus limitaciones.

Material y métodos:

Se han analizado las determinaciones de creatinina y de aclaramiento de creatinina realizados durante un año en el Servicio de Análisis Clínicos del Hospital de Getafe. Asimismo, se ha evaluado la implementación del cálculo automático de la ecuación MDRD en el Sistema Informático del Laboratorio SERVOLAB (Dade-Behring).

Resultados:

El empleo del índice MDRD está económicamente favorecido ya que la medida del aclaramiento de creatinina es lenta y cara por precisar de un componente manual importante en la medida de las diuresis. Como se observa en la siguiente tabla, para un Área Sanitaria de unos 300 000 habitantes el empleo de la ecuación del MDRD llegar a suponer un ahorro de más de 20 000 €/año: Tabla.- Coste comparado de las determinaciones de creatinina en suero y de aclaramiento de creatinina en un Área Sanitaria de 300 000 habitantes (datos de 2005). U.R.V.: Unidad relativa de valor.

n	U.R.V. coste/det. (€)	coste total (€)	Creatinina en suero	Aclaramiento de creatinina
180	184	0,82	0,33	59 460,72
11	003	4,50	2,41	26 517,23

Conclusiones:

- 1.- El empleo de la ecuación MDRD proporciona una mejor estimación del filtrado glomerular que el aclaramiento de creatinina.
- 2.- Su uso es de gran utilidad para los facultativos de Atención Primaria debido a su cálculo automático al solicitar la creatinina en suero.
- 3.- La implantación de la fórmula MDRD representa un ahorro económico ya que racionaliza el uso del aclaramiento a los casos estrictamente necesarios y permite evaluar la función renal sin coste adicional.
- 4.- La detección de la insuficiencia renal oculta por este medio permite prevenir enfermedades renales y cardiovasculares con un considerable ahorro al Sistema Nacional de Salud.

Bibliografía:

- 1.- Go AS, Chertow GM, Fan D, McCulloch CE, Hsu C. Chronic kidney disease and the risks of death, cardiovascular events and hospitalization. N Engl J Med 2004; 351: 1296-305.
- 2.- Grupo de trabajo sobre valoración de la función renal de la SEQC. Recomendaciones sobre la utilización de ecuaciones para la estimación del filtrado glomerular en adultos. Preparado por: Gràcia García S, Montañés Bermúdez R y Bover Sanjuan J. Quim Clin 2006 (En prensa).

Resultados del primer año de un área de cirugía sin ingreso

Fernández Lobato R.; Ruiz Campa R.; Díaz Ulloa E.; Valenzuela Md.; García Pondal J.; Casas Requejo J.

Introducción:

Con la incorporación de la cirugía sin ingreso se consiguen realizar multitud de procedimientos con seguridad, al evitar ingresos innecesarios, calidad óptima al reducir la variabilidad por la utilización de protocolos y menor stress del paciente, con posibilidad de recuperación precoz y alta a las pocas horas. Presentamos los resultados del primer año de utilización de la Unidad de Cirugía Sin Ingreso.

Materiales y métodos:

Periodo es del 9 diciembre-2004 a 9 de diciembre-2005 se han tratado 2239 pacientes en el área de CSI. La media de utilización ha sido de 10.2 pacientes / día (rango de 6-34) siendo 56 % mujeres y la edad media ha sido de 54,4 años (rango 1-91). En 1960 casos se ha practicado una intervención quirúrgica en quirófano y en 86 se han sometido a un procedimiento invasivo en la Unidad de Endoscopia Digestiva.

Especialidades : oftalmología principalmente con un 51% de la ocupación, y lo que ha constituido el 90% de su programación quirúrgica, reduciéndose por ende el número de ingresos al 10% de los pacientes. En segundo lugar y muy detrás traumatología (7,5%); ORL (10,5%); cirugía plástica (10%); ginecología (6%); cirugía general (3,2%); ciru-

gía vascular (1%); urología (1%) y medicina digestivo (3,8%). Las patologías indicadas fueron consensuadas con cada uno de los servicios y con el Sº de Anestesiología, incluyendo en función de tipo de anestesia requerida, tipo y tiempo del procedimiento quirúrgico, tipo de paciente según el índice ASA (Asociación Americana de Anestesiología) , posibilidad de traslado por medios propios con un familiar que se hiciera cargo del paciente en el postoperatorio reciente.

Ingresos no evitables fueron 4,5% por prolongación de la reanimación, del tiempo quirúrgico, fallo diagnóstico y necesidad de asistencia por otro Servicio hospitalario.

Índice de suspensiones: 3,7% por no guardar el ayuno, patología intercurrente del paciente, falta de tiempo, de cama en reanimación y fallo diagnóstico. Sólo 1 caso ha precisado el retorno al quirófano. No ha habido ningún caso de complicación grave.

Conclusiones:

El índice de sustitución del CSI ha sido del 35-40%, siendo mucho mayor si contemplamos algunos Servicios en concreto como Oftalmología. Se han evitado al menos 2.500 estancias innecesarias, lo que ha supuesto un ahorro de 27.500 €, que se han podido invertir en el ingreso y atención de otros pacientes más complejos.

Un nuevo ejercicio de gestión clínica en la Fundación Hospital Manacor

Gari Parera J.; Mesquida Ferrando A.; Borrás Bosch I.

Introducción:

En la FHM se han desarrollado diversos ejercicios de gestión clínica, desde la asignación presupuestaria por servicio a partir de un planteamiento de objetivos iniciales, con su correspondiente corresponsabilidad a nivel de incentivos por funcionamiento. La homologación, salarial y funcional, del personal sanitario, a nivel de la CAIB, ha roto de alguna manera esta línea de corresponsabilidad. A partir de esta premisa inicial, se instaura la necesidad de evolucionar hacia nuevas líneas de gestión, teniendo en cuenta que la gestión de los servicios clínicos es cada vez más compleja, incluso evolutiva:

- Ambulatorización asistencial
- Gestión más eficiente de las estancias medias
- Mejoras tecnológicas en cuanto a la resolución asistencial
- Cambio de perfil y expectativas de los clientes externos
- Variabilidad clínica entre los profesionales
- Intensidad y complejidad de los cuidados necesarios

Toda esta perspectiva exige una cada vez mayor necesidad de gestión en los servicios clínicos, así, la gestión clínica nace para hacer frente a esta creciente complejidad en la gestión de los mismos.

La gestión clínica pretende crear un espacio común entre gestores y clínicos para compatibilizar, por una parte la calidad de la atención médica, y por otra la sostenibilidad financiera de las instituciones, para ello se utilizarán distintas herramientas:

- La identificación y segmentación de las necesidades de los pacientes.
- La aplicación de técnicas y tratamientos apropiados y efectivos.
- La utilización adecuada de los recursos sanitarios.
- La gestión de la información clínica.

Material y métodos:

La FHM desea incorporar herramientas y metodologías en aras a reforzar la gestión clínica, para ello las metodologías globales ABC, *Activity Based Costing*, *Activity Based Management* y *Activity Based Budgeting*,

han sido identificadas como base para construir esas herramientas, y que además sean efectivas para instaurar un nuevo modelo de gestión clínica en el Hospital.

El Enfoque ABC permite:

1. Monitorizar el flujo de actividades en el hospital, procesos.
2. Determinación del coste por actividad y el coste por proceso en el hospital.
3. Herramienta de gestión clínica

Con esto la FHM pretende iniciar un proyecto de utilización de las herramientas ABC con un doble nivel de profundidad:

- Definición del coste por actividad (ABC).
- Identificación de los costes por naturaleza del hospital.
- Definición y normalización de las actividades de cada departamento.
- Construcción del modelo de costes y determinación de las llaves de imputación entre costes y actividades.
- Identificación del coste de las actividades.
- Diseño del proceso asistencial y determinación del coste por proceso (ABM).
- Segmentación de los clientes.
- Construcción del proceso clínico por tipología de clientes.
- Imputación de las actividades a cada proceso.
- Determinación del coste por proceso.
- Análisis y tratamiento de la variabilidad clínica en cada proceso.

Objetivos del Proyecto:

1. Construir el modelo de coste por actividad para el conjunto del hospital y el coste por proceso en un área de especial significación, a modo de ejercicio de evaluación inicial, como es el Servicio de Ginecología y Obstetricia de la FHM.
2. Definir el alcance del modelo de gestión clínica de la FHM identificando las herramientas necesarias para su desarrollo.
3. Adquirir el conocimiento necesario para ampliar el modelo de coste por proceso al resto de las áreas del hospital, así como mantener y ampliar el modelo definido.

Conclusiones:

Fases del proyecto y establecimiento de Resultados

El proyecto se ha desarrollado en 4 fases perfectamente definidas:

1. Recogida y análisis de los datos de costes y actividades
 - 1.1. Identificación y recogida de los datos.
 - 1.2. Análisis de los datos.
 - 1.3. Validación y coherencia de los datos.
 - 1.4. Diseño del modelo de imputación de costes.
 - 1.5. Elaboración de una base de datos para la construcción del modelo de costes.
2. Construcción de un modelo de costes por actividades en el hospital.
 - 2.1. Construcción del modelo de costes mediante la metodología ABC.
 - 2.2. Definición de las claves de imputación entre actividades, recursos y elementos de coste.
 - 2.3. Parametrización del prototipo mediante la herramienta QPR CostControlR.
 - 2.4. Validación y explotación de los resultados.
 - 2.5. Establecer un modelo básico de coste por actividad.
3. Desarrollo de un modelo de coste por proceso en el área del Servicio de Ginecología y Obstetricia de la FHM.
 - 3.1. Identificación de perfiles de clientes del área a analizar.
 - 3.2. Construcción de los procesos clínicos según la tipología del cliente.
 - 3.3. Imputación de las actividades a cada proceso.
 - 3.4. Determinación del coste por proceso.
 - 3.5. Análisis y tratamiento de la variabilidad clínica en cada proceso.
 - 3.6. Validación y presentación del modelo de coste realizado.
4. Definir la estrategia de la FHM para un desarrollo de gestión clínica en el hospital.
 - 4.1. Identificación de las herramientas necesarias para el desarrollo de un modelo de gestión clínica, a partir de la implementación del modelo ABC.
 - 4.2. Conceptualización del modelo de gestión clínica:
 - 4.2.1. Construcción de presupuestos clínicos en base a la definición del coste por proceso definido.
 - 4.2.2. Herramientas de desarrollo de gestión clínica: retribución variable, incentivos, objetivos, ...

Utilidad de la estimación del filtrado glomerular por el algoritmo MDRD en un área de Atención Primaria

González Revaldería J.; Pascual Duran T.; De Paula Ruiz M.; Benito Bargaño M.; Morales Cobos L.; Miravalles González E.

Introducción:

La detección de la insuficiencia renal oculta es de importancia ya que puede llegar a afectar, según las estimaciones, al 10-15% de la población adulta. Para ello es indispensable disponer de un estimador de la función renal aplicable de forma automática a los pacientes evitando el empleo del aclaramiento de creatinina. Este último método es muy inexacto ya que precisa de tres medidas (creatinina en suero y orina y diuresis) y de la correcta recolección de la orina, lo que se verifica en pocos casos (tanto por pérdida de micciones intermedias como por inexactitud en el tiempo de recolección). Actualmente, las distintas sociedades científicas nacionales e internacionales recomiendan realizar la estimación del filtrado glomerular (FG), mediante el algoritmo MDRD, basado en la creatinina en suero, la edad, el sexo y la raza. En el laboratorio del Área Sanitaria 10 de Madrid se realiza esta estimación de forma automática desde hace tres años.

En este trabajo se revisa la utilidad de dicho algoritmo para la detección de la insuficiencia renal oculta en Atención Primaria en nuestra Área de Salud.

Material y métodos:

Se han analizado 3028 peticiones analíticas consecutivas procedentes de Atención Primaria que incluían la creatinina en suero y a los que se les ha calculado de forma automática la estimación del FG mediante el algoritmo MDRD de cuatro parámetros. El cálculo ha sido realizado por el Sistema de Información del Laboratorio (SERVOLAB, Dade-Behring). En 245 casos también se realizó la medida del aclaramiento de creatinina. Siguiendo las recomendaciones de la Sociedad Española de Bioquímica Clínica y Patología Molecular (SEQC) y de otras sociedades científicas se consideró que existía un grado moderado/importante de deterioro de la función renal si la estimación del FG era inferior a 60 mL/min.

Resultados:

De los 3.028 pacientes estudiados (39% hombres y 61% mujeres de edades comprendidas entre 15 y 97 años) se encontró que 192 tenían un FG inferior a 60 mL/min. El 37% de los pacientes tenían un diagnóstico previo de hipertensión arterial, el 27% de diabetes, el 18% de problemas coronarios y el resto, otros diagnósticos. En 12 pacientes se conocía previamente que tenían insuficiencia renal por lo que fueron excluidos del estudio. Por tanto, el 6% de los pacientes a los que se demandó analítica en Atención Primaria durante el intervalo estudiado presentaron un FG inferior a 60 mL/min. De estos pacientes, 10 tenían un FG estimado inferior a 30 mL/min, lo que indica una severa afectación de la función renal. Los pacientes fueron remitidos a una nueva consulta o al facultativo especialista para un estudio más detallado.

Conclusiones:

La insuficiencia renal es un factor independiente de hospitalización, enfermedad cardiovascular y muerte. Puede pasar inadvertida hasta que se encuentre en fases avanzadas en las que es difícil la recuperación de la función renal perdida. Por todo ello es importante su detección temprana para establecer un tratamiento que permita detener o disminuir la velocidad de evolución de la enfermedad y, eventualmente, su curación.

En la U. G. C. de A. Clínicos del Hospital de Getafe se ha trabajado estrechamente con Atención Primaria con el fin de incorporar la estimación del algoritmo MDRD a la práctica clínica. Actualmente ello se realiza de forma automática tanto en las peticiones que se solicitan de forma tradicional en formularios de solicitud grafitados como en las que se efectúan "on line" a través del sistema OMI. La detección de un 6% de pacientes (180) con un grado moderado de insuficiencia renal y de 10 con insuficiencia renal grave no conocidas anteriormente muestra la importancia de la realización de esta estimación con la finalidad de la prevención y el consiguiente ahorro económico (que en los pacientes que requieren tratamiento sustitutivo de la función renal es extremadamente elevado).

Utilización de recursos y comportamiento hospitalario del accidente cerebrovascular en el servicio de medicina interna de un hospital comarcal

Sicras Mainar A.; Codes Marco J.; Ramón Llopart López J.; Serrat Tarrés J.; Guasch Ibáñez B.; Cabezas Torres M. A.

Introducción:

Se pretende medir el comportamiento del accidente cerebrovascular (AVC) en la utilización de recursos del Servicio de Medicina de un centro hospitalario de agudos.

Material y métodos:

Estudio exploratorio descriptivo. Se incluyeron todos los pacientes dados de alta hospitalaria convencional, en el Servicio de Medicina del Hospital Municipal de Badalona, durante el año 2005. El diagnóstico de AVC se obtuvo de los registros informatizados, codificados mediante la clasificación ICD-9-MC (430.00-434.90) como diagnóstico principal de alta hospitalaria. Se obtuvieron variables universales de edad (continua y dicotómica), sexo, número de comorbilidades asociadas al alta (NCA), índice de Charlson (comorbilidad asociada al fallecimiento), readmisión (cualquier motivo urgente antes de 30 días posteriores al alta), motivo de alta, fallecimiento y complicaciones acontecidas durante la hospitalización (infección nosocomial, úlcera por presión, reacciones adversas a medicamentos, y respiratorias, cardiovasculares o renales). Se consideró, infección hospitalaria si no estaba presente antes del ingreso, siguiendo los criterios clínicos-microbiológicos del proyecto SENIC; reacción adversa como un efecto nocivo o indeseado, que aparece tras la administración del fármaco a dosis adecuadas; y, como no fallecidos, los pacientes trasladados a otros centros y los enviados a domicilio. En la utilización de recursos se contabilizaron el promedio de días de estancia (EM) y el peso relativo medio de los Grupos Relacionados con el Diagnóstico (PR-GRD). Los datos se obtuvieron respetándose la confidencialidad de los registros marcada por la ley. Se efectuó un análisis estadístico con valores de media-desviación típica e intervalos de

confianza del 95% (IC). Para la relación bivariable se utilizaron las pruebas de chi-cuadrado de Pearson, y las no paramétricas de Kruskal-Wallis-H y de correlación ordinal de Spearman (rs). Se efectuó un análisis multivariante de regresión logística binomial para la corrección del modelo. Se utilizó el programa SPSS, estableciendo un grado de significación de $p < 0,05$.

Resultados:

El número total de pacientes estudiados en el servicio de medicina interna fue de 3.548 (edad: $70,7 \pm 17,7$ años; mujeres: 51,6%; readmisiones: 14,6%; complicaciones: 5,6%; traslados: 18,3%; fallecimientos: 6,9%). La proporción de AVC hospitalario fue del 5,4% (IC= 4,7-6,1%). Se asoció con la edad ($78,3 \pm 10,3$; ≥ 70 años el 84,8%; $p=0,000$), fallecimiento (11,0%; $p=0,034$), e índice de Charlson ($0,9 \pm 0,5$), EM ($9,0 \pm 9,5$), NCA ($8,6 \pm 3,4$) y PR ($1,14 \pm 0,28$); $p=0,000$. El NCA se asoció con la edad ($rs=0,412$), EM ($rs=0,452$) y PR ($rs=0,366$), $p=0,000$; y el PR con el índice de Charlson ($rs=0,381$), $p=0,000$. En el modelo logístico final corregido (-2 log verosimilitud: 1.357,40; $R^2=10,5\%$), el ACV tuvo una asociación débil con la edad (OR=1,0; IC=1,0-1,1; $p=0,000$) y el índice de Charlson (OR=1,2; IC=1,1-1,3; $p=0,005$), y fuerte con los PR de los GRD (OR=4,1; IC=2,8-6,0; $p=0,000$).

Conclusiones:

El AVC se asocia con un elevado consumo de recursos, en pacientes de mayor edad y con mayor número de comorbilidades. En el ámbito de la gestión clínica, y en situación de práctica habitual en los servicios de medicina, el índice de Charlson podría desplazar a la estancia media hospitalaria, como indicador de funcionamiento de recursos intermedios.

Accesibilidad a los servicios a través del transporte sanitario en Castilla y León

Estébanez Álvarez C.; Benito Pérez M. J.; Hernández Gallego J. M.; Díez Martines V.; Pérez de Lis Fernández M.; de Castro Fernández F.; Calvo Avilés M.; Álvarez Calvo H.; Sobremazas M. Ruiz; Rodri T.

Introducción:

La provisión de servicios públicos de calidad es uno de los objetivos prioritarios de la Junta de Castilla y León, constituyendo un reto la construcción de un sistema sanitario propio, público y universal, que garantice a los ciudadanos de Castilla y León una respuesta de calidad a sus problemas de salud, sobre la base de 6 compromisos básicos: Autosuficiencia, accesibilidad, calidad, participación, garantía de Salud pública e innovación. De estos compromisos, se derivan una serie de actuaciones y medidas que forman parte de una estrategia dirigida a mantener y mejorar el Sistema sanitario actual y a conseguir una mayor adaptación a las nuevas necesidades de salud y a las expectativas de los ciudadanos.

El carácter universal del sistema sanitario español confiere a todos los ciudadanos los mismos derechos, en este sentido la Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Castilla y León recoge "la universalización de la atención sanitaria para toda la población de la Comunidad, garantizando la igualdad efectiva de acceso a los servicios y actuaciones sanitarias" y "la superación de las desigualdades socioeconómicas y eliminación de los desequilibrios territoriales en la prestación de los servicios sanitarios y sociosanitarios".

Son muchas las variables que influyen en que las infraestructuras sanitarias sean accesibles, entendida la accesibilidad como la facilidad de utilización por parte de los usuarios de unos servicios que están situados en unos puntos fijos del espacio. Desde un punto de vista geográfico la distancia que separa las instalaciones donde se prestan los servicios sanitarios de los núcleos de población es uno de los principales condicionantes de su accesibilidad efectiva, esto tiene una importancia fundamental cuando se trata de poblaciones dispersas como las rurales, ya que los costes de acceso son diferentes según la zona de residencia de los pacientes.

Es preciso tener en cuenta lo que podemos denominar como "alcance espacial" del servicio, a partir del cual los costes superan cualquier beneficio que se pueda obtener con el servicio donde debe prestarse la asistencia.

Para realizar una correcta planificación estratégica hay que considerar la oferta, la demanda y la red de transportes. En definitiva, el servicio público de transporte sanitario requiere adaptarse a las específicas peculiaridades de la distribución de la población en la comunidad y la localización de los servicios sanitarios especializados, posibilitando un adecuado despliegue territorial de los recursos. Además, deberá posibilitarse la mejora de la accesibilidad a los servicios y de la eficacia de los servicios.

Material y métodos:

En este trabajo se pretende evaluar la accesibilidad a los servicios sanitarios a través del análisis de la situación actual del transporte sanitario en Castilla y León, para ello, por un lado se ha realizado el estudio de los condicionantes específicos que existen en nuestra Comunidad, entre los que destacan fundamentalmente largas distancias y gran dispersión de población, y por otro lado se ha evaluado la magnitud y el coste de los servicios prestados, identificando los principales problemas surgidos y describiendo las propuestas de mejora que han culminado en modificaciones en los nuevos contratos de transporte sanitario.

En último termino, se analizan los resultados de la actividad desarrollada desde el año 2002 mediante el análisis y valoración de las quejas formalmente presentadas por los pacientes/usuarios del servicio.

Para determinar los condicionantes específicos de la Comunidad de Castilla y León en especial las características demográficas de la población y su distribución geográfica, se han consultado diversas fuentes de datos como el Anuario Estadístico de Castilla y León. También se ha realizado una revisión bibliográfica de la legislación actual en materia de transporte sanitario tanto a nivel estatal como de la Comunidad Autónoma de Castilla y León y posteriormente se han revisado de forma exhaustiva los contratos de transporte sanitario realizados por la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, tanto en el periodo anterior a las transferencias sanitarias como en el periodo posterior, reco-

giéndose los datos más relevantes del transporte sanitario en las distintas provincias de la comunidad: Nº de servicios prestados, Nº de pacientes trasladados, Nº y tipo de vehículos disponibles, coste/ presupuesto de los distintos contratos...etc. y por último se ha comprobado la satisfacción de los usuarios con los servicios prestados a través del estudio de las reclamaciones presentadas por los pacientes en relación al transporte sanitario en el periodo de tiempo comprendido entre los años 2002 y 2005, reseñándose los principales problemas encontrados y las propuestas de mejora para los nuevos contratos de transporte sanitario encaminadas a aumentar la satisfacción de los usuarios.

Conclusiones:

En el contexto actual, la accesibilidad a los servicios sanitarios a través de un sistema de transporte sanitario de calidad se configura como un objetivo prioritario en nuestro sistema de salud, que obliga a adoptar las medidas necesarias, teniendo en cuenta todas las variables que afectan a la misma, principalmente características sociales, territoriales, económicas y ambientales de nuestra región. La Comunidad Autónoma de Castilla y León, con una superficie de 94.224 km² es la región de mayor superficie del territorio español y una de las regiones más extensas de Europa. Con una población total aproximada de 2.500.000, la densidad demográfica media de Castilla y León, es de 27 habitantes por km², lo que la convierte en una de las zonas de la Unión Europea (media de 115 hab / km²) con menor densidad de población y en la tercera más baja de España (media de 78 hab / km²).

Cabe destacar además el progresivo envejecimiento de la población, superior a la media española y la distribución territorial de la población, que se encuentra fuertemente concentrada en los núcleos urbanos más importantes y fundamentalmente en las capitales de provincia, existiendo, además un gran número de municipios de pequeño tamaño diseminados por su extenso territorio, (2.248 municipios).

Estas cifras ponen de manifiesto el considerable grado de dispersión, el elevado número de municipios y la escasa población, decreciente y envejecida. Lógicamente, esta dispersión poblacional tiene efectos directos en el coste de la prestación de los servicios públicos y obliga a configurar una red de transportes con gran tráfico rural que conecta en la mayoría de los casos los núcleos rurales con la capital de la provincia

o comarca a través de itinerarios muy largos y de una red que presenta con frecuencia deficiencias técnicas y de conservación.

Marco legal estatal del transporte sanitario:

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, artículo 19.

El Real Decreto 63/1.995, sobre Ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, en su Anexo I, apartado 4, sobre "Prestaciones complementarias", incluye como prestación el transporte sanitario, ya sea como transporte especial de enfermos o accidentados.

Normas en la Comunidad de Castilla y León:

Entre las funciones traspasadas a la Comunidad Autónoma de Castilla y León, mediante Decreto 1480/2001, de 27 de diciembre, se encuentran las correspondientes a la contratación y resolución de conciertos con entidades e instituciones sanitarias y transporte sanitario, subrogándose, a partir de la efectividad del traspaso, en los conciertos en vigor entre el extinguido INSALUD y otros organismos y entidades.

No habiéndose regulado, por nueva normativa de la Comunidad Autónoma, la forma de contratación del servicio de transporte sanitario, ha de entenderse de aplicación la existente con anterioridad al traspaso de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud.

Contratos de Gestión de servicio público: Transporte sanitario en Castilla y León.

Conciertos entre SACYL y empresas privadas.

La prestación del transporte sanitario de enfermos en Castilla y León se realiza, de manera similar que en el resto de las CC.AA, a través de contratos de gestión de servicios públicos.

La cuantía global de estos conciertos en Castilla y León superó los 27 millones de € en el año 2002 y los 34 M de € en el 2003, 2004 y 2005. El número de pacientes que utilizan este servicio anualmente se aproxima a los 400.000. Mediante Decreto 228/2001 se aprobó el Plan Estratégico de Urgencias y Emergencias de CyL, con el objeto de implantar en nuestra Comunidad Autónoma una estructura que permita identificar y dar respuesta a todas aquellas situaciones que pongan en peligro la integridad física de las personas tanto individual como colectivamente.

Los nuevos contratos de transporte sanitario comportan la adopción de un nuevo modelo de gestión integral de transporte sanitario terrestre, este nuevo modelo pretende introducir nuevos criterios de gestión del servicio, con el objetivo de posibilitar una utilización más eficaz de los recursos técnicos y humanos que se asignan; así como garantizar las mejores cuotas de calidad en la realización de las prestaciones a los usuarios. Los objetivos generales de este nuevo modelo son los siguientes:

1. Asegurar un tratamiento igualitario para todos los usuarios del servicio en el ámbito de nuestra Comunidad Autónoma, con independencia de su lugar de residencia.
2. Mejorar la accesibilidad del servicio.
3. Ofrecer una respuesta a las demandas de los servicios en unos tiempos razonables.
4. Proporcionar mejores condiciones de seguridad, confort y asistencia profesional y técnica durante los traslados.
5. Aplicación de la normativa específica y tutela de los derechos de los pacientes.
6. Diferenciación entre el transporte urgente y el transporte general, programado y no programado, que facilite la especialización en la gestión de cada ámbito prestacional, asignando los recursos materiales y económicos a cada órgano gestor en razón de las competencias que tienen atribuidas.

A grandes rasgos y como elementos definitivos a destacar, las modificaciones implementadas suponen: mejoras en tiempos de respuesta, reubicaciones de bases geográficas, mejoras en dotaciones de equipamiento y dotación de personal.

En el momento de asumir las transferencias la situación en relación con el transporte urgente era la siguiente:

- Un Centro Coordinador de Urgencias
- 15 ASVA (ambulancias de soporte vital avanzado)
- 7 ASVB (ambulancias de soporte vital básico)
- 1 helicóptero sanitario
- Una plantilla de 157 personas

Con posterioridad a las transferencias se aumentó la dotación de helicópteros y ASVB, ascendiendo estos a 4 y 20 respectivamente, antes de acabar 2003.

Con relación a la dotación de vehículos contratados para la actividad de las distintas Gerencias de Salud de Área, el número de vehículos ambulancia gestionados por las Gerencias de salud de área alcanza en la actualidad un total de 458 unidades (sin con-

tabilizar los denominados de reserva que incluyen algunos contratos).

En cuanto a la actividad desarrollada, los pacientes trasladados y servicios realizados son los siguientes:

1. Año 2002: 244.473 Pacientes y 659.495 servicios.
2. Año 2003: 366. 233 pacientes y 720.069 servicios.
3. Año 2004: 313.980 pacientes y 802.602 servicios.
4. Año 2005: 387.043 pacientes y 933.485 servicios.

La junta de Castilla y León ha aprobado un gasto de 108.641.312 € para cuatro ejercicios económicos de vigencia inicial de los contratos (27.160.328 € /año) en las provincias de Ávila, León, Palencia, Salamanca, Segovia y Zamora.

A este presupuesto hay que añadir el coste de los 4 helicópteros que supone un total de 4.960.000 ? anuales.

Estudio de las quejas y reclamaciones de los pacientes/ usuarios del transporte sanitario en Castilla y León.

La consideración de la utilidad del transporte sanitario en su configuración actual, a partir de las quejas oficialmente presentadas y que han sido objeto de tratamiento por la administración sanitaria, las quejas elevadas al Procurador del Común y las puntuales encuestas de satisfacción, permite valorar la oportunidad de operar ajustes o cambios en las distintas fases del proceso (indicación, adecuación del recurso, ejecución del servicio) o ,en su caso, aplicar las medidas sancionadoras establecidas en los contratos de transporte suscritos con las empresas adjudicatarias.

Se observa que son los contratos de Salamanca, Valladolid y Ávila los que generan mayor número de reclamaciones (61, 58 y 39, respectivamente - en 2005-) y Burgos, Zamora, Soria y las que menos (4, 5 y 5 , respectivamente)

En términos porcentuales las quejas oscilan entre el 0,20 % de Salamanca y el 0,02 de Burgos y Zamora.

Por motivos, destacan las demoras en la ejecución de los servicios y las rutas y tiempos de espera del transporte en vehículos colectivos. En el caso de Valladolid resalta, también, el trato o actuación de los profesionales no sanitarios durante los traslados. Con respecto al único contrato nuevo que supera el año de vigencia (Soria en octubre de 2004) se registra un descenso del 50% en el número de quejas presentadas formalmente: pasando de 10 en 2003 a 6 en 2004 y a 5 en 2005.

En el caso de Salamanca, al igual que en Ávila, también se han presentado quejas ante el Procurador del Común, la mayor parte de ellas motivadas en la disconformidad con los servicios de transporte colectivo por parte de pacientes que se desplazan para la realización de hemodiálisis.

Conclusiones finales:

La elección de las bases de localización de los vehículos y la dotación de los recursos materiales y humanos adecuados a cada tipología del transporte sanitario, según normativa, son los elementos fundamentales para la mejora de la accesibilidad, la eficacia y la prestación de los correspondientes servicios, en unas condiciones y tiempos de respuesta razonables.

En tal sentido y como conclusiones finales, cabe destacar las siguientes:

1. Un importante esfuerzo económico de la Junta de Castilla y León para mejorar la accesibilidad al servicio de toda la población en el ámbito territorial de la Comunidad y mejorar las condiciones de la prestación del transporte sanitario.
2. Fomento de la participación de los usuarios a través los representantes de los órganos participativos del Sistema Sanita-

rio de Castilla y León. Importante número de iniciativas propuestas por parte de los ayuntamientos para conseguir medios y recursos ante la perspectiva de los nuevos contratos.

3. Refuerzo de los programas de control y seguimiento de los contratos de transporte sanitario para asegurar el cumplimiento de las obligaciones asumidas por los empresarios.

Los nuevos contratos incorporan un apartado dedicado a Inspección de Servicios Sanitarios. También los planes anuales de Inspección priorizan actuaciones concretas de seguimiento.

4. Una evaluación continúa de la calidad para detectar problemas e implementar las mejoras necesarias del servicio.
5. De los datos manejados y fundamentalmente a partir de las manifestaciones de los usuarios del servicio, se deduce que en términos de accesibilidad al servicio de transporte sanitario se ha producido una importante mejora en los nuevos contratos formalizados (Soria, Valladolid y Burgos)
6. Los nuevos contratos que se aplicarán a partir del segundo semestre de este año se beneficiarán de los resultados de análisis sistemáticos como este.

Magnitud del transporte sanitario terrestre en Castilla y León.

Concepto	2002	2003	2004	2005	2006
Presupuesto total	27.815.223 €	34.331.010 €	35.101.468 €	35.513.366 €	42.078.208 €
Gerencias de Area	26.363.532 €	30.191.103 €	30.594.588 €	31.563.997 €	24.880.724 €
Gerencia Emergencias	1.451.691 €	4.139.908 €	4.506.880 €	3.949.369 €	17.197484 €
Pacientes	244.473	366.233	313.980	287.043	
Servicios realizados	659.495	720.069	802.602	933.485	
Nº Vehículos	487	490	490	502	2º semestre

Accesibilidad entre niveles. Puesta en producción del sistema de cita "on-line" primaria-especializada. Análisis 2002 al 2005

Alonso Suero E.; Caba Peña J. J.

Introducción:

La estratificación de niveles en el sistema sanitario público provoca diferentes disfunciones estructurales y de gestión. Es fundamental la coordinación interniveles para asegurar por un lado, la calidad del servicio ofrecido al cliente externo y por otro, la mejora de accesibilidad del "Primer Nivel" al "Segundo Nivel". Un buen ejemplo de la importancia de la necesaria coordinación entre Atención Primaria y Especializada, lo constituye el proceso de puesta en marcha del sistema de cita on-line en todos los Centros de Salud del Área de influencia del Hospital General de Ciudad Real (antes Complejo Hospitalario de Ciudad Real).

El proceso de puesta en producción de este sistema se presentaba complejo principalmente por los siguientes motivos:

- El alto número de profesionales implicados en el proceso.
- La radical transformación de los procedimientos de trabajo en Atención Primaria.
- La implantación de nuevos circuitos de comunicación.

Material y métodos:

Las diferentes fases en las que se articuló el proceso fueron:

1. Fase de reproducción:

- a. Constitución de un grupo coordinador paritario (Servicio de Admisión Hospitalaria, Coordinación de Unidades Administrativas de Primaria, Departamentos de Informática de ambos niveles).
- b. Establecimiento de un circuito de comunicación dinámico.

- c. Coordinación entre departamentos de Informática (Logística).
- d. Creación de usuarios de acceso al sistema. Distribución de éstos por Centros de Salud.
- e. Formación. Diseño de un plan de formación continuada.

2. Fase de producción:

- a. Implantación del sistema de citas.
- b. Elaboración y distribución de material de apoyo para los usuarios del sistema: manuales, protocolos, diagramas de flujo,...
- c. Pruebas de validación por parte de Atención Especializada y Atención Primaria.
- d. Implantación de accesos a servicios hospitalarios de forma progresiva.

3. Fase de monitorización:

- a. Mantenimiento activo del circuito de comunicación Atención Especializada-Atención Primaria.
- b. Constitución de una línea de comunicación de retorno de detección de disfunciones e incidencias.
- c. Monitorización periódico del sistema.

Conclusiones:

La realidad generada con la implantación del sistema de cita on-line, Primaria-Especializada, nos demuestra que las condiciones de accesibilidad entre ambos niveles favorece fundamentalmente al paciente, además de mejorar el desempeño profesional del personal administrativo de ambos niveles y, en última instancia, repercute favorablemente en el sistema de información del hospital que es alimentado directamente desde atención primaria.

Aplicación de modelos para optimizar la localización de Servicios en Atención Primaria

Sánchez Herrero R.; Burón Morilla J. A.; Benito Alonso M. T.; Sáez Aguado J.; Vaca Rodríguez C.; Álvarez Esteban P.

Introducción:

A la hora de planificar nuevos servicios, o en el análisis de los existentes para buscar la optimización de los mismos, tradicionalmente se vienen considerando diversos criterios, en ocasiones difícilmente ponderables que influyen de diferente forma en la accesibilidad de la población diana a los mismos. Esta dificultad permite en muchas ocasiones que se introduzcan criterios subjetivos o, cuando menos, aproximados, que favorecen la aparición de diferentes puntos de vista y, en definitiva, importantes fuentes de conflicto por parte de los distintos ayuntamientos, gestores, profesionales o población implicados.

Se impone por tanto la necesidad de disponer de una herramienta objetiva para optimizar la localización de determinados recursos sanitarios, sobre todo en aquellas comunidades con dificultades de accesibilidad derivadas de una baja densidad de población, importante dispersión y envejecimiento de la población como es en nuestro caso.

Esta herramienta se concreta en un programa informático que se alimenta de los datos de tarjeta sanitaria disponibles en la Gerencia Regional de Salud, y mediante la aplicación de modelos matemáticos, permite representar gráficamente dichos modelos, considerando la distribución de la población y los desplazamientos por carretera. Esto nos facilita conocer las condiciones que otorgan la mayor accesibilidad posible, bien de cara a señalar la mejor ubicación de nuevos recursos o bien para asignar las diferentes localidades a los recursos ya existentes de la forma más óptima.

La aplicación dispone en la actualidad de modelos diferenciados para cálculo de transporte urgente, donde prima el tiempo de respuesta, de otro tipo de cálculos donde prima la accesibilidad de la población: servicios de fisioterapia (ampliable a servicios de odontología, pediatría de área, matronas, trabajadores sociales, etc.). En estos cálculos se podrán introducir, además, datos referentes a transporte público, con rutas y horarios de los mismos.

Material y métodos:

Existen diferentes modelos determinísticos y probabilísticos que se han aplicado en el campo de los servicios sanitarios, fundamentalmente para la localización de centros de urgencia y servicios de transporte sanitario, pero no disponíamos de un modelo que optimizara la localización de otro tipo de servicios, como Unidades de Salud Bucodental, de Fisioterapia, Pediatría de Área, etc.

Para el desarrollo de un programa informático que aplicara estos modelos a nuestras necesidades, establecimos un convenio de colaboración con la Universidad (departamento de estadística aplicada y de informática de la Facultad de Ciencias), que permitió desarrollar dicho programa con una presentación gráfica de 3 tipos de modelos, elegibles en función de las características de accesibilidad de que queramos dotar al servicio.

Otras posibles utilidades que se podrán extraer de la aplicación serán:

- Delimitación óptima de Zonas Básicas de Salud y mapa sanitario.
- Cálculo de rutas óptimas para transporte de muestras.
- Cálculo de itinerarios para los profesionales sanitarios.

El programa funciona bajo una licencia del programa X-press, que nos ha facilitado una mochila que se conecta a través de puerto USB al ordenador que realiza los cálculos, en un tiempo límite que configuramos por defecto como 30 segundos, aunque la mayoría de los cálculos los realiza de forma inmediata.

Así mismo, podemos disponer, no sólo de la representación gráfica sobre mapas, sino también de un informe en documento de texto con los datos de tiempo de las diferentes localidades con más de 50 usuarios al punto de dispensación del servicio.

Conclusiones:

En la actualidad disponemos de un programa de desarrollo de modelos de optimización en la localización de servicios, que nos permite:

- Disponer de un sistema de información gráfico y dinámico.
- Disponer e indicadores para valorar la accesibilidad de la población a estos servicios (% de población cubierta / tiempo determinado)
- conocer la situación actual en las distintas Áreas de Salud.
- realizar un análisis comparativo entre áreas
- planificar la puesta en marcha de nuevos servicios en base a criterios definidos para cada uno de ellos, tiempo ideal de cobertura y el tiempo máximo de cobertura, de forma instantánea.

Los 3 modelos creados son:

- 1.- *Set covering* o de cubrimiento total: minimización del número de instalaciones. Minimiza el coste total de apertura estableciendo el mínimo de instalaciones abiertas y su ubicación, garantizando la cobertura dada para toda la población (no se tiene en cuenta la demanda de cada punto).

- 2.- Cubrimiento máximo o parcial: maximización de la demanda cubierta a menor tiempo. Introduce una variable que especifica el número de instalaciones abiertas. Maximiza la demanda total que va a quedar cubierta en un tiempo menor o igual al tiempo de cobertura, sujeto a un número de instalaciones abiertas especificado. Modelo aplicado en la localización de emergencias en EEUU.
- 3.- El problema de la p-mediana: minimización del tiempo de desplazamiento medio. Minimiza la distancia o el tiempo total invertido por la población para cubrir el servicio.

La valoración actual es muy positiva, pudiendo disponer de una herramienta de gestión importante para la toma de decisiones en la planificación y en la localización de servicios de forma eficiente y objetiva, lo que nos permite zanjar todas aquellas demandas que se generan en función de distintos intereses cuando se lleva a cabo una planificación o modificación de servicios sanitarios.

El Helicóptero de Emergencias Médicas Sanitarias en la Comunidad más extensa de Europa

Viloria Weruaga R.; Sacristán Salgado A.; Álvarez Conde C.; Uribe Ladrón de Cegama F.

Introducción:

En una Comunidad Autónoma con una extensión y unas características sociodemográficas como las de Castilla y León, el HEMS (Helicóptero Emergencias Médicas Sanitaria) tiene un importante papel en la asistencia sanitaria extrahospitalaria para disminuir la mortalidad por enfermedad cardiovascular y traumática, además de ser en ocasiones la única posibilidad de acceder al paciente en un tiempo aceptable.

En el momento de las transferencias sanitarias la Comunidad contaba con la reciente puesta en marcha de un helicóptero sanitario con base en Valladolid y con ámbito de actuación a toda la Comunidad.

Progresivamente se han implantado otros tres, distribuidos de manera estratégica para dar cobertura a las zonas más alejadas y con población más dispersa en las que se pueden plantear dificultades de acceso por vía terrestre en un tiempo adecuado.

Material y métodos:

Estudio descriptivo de la actividad del transporte sanitario aéreo, realizado desde el año 2001, en que se implantó el primer helicóptero, hasta el momento actual en el que se dispone de cuatro helicópteros exclusivamente sanitarios. Las fases de implantación han sido: en octubre de 2001 se implanta uno con base en Valladolid, en mayo del 2003 otro en Astorga (León) y en diciembre del 2003 otros dos, uno en Salamanca y el otro en Burgos. Cuatro helicópteros, nueve provincias, 2.501.534 habitantes y 94.223 Km² para cubrir.

Los helicópteros operan de orto a ocaso los 365 días del año. Cada helicóptero tiene como ámbito de actuación fundamentalmente la provincia en la que se encuentra la base así como las zonas próximas de las provincias colindantes, aunque cuando es necesario acuden a cualquier punto de la Comunidad. El hospital receptor de pacientes habitualmente es el de referencia del área sanitaria en la que se encuentre el paciente, excepto los traslados secundarios, como es

lógico, y determinadas patologías que precisen tratamiento o pruebas muy específicas.

Se analizan las siguientes variables: tipo de traslado, nº de servicios realizados, nº de pacientes, características demográficas, provincias de intervención y hospitales receptores; tiempo de activación y tiempo de acceso al paciente.

Conclusiones:

- Se han realizado, en el periodo mencionado, un total de 2.556 servicios, con una media de 2,3 servicios por día. Los traslados primarios representan el 83,5% y los secundarios el 16,5 %. Destaca el helicóptero de Burgos con un 36% de traslados secundarios y en el lado opuesto el de Astorga con un 1,3%.
- La patología traumática representa el 53% del total, mientras que de manera individual el helicóptero de Burgos traslada patología médica en un 54,2% de los casos.
- De las nueve provincias de intervención, León es la provincia en la que se han realizado más servicios, representando un 24% y Soria la de menor intervención con un 4%. En tres ocasiones la provincia de intervención ha correspondido a otra CCAA y en una ocasión a Portugal.
- El 71 % de los pacientes son hombres frente a un 29% mujeres.

La actividad de los HEMS ha ido aumentando progresivamente a medida que se han ido implantando las aeronaves y se conocía el servicio.

El servicio es utilizado fundamentalmente por hombres adultos con patología traumática.

Siendo Castilla y León la Comunidad Autónoma más extensa de la Unión Europea y con una densidad de población muy por debajo de la media nacional, los HEMS se constituyen en un medio no solo necesario, sino indispensable, para poder ofrecer accesibilidad al ciudadano independientemente del lugar en el que se produzca la urgencia o emergencia sanitaria.

Estudio de las consultas de alta resolución y de las consultas de derivación rápida desde el servicio de urgencias

Borras Beato R.; Carpio A.; García J.; Gómez F.; Martínez Iglesias R.; Ceballos Alonso C.

Introducción:

El servicio de urgencias dispone de la posibilidad de derivar pacientes a consultas de cita rápida, a consultas de alta resolución que permite realizar un estudio completo del paciente en un tiempo de una semana y con un número de consultas mínimo y que incluye vías clínicas de estudio diagnóstico complejos y que han dado una alta rentabilidad diagnóstica. Estas consultas en número de pacientes que atienden no es muy alto pero la calidad de las mismas hace que sea muy importante pues están orientadas al diagnóstico precoz del cáncer.

Material y métodos:

Relación de consultas de citación rápida:

1. Consulta de revisiones de pacientes de Traumatología de urgencias.
2. Consultas de altas de Urgencias de Medicina Interna.
3. Consultas de Enfermedades Infecciosas.**
4. Consulta de Reumatología (Guía de derivación)**
5. Consulta de la Unidad de la Hipertensión Arterial.

Relación de consultas de alta resolución:

1. Consulta de alta resolución de digestivo.
 2. Consulta de alta resolución de las Hematurias.
 3. Consulta de la vía clínica del cáncer de pulmón.
 4. Vía clínica del cáncer rectal.
 5. Guía de derivación a consulta de coloproctología: Estudio de las rectorragias.
 6. Consulta de alta resolución de Cardiología.
- A continuación vamos a analizar la frecuentación de estas consultas, y de ellas las que son procedentes de urgencia.

Conclusiones:

En el servicio de urgencias del hospital clínico se derivan a este tipo de consultas el 5.15 de todas las urgencias, y si retiramos la pediatría que no se deriva a estas consultas resulta que es el 6.435 de las urgencias de adultos se derivan a estas consultas especiales, lo que indica que se hace un uso racional de las mismas derivando lo justo y necesario lo que permite que no se saturen y cumpla con su función, que como veremos ahora tiene una importancia cualitativa muy importante, más que cuantitativa. continuación vamos a ofrecer los resultados de alguna de estas consultas.

Consultas derivadas desde urgencias	Nº de consultas	% N° de consultas/Urg-C	% N° de pediatría. consultas/Urg-sin
Alta resolución	852	0.89% (2.33 consultas/ día)	1.12%.
Consultas rápidas	4004	4.19% (10.9 consultas /día)	5.3%.
Consultas rápidas y alta resolución	4856	5.09% (13.3 consultas/día)	6.43%.

Consultas	Citaciones en primera consulta	Procedentes de Urgencias	% Citaciones/ Urg.
Revisiones de Traumatología	3656	3656	100%
Altas Urgencias M. Interna	301*	286	95%
UHTA (unidad hipertensión arterial)	294	62	21%
Alta Resolución de Digestivo	440	62	14.1%
Alta Resolución de Hematurias Macroscópica	364	209	57.41%
Vía Clínica Cáncer de Pulmón.	215	112	52%
Vía Clínica Cáncer de Recto.	92	46	50%
Guía de derivación Rectorragia no sospechosas de cáncer de Recto	420	118	28.1%
Consulta de Alta Resolución de cardiología	793	305	40%
Total Consulta alta resolución	2324	852	36.66%
TOTAL	6679	4856	72.7%

(*) De Marzo a Diciembre 05

(**) No se han contabilizado

Gestión de una unidad de fisioterapia con la introducción de un programa informático

Morales Jiménez F.; Fernández de Haro M. M.; Marínez Barba A.

Introducción:

La actividad asistencial y cargas de trabajo del fisioterapeuta no están definidas o normalizadas, luego no es posible realizar una gestión analítica.

Material y métodos:

Ámbito: Servicio de Rehabilitación del Morales Messenger.

Procedimiento: Se oferta cartera de servicios (actividades) estableciéndose unos criterios para adjudicar tiempos, y por tanto cargas de trabajo, a cada una de las actividades relacionadas con los fisioterapeutas.

Análisis: Análisis comparativo de las cargas de trabajo asignadas a 4 fisioterapeutas según la distribución actual versus el catálogo de prestaciones desarrollado.

Resultados: Tras valorar 4 agendas de fisioterapeutas y partiendo de una jornada real de trabajo de 390 minutos se obtuvieron los siguientes resultados. Tres de los profesiona-

les llevan agendas de procedimientos mixtos y una de ellos sólo electroterapia.

Aplicando la valoración de tiempo de fisioterapia para cada uno de los procedimientos prescritos, tres de las agendas están sobrestimadas en cuanto a cargas de trabajo (tiempos calculados que deberían haberse empleado para las terapias descritas: 275' y 370' frente a los 390' que deberían en las agendas mixtas y 160' frente a los 180' en la agenda de electroterapia. Sin embargo, una de las agendas se encuentra infravalorada empleando 390' en unos procedimientos calculados en 547'.

Conclusiones:

Según los resultados existe una diferencia entre los tiempos empleados y los calculados con el catálogo de prestaciones.

Dicho catálogo puede ser útil para la optimización de los recursos, una correcta gestión clínica y finalmente una mejora en la calidad asistencial.

La integración de la regulación médica de la demanda en los centro coordinadores 112. Modelo de implantación en Extremadura

Ruiz Sanz M. Á.; Benito Arroyo I.; Peláez Vega C.; Villa Mínguez D.

Introducción:

En el año 1999 el Insalud impulsó en su área de gestión la implantación de los Centros Coordinadores de Emergencias con el teléfono 061. Paralelamente en nuestro país se habían desarrollado los modelos de coordinación de llamadas sanitarias en Galicia, Andalucía, Canarias y Madrid todos con el teléfono 061. La directiva europea que recomendaba la implantación del teléfono 112 de llamadas de emergencias vino a convulsionar y a crear disfunciones que aún se mantienen en la coordinación de las emergencias de todo tipo. En Extremadura el modelo de centro 112 se gestó desde un principio con la integración de todos los sectores implicados en la emergencia físicamente situados en el Centro Coordinador. Otros modelos de integración no han llegado a satisfacer las necesidades de accesibilidad del usuario y las de calidad en los tiempos de atención de emergencias.

Material y métodos:

Estudiamos los tiempos de actuación del Centro de Atención de Urgencias y Emergencias 112 de Extremadura, considerando los tiempos de llamada activación de los diferentes recursos. Evaluamos los tiempos en las llamadas sanitarias en relación con los demás sectores.

Exponemos las encuestas de satisfacción y los datos de reclamaciones y solicitud de información recibidos en el Centro Coordinador.

Conclusiones.

El modelo de integración sanitaria en el Centro Coordinador 112 de Extremadura desde su implantación en el año 1999 ha aumentado su actividad en progresión ascendente en todos los sectores. Con la integración completa en el año 2002 del Centro Coordinador 061, tras las transferencias sanitarias, entendiéndose por completa la inserción de la plataforma de comunicaciones y del personal sanitario técnico y operador en el Centro 112, la actividad y los tiempos de actuación se han mantenido en los niveles de calidad que se objetivaban en el Centro Coordinador 061. Las políticas de calidad en la atención de llamadas de emergencia deben conducir a acortar los tiempos de llamada activación para mejorar el criterio de accesibilidad de los pacientes/usuarios de todo tipo de servicios que se coordinen desde estos centros. Abogamos a la vista de los resultados, por el centro único, con las seguridades y redundancias correspondientes y por la integración de todos los sectores físicamente en el mismo centro.

Los servicios de urgencias hospitalarios. Las grandes superficies del sistema sanitario

Borras Beato R.; Grande Báez S.; Rivas Herrero M. C.; Hernández García M. J.; Mateos Cobos E.; Méndez Martín M. V.

Introducción:

La masificación de las urgencias hospitalarias se ha convertido en objeto permanente preocupación para la comunidad sanitaria y en general para toda la sociedad. El problema se inició en la década de los 80 y afecta a todo el territorio español, y ello hizo que el defensor del pueblo publicara su informe en diciembre de 1988 en que denunciaba la situación en que se encontraban las urgencias en general y las hospitalarias en particular e incitaba a las administraciones a tomar medidas correctoras, que por desgracia, para estos servicios llegan tarde y mal, o no llegan nunca. A pesar de las medidas adoptadas por las administraciones las urgencias hospitalarias crecen año tras año. El servicio de urgencias del hospital universitario atiende a una población de 345.609 habitantes (censo del año 2001), de las cuales 156.368 viven en la capital. Está integrado por tres unidades. Hospital Clínico, Hospital Virgen Vega y Hospital Virgen del Castañar de Bejar.

Las urgencias atendidas en el año 2005 fueron 138.621 (40% de la población de referencia, dato este más alto que en nuestro entorno, posiblemente por ser hospital de referencia regional, aunque esto, no debía influir mucho en las urgencias, pues los traslados son de servicio a servicio hospitalario), ello supone 379.78 pacientes/día, estas urgencias se reparten de la siguiente manera:

- Urgencias hospital Clínico: 95368 (68.79%).
- Urgencias hospital Virgen Vega: 38785 (27.97%).
- Urgencias hospital Virgen del Castañar: 3314 (2.39%).

La frecuentación ha aumentado desde el año 1990, que se creó el servicio de Urgencias del Hospital Clínico, de 263 urgencias al día a 379.78 urgencias al día en el año 2005, lo que supone un incremento de 44.4%, que no se justifica por el incremento de la población, ya que esta ha disminuido, ni por el envejecimiento de la población pues los ingresos no solo aumentan si no que disminuye, así en 2003 ingresaron 30.309 pacientes y en el año 2005 ingresaron 29.689 pacientes, a base de

disminuir no solo los ingresos programados (7.537 del año 2003, frente a 7.405 del año 2005) si no también los urgentes (22.772 del año 2003, frente a 22.284 del año 2005). Los ingresos urgentes desde urgencias el año 2005 fue de 17.883, que supone el 60% de todos los ingresos y el 12.95 de todas las urgencias atendidas.

Material y métodos:

El estudio que vamos a realizar se va a centrar en el hospital Clínico, pues al ser donde se ha implantado un sistema de clasificación, nos permite tener datos más precisos, por otra parte es en el hospital Clínico donde existen el mayor número de especialidades, por lo que continuamos ponemos un resumen de la actividad de las urgencias del hospital Clínico.

TABLA DE ACTIVIDAD AÑO 2005

Urg T y C Ingr.	Urg-p	Obs	Gin	Psq.	Oft.	Orl
Total	953685	19850	2673	1501	1177	
1939	1345	23153	14265			
Media		261	54.3	20.7%	7.32	4.11
3.18	5.31	3.69	63.38	24.2%	14.9%	

Objetivos:

Los objetivos de este estudio es valorar el papel modulador que el servicio de urgencias realiza sobre el resto del sistema sanitario, tanto en la asistencia sanitaria especializada, como en la asistencia primaria, y en segundo lugar como el servicio de urgencias es de por sí la primera consulta de alta resolución y el principal interconsultor de atención primaria.

Material y métodos:

Para conseguir estos objetivos hemos realizado los siguientes estudios:

1. Estudio de la procedencia de los pacientes y motivos de consulta a urgencias.
2. Estudio y monitorización del diagrama de flujo de la asistencia en el servicio de urgencias del hospital clínico.
3. Estudio de las Interconsultas realizadas desde el servicio de urgencias a las diversas especialidades.
4. Estudio de los que no acuden a consultas externas del hospital.

5. Estudio de las consultas de citación rápida desde urgencias y de alta resolución.

Conclusiones:

1. La accesibilidad a urgencias es un factor de primer orden en la frecuentación, pues esta es mayor en la capital, a pesar de tener mejores centros de salud y personal mejor preparado, pues tienen residentes a su cargo.
2. La mayoría de los pacientes que aportan informe es de la zona rural y es más por la ambulancia que por aportar informe.
3. El uso que la población hace de urgencias es más próximo al horario comercial y a su comodidad, pues en el centro de salud la accesibilidad fuera del horario de trabajo de los pacientes es muy difícil.
4. La mayor parte de los pacientes vienen sin volante, petición propia independiente de la gravedad.
5. A pesar de ello el triage ha permitido seleccionar los pacientes y hacer una asistencia rápida a los pacientes portadores de urgencia hospitalaria, que son los rojo y amarillo, independiente del paciente crítico que tiene otro circuito.
6. Los pacientes a su llegada a urgencias entran en un sistema de clasificación basada en tres criterios, que son la distinción de paciente ambulante o no ambulante, que no solo se refiere al hecho de venir en ambulancia, si no si necesita dentro de urgencias estar en camilla o en silla, por mal estado general, la anotación por parte de admisión del motivo de consulta, que permite al celador dirigir al paciente a la zona adecuada, lo que da al celador una importancia en el sistema, por encima de otros servicios de urgencias y por último el sistema de triage que al estar hecho por un adjunto con experiencia agiliza la clasificación.
7. El sistema permite que solo el 36% de los pacientes pasen por el triage lo que facilita que el tiempo de espera de menos de 5 minutos se pueda cumplir, y el sistema lleva implícito unos mecanismos de seguridad, que de momento, en los dos años de funcionamiento, no ha habido ningún paciente no clasificado que nos haya dado un disgusto en la sala de espera.
8. A diferencia de otros sistemas de clasificación el nuestro al ser realizado por un médico adjunto, permite la derivación directa a los especialistas, lo que ocurre en el 7% de todos los pacientes, permite actuar como consultorio rápido dando altas en el 3.45% de los pacientes.
9. La asignación de la gravedad de los pacientes realizada en nuestro servicio de urgencias difiere de otros, en que nosotros tenemos menos urgencias clasificadas en nivel III (urgencias no demorables), que otros servicios que la clasificación se hace por programa de ordenador y enfermera, lo que permite que los tiempos de primera atención se cumplan en el 91% de los pacientes con verdadera urgencia hospitalaria.
10. En el proceso asistencial el manejo del paciente con urgencia hospitalaria que son los tres primeros niveles (20% de los pacientes de triage) están prácticamente bajo supervisión del sistema entre la zona de camas y los sillones.
11. El 20% de las interconsultas permite optimizar la asistencia y generan un 55% de ingresos.
12. La resolución de los pacientes eso permite concluir que somos la consulta de alta resolución de atención primaria en el 24% de los pacientes adultos que se van a domicilio, esto ocurre sobre todo, en los pacientes de la zona de traumatología y curas.
13. En el 33% de los pacientes adultos somos interconsultores rápidos y resolutivos de atención primaria.
14. El 14.95% (14265 pacientes) de los pacientes ingresan, si retiramos los pacientes que ingresan de las especialidades que en el triage se derivan directamente como son Obstetricia (2761), ginecología (409), Hematología (296), Oncología (515), Dermatología (78), Psiquiatría (463) y Oftalmología (24), quedarían 9719 pacientes, que si también retiramos los pacientes pediátricos que ingresan (802), que no pasan por triage serían 8917 pacientes, que supone el 25.97% de los pacientes que pasan por triage, frente al 20% clasificados como urgencias de nivel I, II y III (6866.4 pacientes) que hemos considerado verdaderas urgencias, aunque algunos de estos ingresos proceden de pacientes que han pasado directamente a camas procedente del 112 o de consultas externas del hospital (una media diaria de 5 pacientes/día, es decir 1825 pacientes/año) y otros proceden de pacientes de la zona de Trauma y curas (1071 pacientes de Traumatología y Cirugía Vasculuar). Esto indica que la clasificación realizadas por el médico adjunto en el triage en lo que respecta a las urgencias hospitalarias se aproxima a los ingresos.

15. El 6,43 % de los pacientes adultos van a consultas de cita rápida o de alta resolución, lo que optimiza la atención del paciente y evita ingresos.
16. El servicio de urgencias deriva a especialista el 18 % de los pacientes adultos, la mayoría de ellos con una valoración pormenorizada lo que al paciente tranquiliza y facilita la labor del especialista, al aportar ya una orientación, y a que muchas ocasiones la derivación esta realizada por el propio especialista.
17. El 57% de los pacientes abandonan urgencias con su problema solucionado sin sobrecargar al sistema de atención especializada y serian en los que actuamos como una consulta de alta resolución de atención Primaria
18. Las interconsultas que no generan ingreso, es de todos conocidos, es mayor en aquellas especialidades que tienen más lista de espera y por tanto actúan en cierto modo disminuyendo la presión social sobre las listas de espera.
19. Muchas interconsultas que no generan ingreso son luego el paciente dirigido a consulta, y por tanto la interconsulta actúa como una consulta de primera cita. La influencia del servicio de urgencias en la evitación de consultas ordinarias del propio hospital es evidente, tanto en la primera cita evitando que entren en el sistema pacientes, que pueden ser atendidos en el nivel de primaria, como en revisiones, donde podemos disminuir la lista de espera.
20. La influencia de la primera cita es responsabilidad del propio servicio de urgencias que actúa como interconsultor rápido o de alta resolución de atención primaria. La disminución en la primera cita es de 3,84 al 4,95 de las primeras consultas, que en el caso de hospital clínico son 86,083 consultas.
21. En la influencia de las revisiones influye más el especialista que actúa como interconsultor en el servicio de urgencias, y el servicio de urgencias lo que hace es evaluar al paciente, si realmente precisa que se ha visto por el especialista correspondiente, por lo que actúa como modulador de la presión que la lista de espera genera en el paciente, este papel puede llegar al 35 de las revisiones que el hospital clínico son 234.244 consultas.
22. Las consultas de alta resolución permite disminuir los ingresos.
23. Este tipo de consultas permiten en pacientes muy bien seleccionados dar una continuidad de cuidados, lo que repercute en una mayor calidad asistencial.
24. Las patologías graves que manejan estas consultas aunque su numero sea pequeño, su trascendencia en la sociedad es grande.
25. El servicio de urgencias es el principal proveedor de estas consultas, lo que demuestra su capacidad de criterio de selección y de que por urgencias al final pasa toda la población, y es el lugar en que la captación es más fácil y la aplicación de criterios comunes resulta más viable.

Proyecto de gestión descentralizada de la anticoagulación oral

Diez Astorgano A.; Fernández Eroles A. L.

Introducción:

El control del tratamiento anticoagulante oral en atención primaria ha seguido un camino errático y variable. Desde el control seguido en exclusiva por los especialistas que la habían indicado, pasando por el control compartido entre el médico de familia y el médico especialista hasta llegar al control de la mayoría de los pacientes por el médico de atención primaria. En este último caso, el procedimiento constaba de una extracción de una muestra de sangre remitida al laboratorio de referencia que nos suministrara el resultado de INR (*International Normalized Ratio*) que era comunicada al médico de familia por medio de fax o teléfono. Este procedimiento suponía estar pendiente del resultado y que el paciente volviese a la consulta o esperase una llamada telefónica de su médico para comunicarle la indicación sobre la forma de continuar la dosificación del anticoagulante en nuestro medio (Acenocumarol).

Se pretendían pues varios objetivos: mejorar la accesibilidad de la mayoría de los pacientes, evitando los desplazamientos al servicio de hematología del Hospital de León, acortar el tiempo de respuesta proporcionando el resultado analítico y la toma de decisiones de forma inmediata y mejorar la continuidad asistencial entre niveles compartiendo el historial de los resultados del INR y del tratamiento prescrito.

Material y métodos:

Se ha utilizado la documentación de los pacientes anticoagulados con tratamiento oral, contenida en los listados de los médicos de atención primaria y los datos contenidos en la base de datos del servidor del hospital de estos mismos pacientes. El acceso a

esta base de datos se hace por medio de una aplicación que por medio de *terminal server*, se conecta al servidor del Hospital.

El método utilizado ha sido el análisis retrospectivo observacional de la totalidad de los resultados de INR realizados en los diferentes centros de salud desde el 30 de marzo de 2005 hasta el 30 de marzo de 2006 y estudio descriptivo de los indicadores utilizados por la propia herramienta informática.

Además se ha puesto en marcha una encuesta de satisfacción dirigida a médicos y enfermeras por un lado y a pacientes tratados por otro.

Conclusiones:

1. Se ha evitado el desplazamiento de la mayoría de los pacientes susceptibles de ser controlados por los médicos de atención primaria (indicados tanto por los especialistas como por los propios médicos de atención primaria).
2. El médico, con la ayuda del personal de enfermería, controla de forma directa el INR y toma decisiones de dosificación en tiempo real.
3. Crea valor añadido a la labor de los profesionales de atención primaria.
4. Desacarga demanda asistencial en la consulta de hemostasia del Hospital pudiendo dedicarse este servicio a otras cuestiones más específicas de su competencia.
5. Aunque los costes directos (material empleado y tiempo dedicado) son superiores al procedimiento habitual no podemos perder de vista el coste del transporte del paciente y la incertidumbre sobre el posible error en el resultado de una muestra transportada.

Resultados de las primeras retinografías realizadas en un centro de salud en coordinación con oftalmología

Gómez Marcos M. A.; García Ortiz L.; García Hernández S.; González Elena L. J.; González García A. M.; Herrero Rodríguez C.; García García A.; Parra Sánchez J.; Melón Barrientos L.; Gil Sán A.

Introducción:

Dentro de las exploraciones que debemos realizar de forma sistemática a los pacientes diabéticos y a los pacientes hipertensos si presentan una hipertensión grave está la realización del fondo de ojo, está demostrada la validez del mismo realizado con un retinógrafo no midriático, siendo una técnica sencilla en su realización y por lo tanto factible de realizar en Atención Primaria. La valoración de las imágenes de retina por un oftalmólogo se puede realizar sobre imágenes realizadas previamente, facilitando el aumento de la cobertura de estos pacientes con fondo de ojo realizado sin ser necesario el desplazamiento de todos los pacientes al hospital y el consiguiente colapso de las consultas de oftalmología.

Objetivo:

Analizar la viabilidad de la realización del fondo de ojo con un retinógrafo no midriático en un Centro de Salud.

Evaluar la patología encontrada en el fondo de ojo en pacientes hipertensos.

Material y métodos:

- Diseño: Descriptivo transversal.

- Sujetos y ámbito: 78 hipertensos a los que se les ha realizado el fondo de ojo, en dos centros de salud urbanos: (46%), edad media: 63,8 años.

- Variables: Edad, sexo, grado de afectación vascular del fondo de ojo siguiendo la clasificación de Keith-Wagener.

Resultados:

Según la clasificación de Keith-Wagener Presentan fondo de ojo normal un 64,2 %, en varones el 62,2 % y en mujeres el 65,9%. Retinopatía grado I: un 23 %, en varones el 24,3 % y en mujeres el 22 %. Retinopatía grado II: un 12,8 %, en varones el 13,5 % y en mujeres el 12,1 %. No hemos encontrado ningún paciente que presente retinopatía en grados III y IV según está clasificación.

Presentan patología en el fondo de ojo de otro tipo el 30,8 % de los pacientes, un 21,6 % en los varones y un 39 % en las mujeres.

Conclusiones:

Más de 1/3 de los pacientes presenta afectación retiniana debido a la hipertensión arterial y casi 1/3 presenta otro tipo de afectación en el fondo de ojo. La realización en Atención Primaria es útil y factible.

Situación social del anciano en la Zona Básica de Salud de Vitigudino (Salamanca)

Garzón Maillo I.; Casero Izquierdo M. A.; Herrero Martín A.; Yuste Flores M.; Sánchez Regalado A.; Benito Hernández F.

Introducción:

Mediante el presente trabajo se ha querido conocer la realidad social de los mayores de 75 años que viven en la Zona Básica de Salud de Vitigudino (Salamanca) así como la búsqueda de soluciones a los distintos casos o problemas que se detectan con los recursos disponibles.

Material y métodos:

Para el logro de los objetivos se ha planificado el trabajo entre los distintos profesionales de enfermería que están en dicha Zona Básica y que componen el equipo. Para la detección de los problemas se ha procedido a pasar una serie de cuestionarios validados (BARBER) entre los distintos mayores de 75 años (1760 ancianos) para saber si se trata de un anciano de riesgo o no procediendo de la siguiente forma según los casos:

Anciano:

-Riesgo

a) Con ayuda a domicilio

a.1)si

a.1.1)publica

a.1.2)privada

a.2)no

b) Sin ayuda a domicilio

c)Teleasistencia (cruz roja)

d)Residencia

-No riesgo

Conclusiones:

A partir del trabajo descrito se puede concluir que hay una gran carga de trabajo tanto para el profesional de enfermería como los trabajadores sociales debido a que se trata de pacientes que requieren una atención continua y a domicilio y se dispone de pocos recursos.

Utilización de herramientas informáticas para la mejora de accesibilidad y gestión de una consulta virtual para adolescentes

Nogales Carpintero J. I.; Medina Hernández M. C.; Martín A. J.; Casado Huerga J.; López del Val M. A.; Velasco Mateos M. A.

Introducción:

Objetivos: Concientes de las dificultades de accesibilidad de los adolescentes hacia los centros de salud, tanto como de la escasez de recursos de gestión horaria de los profesionales sanitarios, así como de infraestructura física de consultas, surge la idea de la utilización de las nuevas tecnológicas en el desarrollo de una herramienta informática atractiva para los jóvenes y que permita gestionar las demandas de este sector poblacional sin limitación horaria ni física, informándoles sobre distintas parcelas de su interés en salud a través de los artículos colgados en la página web y/o encauzando las consultas y actuaciones precisas, si fuese necesaria la intervención clínica.

A través de esta 1ª evaluación de actividad se intentan acotar los problemas de salud que interesan a los jóvenes y adolescentes a través de las consultas efectuadas a la página Pasalabola.com y las visitas realizadas a la misma, valorando asimismo la aceptación de la página en dicha población.

Material y métodos:

Población diana: 2000 adolescentes de la zona. (más valoración por visitas desde internet).

Periodo de análisis desde Octubre de 2005 a Marzo de 2006.

Estudio transversal descriptivo de las consultas recibidas y contestadas a través de la página web y de las visitas realizadas a la misma.

Evaluación de la encuesta de aceptación de la página.

Análisis del módulo estadístico de la web.

Resultados:

El número total de consultas validas efectuadas ha sido de 489, de las que el 32,5 % ha sido realizadas por varones y el 63,8 % por mujeres, con una edad media de 14 años.

En la distribución sobre áreas de interés destacan: 218 consultas sobre sexualidad, 53 de hábitos tóxicos, 44 de problemas de relación social y familiar, 36 de conducta alimentaria, 27 de piercing y tatuajes y 25 trataron sobre cambios fisiológicos en la adolescencia.

Las visitas por secciones más frecuentadas han sido:

- Actividades de ocio joven: 488
- Formulario de contacto: 398
- Uso de preservativo: 378
- Anticoncepción de emergencia: 343
- Tabaquismo: 339

La encuesta de aceptación de la página ha revelado los siguientes resultados:

- Utilidad: practica 57,6 %, valida 17,6%, mejorable 16,7%, y no es útil 11,1%
- Diseño: muy buena 32,1 %, buena 32,1 %, normal 19,6% y mala 16,1%
- Contenidos: interesantes 51,8 %, mejorables 30,9%, no aportan nada 10% y obsoletos 7,3 %

Del análisis del módulo estadístico se desprenden dos datos fundamentales:

El horario de utilización de la consulta por los adolescentes en los meses iniciales se ajusta a las tutorías de los centros escolares, coincidiendo con el horario de marketing y de aprendizaje, y posteriormente se desliza hacia horarios de tarde y nocturno en los últimos meses, con consultas desde "ciber" y domicilios: Aceptación y fidelización al sistema

A medida que las visitas de los artículos expuestos aumentan, las consultas referidas a los mismos temas disminuyen de forma paralela: Pertenencia de los artículos a las parcelas de interés juvenil y entendimiento adecuado de los mismos.

Conclusiones:

A la vista de la 1ª evaluación la herramienta informática se ha demostrado capaz en la captación del interés juvenil y ha facilitado la coordinación socio sanitaria con sus componentes en la zona: departamentos de orientación de los IES, CEAS, Diputación y Ayuntamiento, siendo estos dos últimos los que han colaborado dando soporte económico al proyecto a través de la comisión de prevención en drogodependencias.

A este respecto es importante destacar el bajo coste económico de la aplicación, financiada con los medios ya descritos sumados a financiación propia consecutiva a la entrega de un premio de actividades comu-

nitarias del Pacap (actividades de atención comunitaria en atención Primaria), si bien es cierto que esta rentabilidad esta condicionada a un alto coste personal inicial de los administradores del proyecto en horario y dedicación. De esta forma, de perder el carácter experimental el proyecto, y una vez afianzado el uso de la pagina web y regularizada su utilización seria necesaria la inclusión

de parcelación horaria como actividad paralela a las del EAP y dotación de los recursos y presupuesto oportunos.

Los resultados obtenidos demuestran la validez de la página en su triple vertiente: informativa, consultiva y de orientación.

Es preciso más tiempo de funcionamiento con la dinámica actual para valorar la plena utilidad de esta herramienta.

Adecuación organizativa del Consorci Sanitari del Maresme (CSdM) para una gestión clínica integral e integrada. Gestión por líneas de productos

Verdaguer Munujos A.; Reth Fuster P.; Esteve Ortega M.; Zaldivar Sancho C.; García Mantas A.; Soley Bach P.

Introducción:

La continuidad asistencial en un determinado territorio requiere una coordinación de los distintos niveles asistenciales. La coordinación e integración vertical y horizontal entre los distintos niveles asistenciales y proveedores del territorio debe garantizar que el proceso de atención al ciudadano se realice sin discontinuidades. Para favorecer la gestión integrada de los recursos asistenciales en el marco de la financiación capitativa se deben alcanzar alianzas de colaboración asistencial con el conjunto de proveedores locales y otros de referencia (Hospitales de alta tecnología) y desarrollar herramientas de coordinación como son la asignación de la cartera de servicios para cada nivel, los protocolos de derivación, las guías de práctica clínica y una política farmacéutica que favorezca dicha continuidad asistencial. Para todo ello es necesaria la incorporación de tecnologías para el uso compartido de la información.

Material métodos:

Paralelamente a la gestión clínica tradicional organizada por niveles de atención y servicios, el CSdM establece un nuevo modelo de atención que integra profesionales de diversas especialidades y niveles asistenciales para la gestión de determinados problemas de salud que requieren una intervención multidisciplinar. La gestión de líneas de producto relacionadas se agrupa en ámbitos de actuación integrados.

La gestión por líneas de producto se establece mediante un Plan de Atención Integrado cuyos objetivos son:

- Atender los problemas de salud al nivel más efectivo y eficiente posible, dentro de cada plan de actuación integrado.
- Establecer los criterios y circuitos de derivación entre los niveles asistenciales, facilitando la accesibilidad.
- Garantizar la continuidad asistencial.
- Disminuir la variabilidad y dispersión a través de las guías de práctica clínica (GPC) con sus trayectorias clínicas (TC) correspondientes, haciendo especial énfasis en el uso racional y coordinado de los medicamentos.
- Seguir indicadores y sistemas de evaluación clínica y de gestión.
- Adecuar la formación continuada al ámbito de actuación.
- Potenciar y facilitar la investigación en cada ámbito.

Conclusiones:

La continuidad asistencial debe ser la base de la atención ciudadana dentro de una integración horizontal de los distintos servicios hospitalarios, así como en la integración vertical entre los diferentes proveedores, garantizando una atención ínter-nivel entre los diferentes proveedores. La gestión clínica por ámbitos, con la implementación de líneas de producto y con la elaboración de sus GPC y TC correspondientes va encaminada a disminuir la variabilidad clínica, criterios y pruebas diagnósticas así como terapéutica, mejorando la efectividad y la eficiencia de la atención sanitaria.

La financiación capitativa dentro del territorio de influencia del CSdM permite desarrollar estrategias específicas de prevención basadas en el propio territorio y área de influencia.

Coordinación de niveles asistenciales a través de un proyecto de investigación: ejercicio físico supervisado para pacientes coronarios. Estudio piloto

García Ortiz L.; Diego Domínguez M.; Castaño Sánchez Y.; Ramírez Castro V. H.; Iglesias Valiente J. A.; Gómez Marcos M. A.; García García A.; Parra Sánchez J.; Santos Rodríguez I.; Iglesias Clemente J. M.

Introducción:

Objetivo: Evaluar la efectividad de un programa de ejercicio físico supervisado en atención primaria, para aumentar la capacidad funcional cardio-respiratoria, mejorar el control de los factores de riesgo e incrementar la calidad de vida relacionada con la salud de pacientes con cardiopatía isquémica de bajo riesgo.

Material y métodos:

Diseño: Ensayo clínico pragmático, controlado y aleatorizado en dos grupos paralelos.

Ámbito: Es un proyecto coordinado con otros 14 centros de salud pertenecientes a la Red de Investigación de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (redIAPP). En el nodo local intervienen coordinadamente el servicio de admisión del hospital que facilita la información de nuevos ingresos con patología coronaria, el centro de salud que selecciona los candidatos a inclusión y ejecuta el proyecto y el servicio de cardiología que realiza las pruebas de esfuerzo para evaluar su inclusión definitiva y efecto de la intervención.

Sujetos del estudio: Se captará una muestra total de 264 participantes. En el estudio piloto se han captado 49 pacientes en total, cinco de ellos en nuestra unidad.

Intervención: Ambos grupos han recibido elementos comunes de prevención secundaria. Además, el grupo de control ha recibido un consejo estandarizado para caminar, mientras que el grupo de ejercicio físico supervisado ha realizado un programa de ejercicio supervisado en el centro de salud durante 24 semanas.

Mediciones: La medida principal de resultado es el incremento en la capacidad de consumo de oxígeno medido en prueba de esfuerzo, entre la medición basal y la realizada tras las 24 semanas de ejercicio supervisado. También se valoran los actores de riesgo cardiovasculares y la calidad de vida medida con el SF-36 y el cuestionario de Velasco-Del Barrio.

Resultados:

El proceso de captación en el pilotaje ha sido adecuado, identificándose 173 sujetos susceptibles de ser incluidos (18 en el nodo local), finalmente se han incluido en el programa 49 pacientes (5 en el nodo local), asignado 23 al grupo de intervención y el resto al control. De los 18 captados en nuestra unidad 11 (61%) fueron varones, la edad media fue de 59 años. Se excluyeron 13 y las causas fueron afectación de tres vasos (2), no síndrome coronario agudo (4), METS < 7 (2), patología cardíaca concomitante (3), otra patología (1) y no aceptó participar (1). De los cinco incluidos 2 fueron asignados a grupo de intervención y 3 a grupo control. Los dos pacientes del grupo control realizaron el programa completo de ejercicio con sus correspondientes revisiones y los del grupo control recibieron los consejos e hicieron las revisiones previstas. La media de METS en la prueba basal fue 9.56 (DE 2.4) y al finalizar el programa :10.41(2.4) sin alcanzar diferencia estadística por el número reducido de pacientes de la prueba piloto. La PA media basal fue de 123/71 y final 121/74 mmHg.

Conclusiones:

En esta fase piloto se ha probado la factibilidad del desarrollo del ejercicio supervisado de pacientes coronarios de bajo riesgo en el ámbito de la atención primaria.

Con el estudio completo se pretende probar la efectividad, eficiencia, seguridad, simplicidad, bajo coste, aceptabilidad y cumplimiento de este programa. De esta forma serían muchos los ciudadanos que, a pesar de vivir alejados o sufrir otras barreras de disponibilidad y accesibilidad a los servicios especializados de rehabilitación cardíaca, podrían beneficiarse de esta intervención desde Atención Primaria.

Descentralización del tratamiento anticoagulante en un Área de Salud*

*Barez García A.; **Alda Martín C.; *Recio Rueda I.; *Rodríguez Domínguez M. J.; *Cabezudo Moreno M.
*Servicio de hematología y hemoterapia C. M. Ávila
**Gerencia de Atención Primaria. Área de Salud de Ávila

Introducción:

Diversos estudios clínicos han demostrado la efectividad del tratamiento anticoagulante oral (T.A.O.) en la profilaxis primaria y secundaria de la tromboembolia venosa, y en la prevención del embolismo sistémico en pacientes con prótesis valvulares, con fibrilación auricular y con infarto agudo de miocardio. Una correcta intensidad en la anticoagulación y el mantenimiento del paciente dentro del rango terapéutico establecido constituyen los dos principales factores que determinan la efectividad y seguridad de los fármacos antivitaminas K.

En los últimos años estamos asistiendo a un aumento muy importante de la población en tratamiento anticoagulante oral, se estima que el 1% de la población general de los países occidentales toma anticoagulantes orales y su utilización se incrementa anualmente en un 20%. En la base de datos del programa de gestión del tratamiento anticoagulante del Complejo Hospitalario de Ávila hay aproximadamente 7000 pacientes. La evolución del número de pacientes y visitas en los últimos años ha sido:

Los pacientes en tratamiento anticoagulante se someten a un estricto seguimiento con visitas, al menos una vez al mes, de extracción de sangre y control, durante largos períodos de tiempo, incluso muchos de ellos a lo largo de toda su vida. A toda esta problemática se añade el que la mayoría de estos pacientes son personas de avanzada edad. En el área de salud de Ávila, a todo lo descrito anteriormente, se une la dispersión geográfica y las dificultades orográficas y climáticas de la provincia.

Material y métodos:

Para paliar en lo posible la problemática antes descrita, según hemos ido disponiendo de los avances tecnológicos suficientes se han ido dando los siguientes pasos en la descentralización del T.A.O.:

1. Inicialmente todos los pacientes acudían a 1ª hora al Hospital Nuestra Señora de Sonsoles para hacerse la extracción de sangre y a última hora de la mañana se les entregaba la dosificación.

2. En noviembre de 1997, se descentralizó la extracción de la muestra, de manera que ésta se realizaba en los Centros de Salud, la muestra era transportada al Servicio de Hematología, donde se analizaba, se realizaba la dosificación y se remitía ésta por fax a los distintos Centros de Salud.

3. En junio de 2000, para aumentar la rapidez y la confidencialidad en la emisión de los resultados, se comenzaron a remitir a los Centros de Salud a través de la red Intranet.

4. En junio de 2003, se comenzó un proceso de descentralización del análisis de la muestra. El proceso es el siguiente:

- I. El médico de Atención Primaria hace la encuesta previa a cada control al paciente anticoagulado según el modelo establecido.
- II. La enfermera de Atención Primaria realiza la toma de muestra capilar con el sistema Tenderlett®, analiza la muestra con un coagulómetro portátil (ProTime®) e introduce el resultado (INR) y las incidencias reseñadas por el médico en la encuesta en el sistema de gestión de tratamiento anticoagulante (HiTexp®).
- III. El hematólogo, por conexión "on line" desde el hospital, realiza la dosificación y hace impresión remota de la hoja informatizada al Centro de Salud. El programa de gestión del tratamiento anticoagulante dispone de una funcionalidad que permite realizar la impresión remota en función del Centro de Salud de procedencia del paciente, sin necesidad de que el hematólogo tenga que seleccionarlo.

Hasta la actualidad este último sistema se sigue en los siguientes Centros de Salud: Sotillo de la Adrada, Arenas de San Pedro, Arévalo, Madrigal, Barco de Ávila, Cebreros, Las Navas del Marqués, Piedrahíta, Candelada, Lanzahíta, Mombeltrán, Gredos, Burgo-hondo, Fontiveros y San Pedro del Arroyo. Tenemos previsto que a lo largo de éste año se incorporen el resto.

Conclusiones:

Se han cumplido 3 objetivos:

- Mayor comodidad para el paciente al cambiar la venopunción por la punción capilar, sin necesidad de desplazarse de su Centro de Salud.
- Mayor rapidez en todo el proceso, de varias horas ha pasado a varios minutos.
- Mantener una base de datos única para el Área de Salud de Ávila, con todo el historial de los pacientes anticoagulados, lo

cual es fundamental para un correcto seguimiento, tanto ingresados como ambulatorios.

De esta manera se ha aumentado la calidad de la asistencia prestada a los pacientes en tratamiento anticoagulante, a través de una estrecha colaboración entre Atención Primaria y Especializada, y facilitado por las posibilidades actualmente existentes de coagulómetros portátiles, redes de transmisión de información y sistemas informáticos.

AÑO	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
PACIENTES	1757	2180	2508	2975	3372	3916	5369
VISITAS	20046	23883	27902	32707	39337	45360	

*Publicado: *Gest. y Eval. Cost. Sanit.* 2006; 7::155-62

Garantía de la asistencia urgente ante una remodelación estructural integral del Servicio de Urgencias del Hospital Universitari La Fe

López Redondo P. M, y Tello Tomás V. J.

Introducción:

Claves de la planificación y la coordinación de todos los agentes implicados ante una reforma integral del área de urgencias en un hospital de referencia como el Hospital Universitari La Fe.

Material y métodos:

Exposición descriptiva y fotográfica de los aspectos claves del proceso en *Power Point*.

Conclusiones:

Es fundamental la participación de todos los agentes implicados, desde los políticos hasta los celadores. El proceso de planificación es fundamental, la asistencia debe estar asegurada al 100% de capacidad en todo momento.

Integración de las Unidades Medicalizadas de Emergencias de primer nivel asistencial en el transporte secundario

Ruiz Sanz M. Á.; Benito Arroyo I.; Pelaez Vega C.; Villa Minguez D.

Introducción:

Las Unidades Medicalizadas de Emergencias y el Centro Coordinador de urgencias fueron reconocidas como tal en el año 1999 por el Instituto Nacional de la Salud. Estas unidades fueron definidas para la asistencia y el transporte primario dentro del primer nivel asistencial. Organizativamente y jerárquicamente dependían de una Gerencia de Área de atención primaria. Con los objetivos de aumentar la cartera de servicios de estas unidades se han llevado a cabo varias iniciativas con mayor o menor éxito, de las cuales la que presentamos en esta comunicación es la de dedicar la Unidad Medicalizada a transporte de pacientes críticos entre hospitales.

Material y métodos:

En esta comunicación evaluamos todos los aspectos relacionados con el transporte secundario o interhospitalario en cuanto a la gestión de personal y recursos materiales utilizando el recurso Unidad Medicalizada de atención primaria.

Por otra parte enunciamos el protocolo de actuación y la actividad en el periodo del estudio.

Conclusiones:

La integración de las Unidades Medicalizadas de Emergencia en zonas rurales o urbanas pero de baja población se demuestra una opción útil, que no dificulta la actividad habitual de la unidad y que mejora ampliando la cartera de servicios, solucionando por otra parte el transporte de neonatos al hospital de referencia desde hospitales de área con menor cartera de servicios.

Integración Primaria y Especializada a través de los procesos

Baquedano García L.

Introducción:

La mejora de la Gestión y la Organización de los servicios sanitarios para aumentar su eficiencia y su eficacia, generando cada vez mayor valor de los servicios sanitarios tanto para los usuarios como para los profesionales es uno de los ejes básicos del Plan de Calidad de la Consejería de Salud de La Rioja.

La gestión por procesos, la integración de la atención primaria y especializada y la gestión clínica, permiten normalizar la actuación de los servicios sanitarios y adaptarse a los recursos disponibles garantizando la calidad de los servicios y un uso adecuado de los mismos.

Además la integración de la atención primaria y especializada debe ser uno de los pasos fundamentales a dar para orientar la organización verdaderamente al usuario evitando que este sufra las parcelas, o las discontinuidades, y/o repeticiones en los procesos que históricamente responden a necesidades particulares de los servicios o unidades o a tradiciones o maneras de hacer sin evaluación ni mejora continua.

Por otro lado, el diseño e implantación de procesos que integran a la atención especializada y a la primaria permite en muchos casos el descubrimiento de la labor realizada por cada profesional de cada área por parte de los otros profesionales fomentándose el diálogo y como resultado de este la unificación de criterios y la apuesta por la mejora y la introducción de la última evidencia científica en la atención a los pacientes.

Material y métodos:

1) Adecuación de estructuras en el Servicio Riojano de Salud con el nombramiento de directores de procesos, gerentes y directores de área y unidades de gestión clínica.

Decreto 7/2005, de 16 de febrero, por el que se establece la estructura orgánica y funciones de la Gerencia del Servicio Riojano de Salud.

2) Definición de la política de la organización logrando a su vez la implicación de los líderes de la misma:

a. Elaboración de la misión, visión, valores y mapa de procesos del SERIS.

El SERIS, es el organismo autónomo del sistema de salud de La Rioja principal provee-

dor de servicios sanitarios públicos de la Comunidad, su misión es elevar el nivel de salud de la población y de sus usuarios satisfaciendo sus necesidades sanitarias a través de la prestación de servicios para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados a las personas aplicando criterios de equidad, eficacia, eficiencia, accesibilidad y calidad.

Para conseguirlo asumimos:

- El ciudadano es el eje principal sobre el que orientamos la actuación considerando su satisfacción como nuestro objetivo básico.

- Los trabajadores son los artífices de esta tarea, orientando nuestra gestión a disponer de personas altamente competentes integradas y satisfechas.

- La innovación y la mejora continua son la herramienta clave para la optimización de nuestros servicios y nuestro funcionamiento.

- La coordinación y la integración de los diferentes unidades/centros/dispositivos del sistema es un requisito fundamental para la calidad y la efectividad de nuestros servicios.

- El impacto en nuestra comunidad se basa en la sostenibilidad social y medioambiental.

b. Elaboración de las misiones y visiones de las áreas de salud y de las direcciones de procesos.

c. Elaboración de mapas de procesos de área y de direcciones en reuniones de consenso de los respectivos directivos coordinadas y apoyadas por la Agencia de Calidad.

3) Reunión de priorización de procesos.

4) Campañas de información entre el personal.

5) Selección de supervisores, propietarios y miembros de los equipos de proceso. Para ello se buscó la mayor representatividad en función de las diversas profesiones y lugares donde desarrollan su actividad dentro del proceso del paciente.

6) Formación para la acción y elaboración de la documentación de los procesos por los grupos multidisciplinares incluyendo

las actividades en las diferentes áreas desarrolladas por el equipo de enfermería (planes de cuidados), médicos (guías clínicas), administrativos, celadores, técnicos... (procedimientos), representativos de las diferentes unidades o áreas implicadas. Que incluye documento de proceso y plan de implantación.

- 7) Período de revisión y reflexión a través de la distribución de toda la documentación entre los miembros de la comisión de dirección del SERIS.
- 8) Inclusión de las modificaciones propuestas.
- 9) Aprobación por Comisión de Dirección del Servicio Riojano de Salud.
- 10) Comunicación a los equipos de trabajo de la aprobación de los mismos.
- 11) Comienzo de las actividades de implantación.
- 12) Auditorias de implantación.

Resultados:

- Procesos aprobados por la Comisión de Dirección del Servicio Riojano de Salud:
 - N° de procesos total: 13
 - Procesos con Integración: 9 (acogida; recepción, información y direccionamiento; citación; elección de médico; solicitud de documentación clínica; gestión de reclamaciones, quejas, sugerencias y agradecimientos; preanalítico; psiquiatría menor; inventario bienes muebles)
 - Procesos exclusivos Atención Primaria: 2 (Gestión de la Demanda Asistencial; Tramitación de la Tarjeta Sanitaria)
 - Procesos exclusivos de Atención Especializada: 2 (Triaje en urgencias; derivación de pacientes a dispositivo sociosanitario)
 - Personas implicadas: 80
 - Porcentaje de participación:
 - Personal de Atención Primaria: 51%

- Personal de Atención especializada: 49%
- Médicos: 18.75%
- Personal enfermería: 20%
- Administrativos: 16%
- Técnicos: 15.25%
- Otros (30%): psicólogos, trabajadores sociales, celadores, abogados, economistas, periodistas, informáticos.

Procesos en fase de Elaboración:

- Insuficiencia cardiaca, detección precoz del cáncer de cérvix y todos los que componen el manual de procesos del Centro de Alta Resolución de Procesos Asistenciales (CARPA).
- Todos los procesos que se encuentran en esta fase integran Atención Primaria y Especializada.
 - Procesos en proyecto de Inicio de Elaboración Inmediato:
 - > N° de procesos total: 18
 - > Procesos con Integración: 18
 - > Procesos exclusivos Atención Primaria: 0
 - > Procesos exclusivos de Atención Especializada: 0
 - > Están pendientes de decidir los componentes de los equipos. Se siguen los mismos criterios de representatividad e integración para seleccionarlos.

Conclusiones:

- La gestión por procesos permite la integración de la atención primaria y especializada normalizando la actuación de los servicios sanitarios y adaptarse a los recursos disponibles garantizando la calidad de los servicios y un uso adecuado de los mismos.
- La gestión por procesos permite a través del diálogo y el consenso la participación de los diferentes profesionales y la incorporación de la evidencia científica y la mejora continua a la continuidad asistencial del paciente.

La gestión de casos en pacientes con enfermedades mentales graves y prolongadas

Martínez Rodríguez J. M.; Yepes Recio I.

Introducción:

Con relativa frecuencia se produce una pérdida de seguimiento de muchos pacientes con enfermedad mental grave y prolongada, produciéndose una ruptura en la continuidad de cuidados y con ello un incremento del mal uso de los servicios psiquiátricos y sobreutilización de los servicios de urgencias. Cuando se da esta situación, los pacientes con menos capacidades o menos dispuestos a pedir ayuda corren el riesgo de quedarse fuera del sistema de atención. Son en este tipo de situaciones recurrentes en las que se pone de manifiesto la importancia de un sistema familiar que propicie y apoye la adherencia y vinculación del paciente con el tratamiento clínico y con los profesionales de la red de asistencia psiquiátrica que le atienden.

La dispersión geográfica que presenta nuestra comunidad, agrava estas situaciones sobre todo en la población del ámbito rural, incidiendo en la aparición de dificultades para beneficiarse de los dispositivos rehabilitadores y de ingreso hospitalario que se ubican prácticamente en su totalidad en los núcleos urbanos.

En consecuencia, se plantea la necesidad de un soporte real que garantice la continuidad y persistencia de las intervenciones de rehabilitación y apoyo sociofamiliar durante todo el proceso asistencial, incrementando con ello la probabilidad de mantener a la persona en el entorno comunitario.

Material y métodos:

La Estrategia Regional de Salud mental y Asistencia Psiquiátrica en Castilla y León, aprobada por acuerdo 58/2003 de 24 de Abril, recoge entre sus objetivos la implantación de un modelo integrado que garantice la continuidad de cuidados para las personas con enfermedad mental. Con esta finalidad en el P.A.G 2005 se pretende implementar en cada Área un programa de atención a personas con E.M.G.P.

Con esta finalidad se puso en marcha un programa específico de atención vinculado al Plan Anual de Gestión 2005 que se implantó en las Áreas de Salud de la Comunidad. En la presente comunicación se realiza un estudio descriptivo de los contenidos del programa, de la población atendida, así como del proceso de implantación.

Conclusiones:

Con este programa se ha conseguido dar mayor respuesta a una serie de pacientes, en su mayoría psicóticos, que al no acudir regularmente a los servicios de Salud Mental dispuestos en las redes creadas no reciben los cuidados y tratamiento necesarios. También se han accedido a este programa a personas que padecen problemas psiquiátricos complejos como consecuencia de las cuales utilizan o están en riesgo grave y permanente de tener que utilizar simultánea o sucesivamente diferentes recursos de la red de atención de Salud Mental y otros relacionados con ella.

Proceso de integración de tarjeta sanitaria en una Gerencia de Área única. Primer paso a un sistema de información común entre niveles asistenciales

Muñoz Soto A.; Navarro Ortega E.; Castillo Gómez C.; Pirla Gómez E.; Olivares Morales J. M.; Martínez Gutiérrez J.

Introducción:

Dentro de una perspectiva de área única, la continuidad asistencial en los niveles de primaria y especializada asume un papel muy importante, convirtiéndose en principal objetivo. Es necesario proporcionar al usuario (paciente) una atención integral dirigida a mejorar su calidad de vida.

Dentro de los motivos que dificultan la relación entre primaria y especializada y por lo tanto obstaculizan la continuidad asistencial, hay algunos en los que los sistemas de información juegan un papel importante cara a su resolución.

Identificamos en el área V las siguientes oportunidades de mejora al pasar a una organización de área única:

1. Lista de espera en la derivación con el especialista.
2. Falta de comunicación entre profesionales.
3. Retraso en pruebas complementarias.
4. Repetición de exámenes complementarios.
5. Escasa información clínica sobre un mismo paciente.
6. Falta de seguimiento a pacientes hospitalizados.

Al mismo tiempo vemos las aportaciones que pueden hacer los sistemas de información para mejorar esta situación:

1. Lista de espera en la derivación de pacientes al especialista.
Citar a tiempo real desde primaria en las agendas de especializada. Esto lleva consigo un mejor aprovechamiento de huecos libres, al no citar por cupos, y la consiguiente disminución de la lista de espera.
2. Falta de comunicación entre profesionales de ambos niveles. Desarrollo de una intranet de área, que contenga información necesaria para todos los profesionales (protocolos, guías, informes clínicos, etc). Al mismo tiempo evite la centralización de la información.
3. Retraso y repetición de pruebas complementarias. Facilitar por medio de la intranet del área el acceso a los resultados de pruebas analíticas a todos los profesionales del área.
4. Escasa información clínica sobre un mismo paciente y falta de seguimiento de pacien-

tes hospitalizados. Dar acceso al sistema de información de pacientes hospitalarios a los profesionales de primaria.

Historial clínico del paciente.

Información a tiempo real del episodio de hospitalización de los pacientes del cupo.

Información del alta hospitalaria de los pacientes del cupo.

Información de recién nacidos para planificación de la visita domiciliaria por parte de la matrona.

Facilitar al personal de enfermería de primaria el informe de alta de enfermería de los pacientes hospitalizados, con el objeto de mejorar la continuidad de cuidados.

Una vez identificadas las oportunidades de mejora y las medidas a implementar para conseguir estas mejoras, comprobamos que como tarea inicial habría que conseguir identificar de forma única al paciente dentro de las aplicaciones informáticas del área (OMI-AP, HP-HIS, farmacia, anatomía patológica, etc). El paciente debe identificarse de la misma forma en las aplicaciones informáticas de ambos niveles asistenciales.

Es necesario la sincronización de la base de datos de tarjeta sanitaria con la base de datos de pacientes del hospital.

Material y métodos:

Material:

- Base de datos de pacientes hospitalarios.
- Base de datos de pacientes de atención primaria.
- Base de datos de tarjeta sanitaria.
- Reuniones periódicas con profesionales de ambos niveles asistenciales.

Método: El identificador único de un paciente es el NUMTIS (Número individual de tarjeta sanitaria). Dado que todos los pacientes dentro de la base de datos de primaria disponen de este campo cumplimentado, tenemos que conseguir que el 100 % de los registros de pacientes de la base de datos de especializada, dispongan de este dato. Posteriormente sincronizar la base de datos de tarjeta sanitaria con la base de datos de pacientes hospitalarios, de tal forma que al dar de alta una tarjeta sanitaria, automáticamente se

inserten los datos demográficos del paciente en la base de datos hospitalaria.

Situación de partida.

Centros de Salud.

Base de datos de tarjeta sanitaria

56.931 registros. Esta es la base de datos poblacional del área.

Identificador del paciente dentro de las aplicaciones informáticas de primaria NUMTIS.

Hospital.

Base de datos de pacientes hospitalarios.

88.205 pacientes definitivos.

24.537 pacientes provisionales.

Identificador del paciente dentro de las aplicaciones informáticas del hospital.

NHC (Número de historia clínica.)

El proceso hasta su conclusión lo descomponemos en dos partes, previo a la sincronización y posterior.

Previo a la sincronización:

1. Seleccionamos los campos de ambas base de datos que utilizaremos para enlazar los registros de pacientes. Seleccionamos el DNI + primer apellido como primer criterio y apellido1+apellido2+ fecha de nacimiento como segundo.
2. Cruzamos ambas bases de datos por los criterios anteriores. Tras cruzar ambas bases de datos nos encontramos con las siguientes situaciones:

a. Pacientes que se encuentran en tarjeta sanitaria y hay un único registro en especializada. Esta es la situación ideal y procedemos a actualizar en el registro de especializada el NUMTIS y el CIAS-PRO (código de identificación de asistencia sanitaria del profesional de primaria).

b. Pacientes de tarjeta sanitaria que se encuentran más de una vez en la base de datos de especializada. Se trata de pacientes con historias duplicadas o de gemelos. Depuramos esta situación sacando un listado de estos pacientes para que archivos compruebe si realmente se trata de pacientes duplicados y fusione las historias clínicas. En la repetición del proceso estos pacientes estarán dentro de la situación a, con lo que disminuirá el número de casos del apartado b.

En el caso de los gemelos puesto que están perfectamente identificados dentro del sistema de información, los sacaremos de l proceso y mediante listados procederemos a su actualización una vez sincronizada la base de datos.

c. Pacientes de tarjeta sanitaria. que no se encuentran en especializada. Actuamos insertando estos registros en la base de datos de pacientes del hospital, con lo que formarían un conjunto de pacientes con número de historia en el sistema de información, pero sin dossier físico creado en archivos de historias clínicas. Serían en ese momento usuarios del nivel asistencial de primaria y potencialmente de especializada, pero con sus datos demográficos introducidos en el sistema.

Repetimos este proceso tres veces con el fin de eliminar duplicados y mejorar el resultado del proceso. Obtenemos los siguientes resultados.

Fecha De cruce pac. Tarjeta Reg A Reg B Reg C

14-12-2004	56931	46647
1138	9146	
19-06-2005	58355	50249
713	7393	
27-12-2005	59946	51946
418	7582	

Posterior a la sincronización:

1. Puesto que al insertar los 7582 registros existe posibilidad de esta introduciendo duplicados, buscamos coincidencias de estos 7582 pacientes de tarjeta sanitaria con los pacientes de especializada. Obtenemos los siguientes resultados.

Criterio utilizado Reg coinciden:

NUMTIS 766

FNAC+NSS 1186

Sacamos listados de estos pacientes para que archivos compruebe si son efectivamente duplicados, en ese caso se fusionan las historias.

2. Informar al personal del área que realiza el alta de pacientes en el sistemas de información para que sea más riguroso con las búsquedas, ya que si el paciente es del área, hay un alto porcentaje de posibilidades de que sus datos demográficos se encuentren ya en la bases de datos del hospital. Para facilitar este proceso se instalan en estos puntos lectores de tarjeta.
3. Informar al personal del área que realiza el alta de pacientes en el sistema de información que desaparece el concepto de paciente provisional y se quita la posibilidad de poder dar el alta en el sistema de información de un paciente provisional.

4. Sacamos listados de gemelos para actualizar el número de tarjeta sanitaria y el código de identificación de asistencia sanitaria del profesional de primaria de forma manual.

Conclusiones:

Dentro de una organización de Gerencia de Área única, la sincronización de tarjeta sanitaria con la base de datos de pacientes del hospital, debe ser el primer paso para la construcción de un sistema de información común y compartido que tenga en cuenta las necesidades específicas de información clínica de cada uno de los niveles asistenciales, así como los derechos de privacidad de la información de los pacientes.

El proceso de integración que hemos llevado a cabo toma como punto de partida la base

de datos de tarjeta sanitaria, suponiendo que la vía de entrada de un paciente del área al sistema sanitario es siempre atención primaria. Esto no es siempre así, ya que a un recién nacido en el hospital, se le crea historia clínica en ese momento, y posteriormente se hará la solicitud de tarjeta sanitaria por parte de la familia.

El proceso de integración quedaría más completo en el momento en el que automáticamente al introducir los datos de un recién nacido en la base de datos del hospital, se generará la correspondiente solicitud de tarjeta, su posterior tramitación y envío al domicilio.

Una vez puesta en marcha la sincronización, parte de los componentes del grupo opinamos que como efecto colateral va contribuir a disminuir el número de historias duplicadas.

Protocolo diagnóstico de las anemias atención primaria - atención especializada. Resultados de su aplicación

Fernández Lago C.; Martínez Bugallo A.; Remón Higuera C.; Barbuzano Safont C.; Díez Vázquez M.

Introducción:

La patología anémica, en especial la de origen ferropénico y la secundaria a patologías crónicas, representa un porcentaje significativo de la consulta de atención primaria (AP). La falta de una buena planificación en las pruebas analíticas para la filiación de las mismas origina repetición de consultas y pruebas y derivaciones innecesarias a las consultas de Hematología, conduciendo a demoras en el diagnóstico, a incremento de las listas de espera en consulta y a generar altos grados de insatisfacción tanto para el paciente como para el médico.

La mayor parte de estos pacientes una vez confirmado el diagnóstico, son subsidiarios de tratamiento en AP y sólo un pequeño porcentaje tendría que ser derivado a la consulta de Hematología, pero para un funcionamiento eficaz, se hace imprescindible un ágil y correcto diagnóstico de su padecimiento.

Ante la lista de espera para consultas de hematología por estudio de anemias y convencidos de que este proceso podría gestionarse adecuadamente aprovechando los recursos disponibles, se inició una intervención con la colaboración de los distintos implicados de AP y Atención Especializada (AE).

Material y métodos:

Con la colaboración de los facultativos del laboratorio y de AP se elaboró en el año 2003 un protocolo analítico de estudio básico de anemia, que parte de una hematimetría y sigue un algoritmo de decisiones hasta realizar todas las determinaciones analíticas necesarias para la filiación de la misma. Se desarrolló el correspondiente perfil informático de generación de pruebas, mediante el sistema informático del laboratorio. Si la hematimetría es normal no se generan más determinaciones, (evitando así el uso inadecuado del perfil), y si es patológica va generando sucesivamente las determinaciones necesarias. Una vez finalizado el estudio es valorado e informado en por el facultativo responsable de la Unidad de Eritropatología, que incluye en el informe de

laboratorio una impresión diagnóstica y si es preciso unas recomendaciones de tratamiento y/o una cita para nuevo estudio o para la consulta de anemias del Servicio de Hematología.

El perfil se probó inicialmente con los facultativos de dos Centros de Salud y una vez ajustado el funcionamiento, se difundió entre todos los facultativos de AP y se incluyó como perfil analítico en el volante laboratorio para AP.

Durante al año 2003 se solicitaron 842 perfiles de anemia, 3.606 en el año 2004 y 12.115 en el año 2005.

Analizados los 12.115 perfiles del año 2005 el 74,1% fueron solicitados a mujeres y 25,98% a hombres. El 72,6% de los estudios no presentaban anemia en el momento del estudio y fue rechazada la continuación del estudio por el sistema informático. El 27,4% restante resultaron patológicos, siendo en un 85,2% de los casos anemias ferropénicas, en un 5% secundarias a otros padecimientos, en un 7,5% relacionadas con otras deficiencias nutricionales y edad avanzada. El 1,58% restante correspondían a diferentes padecimientos hematológicos y generaron 70 primeras consultas en Hematología.

Mediante la aplicación de este protocolo conseguimos:

1. Optimizar el proceso diagnóstico de la anemia minimizando las extracciones al paciente, las determinaciones analíticas y el tiempo para el diagnóstico.
2. Promover la continuidad asistencial
3. Disminuir la lista de espera y la demora para la consulta de anemias de hematología de 150 días a 20 días y detectar precozmente a los pacientes susceptibles de atención en la misma.
4. Evitar el uso inadecuado de los test diagnósticos, reducir el gasto y la utilización de recursos.

Conclusiones:

La protocolización de los estudios analíticos diagnósticos con el consenso de los profesionales implicados y el aprovechamiento de las herramientas informáticas permite mejorar la gestión del proceso. La coordinación

de todos los recursos centrados en el paciente como eje de la atención, aumenta la satisfacción de los usuarios y facilita las tareas de los profesionales.

Consideramos que el procedimiento presentado, demuestra el beneficio de la interrelación AP-AE promoviendo la continuidad asistencial, alentándonos a su mejora y a su aplicación a otros ámbitos de la patología anémica.

Implementación del proceso "gestión de sugerencias, quejas y reclamaciones" En un equipo de Atención Primaria, siguiendo el modelo de gestión de la calidad: gestión por procesos

Amaro Granado J.; Moreno Pérez C.; Castellano Alarcón J.; Rodríguez de Lucas A. M.

Introducción:

Tras una la Autoevaluación EFQM realizada entre marzo y diciembre de 2003, en el Área 1 de Atención Primaria de Madrid se evidenciaron, entre otras, las siguientes áreas de mejora:

- No existen en el área procesos definidos con metodología.
- No hay un mapa de procesos ni cultura arraigada de gestión de la calidad total y organización por procesos.

Con la incorporación en abril de 2004 de un nuevo Director-Gerente, surgió la idea de implantar la gestión por procesos como sistema de gestión de la Calidad Total en nuestra Área sanitaria.

Como consecuencia de lo anterior, se selecciona el proceso " Gestión de sugerencias, quejas y reclamaciones (S.Q.R.) del usuario", de un Equipo de Atención Primaria (EAP) para situarlo en control.

Material y métodos:

Estudio cuasiexperimental (antes-después).
El objetivo es conocer la mejora producida

en la Gestión de las sugerencias , quejas y reclamaciones gracias a puesta en control de este proceso.

En esta comunicación presentamos:

- a) Situación previa a situar en control el proceso "Gestionar S.Q.R." ("antes")

Conclusiones:

Presentar al conjunto de las VIII Jornadas el trabajo realizado que permiten culminar con éxito esta primera fase de implementación del proceso.

Aspectos que determinarán la implantación de dicho proceso como:

- a) Utilización Modelo EFQM (decisión estratégica de la organización).
- b) Realización mapa procesos de un Equipo de Atención Primaria.
- c) Priorización del proceso "S.Q.R" .
- d) Descripción del proceso: valor añadido a los grupos de interés, guías, controles, recurso, indicadores para medir efectividad y eficiencia.
- e) Evaluación del proceso: barreras, ayudas, puntos fuertes y áreas de mejora. Propuesta acciones de mejora.

La atención del paciente y familia en el hospital de día de psiquiatría

Mateos Pinilla N.

Introducción:

El Hospital de día de psiquiatría es una estructura asistencial de carácter intermedio. Exponemos que necesidades cubre, quien puede acudir, la procedencia y derivación de los pacientes, así como, los objetivos clínicos y de gestión. Entre estos últimos se encuentran el promover la participación de las familias en el proceso terapéutico y rentabilizar los recursos utilizando técnicas grupales, por ello se puso en funcionamiento hace tres años la escuela de familias, las cuales reciben un programa de psicoeducación.

También con el fin de dar continuidad a los cuidados además del informe clínico se realiza informe de enfermería al alta.

Material y métodos:

El programa psicoeducativo consta de dos módulos y un total de nueve sesiones. Describimos los objetivos, la metodología de trabajo y el contenido del programa. Realizamos un estudio retrospectivo descriptivo. Se relacionan los familiares que han recibido psicoeducación con los pacientes que han requerido posteriormente a la impartición del programa reingreso en la Unidad de

Agudos de Psiquiatría. Los datos se expresan en porcentajes.

El informe de enfermería al alta consta de: valoración, diagnósticos de enfermería, objetivos, intervenciones, resultados y recomendaciones.

Conclusiones:

Además de los beneficios que la psicoeducación tiene sobre el cumplimiento farmacológico, la identificación precoz de recaídas, el afrontamiento de las consecuencias psicosociales. También tiene como positivo el encuentro entre las familias, el poder intercambiar opiniones, experiencias, expresar dudas, inquietudes, miedos y el saber que no están solos ya que otros tienen su mismo problema. De esta interacción en uno de los grupos de familiares de bipolares surgió la iniciativa de reunirse y han creado la Asociación de Bipolares de Valladolid.

El informe de enfermería al alta facilita entre otras cosas:

- La continuidad de cuidados que recibe el paciente.
- La comunicación entre los profesionales y entre los distintos niveles asistenciales.

Resultados de la encuesta de satisfacción de los usuarios de un servicio de medicina interna

García Aparicio J.; Corral Gudino L.; Herrero Herrero J. I.; Jorge Sánchez R. J..

Introducción:

Las encuestas de satisfacción son un método descriptivo, comúnmente utilizado para la detección de problemas de calidad en los centros sanitarios. Con ellas se intenta medir y cuantificar diferentes aspectos y componentes de la calidad, permitiendo su evaluación y seguimiento en el tiempo.

Desde su constitución, en el 2004, en el Servicio de Medicina Interna del Hospital de los Montalvos (Salamanca), se aplica la encuesta SERVQHOS, como método de detección de problemas de calidad, dirigido a los usuarios hospitalizados del servicio.

Existen diferentes modelos de evaluación, cada uno con sus peculiaridades. El modelo SERVQUAL es un instrumento, en forma de cuestionario, elaborado por Zeithaml, Parasuraman y Berry, cuyo propósito es evaluar la calidad de servicio ofrecida por una organización a lo largo de cinco dimensiones: fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad, empatía y elementos tangibles. Está constituido por una escala de respuesta múltiple diseñada para comprender las expectativas de los clientes respecto a un servicio. Permite evaluar, pero también es un instrumento de mejora y de comparación con otras organizaciones (1). En concreto, mide lo que el cliente espera de la organización que presta el servicio en las cinco dimensiones citadas, contrastando esa medida con la estimación de lo que el cliente percibe de ese servicio en esas dimensiones. Se basa, por tanto, en el paradigma de de la Desconfirmación (la discrepancia entre lo que el cliente espera del servicio y lo que percibe del mismo) (2). Por otra parte, el modelo indica la línea a seguir para mejorar la calidad y orienta la puesta en marcha de acciones correctoras (3).

La encuesta, que se conoce como SERVQHOS, es una adaptación al mundo sanitario de la metodología SERVQUAL (4,5).

Material y métodos:

A todos los pacientes hospitalizados en servicio de medicina interna, se les entrega, en el momento del alta, una encuesta, de cumplimentación anónima y voluntaria, que tras rellenar ellos mismos o un acompañante en

su nombre, es depositada en un buzón situado en el vestíbulo de entrada/salida del hospital.

La encuesta se adapta al modelo SERVQHOS. Consta de dos bloques: El bloque fundamental de la misma incluye 19 aspectos clave de la atención, que el paciente valora en una escala que va del 1 (la calidad de la asistencia ha sido mucho peor de lo que esperaba) a 5 (mucho mejor). El segundo bloque aborda la opinión global del paciente con respecto a la calidad de la atención y se le pregunta, entre otras cuestiones si recomendarían el mismo centro a otra persona. En la última parte del cuestionario se pide al paciente sus datos (edad, sexo...) y se le ofrece un espacio libre para que aporte su opinión.

Analizamos en este estudio las 900 encuestas entregadas desde 28 de febrero de 2004 hasta el 28 de febrero de 2006, de ellas 6 estaban en blanco. Hasta esa fecha se atendieron 2292 pacientes en régimen de hospitalización (60,6 % varones y 39,4% mujeres. Edad media $79 \pm 10,3$ años) La participación fue, por tanto, del 39,0%. Los datos recogidos fueron introducidos en una base de datos informática, realizándose el análisis de los mismos mediante el paquete informático SPSS, versión 13.0. Las comparaciones de proporciones para variables categóricas, se han realizado mediante el test Chi-cuadrado, midiéndose el grado de asociación mediante el cálculo de coeficientes de contingencia. Para la comparación de medias de variables categóricas se ha empleado la ANOVA. La correlación entre variables cuantitativas, se ha estudiado mediante coeficiente de correlación de Pearson. Así mismo se ha realizado análisis de regresión lineal múltiple para la valoración global de la atención recibida durante la hospitalización.

Perfil de los encuestados: Las encuestas en su mayoría fueron rellenadas por el acompañante del paciente (75,4%). Son las mujeres las que con mayor frecuencia colaboran, a la hora de dar su opinión y cubrir la encuesta (59,2%). La edad media fue de $59,9 \pm 16,8$ años.

Análisis de cada uno de los 19 ítems: El 65,9% de los encuestados consideraron la tecnología de los equipos médicos mejor o mucho

mejor de lo esperado. Nueve de cada diez pacientes valora por encima de las expectativas la apariencia del personal. Las indicaciones para orientarse en el hospital y el estado de las habitaciones han sido consideradas según las expectativas o por encima de ellas en un porcentaje 92,0% y 97,4% respectivamente. La información proporcionada por los médicos se ha valorado, por el 86,7% como mejor de lo esperado. El interés del personal para solucionar los problemas fue superior a lo esperado para el 77,8% de los encuestados. La facilidad para llegar al hospital ha sido considerada peor de lo esperado hasta en un 34,1%. La puntualidad en las consultas médicas y la rapidez con la que se consigue lo que se necesita, han sido percibidos por los pacientes, como esperaban o por encima de lo esperado, en los porcentajes 98,6% y 97,2% respectivamente. Fueron percibidos según las expectativas o por encima de las mismas: la amabilidad en el trato (98,6%), la disposición del personal para ayudar (98,4%), la confianza que el personal transmite (89,2%), la preparación del personal, el trato personalizado (98,5%), la capacidad para comprender las necesidades del paciente (97,7%) y el interés del personal de enfermería por los pacientes (98,9%). La información facilitada por el equipo médico es considerada mucho mejor de lo esperado por más del 58,3% de los pacientes y sólo peor por el 0,8%.

Análisis del segundo bloque: En cuanto a la satisfacción global, el 99,0% se encuentra satisfecho o muy satisfecho tras su paso por el servicio de medicina interna. Nueve de cada diez pacientes recomendaría, sin dudar, el hospital de los Montalvos a otras personas.

Tras el análisis multivariante, las variables con mayor capacidad predictiva en relación con la satisfacción global fueron, en orden de importancia: 1) El trato personalizado que se da a los pacientes (R:0,547/R2:0,299/R2 ajust:0,298) 2) La tecnología de los equipos médicos para los diagnósticos y tratamientos (R:0,583/R2:0,340/R2 ajust:0,338) 3) El estado en que están las habitaciones del hospital (R:0,598/R2:0,358/R2 ajust:0,355) 4) El interés del personal por solucionar problemas de los pacientes (R:0,607/R2:0,369/R2 ajust:0,364) y 5) La información que los médicos proporcionan (R:0,612/R2:0,375/R2 ajust:0,369). (Durban Watson 1,922)

El 94,1% de los encuestados creen que han recibido suficiente información sobre lo que les pasaba. Un 4,3% opina que se le han practicado pruebas sin su permiso. El 92,0% piensa que ha estado ingresado el tiempo necesario. El 84,4% de los pacientes conocía el nom-

bre de su médico y sólo el 42,1% conocían el nombre de las enfermeras.

Si tenemos en cuenta la edad de los encuestados y el nivel de satisfacción, comprobamos que a medida que avanza la edad, también lo hace el nivel de satisfacción, siendo en edades por encima de los 60 años superior al 70% el estado de "muy satisfecho" ($p = 0.019$)

A la hora de analizar el grado de satisfacción, en función de que quien rellene la encuesta sea el propio paciente o su acompañante, obtenemos que un 77,3% de las encuestas rellenas por los pacientes muestran un "muy satisfecho" frente a un 55,4% de las rellenas por los acompañantes ($p = 0.000$)

Conclusiones:

A pesar de la reconocida importancia de la satisfacción del paciente (6,7) como medida del resultado de una atención prestada, la utilidad de las encuestas de satisfacción sigue siendo discutida (8,9). La utilización de esta técnica, adolece de importantes problemas metodológicos, entre los que destacan que las distribuciones de las puntuaciones exhiben una fuerte asimetría positiva (10), los frecuentes sesgos muestrales (11) o que existe poca continuidad en los instrumentos empleados y en su mayoría son aplicados ad hoc (12). Unido a estos problemas, se añade otro de índole conceptual. El significado para cada usuario del término "satisfacción", es muy dispar. Está mediado por la edad, la salud mental, el nivel socioeconómico o el nivel cultural (13). Es por eso que se han diseñado modelos que atiendan al nivel de expectativas de cada usuario, de la satisfacción general o la intención de recomendar el servicio o de volver usarlo, si fuera preciso (14). Otras limitaciones tienen que ver con el hecho de la tasa de respuesta, que quien contesta la encuesta habitualmente es quien está más satisfecho o más insatisfecho. Existen muy pocas publicaciones que hagan referencia a la encuesta de satisfacción de un solo servicio, es más habitual encontrar resultados de encuestas planteadas a todo un hospital y las llevadas a cabo en atención primaria (15).

Al analizar los datos obtenidos, en general nuestros pacientes valoran muy positivamente su paso por el servicio de medicina interna y están satisfechos en el 99,0 % de los casos. Los resultados encontrados en las publicaciones de otros hospitales en global, suelen encontrarse al mismo nivel. Sin embargo el porcentaje de "muy insatisfechos" en nuestra serie fue del 0,2%, cuando en los datos generales de los hospitales sue-

le oscilar entorno a un 3%. En nuestro estudio sí encontramos diferencias a la hora de la satisfacción según la edad de los encuestados (a más edad, mayor grado de satisfacción) y según quién rellene la encuesta (mayor satisfacción en las rellenadas por los pacientes, que en las rellenadas por los acompañantes), algo no frecuente en otros estudios (16).

Hay que señalar que los modelos predictivos resultantes, tras el análisis multivariante de nuestros datos, evidencian que las dimensiones de mayor entidad son, lógicamente, las vinculadas a la valoración de los profesionales (el trato personalizado que se da a los pacientes, la tecnología de los equipos médicos para los diagnósticos y tratamientos, el interés del personal por solucionar problemas de los pacientes y la información que los médicos proporcionan). La fuerte influencia de la información facilitada en la percepción de la satisfacción, no se ha encontrado en otros estudios.

En todos los análisis de encuestas de opinión suele existir algún resultado peculiar o llamativo con respecto al resto. En nuestro caso, probablemente sea que el 34,1% de los encuestados manifestaron que las dificultades para el acceso al hospital fueron más importantes de lo que esperaban (aunque después perciba la estructura del recinto de una forma más positiva).

Los cuestionarios de satisfacción son una herramienta más de gestión y evaluación y como tal deben interpretarse sus resultados. A pesar de ello y de las limitaciones apuntadas previamente, los resultados de la encuesta de satisfacción de los usuarios del servicio de Medicina interna del Hospital de los Montalvos, correspondientes a los dos primeros años de funcionamiento, pueden considerarse, en general, muy positivos.

Bibliografía:

1. Parasuraman, A.; Berry, L.L.; and Zeithaml, V.A. (1988) 'SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring customer perceptions of service quality' *Journal of retailing* 64 (1) Spring. 12-40.
2. Cook, C. and Thompson, B. (1999) 'Reliability and validity of SERVQUAL scores used to evaluate perceptions of library service quality' Manuscript submitted for publication.
3. Zeithaml, V.A.; Parasuraman, A.; and Berry, L.L. (1990). Delivering quality servi-

ce: Balancing customer perceptions and expectations. New York: Free Press.

4. Mira, J.J.; Aranaz, J.; Rodríguez-Marín, J.; Buil, J.A.; Castell, M.; y Vitaller, J. SERVQHOS: un cuestionario para evaluar la calidad percibida de la asistencia hospitalaria. *Medicina Preventiva*, 1998; 4(4): 12-18.
5. Mira JJ, Aranaz JM, Rodríguez-Marín J, Buil JA y Vitaller J. SERVQHOS y SERVQCON, dos cuestionarios para medir la calidad percibida en el medio hospitalario. *Evaluación de Tecnologías Sanitarias*, 2001; 2(1): 8-9.
6. Donabedian, A. Evaluating the quality of medical care. *Mill-bank Memorial Fund Quartely* 1966;44:166-206
7. Swan J. Deepening the understanding of hospital patient satisfaction: fulfilment and equity effects. *Journal of Health Care Marketing* 1985;5:7-18.
8. Pascoe G. Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. *Evaluation and program planning* 1983;6:185-210
9. Mira JJ, Vitaller J, Aranaz J, Herrero JF. La satisfacción del paciente. Aspectos teóricos y metodológicos. *Rev Psicol. Sal* 1992;4:89-116
10. Cleary, P.D.; Edgman-Levitan, S.; McMullen, W. y Delbanco, TM. 81992). The relationship between reported problems and patients summary evaluations of hospital care. *Quality Review Bulletin*, 8, 53-59.
11. French, K. (1981) Methodological considerations in hospital patient opinion surveys. *International Journal of nursing Studies*, 14, 7-32
12. Hall, J.A. y Dornam, M.C. (1988) Meta-analysis of satisfaction with medical care: description of research domain analysis of overall satisfaction levels. *Social Science and Medicine*, 27, 637-644
13. Williams, B (1994). Patients satisfaction: a valid concept?. *Social Science and Medicine*, 38, 509-516.
14. Babakus, E. y Mangold, W.G. (1992). Adapting The SERVQUAL scale to hospital service: an empirical investigation. *Health Services Research*, 26, 767-786.
15. Encuesta de satisfacción de los usuarios con los servicios de atención primaria 2000. Instituto nacional de la salud. 2001. n° Pub. INSALUD 1813
16. Mira JJ, Buil JA, Aranaz A, Vitaller J. ¿Qué opinan los pacientes de los hospitales públicos?. *Gac Sanit* 2000;14(4):291-293

Implantación de un sistema de identificación inequívoca de pacientes en los hospitales y complejos asistenciales de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León

Martín Hernández M. F.; De La Calle González A. M.; Muñoz García B.; Alonso Fernández B.; Alcalde Martín M.; Gorostiza Jiménez C.

Introducción:

En los últimos años, la calidad y la seguridad se han convertido en una preocupación creciente y una prioridad de los sistemas sanitarios. Sin embargo, y pese a todos los esfuerzos dirigidos a garantizar e incrementar la calidad de los servicios, la asistencia sanitaria es una actividad que ha experimentado una creciente complejidad implicando, además de importantes beneficios, un incremento del riesgo de que ocurran eventos adversos.

La seguridad clínica depende de múltiples factores como son la formación de los profesionales, la adecuación de recursos, las instalaciones, los equipos técnicos, la existencia de procedimientos diagnósticos y terapéuticos normalizados, la documentación, la comunicación y por supuesto el factor humano.

La identificación inadecuada de los pacientes es una causa importante de problemas y complicaciones asociada a errores en la asistencia (Alerta nº 1: Inadecuada identificación de pacientes". Alerta de Seguridad del Centro de Investigación para la Seguridad Clínica de los Pacientes (CISP).

Los problemas de identificación se asocian con frecuencia a las complicaciones producidas por errores en la administración de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, pruebas diagnósticas, transfusiones de sangre y hemoderivados, etc.

La *American Hospital Association* considera que hacer sólo la identificación verbal de los pacientes no ofrece garantías de que ésta sea correcta porque los pacientes pueden estar sedados, con pérdida de atención, indiferentes, confusos o simplemente incapaces de responder. Los pacientes pueden tener barreras de lenguaje, idiomáticas, problemas de audición o ser demasiado jóvenes, aspectos todos que pueden aumentar la probabilidad de errores y atentar contra la seguridad en la atención de los pacientes. Además, en ocasiones, coinciden pacientes en el mismo centro, en el mismo servicio, e incluso en el tiempo personas con los mismos nombres y apellidos.

Todo ello nos lleva a considerar la necesidad de implantar un sistema de identificación inequívoca de pacientes ingresados en el

hospital y de aquellos que de forma temporal permanecen en los servicios de urgencias, en el hospital de día... lo que permitirá que los profesionales puedan conocer la identidad de los enfermos en todo momento y asegurarse antes de iniciar cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico.

El objetivo final que la Gerencia Regional de Salud pretende alcanzar es evitar los errores y efectos adversos derivados de la inadecuada identificación de los pacientes, asegurando su correcta identificación mediante un brazalete que contenga los datos de forma accesible.

Material y métodos:

El ámbito de implantación del sistema de identificación inequívoca de pacientes es la totalidad de los hospitales y complejos asistenciales de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León.

La gestión del proyecto se ha desplegado en las siguientes fases:

- 1.FASE DE PLANIFICACIÓN
- 2.FASE DE EJECUCIÓN
- 3.FASE DE EVALUACIÓN

Fase de planificación:

1. Fase de iniciación o preparación del proyecto: Consistió en la recogida de información acerca de:
 - Pertinencia de implantar un sistema de identificación inequívoca de pacientes
 - Experiencia de otros Servicios de Salud.
 - Experiencia de algunos hospitales en los que ya se había implantado un sistema de identificación de pacientes
 - Sistemas de identificación de pacientes existentes y tipos de brazaletes
2. Planificación del proyecto
 - Definir el sistema de identificación;
 - Brazalete de un material resistente a la tensión y ruptura en seco o mojado y que permita la impresión de múltiples caracteres por un mecanismo indeleble.
 - Debe disponer de un cierre de seguridad con una resistencia calculada para evitar daños al paciente.
 - Los datos que se incluyan en el brazalete deben poder obtenerse del sistema

de información del hospital para que los brazaletes se impriman al mismo tiempo que el resto de la documentación generada en el Servicio de Admisión.

- Se definen 2 modelos: individual y materno filial.
- Determinar las áreas de implantación en el hospital
- Estimar los recursos materiales necesarios (impresoras y brazaletes). Se calculan en función del número de centros y de unidades de Admisión (general y urgencias) y de la actividad de cada uno de los hospitales (nº de ingresos, número de urgencias, actividad de CMA, nº de partos...)
- Cronograma de actividades.
- Comunicar el proyecto a la Dirección Gerencia de todos los hospitales y complejos asistenciales.
- Nombrar un responsable del proyecto en cada centro.

Fase de ejecución:

1. Adquisición de brazaletes identificativos de pacientes mediante concurso abierto.
 - Elaboración de los pliegos de prescripciones técnicas
 - Publicación de la licitación
 - Valoración técnica de las ofertas presentadas
 - Adjudicación del concurso
 - Recepción de impresoras y brazaletes
2. Fase de pilotaje
 - Valorar y seleccionar los centros para realizar el pilotaje
 - Diseñar un modelo de brazalete común a todos los centros
 - Configurar el sistema de identificación con el HP-HISS
 - Elaborar un modelo de protocolo de identificación de pacientes que cada centro desarrollará y adaptará a sus propias necesidades y en el que, al menos, constarán los siguientes apartados: objetivo, destinatarios, responsables y procedimiento.

Se incluirá la siguiente norma: "No deberán practicarse intervenciones quirúrgicas, pruebas diagnósticas ni suministrarse medicamentos o componentes sanguíneos a pacientes, sin comprobar previamente, la identificación a través de la pulsera o brazalete del paciente"

- Inicio del pilotaje en los hospitales seleccionados
- Finalización del pilotaje, informe de los responsables y evaluación de esta fase.

3. Fase de puesta en marcha

- Reunión con los responsables para determinar fecha de inicio y estrategia de implantación
- Puesta en marcha del sistema de identificación en todos los centros

4. Seguimiento de la implantación en todos los hospitales y complejos asistenciales

Fase de evaluación:

Resultados esperados:

- Que el 100% de los hospitales y complejos asistenciales de la Gerencia Regional de Salud tengan implantado un sistema de identificación inequívoca de pacientes y dispongan de protocolos de identificación inequívoca de pacientes.

Evaluación:

- Informe de los responsables del proyecto de todos los centros
- Evaluación de los protocolos de identificación de pacientes
- Evaluación del grado de implantación del brazalete identificativo en pacientes ingresados

Conclusiones:

1. La seguridad es un principio fundamental de la atención al paciente y un componente esencial de la calidad asistencial. Su mejora requiere una labor compleja que afecta a todo el sistema.
2. La Gerencia Regional de Salud considera la seguridad de los pacientes como un objetivo prioritario y la necesidad de abordar medidas de mejora que afecten a todos sus centros.
3. Actualmente no se han completado todas las fases del proyecto. La puesta en marcha del sistema de identificación de pacientes en todos los centros está prevista en breves fechas. No obstante, tenemos la certeza que disponer de este sistema y de protocolos de identificación en todos los centros contribuirá a la consecución de una mayor seguridad para los pacientes.

Plan de mejora en la seguridad de la información del paciente

Muñoz Soto A.; Aranda Lorca J.J.; Olivares Morales J. M.;
Vigueras Paredes P.; González-Moro Prats L. J.; Alcaraz Quiñero M.

Introducción:

El alto grado de informatización de los centros sanitarios hace que cada vez sea más la información del paciente guardada en soportes informáticos (CINTAS, PACK, HD, etc). Esto hace a su vez que la dependencia que la actividad clínica diaria tiene sobre el funcionamiento de los sistemas de información sea mayor.

Es necesario garantizar al profesional sanitario que la información se encuentre disponible cuando se necesite, y al mismo tiempo proporcionar al paciente la confidencialidad de la información tal y como dice la Ley Orgánica de Protección de Datos. (LOPD).

Hay que establecer mecanismos encaminados a mejorar la seguridad de los sistemas de información, garantizando la disponibilidad, confidencialidad autenticación e integridad de la información.

El trabajo realizado está enfocado como un ciclo de mejora apoyado en la metodología de análisis y gestión de riesgos de los sistemas de información (MAGERIT), desarrollada por el Consejo Superior de Informática perteneciente al Ministerio de Administraciones Públicas.

Material y métodos:

Ley Orgánica de Protección de Datos. 15/1999

Reglamento de Medidas de Seguridad. Real Decreto 994/1999 de 11 de Junio.

Metodología de Análisis y Gestión de Riesgos en los Sistemas de Información. MAGERIT.

Sistema Informático del Hospital Virgen del Castillo.

Método: Aplicando la metodología de análisis y gestión de riesgos en los sistemas de información (MAGERIT), identificamos activos del sistema de información, amenazas a estos activos, vulnerabilidades y medidas a adoptar encaminadas a la protección de los activos.

Dividimos el estado de seguridad de los sistemas de información en cuatro subestados:

- 1) Subestado a de autenticación.
- 2) Subestado c de confidencialidad.
- 3) Subestado i de integridad.
- 4) Subestado d de disponibilidad.

En cada uno de estos subestados decidimos actuar sobre el activo más vulnerable, con mayor amenaza para la organización y menor coste en la implantación de la medida de seguridad a adoptar que nos permita la mejora en la seguridad de un subestado. Posteriormente ponemos en marcha un plan de mejora que se detalla a continuación.

Subestado de autenticación: Dentro de este subestado seleccionamos el activo información y decidimos incidir sobre la identificación de los usuarios del sistema de información en el acceso a la información del paciente.

Tomamos como subcriterio de calidad la identidad de los usuarios del sistema de información.

Medimos los usuarios que acceden al sistema de información con login único, es decir, con identificación personal.

Se cumple este subcriterio de calidad en un 17%. (Medida tomada año 2003).

Medidas a adoptar encaminadas a mejorar el subestado de autenticación:

- 1) Se dejan de dar usuarios genéricos para el acceso a los sistemas de información.
- 2) Se establece un mecanismo por servicios para la sustitución de login genéricos por personales.

Actualmente el 97 % de los usuarios que acceden al sistema lo hacen con login único. Limitaciones en las aplicaciones informáticas así como la idiosincrasia de la organización (controles de enfermería), hacen que a fecha de hoy sea imposible llegar al 100%.

Subestado de confidencialidad: Dentro de este subestado seleccionamos el activo información y tomamos como medida de mejora de la seguridad en este subestado, la cumplimentación del documento de confidencialidad por parte de los usuarios que acceden al sistema de información del paciente.

Tomamos como subcriterio de calidad número de usuarios del sistema de información de pacientes que han firmado el documento de confidencialidad.

Este subcriterio de calidad se cumple en un 0%. (Año 2003)

Medida a adoptar encaminada a la mejora de este subcriterio de calidad:

- 1) Se establece como requisito imprescindible y previo al alta de un usuario en los sistemas de información de pacientes la cumplimentación del documento de confidencialidad.
- 2) Se pone en marcha un plan de formación e información en materia de confidencialidad y protección de datos. Dirigido a todo el personal y con el objetivo de que el profesional disponga de toda la información necesaria para firmar el documento de confidencialidad.

Actualmente el 100% de los usuarios que acceden al sistema con login único tiene firmado el documento de confidencialidad.

Subestado I de integridad:

Previene contra la modificación o destrucción de activos. La integridad está vinculada a la fiabilidad funcional del sistema de información. Puesto que las aplicaciones informáticas utilizadas son desarrolladas por empresas externas seleccionamos dentro de este subestado el activo copias de seguridad del sistema de información.

Tomamos como subcriterio de calidad el procedimiento de realización de copias de seguridad.

En el año 2003 se hacía una copia de seguridad diaria y se utilizaba una cinta para todos los sistemas.

Medidas adoptadas para mejorar este subcriterio de calidad:

- 1) Ampliar el número de cintas así como el número de copias. Utilizar una cinta por sistema así como una copia por servidor.
- 2) Guardar las cintas que contienen las copias de seguridad en una caja fuerte inífuga y en ubicación distinta a los servidores.

Actualmente esta medida está totalmente en funcionamiento.

Subestado de disponibilidad:

Dentro de este subestado seleccionamos el activo ordenador personal. Identificamos como principal causa que afecta a la disponibilidad de este activo la entrada de virus.

Tomamos como subcriterio de calidad el sistema de protección antivirus.

En el año 2003 el porcentaje de averías en los ordenadores personales motivado por la entrada de virus era de un 69 %.

En el año 2003 el porcentaje de ordenadores personales con sistema de detección de virus era de un 23 %.

El sistema de instalación del programa antivirus era local al propio ordenador.

Medidas adoptadas para mejorar este subcriterio de calidad:

- 1) Instalación de un sistema de protección de virus centralizado en un servidor informático. De tal forma que con el menor tiempo posible se instale en todos los ordenadores las actualizaciones del programa de detección de virus, así como las del fichero de firmas.

Actualmente se encuentra en funcionamiento el sistema centralizado de protección antivirus .

El porcentaje de ordenadores personales a los que llega este sistema centralizado es de un 93 %.

El porcentaje de ordenadores que dejan de estar disponibles y cuya causa es la entrada de virus o derivados es de un 6%.

Conclusiones:

Conseguir un sistema de información seguro es una tarea compleja en la que las medidas técnicas y organizativas han de ir de la mano. Paralelamente al avance de la informatización de los servicios en las instituciones sanitarias, debe ir la puesta en marcha de las medidas de seguridad encaminadas a garantizar la disponibilidad, confidencialidad e integridad de la información. No basta con informatizar los servicios, hay que garantizar el correcto funcionamiento para que el profesional vea la informatización como una verdadera ayuda y no como un problema.

La aplicación de la metodología MAGERIT puede ser una herramienta útil para dirigir los esfuerzos de la organización a mejoras eficientes en la seguridad de los sistemas de información.

Prevención de la legionelosis mediante la pasteurización en continuo en la producción de agua caliente sanitaria

Vidaña Cisneros J. L.

Introducción:

Se pretende dar a conocer un método de prevención y control de la legionelosis mediante el principio de pasteurización en continuo del agua para ACS (agua caliente sanitaria), así como exponer la experiencia de su implantación en el Hospital "Virgen del Castañar" en Béjar (perteneciente al Hospital Universitario de Salamanca).

Material y métodos:

Exposición esquematizada del principio de funcionamiento y de la implantación llevada a cabo.

Repaso de la Normativa a cumplir referente a la legionella en el ámbito hospitalario, y de los aspectos que cubriría el sistema instalado.

Seguimiento.

Conclusiones:

Después de medio año de funcionamiento del sistema, que representa una experiencia piloto en la Comunidad de Castilla y León en el campo hospitalario, se ha establecido un proceso de seguimiento en su funcionamiento, en el que se incorporan tratamientos de choque térmico de la red de ACS. Tratamientos que se desarrollan desde el equipo de pasteurización instalado.

Desarrollo de un modelo organizativo de enfermería en un hospital terciario - hospital universitario Vall d'Hebron de Barcelona

Costa Torres T.; Liñan Carrera L.; Roca Arumi M.; Pagés Sala M.; Hernández Hernández J.; Llinas Vidal M.; Agudo Jimeno M. C.; Aloy Punzano A.-J.; Pérez Company P.; Cortes Borra A.

Introducción:

Con el nuevo enfoque de la Dirección Gerencia del Hospital Universitario Vall d'Hebron (HUVH), se desarrolla un nuevo modelo de gestión en el entorno del modelo de calidad europea de excelencia de empresa (EFQM) como hilo conductor de todo el proceso desarrollando una línea de mejora en el que se sustenta el Plan estratégico a desarrollar en el 2005, estableciendo un modelo de participación que asegura la intervención de las diversas fases y profesionales introduciendo como metodología el cuadro de mandos integral, balanced scorecard (BSC).

Todo el proceso es liderado con el consenso y compromiso del Comité de Dirección, a todo ello la Dirección de Enfermería con este nuevo enfoque realiza una reorganización del Área de Enfermería adaptando y/o modificando el organigrama al nuevo modelo organizativo.

Objetivo:

Adaptación de las estructuras de enfermería al nuevo enfoque de gestión de un hospital terciario de Barcelona.

Material y métodos:

Para asegurar la sistemática y el rigor en la metodología se cuenta con colaboradores externos que dan soporte en las líneas establecidas en el modelo de calidad europea de excelencia de empresa (EFQM) aprovechando las oportunidades.

Conclusiones:

1. Implicación de los profesionales en el nuevo modelo de gestión del Hospital Universitario Vall d'Hebron (EFQM)
2. adaptación de la estructura de enfermería a las necesidades derivadas del despliegue organizativo.
3. integración de las diferentes áreas asistenciales en un modelo de gestión única para toda la organización de enfermería.

El hospital de día: una buena alternativa a la hospitalización

Escudero Pereira J.; Castro Villares M.; Rey Enrique M.; Rodríguez Parcero B.; Vázquez Castro P.

Introducción:

La necesidad de camas de agudos se está incrementando significativamente, influenciada de una manera muy importante por el progresivo aumento de la utilización de técnicas y procedimientos invasivos, así como por el incremento de las expectativas de los ciudadanos. En este marco general en los últimos años en todos los sistemas sanitarios se está haciendo una reflexión para aumentar la eficacia y eficiencia de los hospitales. La puesta en funcionamiento de alternativas a la hospitalización convencional como los hospitales de día (HD) van dirigidas a incrementar el número de actos médicos, mejorando la calidad y rapidez de la atención en un entorno de contención de costes. En esta línea en junio de 2005 el CHUJC ha puesto en funcionamiento un hospital de día polivalente.

Objetivos: Comparar el coste de los tratamientos de los pacientes que antes de la puesta en marcha del HD precisaban ingresar en el hospital con el coste de sus tratamientos en el HD. Estimar el ahorro que ello supone en términos económicos y de camas liberadas.

Material y métodos:

Se han cuantificado los tratamientos que se administran en el HD que antes eran ingresa-

dos extrapolándolos a un año de actividad. Se ha valorado esta actividad en euros según las tarifas establecidas por el SERGAS. Se ha valorado esta actividad en el supuesto de que estos pacientes hubieran tenido que ingresar en el hospital. De esta manera se ha cuantificado el ahorro económico que se produce. Se han calculado asimismo las estancias que se dejan de producir.

Resultados:

Según los cálculos realizados, en un periodo de un año se producirá un ahorro en términos económicos de 4.493.378.59 ? y en términos de estancias de 5.569 días, lo que implica liberar unas 16 camas/año.

Conclusiones:

El hospital de día médico polivalente, además permitir la puesta en marcha de programas ambulatorios de diferentes procedimientos que hasta el momento se realizaban en plantas de hospitalización, permite reducir el número de ingresos innecesarios y el reingreso de pacientes con ciertas patologías, incrementa el bienestar de los pacientes y supone un importante ahorro en términos económicos para el Hospital, por lo que se pretende ampliarlo a otras especialidades y patologías.

Equiparación de cargas asistenciales entre médicos de familia dentro de un modelo de calidad

Galindo Jimeno M.; Sánchez Herrero R.; Benito Alonso M. T.; Nieto González E.; Burón Morilla J. A.; Fernández Rodríguez M. E.

Introducción:

Existen dos cuestiones básicas en torno a los profesionales sanitarios que son de crucial trascendencia a la hora de considerar las necesidades en recursos humanos de cualquier actividad que queramos organizar o implantar:

- El control de las principales variables que inciden en la carga asistencial del profesional para intentar equiparar los tan diversos y variados puestos laborales, para procurar un reparto lo más equitativo posible del trabajo.
- La definición de uno o más parámetros cuantificables que nos permitan establecer los límites de la carga asistencial dentro de los cuales se puede llevar a cabo una atención de calidad.

Ambas cuestiones se encuadran dentro de un contexto de suma complejidad, ya que analiza modelos en los que intervienen muchas variables, algunas de ellas poco influenciadas, y por si fuera poco, cargado de un importante componente de subjetividad (como ejemplo: ¿cuál es el tiempo medio necesario por paciente en una consulta?), lo que ha supuesto que se considere tradicionalmente como inabordable.

No obstante, el diseño de una herramienta lo más objetiva posible, aunque es obvio que no se puede plantear pensando en ejercer un control total, permitiría un amplio abanico de utilidades prácticas que irían desde conocer las diferentes necesidades de sustitución de los profesionales, hasta, incluso, la remodelación de mapa sanitario en base a equiparación de cargas, pasando por planificación de nuevas acciones, cierre o apertura de cupos, etc.

Con este objetivo, hemos llevado a cabo algunos análisis y estudios, estando en marcha otros que pueden aportar más variables cuantificables, y hemos centrado nuestro esfuerzo, de manera inicial, en los médicos de familia de las consultas de AP, ya que un abordaje parcial es más realista de cara a reducir la complejidad del modelo, y que en el momento actual nos permiten disponer ya de una aproximación mediante una aplicación en excel que

nos calcula, con descargas periódicas mensuales, el porcentaje de carga asistencial que soporta cada profesional en referencia a un cálculo óptimo de calidad definido con 10 minutos por paciente. Del mismo modo, nos define el porcentaje de cambio que precisaría su actual cupo, para alcanzar la situación óptima, si dicho cupo mantuviera las mismas condiciones que el actual.

Por supuesto, los datos se presentan también por agrupaciones, de modo que nos aporta datos de cargas asistenciales soportadas por Zona Básica de Salud o por Área.

Esta aplicación, definida como referencia, y siempre sujeta a la interpretación por parte del gestor o del profesional de otras variables puntuales no explicitadas, permite por fin conocer la repercusión de trabajo que puede considerarse achacable a variables como la edad de los pacientes, el medio urbano o rural, los desplazamientos y el tamaño de la o las localidades atendidas.

Material y métodos:

En primer lugar se realizó un análisis de los datos de actividad asistencial de que se disponía con los diferentes mecanismos de registro establecidos, y se trató de identificar las variables estructurales que mayor repercusión podrían tener en cuanto a frecuentación de la población atendida. Se desestimaron aquellas variables dependientes de los propios profesionales por su difícil medición e importante carga subjetiva, y se establecieron las siguientes como más relevantes y fácilmente medibles:

- Número de pacientes asignados
- Distribución por edad de los pacientes.
- Medio urbano o rural.
- Tamaño de la localidad.
- Distancias y condiciones de las carreteras para acceder a los consultorios locales.

Para el cálculo de carga asistencial se consideró un tiempo medio de 10 minutos por paciente, estableciendo una hora al día para reuniones de equipo, formación y/o investigación, otra hora para atención de avisos domiciliarios y media hora para descanso del profesional. El tiempo de desplazamiento que

invierte el profesional se retrae directamente del tiempo de consulta. También se considera un tiempo mínimo en cada consultorio de 1 hora, tiempo que consideramos necesario, incluso si la demanda cursara con un tiempo inferior. Se realizaron los cálculos con referencias al período de un año completo para evitar variaciones estacionales, lo que tras descontar festivos establecía un número máximo de media de 27 pacientes/día.

Se analizaron para el cálculo de las distintas ponderaciones un total de 23 Centros de Salud durante el periodo de un año, seleccionados por un método informático aleatorio y abarcando un total de 474.200 usuarios (19,7 % de la población). La muestra se definió como representativa de la población al ajustarla por las variables de edad y sexo.

Para el cálculo de los tiempos de desplazamiento se contó con la colaboración de las distintas Gerencias de Atención Primaria, a cuyos datos se los sometió a la criba de varios filtros para buscar la homogeneidad entre las respectivas Gerencias.

Se diseñó una aplicación mediante programa Excel que admitiera descargas periódicas de datos obtenidos de Tarjeta Sanitaria Individual, y correspondiente tanto a profesionales como a consultorios locales y Centros de Salud, en relación a población asignada y a las características demográficas de la misma.

Admite, además, en cualquier momento, modificaciones tanto de las variables consideradas como de su respectiva ponderación.

Conclusiones:

Se ha desarrollado una herramienta que, por fin, nos permite comparar, en base a determinadas variables cuantificables, las cargas asistenciales que soportan los diferentes puestos laborales de los médicos de Atención Primaria. La utilidad de la misma ha sido chequeada por las respectivas Gerencias de AP, quienes han dispuesto de sus respectivos datos, y les ha permitido tomar decisiones, no sólo de planificación de recursos sino de situaciones cotidianas como sustituciones, adscripciones temporales, apertura o cierre de cupos, etc.

Por otra parte, se aproxima bastante, en la definición de las condiciones estructurales necesarias para cada profesional, que le permitan desarrollar su trabajo en base a los criterios de calidad actualmente considerados.

La aplicación, por otra parte, es dinámica no sólo en el sentido de permitir actualizaciones periódicas de sus bases de datos, sino que está abierta a modificación de ponderación de las variables en función de resultados de nuevos estudios, e incluso incorporación de otras nuevas, como podrían ser la repercusión ligada a cartera de servicios, nivel socio-económico, etc.

Por último, queremos ligar esta aplicación a un programa informático de optimización de recursos que nuestra comunidad mantiene, en colaboración con la Universidad, y que permite ya el cálculo automático de los desplazamientos, pudiendo presentarnos de forma gráfica diferentes modelos de optimización de cupos, para ayudarnos en nuestras decisiones.

Integración y coordinación de Unidades Medicalizadas de Emergencias rurales y centro de salud en la atención de las urgencias

Benito Arroyo I.; Ruiz Sanz M. A.; Villa Minguez D.; Pelaez Vega C.

Introducción:

El sistema de Emergencias de Extremadura está constituido en la actualidad por una red de Unidades Medicalizadas de emergencias en número de 8, distribuidas una por cada área de salud, apoyadas por 2 helicópteros sanitarios medicalizados. Además, se cuenta con una UME Rural en Herrera Del Duque que asistencialmente cubre una población muy inferior que el resto de las UMEs, pero dada las características de dispersión geográfica de esta población hicieron necesaria su implantación con el fin de mantener la equidad y la accesibilidad del ciudadano a los recursos.

Presentamos en esta comunicación la integración y coordinación de la UME rural con el equipo de atención primaria, en la atención urgente que demanda la población de esta zona de salud.

Material y métodos:

Los indicadores de actividad y de calidad de la asistencia urgente se obtienen de los siguientes datos:

- Actividad de la UME Rural movilizada por el CCU registrada por éste centro.
- Actividad del centro de salud coordinada por el CCU registrada por éste centro
- Llamadas de demanda directa al Centro de Salud, registradas en dicho centro
- Las actuaciones de la UME, movilizada por el CCU para la atención y transporte del paciente grave, será registrada en la historia clínico-asistencial de la UME

Actividad asistencial umer- herrera del duque en 2005

Nº Actuaciones/ Año 265

Nº Asistencias/ Año 254

Nº Pacientes Atendidos/ Año 256

Nº Pacientes Asistidos y trasladados por UMER 127

Nº Asistencias y Resoluciones "In Situ" por UME 71

Conclusiones:

La Unidad Medicalizada de Emergencia Rural (UMER) está formada por un conjunto de recursos humanos y materiales dedicados a la atención de la Emergencia y al transporte al centro de referencia en el ámbito extrahospitalario y en las localidades que no cuentan con el Hospital de área del que depende la Unidad. Estas UMES no cumplen los criterios de implantación teóricos debido a la dispersión poblacional existente en nuestra Comunidad Autónoma, dando cobertura a una población de 30.000 habitantes. Por ésta razón contemplan aspectos de personal y profesionales diferentes a los planteados para las UMES de ámbito de actuación de predomino urbano.

La UME rural tiene una actividad inferior al resto de las UMEs en lo referente a la atención de las emergencias, por este motivo se implican también con el equipo de atención primaria y lo apoyan en la asistencia de las demandas de Urgencias que se presentan en el Centro de Salud, siempre que no se les requiera para atender una emergencia en el ámbito extrahospitalario.

Optimización en el uso alternativo de los recursos complementarios de concertación externa

Murcia Alemán T.; Pellicer Orenes F.; Cerezo Corbalan J. M.; Aparicio García C. C.; Visedo López J. A.; Alcaraz Quiñonero M.

Introducción:

En el ámbito del Contrato de Gestión del HUVA, podemos utilizar los recursos sanitarios ajenos al sistema público, mediante la concertación, para la realización de intervenciones quirúrgicas, en caso de ser necesario para alcanzar los objetivos de demora planteados por la política sanitaria.

En este contexto, son por tanto, las intuiciones sanitarias, las responsables de la gestión adecuada de los fondos destinados a sufragar esta actividad. Para acometer esta opción han de cumplirse dos premisas:

- El hospital ha de optimizar la utilización de sus recursos en jornada ordinaria. Con un objetivo de rendimiento exigido, en torno, al 75%.
- Posibilidad de acometer programas especiales de autoconcertación, encaminados a asegurar el cumplimiento de las garantías de demora. Con un nivel exigido de rendimiento superior al 80%.

Superado el nivel de explotación de ambas instancias, quedaría por abordar la utilización complementaria de los recursos ajenos, es decir, la derivación de los pacientes a centros concertados.

La comunicación examina el impacto económico que ha tenido el cambio de estrategia en la derivación, pasando de la modalidad de facultativos propios en medios ajenos (motivo de salida 15) a facultativos ajenos en medios ajenos (motivo de salida 5). Esto supone una disminución en el gasto, por la menor cuantía de la tarifa, de forma que se produce un considerable ahorro para el sistema sanitario

Material y métodos:

El estudio descriptivo, ha utilizado para el cálculo, la información contenida en la Bd's del HP HIS, de las salidas de L.E. por ambos motivos. El análisis contempla una comparativa del 2005 /2004, respecto a la variable gasto. En el mismo, observamos la evolución y el cambio en la estrategia de intensificar las derivaciones por motivo de salida 15 (facultativos propios en medios ajenos).

La metodología de cálculo del gasto, supone la cuantificación del número de intervenciones por tipo de proceso, codificadas con CIE - 9MC. El análisis incluye los datos por servicios, que para algunas especialidades ha supuesto un cambio muy apreciable, por ejemplo, para Traumatología y Cirugía ortopédica y Cirugía General y Digestiva.

En el estudio quedan contempladas las intervenciones realizadas por el personal del CEP (Centro de especialidades), cuya actividad quirúrgica se ha realizado, en este último año, en su totalidad, en centros concertado.

Conclusiones:

En cuatro ámbitos:

- Paciente: el paciente está más satisfecho al realizar su tratamiento de principio a fin por el mismo facultativo.
- Profesionales: cumple con el objetivo de iniciar y finalizar el tratamiento al enfermo.
- Gestión de lista de espera: Con este sistema habilitado se consigue reducir la lista de espera al disponer de más días de quirófano.
- Gestión económica: el ahorro económico que se produce con el uso de este sistema en contraposición a la derivación.

Unidades de Rehabilitación para pacientes psiquiátricos

Martínez Rodríguez J. M.; Requejo Gutiérrez M.; Rasillo Rodríguez A.

Introducción:

Las Unidades de rehabilitación Psiquiátrica son unidades destinadas al tratamiento en régimen de larga estancia de pacientes psiquiátricos que padecen enfermedades mentales graves y prolongadas con la finalidad de mejorar su nivel de autonomía. Tienen una estancia máxima de un año. Junto con los Centros de Rehabilitación Psicosocial constituyen un circuito asistencial especializado orientado a proporcionar cuidados rehabilitadores y atender integralmente a las personas con enfermedad mental grave y prolongada.

Actualmente se encuentran funcionando en Castilla y León 8 unidades de Rehabilitación Psiquiátrica, que prestan servicio a 9 Áreas de Salud: Ávila, Burgos, León (común para el Área de Ponferrada), Salamanca, Segovia, Soria, Valladolid (común para las Áreas Este y Oeste) y Zamora.

La tasa de camas en unidades de rehabilitación psiquiátrica por 100.000 habitantes es del 9,52 / 100.000 habitantes. Si consideramos exclusivamente la población entre 18 y 65 años la tasa asciende a 14,76 / 100.000 habitantes.

Existe un grupo de pacientes que reingresan periódicamente en las Unidades de Rehabilitación, estos pacientes requieren estancias hospitalarias más prolongadas y ponen en riesgo de bloquear la rotación de pacientes en dichas unidades, planteando un problema de redefinición del circuito asistencial

Material y métodos:

En el presente estudio se realiza una estimación de las plazas de cuidados prolongados necesarias en la Comunidad para la atención de este grupo de pacientes. Para ello se ha determinado el número de reingresos de pacientes de ambos sexos, comprendidos entre los 18 y los 65 años, que a lo largo del año 2004 se ha producido en las Unidades de Rehabilitación de la Comunidad. Se ha utilizado para el estudio una muestra representativa obtenida a partir de las Áreas de León, Salamanca, Soria y Valladolid Oeste.

Conclusiones:

En el estudio realizado más de un tercio de los ingresos en unidades de rehabilitación son reingresos (34 % del total). Las tasas de reingresos por 100.000 habitantes encontrada en las Áreas citadas son las que se describen a continuación: Área de León: 4,8 / 100.000 habitantes; Área de Salamanca: 10,35 / 100.000 habitantes; Área de Soria: 2,35 / 100.000 habitantes; Área de Valladolid Oeste: 3,03 / 100.000 habitantes.

La tasa de reingresos para el conjunto de la muestra de pacientes entre 18 y 65 años que reingresan frecuentemente en las Unidades de Rehabilitación citadas se estima en 6/100.000 habitantes, lo que determina que sean necesarias unas 85 plazas para este tipo de cuidados.

Análisis de actividad y gestión clínica mediante el sistema de clasificación de pacientes AP-GRDs

Hernández Gutiérrez S.; Fernández De Larrea Baz N.; Bravo Fernández P.; Bravo Agüi P.; Cuesta Rodríguez M. I.; Del Amo Andrés R.; De Francisco Rodrigo M. L.; Iglesias Bermejo R. M.; José Francisco Martín Aviles; Ana Isabel

Introducción:

Los sistemas de información hospitalarios no deben limitarse a recoger datos sino elaborarlos de forma que se conviertan en información útil para distintos usos: investigación, evaluación, gestión, planificación, etc.

El objetivo del presente trabajo fue desarrollar un proceso para el establecimiento de objetivos asistenciales, en el Hospital Universitario "La Paz", basado en la obtención de información para la gestión clínica a través de los GRDs (Grupos Relacionados por el Diagnóstico) y de la utilización de indicadores de casuística y funcionamiento.

Material y métodos:

Se describe la actividad de cada servicio (médico o quirúrgico) durante el año 2004 a partir de una serie de indicadores obtenidos a través del CMBD de hospitalización. Los datos son analizados junto con cada servicio para detectar desviaciones respecto a estándares (temporales y hospitales similares) y

establecer una monitorización continua, recomendaciones o propuestas de mejora y toma de decisiones.

Se recogen para cada servicio los siguientes indicadores: nº de altas, peso, índice de complejidad, IEMA, GRDs más frecuentes, GRDs de mayor peso, GRDs "desviados" (aquellos donde se detecta más desviación en cuanto a estancia media entre el servicio y su comparación con el estándar), etc. Los GRDs "desviados" son analizados para determinar que diagnósticos y procedimientos concretos fueron incluidos en los mismos y detectar procesos clínicos que deben ser monitorizados y susceptibles de mejora.

Conclusiones:

La toma de decisiones en gestión clínica debe basarse en medidas objetivas. Los sistemas de clasificación de pacientes como el AP-GRDs y los indicadores basados en la casuística y el funcionamiento son una herramienta útil para los servicios asistenciales en cuanto a la detección de áreas de mejora.

Área sanitaria IX de Madrid. Experiencia en la creación de una "unidad de estudio de la enfermedad celiaca" coste-efectiva

Hernando de Larramendi Martínez C.; Cilleruelo Pascual M. L.; Martín Jiménez L.; Fernández Fernández S.; Jiménez Jiménez J.

Introducción:

Los recursos existentes no son ilimitados, es necesaria una utilización de los mismos de forma eficiente. La colaboración de los servicios centrales con los servicios clínicos en el estudio de una enfermedad hace que se obtengan mejores resultados coste-efectividad.

En el año 1994, comenzamos el estudio serológico de la enfermedad celiaca (EC), mediante la realización de anticuerpos antiendomiso (EMA), utilizando como sustrato esófago de mono verde. En el año 1997 Anatomía Patológica nos proporciona cortes de cordón umbilical de recién nacidos de nuestra área sanitaria (previa petición de consentimiento informado) utilizándose como sustrato para la realización de EMA. Se reducen los costes de prueba informada en un 85%, evitando la utilización de tejido de animales protegidos, éticamente poco correcto.

El abaratamiento del estudio permite ofertárselo a Atención Primaria (AP). Los pediatras de nuestra Área tienen un importante "estado de alerta" respecto a la EC, el bajo coste del estudio permite su fácil acceso, dirigiendo un mayor número de pacientes previamente seleccionados a los gastroenterólogos infantiles para completar su estudio. Esta característica convierte nuestra Área IX en una de las que mayor número de pacientes pediátricos ha diagnosticado de ec en la zona sur de Madrid.

Conjuntamente se implementa un protocolo de actuación para el despistaje y seguimiento de la EC basándose en que las nuevas formas de presentación de la enfermedad caracterizadas por síntomas menores, transitorios y extraintestinales son más frecuentes que las presentaciones clínicas clásicas, que solo representan un pequeño número de pacientes.

Material y métodos:

- Año 1999: BECA FIS: "Despistaje de la enfermedad celiaca en población escolar del área IX de Madrid mediante anticuerpos antiendomiso realizados sobre cordón umbilical".

Objetivo: Valorar la prevalencia de EC silente o subclínica que ha escapado al control

pediátrico que habitualmente han seguido los niños hasta esta edad.

- Año 2002/2003 :Beca Fundación Mapfre: "Estudio coste efectividad de la aplicación del diagnóstico genético en la valoración de la enfermedad celiaca".

Objetivo: Valorar la utilidad de la determinación del HLA-DQ2 en el despistaje de la EC en población de riesgo.

- Año 2003/2004: Beca Fundación Mapfre: "Utilización del estudio genético (DQ2 y DQ8) como primer paso en el despistaje de la enfermedad celiaca en población general infantil".

Objetivo: Seleccionar mediante estudio genético en sangre de cordón umbilical aquellos sujetos que serán susceptibles de desarrollar la enfermedad.

Resultados:

- Año 1999. Se estudian 3.378 niños (47.8% de la muestra total a elegir), de 10 a 12 años del área sanitaria IX. **prevalencia** de 1 por cada 220 niños de la población total.

- Año 2002/2003: Presentan HLA-DQ2 el 34.7% de los controles sanos, el 96% de la población de celíacos, el 66% de sus familiares de primer grado, en el 14% se confirmó la enfermedad y el 72,2% de los niños diabéticos resultando celíacos el 10,1% de esta población.

- Año 2003/2004: Se realiza HLA-DQ2 en 1200 sangres de cordón umbilical. De las muestras estudiadas hasta el momento el 29% son DQ2 positivas. (En proceso de realización).

Conclusiones:

- La falta de recursos lleva a rentabilizar al máximo aquellos de los que disponemos.
- Búsqueda y consecución de recursos externos.
- La detección temprana de EC supone un beneficio para el paciente y un ahorro económico evitando estudios innecesarios.
- La utilización de cordón umbilical como sustrato nos ha permitido abaratar costes y ofertar el estudio a una población mayor.

- **Colaboración interservicios.** Fundamental para obtener el máximo de resultados de aquellos medios con los que conta-

mos. Todo esto nos lleva a la formación de una: "unidad de estudio enfermedad celiaca"

Comparación de dos modelos asistenciales a través de la medición de la adecuación de estancias

González Natal M. N.; Tamames Gómez S.; Pérez Rubio A.; Luquero Alcalde F. J.; Cantón Álvarez M. B.; Santos Sanz S.; Gil González J. M.; De La Torre Pardo M. P.; Castrodeza Sanz J. J.

Introducción:

El Protocolo de Adecuación de Estancias es la herramienta que hemos utilizado para evaluar el modelo asistencial de los dos Servicios de Medicina Interna, A y B.

Material y métodos:

La muestra representa a los ingresos para el año 2004. La fuente de revisión ha sido la historia clínica. El equipo de revisión ha consensado previamente el trabajo de campo. Los datos recogidos hacen referencia a características sociodemográficas de los pacientes, días de estancia y criterios de inadecuación.

Conclusiones:

- La mayoría de los ingresados superan los 65 años de edad para ambos equipos.
- El ingreso más frecuente es a través de Urgencias.

- La estancia media es de 12 días para el Servicio A frente a 14 días para el Servicio B.
- El origen de la inadecuación se relaciona en más de la mitad de los casos con causas pertenecientes al epígrafe del AEP denominado "responsabilidad del médico o del hospital".
- Como causas específicas más importantes de inadecuación aparecen:
 - la realización de cualquier procedimiento diagnóstico o tratamiento necesario en el hospital pudiendo realizarse como paciente externo.
 - la espera de resultados de pruebas diagnósticas e interconsultas.
 - la permanencia del paciente en el centro cuando ya no recibe o requiere los servicios de un centro de agudos.
- La inadecuación se concentra en el tercer tercio del periodo de permanencia del paciente en el hospital.

Disminución de las necesidades transfusionales con la técnica de recuperación de sangre intraoperatoria.

Primera evaluación en el complejo asistencial de Segovia

Diez Lobo A. I.; Sanz Martín C.; Ortega Montes B.; Rodríguez González M.; García Miguel J.; Marcos Manzano J. P.; Ucar Corral E.

Introducción:

En nuestro hospital los procesos quirúrgicos que cursan con mayor riesgo de sangrado pertenecen a la cirugía ortopédica de revisión de prótesis de cadera y de rodilla. Cualquier maniobra que conlleve una reducción en la cantidad de sangre homóloga a transfundir constituye un importante avance sanitario.

Objetivo: evaluar la evolución postoperatoria de los pacientes a los que se les aplica la técnica de recuperación de sangre intraoperatoria. Valorar la disminución de las necesidades transfusionales comparando con el consumo medio de sangre del año anterior.

Material y métodos:

De acuerdo al protocolo de ahorro de sangre en cirugía ortopédica los pacientes de cirugía de revisión de prótesis se beneficiarían de la donación autóloga preoperatoria junto con la recuperación de sangre intraoperatoria y postoperatoria, además del tratamiento para optimizar la hemoglobina (Hb) preoperatoria con eritropoyetina recombinante en los pacientes con anemia basal. 29 pacientes consecutivos intervenidos de cirugía de revi-

sión de prótesis de rodilla y cadera (2004-julio de 2005) fueron tratados con recuperación de sangre intraoperatoria y postoperatoria como única parte del plan de ahorro de sangre. Se evaluó la eficacia de la recuperación de sangre intraoperatoria con la disminución de las necesidades transfusionales y se comparó con el grupo de pacientes intervenidos el año anterior sin aplicación de protocolo.

Conclusiones:

La recuperación de sangre es un método *muy* eficaz para reducir las necesidades transfusionales. Disminuye notablemente la exposición a la transfusión en cirugías con alto riesgo de sangrado en pacientes con Hb óptima (> 14 g/dl) desde el preoperatorio.

Es un método *muy* útil en las cirugías de mayor riesgo de sangrado, pero insuficiente, porque *aunque disminuye el consumo de sangre* no reduce el porcentaje de pacientes transfundidos a menos que se acompañe de donación autóloga preoperatoria. El cumplimiento completo del protocolo mejora la eficacia y para ello hay que intervenir también desde el preoperatorio.

Disminución de las necesidades transfusionales con recuperación de sangre postoperatoria en la cirugía de prótesis de rodilla como parte del programa de alternativas a la transfusión en el complejo asistencial de Segovia

Diez Lobo A. I.; Uñón García M. J.; Pastrana Manzanares A.; Sacristán Martín C.; Fuentetaja Arranz E.; Rodríguez González M.; Ucar Corral E.

Introducción:

La patología osteoarticular en nuestra población es causa de indicación quirúrgica frecuente. En nuestro hospital es esta patología la que consume el mayor número de nuestros hemoderivados. Los programas de ahorro de sangre dirigidos a esta población de pacientes pueden resultar eficaces si se realizan orientados por un protocolo. La cirugía de prótesis de rodilla es una cirugía que cursa con una hemorragia perioperatoria media > a 1.500 ml de sangre.

Objetivo: valorar la disminución de las necesidades transfusionales comparando con el consumo medio de sangre del año anterior.

Material y métodos:

Hemos diseñado un protocolo de ahorro de sangre para el postoperatorio de la ciru-

gía de prótesis primaria de rodilla, que consiste en la optimización de la cifra de hemoglobina preoperatoria, por un lado en los pacientes anémicos y por otro en la aplicación de la recuperación de sangre postoperatoria. Evaluamos una muestra de los primeros 30 pacientes consecutivos, a los que se les aplicó la recuperación de sangre postoperatoria. Valoramos la eficacia con la repercusión en las necesidades transfusionales y la seguridad con la evolución postoperatoria del paciente.

Conclusiones:

La recuperación de sangre postoperatoria resulta eficaz y segura en el postoperatorio de prótesis de rodilla, y lo sería más aún si desde el preoperatorio se hubiera tratado la anemia.

En busca de la eficiencia: los contratos de gestión

Jiménez Molina J. L.; Aparicio García C.; Puerta Jiménez J.; Illana Rodríguez N.; Calatrava Gregorio R. M.; Murcia Alemán T.

Introducción:

Uno de los grandes retos de los equipos directivos es la implicación de los profesionales en el día a día de las instituciones sanitarias, haciendo como suyos los objetivos del centro. La introducción y posterior desarrollo de los contratos de gestión busca esta unión entre gestores y personal asistencial en la consecución de objetivos comunes.

En el Hospital Virgen de la Arrixaca hemos dado un paso más allá, introduciendo contratos de gestión con objetivos económicos para cada Servicio/Unidad.

Las cantidades pactadas provienen de la contabilidad analítica y representan el gasto real que han tenido los distintos Servicios/Unidades para cada uno de los GRDs.

En el presente trabajo presentamos la evaluación de los mismos, que se realizó en periodos trimestral y anual.

Material y métodos:

Los objetivos económicos que se establecieron fueron distintos para cada una de las unidades, en base al gasto real del año anterior y la previsión para el ejercicio 2005.

En los documentos del Contrato de Gestión se introdujeron objetivos asistenciales diferenciados por GRDs y objetivos económicos, también diferenciados por GRD.

El cierre económico se obtiene mediante el programa informático GESCOT.

Resultados:

A partir de los datos de cierre del ejercicio 2005 disponemos del número de altas por servicio/Unidad y GRD. Así mismo, conocemos el gasto real ocasionado por cada uno de los GRDs.

Con estos datos podemos calcular el balance económico de cada unidad y su desviación con respecto al pacto de objetivos firmado entre el responsable clínico y la Dirección.

Como muestra, se presentan los datos (Tabla I) de seis servicios del área Médica, los tres con mayor desviación económica sobre el pacto y los tres con menos desviación.

Las figuras 1, 2 y 3 muestran el documento del contrato de gestión de los servicios con menor desviación económica sobre el pacto.

Conclusiones:

Los contratos de gestión son una magnífica herramienta para la implicación de los profesionales en los objetivos del hospital. En nuestro caso hemos incorporado datos económicos para cada Servicio/Unidad, obligando así a buscar la eficiencia en la práctica clínica diaria. El resultado ha sido la generalización de protocolos y guías clínicas, que se ha traducido en una mejora global en los indicadores clínicos y en una contención de los costes variables de funcionamiento del hospital.

Estudio del coste unitario del cribaje de la hemocromatosis hereditaria

Pascual Duran T.; de Paula Ruiz M.; González Revaldería J.; Blanco Barros C.; Miravalles González E.

Introducción:

La hemocromatosis hereditaria es una enfermedad autosómica recesiva, caracterizada por una excesiva absorción de hierro a nivel de la mucosa intestinal, dando lugar al acúmulo de este elemento en distintos órganos: hígado, corazón, páncreas, etc.

El gen involucrado es el hfe, descubierto por Feder en 1996, que se localiza en el brazo corto del cromosoma 6. Se conoce que al menos el 85% de los pacientes diagnosticados de hemocromatosis presentan la mutación C282Y (cambio de cisteína por tirosina) en homocigosis y un 5% presentan la doble heterocigosis C282Y y H63D (cambio de histidina por aspartato en la proteína HFE). La prevalencia de la hemocromatosis en individuos caucásicos es elevada, aunque variable según el área geográfica. El diagnóstico temprano es esencial para evitar su elevada morbimortalidad, debido a que existe una terapia (flebotomía), sencilla, no agresiva y eficaz. Existen numerosos algoritmos para el cribado y diagnóstico precoz de la hemocromatosis aunque no hay acuerdo general sobre la población en la que actuar (población general, familiares de afectos, pacientes con clínica sugerente) ni tampoco sobre la pauta de actuación (estudio de alteraciones genéticas como prueba de primera línea, o selección previa de los pacientes en función de su sobrecarga férrica).

Material y métodos:

La cuantificación de transferrina, ferritina y alanina amino transferasa (ALT) se realizó en un analizador modular DP (Roche Diagnostics), con reactivos de la misma firma comercial. El Índice de saturación de la transferrina (IST) se calculó mediante fórmula matemática. El estudio de las mutaciones del gen hfe se realizó mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR) seguida de restricción enzimática. El cálculo de costes unitarios de las pruebas de laboratorio se hizo de acuerdo con el documento de editado por el grupo

de consenso de la Sociedad Española de Dirección y Gestión de Laboratorios Clínicos (SEDIGLAC), incluyendo Unidad de Proceso Técnico (cUPT), Unidad de Proceso Facultativo (cUPF), Unidad de Reactivo (cUR) y Unidad de Otros Fungibles (cUOF). En la tabla siguiente se muestran (en euros) los componentes y el total del coste de cada una de las magnitudes bioquímicas utilizadas.

cUPT	cUPF	cUR	cUOF	CTotal	
ALT	0.05	0.19	0.13	0.09	0.46
Hierro	0.05	0.19	0.09	0.09	0.42
Transferrina	0.05	0.19	0.82	0.09	1.15
IST	0.00	0.19	0.00	0.09	0.28
Ferritina	0.05	0.19	2.28	0.09	2.61
E. genético	0.05	32.01	23.95	0.09	56.1

Por tanto, el coste del diagnóstico si se hace la selección por antecedentes familiares es 56,1 €. Si se hace un cribado por pruebas bioquímicas que evalúen la sobrecarga férrica y/o la afectación hepática el coste es 4,9 € en los negativos y 61 € en los positivos. Si se realizara la prueba genética a la población general, el coste sería de 56,1 €. Las diferencias en los costes por individuo son mínimas, pero el coste del estudio por el número de sujetos de un área sanitaria se incrementa notablemente si no se hace una selección por algún criterio.

Conclusiones:

La evidencia disponible no apoya la recomendación de un cribado a la población general. Si tenemos en cuenta el coste y la facilidad de la actuación tanto para el diagnóstico como para el tratamiento de los afectos de hemocromatosis, consideramos adecuada la generalización del estudio genético de aquellos sujetos seleccionados tanto en función de los cambios fenotípicos de sobrecarga de hierro como por antecedentes familiares. En cualquier caso, el auténtico cribado poblacional se pospondría hasta disponibilidad de la automatización total de las pruebas genéticas.

Evaluación de la adecuación de la estancia preoperatoria en el hospital clínico universitario de Valladolid

Tamames Gómez S.; Gil González J. M.; De La Torre Pardo M. P.; Pérez Rubio A.; Luquero Alcalde F. J.; Cantón Álvarez M. B.; Santos Sanz S.; González Natal M. N.; Castrodeza Sanz J. J.

Introducción:

La revisión de la utilización de recursos sanitarios tiene por objeto evaluar la eficiencia del sistema asistencial. Esta eficiencia disminuye cuando la provisión de cuidados se realiza en un nivel asistencial de mayor complejidad de lo necesario.

El objetivo de nuestro estudio es conocer la tasa de uso inadecuado de la hospitalización durante el periodo preoperatorio y los factores que se asocian al mismo, en un hospital de tercer nivel de Castilla y León.

Material y métodos.

Se ha realizado un estudio observacional de carácter analítico, longitudinal y retrospectivo, a través de la revisión de la historia clínica para una muestra aleatoria de ingresos en los que se haya practicado al menos una intervención quirúrgica.

El AEP (*Appropriateness Evaluation Protocol*) ha sido la herramienta utilizada para evaluar de cada ingreso, entre otras variables, la adecuación de las estancias hospitalarias previas a la primera intervención.

Posteriormente se ha realizado un cálculo de las tasas crudas de inadecuación, así como un modelo de regresión logística multivariante. En el tratamiento y análisis de los datos se han empleado MS Access® 2003, MS Excel® 2003 y SPSS® v.13.0.

Conclusiones:

Se han analizado un total de 2.581 días de estancia preoperatoria. La tasa cruda de inadecuación de la estancia preoperatoria es del 45,09% (IC95% 42,46%-47,84%), mientras la tasa ajustada se sitúa en el 41,73% (IC95% 24,86%-60,78%).

Se asocian de forma estadísticamente significativa con un mayor riesgo de presentar estancia preoperatoria inadecuada: la edad, el género masculino, el ingreso programado, la ausencia de hoja de evolución cumplimentada diariamente en la historia clínica, el aumento de la duración de la estancia preoperatoria (RR=1,106; IC95% 1,089-1,124) y la estancia de fin de semana (RR=1,920; IC95% 1,563-2,359).

Por cada día que aumenta la estancia preoperatoria aumenta un 10,6% el riesgo de uso inadecuado. Asimismo, las estancias de fin de semana presentan un 92,0% más de riesgo de uso inadecuado.

El AEP es un instrumento muy dependiente de la historia clínica, como muestra el que la ausencia de hoja de evolución se asocia con un 91,3% más de uso inadecuado, por lo que es imprescindible ajustar el análisis para variables indicadoras de la calidad del documento.

Experiencia de integración asistencial en el diagnóstico precoz de retinopatía diabética en un Departamento de Salud

Catalán Oliver C.; Alabort Lloret A.; Zafrilla Martínez J. D.; Serra Segarra M. Á.; Matoses Climent M. S.; Fernández Palenzuela T.; Palop Larrea V.; Tarazona Gines E.

Introducción:

Las guías y consensos sobre diagnóstico, control y seguimiento de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) establecen la recomendación de realizar de forma anual una exploración de fondo de ojo con dilatación pupilar; debido a estas especificaciones los pacientes habitualmente son derivados a las consultas externas de Oftalmología. En España se estima que un 40% de los DM2 nunca se ha realizado una exploración de fondo de ojo y de los explorados en un 50% no se realiza un seguimiento adecuado. Para una prevalencia estimada de DM2 del 6% el servicio de Oftalmología debería realizar en nuestro Departamento de Salud aproximadamente 15.000 exploraciones de fondo de ojo cada año.

En la actualidad este estudio se puede realizar mediante una cámara fotográfica que no precisa dilatación pupilar (retinografía no midriática), que es realizada por personas entrenadas; con ello se permite una mayor accesibilidad a esta exploración, y que la derivación de los pacientes a los servicios de Oftalmología sea más racional, ya que solamente se remitirán aquellos casos con afectación retiniana susceptible de ser tratada.

El profesional de enfermería por su formación orientada hacia las necesidades del paciente desempeña una labor esencial en atención primaria en la atención de los pacientes crónicos (p.e. con factores de riesgo cardiovascular), la educación para la salud en la comunidad, las vacunaciones y la atención domiciliaria. Debido a esta versatilidad y capacitación, en la actualidad existen experiencias que demuestran su competencia en otros ámbitos como puede ser el triage de pacientes en los servicios de urgencias hospitalarios, la consulta a demanda, la gestión de casos en hospitales de día, y también, la realización y cribado de las retinografías.

Como objetivo nos planteamos estudiar la concordancia diagnóstica del cribado de las retinografías realizado por enfermería y por el oftalmólogo y evaluar el impacto de la remisión de pacientes con DM2 y retinopatía diabética evaluados con retinografía en el servicio de oftalmología.

Material y métodos:

Desde el año 2005 disponemos de un retinógrafo no midriático Topcon TRC-RW200 que está ubicado en un Centro Sanitario Integrado. Las retinografías son realizadas por profesionales de enfermería que han recibido formación sobre esta técnica que a su vez realizan el cribado. Inicialmente el cribado de las imágenes lo realizaron al mismo tiempo el oftalmólogo y enfermería y posteriormente solamente enfermería; no obstante, el oftalmólogo en su consulta tiene acceso a todas las retinografías en formato digital a través de un archivo de imágenes compartido.

Los pacientes con DM2 procedían de una zona básica y eran remitidos desde las consultas de los médicos de familia, de las consultas de enfermería y de la Unidad de Diabetes.

Para evaluar la fiabilidad del diagnóstico de las retinografías normales y patológicas realizamos un análisis de concordancia mediante el cálculo del coeficiente kappa.

Hemos establecido un control de calidad que lleva a cabo el oftalmólogo sobre el 10% de las retinografías informadas como normales en el cribado de enfermería.

Resultados:

El índice kappa demostró una concordancia del 95% para las retinografías normales y del 91% para las patológicas.

De los primeros 165 pacientes revisados han precisado derivación a las consultas externas de Oftalmología 14 pacientes (9%).

Conclusiones:

- Los profesionales de enfermería pueden desempeñar nuevos roles que permitirán aumentar la eficiencia de distintos procesos en los diferentes ámbitos asistenciales.
- La atención primaria es el mejor lugar para llevar a cabo el cribado de complicaciones de las enfermedades más prevalentes; por esto, la retinografía no midriática como prueba de cribado no invasiva debe estar accesible tanto a los profesionales de la salud como a los pacientes.
- El cribado de la retinopatía diabética mediante retinografía no midriática realiza-

do en atención primaria permite realizar el seguimiento de las recomendaciones para la prevención de esta complicación de la

DM2, y racionalizar las derivaciones a consultas externas de oftalmología por esta causa.

Gestión estratégica de la investigación biomédica: modelo de apoyo intramural en la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León

Sacristán Salgado A.; Amo Martín J. Á.; Álvarez Conde C.; Pascual Fernández C.; de Uribe Ladrón de Cegama F.

Introducción:

El impulso y coordinación de la investigación en la Comunidad es un objetivo prioritario de la Junta de Castilla y León en consonancia con lo previsto en la Ley 17/2002, de 19 de diciembre, de Fomento y Coordinación General de la Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica en Castilla y León.

La Gerencia Regional de Salud se planteó, tras las transferencias, consolidar una línea permanente de apoyo la investigación biomédica en las Gerencias de Atención Primaria, Gerencias de Atención Especializada y Gerencia de Emergencias Sanitarias (en adelante centros de gasto) a través de su integración en los planes Anuales de gestión de dichos centros.

Material y métodos:

Desde el año 2003 al 2005, al amparo de sendas Resoluciones de la Gerencia Regional de Salud, se establecieron los procedimientos y criterios de selección de los proyectos de investigación en biomedicina, que son incluidos, una vez aprobados, en los planes anuales de gestión de los distintos centros de gasto. Los proyectos de investigación son promovidos por uno o más grupos de investigación de los centros de gasto, liderados por un investigador principal de duración no es superior a los tres años y con un presupuesto máximo de 60.000 € al año. Se fijaron unas áreas o líneas temáticas. Los proyectos seleccionados y de duración superior a un año, son incluidos en los planes anuales de gestión de los ejercicios siguientes hasta su total conclusión. En el 2006, una nueva resolución establece dos modalidades de proyectos: A) Proyectos de características similares a los de años anteriores. B) Proyectos de un año, presupuesto máximo de 6.000 €.

La condición indispensable es que el investigador principal pertenezca al centro de gasto en cuyo Plan Anual de Gestión se desarrolla el proyecto de investigación.

Desde 2003 a 2005 se han presentado 63 proyectos (47 en 2006 pendientes de evaluación) de los cuales se seleccionaron 24 (38%). El 50% de los seleccionados (12/24) tienen una duración de 3 años y cada uno de ellos se subvencionó con un presupuesto entre 100.000 € a 180.000 €.

La financiación, años 2003-2005, para proyectos y otras actividades de investigación fue de 1.930.245,00 € (año 2003: 300.000,00 €; año 2004: 710.245,00 €; año 2005: 920.000,00 €).

Conclusiones.

Enfocar la investigación en biomedicina en los centros de gasto de la Gerencia Regional, de modo que el investigador principal pertenezca a estos centros y que la investigación se incluya en los respectivos planes anuales de gestión ha posibilitado que las Universidades y otros centros de investigación colaboren en proyectos liderados desde los centros sanitarios.

Se aprecia, que los investigadores y grupos consolidados de los centros sanitarios se involucran cada vez más a participar en estos proyectos promovidos por la Gerencia y a desarrollar proyectos de envergadura en las líneas de Medicina regenerativa y terapia celular, nuevos tratamientos en neoplasias hematológicas, telemedicina e incluso coordinar proyectos con alguna empresa privada. La integración de la financiación en los presupuestos ordinarios de los centros de gasto a través de los planes anuales de gestión supone la optimización de la gestión de los recursos disponibles y el incremento de la rentabilidad social resultante y la permanencia.

Impacto clínico económico de la implementación del rediseño del proceso de cirugía mayor ambulatoria

Ceballos Alonso C.; Martínez Iglesias R.; Teijeiro Bermejo F.; Alonso Punter J. C.; Bartol Nieto J.

Introducción:

Análisis descriptivo de los indicadores de actividad asistencial, producción y coste de los pacientes sometidos a Cirugía Mayor Ambulatoria en el HUS. Evaluación comparativa de los mismos con los estándares de actividad e indicadores económicos y de producción, previamente y con posterioridad a la implantación del rediseño del proceso.

Material y métodos:

Estudio de todos los casos consecutivos intervenidos en el período: septiembre, 2003-junio-2005. Las variables recogidas prospectivamente han sido: fecha de nacimiento, diagnóstico principal, fechas de ingreso, intervención y alta hospitalaria; procedimientos quirúrgicos realizados, compli-

caciones y comorbilidad. Los datos del estándar se han consultado de la página web del Ministerio de Sanidad y Consumo. La evaluación del coste se ha ejecutado mediante la aplicación del sistema de clasificación de enfermedades (GRDs) y gestión analítica hospitalaria.

Conclusiones:

La estancia media y el coste ofrecidos como referencia son inferiores a la que consideramos adecuada para los procesos clave tratados. Los pacientes incluidos en el proceso de CMA muestran una mayor satisfacción, menor morbilidad, menor número de reingresos, disminución de la hospitalización y mayor control y seguimiento de los procesos clave definidos.

Impacto del tratamiento con hierro endovenoso en el preoperatorio de la histerectomía abdominal y su repercusión en la disminución de las necesidades transfusionales en el complejo asistencial de Segovia

Sanz Martín C.; Díez Lobo A. I.; Fernández Cortes A. I.; Utrilla García M. C.; De Vicente Díaz J.; Sanjosé Sánchez J. A.; Úcar Corral E.

Introducción:

La deficiencia de hierro es el trastorno nutricional más frecuente del mundo, especialmente de países en desarrollo. Según la OMS la anemia por déficit de hierro tiene una prevalencia estimada superior al 30% en la población mundial.

En las mujeres premenopáusicas el aumento de las pérdidas menstruales conduce a la ferropenia y posteriormente a la anemia. Es frecuente encontrar ferropenia en la evaluación preoperatoria de las mujeres premenopáusicas, que se someten a una cirugía ginecológica y muchas de ellas necesitan de transfusión homóloga. El tratamiento de la ferropenia con hierro endovenoso (EV) puede ser una solución.

Material y métodos:

Realizamos un estudio prospectivo en una población de pacientes mujeres ferropénicas que se seleccionaron entre todas las histerectomías que disponían de estudio ferrocínico, y habían sido programadas para cirugía de histerectomía abdominal desde Enero del 2004 a octubre del 2005.

Se realizaron 2 grupos: el primero (Grupo 1) con pacientes que siguieron protocolo con hierro sacarosa EV, a la dosis de déficit de

hierro = peso * (Hb ideal - Hb real (en gr/l)) * 0,24 + 500mg. El tiempo necesario para el tratamiento fue de 3-4 semanas. La dosis test se administró en el hospital, las dosis restantes en su centro de salud.

El segundo grupo (Grupo 2 o control) con pacientes que habían seguido tratamiento convencional por su ginecólogo, con hierro oral: 100 mg/día.

El criterio de selección para la entrada en cada grupo estuvo determinado por la disponibilidad de tiempo para el tratamiento preoperatorio EV, las 19 pacientes eran evaluadas en la consulta de anestesia por programación inmediata (intervención quirúrgica al día siguiente de la evaluación preoperatoria) y formaron el grupo 2.

Conclusiones:

El tratamiento de hierro EV en la ferropenia preoperatoria de la histerectomía abdominal, es una opción segura por sus escasos efectos adversos. Ha demostrado ser muy eficaz en la eritropoyesis con una alta respuesta en el ascenso de la hemoglobina, ha permitido optimizar el estado basal preoperatorio y postoperatorio, y ha reducido a 0 el número de transfusiones de sangre.

Patrón de causalidad de la inadecuación de la estancia hospitalaria en un hospital de tercer nivel

Cantón Álvarez M. B.; Gil González J. M.; De La Torre Pardo M. P.; Santos Sanz S.; González Natal M. N.; Tamames Gómez S.; Pérez Rubio A.; Luquero Alcalde F. J.; Castrodeza Sanz J. J.

Introducción:

El *Appropriateness Evaluation Protocol* (AEP) se ha mostrado como una herramienta útil para el conocimiento de las estancias e ingresos inadecuados de los pacientes en hospitales de agudos y de las causas que los determinan. El objetivo de este trabajo es conocer la proporción de estancias inadecuadas, así como sus causas, en pacientes hospitalizados en un hospital de 3er nivel durante el periodo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2004.

Material y métodos:

Se ha realizado un estudio de cohortes retrospectivo, mediante la revisión de las historias clínicas de los pacientes ingresados en un hospital de 3er nivel durante el año 2004. Para la evaluación se ha utilizado el protocolo AEP. El análisis de las causas que generan la inadecuación se ha abordado desde dos perspectivas, por causas específicas y por bloques causales. Se ha realizado un análisis basal por ingreso y por estancia. Los resultados se analizaron mediante el paquete informático SPSS® v.13.

Conclusiones:

Se evaluaron 1.630 altas que generaron 16.183 estancias durante el período estudiado, correspondientes a 26 Servicios, tanto Médicos como Quirúrgicos. De las 16.183 estancias, 5530 (34,17%) se consideraron inadecuadas. De los 881 ingresos que presentaron algún criterio de inadecuación a lo largo del total de días de estancia, el 68,9% presentaron al menos un criterio de inadecuación

por responsabilidad del médico o del hospital; el 51,3% presentaron al menos un criterio de inadecuación por retraso en el desarrollo del estudio o tratamiento para el que el paciente está hospitalizado; y el 3,3% presentaron al menos un criterio de inadecuación por responsabilidad social o del medio. Como causas específicas de inadecuación las más frecuentes fueron: los procedimientos diagnósticos o terapéuticos pudieron realizarse como pacientes externos, apareciendo en un 31,2% de las estancias inadecuadas; la segunda versó sobre la espera de resultados de pruebas diagnósticas o interconsultas necesarias para la toma de decisiones, apareciendo en un 28,1%; la tercera hizo referencia a la no existencia de un plan diagnóstico y/o tratamiento en la historia clínica, que supuso el 23,2%; el ingreso prematuro se presentó en el 22,8% y la permanencia del paciente en el centro cuando ya no recibe o requiere los servicios de un centro de agudos apareció en el 21,5%.

- I. El fortalecimiento de las áreas asistenciales ambulatorias contribuiría de manera importante a la reducción de la inadecuación de las estancias hospitalarias.
- II. Es necesario profundizar en el estudio del resto de las causas de inadecuación relacionadas con las pruebas diagnósticas y terapéuticas para precisar los motivos que las originan y los factores que las facilitan.
- III. La utilización de métodos de identificación del uso inapropiado como el AEP ha demostrado ser herramienta de utilidad tanto para la planificación como para gestión hospitalaria.

Perfil del paciente con una mayor estancia inadecuada en un hospital de tercer nivel

Luquero Alcalde F. J.; Gil González J. M.; De La Torre Pardo M. P.; Cantón Álvarez M. B.; Santos Sanz S.; González Natal M. N.; Tamames Gómez S.; Pérez Rubio A.; Castrodeza Sanz J. J.

Introducción:

Las herramientas de calidad asistencial son fundamentales para evaluar y proponer mejoras en la utilización de los recursos sanitarios disponibles. El *Appropriateness Evaluation Protocol* (AEP), que persigue la identificación de los factores que determinan las estancias innecesarias en los centros asistenciales.

El objetivo del presente trabajo es conocer cuales son los determinantes que explican la aparición de estancias inadecuadas y ponderar su relevancia sobre la tasa de inadecuación en un hospital de tercer nivel (Hospital Clínico Universitario).

Material y métodos:

Estudio observacional analítico de cohortes retrospectivo de un año de duración (2004). Variable respuesta: tasa de inadecuación de la estancia hospitalaria; variables explicativas: edad, sexo, tipo de ingreso (urgente o programado), tipo de servicio (médico o quirúrgico) y cumplimentación de la hoja de evolución de la historia clínica.

Se ha realizado un análisis crudo entre las variables explicativas y la variable resultado, asumiendo un error $\alpha = 0,05$; y un análisis multivariante mediante regresión de Poisson, estimando la bondad de ajuste mediante una prueba χ^2 de Pearson (significación estadística, $p < 0,05$). Programas informáticos: Epidat 3.0 (software OPS-Xunta de Galicia de libre distribución) y R 2.2.1 (licencia GNU GPL).

Conclusiones:

La tasa de inadecuación global fue del 34,17% (IC 95% 33,28-35,08). En mujeres fue del 35,93%, frente al 33,20% en varones; Riesgo Relativo (RR) 1,08 (IC 95% 1,03-1,14). El grupo de edad que presenta una tasa más alta son los mayores de 65 años, con un 35,51%.

Atendiendo al tipo de ingreso, no se observaron diferencias estadísticamente significativas (programados 35,31%; urgentes 33,52%).

Diferenciando por tipo de servicio, la tasa de inadecuación fue del 38,47% para los médicos y del 30,95% para los quirúrgicos, RR de 1,24 (IC 95% 1,18-1,31).

Por lo que respecta a la presencia en la historia clínica de la hoja de evolución, se observa una tasa mayor cuando no está presente (36,32%), que cuando lo está (28,66%). Esto supone un RR de 1,27 (IC 95% 1,19-1,35; $p < 0,00001$), es decir, la falta de la hoja de evolución condiciona un incremento del 27% en el riesgo de que la estancia sea inadecuada.

En el análisis multivariante se mantienen como factores de riesgo las mismas variables que en análisis crudo, obteniéndose estimaciones ajustadas por el resto de variables incluidas en el modelo (Tabla 1). Al comparar los datos observados con las estimaciones del modelo, no se obtienen diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2 = 1,488$; $p > 0,95$), aceptándose la adecuación del modelo.

El perfil del paciente que registra una mayor tasa de inadecuación son mujeres, mayores, que ingresan en servicios médicos de forma programada y que no presentan hoja de evolución en la historia clínica. Este último hecho refleja que un seguimiento adecuado y documentado de los pacientes repercute en la adecuación de las decisiones, constituyendo una clara oportunidad de mejora.

El perfil descrito, podría coincidir con un sector de la población, que ingresa en un centro de agudos para la realización de pruebas diagnósticas y que además, encuentra en los centros asistenciales un soporte de cuidados sociales, de los que no dispone en su vida cotidiana.

Como consecuencia del envejecimiento progresivo de la población es probable que en un futuro próximo se produzca un incremento en la demanda asistencial de este tipo de enfermos.

Tabla 1. Análisis multivariante. Regresión de Poisson

Variable	Referencia	Parámetro R.	Relativo Var.	Resid.	gl p-valor
Constante	-1,1997		3,0005	47	
Sexo (mujeres)	-0,0849	0,92	2,8839	46	0,0800
Servicio (médicos)	-0,2000	0,82	2,2485	45	0,0001
Procedencia (progr.)	-0,1358	0,87	1,9525	44	0,0066
45-65(<45)	0,0468	1,05	1,9494	43	0,7701
>65 (<45)	0,1474	1,16	1,8902	42	0,2082
H. evolución (ausente)	-0,1675	0,85	1,4420	41	0,0011

Sistema de información para el desarrollo, seguimiento y control de las áreas de gestión clínica

Sampedro Morandera J. L.; Rivera Varela P.; García Lemos D.; Rimada Mora D.; Castro Ramallo A.; Vázquez González G.

Introducción:

El Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo (CHUJC), desde el año 1996 con la creación del Área del Corazón, se encuentra en un proceso de transformación organizativa desde una estructura tradicional en servicios clínicos hacia la configuración del mismo en Áreas de Gestión Clínica (AGC). Esta orientación organizativa es una de las líneas impulsadas en el plan estratégico 2004-2007 del CHUJC.

En la actualidad, el CHUJC tiene ya creadas y funcionando 4 AGC:

- Área del Corazón (1996).
- Área del Niño (2002)
- Área de Salud Mental (2002)
- Área de la Piel (2005)

Uno de los requisitos imprescindibles, entre otros, para el correcto funcionamiento de las AGC es la disposición de un sistema de información adecuado que ofrezca la información (asistencial, económica, etc.) suficiente para facilitar la toma de decisiones a los miembros del área, así como a los miembros del equipo directivo del hospital.

Con esta finalidad, y ante la inminente creación de nuevas AGC, se decide desarrollar a iniciativa de la Subdirección de Sistemas de Información y de la Dirección de Gestión del CHUJC una aplicación informática que dé el soporte necesario para la elaboración de la información para la gestión de las AGC y el seguimiento del contrato interno de gestión firmado entre la dirección del CHUJC y las AGC.

Material y métodos:

Dentro de una aplicación de desarrollo propio que tiene como objetivo final elaborar un cuadro de mandos integrado, se ha dedicado uno de los módulos al control y seguimiento de los contratos de las AGC.

Este aplicativo ha sido desarrollado utilizando la plataforma empresarial de Java, J2EE. Esta plataforma favorece la integración e interoperabilidad entre todos los módulos al tiempo que maximiza el rendimiento, escalabilidad y

seguridad del sistema. La aplicación, ha sido desplegada en un entorno basado en IBM Informix y el servidor de aplicaciones de IBM WebSphere, utilizando diferentes patrones de diseño empresariales.

El módulo dedicado a la gestión clínica dispone de componentes centralizados en el servidor de aplicaciones que son gestionados mediante la aplicación cliente. Posteriormente, otros módulos de la aplicación, como por ejemplo los cuadros de mandos, accederán a estos datos centralizados a través de los componentes empresariales. Otras aplicaciones corporativas ajenas al sistema de costes, podrán también realizar una explotación eficiente de esta información.

Conclusiones:

En la actualidad se realiza el seguimiento y control de los objetivos económicos de las AGC con contrato firmado (corazón, niño, salud mental y piel). El uso de este módulo informático permite automatizar el proceso de seguimiento y control de los objetivos pactados una vez que éstos se definen en el aplicativo. Permite asimismo obtener informes periódicos y la explotación personalizada de la información.

Las futuras líneas de trabajo tienen como objetivo introducir el seguimiento y control de los objetivos asistenciales pactados con las AGC, la elaboración del propio contrato de gestión y posibilitar el acceso a los responsables de las AGC al módulo de gestión clínica.

El desarrollo de esta aplicación ha permitido agilizar la elaboración de los informes periódicos suministrados a las AGC y a la dirección del CHUJC y su flexibilidad permite adecuarse a la demanda de información personalizada que solicitan tanto desde las AGC como desde la dirección del CHUJC.

El futuro desarrollo del módulo dotará de mayor agilidad operativa a los responsables de las AGC al permitir su acceso directo al módulo y al incluir el control de los objetivos de actividad y lo más importante la relación entre la dimensión económica y productiva.

Sistemas de clasificación de pacientes: grupos de utilización de recursos (RUG) en una cohorte de pacientes ingresados en un servicio de medicina interna

Jorge Sánchez R. J.; Corral Gudino L.; García Aparicio J.; Herrero Herrero J. I.

Introducción:

Los sistemas de clasificación de pacientes se han convertido en un instrumento fundamental en la gestión hospitalaria, si bien con frecuencia plantean el problema de falta de ajuste a la población a la que se pretenden aplicar. **Objetivos:** Valorar el comportamiento del sistema de clasificación de pacientes RUG T18 aplicado en un Servicio de Medicina Interna en cuanto a distribución de pacientes, estancias medias y mortalidad durante el ingreso.

Material y métodos:

Pacientes: Pacientes consecutivos no seleccionados ingresados en nuestro servicio.

Métodos: Se calculó el índice RUG T18 al ingreso. La asociación entre la estancia media y los grupos RUG o las actividades de la vida diaria (AVD) se analizó mediante regresión lineal. La asociación de ambas con la probabilidad de muerte se valoró mediante regresión logística.

Resultados:

Se estudiaron 1169 pacientes. La edad media fue de 79,3 + 11,6 años (Media + DE). El 51,3% eran varones. El 12,5% de los pacientes estaba institucionalizado. La estancia media fue de 6,5 + 3,9 días, y la mortalidad del 8,1%. El valor medio del índice de Barthel fue de 69,1 + 36,9 puntos. En cuanto al RUG T18, los pacientes se distribuyeron en dos grupos: "S" o cuidados especiales (4,5%) y "C" o clínicamente complejos (95,5%). La distribución en estos grupos

atendiendo a las actividades de la vida diaria se expone en la tabla 1. Encontramos una asociación estadísticamente significativa entre los subgrupos estudiados y la estancia media, así como la probabilidad de muerte. Sin embargo, en ambos casos, la capacidad de predicción para ambas variables fue pobre (tablas 2 y 3).

Conclusiones:

La clasificación de los pacientes de un servicio de Medicina Interna según la escala RUG T18 muestra un escaso poder predictivo en cuanto a estancia media y mortalidad.

Tabla 2. Estancia Media

Estancia media B ES B Beta R2

RUG* 0,011

Constante 6,49 0,12

Grupo 2,15 0,59 0,11

AVD 0,026

Constante 5,07 0,29

AVD 0,35 0,06 0,16

*Se construyó una variable "dummy" donde grupo C = 0 y S = 1

Tabla 3. Mortalidad

Mortalidad B ES B Wald Sig Exp(B) I.C. 95% R2

RUG 0,045

Constante -2,58 0,19 467,89 0,000 0,08

Grupo 1,73 0,33 27,41 0,000 5,65 2,95-10,80

AVD 0,096

Constante -4,14 0,29 204,01 0,000 0,02

AVD 0,35 0,05 50,72 0,000 1,42 1,29-1,56

Tabla 1: RUG T18 y AVD. Distribución de la muestra

	n	(%)	AVD	n	(%)
RUG	1128			1169	
SB	37	(3,3)	9	49	(4,2)
SA	13	(1,2)	8	61	(5,2)
CD	33	(2,9)	7	89	(7,6)
CC	120	(10,6)	6	79	(6,8)
CB	226	(20,0)	5	79	(6,8)
CA	699	(62,0)	4	87	(7,4)
			3	725	(62,0)

Unidad de gestión clínica de farmacia. Una nueva estrategia organizativa que permite reducir costes

Calleja Hernández M. Á.; Salazar Bravo M.; Aznarte Padial P.; Navarro Espigares J. L.; Bonillo García M. Á.

Introducción:

La gestión clínica constituye un proceso de rediseño organizativo que incorpora a los profesionales sanitarios en la gestión de los recursos utilizados en su propia práctica clínica. Supone otorgar a estos profesionales la responsabilidad sanitaria y social que le corresponde a su capacidad de decisión junto al paciente.

La Unidad de Gestión Clínica (UGC) es una estructura organizativa donde se desarrolla la gestión clínica.

Para la Consejería de Salud y el Servicio Andaluz de Salud (SAS) la gestión clínica representa una herramienta de innovación necesaria en la gestión de los servicios de cara a mejorar la eficacia, la efectividad y la eficiencia de los mismos partiendo de la premisa de la capacidad de los profesionales para ser responsables y autónomos.

Los principales instrumentos de la gestión clínica son el conocimiento estructurado de las necesidades en salud de la población atendida, la utilización del mejor conocimiento científico disponible, un modelo de práctica integrado y participativo, así como el uso de herramientas de evaluación (guías de práctica clínica, trayectorias clínicas, revisión sistemática de la literatura, metodología de uso adecuado de fármacos y tecnología sanitaria, análisis de coste-utilidad y coste-efectividad, medición de resultados, satisfacción del usuario, etc).

El objetivo de este trabajo es evaluar el impacto de la creación de una unidad de gestión clínica de farmacia en un hospital de tercer nivel desde el punto de vista de la gestión asistencial y económica del servicio de farmacia.

Material y métodos:

Estudio prospectivo e intervencionista basado en la creación consensuada de una UGC de farmacia con objetivos propuestos por los

profesionales del Servicio y consensuados con la dirección gerencia del centro y evaluación del impacto mediante la medición de las siguientes variables de proceso y de resultado:

Variables de proceso:

informatización mediante sistemas automatizados e integrados de los procedimientos intermedios para conseguir una disminución del tiempo de trabajo y aumento de la actividad en dispensación individualizada, registro electrónico de la actividad de los profesionales y una mayor trazabilidad de la administración de los medicamentos a los pacientes.

Variables de resultado:

Evolución económica valorada mediante la comparación de consumos en los apartados de contrato programa en los años anterior y posterior a la creación de la UGC y la mejora en la eficiencia de los productos elaborados en el hospital como fórmulas magistrales. Se midió también el grado de satisfacción de los profesionales del centro con la UGC de Farmacia tras 8 meses de la instauración de la misma.

Conclusiones:

La instauración de sistemas de dispensación automatizada de la medicación ha permitido disminuir el tiempo de preparación media por paciente en un 40%. El incremento del consumo global del hospital en medicamentos ha disminuido de un 20,4% (mayo 2005) a un -0,33% (marzo 2006). El grado de satisfacción de los profesionales del centro con la UGC de Farmacia fue del 82,4%.

La implantación de la UGC de farmacia y el planteamiento de objetivos consensuados e incentivados con los profesionales ha permitido optimizar procesos, obtener un alto grado de satisfacción de los profesionales del centro y disminuir el incremento del gasto en farmacia.

Utilización de la cirugía de catarata en Castilla y León

Gutiérrez Meléndez P.; Arranz Pérez J.; Guerra Bernal J.;
Fernández Espinilla V.; del Real Llorente M.

Introducción:

La existencia de variaciones territoriales en las tasas de aplicación de algunos procedimientos terapéuticos, que no pueden explicarse exclusivamente por diferencias en el perfil epidemiológico de las poblaciones, ha sido un hecho ampliamente documentado desde hace varias décadas.

La comparación de territorios pequeños como el Área de Salud, permite evidenciar diferencias en la tasa de determinadas intervenciones terapéuticas según el lugar de residencia, es decir, comprobar si las personas tienen un riesgo diferente de ser sometidas a algún tratamiento, por el mero hecho de vivir en uno u otro lugar.

Los resultados de estas comparaciones pueden orientar sobre las posibles causas de la variabilidad, como factores relacionados con la oferta de servicios, la incertidumbre en el tratamiento y el estilo de la práctica clínica o factores relacionados con la demanda (diferencias en morbilidad y el estilo de utilización de servicios por parte de los pacientes). El análisis de situación de la lista de espera quirúrgica en Castilla y León muestra que la cirugía de catarata es el procedimiento más indicado, motivo que justifica su selección para estudiar los principales factores asociados a esta indicación.

El presente estudio tiene como objetivo describir la utilización de la cirugía de catarata en Castilla y León, así como identificar y medir diferencias en las tasas de este procedimiento quirúrgico entre las Áreas de Salud en el año 2003.

Material y métodos:

Se presenta un estudio transversal descriptivo de las intervenciones de cirugía de catarata registradas en el sistema de información de Atención Especializada de Castilla y León durante el año 2003.

Como fuente de información se utilizó el Conjunto Mínimo de Datos (CMBD) de hospitalización y de asistencia especializada ambulatoria, añadiendo del subsistema de lista de espera quirúrgica la información sobre la actividad realizada en centros concertados.

Se incluyeron en el estudio todos los casos que en los registros contenían el epígrafe de procedimiento quirúrgico "Extracción de cataratas", siendo el territorio objeto de estudio las 11 áreas sanitarias de Castilla y León.

Se han calculado las tasas crudas, específicas y ajustadas (por edad y sexo según el método directo y utilizando la población de Castilla y León determinada para la mitad del año 2003 como población de referencia) de la cirugía de catarata por 10.000 habitantes y según el Área Sanitaria de residencia del paciente.

En la comparación de las tasas específicas y ajustadas se han utilizado la razón de las tasas de cirugía de catarata entre ambos sexos, para ambos tipos de tasas, y la razón entre las tasas mayor y menor (razón de variación) para las segundas.

Para el análisis de los datos se han utilizado los programas Microsoft Excel 2000 y Epidat 3.0

Resultados:

En Castilla y León durante el año 2003 se realizaron 14.467 extracciones de cataratas (60,3 procedimientos por 10.000 habitantes). El 77% de las intervenciones se llevaron a cabo en los hospitales públicos de Castilla y León (Sacyl), el 51% mediante Cirugía Ambulatoria y el 26% con hospitalización del paciente. Los procedimientos realizados en centros privados concertados con el sistema sanitario público supusieron el 23% del total.

La edad media de los pacientes intervenidos fue de 73,49 años (DS = 9,69) y el 56% de los procedimientos fueron realizados en mujeres.

Las tasas crudas por 10.000 habitantes de cirugía de catarata entre las distintas áreas sanitarias presentan diferencias y oscilan entre 86,1 en el Área VII y 43,5 en el Área III. Las mujeres tienen una tasa específica de 66,4 intervenciones por 10.000 habitantes y los hombres de 54,0, es decir, en las mujeres la cirugía de catarata se realiza 1,2 veces más que en los hombres. Por grupos de edad, la tasa específica por 10.000 habitantes más

elevada es la observada en las personas de 76 ó más años (266,6) y la más baja en el grupo de 65 ó menos años (11,7). Según el sexo, los hombres tienen una tasa específica más elevada en los grupos de edad extremos (< de 65 años y > de 76 años), siendo dicha tasa más elevada en las mujeres en el grupo de 66 – 75 años de edad.

Después de ajustar las tasas por edad y sexo, continúan observándose diferencias en las tasas de cirugía de catarata por 10.000 habitantes entre las Áreas de Salud de Castilla y León con un rango de 39,0 a 84,3. La razón de variación (RV) de las tasas entre áreas sanitarias es 2,3 en las mujeres y 2,2 en los hombres, lo que supone que los residentes en el área con la tasa más grande (Área VII para las mujeres y V para los varones) reciben más de dos veces esta intervención que los habitantes del área con la tasa más pequeña (Área III para ambos sexos).

Conclusiones:

Las diferencias observadas en las tasas crudas de cirugía de catarata entre las áreas sanitarias se mantienen después de ajustar las tasas por edad y sexo, por tanto, posibles factores demográficos explicativos como existencia de Áreas más o menos envejecidas, no justifican

las diferencias observadas. La variabilidad en las tasas ajustadas de cirugía de catarata entre las áreas de salud de Castilla y León en el año 2003 (RV = 2,2) podría sugerir diferencias en la indicación de dicho procedimiento (diferentes estilos de práctica médica), en la oferta y/o en la demanda.

En relación con la variabilidad en la aplicación de procedimientos quirúrgicos, diversos autores han propuesto clasificaciones según su magnitud, diferenciando categorías que van desde una variabilidad baja (RV < 1,5) a muy alta (RV > 8,5). Tomando como referencia esta clasificación, la variabilidad de la cirugía de catarata entre áreas sanitarias en 2003 con una RV de 2,2, podría considerarse moderada y similar a la observada en estudios de características similares realizados en nuestro entorno.

El conocimiento de esta información por los profesionales asistenciales, debe servir de estímulo para investigar las causas de las diferencias encontradas. En este sentido, la elaboración y aplicación de guías de práctica clínica es esencial cuando las diferencias en la práctica clínica son la principal causa de variabilidad, dadas las considerables implicaciones que las variaciones en la práctica clínica tienen en la política sanitaria sobre el coste y los resultados de los servicios sanitarios.

Utilización de Servicios Sanitarios de AE ajustado por edad

González González M.; Díez Suárez J. D.; Suárez Gutiérrez A.; Cañas de la Varga J.; González Barriuso L.; Herrero Álvarez M. Á.

Introducción:

El uso de servicios sanitarios en el ámbito de Atención Especializada requiere de un análisis que nos permita identificar claramente para las diferentes áreas del hospital la tipología de los pacientes que causan ingreso valorando la trascendencia que puede tener en el uso de los servicios ofrecidos desde el hospital variantes como la edad o el sexo. Esto nos permitiría planificar las actividades a desarrollar en el hospital a la vista de las tendencias de evolución de la población a la que atendemos. Asimismo nos posibilitaría la asignación cambiante de recursos entre las diferentes especialidades médicoquirúrgicas en función de la evolución por tramos de edad de la población del área atendida ante una situación como la que se plantea en la actualidad en nuestro área con un claro envejecimiento progresivo de la población.

El conocimiento de la utilización de los servicios sanitarios en función de la edad y/o sexo es una herramienta asimismo que permitiría una asignación homogénea de recursos sanitarios entre las diferentes áreas de un servicio de salud y un establecimiento de objetivos acorde con la realidad asistencial a la que se ve sometido el centro. El gasto sanitario es una variable claramente influenciada por la edad y el sexo, circunstancia que debe tenerse en cuenta en la asignación presupuestaria que recibe un centro.

Material y métodos:

Se analizan los ingresos causantes en el Complejo Asistencial de León a lo largo de los últimos cinco años para todas las especialidades con las que cuenta el Centro, ascendiendo los mismos a un total de 155.069 ingresos, los cuales generaron un total de 1.157.432 estancias. Dichos ingresos y estancias se relacionan con los datos de población de tarjeta sanitaria agrupados por tramos de edad y sexo, lo cual nos permite identificar el grado de utilización de los servicios de hospitalización en los diferentes servicios en función de las variables estudiadas.

Conclusiones:

En las gráficas que se describen en el poster se puede apreciar el grado de influencia cambiante de las variables analizadas en función de la especialidad de la que se trata, lo cual nos aproxima de una manera mucho más precisa a la realidad de la casuística atendida en cada uno de los servicios. Asimismo se agrupan los datos para los servicios médicos y quirúrgicos y también los mismos con carácter global. De dichos datos se extraen consecuencias en cuanto a:

- utilización de servicios por grupos de edad
- relación de dicha utilización en función del servicio con carácter individual y agrupado
- influencia del sexo en la utilización de servicios

Obviamente y como cabía esperar el grado de utilización en los primeros y en los últimos tramos de la vida es patente, aportándose unos ratios cuantificados de utilización que sirvan para los propósitos enumerados en la introducción.

Como se puede apreciar en la tabla el consumo de recursos sanitarios en los diferentes tramos de edad se ve muy influenciado por la misma observándose que, exceptuando el tramo de los menores de 1 año los cuales generan ingreso por razones obvias, el consumo de recursos sanitarios tiene una relación muy proporcional con el incremento en los tramos de edad, siendo, por ejemplo, el consumo de recursos superior al doble en los mayores de 75 años respecto a la población hasta los 55 años.

A la vista de los resultados obtenidos parece fundamental el análisis de la población de una manera detallada a la hora de planificar la actividad dentro de los propios hospitales y los recursos que le serán asignados a la vista de su influencia directa en la actividad hospitalaria.

	Hombres	Mujeres	Total
<1	3,245	2,722	5,967
1-4	0,572	0,425	0,997
5-14	0,263	0,196	0,459
15-24	0,195	0,3	0,495
25-34	0,173	0,611	0,784
35-44	0,239	0,452	0,691
45-54	0,362	0,373	0,735
55-64	0,58	0,448	1,028
65-74	0,888	0,641	1,529
>75	0,921	0,842	1,763
	0,481	0,519	1

Análisis de la estancia en un servicio de geriatría.

Factores asociados

Alonso Fernández J.; San Cristóbal Velasco E.; Castaño Sánchez N.; Silva Manzano D.; Virgós Soriano M. J.; Fernández-Villanueva González D.; Cima Álvarez M.

Introducción:

Los sistemas sanitarios se encuentran presionados por parte de una población cada vez más envejecida y con mayores expectativas de calidad y cantidad de vida, unido a la aplicación de nuevas terapias y tratamientos que surgen por los continuos avances científicos y tecnológicos. Por ello cada vez se pone más énfasis en el control del crecimiento progresivo del gasto sanitario y en los estudios relacionados con el coste de los consumos tanto hospitalarios como sociosanitarios relacionados con la enfermedad.

Objetivo: Analizar la estancia de los GRDs más frecuentes de un Servicio de Geriatría y las diferencias entre ellos contemplando las variables edad, sexo, proceso clínico y la realización o no de fisioterapia.

Material y métodos:

Partiendo de la estancia generada por cada uno de los pacientes ingresados en un Servicio de Geriatría durante 2005 y centrándonos en los GRDs más frecuentes 14, 96, 127, 140, 462, 541, 542 y 544, se analizan las diferencias en intra-GRD por grupos de edad (viejo-joven : entre 65 y 75 años, viejo: entre 75 y 85 años y viejo muy viejo: mayor de 85 años), sexo, proceso clínico (proceso de paliativos, de evaluación general, de transición ACV, de transición general, y de transición vascular) y la realización de fisioterapia. Asimismo se analizan las diferencias Inter-GRD para las variables mencionadas con anterioridad. Para el análisis se utilizan, la prueba de Levene para la igualdad de las varianzas y la prueba t para la igualdad de las medias, en el caso de dos niveles o muestras, y para el resto de los casos el análisis de la varianza (ANOVA de un factor) seguido de la prueba de Scheffé para precisar entre qué par de grupos resultan estadísticamente significativas las diferencias detectadas.

En las comparaciones entre grupos o niveles de variables cualitativas se ha utilizado el test no paramétrico de U-Mann Whitney para dos grupos o niveles y el análisis de la varianza de Kruskal-Wallis en el resto de los casos. Por último se ha analizado la correlación entre la estancia y el resto de las variables

sometidas a estudio y en qué medida se consigue explicar la variación de la misma mediante una recta de regresión lineal.

Resultados: Analizadas las diferencias intra-GRD para la estancia según las variables mencionadas con anterioridad, solamente realizan fisioterapia los pacientes agrupados en el GRD 14 y en el 462, presentando diferencias estadísticamente significativas con un intervalo de confianza del 99% para esta variable y a su vez el GRD 462 presenta diferencias estadísticamente significativas con un intervalo de confianza del 95% para el sexo. Por lo que respecta a la categoría de edad, se presentan diferencias estadísticamente significativas con un intervalo de confianza del 95% para el GRD 544 y para el proceso clínico, se muestran diferencias estadísticamente significativas en el GRD 127 (99%). En cuanto a las diferencias Inter-GRD para la estancia, se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los GRDs 14 y 462 todos los demás, sin embargo no existen diferencias entre ambos; el GRD 140 presenta a su vez diferencias estadísticamente significativas con el 541, en ambos casos con un intervalo de confianza del 99%.

Planteada una recta de regresión lineal con las variables independientes que presentan correlación significativa con la estancia, las variables proceso clínico, coste de radiología, edad (sin clasificar por categorías) y sexo, consiguen explicar el 49,2% de la variaciones producidas en la variable dependiente.

Conclusiones:

La estancia hospitalaria, es superior por el hecho de realizar fisioterapia, una vez analizados GRDs más frecuentes de un Servicio de Geriatría y teniendo en cuenta que solamente la realizan los pacientes clasificados en el GRD 14 y el 462. Éste último también manifiesta una estancia superior en el caso de las mujeres y para la ICC y arritmia con complicación mayor, la estancia del viejo-joven resulta superior a la del viejo-joven.

Los GRDs 14 (trastornos cerebrovasculares específicos excepto AIT) y 462 (rehabilitación) manifiestan diferencias significativas en

la estancia con todos los demás analizados, siendo superior al resto en ambos casos, sin embargo entre ellos apenas existen diferencias. También resulta superior la estancia de la bronquitis y asma con complicaciones en relación con la angina de pecho.

Pueden explicarse casi la mitad de las variaciones producidas en la estancia gracias a los diferentes procesos clínicos considerados junto con el coste de radiología, la edad (sin clasificar por categorías) y el sexo.

Alonso Fernández J. y cols. Análisis de la estancia en un servicio de geriatría ...

Pósters (Accesibilidad de los pacientes)

Despistaje de enfermedad tiroidea en atención primaria. Disponibilidad de resultados en 24 horas

Hernando De Larramendi Martínez C.; García Lacalle C.; Jiménez Lobo C.

Introducción:

La coordinación entre Atención Primaria y el Servicio de Análisis Clínicos, permite un diagnóstico rápido y correcto de disfunción tiroidea, patología con una alta prevalencia y sintomatología diversa. El objetivo de este trabajo ha sido el establecimiento de un protocolo para el despistaje de la alteración funcional del tiroides en Atención Primaria.

Material y métodos:

- Desde 1992 en el Area Sanitaria 9 realizamos el estudio de la función tiroidea según un protocolo secuencial, determinando inicialmente Tirotropina (TSH) seguida de T4 libre (T4L) y/o T3 libre (T3L), cuando la concentración de TSH es superior o inferior al rango de referencia. En el año 2005 incorporamos a este protocolo la determinación de anticuerpos antitiroideos antiperoxidasa (TPO), en aquellos casos de enfermedad tiroidea de reciente aparición en los que la concentración de TSH es superior a 10 uU/mL (con T4L normal o baja) o inferior a 0.01 uU/mL (con T4L alta).
- En el año 2000 establecimos un "Sistema de alarma" de comunicación de resultados extremos de pruebas de función tiroidea, solicitadas desde Atención Primaria, según los siguientes criterios: Datos de hipertiroidismo: TSH <0.01 uU/mL con T4L >2.5 ng/dL o hipertiroidismo por T3 (T3L >5 pg/mL) ó Datos de hipotiroidismo: T4L inferior al rango de referencia independientemente de la cifra de TSH, o TSH >20 uU/mL, aunque T4L sea normal, con el fin de enviar estos resultados por FAX personalizado al médico solicitante, en el mismo día en el que se recibe la sangre en el laboratorio.
- Disponibilidad de historia clínica única por paciente del área sanitaria (procedente tanto de Atención Primaria como Especializa-

da), que nos permite conocer si se trata de un caso nuevo o de una alteración previamente documentada.

Conclusiones:

- La incorporación de la determinación de TPO supone un beneficio para unos 400 pacientes/año, a los que el estudio global de la función tiroidea ha permitido establecer un tratamiento por los médicos de Atención Primaria, o en los casos más complejos, derivar al Servicio de Endocrinología.
- A lo largo del año se envían entre 215-250 "resultados alarma" vía FAX, que suponen entre un 0.75-1% del total de solicitudes de TSH por parte de Atención Primaria (media de 47300 peticiones/año) donde se observa un 16-18% de pruebas de función tiroidea alteradas.

La aplicación del protocolo actual de estudio de función tiroidea en Atención Primaria supone:

- Un beneficio para los pacientes de nuevo diagnóstico de esta patología, en los que se puede tomar una actitud terapéutica rápida.
- Una derivación de los pacientes más complejos al Servicio de Endocrinología con el estudio de función tiroidea completo, evitando en estos casos una nueva extracción de sangre y repetición de pruebas, por lo que se optimizan los recursos del laboratorio y de las consultas clínicas.
- Una disminución del tiempo de respuesta (24 horas el estudio de función tiroidea completo) en aquellos casos con "resultados alarma" al simplificar los circuitos administrativos, lo que permite acelerar el diagnóstico y tratamiento de los pacientes, al alertar al médico sobre esta patología y adelantar la cita de la siguiente visita que en condiciones normales sería de 1 a 3 semanas.

Encuesta de satisfacción a pacientes VIH, respecto al entorno hospitalario

Arévalo Velasco A.; Fuertes Martín A.; Cordero Sánchez M.; Luna Rodrigo G.

Introducción:

Los pacientes VIH conforman un grupo de individuos que por la naturaleza crónica de su enfermedad dependen periódicamente del control hospitalario. El control hospitalario está muy tecnificado y aparte del coste económico tiene un coste personal no cuantificable.

Objetivo: Conocer el grado de satisfacción de los pacientes VIH en lo referente a parámetros objetivos y subjetivos del entorno hospitalario.

Material y métodos:

Se ofreció una encuesta a los pacientes compuesta por 12 ítems, anónima, con gradación 1 a 5 en la respuesta. Las preguntas intentaban explorar el acuerdo en cuanto: confort en las consultas, accesibilidad física, información, puntualidad e intimidad. Se permitió al final expresar sugerencias con libertad. El estudio es descriptivo.

Resultados: Se ofreció la encuesta a los aproximadamente 350 pacientes que visitan asiduamente el hospital. Respondieron la encuesta 70 pacientes, 8 de ellos expresaron sugerencias manuscritas.

Los pacientes están de acuerdo con el tiempo de espera (90%). La limpieza es aceptable (93%). La accesibilidad es la adecuada (90%) o

se orientaron en el hospital preguntando de forma fácil (89%). Hay varias quejas por la dificultad para aparcar. La comodidad en la sala de espera es buena (80%), con mobiliario decente (89%), y desearían menos masificación (77%). El servicio de extracciones y el de citaciones, reciben varias quejas por la falta de amabilidad. La calefacción del hospital es considerada excesiva. La información que poseen de la enfermedad la consideran adecuada (74%), el interés por firmar consentimientos es mediano (71%) y no desean prolongar su estancia con su médico más de lo habitual (50%)

Conclusiones:

La accesibilidad es correcta, casi siempre precisan preguntar, sin quejas por la orientación. El aparcamiento es dificultoso. La comodidad de la sala de espera es aceptable.

La puntualidad en la consulta es correcta, la duración no se debe prolongar y al paciente VIH no le interesa implicarse en su tratamiento (por escrito)

Citaciones y la sala de extracciones son áreas poco agradables

Refieren hacinamiento en la sala de espera, pero ello contribuye a sentir protegida su intimidad.

Estudio de las citaciones fallidas en consultas externas

Borras Beato R.; Miñambres Mateos M. F.; Arévalo Velasco A.; Martínez Iglesias R.; Teijeiro Bermejo F.; Ceballos Alonso C.

Introducción:

Se quiere estudiar las citaciones de las consultas externas de las especialidades, para saber el índice de los que no acuden a las consultas después de estar citados, pues pensamos que su no comparecencia es porque han solucionado su problema, bien en la medicina privada, bien porque ha sido visto en la consulta a través de algún conocido, y por último haya sido atendido en el servicio de urgencias.

En las consultas vamos a distinguir las primeras citas de las revisiones, pues la primera cita es la que más ansiedad provoca y por tanto donde puede influir más el servicio de urgencias, mientras las revisiones pueden venir a urgencias por empeoramiento, o porque quiere adelantar la revisión.

Para calcular el fracaso normal de consultas que pueden irse a la medicina privada vamos a utilizar las consultas de cirugía Maxilofacial, Cirugía Plástica y Estomatología y lo utilizaremos como factor corrector. Por último algunas consultas no las vamos a analizar porque urgencias tiene poca capacidad de influencia en ellas como son Foniatría, Alergias, Dietética, cirugía Cardíaca y torácica y en otras como oncología, radioterapia y ORL tienen más atendidos que citados pues tienen gran cantidad de pacientes vistos sin cita, en el caso de los pacientes con tumores porque no esperan y se presentan antes y en el caso de ORL porque ve muchos recomendados de la casa porque es un servicio muy accesible desde la consulta.

Material y métodos:

Cálculo del factor corrector

Por lo tanto al resultado conseguido hay que restar un 8.13% que es achacable a que se haya ido otro nivel asistencial, pues el otro factor los atendidos sin cita están incluidos en los atendidos, pero hay que considerarlos y al restarlos de los citados son 115 pacientes que realmente no han sido atendidos y representa el 5,66% de los pacientes citados, que es otro coeficiente corrector a tener en cuenta.

Es curioso como los pacientes atendidos superan a los pacientes citados, lo cual puede ser debido a que muchos de los que solicitan cita, que es distintos de los citados adelantan

esa cita por recomendación, lo que es frecuente en estos servicios, pero como dato de los que no acuden a cita puede servirnos.

Citaciones consultas externas Hospital Clínico
Es decir que el 11.97% de las primeras citas no acuden a la consulta, si restamos el factor corrector del 8.13, quedaría 3.84% de los pacientes no acuden a la primera consulta posiblemente porque fueron vistos en urgencias.

También podemos corregir el factor del que se adelanta la cita por diversas razones, que están incluidos en los pacientes atendidos y su diferencia con los citados es de 5016 pacientes que no acudieron a la cita y su porcentaje con los citados es en este caso de 10.61% de los pacientes no acuden a la primera consulta y retirando el factor corrector del 5.66% quedaría en un 4.95% de pacientes que son los que más posibilidades hayan sido atendido en el servicio de urgencias, pero la cifra de influencia puede ir desde el 3.84% al 4.95 %.

La influencia no es igual depende de la especialidad como se puede ver en la tabla. Es decir que el 10.735 de los pacientes no acuden a revisión, restándole el factor corrector sería 4.42%, esta cifra si se contraponen con los que son citados y realmente atendidos queda de forma global en un 3% de pacientes no acuden a consulta, igualmente observamos que hay servicios que atienden a más pacientes de los que tienen citados.

Creo que los que no acuden a la cita de revisión son aquellos que han sido vistos en urgencias, pero principalmente por el especialista porque la fidelidad de la revisión suele ser alta, pero ello no resta importancia a la influencia de urgencias como sistema de gestión del paciente.

Conclusiones:

1. La influencia del servicio de urgencias en la evitación de consultas ordinarias del propio hospital es evidente, tanto en la primera cita evitando que entren en el sistema pacientes que pueden ser atendidos en el nivel de primaria, como en revisiones, donde podemos disminuir la lista de espera.
2. La influencia de la primera cita es responsabilidad del propio servicio de urgencias

- que actúa como interconsultor rápido o de alta resolución de atención primaria.
3. En la influencia de las revisiones influye más el especialista que actúa como interconsultor en el servicio de urgencias, y el servicio

de urgencias lo que hace es evaluar al paciente si realmente precisa que se ha visto por el especialista correspondiente por lo que actúa como modulador de la presión que la lista de espera genera en el paciente.

1. Consultas primera cita

Especialidad	Citados	Atendidos	No acuden	% Citados/No Acuden
C. Vascular	2304	2126	192	8.33%
Cardiología	1444	1368	255	17.65%
C. General	3060	2851	284	9.2%
Dermatología	6552	5737	882	13.46%
Digestivo	1638	1363	279	17%
Endocrinología	2949	2539	410	13.9%
Ginecología	4139	3675	471	11.37%
Hematología	656	595	107	16.31%
M. interna II	1088	1017	85	7.81%
M. interna III	2561	2313	260	10.15%
Nefrología	335	339	28	8.35%
Neumología	1267	1148	156	12.31%
Neurología	2408	1916	500	20.76%
Obstetricia	1763	1601	167	9.47%
Oftalmología	6713	6053	640	9.53%
Psiquiatría	400	495	45	11.25%
Traumatología	5325	4811	544	10.21%
Urología	3489	3038	456	13.06%
Total	48091	42985	5761	11.97%

1. Consultas de primera cita

Especialidad	Citados	Atendidos	No acuden	%
C. maxilofacial	1217	1126	137	11.27%
C. Plástica	722	701	25	3.46%
Estomatología	90	87	3	3.33%
Total	2029	1914	165	8.13%

2. consultas de revisiones

Especialidad	Citados	Atendidos	No acuden	%
C. maxilofacial	2799	2997	305	10.89%
C. Plástica	3919	4049	110	2.8%
Estomatología	262	320	27	10.3%
Total	6980	7366	442	6.33%

2. Consultas de revisiones

Especialidad	Citados	Atendidos	No acuden	% Citados/No Acuden
C. Vascular	4729	4129	654	13.8%
Cardiología	7444	9726	1026	13.78% (130%)
C. General	6541	6313	549	8.39%
Dermatología	8393	8010	825	9.82%
Digestivo	7464	7192	763	10.22%
Endocrinología	14788	14150	1808	12.26%
Ginecología	15181	14175	1128	7.43%
Hematología	5081	4903	1069	21% (96.49%)
M. interna II	2423	2321	180	7.42%
M. interna III	5709	5473	591	10.35%
Nefrología	2219	2378	338	15.23% (107%)
Neumología	2745	2532	353	12.85%
Neurología	5815	5291	604	10.38%
Obstetricia	12023	11225	851	7%
Oftalmología	7164	7219	676	9.43%
Psiquiatría	4648	4605	914	19.66% (99.1%)
Traumatología	13203	12447	932	7%
Urología	9840	9186	1056	10.73%
Total 135410	131275	14317	1057%	(97%)

Estudio de las consultas de alta resolución de hematurias desde el servicio de urgencias

Borras Beato R.; García J.; Bringas García M. J.; Salvador Sánchez J. J.; Riesco García M. A.

Introducción:

El servicio de urgencias dispone de la posibilidad de derivar pacientes a consultas de cita rápida, a consultas de alta resolución que permite realizar un estudio completo del paciente en un tiempo de una semana y con un número de consultas mínimo y que incluye vías clínicas de estudio diagnóstico complejos y que han dado una alta rentabilidad diagnóstica.

Los objetivos concretos son:

- Canalizar y mejorar la atención del paciente con hematuria macroscópica.
- Priorización del proceso en consulta externa.
- Resolución rápida del diagnóstico etiológico.
- Inclusión rápida en lista de espera quirúrgica.
- Finalizar el proceso en el menor tiempo posible.

Material y métodos:

Estudio retrospectivo de los pacientes que han acudido al servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Salamanca con:

Motivo de inclusión.

Hematuria macroscópica, excepto si es de origen traumático o ya tiene el diagnóstico etiológico.

Derivación: Consulta alta resolución del Servicio de Urología

Conclusiones:

Resultados del primer año

- Número de pacientes revisados. 272
- Número de tumores diagnosticados. 82 (30%).
- Ca Vesical: 60 (73,1%).
- Ca Renal: 10 (12,1%).
- Ca Urotelio superior. 4 (4,8%).
- Ca Prostático. 7 (8,5%).
- Otros. Sarcoma pélvico. 1 (1,2%).

Estudio de las consultas de alta resolución de medicina interna desde el servicio de urgencias

Borras Beato R.; Carpio A.; García A.; Arguello C.; Delgado M. A.; Teijeiro F.

Introducción:

El servicio de urgencias dispone de la posibilidad de derivar pacientes a consultas de cita rápida, a consultas de alta resolución que permite realizar un estudio completo del paciente en un tiempo de una semana y con un número de consultas mínimo y que incluye vías clínicas de estudio diagnóstico complejas y que han dado una alta rentabilidad diagnóstica. Estas consultas en número de pacientes que atienden no es muy alto pero la calidad de las mismas hace que sea muy importante pues están orientadas al diagnóstico precoz del cáncer.

El actual paciente hospitalario en nuestra población se caracteriza, dado el progresivo envejecimiento de la población, por una mayor pluripatología, cronicidad, necesidad de continuidad de tratamientos y, en definitiva, mayor demanda asistencial.

Una consulta de alta resolución quedaría definida como "el acto asistencial ambulatorio en el que queda establecido un diagnóstico y su correspondiente tratamiento tras realizar las pruebas necesarias. Todo ello en una misma jornada y en un tiempo aceptado por el usuario tras recibir la información oportuna". Eso requiere protocolizar los procesos e instalar un sistema informático potente, además de contar con la colaboración de otros especialistas para el acceso rápido a pruebas diagnósticas: eco, TAC, endoscopias, ...

Material y métodos:

1. Inclusión del paciente:

a. Altas precoces de la planta:

I. enfermos estables que pueden continuar el tratamiento en casa pero que necesitan revisión 2-3 días después del alta (neumonías en terapia secuencial, hemorragias digestivas leves...).

II. pacientes estables esperando alguna prueba diagnóstica, que demora el alta, alargando innecesariamente el ingreso, con el compromiso de ser visto en la consulta el mismo día de la realización (endoscopias, TAC).

b. Pacientes derivados del Servicio de Urgencias para intentar disminuir el número de ingresos:

I. Pacientes que habitualmente se ingresan pero que podían ser alta a su domicilio con tratamiento y revisión en consulta en dos o tres días (insuficiencias cardíacas leves, hemorragias digestivas sin repercusión, EPOC reagudizado, neumonías sin criterios de ingreso).

II. Seguimiento precoz de tratamientos iniciados en urgencias: antidiabéticos orales, ajustes de insulina, anticoagulación, terapia corticoidea descendente, control de tratamiento antibiótico, pos-transfusional...

Conclusiones:

Desde Marzo hasta diciembre de 2005, han sido vistos 301 pacientes que han generado 330 revisiones.

167 pacientes (55,5%) son hombres y 134 (44,5%) mujeres (figura 1). El rango de edad se establece desde los 13 a los 95. Las mayores frecuencias se encuentran en la década de los 70 años. (Tabla 1).

Los pacientes que proceden de urgencias son 286 (95,0%), 6 (2%) son altas de la planta 3 (1%) son derivados de otras consultas y otros 6 (2%) son familiares del personal del hospital. (Figura 2)

La patología de derivación más frecuente desde urgencias incluye la fiebre con 33 pacientes (10,4%), anemia 31 pacientes (9,9%) y la patología digestiva 42 pacientes (13,2%). (Tabla 2).

El destino de los pacientes es el alta en 139 casos (21,6%), 15 (2,4%) ingresan, 4 (1,3%) son derivados a consulta ordinaria de medicina interna y 11 (3,6%) a otras consultas. El resto 132 pacientes están aún siendo revisados en la consulta. (Figura 3).

El motivo del ingreso en 13 de los 15 pacientes (86,6%) fue la realización de pruebas complementarias en un tiempo razonable. En dos casos (13,3%) fue por empeoramiento del paciente.

Estudio de las interconsultas con las distintas especialidades en el servicio de urgencias del hospital clínico

Borras Beato R.; Arévalo Velasco A.; Lorenzo López T.; Carreño Morán P.; García Pérez A.; Martínez Iglesias R.

Introducción:

En el servicio de urgencias del hospital clínico se atendieron 95368 pacientes en el año 2005, lo que es 261 pacientes por día, se realizaron 14265 ingresos, es decir 39 ingresos al día, en la tabla siguiente se objetiva la actividad acumulada en el año 2005, en la que se objetivan las interconsultas de las especialidades de Obstetricia, Ginecología, Oftalmología, Psiquiatría y ORL. La actividad de traumatología y curas no son interconsultas si no que refleja la actividad de los consultorios de trauma y de curas. Por otra parte los ingresos son todos consecuencia de interconsultas, pues aunque es cierto que se ingresa desde urgencias directamente en Medicina Interna y especialidades que no tienen guardia de presencia física, luego una vez ha subido el paciente a la planta se avisa al adjunto de Medicina Interna que lo atiende en la planta y por tanto se optimiza la atención del paciente.

Material y métodos:

En un estudio realizado en el año 2003 se objetivo un 27% de los pacientes que acudían a urgencias se les solicitaba una interconsulta con alguna especialidad, y prácticamente la mitad quedaban ingresada, esta cifra puede resultar un poco alta en comparación con las urgencias del hospital Virgen Vega que es del 12 %, pero ello es debido a que en urgencias del hospital Clínico hay especialidades cuyos residentes dejaron de hacer guardias en el servicio de urgencias para hacerlo en su especialidad, como es Dermatología y Oncología, y especialidades que quieren ver a sus pacientes en urgencias como es Hematología, y como es lógico hay más especialidades de presencia física como es oftalmología y ORL. A continuación se expone en una tabla las interconsultas, los ingresos y las altas por especialistas, no exponemos todas las especialidades pero si las más significativas.

Tabla de consultas con especialidades y resultado

Interconsulta	Ingreso	Alta	% total/ingreso
Total	25871	14265	11606 55.13 %
Media / día	71	39	32
Obs-Gin	4174		

11.4 paciente/ día	3170
8.68paciente/ día	1004
2.75 paciente/ día	75.9%
Oftalmología	1939
5.31 paciente/ día	38 1901
5.2paciente/ día	1.9%
ORL	1345
3.69 paciente/ día	158 1187
3.25paciente/ día	11.74%
Psiquiatría	1177
3.18 paciente/ día	
473	704
1.9 paciente/ día	40%
Oncología	2007
5.5 paciente/ día	515 1492
4paciente/ día	25.66%
Hematología	1095
3 paciente/ día	296 799
2.18 paciente/ día	27%
Cardiología	2555
7 paciente/ día	1380 1175
3.22 paciente/ día	54%
Dermatología	1168
3.2 paciente/ día	78 1090
3 paciente/ día	6.6 %

Conclusiones.

El 45% de pacientes que no ingresan y son atendidos por el especialista, es equivalente a la consulta de primera cita o de revisión con la oportunidad que se le hace todas las pruebas que precisa por lo que es equivalente a una consulta de alta resolución de la correspondiente especialidad, por otra parte es evidente que especialices que tienen bloqueadas la agenda de primera consulta está prácticamente se realiza en urgencias, como ocurre en Oftalmología, o disminuye las primeras consultas por fácil acceso como ocurre en Dermatología, las consultas de oncología y Hematología de alguna forma disminuye la presión sobre sus propias consultas y el hospital de día.

Por otra parte desde que comenzó el triage que se deriva desde el inicio a algunas especialidades, ha mejorado la accesibilidad y ha permitido crear circuitos especiales que favorecen al paciente pero también al medico de urgencias que ve mejor organizado su trabajo y permite que la accesibilidad mejore con el

reto de los pacientes. De modo que en el tria-
de se derivan una media de 18,62 pacientes
por día, es decir el 7% de todos los pacientes
que llegan a urgencias, fundamentalmente a

las siguientes especialidades, Obstetricia y
Ginecología, Psiquiatría, Hematología, Onco-
logía y Dermatología.

Tabla de actividad año 2005

	Urg	Urg-p	Obs	Gin	Psq.	Oft.	Orl	T y C	Ingr.
Total	95365	19850	2673	1501	1177	1939	1345	23153	14265
Med/día	261	54.3	7.32	4.11	3.18	5.31	3.69	63.38	39

Estudio vía clínica del cáncer de pulmón desde el servicio de urgencias

Borras Beato R.; Gómez F.; Zapico Álvarez N.; Menor Odriozola A.; Bajo Bajo A.; Teijeiro Bermejo F.

Introducción:

El servicio de urgencias dispone de la posibilidad de derivar pacientes a consultas de cita rápida, a consultas de alta resolución que permite realizar un estudio completo del paciente en un tiempo de una semana y con un número de consultas mínimo y que incluye vías clínicas de estudio diagnóstico complejos y que han dado una alta rentabilidad diagnóstica. Estas consultas en número de pacientes que atienden no es muy alto pero la calidad de las mismas hace que sea muy importante pues están orientadas al diagnóstico precoz del cáncer.

Objetivo: Diagnosticar desde su llegada a urgencias hasta completar el diagnóstico, incluido el estadiaje y la extirpe anatomopatológica en 7 días, evitando ingresos.

Material y métodos:

Aquellos pacientes que son o han sido fumadores con masa pulmonar, nódulo pulmonar u otro hallazgo radiológico que indique

posibilidad de cáncer, hemoptisis en paciente fumador o disfonías...

Motivos de exclusión:

Aquellos que por su estado precisen ingreso

Conclusiones:

Estudio de los primeros 400 pacientes, la vía clínica comenzó el día 9 de octubre de 2002 y este estudio incluía hasta el día 14 de marzo del 2005.

- Pacientes procedentes de urgencias. 208 (52%).
- Motivo de la derivación desde urgencias.
- Alteraciones radiológicas: 160 pacientes (76,92%).
- Hemoptisis con radiografía normal: 48 pacientes (23,07%).
- Cáncer de pulmón: 118 pacientes (29,5%) de todos los pacientes.
- De los derivados de urgencias: 66 pacientes (55,9% de los pacientes con cáncer) y el 31,85 de los pacientes derivados de urgencias.

Evaluación de la calidad de la historia clínica. Hospital Clínico Universitario de Valladolid 2004

Pérez Rubio A.; Luquero Alcalde F. J.; Cantón Álvarez M. B.; Santos Sanz S.; González Natal M. N.; Tamames Gómez S.; Gil González J. M.; De La Torre Pardo M. P.; Castrodeza Sanz J. J.

Introducción:

La historia clínica (HC) es un documento confidencial y obligatorio donde se registran los actos médicos y los procedimientos ejecutados por el equipo asistencial. La calidad de la HC viene dada por la correcta cumplimentación de todos los documentos que la forman.

Los objetivos del estudio son: conocer la proporción de la correcta cumplimentación de cada uno de los documentos que conforman la HC y evaluar las diferencias que se presentan según el tipo de servicios.

Material y métodos:

Estudio observacional transversal descriptivo donde se recogen los datos contenidos en las HC pertenecientes a 1.630 pacientes ingresados en el HCUV durante el año 2004. Variables: datos de filiación, antecedentes personales, antecedentes familiares, hábito tabáquico, diabetes mellitus, hipertensión arterial y alergias, cumplimentación diaria de las hojas de enfermería, evolución y trata-

miento, y presencia y correcta cumplimentación de las hojas de alta y consentimiento informado en el caso de que fuese necesario. Los resultados se analizaron mediante el paquete estadístico SPSS® 13.0 y fueron comparados con los obtenidos en el año anterior.

Conclusiones:

Destaca la ausencia de referencia a los antecedentes familiares en un 77,2% y la no correcta cumplimentación de la hoja de evolución en un 67,5% de las HC analizadas.

Existen diferencias estadísticamente significativas en la calidad de la HC entre los servicios médicos y quirúrgicos y según su tipo de ingreso (programado o urgente).

El aumento de los índices de cumplimentación de los documentos de la HC analizados con respecto al año anterior demuestra que estudios como el planteado no sólo sirven como métodos descriptivos sino que se presentan como herramientas de mejora continua de la calidad.

Documentación clínica: parte de lesiones: Análisis de calidad de la información clínico-judicial

Ucar Corral E.; Soriano Paredes F.; Fernández Ampudia P.; Carrero González P.; Orrasco Sanz M. J.

Introducción:

El parte de lesiones es un documento de alto valor clínico-legal, en el que se comunica al juzgado o institución competente un hecho que pudiera ser constitutivo de delito o que pudiese requerir la apertura de diligencias. Representa el punto de partida para la apertura y tramitación de expedientes en diversas instituciones como juzgados, Guardia Civil, Policía Nacional, Policía Municipal,...

Objetivos:

Objetivo General: Conocer el documento "Parte de lesiones" su normativa y protocolos en un hospital de agudos.

Objetivo Específicos: Analizar los partes de lesiones emitidos en el periodo comprendido entre 1999-2001, refiriendo la casuística y tipología del parte. Analizar las variables significativas y su grado de cumplimentación.

Material y métodos:

Se realiza un análisis de los registros de partes de lesiones emitidos en un hospital de agudos en el periodo 2000-2004.

Es un estudio observacional retrospectivo de cinco años.

El ámbito de estudio: El Complejo Asistencial de Segovia que cuenta con una cartera de servicios de nivel II, que da cobertura a una población de referencia de 141.976 personas, según censo de tarjeta sanitaria, en la provincia de Segovia.

Unidad del estudio: los partes de lesiones emitidos.

Variables a estudio: el tipo de parte (tráfico, agresión, accidente fortuito, intoxicación,

agresión sexual, abuso menor, accidentes laboral), Identificación del paciente, sexo y edad, la legibilidad de los datos de domicilio y diagnóstico, pronóstico e identificación y firma del médico.

Muestra: Se seleccionan treinta registros de cada mes.

Selección: 1 de cada 3 registros según orden cronológico.

Se procede a la codificación con la CIE9-MC de diagnósticos

Conclusiones:

- El hospital debe tener recogido y actualizado en el manual de procedimientos la normativa relativa a la cumplimentación del parte de lesiones, que incluirá el circuito que sigue este documento hasta su salida del centro sanitario y registro.
- El parte de lesiones exige la identificación y firma del facultativo, así como legibilidad de los datos clínicos y administrativos. La cumplimentación correcta y legible es responsabilidad del médico que asiste al paciente. Hay que concienciar al médico de la importancia de este trámite..
- Tras el análisis de la legibilidad de los datos se considera una oportunidad de mejora la informatización de este documento que evitaría la ineficiencia y optimizaría la explotación de datos.
- Los partes más numerosos son los correspondientes a accidentes de tráfico con un perfil tipo que podría definirse como varón (98,9%) entre: 30 y 35 años y con pronóstico leve en el 72 % de los casos.

Impacto de la confirmación telefónica de primera cita

Murcia Alemán T.; Campuzano López J.; Pellicer Orenes F.; Alcaraz Quiñonero M.; Villegas García M.; Visedo López J. A.; García Sánchez M. J.

Introducción:

El incumplimiento de citas concertadas en los pacientes de primera visita es una causa frecuente del fracaso de las actuaciones médicas. Tras el estudio realizado por el Servicio de Alergia de nuestro hospital se tomó la decisión por parte de la Dirección Gerencia de poner en marcha un sistema que intentara garantizar al máximo la asistencia de pacientes.

En este trabajo nos proponemos valorar el impacto económico que hubiera representando la inexistencia del sistema anterior.

Material y métodos:

Se incluyen las llamadas efectuadas a lo largo de seis meses para un total de nueve servicios, detallando el número de llamadas efectuadas para cada uno de ellos y el número

cambios efectuados. Posteriormente y establecidos los costes de primera visita mediante contabilidad analítica se valorará el impacto económico de los cambios efectuados debido a la gestión telefónica.

Conclusiones:

Las conclusiones a las que hemos llegado abarcan dos aspectos fundamentalmente:

-Asistenciales:

- Disminución de la lista de espera de primera consulta.
- Mayor grado de cumplimiento de primera consulta.
- Económicos:
- Los costes evitados al completar el máximo número de huecos por agenda/servicio.

Los otros usos de la documentación clínica, versus, derecho de confidencialidad de los datos

García Sánchez M. J.; Pay López J.; Picazo Córdoba R.; Serrano Santos E.; Villegas García M.; Alcaraz Quiñonero M.

Introducción:

Es difícil encontrar una profesión científica donde de manera sistemática se realice una recogida de datos tan prolífica y metodológica como se realiza en el entorno hospitalario. Este hecho da lugar a que la información registrada tenga muchos posibles solicitantes y para múltiples utilidades. Con motivo de la puesta en marcha de la Ley 41/2002 y 15/1999 se ha creado un documento de solicitud de información clínica, que pretende responsabilizar a los solicitantes del uso de esa información.

Nos proponemos averiguar cuales son nuestros principales clientes en la solicitud de documentación clínica y su uso (no asistencial).

Materiales y métodos:

1. Creación de la Comisión de Seguridad de los sistemas de información.
2. Creación de un protocolo de solicitud obligatoria que lleve entre otros los siguientes ítems:
 - a. Tiempo de solicitud mínimo de 10 días para favorecer la eficiencia en la gestión de búsqueda de historia clínica.
 - b. Obligatoriedad de aceptar las condiciones de las leyes 41/2002 y 15/1999.
 - c. Identificación de los solicitantes de historia clínica con DNI y N° de Colegiado si procede.
 - d. Identificación del motivo de solicitud.
3. Explotación estadística del protocolo de solicitud de historia clínica.

Resultados:

Puesta en marcha el 30-1-06. Fecha de estudio 28-4-06 (periodo de evaluación 3 meses)

1. N° Solicitudes : 148
2. Principales servicios (por n° de solicitudes): Asesoría Jurídica, Consejería de

Sanidad, Cirugía General, Aparato Digestivo, Análisis Clínicos, Ginecología...

3. Motivos de solicitudes:

Epidemiológicos: 9
Salud Pública: 10
Evaluación Sanitaria: 6
Fines Judiciales: 64
Investigación: 49
Docencia: 10

4. N° de HC solicitadas: 3167, 21 de promedio por estudio (2340 para investigación, el 73%)

5. Tiempo de entrega: 100% de los casos antes de 7 días (se realiza en exclusividad los fines de semana)

Conclusiones:

1. El presente protocolo es una de las medidas tomadas por la Comisión de Seguridad de Sistemas de información cuya finalidad es garantizar la confidencialidad de los datos del paciente.
2. La protocolización de la solicitud con identificación del solicitante y del promotor del estudio en su caso permite garantizar la responsabilidad individual de los receptores de la información. El protocolo incorpora los artículos de la Ley 41/2002 y 15/99 que obliga a respetar el derecho a la confidencialidad, firmando el receptor que los conoce y asume.
3. El elevado volumen de trabajo para archivo se realiza en fines de semana ya que hay recursos ociosos, permitiendo aumentar la eficiencia en la distribución de las cargas de trabajo sin alterar el normal funcionamiento de la actividad programada, asegurando la entrega en un plazo inferior a 7 días.
4. El mayor volumen de historias solicitadas en nuestro hospital es para investigación, seguido de fines judiciales, docencia y epidemiología y salud pública.

Mejora de la accesibilidad y grado de satisfacción de los usuarios en tratamiento de anticoagulación oral. Un proceso integrado AE-AP

Domenech Gil M.; Tamayo Gegundez A.; Dameto Vivo M. J.; Bañon Clemente A.; Alcover Sansaloni M.

Introducción:

Participación en un proceso integrado Atención Especializada / Primaria como el control de tratamiento anticoagulación oral (TAO) para ofrecer mejora en la atención, acercamiento a la comunidad, continuidad asistencial y reducción coste/ tiempo de los desplazamientos de usuarios y acompañantes. Describir el proceso de seguimiento a usuarios con TAO y conocer su grado de satisfacción.

Material y métodos:

El Coll de'n Rebassa (CS) tiene dispersión geográfica y una insuficiente red de transporte público. Para asumir el control y seguimiento TAO se realizaron sesiones formativas entre el Servicio de Hematología Hospital Son Llàtzer (FHSL) y el equipo de enfermería del C.S. Se dotó al centro del material necesario: aplicación informática, aparato Protimed y hojas de pauta de anticoagulación. Se determina el INR

en el centro de salud y se evalúa el seguimiento del tratamiento. Vía electrónica los resultados son enviados a FSHLL que los valida y remite la nueva pauta.

Realizamos un cuestionario de satisfacción a 47 personas de un total de 230 en control TAO en el CS de octubre 2005 a febrero 2006.

Conclusiones:

Grado de satisfacción:

- + bueno-muy bueno en: trato recibido 90 % (42)
- + " " " " accesibilidad 85% (40)
- + normal: tiempo de espera resultados 55% (26);
- + corta-muy corta en espera realización prueba 66% (31)

Este proyecto ha supuesto una mejora en la accesibilidad al control y satisfacción de los usuarios en TAO .

Perfil de los pacientes que acceden a un Servicio de Urgencias Hospitalario.

Carpio Pérez A.; Alonso Sardón M.; Mirón Canelo J. A.; Menor Odriozola A. R.

Introducción:

Los factores que llevan a que el ciudadano acceda a los recursos sanitarios son múltiples y complejos. Influyen, entre otros el desarrollo de la Atención Primaria, el funcionamiento y rápido acceso a la Atención Especializada, la interrelación entre ambas, las características sociosanitarias del medio en el que nos movemos y también de las características epidemiológicas y demográficas de la población. La sobreutilización de los SUH se debe a un aumento desproporcionado de pacientes con un uso inadecuado de los mismos, ya sea por problemas no realmente urgentes, falta o mala organización de otras áreas del sistema sanitario, por problemas sociales o por otras causas. Como resultado final llegamos a la masificación de los SUH a expensas, en parte, de casos que podrían haber sido atendidos en otros niveles asistenciales.

Material y métodos:

Estudio descriptivo longitudinal retrospectivo (después del alta o ingreso) de una muestra representativa (1068) de historias clínicas recogidas en el SU del Hospital Universitario de Salamanca, año 2003.

Resultados:

De las 1068 historias clínicas revisadas, 48,2% (515) corresponden a hombres y 51,8% (553) a mujeres. La edad media obtenida ha sido 48,21 años (D.T.: 22,56). El rango o intervalo se sitúa entre los 13 y los 99 años. Recordamos que excluimos del estudio los pacientes en edad pediátrica. Solo se han recogido tres casos de pacientes de 13 años porque fueron atendidos por los médicos de adultos. Si agrupamos las edades tenemos que el grupo más frecuentador del SU es el incluido en el rango de 19 a 25 años con un 15,4% (165), seguidos por los de 36 a 45 años 14,3% (153) y por los de 66 a 75 años que suponen un 14% (150). Destacamos únicamente que los grandes ancianos, es decir las personas mayores de 85 años, han supuesto un 4,8% (51). Tenemos que destacar la falta de informa-

ción en las historias clínicas referentes a todos los datos sociodemográficos como la situación familiar, laboral, ocupación laboral, nivel de instrucción, nivel de estudios...por lo que este objetivo de nuestro trabajo no ha podido ser completado.

En el 90,9% (971) de los casos desconocemos cómo ha sido la llegada al SU (Tabla 2) y aunque podríamos suponer que ha sido en automóvil propio, no podemos constatarlo. El 3,2% (32) llegaron en ambulancia ordinaria. Los servicios de emergencia llevaron al 4,9% (52) de los pacientes y un caso fue trasladado por la guardia civil.

Más de la mitad de los pacientes, 569 (53,3%) proceden de la propia ciudad donde se encuentra el hospital. Explicamos que 550 (51,5%) pertenecen a la propia ciudad de Salamanca, incluyendo a una persona de la que no tenemos datos que permitan incluirlo en una zona básica de salud concreta y el resto (19 pacientes) son pacientes que residen en la ciudad de Béjar y que han sido atendidos en el propio hospital de Béjar por lo que no existe desplazamiento para trasladarse al hospital. 105 pacientes (9,8%) provienen de poblaciones situadas a menos de 15 km de la ciudad, al igual que los que se encuentran entre 31 y 55 km. (Tabla 5). El 46,3% (3 de la provincia y sólo el 6,2% de 1 de otras provincias. El 69,3% de los pacientes que han acudido al SU tienen un PAC (Punto de Atención Continuada) en su misma localidad de residencia.

Si estimamos que la mayoría de las poblaciones que circundan la ciudad se han convertido en zonas residenciales con urbanizaciones de nueva creación podemos suponer que se trata de población urbana, por lo que hasta un 64,2% (de los usuarios del SU, si incluimos los que viven en un círculo de 15Km. alrededor de la ciudad, podrían considerarse población urbana.

Por lo tanto 550 (51,5%) pacientes pertenecen a zonas básicas de salud etiquetadas como urbanas, es decir las incluidas dentro de la ciudad de Salamanca, 445 (41,7%) son atendidas en

ZBS consideradas rurales (incluido Béjar) y los 73 restantes son personas desplazadas de otras provincias (65, 6.1%) o del centro penitenciario (2, 0.1%). (Tabla 6)

El 72,2% (771) de los pacientes acuden al SU por "motu proprio" (Tabla 3), mientras que un 20,6% es derivado por sus médicos, bien su médico de cabecera habitual (11.1% -119 pacientes) o por el equipo de guardia del PAC de Atención primaria (9.5% -101pacientes). Los pacientes derivados por los equipos de emergencia suponen un 4.1% (44 pacientes), y proceden de otros hospitales un 1.9% (20pacientes).

El motivo principal del motu propio es por rapidez y comodidad, en 438 pacientes (55.1%). Los accidentes, de tráfico o laborales suponen un 5.4% (43 pacientes). Por gravedad aparente acuden 127 pacientes (16%) y 59 pacientes (7.4%) son desplazados de otros lugares. (Tabla 4)

En cuanto al motivo de consulta, el 75,5% (806) se trata de un problema agudo y el 11,25% (119) de la reagudización de un problema crónico. 106 (10.02%) pacientes acuden para seguimiento y 63 (5.96%) para conocer un diagnóstico.(Figura 3).

Los síntomas de consulta más frecuentes serían el dolor 29.96% (320), seguido por orden de frecuencias por traumatismos y accidentes 24.5% (250), oftálmológicos 6.27% (67) y patología neurológica 6.10% (63). (Tabla 8)

El inicio de los síntomas se sitúa, en el 54.8% (585) de los casos, horas antes. En 376 casos (35%) el problema comenzó días antes. En 44 casos 4% semanas antes, en 34 casos (3%) meses antes y 3 pacientes comentan que llevan años. En 26 (2%) casos no está recogido el dato.

En cuanto a los hábitos tóxicos de la población (Figura 5), el dato no aparece reflejado en el 26.5% de las historias clínicas (283). Reconocen el consumo de tabaco 139 personas (9.4%), alcohol 51 pacientes (4.77%), cocaína sólo tres (0.28%) y otras drogas 2 personas (0.19%). 617 personas (56%) dicen no tener hábitos tóxicos.

Conclusiones:

Destacar la falta de cumplimentación de las historias clínicas, fundamentalmente de datos sociodemográficos, que podrían ayudar a describir el perfil de los usuarios de un SU. Queda pendiente analizar estrictamente el acceso al SUH desde cada Zona Básica de Salud.

Programa de atención farmacéutica destinado a mejorar la calidad y controlar el coste del tratamiento en pacientes VIH+

Valverde Merino M. P.; Cabrera Figueroa S.; González Martín M. C.; Domínguez-Gil Hurlé A.

Introducción:

El tratamiento antirretroviral tiene un elevado coste y en un entorno donde los recursos son limitados, resulta importante gestionarlos correctamente. Este tratamiento tiene además el inconveniente de que resulta complejo de seguir adecuadamente para los pacientes, entre otros motivos, por el alto número de comprimidos que deben tomar, la cronicidad, las restricciones dietéticas y la aparición frecuente de efectos adversos. Considerando estos dos factores, se ha puesto en marcha un programa de atención farmacéutica con el objetivo de optimizar la utilización de medicamentos en los pacientes VIH+.

Material y métodos:

El programa de atención farmacéutica está dirigido a todos los pacientes externos VIH+ que acuden a recoger medicación al Servicio de Farmacia de un hospital universitario de cuarto nivel. Este programa consta de:

- a) seguimiento personalizado de los pacientes mediante una entrevista trimestral con los mismos en la que se registra el grado de adherencia al tratamiento (mediante cuestionario SMAQ y revisión del registro de dispensaciones) y los principales problemas que encuentran para cumplirlo correctamente (hábitos de vida, posibles interacciones, efectos adversos, etc). Una vez recogidos estos datos, se les proporciona información individualizada tanto oral como escrita.
- b) monitorización de concentraciones séricas de antirretrovirales pertenecientes a los grupos de inhibidores de la proteasa e inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de nucle-

ósidos mediante la determinación por una técnica HPLC-UV y la interpretación farmacocinética con ayuda del programa PKS-Abbott®.

Conclusiones:

El gasto del hospital en antirretrovirales durante el año 2005 supuso el 11,9% del presupuesto en medicamentos. El coste por paciente y año de tratamiento (PMF) oscila entre 5.391 y 12.217 €, siendo el valor medio de 6.712 €/paciente/año. En los seis meses de desarrollo del programa de atención farmacéutica se han realizado 301 entrevistas. Sólo entre el 59 y 65% de los pacientes cumplen correctamente el tratamiento (según el método de medida). Otros problemas detectados en la entrevista que pueden determinar la falta de eficacia de los antirretrovirales han sido interacciones medicamento-alimento, interacciones medicamento-medicamento y frecuencias de administración erróneas. Mediante la monitorización de niveles séricos se han determinado 357 concentraciones, de las cuales el 21% eran infraterapéuticas y el 27% potencialmente tóxicas. Ambas situaciones pueden desembocar a medio plazo en la necesidad de cambio de tratamiento si no se manejan adecuadamente. En conclusión, poder evitar un cambio de tratamiento mediante el control de los factores que conducen al fracaso terapéutico supone una ventaja tanto para el paciente, que conserva opciones terapéuticas futuras, como para el sistema sanitario, puesto que los tratamientos alternativos son siempre más caros que los iniciales. Es necesario realizar un análisis coste-efectividad a largo plazo de las intervenciones realizadas para conocer si el programa de atención farmacéutica implementado es eficiente en relación a la no intervención.

Satisfacción del usuario en un hospital de tercer nivel

Santos Sanz S.; González Natal M. N.; Tamames Gómez S.; Pérez Rubio A.; Luquero Alcalde F. J.; Cantón Álvarez M. B.; Gil González J. M.; de la Torre Pardo M. P.; Castrodeza Sanz J. J.

Introducción:

La calidad asistencial en los hospitales es uno de los objetivos primordiales en los planes de gestión sanitaria. Tan importantes es alcanzar el objetivo como la evaluación del proceso para observar oportunidades de mejora. El plan Anual de gestión del HCUV del 2004 contiene como línea estratégica II "La orientación al usuario" mediante la información al mismo y la gestión de la calidad percibida. El cuestionario de satisfacción del usuario fue la herramienta de calidad utilizada para medir los resultados logrados.

Objetivo: Evaluar la satisfacción del paciente atendido en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid durante el año 2004.

Material y métodos:

Estudio observacional transversal.

Población diana: 1.278 Pacientes atendidos en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid durante el año 2004 a los que se envió por correo ordinario el cuestionario de satisfacción.

Muestra: 582 cuestionarios reclutados. **Unidad de análisis:** utilizamos como instrumento para la evaluación un cuestionario de 33 ítems que incluyen variables a cerca de la calidad de la asistencia sanitaria, la satisfacción global con los cuidados sanitarios y los factores sociodemográficos del paciente.

Análisis estadístico: Análisis del perfil del paciente satisfecho y valoración de la satisfacción asociada a cada uno de los ítems de la encuesta mediante el test estadístico ji cuadrado de Pearson. Los resultados se analizaron mediante el paquete informático SPSS® 13.0.

Conclusiones:

La tasa de respuesta de los cuestionarios enviados a la población diana fue del 45,54%. El 87,5% de los pacientes que respondieron a esos cuestionarios están satisfechos o muy satisfechos del servicio recibido. El paciente satisfecho y muy satisfecho es un varón (50,1%) o mujer (49,9%), mayor de 65 años (60,8%), jubilado (46,2%) y con estudios primarios (55,5%), siendo estos resultados estadísticamente significativos.

Los principales ítems en los que aparece una elevada satisfacción (mejor o mucho mejor de lo esperado) han sido: la disposición del personal para ayudar al paciente cuando es necesario (61,39%); la confianza (66,1%) y amabilidad (74,2%) que el personal transmite al paciente; la preparación del personal para realizar su trabajo (67,5%); el trato personalizado (63,8%); la información que dan los médicos a la familia (61,14%) y el interés que muestra el personal de enfermería (63,5%).

Los elementos peor valorados por los enfermos (peor o mucho peor de lo esperado) fueron el estado de las habitaciones (41,0%) y el tiempo de espera para ser atendidos (20%).

- La gran mayoría de los pacientes de la muestra consideran estar satisfechos con el servicio recibido. Los aspectos mejor valorados se refieren a la disposición del personal, confianza y amabilidad, su capacitación y el trato recibido.
- La utilización de instrumentos de medida de la calidad asistencial nos proporciona datos para medir y valorar la satisfacción del paciente que pueden ser de utilidad para descubrir oportunidades de mejora y para la asignación de los recursos sanitarios.

Avance en la calidad de la continuidad asistencial con la cirugía mayor ambulatoria y atención primaria

Fernández Araque A. M.; Alcaina Sánchez C.; Delgado Ruiz E.; Ladrón Moreno E.; Iglesias Gómez F. J.

Introducción:

Mejorar la comunicación entre Atención Especializada y Atención Primaria es clave para prestar al usuario una asistencia sanitaria de calidad y eficacia. Uno de los mayores avances de la sanidad actual ha sido desarrollo de la cirugía mayor ambulatoria (CMA) permitiendo al paciente regresar a su domicilio en el mismo día de la intervención garantizando una continuidad en la prestación de los cuidados que pueda necesitar.

El actual sistema de comunicación entre ambos niveles asistenciales permite mantener un flujo adecuado de información sobre el paciente con el objetivo de facilitar la atención y mejorar la calidad del sistema sanitario en dicho servicio.

El objetivo del estudio es determinar el beneficio del circuito de seguimiento en Atención Primaria en la calidad asistencial y en la percepción y satisfacción del usuario.

Material y métodos:

Desde Atención Primaria el programa se lleva a cabo gracias a la utilización de herramientas tecnológicas, informáticas, administrativas y todos los profesionales sanitarios y administrativos necesarios para ello.

El sistema de entrada de pacientes en la CMA se gestiona desde el hospital donde deben cumplir los criterios de inclusión, una

vez que el paciente es intervenido, se elabora el informe de alta que es remitido al centro de salud, vía fax; comenzando el circuito de la continuidad asistencial en primaria.

Conclusiones:

Con el análisis del circuito de continuidad asistencial de Atención Primaria respecto a la CMA muestra, que su coste supone un alto beneficio, alcanzándose una continuidad en A.P. de un 88,2% del total de CMA realizadas en 2005.

Los resultados demuestran la influencia positiva en la calidad recibida y percibida por el usuario con este servicio y la importancia de una estrecha colaboración entre ambos niveles suponiendo un ahorro de estancias hospitalarias.

Podemos constatar el beneficio, no solo económico, del programa y del apoyo, colaboración y actuación desde Atención Primaria en este servicio sino la gran repercusión que tiene en la calidad asistencial, la satisfacción percibida por el usuario y desde un punto de vista social la adaptación del sistema sanitario a la realidad social de facilidad, accesibilidad e integración a la vida cotidiana del usuario, al favorecer la recuperación del paciente en su entorno familiar y social proporcionándole seguridad, continuidad en sus cuidados y calidad de vida.

Incorporación de la Unidad de Cuidados Paliativos Domiciliarios en el Complejo Asistencial de Segovia: Un año de vida

Urbano Matarranz Casado J; Maroto Gómez L.; Ucar Corral E.; Sánchez Sánchez M.; Manzano Moro D.

Introducción.

A lo largo del año 2003 se establece un acuerdo de colaboración entre la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) y la Junta de Castilla y León. Este convenio se materializa en Segovia en 2005, tras varios intentos, con la puesta en funcionamiento de una Unidad de Cuidados Paliativos Domiciliarios (UCPD) en el Área de Salud de Segovia, ofreciendo el Complejo Asistencial de Segovia sus instalaciones.

Objetivos:

Objetivo General:

Describir la actividad realizada por esta Unidad a lo largo del primer año de existencia.

Objetivo Específicos:

Describir la Unidad de Cuidados Paliativos Domiciliarios.

Analizar la actividad asistencial de la UCPD en el año 2005 y 2006

Analizar el origen de las derivaciones realizadas a la UCPD.

Material y métodos:

Se realiza un estudio descriptivo de la Unidad de Cuidados Paliativos Domiciliarios en el Complejo Asistencial de Segovia.

Se analiza la actividad asistencial realizada por la UCPD en el periodo comprendido entre Abril de 2005 y Marzo 2006.

Es un estudio observacional retrospectivo de un año de duración.

El ámbito de estudio: El Complejo Asistencial de Segovia que cuenta con una cartera de servicios de nivel II, da cobertura a una población de referencia de 141.976 personas, según censo de tarjeta sanitaria, en la provincia de Segovia, con una población muy envejecida.

Conclusiones:

- Se ha constituido un importante nexo de unión entre los pacientes susceptibles de atención domiciliaria y el propio hospital.
- El desarrollo de la Unidad de Cuidados Paliativos Domiciliarios, favorece la inclusión en el programa de pacientes derivados por los diversos servicios y unidades clínicas del hospital.
- La colaboración entre facultativos del centro y la Unidad de Cuidados Paliativos puede marcar la continuidad de una atención al paciente de la cual carecía la población de Segovia.
- El valor de la Unidad de Paliativos tendría una incidencia muy favorable en las encuestas realizadas a los pacientes sobre el grado de satisfacción de salud elaboradas por Sacyl.

Estrategias para la implantación de una correcta higiene de manos en el medio hospitalario.

Torres Fernández-Gil M. A.; Martín Martín C.; Extremiana Saenz P; Lahoz Moneva R.; Peciña Sacristán C.

Introducción:

En el año 2005, la OMS marcó como objetivo prioritario de seguridad del paciente la reducción de la infección nosocomial. La medida que se ha demostrado más efectiva y eficiente para el logro de este objetivo, es la realización como parte de las precauciones estándar, de una adecuada higiene de las manos en el medio hospitalario. Estudios observacionales recogidos en la literatura médica, indican un escaso grado de cumplimiento del lavado de manos entre el personal sanitario. En el año 2005 con el apoyo e impulso de La Consejería de Salud iniciamos una serie de acciones dirigidas a mejorar la práctica del lavado de manos en nuestro hospital. Entre estas iniciativas destaca la potenciación del uso de soluciones alcohólicas como sustituto ó complemento al lavado tradicional.

Material y métodos:

Fase de Planificación:

1. Formación de un equipo multidisciplinar (médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería y celadores) entre los distintos Servicios/Unidades seleccionadas conforme a criterios previamente definidos. Su misión es la de colaborar en las actividades de difusión e implantación del proyecto, asegurando la implicación de profesionales de los diferentes estamentos.
2. Identificación de puntos críticos y estudio de necesidades : Se determinaron los puntos de ubicación de los recursos materiales (jabón líquido neutro y/o antiséptico, solución alcohólica y soportes de pared). Se estimaron las necesidades para dotar de forma óptima todos los puntos.
3. Valoración de los conocimientos y actitudes respecto al lavado de manos entre los profesionales sanitarios, mediante cuestionario estructurado con preguntas cerradas.
4. Elaboración/revisión de protocolos: Revisión de procedimientos para el lavado de manos higiénico, antiséptico y quirúrgico. Se inicia la elaboración de una guía sobre higiene de manos en el medio sanitario.
5. Elaboración de material gráfico para la difusión del proyecto en el hospital: dípti-

cos y trípticos informativos y pósters recordatorios sobre la práctica del lavado de manos.

Fase de Implantación:

1. Distribución de los recursos materiales dando prioridad a las áreas definidas como de alto riesgo (pacientes críticos, mayor incidencia de infección nosocomial...) y mayor demanda potencial.
2. Plan de difusión y formación a los profesionales:
 - Distribución de los distintos procedimientos sobre lavado de manos (higiénico, antiséptico y quirúrgico) y uso de guantes entre todas las unidades/servicios hospitalarios.
 - Charlas y sesiones informativas impartidas en el hospital y en la Escuela de enfermería.
 - Entrega individualizada a cada trabajador de dípticos/trípticos informativos sobre los diferentes tipos de lavado de manos.
 - Colocación de pósters "recuerda" en puntos estratégicos de todas las plantas de hospitalización.
3. Reuniones periódicas del grupo multidisciplinar con la finalidad de recoger sugerencias para la resolución de problemas (ej. disponibilidad de recursos), ideas para monitorizar el cumplimiento de la higiene de manos y establecer de forma coordinada las acciones de mejora.

Conclusiones:

La importancia del lavado de manos como medida de prevención de la infección hospitalaria es escasamente ponderada por los profesionales de la salud, por lo que se necesitan campañas de información y formación encaminadas a promover y mejorar esta práctica. La implicación de todos los estamentos profesionales resulta clave para el éxito del programa.

Para asegurar la efectividad de las acciones emprendidas se necesita contar con apoyo Institucional y una adecuada dotación de recursos.

La elevada carga de trabajo y la dificultad en el acceso a puntos de lavado, suponen

importantes barreras para realizar una correcta higiene de manos. Las soluciones alcohólicas, por su eficacia antimicrobiana, rapidez y accesibilidad a su utilización, cons-

tituyen una buena alternativa para mejorar la adherencia a esta práctica, y reducir en consecuencia la incidencia de infección nosocomial.

Torres Fernández-Gil M. A. y cols. Estrategias para la implantación de una correcta higiene de manos en el medio ...

Pósters (Gestión de riesgos)

Contratos de gestión integrales en el servicio extremeño de salud

Alonso Núñez V.; González Conde G.; García Peña F. M.; García Fernández J.; Pulido Cordero T.

Introducción:

En Extremadura la Consejería de Sanidad y Consumo y el Servicio Extremeño de Salud desde la publicación de la Ley de Salud de Extremadura y más concretamente desde las transferencias sanitarias, han apostado por integrar todos los recursos de atención sanitaria y sociosanitaria bajo la misma organización. Fruto de ello fue desde el inicio la creación de las Gerencias únicas de Área, así el artículo 32 de la Ley de Salud de Extremadura establece que el Sistema Sanitario Público de Extremadura se ordena en demarcaciones territoriales denominadas Áreas de Salud, dentro de las cuales se dispondrá de las dotaciones necesarias para prestar atención primaria, atención especializada y atención sociosanitaria. Como resultado de esta organización, año a año desde las transferencias sanitarias, se han ido introduciendo nuevos epígrafes que permitan ir reflejando esta nueva realidad. Paulatinamente se han ido introduciendo, aparte de los objetivos clásicos de actividad y financiación, otros relacionados con salud pública y atención sociosanitaria.

Material y métodos:

Tomando como partida el Plan de Salud de Extremadura 2005-2008 y el Plan Estratégico del Servicio Extremeño de Salud 2005-2008, el Contrato de Gestión de la Consejería de Sanidad y Consumo con el Servicio Extremeño de Salud, y los contratos de gestión de años anteriores, se ha elaborado el Contrato de Gestión del Servicio Extremeño de Salud con las Áreas de Salud para el año 2006, introduciendo múltiples cambios en base a los documentos tenidos en cuenta y a la adaptación del Servicio de Salud a la nueva realidad organizacional extremeña. Se ha comparado el documento estándar del año 2006 con los últimos contratos de gestión del extinto INSALUD (concretamente del año 2001) y se han analizado sus resultados.

Conclusiones:

Una vez analizados los contenidos de los Contratos de Gestión del INSALUD con las Gerencias de los Hospitales y de Atención Primaria, y comparados con el Contrato de Gestión del Servicio Extremeño de Salud 2006, podemos afirmar que, a pesar de mantener una estructura parecida, más de dos terceras partes de su contenido ha variado a expensas de introducir nuevos apartados, objetivos e indicadores resultantes de la integración de todos los recursos asistenciales bajo la Gerencia del Área de Salud.

Las principales innovaciones del Contrato de Gestión del Servicio Extremeño de Salud con las Áreas de Salud para el año 2006 son:

1. Objetivos Generales Institucionales derivados de las grandes líneas estratégicas del Plan Estratégico del Servicio Extremeño de Salud y del Plan de Salud de Extremadura.
2. Integrar los objetivos de Atención Primaria y de Salud Pública.
3. Objetivos de los dispositivos "horizontales" de Urgencias Emergencias, Unidades del Dolor y los Equipos de Soporte de Cuidados Paliativos.
4. Estructura, recursos y actividades de Salud Mental, Atención Sociosanitaria y Drogodependencias.
5. Objetivos de Calidad de Gestión de Riesgos Sanitarios y de Calidad en Enfermería.
6. Estructura presupuestaria en el que se mantiene el nuevo modelo de financiación aplicado a las Áreas de Salud en el año 2005 por la Dirección General de Presupuestos (básicamente establece una financiación por actividad en Atención Especializada, capitativa corregida en Atención Primaria y mixta en Atención Sociosanitaria y resto de dispositivos), con la novedad de incluir un anexo de regularización de la financiación en base al objetivo del 2005 y al cierre de actividad del 2005.

Organización de los servicios de referencia de atención especializada en Castilla y León

Álvarez Requejo A.; García Reguero T.; González Martín A.; Nieto Martín M. A.; Revilla Asensio A. B.

Introducción:

Las características sociodemográficas de Castilla y León condicionan decisivamente tanto el estado de salud, como la tipología y organización de los servicios sanitarios precisos para responder a las necesidades de esta población. Para garantizar la equidad y la accesibilidad a la atención especializada (AE), con unas condiciones óptimas de calidad y seguridad y una gestión eficiente de los recursos, se planteó la necesidad de regular los flujos de pacientes y disponer de cauces ágiles de derivación mediante un sistema de servicios de referencia.

Los servicios de referencia (SR) son dispositivos asistenciales que concentran recursos diagnósticos y terapéuticos para la atención a patologías que requieren alta especialización o agrupación de casos.

Este trabajo describe el proceso seguido para establecer la organización de los servicios de referencia en la Comunidad de Castilla y León.

Material y métodos:

Se analizó la información correspondiente a los años 2002-2003 sobre dotación de especialidades médicas por áreas de salud, cartera de servicios de los centros, patrones de derivación de pacientes por especialidades desde las diferentes áreas de salud, actividad asistencial, listas de espera y demora y morbilidad atendida (CMBD hospitalario), así como situación y previsiones de evolución del estado de salud, demográficas y de infraestructuras.

Conclusiones:

Castilla y León se ha estructurado en dos demarcaciones asistenciales para la AE, que agrupan áreas de salud con dotación hospitalaria de complejidad diversa:

- Zona Oeste, que comprende las áreas de Ávila, Bierzo, León, Salamanca y Zamora.
- Zona Este, que incluye las áreas de Burgos, Palencia, Segovia, Soria, Valladolid-Este y Valladolid-Oeste.

Se ha establecido un sistema de servicios de referencia de tipo piramidal organizado en dos niveles: uno de carácter general, que sigue un esquema territorial y de nivel hospitalario, y otro específico para los servicios y/o prestaciones disponibles sólo en unos pocos centros, que se sustenta en unos mecanismos ágiles de derivación entre niveles.

Se identificaron 13 servicios específicos de referencia, 7 de tipo quirúrgico y 6 de servicios y unidades centrales o especiales.

En el proceso, se detectaron carencias y disfuncionalidades que se han podido solventar mediante reorganización funcional y asignación de nuevos recursos.

Es precisa una actualización permanente de los SR, de manera que se adecuen a las variaciones de las necesidades sanitarias y de la dotación de recursos asistenciales.

Los SR han permitido regularizar y mejorar la derivación una vez superadas las posibilidades asistenciales en el área de origen del paciente.

Proyecto de coordinación interniveles en materia de prescripción de medicamentos: papel del farmacéutico

Aznarte Padial P.; García Ruiz G.; Martín Suances S.; Espinola García E.;
García Lirola M. A.; Amaya S.; Sánchez Osorio F.; Calleja Hernández M. A.

Introducción:

La continuidad asistencial debe velar por conseguir una atención sanitaria continuada, integral, personalizada y de calidad para el paciente. La prescripción médica emitida desde Atención especializada dificulta, en ocasiones, el mantenimiento de esta continuidad. El Plan de Uso Racional del Medicamento implantado en Atención especializada desde 2001, ha conseguido establecer unas directrices comunes en materia de utilización adecuada de medicamentos y una corresponsabilización conjunta en la contención del gasto farmacéutico. No obstante las dificultades percibidas por el paciente en materia de acceso al tratamiento, constituyen un punto crítico a tener en cuenta en el marco de la continuidad asistencial.

Material y métodos:

La Unidad de Gestión Clínica de Farmacia de un hospital de tercer nivel se plantea la necesidad de conocer los problemas más importantes que llevan a la interrupción de la continuidad asistencial, derivada de la prescripción en receta de los facultativos especialistas. Se decide programar un calendario de reuniones periódicas con los Técnicos del Área del Medicamento de todos los distritos sanitarios de la provincia, en las cuales se pongan de manifiesto este tipo de problemas. Esta UGC, se compromete a priorizar el abordaje de aquellos problemas que se presenten con una mayor frecuencia. Por otra parte se establece una vía de comunicación rápida y directa entre ambos niveles, para la resolución de problemas puntuales.

Conclusiones:

Entre julio 2005- abril 2006 se han celebrado 7 reuniones de coordinación. Tras plantearse los problemas más frecuentes se han priori-

zando las intervenciones en materia de visado de medicamentos. En primer lugar se ha llegado a un acuerdo para agilizar la renovación de informes de continuación de este tipo de medicamentos, en el marco de la gestión por procesos. Se ha protocolizado el seguimiento de pacientes en tratamiento con clopidogrel en los servicios de neurología y cardiología, estos últimos al alta hospitalaria, por parte de la UGC de Farmacia. Se ha comprobado el motivo de prescripción en pacientes, de los cuales han necesitado de un trámite de utilización por uso compasivo al tratarse de una indicación no aprobada. Se ha detectado una necesidad de actuación, que ya ha sido consensuada, en la utilización de antiepilépticos en pacientes psiquiátricos y sometidos a tratamiento de deshabitación para el tratamiento del control de impulsos. Se ha diseñado un protocolo de seguimiento de las indicaciones de uso de nutrición enteral al alta hospitalaria, que se implantará en breve. Se han resuelto con la mayor brevedad posible, todas las comunicaciones puntuales hechas por los farmacéuticos de Atención Primaria, sobre problemas de visado de receta, contactando con los facultativos especialistas responsables de las mismas.

La comunicación entre los farmacéuticos de ambos niveles ha conseguido solucionar los problemas planteados de una forma más ágil y cómoda para los pacientes. La comprobación de indicaciones de prescripción al alta hospitalaria, permite anticiparse a las dificultades que se encontrará el paciente cuando vuelva a casa. El número de pacientes que se han beneficiado de esta actuación conjunta, parece ser motivo suficiente para mantener este proyecto y ampliarlo. La continuidad asistencial en esta materia ha mejorado con un planteamiento sencillo que se basa en mantener un contacto directo.

Normas para autores

Remisión de documentos

Se enviará el manuscrito completo –texto e ilustraciones– en soporte papel y una copia en soporte informático especificando el nombre del archivo y el programa utilizado a:

FUNDACION SIGNO. Sor Ángela de la Cruz 24, esc B, 6-J . 28020-Madrid
Tfno.: 91 579 58 32. Móvil: 629 685 190
E-mail: secretaria@fundacionsigno.com

La revista Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios dará acuse de recibo de los trabajos remitidos que serán revisados por el Comité de Redacción. La remisión de un artículo a la revista para su valoración implica la cesión de derechos de reproducción a la Fundación Signo.

Tipos de artículo

- **Originales:** trabajos de Investigación relacionados con la gestión en el ámbito sanitario.
- **Puntos de encuentro:** reunión entre expertos en un tema con la finalidad de establecer conclusiones, líneas de actuación y “productos” que mejoren la gestión sanitaria.
- **Otras colaboraciones:** reseñas, trabajos de opinión o actualidad que, por el interés de su contenido, deban ser publicados.

Presentación y estructura de los artículos

- **Título:** título completo (en español y en inglés), nombre completo y dos apellidos de los autores, nombre y dirección completa del centro de trabajo (dirección postal, número de teléfono, fax, e-mail).
- **Resumen y palabras clave:** el número de palabras clave oscilará entre tres y cinco.
- **Abstract & key words:** en hoja aparte se escribirán la traducción del resumen y las palabras clave al inglés, incluyendo el título del trabajo.
- **Citas bibliográficas:** las citas bibliográficas se identificarán en el texto mediante números arábigos volados y en orden correlativo. Las comunicaciones personales y los datos no publicados no deberán aparecer en la bibliografía (se pueden citar entre paréntesis en el texto).
- **Tablas:** deberán escribirse a doble espacio en hojas separadas con número arábigo y un título en la parte superior y las notas explicativas al pie. Se admitirá un máximo de seis tablas.
- **Ilustraciones:** bajo este epígrafe se agrupan las fotografías, gráficos y esquemas con una numeración unificada. No contendrán datos repetidos en el texto. La publicación de diapositivas y fotografías será en blanco y negro.

El boletín de suscripción:

1. Permite recibir todas las revistas y suplementos de la revista que editemos durante el año 2006.
 2. Da acceso al **Club Signo** y a todas las actividades actuales y futuras de la Fundación.
- Puede suscribirse tanto personal como institucionalmente con la garantía de que todos los ingresos obtenidos se dedicarán al apoyo de proyectos y actividades que nos ayuden a mejorar la gestión sanitaria. Una vez más, gracias por su colaboración y confianza.

suscripción revista gestión y evaluación de costes sanitarios club signo

Nombre y apellidos/Nombre entidad:		DNI/CIF:	
Domicilio:	C.P.:	Población:	
Provincia:	E-mail:	Telf.:	Fax:
Centro de trabajo:	Prof./Cargo:		

Sí, deseo recibir la revista y participar en la Fundación Signo (marcar con una cruz donde proceda).

Suscripción personal: 40 euros/año
(1 ejemplar de cada revista
y cada suplemento)

Suscripción institucional:
190 euros/año
(Recibirá 5 suscripciones personales)

Precio por ejemplar: 11 euros

FORMAS DE PAGO

- Transferencia: N.º cuenta Fundación Signo: 0075 1352 15 060 0004061**
- Domiciliación: datos de banco para domiciliación anual:**

Banco:				
Ciudad:				
Datos de c.c.	Entidad	Oficina	D.C.	Cuenta
	□□□□	□□□□	□□	□□□□□□□□□□
Titular:		Ruego que, con cargo a mi cuenta, atienda los recibos presentados por la Fundación Signo.		
		Firma:		

- Tarjeta VISA o similares:**

Titular:		Teléfono de contacto:	
Fecha de caducidad:	Número de tarjeta:		
	□□□□□□□□□□□□□□□□		
Autorizo a la Fundación Signo a cobrar la suscripción anual previa comunicación, salvo orden expresa en contrario.		Firma:	

No dude en contactar con nosotros en FUNDACIÓN SIGNO.

C/ Sor Ángela de la Cruz 24, esc A, 4.º E, 28020 Madrid.

Tel.: 91 579 58 32/629 685 190 • www.fundacionsigno.com • e-mail: fundacionsigno@telefonica.net