

Editorial

Discurso de inauguración de las VII Jornadas de Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios 9

Política sanitaria

Razones por un pacto social por la sanidad: la perspectiva desde Canarias 15

Julios Reyes MM

Limitaciones de la relación entre gasto sanitario y Producto Interior Bruto (PIB) *per capita* 21

Sánchez Bayle M, Martín García M, Reverte Cejudo D

Gestión clínica

La descentralización del tratamiento anticoagulante oral: experiencia del Área Sanitaria VI del Servicio de Salud del Principado de Asturias 27

Pérez-Holanda Fernández S, Suárez González TV, Pérez Suárez J, Fernández González A, González Fernández AP, Villaverde Barón S

Opinión

Los parques científicos como espacio y agente de innovación en el sistema I+D 43

Bueno Campos E

Recursos Humanos

Evaluación de un programa de asesoramiento al personal de enfermería para la mejora del clima laboral 45

Moriano MJ, González B, Chimpén C

Sistemas de Información

Sistemas de Información y Gestión de Servicios de Enfermería 63

Carreras Viñas M

Sistemas de Información en Servicios de Enfermería 73

Bravo Rodríguez MC

Experiencia en la implantación de un Sistema de Información a proveedores a través de Internet 81

Fernández Martínez JJ, Rivero Ojeda MM, Déniz Torres M

Logística

Sistema de distribución de lencería circulante 85

García Alcázar C

Puntos de encuentro

Medicina privada: ¿damos lo que vendemos? 99

Baltar Trabazo JM

Normas para autores

107

Patronato de la Fundación Signo

Presidente: Alfredo García Iglesias. Secretario: Ángel J. Pérez Gómez. Vocales: Carmen Alberola Gómez-Escolar, 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, Eduard Jaurrieta i Mas, Orencio López Domínguez, Pablo López Arbeloa, 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 monográfico: 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 de Paula Rivas Clemente, Francisco de Paula Rodríguez Perera, Germán Seara Aguilar, Soledad Zuzuarregui Girones.

Colaboradores

José Luis Díaz Fernández (Andalucía), Miguel Carroquino Bazán (Aragón), Juan Ortiz Fuente (Asturias), Carlos Fernández Palomeque (Balears), José Manuel Baltar Trabazo y Diego Falcón Vizcaíno (Canarias), Alfonso Flórez Díaz (Cantabria), Sergio de Bustos Pérez de Salcedo y Carlos Fernández Rodríguez (Castilla y León), Ramón Gálvez Zaloña (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 (Murcia), Juan Pérez-Miranda Castillo (Navarra), Gonzalo Castillo de la Arena (País Vasco).

©Fundación Signo 2004

Edición, suscripción y publicidad: Fundación Signo. C/ Sor Ángela de la Cruz 24, esc B, 6.º J, 28020 Madrid. Tel.: 91 579 58 32 • www.fundacionsigno.es
e-mail: secretaria@fundacionsigno.com

ISSN: 1577-3558

Depósito legal: M-30689-2000

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 2005

Suscripción individual (1 ejemplar): 40 €

Suscripción institucional (5 ejemplares): 190 €

Precio por ejemplar: 7 €

Realización: Exlibris Ediciones, S.L.

Imprime: Desk Impresores, S.L.

Índice

Editorial

Discurso de inauguración de las VII Jornadas de Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios 9

Política sanitaria

Razones por un pacto social por la sanidad: la perspectiva desde Canarias 15

Julios Reyes MM

Limitaciones de la relación entre gasto sanitario y Producto Interior Bruto (PIB) *per capita* 21

Sánchez Bayle M, Martín García M, Reverte Cejudo D

Gestión clínica

La descentralización del tratamiento anticoagulante oral: experiencia del Área Sanitaria VI del Servicio de Salud del Principado de Asturias 27

Pérez-Holanda Fernández S, Suárez González TV, Pérez Suárez J, Fernández González A, González Fernández AP, Villaverde Barón S

Opinión

Los parques científicos como espacio y agente de innovación en el sistema I+D 43

Bueno Campos E

Recursos Humanos

- Evaluación de un programa de asesoramiento al personal de enfermería para la mejora del clima laboral 45
Moriano MJ, González B, Chimpén C

Sistemas de Información

- Sistemas de Información y Gestión de Servicios de Enfermería 63
Carreras Viñas M

- Sistemas de Información en Servicios de Enfermería 73
Bravo Rodríguez MC

- Experiencia en la implantación de un Sistema de Información a proveedores a través de Internet 81
Fernández Martínez JJ, Rivero Ojeda MM, Déniz Torres M

Logística

- Sistema de distribución de lencería circulante 85
García Alcázar C

Puntos de encuentro

- Medicina privada: ¿damos lo que vendemos? 99
Baltar Trabazo JM

- Normas para autores*** 107

Contents

Editorial

Opening Wellcome to the Seventh Meeting of Management and Health Costs Assessment 9

Sanitary Policy

Reasons for a social pact by the National Health Service in Spain: perspectives from the Canary Islands 15

Julios Reyes MM

Limitations between relationship health expenses and gross national income per person 21

Sánchez Bayle M, Martín García M, Reverte Cejudo D

Clinical management

Oral anticoagulant treatment in primary care: our experience in Sixth Health Care Area in Asturias 27

Pérez-Holanda Fernández S, Suárez González TV, Pérez Suárez J, Fernández González A, González Fernández AP, Villaverde Barón S

Opinion

Scientific and technical parks as areas and agents of innovation in the I+D system 43

Bueno Campos E

Human Resources

- Assessment of a nurse personal counseling program
for improving work climate 45
Moriano MJ, González B, Chimpén C

Information Systems

- Management and Information Systems in nursing services 63
Carreras Viñas M

- Information Systems in Nursing Services 73
Bravo Rodríguez MC

- Experience in the implantation of an Information System
to suppliers through Internet 81
Fernández Martínez JJ, Rivero Ojeda MM, Déniz Torres M

Logistics

- Distribution System of Circulating Linen in Hospital 85
García Alcázar C

Meeting Points

- Private Medicine: Do we give what we sell? 99
Baltar Trabazo M

- Guidelines for authors*** 107

Discurso de inauguración de las VII Jornadas de Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios*

Rodríguez Padial L

Jefe del Servicio de Cardiología. Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

Presidente del Comité Organizador

lrodriguez@sescam.org

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad de Castilla-La Mancha, Excmos. Sres. Consejeros de Sanidad, Sr. Secretario de la Fundación Signo, señoras y señores; amigos:

Como patrono de la Fundación Signo y Presidente del Comité Organizador de estas VII Jornadas de Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios, es para mí un honor y un placer darles a todos ustedes la bienvenida a las mismas y a la hermosa e histórica ciudad de Toledo. Esta ciudad, en palabras de D. Gregorio Marañón, es "el símbolo de todos los retazos pintorescos y gloriosos con que está urdida la gran capa tendida al sol que es la Península Ibérica... La suma de seis civilizaciones superpuestas, encrucijada inmortal de todas las culturas, puente insigne entre el Oriente y el Occidente, albergue de todas las religiones y Roma de España". Por todo ello, creo que Toledo será un lugar ideal para este encuentro que nos reúne, que tiene el objetivo de compartir experiencias, problemas y soluciones en el mundo de la gestión sanitaria en su más amplio sentido.

Después de dos años de preparación y trabajo, en los que el Comité Organizador y todas las personas que nos han ayudado han trabajado de forma continuada, estas Jornadas ven la luz con la ilusión de ser de utilidad a todos aquellos que se acerquen a ellas con espíritu curioso y participativo.

Cuando se llega a este momento, es obligado agradecer la ayuda prestada a todos los organismos, instituciones y personas que han hecho posible el mismo. La Consejería de Sanidad, tanto en las personas de D. Fernando Lamata como de D. Roberto Sabrido, aquí presente, el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha con su Dirección-Gerencia al frente y el Complejo Hospitalario de Toledo han sido esenciales en la preparación de las Jornadas. Desde un principio las acogieron como propias y han mantenido hasta el final su apoyo imprescindible. La Universidad de Castilla-La Mancha también ha prestado una colaboración inestimable que agradezco. Todos las Consejerías de Sanidad y los Servicios de Salud han apoyado la reunión y, con ello, han contribuido a hacerla posible. Suele decirse que "el éxito tiene muchos padres y el fracaso ninguno", lo cual no es en este caso

*Toledo, 6-8 de octubre de 2004.

del todo cierto. El éxito de las Jornadas sí tiene muchos padres, pues, de ocurrir como estoy seguro que lo hará, será el fruto del trabajo realizado por todo el comité organizador a lo largo del prolongado tiempo de preparación de las mismas; por el contrario, en este caso el fracaso sí tendría un padre, pues de faltarnos ese éxito yo sería el único responsable. En el comité organizador es de justicia destacar a Ester Fernández, la secretaria del mismo, y a Sagrario Azuela, directora de Gestión del Complejo Hospitalario de Toledo y miembro del comité organizador, como personas que han contribuido de manera esencial al diseño, preparación y puesta a punto de estas Jornadas.

Yo no soy más que un clínico, un cardiólogo, alguien que habla con los pacientes tratando de comprender sus problemas y de ayudarlos todo lo que la ciencia y mi capacidad me permiten. También procuro, muy modestamente, ayudar a la ciencia a resolver mejor los problemas de mis enfermos. Pero soy, además, consciente de mi responsabilidad no sólo con mis enfermos sino también con la sociedad de la que éstos proceden. Soy consciente de la importancia social y económica de las decisiones que tomo, y procuro ajustarme a lo demostrado, a lo científicamente dilucidado, cuando ello me es posible. Ciencia, evidencia y conciencia procuro que sean las claves de mi actuación profesional. Siempre busco, además, la eficiencia. Y esto me convierte en "gestor" y da sentido a mi presencia, y estoy seguro de que también a la de mis compañeros clínicos, en estas Jornadas. Es por eso que debería ir vestido, siguiendo los consejos de esa "lección de vida" que es el Quijote, del que en breve se celebrará el cuarto centenario, mitad de médico y mitad de gestor, como el duque le

dijo a Sancho cuando le entregó el gobierno de la ínsula: "Vos, Sancho, iréis vestido parte de letrado y parte de capitán, porque en la ínsula que os doy tanto son menester las armas como las letras, y las letras como las armas". Algo similar ocurre en la atención sanitaria, nuestra ínsula, en la que también son necesarias la asistencia y la gestión. Agradezco a la Fundación Signo el honor de haberme hecho ser el primer clínico que preside el comité organizador de estas Jornadas, y espero que esto contribuya a acrecentar el número de clínicos interesados por la gestión, y quizás el de gestores interesados por los clínicos. Ambas cosas contribuirían a mejorar la asistencia sanitaria.

Desde tiempos remotos, el número siete es sinónimo de buena suerte, fortuna, realización y sabiduría. Espero, por ello, que estas Séptimas Jornadas vengan acompañadas de este significado para todos nosotros. Podríamos decir que se cierra un ciclo de estas Jornadas de Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios, iniciadas en Hellín, en esta misma comunidad autónoma, en el año 1993. En estos once años de historia de las Jornadas, lugares como Oviedo, La Coruña, Gran Canaria y Madrid nos han precedido y han puesto las bases sobre las que asentamos hoy éstas. Cada una de ellas ha sabido adaptarse a unas circunstancias continuamente cambiantes y ha marcado una nueva meta que ha sido superada por la siguiente; es nuestro deseo que estas Jornadas de Toledo sepan recibir esa tradición y prolongar su espíritu en el futuro, con inteligencia y generosidad, sabiendo que mañana seremos superados por los que nos sigan.

El comité científico ha preparado un programa muy apretado, con numerosas actividades simultáneas, tratan-

do de complacer los gustos más diversos dentro del campo de la gestión sanitaria. Mesas redondas, talleres y comunicaciones con los temas más variados se superponen durante toda la jornada, de forma que esperamos que todos sepan encontrar lo que les interesa. Quizás hemos pecado por exceso, pero como dijo el gran filósofo Nietzsche: " Cuando se tienen muchas cosas que meter en él, el día tiene cien bolsillos". Estoy seguro de que el interés de los asistentes sabrá sacar el máximo partido de esta gran oferta.

Formamos parte de uno de los mejores sistemas sanitarios del mundo por su eficiencia y calidad, y estamos orgullosos de ello. Pero somos conscientes de que son numerosos los problemas que lo acechan, y entre ellos el más importante, desde mi punto de vista, es la perentoria necesidad de adaptarse a las nuevas exigencias de una sociedad cambiante y dinámica, sin perder por ello su esencia de calidad científico-técnica, y, si es posible, mejorarla. Grandes y rápidos cambios son necesarios si queremos seguir sirviendo a la sociedad a la que pertenecemos con la calidad con la que lo hemos venido haciendo hasta ahora; de lo contrario, corremos el riesgo de convertirnos en otra institución arcaica digna de museo. A nosotros, a todos, a políticos, gestores y personal sanitario nos corresponde la responsabilidad de trabajar para ganar este futuro. El primer paso es ser conscientes de este problema y trabajar para resolverlo, pues como dijo Aldous Huxley: " Los hechos no dejan de existir porque se los ignore". Estas Jornadas son la mejor expresión de que somos conscientes de la encrucijada en la que nos encontramos y de que queremos trabajar por mejorar nuestro sistema sanitario y, con ello, nuestra sociedad. Debemos tener en cuenta que la

solución de los problemas necesita, con frecuencia, de imaginación para buscar nuevos horizontes, nuevas formas de abordarlos, como expresó el gran inventor Graham Bell cuando dijo: " Nunca ande por el camino trazado, porque él sólo conduce a donde ya fueron otros". Estoy seguro de que en las ponencias y talleres de estas Jornadas podremos encontrar múltiples propuestas originales e interesantes.

La Fundación Signo y el comité organizador han tenido mucho interés en implicar a las empresas del sector sanitario en unas Jornadas que queremos que sean de todos los actores del sistema, pues todos tenemos algo que decir y algo que hacer. La respuesta de las empresas ha sido excelente, cosa que agradezco. Creo que tienen mucho que enseñarnos, pues con frecuencia la solución a los problemas está fuera del sistema.

A veces tengo la impresión de que nos perdemos en el análisis de los problemas y avanzamos poco en las soluciones de los mismos. Espero que en estos días sepamos escapar de " la parálisis que produce el excesivo análisis" y que seamos capaces de extraer conclusiones prácticas aplicables a situaciones concretas, a nuestros problemas. Los múltiples talleres programados por el comité organizador pretenden ayudarnos a ello, poniéndonos delante de problemas reales con propuestas de solución factibles.

Todos somos conscientes de que es muy difícil el gobierno de las cosas y de las instituciones. Ese loco genial de Don Quijote aconsejó a Sancho sobre el gobierno con sabias palabras que, adecuadamente pasadas por el filtro del tiempo y adaptadas a nuestra situación individual y profesional, pueden sernos tan útiles como

el mejor máster en gestión. Las recuerdo en memoria y homenaje a su creador, D. Miguel de Cervantes, que anduvo hace cuatrocientos años por estas calles de Toledo. Algunos de estos consejos fueron: "... Primeramente, ¡oh hijo!, has de temer a Dios, porque en el temerle está la sabiduría, y siendo sabio no podrás errar en nada. Lo segundo, has de poner los ojos en quién eres, procurando conocerte a ti mismo, que es el más difícil conocimiento que puede imaginarse... Nunca te guies por la ley del encaje, -o de la libre interpretación de las cosas, podría decirse ahora-, que suele tener mucha cabida con los ignorantes que presumen de agudos... Hallen en ti más compasión las lágrimas del pobre, pero no más justicia, que las informaciones del rico... Procura descubrir la verdad por entre las promesas y dádivas del rico, como por entre los sollozos e importunidades del pobre". Estoy seguro de que si reflexionamos sobre estas palabras hallaremos sabias consecuencias tanto para nuestras vidas como para el ejercicio de nuestras funciones.

La Real Academia Española define la palabra "gestionar" como "hacer diligencias conducentes al logro de un negocio o de un deseo cualquiera". Nuestro negocio es la salud y creo que nuestro deseo debería ser mejorarla continuamente. Nuestra meta, la mejora de la sanidad, es cambiante como los deseos de nuestra sociedad, y cuando creamos haber llegado donde queríamos, sólo estaremos comenzando de nuevo. "Cuando creíamos que teníamos todas las respuestas, de pronto, cambiaron todas las preguntas" diría Mario Benedetti. Esto, lejos de generar frustración, debe llenarnos de tesón y esperanza. Con frecuencia, tengo la sensación de que con ese deseo perseguimos casi una quimera, algo parecido al interminable viaje de Ulises. Esto me recuerda el bello poe-

ma de Konstantino Kavafis titulado Ítaca, que comienza con los hermosos versos "Si vas a emprender el viaje hacia Ítaca, pide que tu camino sea largo, rico en experiencias, en conocimiento". En un viaje tan largo, tan dificultoso, es conveniente saber disfrutar de la búsqueda, de sus experiencias y de sus posibilidades, y por ello os pido que vengáis a estas Jornadas con actitud dialogante, amigable, a aprender de los demás, no sólo de lo que dicen en los atriles y podios sino también de lo que comentan en los pasillos, de lo que dicen sin hablar, de lo que hacen, de lo que son, como nos pide el poeta algo más adelante "... Visita muchas ciudades de Egipto, y con avidez aprende de sus sabios". Pero también nos recuerda que debemos tomar lo bueno que el camino nos ofrece y sacar buen partido de él -" ... Y adquiere hermosas mercancías, madreperla y coral, ámbar y ébano, aromas deliciosos y diversos.." -, y para ello el comité organizador ha preparado algunas actividades que nos permitirán relajarnos y disfrutar en estos días de encuentro y trabajo. Pero, ante todo, es fundamental no olvidar en ningún momento nuestro objetivo, como finalmente indica con sus bellas palabras Kavafis, versos que resumo entresacados "... Ten siempre en la memoria a Ítaca. Llegar allí es tu meta, mas no apresures el viaje... Mejor que se extienda largos años y en tu vejez arribes a la isla con cuanto hayas ganado en el camino... Ítaca te regaló un hermoso viaje ... mas ninguna otra cosa puede darte ... Rico en saber y en vida como has vuelto, comprendes ya qué significan las Ítacas".

Antes de finalizar quiero pedir disculpas por adelantado por los posibles fallos que pueda haber en la organización de estas Jornadas, que sólo a mí se pueden imputar. Espero que sepan ser indulgentes y comprensivos si

alguno hubiera. Tanto el comité organizador como la Fundación Signo han trabajado arduamente para ofrecer unas Jornadas que sean un foro de reflexión, análisis y amistad, y aspira-

mos a que éste sea el recuerdo que quede en sus mentes al finalizar éstas.

Muchas gracias por su atención y mis mejores deseos para todos.

Razones por un pacto social por la sanidad: la perspectiva desde Canarias*

Julios Reyes MM

Consejera de Sanidad y Vicepresidenta del Gobierno de Canarias

justojesus.artilessanchez@gobiernodecanarias.org

Resumen

El objetivo de este artículo es hacer algunas reflexiones clave sobre la evolución del gasto de la salud pública en España en los últimos 20 años y sobre el modelo actual de financiación sanitaria desde la perspectiva de la Comunidad Autónoma de Canarias. El autor propone las bases para el desarrollo de un pacto social por la sanidad en España.

Palabras clave: Gasto sanitario público, Financiación sanitaria, Pacto social por la sanidad.

Reasons for a social pact by the National Health Service in Spain: perspectives from the Canary Islands

Abstract

The proposal of this paper is to make some reflections on evolution of public health expenditure and the health financing model, insisting on characteristics of the health system of Canary Islands. Author proposes bases for development of a social pact by the National Health Service in Spain.

Key words: Public Health Expenditure, Health financing model, Social pact.

El objetivo de esta ponencia es hacer algunas reflexiones sobre la evolución

del gasto sanitario público (GSP) y la financiación sanitaria, haciendo hincapié en las particularidades de la Comunidad Autónoma de Canarias, y a la vez plantear la necesidad de un pacto social por la sanidad a nivel de estado.

*Taller de las VII Jornadas de Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios.

El incremento del gasto sanitario público: el contexto europeo

El comportamiento alcista del GSP es consecuencia de la convivencia de distintos factores exógenos y endógenos a los sistemas sanitarios, y aunque no es objeto de esta ponencia profundizar en ello, mencionaré algunos de los más relevantes:

- Entre los factores exógenos destacan:
 - la transición demográfica y los movimientos migratorios,
 - la mayor incidencia de enfermedades crónicas degenerativas,
 - las expectativas ciudadanas acerca de las posibilidades del sistema sanitario,
 - y la propia predisposición al gasto que motiva la sanidad como bien preferente.
- Con respecto a los factores endógenos hay que destacar:
 - El aumento de la dotación tecnológica,
 - las aspiraciones de los profesionales sanitarios,
 - y la configuración del SNS sobre la base de Servicios Autonómicos de Salud como instrumentos de gestión y planificación sanitaria, lo cual ha acentuado el desarrollo de políticas tanto de infraestructuras como de prestaciones sanitarias y de recursos humanos. Esta territorialización del SNS a la que hago referencia se ha producido en un contexto de no revisión previa del modelo sanitario de prestaciones, de escasa cultura en el desarrollo de modelos efectivos de coordinación entre comunidades, y de ausencia de mecanismos eficientes de cohesión y equidad en el SNS.

Si bien es cierto que el GSP de los últimos años ha experimentado una

creciente y apreciable tendencia al alza en los países de la Unión Europea (UE), y en particular en España, hay que destacar que España continúa distanciándose de la media del GSP sobre el PIB de la UE. De hecho, y según datos oficiales de la OCDE, el GSP per cápita en España y en la UE era de 797 dólares y 1.135 dólares en 1994, lo que implicaba una diferencia de 338 dólares. En 1998, dicha diferencia ascendía a 401 dólares (1.377 dólares en la UE y 976 dólares en España), y en el año 2001 este diferencial era de 446 dólares (1.589 dólares en la UE y 1.143 dólares en España).

Hay que señalar que este distanciamiento se ha producido en un contexto donde España disfrutaba de un incremento real del PIB superior entorno a un 1% sobre el de nuestros socios europeos. Si no se adoptan medidas correctoras, las diferencias pueden seguir aumentando, y por tanto el posterior esfuerzo de convergencia podría ser más severo. Por otro lado, parece razonable pensar que si no se han reducido distancias con respecto a Europa cuando la evolución del GSP estaba indexada al PIB (como garantía), es previsible que la indexación definitiva de la financiación al ITE no sea capaz de mejorar esta situación a partir del 2005.

Modelo de financiación actual

El bloque de competencias de gestión de los servicios de asistencia sanitaria de la Seguridad Social supuso unas iniciales ventajas al sistema, sobre todo por el efecto de ajustar la variable población, haciendo ganar a todas las comunidades autónomas. No obstante, la suficiencia dinámica no se ha garantizado al no vincular la evolución de la financiación al crecimiento y envejecimiento poblacional.

Existe la necesidad de actualizar las variables contempladas en el modelo de financiación, sobre todo en aquellas comunidades autónomas con fuertes crecimientos poblacionales, ya que la no regularización de la financiación sanitaria está perjudicando seriamente la viabilidad de los sistemas de salud de estas comunidades autónomas. En este sentido, la financiación sanitaria debe actualizarse en función de:

1. *Los crecimientos interanuales de población protegida y del peso de la población de 65 y más años. El diagnóstico poblacional en Canarias es el siguiente:*

El crecimiento de la población protegida en Canarias casi duplica al del conjunto del SNS: la tasa media de crecimiento de la población protegida, entre 1999 y el 2003, fue del 3,2% frente al 1,6% en el conjunto del SNS; lo que supuso un crecimiento acumulado del 13,5% para Canarias y del 6,8% para el conjunto del estado.

Canarias es la comunidad autónoma que más rápido envejece: esto se debe al fenómeno de "reagrupación familiar" que genera la población que inmigra por motivos de trabajo, así como el regreso de la población emigrante. De esta forma, la tasa media de crecimiento de la población de 65 y más años, en el periodo 1999-2002, fue del 4,3% frente al 2,1% en el conjunto del SNS; lo que implicó un crecimiento acumulado, para este periodo, del 13,4% y 6,3% para Canarias y el conjunto del estado, respectivamente.

2. *El peso de la población extranjera empadronada en Canarias fue del 9,5% en el año 2003, de los cuales un 6% tenía tarjeta sanitaria. Sin embargo, el SNS registraba, en el*

mismo año, un 6,2% de población extranjera empadronada, de los cuales sólo el 4% disponía de tarjeta sanitaria.

La no actualización de las variables poblacionales está suponiendo para esta comunidad un proceso de descapitalización sin precedentes: si en 1999 Canarias tenía un índice de financiación del 101,4 por distribución de variables, en los años 2002 y 2003 el referido índice se había situado en 94,77 y 93,13 respectivamente.

Ello ha supuesto que si en 1999 la Comunidad Canaria tenía un diferencial positivo de financiación per cápita de 8,87 euros (1.476 ptas.) sobre la media de España (con anterioridad a la aplicación de la citada cláusula de garantía de mínimos), en los años 2002 y 2003 el saldo pasó a ser negativo en 40,15 y 53,69 euros respectivamente.

Algunos expertos en economía de la salud ya han alertado sobre el empeoramiento de la financiación en la Comunidad Autónoma de Canarias derivado del incremento poblacional, apuntando la posibilidad de aparición de dificultades financieras a la hora de cubrir el mínimo exigible cada año para la atención de la sanidad.

3. *El perjudicial comportamiento de los fondos específicos: el fondo de cohesión sanitaria y el fondo de programa de ahorros de incapacidad temporal. Citamos alguno de los aspectos más relevantes:*

La población desplazada y extranjera: la distribución del Fondo de Cohesión no contempla ni aborda la cuestión esencial para la Comunidad Autónoma Canaria, es decir, la compensación financiera por des-

plazamientos poblacionales cuando éstos hacen uso de las prestaciones de asistencia sanitaria, bien sea con carácter urgente o programado. El fondo sólo cubre la asistencia de los pacientes remitidos oficialmente a los centros de referencia, cuestión que no se da en el caso de esta comunidad, pues los pacientes que utilizan el sistema público en Canarias, bien por vacaciones, por razones laborales o por ser población inmigrante, lo hacen sin remisión previa de carácter oficial.

Extranjeros desplazados a España en estancia temporal, de cuya asistencia se hace cargo otro Estado: se distribuye el total del cobro gestionado por el INSS, sin tener en cuenta la facturación generada por cada comunidad autónoma. En el último reparto del total de aproximadamente 6 millones de euros facturados por Canarias, se le revierte una cifra que no alcanza el millón de euros.

La compensación por saldo neto nacional, participado en el porcentaje de facturación de cada comunidad autónoma, cuestión que, en principio, es gravosa para esta Comunidad, ya que las comunidades autónomas receptoras de turismo soportan los costes de las comunidades autónomas emisoras de turismo, generando un déficit importante.

Es importante resaltar que no se ha dado desarrollo alguno a la Disposición Adicional octava de la ley 16/2003, que tiene especial relevancia en Canarias y Baleares, para financiar los servicios de referencia con cargo al fondo de cohesión.

4. *Otro elemento a revisar es la variable insularidad del bloque de com-*

petencias sanitarias, la cual debe revisarse en dos sentidos:

Por un lado, la ponderación de la insularidad en el bloque sanitario (del 0,5%) debe ajustarse a la del bloque de competencias comunes (0,6%).

Por otro lado, el concepto de insularidad debe revisarse haciendo referencia no sólo a la lejanía de Canarias con respecto al territorio peninsular, sino también a la fragmentación interna del archipiélago y su incidencia en el gasto sanitario, integrando así el coste de la ultraperifericidad y fragmentación en la variable insularidad. En este sentido, existen estudios que contemplan la cuantificación de dicho coste en función de las dotaciones hospitalarias en áreas de salud poco pobladas, pero dotadas de infraestructura y tecnología hospitalaria.

5. *Hay que solventar los problemas de asimetría que tiene esta comunidad autónoma en comparación con otras por la aplicación del R.E.F., tal y como dispone la Disposición Adicional novena de la Ley de Cohesión y Calidad.*
6. *Finalmente señalar el hecho de no ser rigurosos con la cláusula de lealtad institucional. Esto implica la no incorporación de nuevas prestaciones, incluida la farmacéutica por parte de la Administración del Estado, sin valorar el incremento de gastos que va a ocasionar a las comunidades autónomas, así como las decisiones unilaterales de cada comunidades autónomas, no sólo en materias de cartera de servicios, sino de incorporación de tecnologías, insuficientemente evaluadas, o mejoras retributivas en materia de personal.*

La necesidad de un pacto social por la sanidad

No obstante, y aunque pueda parecer contradictorio, el debate sanitario no debe centrarse únicamente en la necesidad de mayores ingresos (financiación sanitaria). Evidentemente, la actualización de la financiación sanitaria es un elemento clave para el logro de un sistema sanitario sostenible; no obstante, dicha adecuación financiera debe ir acompañada de otra serie de medidas complementarias y de carácter estructural que establezcan una agenda de trabajo que garantice el desarrollo sostenible del Sistema Nacional de Salud en las próximas décadas. Esta agenda debe configurarse a partir del diálogo con los agentes sociales representativos de la comunidad sanitaria, y debe ser liderado por el Consejo Interterritorial del SNS.

Entiendo, por tanto, que es necesario establecer un pacto social por la sanidad a nivel estatal que oriente los esfuerzos de los agentes sociales hacia la configuración de un sistema sanitario centrado en el usuario frente a planteamientos parciales de carácter político o corporativo.

Con este propósito, resulta clave que todos hagamos palpable y comprensible este enfoque a la ciudadanía, de manera que este esfuerzo de consenso tenga también como objetivo pres-

tigar la sanidad pública frente al ciudadano y aumentar la corresponsabilidad.

El *pacto social por la sanidad* debe contemplar como principios rectores: I) la mejora progresiva de la *calidad y efectividad* de los servicios sanitarios sobre la base de los principios de equidad y racionalidad; II) la *eficiencia* en la utilización de los recursos disponibles bajo criterios de coste y efectividad; III) la *estabilidad* del sistema sanitario, evitando en todo momento su utilización en la confrontación política cotidiana, dando a la sanidad el carácter de servicio *preferencial*, y IV) la *sostenibilidad financiera* del Sistema Nacional de Salud.

Teniendo como referencia los principios rectores anteriormente mencionados, el pacto estatal por la sanidad debe girar sobre determinadas áreas de trabajo, como son: la fijación de un catálogo básico de prestaciones para todo el Sistema Nacional de Salud, la política farmacéutica, la política de personal y de disponibilidad de especialidades, a la vez que la suficiencia financiera mediante el ajuste por parámetros objetivos de distribución territorial.

Establecer un consenso de estas características y de esta dimensión es darle a la sanidad el carácter de servicio preferencial que merece.

Limitaciones de la relación entre gasto sanitario y Producto Interior Bruto (PIB) per capita

Sánchez Bayle M *, Martín García M **, Reverte Cejudo D ***

*Unidad Epidemiología Hospital Niño Jesús Madrid, **Centro de Salud de Seixo (Pontevedra),

***Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP)

fadspu@teleline.es

Resumen

Para analizar si el gasto sanitario total per capita (GSTPC) guarda relación con el Producto Interior Bruto per capita (PIBPC), se tomaron los datos del *World Health Report* de 2004 de la OMS y se calcularon el PIBPC y el gasto sanitario público *per capita* (GSPPC) de los 192 países que recoge el informe y de los europeos, y se aplicó regresión lineal. Aunque hay mucha dispersión, existe una correlación significativa entre los parámetros de gasto y el PIB. Los valores para España están dentro del intervalo de confianza del 95%, pero están claramente por debajo de la línea de correlación. Se concluye que, aunque es cierto que nuestro gasto está dentro de los márgenes teóricos, gastamos menos de la media que teóricamente nos correspondería.

Palabras clave: Gasto sanitario *per capita*, Producto Interior Bruto, Gasto sanitario público, *World Health Report* 2004.

Limitations between relationship of health expenses and gross national income per person

Abstract

Authors look for any relationship between total health expenses per person (THEPP) and the gross national income per person (GNIPP). Data of the *World Health Report 2004* of WHO and calculated GNIPP and public health expenditure per person (PHEPP) from 192 countries and from the European ones are included. Linear regression was applied. In spite of a wide dispersion, there is a significant correlation between expenditure and income data. Values of Spain are inside 95% confidence interval, but clearly below correlation line. Authors conclude that, although it is true that our health expenses are inside right theoretical range, we spend less than mathematical amount we should.

Introducción

El gasto sanitario y la financiación del mismo son objeto de una importante polémica desde hace muchos años. En ésta se encuentran imbricados multitud de factores que van desde la tendencia creciente del gasto en todos los sistemas sanitarios, hasta los problemas que crea este gasto creciente en la financiación por parte de las economías de los distintos países, unidos a la creciente presión hacia un "adelgazamiento" del estado del bienestar cuyo futuro se cuestiona en el entorno de unas economías cada vez más globalizadas. Este debate ha llegado a nuestro país con mayor intensidad a raíz de las propuestas hechas públicas por responsables políticos de los gobiernos autonómicos y central. En este contexto, a partir del denominado "Informe Abril"¹, suele ser un lugar común en las afirmaciones realizadas el que en España el gasto sanitario es el que corresponde a nuestra riqueza, evaluada por el PIB *per capita*². Veamos el verdadero sentido de esta afirmación.

El objetivo de nuestro trabajo es evaluar, con los datos aportados por el *World Health Report 2004 (WHR 2004)*³ realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), si existe una relación entre Producto Interior Bruto (PIB) *per capita* y gasto sanitario de los diversos países, y en qué medida el gasto sanitario español es adecuado a nuestro PIB *per capita*.

Material y métodos

Se han recogido los datos del *WHR 2004*³ referentes a gasto sanitario total *per capita* (GSTPC), el porcentaje del PIB que supone este gasto sanitario y la proporción de gasto sanitario público sobre el total.

A partir de estos datos obtenidos del mencionado informe se han calculado:

- *El PIB per capita (PIBPC) de cada país mediante la fórmula:*

$$\text{PIBPC} = \text{GSTPC} \times 100 / \text{porcentaje de PIB destinado a gasto sanitario}$$
- *El gasto sanitario público per capita (GSPPC), mediante la fórmula:*

$$\text{GSPPC} = \text{porcentaje del gasto sanitario público sobre gasto sanitario total} \times \text{GSTPC} / 100$$

Todos los valores se han recogido en dólares USA por habitante y año puesto que así vienen recogidos en el Informe de la OMS. Los datos se han analizado mediante el programa SPSS 11.0 para Windows. Se han calculado las medias para el total de los 192 países incluidos en el *WHR 2004* y para los 43 países de Europa. Asimismo, se ha analizado, mediante regresión lineal, la relación entre PIBPC con GSTPC y GSPPC para el total de los países y para los países de Europa. En el grupo de Europa se han incluido todos los que figuraban en el *WHR 2004*, que estaban situados geográficamente en Europa (incluyendo la Federación Rusa), así como Malta y Chipre por su pertenencia a la Unión Europea, y Turquía debido a que tiene una parte de su territorio en Europa.

Resultados

Los valores de GSTPC y GSPPC en todos los países recogidos en el Informe y en Europa presentan grandes diferencias. Para el GSTPC la media general es de 424,09 dólares (mínimo de 1 en Liberia y máximo de 4.887 EE.UU.) y para el GSPPC 290,77 dólares (mínimo de 0,76 en Burkina Faso y máximo de 2.548,76 en Noruega). Las medias de GSTPC y GSPPC para Europa son de 1.104,09 y 802,32 dólares respectivamente. Los valores para

España son de 1.088 (GSTPC) y 802,32 (GSPPC).

La Tabla 1 recoge los resultados de la regresión lineal utilizando como variable dependiente el GSTPC y el GSPPC, y como variable independiente el PIBPC. Se recogen los resultados con los límites superiores e inferiores de los IC al 95%, observándose una clara correlación entre gasto sanitario y el PIBPC.

Partiendo de los datos de que disponemos, se pueden calcular los que corresponderían a España para GSTPC y GSPPC. Si incluyésemos los 192 países incluidos en el *WHR 2004*, nos correspondería un GSTPC de 1112,81 dólares/año (IC 95%: 1007,47-1230,41) y un GSPPC de 780,69 dólares/año (IC 95%: 722,55-853,35). Incluyendo sólo los países europeos, nuestro GSTPC tendría que ser 1174,33 dólares/año (IC 95%: 929,49-1404,09) y nuestro GSPPC

Tabla 1. Resultados de la regresión lineal entre PIB *per capita* con GSTPC Y GSPPC

	BETA	IC 95% para B
GSTPC		
Todos los países	-46,18	-73,31-17,04
Constante		
GSTPC		
Todos los países	0,057	0,055-0,060
PIBPC		
GSTPC		
Sólo Europa	-43	-128,85-42,83
Constante		
GSTPC		
Sólo Europa	0,063	0,058-0,068
PIBPC		
GSPPC		
Todos los países	-48,84	-95,03-2,65
Constante		
GSPPC		
Todos los países	0,08	0,076-0,085
PIBPC		
GSPPC		
Sólo Europa	-15,21	-144,03-113,61
Constante		
GSPPC		
Sólo Europa	0,082	0,074-0,089
PIBPC		

Todos los valores con una $p < 0,0001$

GSTPC: R^2 corregida todos los países: 0,898

GSTPC: R^2 corregida sólo Europa: 0,941

GSPPC: R^2 corregida para todos los países: 0,868

GSPPC: R^2 corregida para Europa: 0,923

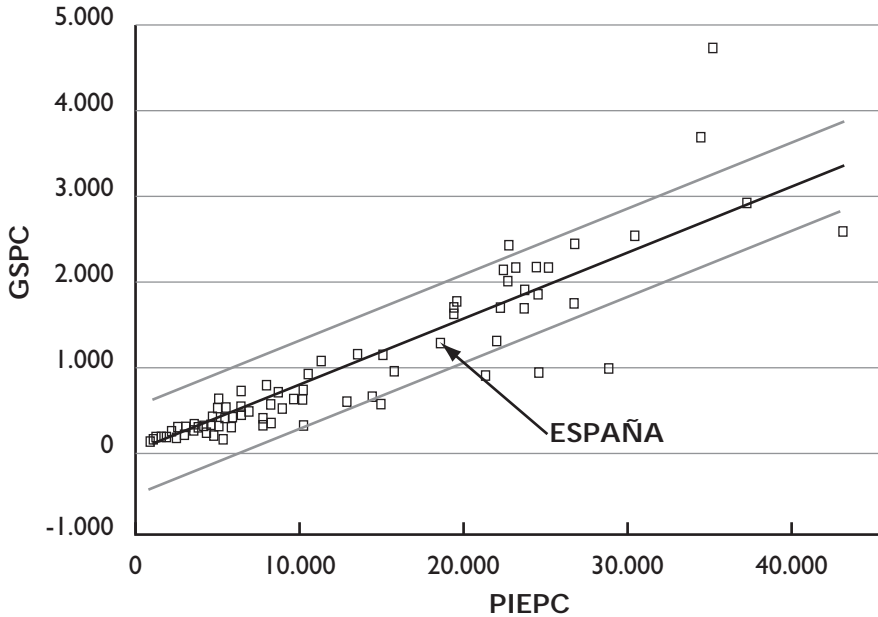


Fig. 1. Correlación entre PIBPC y GSPC tomando los 192 países incluidos en el WHR 2004. Como se ve, España está un poco por debajo de la línea de regresión

913,92 dólares/año (IC 95%: 712,53-1029,28).

De hecho, incluyendo en el cálculo a todos los países, tendríamos un GSTPC inferior en 24,81 dólares (IC 95%: 80,53-142,4), y sólo con los europeos inferior en 86,33 dólares (IC 95%: 158,51-316,09).

Si nos referimos al GSPPC, incluyendo en el cálculo extraído los datos de todos los países, España tendría un valor inferior en 3,86 dólares (IC 95%: 54,28-76,52) e, incluyendo sólo a los países europeos, tendríamos un valor inferior en 137,09 dólares (IC 95%: 64,3-252,45).

La Fig. 1 muestra la correlación entre PIBPC y GSPC y el lugar que ocupa España.

Discusión

Desde hace tiempo se conoce que existe una relación entre la riqueza de los países y su gasto sanitario, lo que ha hecho que tradicionalmente venga expresándose éste último en porcentajes del PIB. También se ha señalado la relación estrecha entre Producto Interior Bruto *per capita* y gasto sanitario *per capita*, que fue popularizada en España por el conocido como "Informe Abril", en el que se recogía esta relación de los países incluidos en el Informe de la OCDE de 1989¹.

A partir de entonces es frecuente hacer referencia a que nuestro país tiene el gasto sanitario que le corresponde según su riqueza, estableciendo una especie de relación condicio-

nal que nos impediría cualquier margen de maniobra al respecto.

De nuestros datos parece deducirse que este asunto debe ser tratado con importantes matizaciones. En primer lugar, hemos evidenciado que existe una relación estrecha entre gasto sanitario total y gasto sanitario público *per capita* con el PIB *per capita*, con una capacidad explicativa superior al 85% en ambos casos y que supera el 90% si se utilizan los datos sólo de los países europeos, lo que parece corroborar esta tan repetida relación. En segundo lugar, calculando los intervalos de confianza con cualesquiera de las dos regresiones obtenidas, se objetiva una dispersión importante en los resultados que relativiza muy seriamente su aplicación predictiva para un caso concreto. Así, con los datos empleados, el gasto sanitario español, tanto el total como el público, podrían encontrarse dentro de los valores predictivos de la regresión con un margen de 22,94 a 474,6 dólares para el GSTPC y de 130,8 a 316,75 dólares para el GSPPC, según hagamos el cálculo con los datos de todos los países o sólo con los de los europeos. Esto resta significación práctica a cualquier afirmación que vaya más allá de señalar que estamos dentro del rango que nos correspondería. Es evidente que también lo estaríamos bastante más con un GSTPC o un GSPPC. No es menos cierto que, para ambos parámetros, nos encontramos, con los datos de 2004, por debajo del valor promedio.

Nuestro trabajo tiene varias limitaciones. La primera es la fuente utilizada, el *WHR 2004*, ya que, como la OMS señala expresamente, no se hace responsable de la veracidad de los datos que recoge, que son los facilitados por los distintos países miembro. Esta situación suele ser habitual en los

estudios de comparación internacionales. La segunda es que refleja la relación existente en 2001, que obviamente habrá cambiado, pero, en todo caso, es mucho más actual que la recogida en el Informe Abril¹. Por fin, es cierto que hemos utilizado los datos de todos los países incluidos en el *WHR 2004*³, cuyas situaciones son necesariamente muy dispares. Sin embargo, esto tiene ventajas respecto al Informe de la OCDE⁵, que sólo utiliza datos de algunos países seleccionados, del llamado mundo desarrollado, lo que puede introducir algún sesgo de selección. En todo caso, entendemos que, con estas limitaciones, puede ser de utilidad tanto por la amplitud de los datos de que hemos dispuesto como por la imparcialidad de la fuente primaria.

El gasto sanitario seguramente, como ya se ha señalado⁶, es el resultado de una serie de condicionantes muy diversos, aparte de la riqueza de cada país que, según nuestros resultados, es un factor muy importante. Entre ellos, entran su historia, sus opciones políticas, las fuerzas sociales que interactúan en las mismas, y un largo etcétera, muy difícil de cuantificar, pero que impiden conocer de una manera "exacta" cuál es el gasto sanitario apropiado para cada caso y, más aun, el deseable. Esta realidad probablemente explica los resultados del último Informe de la OCDE⁵, que señalaba que el crecimiento del gasto sanitario en los últimos años había sido superior al del PIB en los países analizados. Además, debe tenerse en cuenta la relación entre gasto sanitario y gasto social. Es bien sabido que España tiene un gasto social comparativamente bajo respecto a otros países de la Unión Europea, así como que el gasto sanitario se dedica fundamentalmente a labores asistenciales cuya repercusión sobre la salud es limitada.

Citas bibliográficas

1. Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud: sucinta descripción del Sistema y evaluación del mismo. Madrid; 1991.
2. Colomer J. Conocimientos, habilidades y actitudes para la gestión sanitaria. Med Clin (Barc) 2001; 116: 459-460.
3. World Health Organization: The World Health Report 2004. Changing history. Disponible en www.who.org (consultado 16/8/2004).
4. Pardo Merino A, Ruiz Díaz MA. SPSS11. Guía para el análisis de datos. Mc Graw Hill: Madrid; 2002.
5. OECD Health Data 2004. Disponible en www.oecd.org (consultado 16/8/2004).
6. Sánchez Bayle M. El gasto sanitario en España. Salud 2000; 86: 24.

La descentralización del tratamiento anticoagulante oral: experiencia del Área Sanitaria VI del Servicio de Salud del Principado de Asturias

Pérez-Holanda Fernández S⁽¹⁾, Suárez González TV⁽¹⁾, Pérez Suárez J⁽²⁾,
Fernández González A⁽³⁾, González Fernández AP⁽³⁾, Villaverde Barón S⁽³⁾
⁽¹⁾ Equipo directivo de Atención Especializada, ⁽²⁾ Equipo directivo de Atención
Primaria y ⁽³⁾ Servicio de Hematología Hospital del Oriente de Asturias
direccionmedica.gae6@sespa.princast.es

Resumen

Objetivo: mejorar la accesibilidad interniveles asistenciales de los usuarios en tratamiento anticoagulante oral (TAO), dentro del ámbito de las Gerencias del Área Sanitaria VI del Principado de Asturias, durante el ejercicio 2003-2004.

Métodos: cronograma: estudio de modelos de descentralización, definición del proceso, normalización documental, selección del Sistema de Información y de transmisión de datos, formación de las personas implicadas y migración informática. Al finalizar la descentralización del 100% de los centros de salud del Área, se realizaron encuestas a una muestra representativa de pacientes y profesionales; el estudio se diseñó retrospectivo, transversal y de casos-control pareados. El análisis estadístico de sus resultados se realizó mediante test bivariantes.

Resultados: se describen los resultados alcanzados en los usuarios, en las personas de la organización, en la sociedad y otros resultados clave (que incluyen trazabilidad, mantenimiento, seguridad y coste de oportunidad) tras 15 meses del inicio de la descentralización.

Conclusiones: 1) La implantación del nuevo modelo de asistencia a estos usuarios supone una mejora sustancial en la accesibilidad, pero también ha mejorado la coordinación interniveles. 2) Ha permitido un ahorro de costes de oportunidad y una menor ineficiencia de las personas de la organización. 3) También unos mayores niveles de seguridad, trazabilidad y confidencialidad en la información. 4) La estrecha colaboración y cooperación entre los equipos multidisciplinares de ambos niveles asistenciales, así como su implicación y motivación, han permitido alcanzar el objetivo enunciado. 5) La calidad es una actitud.

Palabras clave: Atención primaria, Anticoagulantes, Gestión.

Oral anticoagulant treatment in primary care: our experience in Sixth Health Care Area in Asturias

Abstract

Objective: for increasing patients' accessibility, Sixth Health Care Area managers' decided to modify model of organization, and designed a new system of oral anticoagulant treatment (OAT) monitoring, which combined hospital and Primary Health care attention, during the period 2003 to 2004.

Methods: study of management options for patients receiving OAT, definition of an organizational framework, integration of protocols and guidelines, selection of a new technological tool, training of involved personnel, and database Information System suitable for the user. Retrospective, transversal, and paired case-control patients' and professionals' survey was performed. Data were studied applying bivariate analysis.

Results: authors describe results obtained after 15 months from the beginning of patients' decentralization, including results in users, personnel, society, and others core results (including confidence, maintenance and costs).

Conclusions: 1) New model improves significantly accessibility, and decreases workload for professionals. 2) Others core results have been also improved, which has represented less cost in service provision. 3) Better security and confidence levels in Information System. 4) This project has been carried out by a multidisciplinary cooperation with contribution of specialized and primary health care professionals. 5) Quality is an attitude.

Key words: Primary health care, Anticoagulants, Management.

Clave de abreviaturas

AE	Atención especializada
AP	Atención primaria
CS	Centro de Salud
INR	Razón internacional normalizada
SH	Servicio de Hematología
TAO	Tratamiento anticoagulante oral

5,04% de la Comunidad Autónoma (CA), y con el índice de envejecimiento mayor (28,3% mayores de 65 años en el Área VI y 21,4% en la CA)¹. A esto se añade un alto nivel de dispersión y ruralidad.

Para la asistencia de los pacientes en tratamiento anticoagulante oral (TAO), el Área Sanitaria dispone de seis zonas básicas de salud y dos zonas especiales de salud con los equipos asistenciales de los centros de salud con 37 facultativos, 42 sanitarios no facultativos y 20 profesionales no sanitarios. El hospital dispone de dos hematólogos asistenciales (uno a jornada completa y otro a mitad de jornada) y dos sanitarios no facultativos.

Introducción

El Hospital del Oriente de Asturias está ubicado en la comarca oriental del Principado de Asturias, y coincide con el Área Sanitaria VI del mapa sanitario de la Consejería de Salud. Tiene asignada una población de derecho de 51.726 habitantes: el

El hematólogo, dentro del centro hospitalario, ha sido tradicionalmente el encargado del control de los pacientes con TAO, debido a que necesitan un cuidadoso control de su dosificación y una continua vigilancia clínica y analítica (tiempo de tromboplastina, *quick*, razón internacional normalizada INR, etc.)², que en caso contrario puede generar graves complicaciones³.

La prevalencia de pacientes en TAO se incrementa de año en año, pues se incrementan tanto el número de indicaciones de dicho tratamiento⁴⁻⁶ como su supervivencia, precisando cada vez más revisiones mensuales.

Existen experiencias del control de TAO, tanto a nivel internacional⁷⁻⁹ como nacional¹⁰⁻¹², que respaldan la seguridad y efectividad del control terapéutico de los pacientes controlados en atención primaria¹³.

Ambas Gerencias del Área Sanitaria VI del Servicio de Salud del Principado de Asturias, y dentro de las líneas estratégicas del centro, establecieron como objetivo para el ejercicio 2003-2004 mejorar la accesibilidad de los

usuarios en TAO mediante un modelo mixto de gestión de la oferta asistencial de dichos usuarios.

Métodos

- 1) *Estudio de modelos de descentralización*: se describen^{11,14-16} cuatro niveles de calidad o modelos (Tabla 1).
- 2) *Definición del proceso*: a) *Visión*: descentralización abierta y paulatina hacia la mayor implicación de los pacientes en el control de su TAO (modelo D) a través de la educación sanitaria, la implicación de los profesionales y la progresiva descentralización desde el hospital hasta su entorno. b) *Misión*: mejorar la accesibilidad de los pacientes en TAO a dicho control mensual a través del modelo de descentralización preanalítica (modelo B). c) *Valores*: atención centrada en el usuario. d) *Descripción del proceso "control del TAO en el hospital" (vigente hasta esa fecha)*: el paciente acude a la sala de extracciones del hospital, donde la enfermera le

Tabla 1. Modelos de gestión de descentralización del TAO

	Modelos de gestión del TAO			
	A	B	C	D
Autonomía	-	-	+	++
Invasividad	S.V.	S.V./S.C.	S.C.	S.C.
Permanencia en rango	++	++	+ / ++	++
Accesibilidad	-	+	++	++
Recursos sanitarios	++	+ / -	-	-
Seguridad	++	++	+ / ++	++

S.V. sangre venosa. S.C. sangre.

Modelos de gestión del TAO:

A: Control en unidades hospitalarias

B: *Idem* con externalización preanalítica

C: Control en los equipos de atención primaria

D: Autocontrol por el propio paciente

Tabla 2. Estudio de clientes y necesidades del proceso

Clientes	Necesidades
Pacientes en TAO	Ajuste del tratamiento mensual Evitar demoras innecesarias Evitar desplazamientos Extracción lo menos invasiva posible
Hematólogas	Conocimiento de las incidencias en el paciente y grado de cumplimiento del TAO por parte del paciente Conocimiento del grado de coagulación el mismo día Registro adecuado y seguro de la información Fiabilidad de los análisis obtenidos por muestra capilar Formación de los médicos de AP Comunicación ágil AP-AE y si es posible en tiempo real Manejo directo de las citaciones
Equipos de AP	Comunicación ágil y en tiempo real
Dirección Médica AP	Formación teórica y técnica Registro accesible, adecuado y manejable Protocolización-supervisión del seguimiento Motivación
Dirección Médica AE	Aumento de la accesibilidad
GAE	Garantía de la efectividad
DGCAC	Aumento en la satisfacción del usuario Estrechar las relaciones interniveles

AP: Atención primaria. AE: Atención especializada. GAE: Gerencia de atención especializada. DGCAC: Dirección General de Calidad y Atención Ciudadana. TAO: Tratamiento anticoagulante oral.

extrae una muestra venosa (punción en el antebrazo) y la adjunta al volante que rellena ella misma. En unos 60-90 minutos todos los pacientes son puncionados. Al finalizar, las muestras son conducidas por ésta al laboratorio para su procesamiento. Los pacientes esperan delante de la puerta de la consulta externa. Tras 10-20 minutos, los resultados en soporte papel tras su validación son conducidos por el médico a su consulta. Valora entonces el resultado y hace pasar al paciente para realizarle el interrogatorio. Con todo ello, y tras 2-4 horas desde su llegada, el paciente es revisado, entregándosele su

hoja de tratamiento y próxima cita. e) *Estudio de clientes y necesidades*: se muestran en la Tabla 2, tras una encuesta solicitada a los profesionales implicados de ambas Gerencias. f) *Análisis de las resistencias al cambio*: las resistencias al cambio encontradas fueron las siguientes: 1) El Servicio de Hematología (SH), redactando un documento en el que proponían como "opción ideal: seguir como se ha hecho siempre: que todos los pacientes sean vistos en el hospital por el médico hematólogo". 2) La Sociedad Asturiana de Hematología, avalando por escrito lo anterior. 3) La Dirección General de

Calidad y Atención Ciudadana, organizando y avalando el grupo de trabajo compuesto por los hematólogos de todos los hospitales asturianos, y cuyas conclusiones fueron contrarias en algunos casos a las de nuestro grupo de trabajo (Fig. 1). 4) Proveedores: el proveedor no seleccionado no facilitó la migración de los datos almacenados en su aplicación informática (pacientes tratados hasta la fecha desde el comienzo del funcionamiento del hospital) a la del nuevo proveedor. g) *Definición del proceso "descentralización del TAO"*: las variaciones en el proceso respecto del modelo anterior (centralizado en el hospital) se reflejan en la Fig. 2. Se presenta el flujograma de responsables. h) *Estudio de fortalezas y debilidades*: fortalezas: satisfacción del usuario, motivación de los profesionales y liderazgo firme de la Gerencia de Atención Especializada; debilidades: conocimientos de la anticoagulación de los profesionales de los centros de

salud, las comunicaciones interniveles, la organización endogámica de las personas implicadas y la dependencia de la casa comercial que hasta la fecha había soportado la información clínica.

3) *Normalización documental*: se procedió a unificar toda la documentación compartida entre ambos niveles asistenciales, que incluyó: la difusión entre todo el personal asistencial del Área del documento titulado *Descentralización del control del TAO: Proyecto de coordinación con atención primaria*, elaborado por el SH; revisado por las Direcciones Médicas, el grupo de trabajo del Área, los coordinadores de Equipos de atención primaria (AP) y los Servicios Informáticos de ambos niveles asistenciales, y aprobado por ambas Gerencias de atención especializada (AE) y AP. Se difundió un consentimiento informado de descentralización en el SH y un tríptico explicativo para el paciente. Se rediseñó conjunta-

	Comunidad autónoma	Área VI
Objetivo	<ul style="list-style-type: none"> • Descentralización parcial 	<ul style="list-style-type: none"> • Descentralización abierta
Modelo	<ul style="list-style-type: none"> • Paulatino, hasta B 	<ul style="list-style-type: none"> • Abierto, hasta D
Responsable	<ul style="list-style-type: none"> • Hematólogo 	<ul style="list-style-type: none"> • Quien quiera, con competencia
Iniciativa	<ul style="list-style-type: none"> • No permitida 	<ul style="list-style-type: none"> • Permitida
Proveedor	<ul style="list-style-type: none"> • IZASA 	<ul style="list-style-type: none"> • A decidir, tras pilotaje y encuesta a implicados
Coste	<ul style="list-style-type: none"> • No incremento presupuesto 	<ul style="list-style-type: none"> • Asunción por Gerencia de Atención Especializada
Recursos	<ul style="list-style-type: none"> • No disminuye recursos materiales ni personas 	<ul style="list-style-type: none"> • Incrementa recursos materiales, no las personas
Futuro	<ul style="list-style-type: none"> • Cerrado 	<ul style="list-style-type: none"> • Abierto

Fig. 1. Igualdades y diferencias entre las conclusiones del grupo de trabajo de la dirección general de calidad y atención ciudadana (comunidad autónoma) y las conclusiones de las gerencias del Área VI

	CENTRAL	de	DESCENTRALIZADO
Paciente			
Lugar de consulta	Hospital		C.S.
Muestra sanguínea	S.V.		S.C.
Tiempo espera para resultados	+++		+
Información para el paciente	+		+++
Laboratorio			
Necesidad de volante	SÍ		NO
Necesidad de aguja de extracción	SÍ		NO
Software restante en el laboratorio	<>		=
Hematólogo			
Seguridad de la información	PC		SERV
Rapidez de resultados	++		+++
Circuito asistencial de la consulta	><		PC
Gestión clínica	-		+++
Coordinación con at. primaria	-		+++
Necesidad de controles internos	++		+++
Due			
Necesidad de recepcionar	SÍ		NO
Transporte de muestras	SÍ		NO
Hospital			
Gestión clínica (CS)	NO		SÍ
Consumos	+++		++
Comunicaciones (ancho de banda)	-		+++

CENTRAL.: Modelo centralizado en el hospital. DESCENT.: Modelo descentralizado. CS: Centro de Salud. S.V.: Sangre venosa. S.C.: Sangre capilar. <> Diferente. = Igual. PC: Ordenador personal. SERV: Servidor del hospital. ><: Disperso. DUE: Diplomado Universitario de Enfermería.

Fig 2. Comparativa de variaciones en el proceso entre el control hospitalario de los pacientes en TAO (centralizado) y el modelo descentralizado

mente la hoja de tratamiento y nueva cita. Y, por último, se unificaron los listados de carga de trabajo por centro de salud (CS).

- 4) *Selección del Sistema de Información y de transmisión de datos:* se apostó por realizar al menos una prueba piloto de descentralización por cada casa comercial, previa a cualquier decisión. Las pruebas piloto se llevaron a cabo durante diciembre de 2002 y enero de 2003. Al finalizarlas, se solicitó a los profesionales implicados un informe comparándolas (Tabla 3). Estos profesionales fueron: los dos médicos hematólogos, el Jefe del Servicio
- 5) *Migración informática:* se hubo de asegurar la base de los datos de pacientes, vigente hasta ese momento. Se realizó manualmente. Llevó 790 horas de trabajo a cuatro auxiliares administrativos, transcribiendo los datos de 150 pacientes.
- 6) *Formación de las personas implicadas:* se realizó: 1) Una fase de formación teórico-práctica en el

Informática del hospital y el de la Gerencia de AP, los equipos asistenciales de AP, ambas direcciones gerencias y ambas direcciones médicas.

Tabla 3. Encuesta de selección de proveedores

	IZASA®	ROCHE®
Aspectos clínicos		
Extracción de muestra	+	++
Manejo coagulómetro	+	++
Tiempo test	+	++
Reactivo empleado	++	+
Control de calidad	++	+
Impresión hoja tratamiento	++	+
Antecedente comercial		
Experiencia mercado	++	++
Aplicación informática		
Manejo usuario	++	+
Transmisión datos	++	++
Gasto ancho de banda	++	-
Base de datos	++	++
Aprendizaje técnico		
Aprendizaje personal	+	++
Gestión clínica		
Integración Sist. Informático del Laboratorio	-	++
Integración OMI-AP	-	++

OMI-AP: Aplicativo informático utilizado para la gestión de pacientes en Atención Primaria

- manejo de su herramienta de *software*. 2) Asimismo, se impartieron conocimientos básicos de hemostasia y coagulación a cada centro de salud, previo a la descentralización del mismo y de forma paulatina en todo el Área Sanitaria. 3) Formación en la instalación de la aplicación informática y mantenimiento de la misma de las personas relacionadas con los servicios informáticos. 4) Migración de datos previos (ya comentado), y manejo a nivel de usuario de la base de datos. 5) Utilización de los coagulómetros portátiles a las personas asistenciales de AP.
- 7) *Adquisición de nuevos recursos materiales*: se incluyeron: 1) Coagulómetros portátiles: tantos como centros de salud se querían descentralizar, así como en el hos-

pital. 2) Reactivos para coagulación: uno por punción y por cada determinación de un paciente. 3) Servidor informático: permite la conexión AE-AP y la posibilidad de consulta simultánea en el hospital y en los CS. Siendo materiales ya existentes para el desarrollo del nuevo modelo el ordenador de la consulta y su impresora. Resultaron recursos innecesarios el material fungible para punciones venosas en el antebrazo y los volantes de petición.

- 8) *Análisis estadístico de las encuestas*: se enviaron un total de 30 encuestas de cada tipo (pacientes y profesionales) a todos los centros de salud tras el primer año de funcionamiento (del 6 al 30 de julio de 2004) (estudio transversal). Todos los pacientes descentralizados en-

cuestados habían estado previamente centralizados (casos-control pareados). Los datos se introdujeron en el programa procesador de datos Microsoft Excel versión 1997 (Microsoft Inc.). Se utilizó el Test Chi-cuadrado, o el Test de la Corrección de Fisher, para comparar las variables discretas (se presentan en porcentaje), y el Test de la t de Student para comparar las variables continuas (se presentan como medias). Las diferencias entre ambos modelos de control de

TAO fueron significativas cuando el valor de P resultó igual o menor que 0,05.

Resultados

1) Resultados en los usuarios

a) *Puesta en marcha e implantación:* el inicio del programa se estableció en los dos centros de salud donde se habían realizado las pruebas piloto: Llanes y Ponga; el concejo de Llanes

Tabla 4. Cronograma de implantación y número de revisiones realizadas

MES	2003											2004					
	MZ	AB	MY	JN	JL	AG	SE	OC	NO	DI	EN	FE	MZ	AB	MY	JN	
LL	16	65	60	83	92	87	91	87	78	89	67	64	87	68	87	85	
PO	1	6	1	6	6	4	7	5	7	5	6	6	8	3	6	9	
CM	2	7	18	21	29	26	23	30	22	26	25	21	26	27	26	27	
PE	5	6	14	18	17	17	24	22	24	21	15	19	24	19	21	18	
NV			1	7	21	22	17	22	20	21	17	13	16	23	15	20	
CO				21	36	30	31	35	33	38	49	37	55	41	36	56	
AL				1	12	14	10	13	13	16	15	15	18	18	16	19	
PA				12	29	26	25	40	35	38	35	27	41	29	38	37	
PL				37	52	45	47	50	39	51	45	33	45	43	46	45	
CV				3	5	12	13	12	7	14	0	2	0	6	0	0	
LA				9	12	10	11	13	15	13	0	8	1	17	12	1	
CB					1	1	0	8	12	12	9	10	16	14	12	19	
AN								9	7	10	7	8	8	8	9	11	
CA									4	60	71	67	67	71	65	76	
AM									2	11	11	9	10	10	11	15	
BE										10	9	12	15	11	15	14	
VI											1	1	1	1	1	1	
RI												5	59	78	69	69	
AR													2	1	0	0	
IN															1	0	
	2.425											22.734					

*AL: Alles (Peñamellera Alta). AM: Amieva. AN: Arenas de Cabrales. AR: Arriendas. BE: Benia de Onís. CA: Cangas de Onís. CB: Cabrales-Carrera. CM: Colombres. CO: Colunga. CV: Caravia. IN: Infiesto. LA: Lastres. LL: Llanes. NV: Nueva de Llanes. PA: Panes (Peñamellera Baja). PE: Pendueles. PL: Posada de Llanes. PO: Ponga. RI: Ribadesella. VI: Villamayor.

aglutina al 24,2 % de la población del Área, de los cuales el 26,7% son mayores de 65 años¹, y además se encuentra alejado del hospital (unos 40 minutos por autopista). Y el Centro de Salud de Ponga es el más alejado de todos los centros de salud (unos 90 minutos por carreteras comarcales de montaña) y cuenta con el 1,4% de la población del Área, de los cuales el 33,2% son mayores de 65 años¹.

En ambos casos la accesibilidad es una cuestión prioritaria. La fecha de descentralización de los primeros pacientes candidatos fue el 23 de marzo de 2003; éstos realizaron su primera revisión desde su CS el mes siguiente.

A partir de entonces, y hasta el 31 de junio de 2004, se ha completado la descentralización del 100% de los CS (Tabla 4).

En cuanto al número de pacientes descentralizados, en fecha 30 de junio de 2004, el número es de 623 pacientes con historia clínica abierta en su

centro de salud (60,9% de los pacientes) de los 1.023 activos en TAO del Área. No se incluyeron en éstos 86 pacientes con el visto bueno y con primera fecha de revisión en su centro de salud ya planificada para julio de 2004.

El resto de "pacientes no descentralizados" (400 pacientes, 39,1%) continuaban en dicha fecha en revisiones en el hospital por diferentes causas, entre las que figuran: 1) Inicio de tratamiento y estabilización dentro del rango terapéutico: 2-3 controles estables previos a la descentralización (39,7%, que incluye el último centro de salud descentralizado). 2) Especial riesgo trombótico y hemorrágico de difícil manejo (12,2%). 3) Asistencia a complicaciones hemorrágicas y trombóticas (0%). 4) A petición del personal de AP (0%). 5) A petición del paciente (28%). 6) A petición del médico hematólogo (0%). 7) Por necesidad para el adecuado control del paciente, que incluye controles erráticos que impiden la descentralización (3,5%) u otras causas (16,6%).

Tabla 5. Resultados de las encuestas a usuarios

Descripción de la muestra	Muestra aleatoria: 30 pacientes Respuestas: 28 (93,3%) Edad media: 74,3 años (rango 47-90) Mayores de 65 años: 75,0% Hombres: 71,4%; mujeres: 28,6% Situación laboral: 100% pensionistas		
	Al hospital	Al centro de salud	Diferencia (significación)
Distancia media	57,6 km	2,9 km	54,7 km (p< 0,00001)
Gasto medio por revisión	23,6 euros	1,0 euros	22,6 euros (p< 0,00001)
Tiempo medio por revisión	3,5 horas	1 hora	2,5 horas (p< 0,00001)
Necesidad de acompañante	53,6%	42,9%	10,7% (p> 0,05)
Transporte utilizado	46,4% propios 32,1% taxi	39,3% propios 17,9% taxi	p> 0,05

Significación estadística de la diferencia cuando P es igual o menor a 0,05 (intervalo de confianza del 95%).

b) *Mejor información para los usuarios*: con la puesta en marcha de los documentos enumerados, que se entregan en los centros de salud y en el hospital.

c) *Mayor familiaridad con el entorno*: los pacientes acuden a su centro de salud dentro de su entorno.

d) *Implantación de un método de toma de muestra sanguínea poco invasivo*: en el modelo descentralizado, la toma de muestra sanguínea se realiza mediante punción en el pulpejo de un dedo (sangre capilar). Actualmente, la adquisición de coagulómetros portátiles en el hospital permite utilizar este método menos invasivo en los pacientes centralizados¹⁷. La punción de sangre en el antebrazo con agujas de mayor calibre se reserva únicamente para realizar controles de calidad internos.

e) *Ahorro de tiempo para el paciente en realizar la consulta de alta resolución del control del TAO*: es menor el tiempo necesario, pudiendo dedicar el tiempo restante a otros asuntos en su entorno habitual.

f) *Satisfacción en las encuestas realizadas a usuarios*: ver Tabla 5. Los pacientes puntuaron como beneficioso el cambio del modelo en el 100% de las encuestas recibidas (27 de 30). Este beneficio lo atribuyeron, por orden de frecuencia, a: 67,9% por el ahorro económico, 60,7% por el ahorro de tiempo, 28,6% por la mejor atención profesional, 10,7% por la menor dependencia familiar y 7,1% por otras causas.

2) Resultados en las personas de la organización

a) *Para las personas del laboratorio*: mantenimiento de la seguridad y efectividad del tratamiento anticoagulante oral; inversión en el laborato-

rio de *software*, *hardware*, coagulómetros y reactivos; unificación de los Sistemas de Información (gestión clínica); formación cualificada y personalizada; incremento de la explotación de la información clínica (gestión del conocimiento); menor carga de trabajo, y simplificación de los circuitos asistenciales.

b) *Para la dirección del centro*: iniciación a las culturas de la gestión por procesos y de la gestión por competencias; gestión clínica del laboratorio mediante la integración de los sistemas informáticos y mayor accesibilidad a los Servicios médicos no hematológicos (urgencias, quirúrgicos); mayor coordinación interniveles asistenciales a través de un modelo cooperativo; mejora de los resultados clave (ver apartado siguiente); refuerzo de la imagen corporativa del hospital (tutores), y simplificación de los circuitos asistenciales.

c) *Para los equipos asistenciales de atención primaria*: mayor accesibilidad a la información clínica, tanto dentro como fuera del Servicio de Hematología, tanto en el hospital como en los centros de salud; mayor implicación en la toma de decisiones sobre la patología hematológica del paciente; formación específica de los profesionales, y una posible fuente de motivación; incremento de la coordinación interniveles asistenciales a través de un modelo cooperativo, lo que repercute en una mayor relación entre profesionales de ambos niveles y mayor autoestima de los profesionales, y potenciación de la imagen de atención primaria como promotores de salud en asuntos específicos, hasta ahora exclusivos del hospital.

d) *Resultados en las encuestas a profesionales de atención primaria*: los ítems contestados fueron: 1) Carga de trabajo: aceptable (en cinco centros

dos días semanales, en un centro un día semanal; con un promedio de ocho pacientes al día, rango 4-15). 2) Tiempo medio requerido por paciente: 7,5 minutos (rango 4-10). 3) Horarios establecidos: de 8:15 a 10:00 horas en todos los casos. 4) Tiempo estimado por día: una hora. 5) Persona responsable: enfermera (turno rotatorio). 6) Persona que entrega resultados: médico y/o enfermera indistintamente. 7) Área de mejoras detectadas: retrasos por fallos en programa informático (tres centros); retrasos por fallo en la impresora (un centro); anulación de pacientes por fallo en un coagulómetro (un centro), y molestias en el paciente por error en la citación (un centro). 8) Fortalezas reseñadas: mejo-

ra de la relación interniveles en éste y otros programas, y percepción de satisfacción en los usuarios por parte de los profesionales.

3) Resultados en la sociedad

La imagen externa recogida en los medios de comunicación locales y autonómicos confirma la satisfacción de la sociedad con el inicio del programa.

La evaluación externa llevada a cabo por Sigma Dos en marzo de 2004 confirma la mayor satisfacción del usuario debido a: 1) evitar la lista de espera hospitalaria, 2) la confianza y seguridad ejercida por la tutela del Servicio

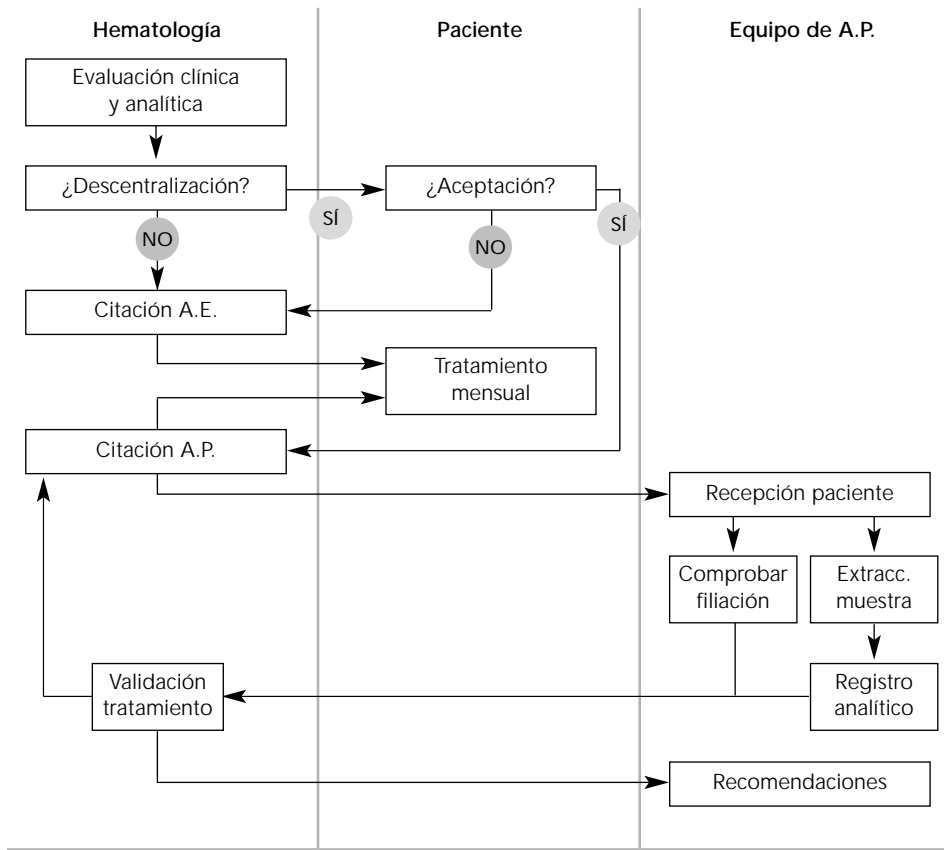


Fig. 3. Flujograma de responsables del modelo descentralizado

de Hematología, y 3) el alto nivel de coordinación mostrado en ese Servicio. Por otro lado, se percibió en esa encuesta una mejora en la gestión de esa consulta especializada.

4) Resultados clave

a) *Estudio de costes*: se realizó una evaluación de costes por la Dirección de Gestión tras un año de funcionamiento del programa. Los costes indirectos son los mismos en ambos modelos de control del TAO. Los costes directos se muestran en la Tabla 6. El coste de oportunidad fue durante el primer año de 16.439,94 euros a favor de la descentralización.

Dicho estudio se realizó con las siguientes premisas: una cuota mensual de 20 euros cada ordenador, una cuota mensual de tres euros la impresora, un coste supuesto de papelería y emisión para 5.000 volantes, un coste de *software* de 8.000 euros, un precio del servidor de 5.000 euros, con un uso aproximado del 5%; el tiempo de amortización de los aparatos en renting es de cinco años; un coste aproximado en coagulómetros de 730 euros; 2,53 euros por reactivo de coagulómetro portátil en modelo descentralizado y 1,123 euros en modelo centralizado; un precio por aguja de extracción de sangre para vacío de 0,098 euros, un precio de tubo de citrato sódico de 3,5 ml de 0,107 euros en el modelo centralizado; el coste por hora de hematólogo es de 29,73 euros, y el de enfermera es de 17,38 euros, con 242 días hábiles trabajados anuales por persona, dedicando cuatro horas diarias de hematólogo en modelo centralizado, y una hora en el descentralizado; dos horas diarias de enfermera de extracciones en el modelo centralizado, y una hora en el descentralizado, así como una hora diaria de enfermera de CS; y el número de determinaciones en el año

objeto del estudio (1 de julio de 2003 a 30 de junio de 2004) es de 4.758.

b) *Trazabilidad y seguridad de los Sistemas de Información*: la aplicación informática también permite el seguimiento de la utilización del sistema por parte de los distintos usuarios. Además, al incorporarse el SH al resto de laboratorios, y todos ellos conectados por interfaz Web a la aplicación WebLab, se acoge también al "protocolo de seguridad en Internet SSL", que garantiza la transmisión de información segura al exterior del laboratorio. Además, la base de datos queda custodiada en el servidor central y no en un ordenador de la consulta.

c) *Confidencialidad y accesibilidad*: el presente programa ha promovido la inversión en tecnología que garantiza el cumplimiento de la Ley Orgánica de Protección de Datos, LOPD 15/1999 de 13 de diciembre y el Real Decreto 994/1999. Dicho cumplimiento viene además validado y certificado por la casa comercial. Además, como ya se ha dicho, la información clínica pasa de estar en un ordenador no custodiado a estar en el servidor del hospital, custodiado por el Servicio de Informática y a disposición de todos los clientes internos y demás usuarios de la WebLab.

d) *Mantenimiento técnico*: la adquisición de la tecnología informática ha permitido la existencia de un mantenimiento obligado de todo el sistema, incluido en el contrato con el proveedor, hasta la fecha inexistente.

Discusión

Según el entorno cambiante, las Gerencias del Área Sanitaria VI prevén la orientación del Área Sanitaria hacia tres líneas estratégicas: 1) el paciente como eje central del proceso asisten-

cial, 2) la continuidad asistencial, con impulso permanente a la atención ambulatoria, y la cooperación con atención primaria (gestión de agendas, WebLab), y 3) la simplificación de circuitos, con la implantación progresiva de las tecnologías de la información y las nuevas tendencias de la práctica clínica. El enfoque estratégico del cambio de modelo de asistencia de los pacientes en TAO vino motivado por los cambios en el entorno, que incluyen las siguientes: 1) Por decisión estratégica de la Dirección General de Calidad y Atención Ciudadana de la Consejería de Salud del Principado de Asturias. 2) Por el incremento del número de pacientes en TAO. 3) Por el desbordamiento de los SH. 4) Por las largas esperas para los pacientes. 5) Por el incremento del número de indicaciones de dicho tratamiento. 6) Por la existencia de experiencias del control de TAO a nivel internacional y nacional que respaldan la seguridad y efectividad del control terapéutico de los pacientes controlados en atención primaria. 7) Por las mejoras tecnológicas para la obtención del INR. 8) Por las tecnologías de transmisión de información: hospital con Centros de Salud.

La Gerencia de AE dejó patente su firme ánimo para la implantación del proyecto, convidando al SH a enviar un borrador de proyecto funcional para la descentralización. Se apostaba así por la implicación de las personas con modelos para el consenso en vez de imponer proyectos. Fruto de ello, el 25 de septiembre de 2002 la Dirección Asistencial del hospital recibió un documento titulado *Descentralización del control del tratamiento anticoagulante oral: Proyecto de coordinación con atención primaria* firmado por las dos personas que componen el SH. En él se explicitaba la intención de poner el proyecto en marcha tras hacer el estudio minucioso de las características del

Servicio, los objetivos a alcanzar, la población diana, los recursos necesarios, tanto humanos como materiales, el plan de actuación, el cronograma, el control de la actividad. También se hacía mención a otros proyectos nacionales e internacionales. Además, aportaron un formato de consentimiento informado y un tríptico explicativo para el paciente.

Este documento fue respaldado y rubricado por diez hematólogos de la comunidad autónoma en representación de ocho de los nueve hospitales asturianos. En él se recordaba que “la comodidad no debe suponer un aumento del riesgo a que se somete a los pacientes”, proponiendo como “opción ideal: seguir como se ha hecho siempre: que todos los pacientes sean vistos en el hospital por el médico hematólogo”.

Más tarde, el compromiso del SH y de la Dirección se plasmó a través del documento *Dirección participativa por objetivos: líneas de actuación 2003-2004*, pactados y rubricados el 18 de marzo de 2003, estableciendo el siguiente objetivo: *Programa de descentralización del TAO: inicio y desarrollo hasta 100% de los centros de salud del Área durante el presente ejercicio. Se establece un periodo de prueba de tres meses (Llanes y Ponga): evaluación preliminar del programa*. Dicho objetivo se ligó al 25% del complemento de productividad variable a percibir al finalizar el ejercicio 2003 tras la evaluación por parte de la Dirección Asistencial del cumplimiento.

El médico de Atención Primaria ha estado poco implicado en la asistencia a estos pacientes hasta la fecha actual por diversas causas: escasa formación, demanda relativamente baja de los usuarios hasta la fecha¹⁸, imposibilidad de estandarización de con-

trol hasta la aparición del INR¹⁹, que garantizara la seguridad del control⁴ y la falta de visión integral del paciente en algunos casos; la escasa preocupación en la educación sanitaria del profesional hacia el paciente y sus acompañantes/familiares también ha sido citada. Hemos comprobado que la formación y la participación desde su inicio de los profesionales ha sido una fuente de motivación en la mayoría de los casos. La coordinación alcanzada y la implantación individualizada del programa permitieron reforzar la autoestima y la confianza de los profesionales, factor crítico de éxito de la descentralización. No obstante, esa individualización de la implantación en cada centro de salud retrasó (Tabla 4) el cronograma teórico (un centro de salud cada mes, excepto los estivales). Asimismo, los usuarios valoran positivamente dicha visión holística en este nuevo modelo, como se desprende de las encuestas mostradas.

A pesar de ser el consumo de reactivos para coagulómetros y la carga de trabajo en AP mayores en el modelo centralizado, el coste de oportunidad resultó favorable con el nuevo modelo (Tabla 6) debido a: un menor consumo en volantes de solicitud (4.758 unidades *versus* 0), un menor consumo en agujas de extracción para vacío (4.758 unidades *versus* 0), una menor carga de trabajo de la enfermería y los técnicos del laboratorio (2 horas diarias *versus* 1 hora diaria), y una menor carga de trabajo de los médicos hematólogos (4 horas diarias *versus* 1 hora diaria).

Conclusiones

1) La implantación del nuevo modelo de asistencia a estos usuarios supone una mejora sustancial en la accesibilidad, pero también ha mejorado la coordinación interniveles. 2) Ha permitido un ahorro de costes de oportu-

Tabla 6. Costes directos asociados a la descentralización del TAO (anual)

	CENTRALIZ	DESCENTRAL	DIF
MATERIALES			
PC (Renting)	240,00	60,00	
Impresora (Renting)	36,00	0	
Volantes	120,00	0	
Software (Amort.)	1.600,00	0	
Tubo citrato	509,11	0	
Agujas extracción vacío	466,28	0	
Coagulóm. Portát. (Amort.)	0	146,00	
Reactivos	5344,66	12037,74	
Servidor informát. (Amort.)	0	250,00	
SUBTOTAL	8.316,05	12.493,74	4.177,69
PERSONAL			
Coste Hematóloga	28.778,64	7194,66	
Coste Enfermera C. S.	0	9350	
Coste Enfermera Hospital	8411,92	4205,96	
SUBTOTAL	37.190,56	20.750,62	-16.439,94
TOTALES	45.506,61	33.244,36	-12.262,25

nidad y una menor ineficiencia de las personas de la organización. 3) También unos mayores niveles de seguridad, trazabilidad y confidencialidad en la información. 4) La estrecha colaboración y cooperación entre los equipos multidisciplinares de ambos niveles asistenciales, así como su implicación y motivación, han permitido alcanzar el objetivo enunciado. 5) La calidad es una actitud.

Agradecimientos

A los equipos asistenciales de AP de Llanes, por su esfuerzo y colaboración, siendo el primer centro de salud descentralizado. A Don Álvaro Fernández Menéndez, Director de Gestión del hospital, por el estudio de costes que se presenta en este trabajo.

Citas bibliográficas

1. SADEI. Padrón Municipal de Habitantes, año 2000. Instituto Nacional de Estadística. 15 de julio de 2002.
2. Bridgen ML. Oral anticoagulant therapy: Practical aspects of management. *Postgrad Med* 1996; 99: 81-102.
3. Alonso R, Barroso C, Álvarez I, Puche N, Alcaraz A. Anticoagulación oral en Atención Primaria. *Inf Ter Sist Nac Salud* 1997; 21: 89-96.
4. Haemostasis and Thrombosis Task Force for the British Committee for Standards in Haematology. Guidelines on oral anticoagulation: Third edition. *Br J Haemat* 1998; 101: 374-387.
5. Hart RG, Benavente O, McBride R, Pearce LA. Antithrombotic therapy to prevent stroke in patients with atrial fibrillation: A meta-analysis. *Ann Intern Med* 1999; 131: 492-501.
6. Kalra L, Lu G, Pérez I, Lakhani A, Donaldson N. Prospective cohort study to determine if trial efficacy of anticoagulation for stroke prevention in atrial fibrillation translates into clinical effectiveness. *Br J Med* 2000; 320: 1236-1239.
7. Fitzmaurice DA, Hobbs FDR, Murray JA. Monitoring oral anticoagulation in primary care. *Br J Med* 1996; 312: 1431-1432.
8. Rodgers H, Sudlow M, Dobson R, Kenny RA, Thomson RG. Warfarin anticoagulation in primary care: a regional survey of present practice and clinician's views. *Br J Gen Pract* 1997; 47: 309-310.
9. Viitaniemi M, Eskola K, Kurunmäki H, Latva-Nevala A, Wallin A, Paloneva M, et al. Anticoagulant treatment of patients with atrial fibrillation in primary health care. *Scand J Prim Health Care* 1999; 17: 59-63.
10. Labarta J, de los Ríos C, Pérez JM. Control de los pacientes en tratamiento con anticoagulantes orales en un consultorio rural. *Atenc Primaria* 1997; 20: 457.
11. Alonso R, Puche N, de la Fuente MD, Serrano P, García L. Control de calidad terapéutico del seguimiento de la anticoagulación oral en atención primaria: cuatro años de experiencia. *Atenc Primaria* 1995; 15: 555-560.
12. Alonso R, Barroso C. Anticoagulación en el medio rural. *Atenc Primaria* 1998; 21: 585.
13. Álvarez I, Barroso C, Alcaraz A, Torres C, Delgado I, Alonso R. Calidad del seguimiento del tratamiento anticoagulante oral: comparación entre el centro de salud y hospital. Ponencia en "Anticoagulación en Atención Primaria". XVII Congreso de la Sociedad

Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Valencia;1997.

14. Makris M. Alternative models of delivery of anticoagulants services. *Sem Thromb Hemost* 1999; 25(1): 33-36.

15. Hennesy BJ, Vyas M, Duncan B, Allen SA. Evaluation of an alternative model of anticoagulant center. *Ir J Med Sci* 2000; 169(1): 34-36 (abstract).

16. Alonso R, Barroso J, Álvarez I, Alcalaz A, Puche N, Gordillo FJ. Situación actual del control del tratamiento anticoagulante oral en Atención Primaria. *Atenc Primaria* 1999; 24: 127-133.

17. Kapiotis S, Quehenberger P, Speiser W. Evaluation of the new method "CoaguChek" for the determination of prothrombin time from capillary blood: comparison with "Thrombotest" on KC-1. *Thrombosis Research* 1995; 77: 563-567.

18. Iturbe T, Cornudella R, Olave MT, Gutiérrez M. Principio de no-maleficencia y anticoagulación oral por fibrilación auricular en pacientes ancianos. *Med Clin* 1999; 113: 397.

19. Kirkwood TBL. Calibration of reference thromboplastins and standardization of the prothrombin time ratio. *Thromb Haemost* 1983; 49: 238-244.

Los parques científicos como espacio y agente de innovación en el sistema I+D*

Bueno Campos E

Catedrático de Economía de la Empresa

Director del Parque Científico de Madrid y del IADE-CIC de la UAM

eduardo.bueno@uam.es

A lo largo de las últimas seis décadas, desde el ecuador del siglo pasado, han ido surgiendo en Estados Unidos, Japón, la Unión Europea y, más recientemente, China e India, como entornos destacados de los sistemas de ciencia y tecnología, los llamados parques científicos o parques tecnológicos, espacios organizados o Technopolis bajo determinada entidad o estructura jurídica con el fin de constituir un ámbito y un sistema de integración de ciencia y técnica con el ánimo de facilitar la mejora de los resultados de investigación, así como de propiciar la generación de nuevo conocimiento, incrementar la producción científica orientada a la creación y desarrollo de innovación, gracias a la concentración de conocimiento y de la inversión en I+D, dotándolos de equipos, infraestructuras y plataformas técnico-científicas que construyan una masa crítica y un entorno natural para la integración y cooperación transdisciplinar entre centros y grupos científicos de excelencia, junto a otros agentes del sistema I+D, en especial relacionados con las empre-

sas a través de la constitución de grupos mixtos de I+D entre éstas y aquéllas, localizados en el espacio real y virtual que configura el concepto y el hecho concreto de un parque científico. Espacio y agente que se justifica para llevar a cabo de forma más eficiente la transferencia de conocimiento y convertirlo en innovación tecnológica, como objetivo final de la lógica social de los actuales sistemas de ciencia y tecnología. En suma, el parque científico se configura como una fórmula necesaria para que los agentes de dichos sistemas se relacionen y cooperen con el ánimo de crear en ese espacio innovación, la cual precisa de la aportación del conocimiento técnico, del científico, de los recursos financieros, de la orientación política y de la concreción de las demandas sociales, que de una u otra forma efectúan y revelan los agentes del sistema, los científicos, los tecnológicos, las instituciones públicas, las empresas y los ciudadanos.

Parece lógico, y así se evidencia, observando y analizando las mejores prácticas conocidas, que los parques científicos y tecnológicos vienen desempeñando no sólo la función de ser un espacio capital para generar y

*Taller de las VII Jornadas de Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios.

desarrollar innovación sino que, también, actúan como un papel de agente principal del sistema de innovación, al ser tanto una fuerza atractora de conocimiento, como tractora para su creación, desarrollo y conversión en innovación tecnológica útil para la evolución de la sociedad, en términos de prosperidad y bienestar. En el caso concreto de los parques científicos, esta función y este papel de fuerza atractora y tractora es protagonizada y se inicia por las universidades y los organismos públicos de investigación, que con referencia al parque científico de Madrid son las dos universidades fundadoras, Autónoma y Complutense, el CSIC y el CIEMAT. Este espacio de I+D, dada la cantidad y calidad de conocimiento científico poseído por los agentes indicados y localizados en la región de Madrid y de impacto científico internacional, se viene especializando y concretando en su proceso de producción científica y de innovación, básicamente en las siguientes áreas de la ciencia y técnica actual: a) Ciencias de la Vida/Biomedicina; b) Ciencia de Materiales/Nanotecnología y c) Ciencias del Conocimiento e Información/ Nootecnología.

La experiencia española ha sido bastante más reciente que la de otros países de nuestro entorno, aunque hay que resaltar que el fenómeno se ha venido acelerando en los últimos años; así, en Europa sólo Finlandia y Reino Unido tienen más parques que España, ya que hay diecinueve parques en funcionamiento, bien científicos como los de Barcelona y Madrid, bien tecnológicos o científico-tecnológicos, caso de los restantes, estando en proyecto de creación más o menos inmediato otros 35, situación que contrasta con el 17.º puesto que ocupa España en la Sociedad de la Información de la Europa de 25 países

y el menor esfuerzo en I+D respecto a la media europea, y mucho más si nos comparamos con Alemania, Francia, Reino Unido y los países nórdicos.

Esta asimétrica situación entre los datos del sistema I+D español, junto al compromiso explicitado del gobierno de la nación de incrementar la inversión en I+D, de facilitar el proceso de innovación y de apoyar decididamente la ciencia y la investigación, pueden aventurar un horizonte para el sistema de innovación más venturoso que el actual, esperando que se alcance en los menos años posibles, con el deseo de que los parques científicos sean los espacios y los agentes que precisa dicho sistema, en coherencia con los caracteres y los fines que se vienen definiendo y que persigue la sociedad del conocimiento en que se ve inmersa la humanidad en los albores del siglo XXI; y lo seguirá haciendo en las décadas siguientes, dada la evolución y las trayectorias observadas en la ciencia y técnica de nuestro tiempo.

En resumen, el parque científico en esta nueva sociedad basada en conocimiento o en el papel relevante de la ciencia y la cultura puede y debe desempeñar la función de espacio y de agente de innovación: primero, al ser un conjunto de infraestructuras y plataformas científicas que faciliten la creación e intercambio de conocimiento entre los agentes del sistema; segundo, al servir de ámbito de relación y transferencia tecnológica entre los diferentes agentes que integran el sistema, y tercero, para aprender a compartir de forma efectiva y eficiente conocimiento, y dirigir y evaluar los procesos intraagentes, creadores de activos de conocimiento o de naturaleza intangible y que constituyen el concepto de capital intelectual del ente u organización de referencia.

Evaluación de un programa de asesoramiento al personal de enfermería para la mejora del clima laboral*

Moriano MJ, González B, Chimpén C
xusmoriano@hotmail.com

Resumen

Sin perder de vista que: a) los profesionales sanitarios afrontan situaciones adversas que generan malestar (como consecuencia del contacto con la enfermedad, la muerte y la demanda asistencial); b) que hoy en día los enfermos y sus familias están más informados y son más insistentes a la hora de exigir sus derechos, y c) que la relativa laxitud de la estructura organizacional puede dar lugar a situaciones de enfrentamiento entre los miembros de la misma, produciendo estrés en el trabajo, deterioro del clima laboral y, al fin y al cabo, un ambiente laboral disfuncional; se aplicó un programa de asesoramiento adaptado a las necesidades de los participantes (el personal de enfermería), evaluándose e introduciéndose las modificaciones pertinentes basándose en los resultados obtenidos.

Con una muestra de 23 participantes se exponen los resultados usando la técnica de la rejilla de Kelly. Se concluye que el programa de evaluación ofrecido resulta útil a la hora de mejorar el clima laboral en el campo de la enfermería, ya que ayuda a identificar necesidades en el ámbito laboral, a enseñar habilidades que pueden necesitar para afrontar situaciones de alto contenido emocional, así como a mejorar aspectos personales del trabajo relacionados con la autoestima y la catarsis.

Palabras clave: Intervención, Clima laboral, Enfermería.

Assessment of a nurse personal counseling program for improving work climate

Abstract

Bearing in mind that: a) health care professionals cope with adverse situations which, in themselves, create illness (as a direct consequence of coming into con-

*Taller de las VII Jornadas de Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios.

tact with disease, death and overwhelming demand); b) patients and their families are much better informed and more demanding when it comes to their own rights, c) the relative laxness in hierarchical structure can produce confrontations among members of the same health organisation which in turn cause stress in workplace, and ultimately a dysfunctional working atmosphere; an assessment program, adapted to nurses particular training needs was applied. The program was itself evaluated by its participants and results were used to introduce modifications. In effect, participants compared their own ideal training program with one which they had just experienced.

Using a Sample of 23 Participants results are postulated using Grid Technique of Kelly. Main conclusion drawn is that applied assessment program is valid when it comes to enhancing working climate in nursing profession, given that it helps to identify specific needs within working environment as well as teaches nurses skills which they might need in order to manage situations of high emotional content, as well as to improve personal aspects of work related to self esteem and catharsis.

Key words: Intervention, Nurse, Working climate.

Introducción

Los hospitales son organizaciones en las que los profesionales, los enfermos y sus familiares se enfrentan con problemas de alto contenido emocional.

Los profesionales sanitarios afrontan situaciones capaces de generar malestar como consecuencia del contacto con la enfermedad, la muerte y la demanda asistencial, principalmente. En la actualidad, los enfermos y sus familias están más informados y son más exigentes en el cumplimiento de sus derechos. Estas circunstancias, unidas a la relativa laxitud de la estructura organizacional, pueden dar lugar a situaciones de confrontación entre los miembros de la organización y producir disfunciones en el papel que desarrollan. Asimismo, pueden ser causa de comportamientos defensivos que, en ocasiones, no se resuelven en el nivel que se generan, y que los profesionales trasladan a otros grupos, a las relaciones con los pacientes, o que convierten en un problema institucional¹.

Los problemas de comunicación que surgen entre enfermos, familia y personal asistencial son percibidos por los profesionales como una tarea añadida a su quehacer diario. En el caso del personal de enfermería, cuidar a los enfermos².

Material y métodos

Partiendo de la hipótesis de que esta circunstancia podría sobrecargar a los profesionales y ser una de las causas de deterioro del clima laboral^{3,4,5} se propuso, en colaboración con el Colegio Oficial de Enfermería y el Máster de Intervenciones en Psicoterapia de la Facultad de Psicología de Salamanca, realizar cursos de asesoramiento que ayudaran a los profesionales de enfermería a manejar situaciones que ellos mismos valoraron como de difícil resolución y generadoras de estrés en el trabajo (Anexo I).

Se han llevado a cabo tres cursos de seis sesiones cada uno con una duración de dos horas y media aproximadamente por sesión.

El trabajo que presentamos recoge los resultados de la evaluación realizada sobre tres programas de asesoramiento cuya fundamentación, objetivos y metodología se describen en el Anexo II.

El objetivo principal ha sido la obtención de información, proporcionada por los propios participantes, sobre los aspectos más relevantes de los programas. Basándose en esta información, los asesores pueden tomar decisiones e introducir las modificaciones que consideren oportunas en posteriores programas, con el fin de potenciar la eficacia del servicio prestado.

El objeto específico de esta evaluación ha sido el trabajo llevado a cabo por los profesionales de enfermería, el clima, los contenidos del curso, el grado de participación, las habilidades adquiridas y la cohesión grupal.

La referencia para la evaluación de los cursos de asesoramiento ha sido la epistemología constructivista^{6,7} y, como herramienta, se ha utilizado la técnica de Rejilla de Kelly (*Grid Technique of Kelly*)⁷, en primer lugar, por su flexibilidad respecto a análisis cuantitativos y cualitativos y facilidad de adaptación a un gran número de aplicaciones especializadas. En segundo lugar, porque el diseño de esta técnica puede ser adaptado a fines específicos de evaluación de acuerdo con las características concretas de un sujeto o grupo particular. Por último, porque se obtienen con la misma resultados que demuestran captar la forma en la que una persona da sentido a la experiencia en sus propios términos⁸. Para la aplicación de la técnica de Rejilla se elaboró una entrevista estructurada, orientada a explicitar y analizar los constructos con los que los profesionales de enfermería organizan su mundo para manejar las emociones producidas por el contacto con la enferme-

dad, la muerte y la demanda asistencial; cómo afrontan las dificultades y se sienten apoyados por un programa de asesoramiento.

Para el análisis de datos se aplicó el programa informático RECORD v. 2.0⁹ y una hoja de cálculo Excel.

Los datos obtenidos nos permiten deducir que el programa de asesoramiento aplicado coincide con lo que los profesionales de enfermería entienden que es un instrumento de intervención que ayuda a afrontar situaciones complejas, enseña nuevas fórmulas de descarga emocional e incrementa su competencia profesional y autoestima laboral.

Objetivos

Objetivo general

Obtener información sobre cómo es percibido el curso de asesoramiento por los propios participantes, con el fin de mostrarla a los asesores y participantes como un *feedback* de su trabajo, de forma que dicha información sirva de base para tomar decisiones e introducir modificaciones en posteriores cursos de asesoramiento y potenciar la eficacia del servicio prestado.

Objetivos específicos

1. Evaluar el trabajo llevado a cabo por los asesores, el clima de trabajo entre los participantes, los contenidos, el grado de participación, las habilidades adquiridas y la cohesión grupal, en función de unas dimensiones preestablecidas, que se consideran de interés tanto para los participantes como para el evaluador.
2. Evaluar a nivel colectivo qué características se acercan más a lo que

los profesionales de enfermería entienden como curso de asesoramiento ideal y, del mismo modo, ver cuáles se acercan más a lo que entienden como *non grato*.

3. Evaluar los resultados y definir el programa.
4. Desarrollar un procedimiento de evaluación que permita introducir mejoras o modificaciones para potenciar la eficacia del programa y sirva a su vez de guía o referencia para posteriores evaluaciones.

Población

La población fue constituida por 60 profesionales de enfermería (en activo o paro) de Salamanca con experiencia

profesional que acudieron al programa de asesoramiento voluntaria y gratuitamente. Se realizó la evaluación a una muestra de 23 participantes.

Metodología y diseño experimental

El programa de asesoramiento (Anexo II) fue elaborado, con el objetivo de confirmar la necesidad del mismo, a partir de los datos obtenidos a través de una entrevista personal a un grupo de profesionales de enfermería del Hospital Universitario de Salamanca, seleccionados según dos criterios: antigüedad en la profesión (más de cinco años) y trabajo en Unidades con sobrecarga emocional y/o asistencial (Pediatria Oncológica, Cuidados Geriátricos, Cuidados Intensivos, Urgencias).

Tabla 1. Evaluación realizada por los pacientes y familiares sobre el cuidado emocional que reciben de los profesionales de enfermería

Correlación entre el rol de enfermera y el profesional ideal para el cuidado emocional

Sujetos	Enfermera
Pediatría 2	0,83
Cirugía 3	-0,18
Cirugía 2	0,95
Medicina Interna 4	0,9
Medicina Interna 3	-0,68
Medicina Interna 1	-0,16
Urgencias 1	0,83
Pediatría 1	0,16
Medias	0,33

Distancias entre el rol de enfermera y el profesional ideal para el cuidado emocional

Sujetos	Enfermera
Pediatría 2	0,08
Cirugía 3	0,1
Cirugía 2	0,06
Medicina Interna 4	0,08
Medicina Interna 3	0,65
Medicina Interna 1	0,41
Urgencias 1	0,12
Pediatría 1	0,05
Medias	0,19

En el transcurso del programa, los participantes manifestaron como problema importante su desconocimiento sobre cómo estaban cuidando a los pacientes y familiares desde el punto de vista emocional. Se valoró que esta circunstancia podía ser causa de cuestionamiento de la competencia profesional, por lo que se incluyó en el programa la opinión de los usuarios del hospital. Para obtener la información, se entrevistó a un grupo de pacientes y familiares ingresados. Los resultados, como muestra la Tabla I, son favorables.

Se ha utilizado como instrumento de recogida de información un test individual no estandarizado construido en base a la técnica de la Rejilla de Kelly (*Grid Technique of Kelly*), modificado y adaptado utilizando resultados generales de grupo (Anexo III).

Para el análisis de datos se aplicó el programa informático RECORD v. 2.0, y como hoja de cálculo para obtener los resultados el programa Excel.

Elección de los elementos

Teniendo en cuenta el objetivo de evaluación, se eligieron cuatro elementos: *nuestro curso*, *otros cursos*, *curso ideal* y *curso non grato*.

Selección de los constructos

Se seleccionaron como constructos 26 dimensiones bipolares con una escala del 1 al 7 (Anexo III). Las dimensiones fueron extraídas de comentarios evaluativos realizados por los propios profesionales de enfermería que se describen en el Anexo IV.

En la aplicación de la entrevista se tuvo en cuenta la interacción con el entrevistado, procurando un ambiente que les permitiera expresar sus impresiones sin que las considerasen

un juicio soberano, sino simplemente su visión particular, y que facilitara captar los procesos de construcción del entrevistado, reduciendo al mínimo la influencia del entrevistador.

Resultados

Los valores máximos y mínimos de la Tabla II de puntuaciones obtenidas en los constructos para cada uno de los elementos (*nuestro curso*, *otros cursos*, *curso ideal* y *curso non grato*) muestran que las características otorgadas al programa de asesoramiento (*nuestro curso*) coinciden (Fig. 1) con las otorgadas al que sería, para los profesionales de enfermería, un programa ideal (*curso ideal*). De estas características destacamos, ordenadas de mayor a menor importancia, las siguientes:

Principales características del curso ideal

Constructo 7:

Un curso donde aprenda a escuchar las dificultades de mis compañeros.

Constructo 13:

La sinceridad de los participantes del grupo.

Constructo 22:

Que se hagan resúmenes de lo tratado en días anteriores.

Constructo 8:

Un curso donde vea que mis necesidades e inquietudes son comparadas.

Constructo 14:

Mi sinceridad.

Constructo 15:

Un curso donde aprenda a reflexionar antes de actuar.

Tabla II. Valores máximos y mínimos

Curso ideal									
	Muy	Bastante	Un poco	Punto medio	Un poco	Bastante	Muy		No responden
1.				9	2	2	10	6	
2.	17	3		2		1		2	
3.	9	4		8		1		2	1
4.	18	1	1	1		1		1	1
5.	15	3		2	1		1	2	1
6.	17	2	1	1		1		1	1
7.	16	3	2	2				2	
8.	16	3	2	2				2	1
9.	15	4		3		1		2	
10.	18	1		2	1			1	1
11.	15	4		2		1		2	1
12.	16	2		2		1		1	2
13.	18	2		3				1	
14.	17	2		3				1	1
15.	17	2		3				1	1
16.	16	3		2			1	2	1
17.	12	5	1	4				2	1
18.	15	3		3			1	2	1
19.	14	1	1	4		2		2	1
20.	15	2	1	1	1	2	1	2	
21.	17	1	1	2			1	2	1
22.	17	3	1	1				1	1
23.	4	5	1	11			1	3	1
24.	14	5		2		1		2	1
25.	16	3		3				1	1
26.	11	6		4			1	2	1

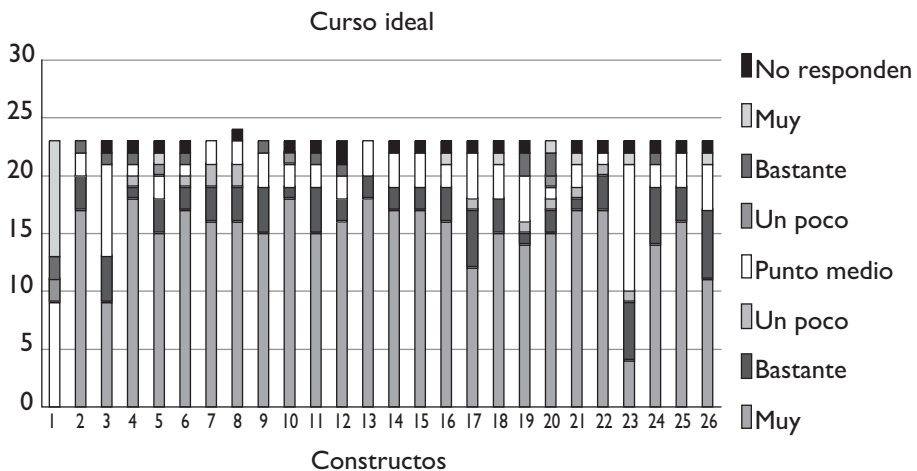


Fig 1. Coincidencia de características cursos-curso ideal.

Principales características del curso *non grato*

Construto 22:
Que se hagan resúmenes de lo tratado en días anteriores.

Construto 26:
No ha habido ninguna investigación en relación con el curso.

Construto 20:
El grupo como un lugar de trabajo más y no de desahogo.

Construto 18:
Guardas tus sentimientos sin oportunidad de expresarlos.

Principales características de nuestro curso

Construto 13:
La sinceridad de los participantes.

Construto 2:
Los temas tratados me han resultado interesantes.

Construto 14:
Mi sinceridad.

Construto 8:
Un curso donde vea que mis necesidades e inquietudes son compartidas.

Construto 7:
Un curso donde aprenda a escuchar las dificultades de mis compañeros.

Los constructos 13, 14, 8 y 7 son las características del programa que más coinciden con las señaladas para un programa ideal: la sinceridad personal y la recibida por los otros profesionales, compartir necesidades e inquietudes y aprender a escuchar las necesidades de los compañeros.

Respecto a los valores otorgados a lo que los profesionales de enfermería entienden que no es un programa que les ayudara (curso *non grato*), no hay características que coincidan con las otorgadas al programa de asesoramiento, nuestro curso (Fig. 2, Tabla III).

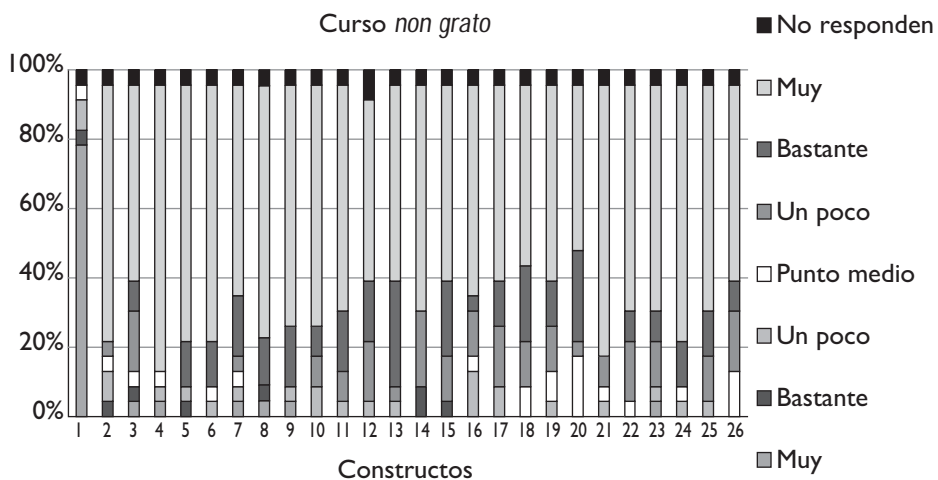


Fig 2. No existen coincidencias de características

Tabla III. Curso *non grato*. Valores no coincidentes

	Curso ideal								No responden	
	Muy	Bastante	Un poco	Punto medio	Un poco	Bastante	Muy			
1.	18	1	2	1				1	1	24,30434783
2.		1	2	1	1			17	6	28,91304348
3.	1	1		1	4	2	13	6	1	28,65217391
4.	1		1	1			19	6	1	29,13043478
5.		1	1			3	17	6	1	29,17391304
6.			1	1		3	17	6	1	29,26086957
7.	1		1	1	1	4	14	6	1	28,86956522
8.	1	1				3	16	6	1	27,7826087
9.	1		1			4	16	6	1	29,08695652
10.			2		2	2	16	6	1	29,08695652
11.			1		2	4	15	6	1	29,17391304
12.			1		4	4	12	6	2	28,69565217
13.			1		1	7	13	6	1	29,13043478
14.		2			5		15	6	1	28,82608696
15.		1			3	5	13	6	1	29
16.			3	1	3	1	14	6	1	28,73913043
17.			2		4	3	13	6	1	28,86956522
18.				2	3	5	12	6	1	28,95652174
19.			1	2	3	3	13	6	1	28,86956522
20.				4	1	6	11	6	1	28,82608696
21.			1	1	2		18	6	1	29,2173913
22.				1	4	2	15	6	1	29,13043478
23.	1		1		3	2	15	6	1	28,91304348
24.			1	1		3	17	6	1	29,26086957
25.			1		3	3	15	6	1	29,13043478
26.				3	4	2	13	6	1	28,86956522

En la evaluación común a todos los participantes (Tabla IV) las puntuaciones obtenidas para nuestro *curso* y el *curso ideal* son semejantes o con diferencias de un punto o menos, y en las obtenidas para *nuestro curso* y el *curso non grato* las diferencias son iguales o mayores de 4 puntos. Por otro lado, las puntuaciones de diferencia obtenidas para el programa de asesoramiento (Tablas V y VI) son congruentes, sin discrepancias (puntuación de diferencia baja) en relación con el *curso ideal* y no congruentes, con discrepancias (puntuación de diferencia alta) respecto al *non grato*.

Del análisis de los datos se deduce que el curso de asesoramiento ha

obtenido una valoración positiva desde el punto de vista de los participantes, aproximándose significativamente a lo que los profesionales de enfermería consideran que es un programa de asesoramiento para el cuidado emocional de los pacientes y su autocuidado.

Conclusiones

Se considera que el programa de asesoramiento es un instrumento válido de intervención en la mejora del clima laboral en los profesionales de enfermería, ya que permite identificar necesidades, aprender habilidades para manejar situaciones con alto

Tabla IV. Evaluación común de todos los partícipes

		Ntro. curso	Otros cursos	C. non grato	Curso ideal
1.	Ha sido un curso exclusivamente teórico	6	3	1	6
2.	Los temas tratados me han parecido interesantes	1	3	6	2
3.	He participado en el curso activamente	3	4	6	2
4.	El lugar y el formato de trabajo me ha parecido cómodo	2	3	6	1
5.	He estado relajada	3	3	6	2
6.	Considero que ha habido un buen ambiente de trabajo	2	3	6	1
7.	He aprendido a escuchar las dificultades de mis compañeros	2	3	6	2
8.	Me ha permitido ver que mis necesidades e inquietudes son compartidas por otros profesionales	1	3	6	1
9.	He aprendido formas de superar mis necesidades/problemas viendo cómo los superan otras compañeras del grupo	2	3	6	2
10.	Los profesionales me han enseñado técnicas para afrontar mis dificultades	2	3	6	1
11.	Me he sentido comprendida en mis dificultades	2	3	6	2
12.	Los profesionales han resuelto mis dudas	2	3	6	1
13.	Creo que los demás han sido sinceros al exponer sus problemas y formas de superarlos	1	3	6	1
14.	He sido sincera	1	2	6	1
15.	He aprendido a reflexionar antes de actuar	2	3	6	1
16.	He aprendido fórmulas de autocuidado	2	3	6	2
17.	He aprendido a detectar y responder a las necesidades emocionales de los pacientes	2	3	6	2
18.	He manifestado mis sentimientos/o he aprendido a hacerlo	2	4	6	2
19.	Me ha ayudado a ver nuevos aspectos positivos de mi profesión	2	3	6	2
20.	Me he podido desahogar con el grupo al hablar de mis problemas	2	3	6	2
21.	He captado los puntos seguidos en el programa	2	3	6	2
22.	Se han hecho resúmenes de lo tratado en días anteriores	2	4	6	1
23.	Me gustaría que cada sesión del curso durara más tiempo	3	4	6	3
24.	He conocido a otros profesionales, nuevas amistades	2	3	6	2
25.	El curso me ha permitido mejorar mis habilidades	2	3	6	1
26.	Con la asistencia al curso he colaborado en una investigación	2	4	6	2

Tabla V. Diferencias obtenidas

Ha sido un curso exclusivamente teórico	0	Ha sido un curso práctico
Los temas tratados me han parecido interesantes	1	Los temas tratados eran aburridos y poco útiles
He participado en el curso activamente	1	Mi postura ha sido más bien de observadora
El lugar y el formato de trabajo me ha parecido cómodo	1	Me sentía incómoda en mi posición/o lugar de trabajo
He estado relajada	1	Tensa
Considero que ha habido un buen ambiente de trabajo	1	Me he sentido incómoda
He aprendido a escuchar las dificultades de mis compañeros	0	Me he centrado en mis dificultades sin escuchar a los demás
Me ha permitido ver que mis necesidades e inquietudes son compartidas por otros profesionales	0	No he compartido mis necesidades o inquietudes con otros profesionales
He aprendido formas de superar mis necesidades/problemas viendo cómo los superan otras compañeras del grupo	0	No he aprendido nada sobre cómo hacen las cosas mis compañeras del grupo
Los profesionales me han enseñado técnicas para afrontar mis dificultades	1	No he aprendido técnicas de los profesionales
Me he sentido comprendida en mis dificultades	0	Creo que nadie ha entendido mis dificultades
Los profesionales han resuelto mis dudas	1	Me he quedado sin resolver mis principales dudas
Creo que los demás han sido sinceros al exponer sus problemas y formas de superarlos	0	Creo que no ha habido sinceridad por parte del grupo
He sido sincera	0	He mentado en algunos detalles
He aprendido a reflexionar antes de actuar	1	He aprendido a hacer las cosas más impulsiva y automáticamente
He aprendido fórmulas de autocuidado	0	No he aprendido fórmulas de autocuidado
He aprendido a detectar y responder a las necesidades emocionales de los pacientes	0	He aprendido a detectar y responder a las necesidades físicas de los pacientes
He manifestado mis sentimientos/o he aprendido a hacerlo	0	He guardado mis sentimientos o no he tenido oportunidad de expresarlos
Me ha ayudado a ver nuevos aspectos positivos de mi profesión	0	Me ha reflejado los aspectos más negativos de mi profesión
Me he podido desahogar con el grupo al hablar de mis problemas	0	El grupo como un lugar de trabajo más no de desahogo
He captado los puntos seguidos en el programa	0	He estado perdida en cuanto al programa
Se han hecho resúmenes de lo tratado en días anteriores	1	Directamente se empezaba un nuevo trabajo
Me gustaría que cada sesión del curso durara más tiempo	0	Me resulta pesada la duración del grupo. Cada uno va a lo suyo, no he conocido a nadie en el grupo
He conocido a otros profesionales, nuevas amistades	0	Mis habilidades siguen siendo las mismas antes y después del curso
El curso me ha permitido mejorar mis habilidades	1	No ha habido ninguna investigación en relación al curso
Con la asistencia al curso he colaborado en una investigación	0	

Tabla VI. Diferencias de puntuaciones obtenidas

Ha sido un curso exclusivamente teórico	5	Ha sido un curso práctico
Los temas tratados me han parecido interesantes	5	Los temas tratados eran aburridos y poco útiles
El lugar y el formato de trabajo me ha parecido cómodo	4	Me sentía incómoda en mi posición/o lugar de trabajo
Considero que ha habido un buen ambiente de trabajo	4	Me he sentido incómoda
He aprendido a escuchar las dificultades de mis compañeros	4	Me he centrado en mis dificultades sin escuchar a los demás
Me ha permitido ver que mis necesidades e inquietudes son compartidas por otros profesionales	5	No he compartido mis necesidades o inquietudes con otros profesionales
He aprendido formas de superar mis necesidades/ problemas viendo cómo los superan otras compañeras del grupo	4	No he aprendido nada sobre cómo hacen las cosas mis compañeras del grupo
Los profesionales me han enseñado técnicas para afrontar mis dificultades	4	No he aprendido técnicas de los profesionales
Me he sentido comprendida en mis dificultades	4	Creo que nadie ha entendido mis dificultades
Los profesionales han resuelto mis dudas	4	Me he quedado sin resolver mis principales dudas
Creo que los demás han sido sinceros al exponer sus problemas y formas de superarlos	5	Creo que no ha habido sinceridad por parte del grupo
He sido sincera	5	He mentido en algunos detalles
He aprendido a reflexionar antes de actuar	4	He aprendido a hacer las cosas más impulsiva y automáticamente
He aprendido fórmulas de autocuidado	4	No he aprendido fórmulas de autocuidado
He aprendido a detectar y responder a las necesidades emocionales de los pacientes	4	He aprendido a detectar y responder a las necesidades físicas de los pacientes
He manifestado mis sentimientos/o he aprendido a hacerlo	4	He guardado mis sentimientos o no he tenido oportunidad de expresarlos
Me ha ayudado a ver nuevos aspectos positivos de mi profesión	4	Me ha reflejado los aspectos más negativos de mi profesión
Me he podido desahogar con el grupo al hablar de mis problemas	4	El grupo como un lugar de trabajo más no de desahogo
He captado los puntos seguidos en el programa	4	He estado perdida en cuanto el programa
Se han hecho resúmenes de lo tratado en días anteriores	4	Directamente se empezaba un nuevo trabajo
He conocido a otros profesionales, nuevas amistades	4	Cada uno va a lo suyo, no he conocido a nadie en el grupo
El curso me ha permitido mejorar mis habilidades	4	Mis habilidades siguen siendo las mismas antes y después del curso
Con la asistencia al curso he colaborado en una investigación	4	No ha habido ninguna investigación en relación al curso

contenido emocional y mejorar aspectos relacionados con la autoestima laboral y de descarga.

La elaboración de programas de asesoramiento de acuerdo con las necesidades del grupo favorece que los participantes expresen qué les ayuda a afrontar las situaciones difíciles en el trabajo y enseña fórmulas de autocuidado adaptadas a los recursos personales y al sistema de apoyo social.

La flexibilidad del programa permite adaptarlo a diferentes grupos de profesionales que compartan los mismos problemas, lo que demuestra su eficacia, en la evaluación obtenida, para la resolución de los mismos.

Citas bibliográficas

1. Costa M, López E. Salud Comunitaria. Roca; 1987.
2. Navarro Góngora J. Enfermedad y familia. Manual de Intervención psicosocial. Paidós; 2004.
3. Mingote JC, Pérez AF. El estrés del médico. Díaz de Santos; 1999.
4. Pedro R, Gil-Monte PD. El síndrome de quemarse por el trabajo. <http://www.psicologiacientifica.com/articulos/ar-pgil.htm>
5. Peiró JM, Salvador A. Control del estrés laboral. Madrid: Eudema; 1993.
6. Botella L, Feixas G. Teoría de los constructos personales: aplicaciones a la práctica psicológica. Barcelona: Alertes; 1998.
7. Kelly GA. The psychology of personal constructs. (Vols. I, II). Nueva York: Norton; 1955.
8. Neimeyer GJ. Evaluación constructivista. Barcelona: Paidós; 1993.
9. Feixas G, Cornejo JM. Manual de la Técnica de la Rejilla mediante el programa RECORD v. 2.0. Barcelona: Paidós; 1996.

Anexo I. Situaciones que los profesionales de enfermería estiman de mayor dificultad en el desarrollo de su profesión y generadoras de estrés

- Deficiente formación para atender problemas emocionales de los pacientes y sus familiares.
 - Tratar a los niños con enfermedad grave.
 - Cuando el familiar no quiere informar al paciente de su enfermedad.
 - Las preguntas de los pacientes sobre la información médica.
 - Qué actitud tener ante un enfermo que va a morir.
 - La negación o no aceptación del familiar de la condición del enfermo.
 - La muerte inesperada de un paciente.
 - Atender a los familiares que, siendo los menos implicados en el cuidado, demandan mucha información.
 - Cuando un paciente va a morir en una urgencia y la familia responde echándose encima. A veces son situaciones que requieren el aviso a la policía.
 - Saber qué decir para animar a un paciente.
 - Controlar las propias emociones mientras atiendo a los pacientes.
 - Saber hasta dónde dar. Probablemente nos demandan más de lo que nosotros les podemos dar.
 - Tratar y apoyar al familiar de un enfermo grave.
 - Acercarse a un paciente que no habla, que sólo llora.
 - Relacionarnos con un paciente con intento de autolisis.
 - Hasta dónde implicarse en el cuidado.
 - Comunicar al paciente una equivocación en los cuidados.
 - Coordinar la información con los compañeros médicos.
 - Cuando nos agraden verbalmente, qué decir.
 - Miedo a las críticas de los pacientes, de los compañeros...
 - Cómo distinguir el cuidado de nosotros mismos del cuidado de los pacientes.
 - Cómo tratar a los niños con cáncer.
 - Cómo manejar el duelo.
-

Anexo II. Curso de asesoramiento e intervención: cuidado psicosocial del enfermo y su familia. Autocuidados en el personal de enfermería

Determinadas situaciones que el personal de enfermería detecta que son de difícil manejo para el desarrollo de su profesión generan sobrecarga emocional y contribuyen a sentirse “quemado”.

En diferentes grupos de formación e intervención el personal de enfermería ha destacado, entre otras, las siguientes situaciones, que manejan con dificultad y que generan tensión o cierto desequilibrio emocional:

1. Cómo dar información sobre autocuidados para producir cambios en enfermos adultos y en niños.
2. Cómo informar de los cuidados ante un paciente terminal.
3. Cómo consolar a la familia cuando muere un paciente.
4. Cómo hablar a los niños con enfermedad grave.
5. Cómo mantener una actitud de esperanza ante un diagnóstico grave.
6. Cómo reforzar la información que da el médico cuando la enfermedad es mortal.
7. Qué actitud tener ante las malas noticias.
8. Qué contestar cuando el enfermo te hace preguntas difíciles.
9. Qué hacer cuando te cuestionas tu propia muerte al morir los pacientes a los que cuidas.
10. Qué decir en el momento de la muerte.
11. Cómo atender el duelo de la familia.
12. Cómo explicar al compañero cómo me siento.
13. Qué decir en las recaídas para seguir manteniendo la esperanza.
14. Cómo decir al médico que el paciente necesita estar informado porque me pregunta.
15. Cómo actuar cuando la información de la familia no es la misma que la del enfermo.
16. Qué hacer cuando el problema de la enfermedad se une a los problemas sociales (sin familia, sin amigos...).
17. Qué hacer cuando un paciente se niega a que le prestemos cuidados.
18. Cómo afrontar la angustia del enfermo que va a morir y sabe que está muriendo.
19. Qué decir ante un diagnóstico de enfermedad incurable en un paciente enfermo.
20. Qué hacer para que estas situaciones anteriores no afecten a mi vida personal.
21. Qué hacer para que estas situaciones no afecten a mi autoestima profesional.

El entrenamiento en habilidades de afrontamiento que son identificadas como útiles de forma individual para el cuidado de los enfermos y sus familiares, y la identificación de los recursos personales y de descarga emocional contribuyen, en cierta medida, al incremento de la autoestima profesional, que es, sin duda, uno de los problemas crecientes en la profesión de enfermería.

Por esta razón proponemos el desarrollo del siguiente programa de entrenamiento de habilidades para el cuidado psicosocial del enfermo y su familia y el autocuidado del personal asistencial de enfermería.

Objetivos

- Autocuidados del personal de enfermería
 - Identificar necesidades de autocuidados.
 - Identificar habilidades relacionadas con el control de las situaciones con alto contenido emocional.
 - Identificar el sistema de apoyo social y de los recursos personales para aliviar las situaciones de sobrecarga en el trabajo.
 - Construir protocolos personalizados de emergencia y crisis ante situaciones con alto contenido emocional.
- Cuidado del enfermo y su familia
 - Identificar el grado de conocimiento que tiene el profesional de enfermería sobre los aspectos psicosociales de los enfermos físicos y sus familiares.
 - Entrenar al personal asistencial de enfermería en habilidades para el cuidado emocional del enfermo y su familia.
 - Elaborar protocolos de actuación con el enfermo y su familia ante situaciones de alto contenido emocional.

Procedimiento

- Identificación y puesta en escena de las situaciones descritas por el personal de enfermería. Discusión en grupos en busca de alternativas.
- Identificación de las habilidades.
- Escenificación de las habilidades.
- Identificación de los recursos personales.
- Identificación de recursos sociales.
- Actividades concretas para la puesta en marcha de los recursos personales y sociales.
- Listado personalizado de habilidades y recursos disponibles.
 - Protocolo de emergencia o crisis.
 - Protocolo de mantenimiento.

Duración

- El programa de 18 horas repartidas en 6 sesiones de 2-3 horas.

Metodología

- Constitución de grupos de trabajo de máximo 20 enfermeras asistenciales.
- Contrato individual con las condiciones de confidencialidad y uso para investigación.
- Trabajo con dinámica de grupos homogéneos cerrados, con planteamiento del problema, discusión y puesta en común.
- Elección de soluciones y entrenamiento de las habilidades necesarias para llevarlas a la práctica.

Anexo III. Rejilla adaptada al curso de asesoramiento al personal de enfermería

1 Muy. 2 Bastante. 3 Un poco. 4 Punto medio. 5 Un poco. 6 Bastante. 7 Muy.

- | | |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Ha sido un curso exclusivamente teórico 2. Los temas tratados me han parecido interesantes 3. He participado en el curso activamente 4. El lugar y el formato de trabajo me ha parecido cómodo 5. He estado relajada 6. Considero que ha habido un buen ambiente de trabajo 7. He aprendido a escuchar las dificultades de mis compañeros 8. Me ha permitido ver que mis necesidades e inquietudes son compartidas por otros profesionales 9. He aprendido formas de superar mis necesidades/problemas viendo cómo los superan otras compañeras del grupo 10. Los profesionales me han enseñado técnicas para afrontar mis dificultades 11. Me he sentido comprendida en mis dificultades 12. Los profesionales han resuelto mis dudas 13. Creo que los demás han sido sinceros al exponer sus problemas y formas de superarlos 14. He sido sincera 15. He aprendido a reflexionar antes de actuar 16. He aprendido fórmulas de autocuidado 17. He aprendido a detectar y responder a las necesidades emocionales de los pacientes 18. He manifestado mis sentimientos/o he aprendido a hacerlo 19. Me ha ayudado a ver nuevos aspectos positivos de mi profesión 20. Me he podido desahogar con el grupo al hablar de mis problemas 21. He captado los puntos seguidos en el programa 22. Se han hecho resúmenes de lo tratado en días anteriores 23. Me gustaría que cada sesión del curso durara más tiempo 24. He conocido a otros profesionales, nuevas amistades 25. El curso me ha permitido mejorar mis habilidades 26. Con la asistencia al curso he colaborado en una investigación | <ol style="list-style-type: none"> 1. Ha sido un curso práctico 2. Los temas tratados eran aburridos y poco útiles 3. Mi postura ha sido más bien de observadora 4. Me sentía incomoda en mi posición/o lugar de trabajo 5. Tensa 6. Me he sentido incomoda 7. Me he centrado en mis dificultades sin escuchar a los demás 8. No he compartido mis necesidades o inquietudes con otros profesionales 9. No he aprendido nada sobre cómo hacen las cosas mis compañeras del grupo 10. No he aprendido técnicas de los profesionales 11. Creo que nadie ha entendido mis dificultades 12. Me he quedado sin resolver mis principales dudas 13. Creo que no ha habido sinceridad por parte del grupo 14. He mentido en algunos detalles 15. He aprendido a hacer las cosas más impulsiva y automáticamente 16. No he aprendido fórmulas de autocuidado 17. He aprendido a detectar y responder a las necesidades físicas de los pacientes 18. He guardado mis sentimientos o no he tenido oportunidad de expresarlos 19. Me ha reflejado los aspectos más negativos de mi profesión 20. El grupo como un lugar de trabajo más no de desahogo 21. He estado perdida en cuanto el programa 22. Directamente se empezaba un nuevo trabajo 23. Me resulta pesada la duración del grupo. 24. Cada uno va a lo suyo, no he conocido a nadie en el grupo 25. Mis habilidades siguen siendo las mismas antes y después del curso 26. No ha habido ninguna investigación en relación al curso |
|---|---|

Anexo IV. Respuestas a la evaluación de programas anteriores

En qué te ha ayudado:

- Escuchar a otros compañeros.
- Hablar de problemas parecidos a los míos y de formas de superarlos.
- Ambiente relajado, sincero.
- Interesante.
- Ver que mis necesidades son comunes. Ver que compartimos las mismas inquietudes.
- A reflexionar más antes de actuar.
- A aplicar técnicas que aplicaba inconscientemente aunque no sabía hacerlo en el momento adecuado.
- A encontrarme mejor conmigo.
- A saber escuchar.
- He aprendido ciertas fórmulas de autocuidado para encarar situaciones diarias.
- A manifestar mis sentimientos en grupo.
- A ver lo positivo de nuestra profesión.
- A desahogarme.

Qué suprimirías:

- No he captado muy bien los puntos que seguís.
- Los resúmenes tan largos de lo hecho en días anteriores.

Qué cambiarías:

- Hacerlo en días sucesivos.
 - Añadiría más tiempo para el curso.
 - Me gustaría saber cómo afrontar el tema de la muerte.
-

Sistemas de Información y Gestión de Servicios de Enfermería*

Carreras Viñas M
Directora de Calidad. Fundación Rioja Salud
mercedescarreras@telefonica.net

Resumen

Se proponen una serie de indicadores que podrían constituir un sistema de información para analizar la evolución de las líneas estratégicas de un plan de gestión de los Servicios de Enfermería y también proporcionar la información pertinente para mejorar y difundir la gestión de cuidados.

Palabras clave: Gestión de cuidados, Sistemas de Información, Indicadores de gestión de cuidados, Cuadro de mando.

Management and Information Systems in nursing services

Abstract

Author proposes some indicators that can build an Information System to analyze evolution of nursing services, management plan strategic skills, and also to give relevant information for improving and diffusing management care.

Key words: Management care, Information Systems, Management care indicators, Management chart.

Introducción

La gestión de servicios de enfermería se ha ido desarrollando en los últimos años según los cambios que se han producido en el Sistema Sanita-

rio, pasándose de la administración de personal y de las funciones correspondientes a organización y logística de las unidades en los años setenta, a un modelo que pretende gestionar los cuidados, la información, los procesos y procedimientos, la formación, la investigación, los recursos humanos, materiales y económico-financieros.

*Taller de las VII Jornadas de Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios.

Es indiscutible el gran esfuerzo y el avance realizado por los gestores de los servicios de enfermería en estas últimas décadas; no cabe duda de que se han conseguido metas muy importantes; no obstante, son pocas las organizaciones sanitarias que han adoptado un modelo de gestión homologado que les permita asegurar la eficacia de sus actuaciones, que les permita conocer sus resultados y la eficiencia de sus procesos. Hasta el momento actual, no se han definido ni consensado líneas estratégicas de actuación para la profesión en este ámbito y, como consecuencia, tampoco se han desarrollado los indicadores y los Sistemas de Información necesarios para evaluarlas y mejorarlas; aunque a nivel individual se hayan desarrollado iniciativas muy interesantes al respecto, no existe una política definida a nivel nacional.

Los nuevos espacios, la gestión descentralizada y la demanda creciente de expectativas de la sociedad exigen la mejora de la gestión de cuidados, la concreción de la oferta enfermera y, sobre todo, la información sobre nuestros procesos y resultados. En este momento existe una gran dispersión a nivel nacional en cuanto a la política de gestión de cuidados que se está desarrollando, pues a pesar de haberse puesto en marcha variadas iniciativas y experiencias para mejorarlos, de hecho se han estandarizado, informatizado, puesto en marcha el proceso de atención de enfermería¹ bajo distintos modelos: Henderson,² Orem..., se han realizado vías clínicas, etc., etc.; sin embargo, no existe el análisis y la evaluación suficiente sobre la eficiencia, eficacia y efectividad de las mismas que permita unificar criterios de actuación y mejorar nuestra práctica asistencial. A pesar de existir ya gran cantidad de información al respecto y potentes bases de datos con información procedente de los programas

informáticos de planificación de cuidados, ésta se encuentra en la mayoría de las ocasiones sin explotar, pues no se han desarrollado o no están integrados los sistemas informáticos que permitan obtener esta información de manera automática y sistematizada, y, lo que es peor, no se han definido o no se han consensado hasta el momento los indicadores de gestión necesarios para ser incluidos en ellos.

Sistemas de Información

"Las mediciones son importantes: si no puedes medirlo, no puedes gestionarlo." Así comienzan Rober S. Kaplan y David P. Norton el capítulo de su libro: *Cuadro de mando integral (The Balanced Scorecard)*.³

Para gestionar los servicios de enfermería sería conveniente instaurar, homologar, estandarizar, informatizar y evaluar un Sistema de Información con indicadores de calidad, de actividad y de eficiencia de servicios de enfermería que, consensados a nivel nacional, favorezcan el conocimiento de los procesos, de sus costes, permitan la evidencia científica de los resultados alcanzados a través de la aplicación de los diferentes modelos, que nos ayuden a conocer los niveles de salud alcanzados por la población tras la aplicación de nuestros cuidados, favoreciendo asimismo la realización del *benchmarking* entre los diferentes servicios de enfermería del territorio nacional.

Los Sistemas de Información sanitaria, según la Organización Mundial de la Salud, son mecanismos para la recopilación, proceso, análisis y transmisión de la información que se precisa para organizar y dirigir los servicios sanitarios. Son instrumentos imprescindibles para la planificación: es el mejor conocimiento posible de la situación

que sirve de base para actuar y, en nuestro caso, para mejorar la gestión.

Los objetivos que persiguen los Sistemas de Información son, entre otros, proporcionar información para realizar tareas de gestión, evaluar intervenciones sanitarias en cuanto a su efectividad, eficiencia, equidad, facilitar la investigación, etc.

Podemos encontrar Sistemas de Información de los servicios de salud tanto de Atención Especializada como de Atención Primaria que contemplen aspectos como la financiación, la estructura, los procesos y los resultados. Algunos sistemas analizan información demográfica, medioambiental, eficacia de las nuevas tecnologías, inocuidad de las mismas e incluso sus costes. Existen indicadores de gestión hospitalaria como son: la estancia media, el índice de ocupación de los hospitales o de las unidades, los tiempos de espera, los índices de utilización y de rendimiento de locales, etc.

Sistemas de Información de los Servicios de Enfermería

Si bien los indicadores deben responder al análisis y evaluación de los diferentes modelos de gestión que se implanten en la organización para poder valorar los niveles de consecución de los objetivos estratégicos planteados en ellos, en este trabajo no desarrollaremos indicadores que nos permitan conocer la gestión de los servicios de enfermería a través de un modelo concreto, no pretendemos aquí poner en marcha el *Balanced Scorecard* ni el Modelo de Gestión de la Fundación Europea de Gestión de Calidad Total, (E.F.Q.M.)⁴; en este artículo pretendemos plantear los indicadores correspondientes a un plan de gestión de servicios de enfermería que en su día definió las líneas estratégicas que se describen a continua-

ción, para las que desarrollamos un cuadro de mando con los indicadores que permitan conocer su evolución en el tiempo y así poder hacer el diagnóstico anual de situación y las correspondientes propuestas de mejora.

Indicadores

Se definen los indicadores como las herramientas que miden un aspecto "relevante" de una actividad que se desea conocer, analizar, observar, comparar, evaluar, etc. etc. Un indicador es una variable que sirve pues para medir, es un índice o un reflejo de una situación determinada, es una medida indirecta o parcial de una situación compleja, y también puede definirse como la expresión matemática de un criterio de evaluación

Los indicadores pueden clasificarse de varias formas según lo que midan: de gestión asistencial, de formación, de calidad, de gestión medioambiental...; y cómo lo midan: numéricos, de proporción o de tasa, etc.

Los indicadores para el cuadro de mando de una empresa deben ser simples en cuanto a su estructura y organización. Deben ser flexibles, que permitan ser adaptados a las necesidades cambiantes de las instituciones, deben ser aceptados por parte de las personas que los vayan a utilizar, deben ser relevantes y específicos respecto a lo que se quiere medir. Los datos deben ser válidos, fiables, comparables, pertinentes, en algunos casos confidenciales y, finalmente, deben ser pocos, cuantos menos mejor.

Plan de Gestión. Líneas estratégicas

De nuestro plan de gestión extraemos para este artículo las líneas estratégicas definidas y que se pretenden cumplir en un plazo de cinco años.

Son las siguientes:

Política de gestión organizacional

Organizar las actividades, los procesos, los sistemas y los recursos disponibles, fomentando la orientación de toda la organización hacia la cobertura de las necesidades y expectativas de los clientes.

Política de gestión asistencial

Normalizar la actividad cuidadora a través de la elaboración y puesta en marcha de los planes de cuidados informatizados y estandarizados por G.D.R. según el Modelo conceptual de Virginia Henderson, analizando y dando respuesta a las 14 necesidades que el modelo propone, utilizando los diagnósticos de enfermería de la N.A.N.D.A.⁵ y los diagnósticos médicos de las vías clínicas, para realizar la actividad cuidadora y las actividades interdependientes, por día de estancia, así como la coordinación de todo el proceso, para favorecer la continuidad de cuidados.

Política de gestión de la calidad

Definir los estándares de calidad de los procesos de enfermería, así como los indicadores de los agentes facilitadores y de resultados de todos los criterios que componen el modelo de la E.F.Q.M., diseñando y llevando a cabo el sistema de autoevaluación de forma sistemática para conseguir la excelencia en los cuidados de enfermería a través de la mejora continua.

Política de gestión de recursos humanos

Diseñar y poner en marcha sistemas de asignación y programas de formación, capacitación, participación e incentivación de los profesionales de la división para conseguir un mayor

desarrollo, motivación, integración y fidelización de las personas.

Política de gestión de recursos económicos

Diseñar y poner en marcha un sistema que permita conocer el consumo de recursos de los cuidados de enfermería por proceso, según los Grupos Diagnósticos Relacionados (G.D.R.)⁶ más frecuentados, para colaborar en la mejora de la gestión financiera.

Política de gestión de recursos materiales

Racionalizar el gasto mediante la articulación de sistemas de pacto de consumos, evaluación, análisis y corrección de las posibles desviaciones y desarrollo de programas para el uso adecuado de los recursos.

Política de gestión de recursos estructurales

Desarrollar e implementar programas de gestión de recursos de estructura a través del desarrollo, puesta en marcha y evaluación de indicadores de capacidades y rendimiento de los mismos.

Política de gestión de salud laboral

Desarrollar programas que promuevan y fomenten el cumplimiento de medidas preventivas en todas las actividades que puedan conllevar riesgos de salud laboral.

Política de gestión medioambiental

Desarrollar programas y sistemas que potencien el respeto y el cuidado del medio ambiente, intensificando acciones que potencien la reducción de consumo y la reutilización de material ecológicamente escaso, así como favorecer el consumo en la medida de

lo posible de material reciclado y reciclable.

Cuadro de mando

Se detallan a continuación los indicadores que podrían constituir el cuadro de mando de una Dirección de

Enfermería para medir con distinta periodicidad (algunos con periodicidad mensual, algunos anual) la evolución de las líneas estratégicas del plan de gestión, para el análisis de los niveles de consecución de los estándares así como de los diferentes hitos planteados, y también para la

Indicadores de Gestión de cuidados

- % de pacientes con valoración de necesidades al ingreso
 - % de pacientes con planes de cuidados individualizados realizado antes de las 24 horas del ingreso
 - % planes de cuidados evaluados más de una vez durante la hospitalización
 - % objetivos del plan de cuidados conseguidos antes del alta
 - % de cuidados realizados en relación con los cuidados planificados
 - % informes de cuidados al alta emitidos
 - % cumplimentación informe de alta
 - % de pacientes a los que se realiza valoración de riesgo social antes de las 48 horas del ingreso
 - Número de planes de cuidados estandarizados definidos y consensuados
 - Número de procedimientos de enfermería definidos y consensuados
 - Número de vías clínicas implantadas y evaluadas
 - % de pacientes con valoración de riesgo de ulceración realizada al ingreso
 - % de pacientes con riesgo de ulceración
 - Prevalencia de úlceras por presión producidas en la unidad
 - Prevalencia de Flebitis periférica
 - % de pacientes con valoración de riesgo de caída
 - Incidencia de caídas de pacientes
 - Incidencia de infección de herida quirúrgica
 - % de cumplimiento de procedimientos
 - Prevalencia de infecciones por sonda
 - Coste medio por día de hospitalización
 - Coste medio del GRD más frecuentado por unidad
-

Indicadores de Gestión de la calidad

- Puntuación global obtenida en la autoevaluación E.F.Q.M.
 - Número de procesos implantados y con indicadores al día según procedimiento
 - % de acciones de mejora implantadas en relación con las planificadas
 - Tasa de reclamaciones relacionadas con personal o procesos de enfermería
 - Tasa de pacientes satisfechos según el trato recibido por personal de enfermería
 - Tasa de pacientes satisfechos sobre la información recibida
 - Tasa de pacientes que conocen el nombre de su enfermera
 - Número de equipos de mejora en funcionamiento
 - Número de enfermeras que participan en grupos de mejora
 - Media de reuniones de los grupos de mejora
 - % de procesos definidos en relación con los descritos en el mapa de procesos
 - % de procesos puestos en marcha y estabilizados
 - % de cumplimiento de los procesos estabilizados
 - % de personal de enfermería que participa en gestión de procesos
 - Número de sesiones de enfermería llevadas a cabo
-

Indicadores de actividad

- Ingresos
 - Altas
 - Estancias
 - Índice de ocupación
 - Índice de rotación
 - Interconsultas
 - Éxitus
 - % de pacientes con nivel de dependencia 4
 - % de pacientes con nivel de dependencia 3
 - % de pacientes con nivel de dependencia 2
 - % de pacientes con nivel de dependencia 1
 - Número de intervenciones quirúrgicas programadas
 - Número de intervenciones quirúrgicas urgentes
-

Indicadores de Gestión de Recursos Humanos	Presupuesto anual/plantilla fija	Gasto	Balance	% rotación externa
Coordinadora de Área				
Enfermeras				
Matronas				
Fisioterapeutas				
T.E.L.				
T.E.R				
Auxiliares de Enfermería				
Auxiliares de apoyo				

Indicadores de Gestión de Recursos Humanos	Presupuesto anual/sustitución	Gasto	Balance	Sustitución por horas de formación
Coordinadora de Área				
Enfermeras				
Matronas				
Fisioterapeutas				
T.E.L.				
T.E.R				
Auxiliares de Enfermería				
Auxiliares de apoyo				

Indicadores de absentismo	Días absentismo	Días sustituidos	% absentismo	% accidentes laborales
Coordinadora de Área				
Enfermeras				
Matronas				
Fisioterapeutas				
T.E.L.				
T.E.R				
Auxiliares de Enfermería				
Auxiliares de apoyo				

Indicadores de formación e investigación

- Número de horas de permiso para formación autorizadas en el año
- Número de cursos presupuestados
- Número de cursos ejecutados
- Número de alumnos formados
- Número de personas de enfermería que han participado como docentes
- Número de profesores asociados
- Número de monitores de formación profesional
- Número de alumnos de enfermería formados
- Número de alumnos de formación profesional formados
- Número de proyectos de investigación financiados
- Número de ponencias presentadas a congresos
- Número de personas que han presentado ponencias
- Número de pósters presentados a congresos
- Número de personas que han realizado pósters
- Número de publicaciones realizadas
- Número de personas que han realizado publicaciones
- Número de horas de permiso concedidas para asistencia a congresos
- Número de personas que han concluido proyectos de investigación
- Número de proyectos de investigación presentados

Indicadores de participación y organización

- % de unidades que han pactado objetivos
- % de objetivos conseguidos en relación con los pactados
- % de personas que han participado en la consecución de los objetivos
- % de errores en la segregación de residuos

realización de acciones de mejora y planteamiento de objetivos operativos anuales en función de los resultados obtenidos.

Dificultades

Los programas informáticos de cuidados de enfermería son inteligencia empaquetada que ayudan a la definición de los planes de cuidados y coordinan los procedimientos terapéuticos; facilitan la organización y simplifican el trabajo asistencial, documentan de forma precisa y consistente toda la actividad asistencial de enfermería, favorecen la unificación de criterios, la homologación del lenguaje y la obtención y codificación de información, muy valiosa para la configuración de indicadores de calidad de cuidados de enfermería; sin embargo, no disponen todavía de un sistema automático que permita extraer la información necesaria para su gestión de forma sistematizada.⁷

En el momento actual, y a pesar de disponer de diferentes productos de gestión de servicios de enfermería, pues disponemos, como hemos mencionado, de programas de cuidados, programas de planificación de plantillas, jornadas y turnos de personal, Sistemas de Información sanitaria y modos y maneras de realizar hojas de cálculo y bases de datos, no existe, sin embargo, un programa que recoja las necesidades de los directivos para la obtención automática de los datos de los indicadores y la correspondiente realización de los cuadros de mando, motivo por el cual éstos hay que realizarlos prácticamente de forma manual, lo que dificulta considerablemente la realización y el mantenimiento de los datos necesarios para la disposición de la información, siendo tal vez éste uno de los motivos de que no se conozcan muy bien todavía los resultados de la gestión de los

cuidados y de los servicios de enfermería.

Universalización de la utilización de las tecnologías de la información y la comunicación

La universalización de las tecnologías de la información y comunicación (TIC) va a hacer que dispongamos de nuevas herramientas alrededor de la tecnología informática, la telemática y la gestión del conocimiento, entre otras, para facilitar la realización el análisis y difusión de la información de los cuadros de mando de la organización.

Es necesario aprovechar las oportunidades que ofrecen las TIC para proponer sistemas informáticos que favorezcan la obtención de los indicadores necesarios para la mejora de la gestión de los servicios enfermeros; hasta el momento actual se ha trabajado poco en ello, pero estamos seguros de que en breve la buena utilización de las tecnologías favorecerá la utilización de Sistemas de Información de gestión de enfermería que permitirá que mejoraremos la calidad y homologuemos y unificaremos criterios de actuación.

No obstante lo anterior, los directivos, conjuntamente con los profesionales, tenemos que hacer un esfuerzo para llegar a determinar nuestras líneas de actuación y, en consecuencia, definir y consensuar los Sistemas de Información necesarios para la mejora de la gestión de servicios; si somos capaces de realizar este esfuerzo, la tecnología podrá realizar el resto, pero este ejercicio es previo para conseguir sistemas ágiles y relevantes de nuestro hacer profesional que nos permitan seguir nuestras acciones y mejorarlas en consecuencia.

En este artículo se proponen toda una serie de indicadores que podrían ser

la base para la elección de los más relevantes y sobre ellos determinar a través del consenso cuáles podrían ser utilizados para que los técnicos informáticos puedan desarrollar el *software* correspondiente.

Citas bibliográficas

1. Alfaro R. Aplicación del proceso enfermero. Guía paso a paso. 4 Ed. Barcelona: Springer-Verlang Ibérica; 1999.
2. Henderson V. La naturaleza de la Enfermería. Madrid: Interamericana-Mc-Graw-Hill; 1994.
3. Kaplan RS, Nortos DP. Cuadro de mando integral. Barcelona: Gestión 2000; 2002.
4. European Foundation for Quality Management. Autoevaluación. Directrices para el Sector público 1996. Bruselas (Traducido por el Club de Gestión de Calidad, Madrid); 1997.
5. North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2001-2002. Madrid: Harcourt; 2001.
6. Casas M. Los grupos relacionados con el diagnóstico. Experiencia y perspectivas de utilización. Barcelona: SG-Masson; 1991.
7. Carreras M, Marion J. Informatización de Servicios de Enfermería. G. Hospitalaria 2002; 13(2): 67-76.

Sistemas de Información en Servicios de Enfermería*

Bravo Rodríguez MC
Dirección de Enfermería
carmen.bravo.sspa@juntadeandalucia.es

Resumen

Objetivo: el presente texto recoge un breve análisis situacional de la implantación de una herramienta informática desarrollada en el Hospital Reina Sofía para la gestión de los cuidados.

Métodos: para construir nuestro análisis hemos utilizado distintas poblaciones, métodos y fuentes de información, dependiendo del centro de interés de cada una de las acciones propuestas. El análisis de la información recogida ha sido, en todos los casos, únicamente descriptivo y básicamente mediante distribución de frecuencias.

Resultados: en este texto incluimos los resultados que ha sido posible obtener en cada momento, desde el mes de febrero del año 1998 (en el que comienza un Plan de Calidad de los Cuidados y se crean numerosos Sistemas de Información) hasta llegar al presente.

La puesta en marcha de la nueva herramienta ha dado respuesta a muchas de las demandas de información que costaba responder. Hoy día podemos identificar los problemas que atendemos, los resultados conseguidos y el montante de actividad que desarrollamos (estudio descriptivo de los primeros cien nuevos registros informáticos).

Conclusiones: nuestra preocupación actual es hacer de este proyecto una realidad cotidiana. No estamos esperando encontrar unos resultados que creemos seguros, sino cuidando un trabajo que todavía es necesario continuar.

Palabras clave: Sistemas de Información, Diseño de *software*, Servicios de enfermería.

*Taller de las VII Jornadas de Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios.

Information Systems in Nursing Services

Abstract

Objective: present text collects a brief situational analysis on the implementation of a software developed by the Reina Sofia Hospital for care management.

Design: to construct analysis authors have used different populations, methods and information resources, depending on focus of interest of every one of the exposed actions. Analysis of collected information has been, in all cases, only descriptive, and basically by means of frequencies distribution.

Results: results have been obtained in every time, since 1998 February (year in which a Quality Care Program was beginning and numerous Information Systems were created) until to reach our present day.

Implementation of the new application has given reply to a lot of information requests that were difficult to solve. Present day we can identify problems, reach results, and the amount of activity that we do (descriptive study of the first 100 new computer records).

Conclusions: our present concern is to make this project a daily fact. We aren't hoping to find results that we think are sure, but we are caring a job that still need to continue.

Key words: Information Systems, Software design, Nursing Services.

Introducción

Históricamente, los sistemas de información enfermera han brillado casi por su ausencia. Los habituales indicadores de UPP, errores de medicación, caídas y flebitis... no reflejan en absoluto el trabajo que de siempre venimos realizando con el paciente y su familia, pero sí que reflejan una situación real: la falta de registros enfermeros en la historia clínica del paciente, paradójico si tenemos en cuenta que somos los profesionales que estamos más cerca del paciente las 24 horas del día.

Por eso, una de las primeras actuaciones de la recién incorporada Dirección de Enfermería en el año 1995 fue la de asegurar y validar los registros enfermeros dentro de dicha historia

clínica. Pero es tan grande el volumen de acciones que realizamos para y con el enfermo y su familia, que resulta imposible llevar a cabo un registro adecuado si no es incorporando a nuestra dinámica de trabajo la tecnología informática. A partir de ese momento los Sistemas de Información enfermera se multiplican.

El presente texto recoge un breve análisis situacional de la implantación de la herramienta informática que hemos desarrollado en el Hospital Reina Sofia, con la colaboración de todas las enfermeras de nuestro centro, después de las dificultades por las que pasamos al implantar en el año 1998 una aplicación comercializada. Con ello no queremos decir que no fuese una experiencia positiva, ya que el trabajar durante más de cinco años

con ella ha supuesto que nos llovieran sugerencias de mejora que han sido decisivas para el desarrollo de esta nueva aplicación. Una aplicación informática que permite incorporar el método enfermero, en toda su extensión, al desarrollo de la historia de salud digital del ciudadano en Andalucía (DIRAYA).

Además, al llegar al momento actual, incluiremos el estudio de las posibilidades del programa así como de sus inconvenientes.

Métodos

Para la obtención de los resultados que han permitido construir nuestro análisis hemos utilizado distintas poblaciones, métodos y fuentes de información, dependiendo del centro de interés de cada una de las acciones propuestas. El análisis de la información recogida ha sido, en todos los casos, únicamente descriptivo y básicamente mediante distribución de frecuencias.

Resultados

Es en el mes de febrero del año 1998 cuando surgen nuestros grandes proyectos, a raíz de la puesta en marcha de un Plan de Calidad de los Cuidados que contemplaba desde una perspectiva globalizadora e integradora programas muy innovadores en la gestión de los cuidados.

Se inicia con él una dinámica de *pacos de objetivos* con las unidades como forma de acercar la gestión a los profesionales asistenciales pero, que a la vez, *ha condicionado algo tan importante como son las necesidades de información y evaluación*. Este pacto recoge aspectos muy diferentes que hacen referencia tanto a información clínica como de satisfacción del cliente con el servicio.

Además, y hablando de recursos, se modificó la estructura y organización de determinadas unidades *staff* que asumieran responsabilidades para el aseguramiento de la calidad en el centro; lo que suponía la *creación de numerosos Sistemas de Información* para el seguimiento de indicadores.

Es también en el año 1998 cuando se adquiere un programa informático para la gestión tanto de los recursos humanos como de los cuidados: *el programa Flor +*.

Centrándonos en el seguimiento de los indicadores de planificación de cuidados es necesario señalar que este seguimiento ha necesitado de diferentes fuentes de información, pues la aplicación contaba con importantes limitaciones. No obstante, ha resultado útil para obtener información acerca de los *cuidados prestados y las cargas de trabajo* que suponían, como así lo han demostrado diversos estudios realizados.

Un paso importante lo damos a finales del año 2000, momento en el que comenzamos con el uso de las etiquetas diagnósticas de la NANDA² así como del formato PES, aunque en este momento los componentes segundo y tercero se expresaban con un lenguaje abierto y cercano a los profesionales.

Esto supuso *comenzar a hablar de NANDA* y, por lo tanto, comenzar a programar formación para afrontar este nuevo elemento.

Desde entonces han sido 790 las enfermeras formadas en la taxonomía NANDA dentro de nuestros cursos reglados de formación interna.

Pero, además, esta formación nos permitió responder también a un objetivo importante durante el año 2002,

recogido en el apartado de gestión de la producción asistencial. Cooperación asistencial del Contrato Programa: *Enviar a las zonas básicas en un periodo menor de 24 horas los informes de alta (no manuscritos) en pacientes con mayores necesidades de continuidad de cuidados*³.

Este contrato hacía referencia, además, a la identificación de problemas utilizando las etiquetas diagnósticas NANDA. Fue entonces cuando comenzamos a identificar los primeros problemas de forma estructurada y con un lenguaje estandarizado.

Hoy en día más de un 60% de nuestros pacientes disponen al alta de un

informe de continuidad de cuidados que, además, es enviado por fax a los centros de salud en un plazo de 24 horas.

Hasta este momento no hemos podido identificar información tan relevante como el nombre del problema identificado o del resultado esperado que permitirá la evaluación.

La puesta en marcha de la nueva herramienta ha permitido ya conseguir esto. Un primer estudio descriptivo de los primeros cien registros de pacientes hospitalizados en tres unidades de nuestro centro utilizando la nueva herramienta informática ha puesto de manifiesto los siguientes resultados:

Tabla 1. Diagnósticos identificados en la Unidad de Traumatología y Reumatología

- Deterioro de la movilidad física en 25 ocasiones.
 - Ansiedad, también en 25 ocasiones.
 - Riesgo de caídas, en 22 casos
 - Afrontamiento familiar comprometido en 17 casos.
 - Riesgo de estreñimiento en 13 ocasiones.
 - Riesgo de deterioro de la integridad cutánea, también en 13 casos.
 - Conocimientos deficientes, en 6 casos.
 - Disposición para mejorar los conocimientos, en 4 pacientes.
 - Riesgo de infección, deterioro del patrón del sueño, con un caso cada uno.
-

Tabla 2. Diagnósticos identificados en la Unidad de Urología

- Deterioro de la movilidad física, en 22 ocasiones.
 - Ansiedad, también en 22 ocasiones.
 - Conocimientos deficientes, en 20 casos.
 - Disposición para mejorar los conocimientos, en 4 pacientes.
 - Riesgo de estreñimiento, también en 4 ocasiones
 - Riesgo de caídas, en 3 casos
 - Afrontamiento familiar comprometido en 2 casos.
 - Riesgo de deterioro de la integridad cutánea, en 1 caso.
-

Tabla 3. Diagnósticos identificados en la Unidad de Maternidad

- Deterioro de la movilidad física en 42 ocasiones.
 - Conocimientos deficientes en 51.
 - Manejo inefectivo del régimen terapéutico en 2 de ellas.
-

El número de diagnósticos NANDA emitidos para estos pacientes ha sido:

- 127 diagnósticos en los 27 pacientes atendidos en la Unidad de Traumatología y Reumatología (lo que supone una media de 4,7 problemas por paciente, Tabla 1).
- 78 diagnósticos en los 22 pacientes atendidos en la Unidad de Urología (lo que supone una media de 3,54 problemas por paciente, Tabla 2).
- 95 diagnósticos en las 51 mujeres atendidas con dicho módulo en la Unidad de Maternidad (media de 1,86, Tabla 3).

Como continuar con la identificación de cada uno de los resultados e intervenciones utilizados en la práctica real puede ser extenso, en la Tabla 4 hacemos referencia a ellos únicamente en términos cuantitativos:

Resulta interesante destacar que:

- De 127 problemas identificados en los 27 pacientes atendidos en la Unidad de Traumatología y Rehabilitación, sólo se han añadido once diagnósticos (a los identificados en el PCE), lo que supone la identificación de un 8,27% de problemas nuevos (distintos de los estandarizados). Algo esperable y posiblemente derivado de la lógica individualidad de las personas.

Lo mismo ocurre en las cifras referentes a resultados e intervenciones. Con un 8,5 y 2,89% respectivamente.

En la Unidad de Urología la tendencia se repite:

- Se han añadido 13 diagnósticos (un 16,6% son, por tanto, individualizados) y en consecuencia, 10 resultados (10,41%) y 23 intervenciones (8,18 %).

En el caso de las mujeres atendidas por parto las cifras encontradas han sido:

- dos diagnósticos añadidos (2,10%), con 0 resultados (0%) y 62 intervenciones (11,65%).

Estas cifras parecen hablar de un contenido bastante adecuado en los planes de cuidados estandarizados⁶, posiblemente debido a la estrategia seguida en nuestro centro de hacer a los propios profesionales los protagonistas de la estandarización de los cuidados.

Comentarios y conclusiones

De esta forma llegamos al momento actual y a nuestros últimos resultados. No obstante, este análisis no sería completo sin hablar de las ventajas y problemas que acompañan a estos resultados.

La implantación del programa *Flor +* supuso superar una gran dificultad: *el manejo de herramientas informáticas.*

Tabla 4. Número de resultados e intervenciones

	N.º de resultados NOC	N.º de intervenciones NIC
Unidad de Traumatología/ Reumatología	13/128	21/345
Unidad de Urología	9/96	26/281
Unidad de Maternidad	5/47	15/532

La primera cifra indica el número de elementos diferentes. La segunda incluye repeticiones de los mismos.

Para evitar, o al menos minimizar, las resistencias al uso de los PC se creó un grupo estable de enfermeros, previamente formados en la aplicación, con un doble objetivo:

1. formar al 100% de la enfermería de las unidades de hospitalización y
2. apoyar *in situ* la implantación.

Por lo demás, fueron necesarias múltiples adecuaciones para adaptar la herramienta a las dinámicas de trabajo.

La aplicación actual está suponiendo problemas distintos:

1. **Conocimientos aún deficientes en el manejo de las clasificaciones enfermeras NANDA, NIC y NOC.**

De acuerdo con las directrices institucionales, y continuando en la mejora de nuestros planes de cuidados, en el año 2002 se decidió incorporar un lenguaje enfermero común.

Esto supuso, en nuestro caso, la revisión de cada una de las etiquetas contenidas en nuestros planes de cuidados. Asimismo, se trasladaron los objetivos y acciones contenidas a resultados e intervenciones según las clasificaciones NOC (*Nursing Outcomes Classification*) y NIC (*Nursing Interventions Classification*), lo que ha conllevado la consecuente formación en quince cursos y talleres desde 2002 hasta la actualidad, se ha hablado de NOC y de NIC; actividades en las que han participado 250 enfermeras. No obstante, el despliegue de la nueva herramienta cuenta con el soporte *in situ* de un grupo de apoyo.

2. **Cambio de mentalidad.**

Pero seguían apareciendo y detectándose necesidades: un segundo objetivo en el año 2002 estuvo orientado a mejorar las habilidades de entrevista

clínica para la valoración inicial de las necesidades en respuesta a la demanda de los profesionales de nuestro centro.

Para ello el hospital, junto a la EASP, ha desarrollado cuatro talleres sobre entrevista clínica de valoración que hoy día continúan celebrándose. En dichos talleres se ha formado a un total de 270 profesionales.

Además, durante este mismo año más de 600 enfermeras participaron en las sesiones sobre el rol de la enfermera para abordar desde un prisma más general todas las dudas e incertidumbres que se estaban generando con todos los cambios que se estaban viviendo en el centro.

3. **Cambio en las formas de organización.**

Esta aplicación es una herramienta *intuitiva y fácil* que hemos construido adaptándola a nuestras necesidades, aunque, eso sí, sin olvidar algunas cuestiones clave que están teniendo lugar como son:

- el desarrollo de la historia de salud digital del ciudadano (DIRAYA),
- el uso de los sistemas estandarizados de lenguaje enfermero, es decir, la NANDA, NOC y NIC, y
- la evolución de la práctica clínica enfermera y de los sistemas sanitarios.

En este sentido, entre las acciones y estrategias que la Coordinación Regional de Desarrollo e Innovación en Cuidados de la Comunidad Andaluza proponía a los equipos directivos y responsables de Atención Especializada para garantizar el objetivo de personalización y la continuidad de los cuidados encontramos retos im-

portantes: *el establecimiento de un plan de cuidados para cada paciente y la asignación de enfermera de referencia al ingreso del paciente.*

El uso de esta herramienta para el despliegue de este enfoque ha supuesto cambios tanto de aspectos estructurales como organizativos. No obstante, la *asignación de enfermera primaria* ha alcanzado cifras ya importantes (55,6%, 58,6%, 79,7%) durante el primer cuatrimestre de este año en las primeras unidades que comenzaron esta dinámica.

En un estudio de opinión realizado en estas unidades podemos ver muchas de las ventajas descritas en los textos:

- Un conocimiento más profundo del paciente, que permite unos *cuidados más integrales*.
- Una mejora de la *continuidad* derivada de la planificación.
- *Mejor identificación* de (o acceso a) una enfermera de referencia.
- *Mayor satisfacción profesional*.

También hay que hablar de inconvenientes: consideran el término "enfermera responsable" un término que pesa mucho y, aunque están convencidos de que "les gustaría seguir en esta línea de trabajo", ven muchos problemas en la puesta en marcha.

Respecto a las ventajas, el diseño contempla muchos aspectos de gran actualidad:

1. Una plataforma abierta e interoperable soportada en redes tecnológicamente diferentes: LAN y Wi-Fi intrahospitalaria, que proporcionan la capilaridad hasta pie de cama y el acceso nomádico; la Extranet del SAS, que proporciona la conectivi-

dad entre niveles; e Internet y Red GPRS para el acceso por red fija y celular digital desde el domicilio. Todo ello permite una mejor *continuidad de la información* relativa al paciente "esté donde esté".

2. De fácil manejo para los profesionales. En un entorno windows y un aspecto muy amigable.
3. Que facilite la *participación del paciente y/o familia*, incorporando a los procesos el elemento de elección informada y responsable de los pacientes.

La aplicación exige, durante el proceso de planificación, la valoración de los indicadores de los resultados prefijados. Este elemento favorece la comunicación de los problemas y las posibles metas en las que deben trabajar conjuntamente enfermera y paciente.

4. Que integre el nuevo conocimiento. La aplicación contiene un *módulo de administración* que permite actualizar los planes de cuidados introduciendo la más reciente evidencia disponible.
5. *Evitar transcripciones* innecesarias y con ellas posibles errores para la comunicación, dando respuesta, además, a la "sentida pérdida de tiempo" en el registro –una de las resistencias más frecuentes–.
6. Una producción de servicios única y coordinada, mejorando la continuidad de los cuidados.
7. La evaluación de la efectividad de las intervenciones para la mejora continua, así como de los costes de las mismas⁷, aspecto que aunque con la herramienta anterior es posible, ha sido completado en la actual.

Después de este análisis hemos podido comprobar la realización de muchas metas planteadas hace años. No obstante, estamos todavía al principio; nuestra mayor preocupación es hacer de este proyecto una realidad cotidiana. No estamos esperando unos resultados que creemos seguros, sino mirando un trabajo que todavía es necesario continuar:

1. Continuar el proceso de cambio para el 100% de las enfermeras.
2. Adecuar la formación a los mapas de competencias.
3. Incorporar la producción enfermera al CMBD (y/o crear un CMBD de uso enfermero).
4. Incorporar los indicadores de calidad y producción asistencial a los contratos programas y a los procesos asistenciales.
5. Completar la aplicación informática dimensionándola hacia otras áreas de salud, incluso hasta el domicilio del paciente.
6. Consolidar los sistemas de Información (calidad, asistencial y gestión de personas) en un solo y potente cuadro de mandos.

Citas bibliográficas

1. http://hospitalreinasofia.org/enfermeria_2003/planes_cuidados2004.htm
2. Fernández Díaz JM. La gestión de costes ABC: un modelo para su aplicación en hospitales. *Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios* 2002; 3(2): 125-133.
3. Rich Ruiz M, Cubillo Arjona G, Barberá Calaf M; Bravo Rodríguez MC. Estimación de los costes de enfermería en el proceso de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (epoc). *Enfermería global* 2002; 2.
4. Contrato Programa de los hospitales del Servicio Andaluz de Salud 2001-2004 (2004). Servicio Andaluz de Salud.
5. NANDA. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2003-2004. Madrid: Editorial Elsevier España; 2003.
6. Clasificación de resultados de Enfermería. *Nursing Outcomes Classification (NOC)*. Madrid: Editorial Elsevier España; 2002.
7. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). *Nursing Interventions Classifications (NIC)*. Madrid: Editorial Elsevier España; 2003.
8. Cuestionarios, test e índices para la valoración del paciente. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2002.

Experiencia en la implantación de un Sistema de Información a proveedores a través de Internet*

Fernández Martínez JJ, Rivero Ojeda MM, Déniz Torres M
Servicio de Gestión Contable y Presupuestaria Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín
jfermarw@gobiernodecanarias.org

Introducción

El pasado 10 de septiembre de 2004 comenzó a funcionar la página web del Servicio de Gestión Contable y Presupuestaria. Los objetivos de esta página web son que todos nuestros proveedores conozcan puntualmente la situación de su cuenta con el hospital y establecer con éstos un nuevo medio de comunicación respetando la confidencialidad de la información mediante una claves de acceso secretas y conocidas únicamente por cada proveedor.

Previamente se han adoptado las medidas de organización y gestión

que aseguren la confidencialidad, seguridad e integridad de los datos, según lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de septiembre, de protección de datos de carácter personal y en el Real Decreto 994/1999, de 11 de junio, por el que se aprueba el Reglamento de Medidas de Seguridad. Como resultado del mismo se publicó el 30 de agosto de 2004 en el Boletín Oficial de Canarias (B.O.C.) la Orden de 9 de agosto de 2004 de la Consejería de Sanidad por la que se amplía la relación de ficheros de datos de carácter personal existentes en el Servicio Canario de Salud.

El Servicio de Gestión Contable y Presupuestaria atiende a 858 proveedores y proporcionaba, antes de la

*Taller de las VII Jornadas de Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios.

Tabla 1. Actividad sistema de gestión contable

Datos de trabajo	2002	2003 ⁽¹⁾
Gasto real capítulos II y VI (incluye programa de investigación)	74.914.205,78	82.991.587,73
N.º albaranes presentados	39.063	38.599
N.º facturas tramitadas	33.954	35.605
N.º facturas en incidencia gestionadas	1.721	1.382

⁽¹⁾ En 2003 se asume la gestión de un nuevo hospital procedente de la red militar.

entrada de la página web, información de forma periódica (en soporte papel) a unos 200 proveedores que suponían el 23,31% sobre el total.

El Servicio de Gestión Contable consta de una unidad de proveedores que maneja los anteriores datos de actividad.

Entre las motivaciones que nos llevaron plantear el proyecto destacan:

- La creciente demanda de información por nuestros proveedores tanto documental como telefónica, lo que conlleva un mayor empleo de recursos tanto humanos como técnicos.
- Contribuir a la depuración de errores, incidencias y agilizar la formalización de la facturación de nuestros proveedores.
- Generar transparencia de la situación del expediente del proveedor.
- Normalizar las autorizaciones de acceso a la información por la persona designada por la empresa.
- Establecer una herramienta para el tratamiento masivo de información al público.

En definitiva, pretendemos crear una plataforma de trabajo virtual entre el hospital y el proveedor que integre una serie de servicios.

Material y métodos

La puesta en marcha de esta página web no hubiera sido posible si con anterioridad no se hubieran introducido una serie de mejoras organizativas dentro del Servicio de Gestión Contable como son:

- Registro informatizado de facturas.
- Mecanización de incidencias.
- Creación de un puesto de gestión de incidencias.

- Informatización de los contratos de servicio.
- Distribución de información a los proveedores.
- Correo electrónico corporativo de la unidad.

Fase de diseño

Se definió qué información se ponía a disposición de los proveedores, qué datos había que generar desde nuestras aplicaciones convencionales de gestión a la web. Se decidió poner información de proveedores desde el 1 de enero de 2000 hasta el día anterior al presente. La información disponible en Internet se podría clasificar en dos grandes grupos:

a) Información general:

- a.1.) Datos de interés.
- a.2.) Organigrama del Servicio de Gestión Contable con descripción de las personas que lo conforman.
- a.3.) Normativa de interés para nuestros proveedores.

b) Acceso a información de proveedores:

- b.1.) Facturas contabilizadas.
- b.2.) Facturas pendientes de contabilizar.
- b.3.) Albaranes pendientes de conciliar.
- b.4.) Facturas no conformes.
- b.5.) Enlace con la tesorería.

Se definieron los datos del apartado b) en cada opción que básicamente eran los siguientes: número de factura, importe, fecha de factura, fecha de registro, fecha contable, número de albarán, número de pedido, número de operación y tipo de incidencia.

Posteriormente se definieron los tipos de usuarios que tendrían acceso a la

página web, estableciéndose dos tipos: proveedores y administradores.

La actualización de la información se haría diariamente en horario nocturno de forma automática.

Implementación de la página web a los proveedores

Se dio a conocer la existencia de la página web y sus ventajas de utilización en la gestión diaria con nuestro servicio a la totalidad de los proveedores mediante un *mailing*, así como solicitándoles que, en caso de no querer incluir la información en la página web, nos lo comunicasen en un plazo de quince días.

Paralelamente, se cumplimentaron los requisitos legales establecidos en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal que se publicó en el Boletín Oficial de Canarias del Anexo establecido en el artículo 20 de la citada Ley (B.O.C. N° 167).

Una vez salvados los requisitos legales se comenzó la distribución de los códigos de acceso mediante un sobre que garantiza la privacidad acompañada de una carta personalizada a los diferentes proveedores en donde se les explicaba el manejo y uso de la página web. Los medios utilizados para su distribución fueron a través de ventanilla y de correo certificado, comenzando el mismo día 10 de septiembre su distribución en ventanilla y el 13 y 14 de septiembre su envío por correo.

El código de acceso se compone del usuario, que se corresponde con el N.I.F. del proveedor y una clave secreta generada de forma aleatoria.

Resultados y conclusiones

Los resultados en tres meses al cierre de este artículo son los siguientes:

Número de accesos.....	3.353
Número de proveedores	348
Ratio de accesos/proveedores	9,64

De la puesta en marcha de la página web ya se pueden extraer algunas conclusiones como las siguientes:

1. Al proveedor le proporciona una mayor transparencia y mejora en la conciliación de su cuenta con el hospital.
2. Ampliación del tiempo de servicio prestado a las 24 horas del día durante los 365 días al año, así como nuestra capacidad de facilitar información.
3. Internamente, al Servicio de Gestión Contable una mayor exigencia en la gestión diaria de incidencias, tramitación y conciliación de las cuentas con nuestros proveedores para no producir desfases en la información suministrada.
4. La puesta en marcha de una nueva herramienta con muchas posibilidades de incrementar la gama de servicios con nuestros proveedores (certificaciones, comunicaciones, notificaciones, etc.).

No quisiéramos concluir sin agradecer a los compañeros de Gestión Contable y Presupuestaria, Informática y Comunicación del Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín la colaboración inestimable para la puesta en marcha de esta experiencia.

Sistema de distribución de lencería circulante*

García Alcázar C
Complejo Hospitalario de Ciudad Real
cgarcia@sescam.org

Resumen

Los servicios hoteleros, considerados como unidades de apoyo a los servicios sanitarios prestados en el Complejo Hospitalario de Ciudad Real, conformarán parte del sentido de bienestar y confortabilidad esperado por los usuarios de este servicio sanitario público y, en este sentido, los servicios hoteleros estarán dirigidos hacia la satisfacción del cliente, hasta tal punto que se intentará no sólo encontrar su satisfacción sino cubrir sus expectativas.

El sistema de distribución de lencería circulante diseñado en el complejo hospitalario garantizará la prestación de uno de los elementos del servicio hotelero requerido por nuestros clientes en orden a los requerimientos de eficiencia en la gestión de los servicios generales de nuestro hospital. Para ello, se ha planificado la unidad de lencería hospitalaria en función de la previsión de las necesidades de nuestros centros demandantes del hospital, para lo cual, en primer lugar, y en función de ello, se ha dimensionado la producción de lavandería y se han asignado los recursos materiales y humanos para su cobertura.

A partir de la creación de un catálogo valorado de productos de lencería se determinan el tipo de prenda y la cantidad fijada en el *stock* de cada centro de consumo, definido por las características de la actividad asistencial propia de cada servicio.

El establecimiento de los parámetros de compartimentación de lencería, la asignación de dotaciones cualitativas y cuantitativas de lencería circulante en cada unidad demandante de nuestro hospital así como el diseño de trazabilidad del proceso de lencería, entendiéndose por ello el camino, la traza que seguirá la lencería desde su origen hasta el cliente final, determinan la dotación total de lencería circulante en el complejo hospitalario.

La creación de un sistema de distribución de lencería circulante se fundamenta en el logro de un objetivo final dirigido a contar soluciones para:

*Taller de las VII Jornadas de Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios.

- Hacer frente de manera rápida y eficaz a las posibles causas sobrevenidas, reduciendo sus impactos tanto a nivel operativo como económico.
- Incrementar la confianza de nuestros usuarios.
- Permitir un mayor control de los procesos.

La consecución de estos objetivos es posible mediante la adquisición de carro-armario de lencería dispuestos en cada unidad peticionaria o centro de consumo del hospital, cuya incidencia positiva en el hospital pasa por garantizar la disponibilidad de lencería en espacio y tiempo requerido, eliminando la estanqueidad de artículos de lencería, el aprovechamiento de recursos para el abastecimiento de las necesidades requeridas y el mayor control de la dotación de lencería puesta en circulación.

De igual forma, el sistema de información utilizado constituye una herramienta para la mejora en la gestión, la cual nos ha permitido una previsión de dotación por centros de consumo, previsiones de la demanda, estudios de producción del servicio de lavandería, poder imputar los costes unitarios del proceso de higienización a cada uno de los centros de consumo (contabilidad analítica de costes) y constituir "series históricas de consumo" basadas en la realidad, lo que nos permite ajustar periódicamente la planificación teórica establecida al consumo realmente registrado en cada unidad.

Palabras clave: Trazabilidad, Distribución, Lencería circulante.

Distribution System of Circulating Linen in Hospital

Abstract

Hotel services, considered as support units to health services offered in Hospital Complex of Ciudad Real, form part of the sense of welfare and confort expected by users of this public health service; in this way, hotel services will be addressed to customers' satisfaction, to such an extent to try not only to meet but also to cover their expectancies.

Distribution system of circulating linen designed in the Hospital Complex guarantees the service of one of the elements of hotel service required by our clients following efficiency requirements in management of general services of our hospital. In order to do so, hospital linen unit has been planned according to forecast of necessities of our hospital requesting centres, for which, in first place, and according to it, launderette production has been measured, and material and human resources for its coverage have been allocated.

From creation of a valued catalogue of linen products, type of garment and quantity defined in stock of each consuming centre is determined, defined by characteristics of assistance activity of each service.

Establishment of parameters of linen compartmentalization, assignation of qualitative and quantitative endowments of circulating linen in each demanding unit of our hospital as well as design of trace ability of linen process, understanding

as such trace that linen will follow from its origin to final client, determine the total assignment of circulating linen in the hospital complex.

Creation of a distribution system of circulating linen in hospital complex is based in the achievement of a final aim addressed to finding solutions for:

- Facing a fast and efficient way possible causes befallen, reducing their impact both at an operative and an economic level.
- Increasing our clients' trust.
- Allowing a greater control of processes.

Reaching these objectives is possible by acquiring linen trolley-wardrobes set in each demanding unit or consuming centre within hospital, whose positive incidence is towards guaranteeing linen availability in space and time required, eliminating hold up of linen articles, exploiting resources for provision of required necessities and a greater control over linen stock circulating.

In the same way, information system used constitutes a tool in improving management, which has allowed us a forecast of stocking for consuming centres, demand forecast, production studies of launderette service, being able to pinpoint unit costs of the process of making hygienic to each of consuming units (analytical accountancy of costs), and constitute "historical series of consumption" based on fact, which allows us to adjust periodically theoretical planning established to consumption truly registered in each unit.

Key words: Trace ability, Distribution, Circulating linen.

Introducción

La optimización de los recursos humanos y materiales a través de una gestión eficaz proporcionará una adecuada prestación de los servicios hoteleros demandados en el centro hospitalario, obteniendo con ello el punto de equilibrio entre nuestra oferta y la demanda impulsada por la evolución creciente de las necesidades de nuestros clientes, así como la adecuación del coste generado.

La evolución creciente de las necesidades de los clientes, dado el alto grado de conocimiento que de los servicios hoteleros requeridos tienen, nos impulsa a alcanzar unos estándares

de calidad cada vez más altos, no sólo con el fin de ofrecer una prestación cuantitativa sino un servicio de calidad en el que el hospital encuentre el equilibrio entre el valor económico y el valor funcional aportado.

Nuestros clientes nos brindan la oportunidad de enseñarnos el camino hacia donde dirigir nuestros resultados, en cuanto a que son ellos los que, ante un mercado cada vez más competitivo, buscarán mayores niveles de calidad en el servicio demandado. Los servicios hoteleros como parte integrante y de apoyo a los servicios sanitarios prestados en el hospital no obvian la imperiosa necesidad de actualizar sus procedimientos y orga-

nización capaces de ser centros de producción competitivos, sin que ello suponga un paradigma en la elección en este caso de la conveniencia o no de recurrir al *outsourcing*, pues ello sólo dependerá de las condiciones que en cada caso de infraestructura y recursos humanos y materiales disponga el hospital.

Método

1. Planificación de la unidad de lencería hospitalaria. Objetivos:

a. Prever las necesidades de nuestros clientes para garantizar el servicio de lencería requerido.

La planificación del servicio de lencería requiere, en primer lugar, conocer la dimensión y volumen de producción a la que se deberá enfrentar en función del volumen de la demanda esperada de cada centro de consumo del hospital. Para ello, y como primera valoración, conoceremos el número de camas o usuarios, y dotaciones teóricas estimativas por tipo de prenda que para su uso se requieren, así como el índice de ocupación, tipo de prendas utilizadas por cama/paciente, tipo de prendas utilizadas por plantilla personal y número de personas componentes de la plantilla del hospital por categorías profesionales.

b. Asignar los recursos materiales y humanos para su cobertura.

Los recursos materiales necesarios comprenderán tanto el equipamiento de la unidad de lavandería (producción-distribución) como la lencería que abastecerá a los almacenes circulantes de lencería. Los recursos humanos estarán formados por el personal asignado a las fases de recepción, producción, almacenamiento, distribución y control de calidad y de apoyo.

c. Adecuación de nuestros recursos a nuestras necesidades al menor coste posible.

Entendido éste como uno de los principales objetivos de nuestro servicio, analizaremos cómo adaptar permanentemente los recursos disponibles a la demanda de lencería en nuestro hospital.

Indudablemente, diremos que el grado de industrialización de nuestro centro de producción determinará los parámetros de rendimiento obtenido por persona, el cual será de referencia para la optimización en la gestión de nuestros recursos. Para ello, es importante analizar la distribución de tareas y cargas de trabajo del personal que incide directamente en la producción y distribución de la lencería, así como las inversiones a realizar en el servicio, las cuales aportarán un valor añadido en el que la dirección encontrará la posibilidad de conseguir el equilibrio entre el coste económico generado y la prestación ofertada adecuada siempre a cubrir las necesidades y expectativas de nuestros clientes.

2. Definición de compartimentación del almacén circulante de lencería.

El almacén circulante de lencería está definido por todos los centros de consumo del hospital que demandan lencería convencional y de uniformidad para la cobertura de sus necesidades a la unidad de lencería, la cual se suministra, de una parte, de la lencería higienizada en la unidad de lavandería y, de otra, del almacén general de lencería integrado en el almacén general del hospital, como reposiciones éstas de las bajas incontroladas de lencería.

La definición de los centros de consumo se adecua al concepto de clasificación que, en la contabilidad analíti-

ca, consideramos para la imputación de costes. En este sentido, algunos de los grupos funcionales homogéneos definidos en la contabilidad analítica se corresponden con los centros de consumo definidos en nuestro sistema de distribución de lencería circulante, siendo cada uno de ellos peticionarios de lencería puesta en

circulación en función de las necesidades de uso que éstos precisan.

Sin embargo, resulta que en función de las características específicas de consumo o de ubicación en el hospital de determinadas unidades, nos encontramos que cada centro de consumo de lencería constituye, además,

COD.	Características centro consumo	GFH	Denominación centro consumo
1.-	Unidades de hospitalización	UE1I UE1D UE2I UE2D UE3I UE3D E2TC E3TC ...	Planta 1ª ala izquierda. Hospital Alarcos Planta 1ª ala derecha. Hospital Alarcos Planta 2ª ala izquierda. Hospital Alarcos Planta 2ª ala derecha. Hospital Alarcos Planta 3ª ala izquierda. Hospital Alarcos Planta 3ª ala derecha. Hospital Alarcos Planta 2ª. Hospital del Carmen Planta 3ª. Hospital del Carmen
2.-	Servicios centrales	ESTA ESTC RADA ...	Central Esterilización. Hospital Alarcos Central Esterilización Hospital del Carmen Radiodiagnóstico. Hospital Alarcos
3.-	Otras unidades clínicas	QUIA QUIC E3UA URGA HDLA CEXA CEXC CEXE ...	Quirófano Hospital Alarcos Quirófano Hospital del Carmen UCI Urgencias Hemodiálisis Consultas Externas Hospital Alarcos Consultas Externas Hospital del Carmen Consultas Externas Centro Especialidades
4.-	Almacén uniformes	LENA LENC	Facultativos Enfermeros Auxiliares Enfermería Técnicos Personal subalterno Personal oficina ... Enfermeros Auxiliares Enfermería Técnicos Personal subalterno Personal oficina

Fig 1. Nomenclator de centros de consumo de lencería

una unidad de almacenamiento independiente. Por ello, existen determinados centros de coste (GFH) establecidos para la contabilidad analítica de costes, constituidos por varios locales ubicados en emplazamientos relativamente alejados unos de otros y por los que se establecen subcentros de consumo –con almacenamiento independiente–.

Por ejemplo, unidades asistenciales tales como: plantas de enfermería (UE1, UE2...) diferenciadas físicamente entre ala izquierda y derecha, y por ello dos almacenamientos de lencería independientes. En estos casos, los subgrupos creados se identifican con un carácter añadido a la nomenclatura de cada centro de consumo (UE1D o UE1L...) o bien las distintas consultas comprendidas todas ellas en único centro de consumo definido como CEX.

3. Criterios de dotaciones cualitativas y cuantitativas de consumo por tipos de prendas y centros de consumo.

La determinación del tipo de prendas, cualitativa y cuantitativamente demandadas por cada centro de consumo, está definida por las características de la actividad asistencial propia de cada servicio. Así, a partir de la creación de un catálogo de productos de lencería, desarrollado previamente como catálogo valorado de productos de este GFH intermedio, como criterio de reparto de costes, y en el que a cada producto se le ha asignado un código de producto coincidente con el asignado en el almacén general de lencería, integrado a su vez en el almacén general del hospital, se determinan las prendas que comprenderán la lencería circulante en cada centro de consumo y que necesitarán para cubrir sus necesidades.

El documento utilizado en la gestión de dotaciones de prendas es un registro Control rotación lencería circulante vinculado a una base de datos diseñada específicamente para la gestión de las reposiciones de lencería circulante a los centros de consumo, el cual nos permite recoger tanto los criterios cualitativos como los criterios cuantitativos empleados en cada centro de consumo.

En esta base de datos disponemos de la información necesaria para saber la totalidad de prendas de lencería puestas a disposición de cada centro de consumo, situadas físicamente en el mismo, tanto almacenadas como en uso, la totalidad de prendas consumidas y kilos de ropa consumidos por centro de consumo entre fechas requeridas, etc. Al mismo tiempo, contabiliza el consumo real de lencería diariamente –a través del total de prendas repuestas–, lo que posibilita:

De una parte, imputar los costes unitarios del proceso de higienización a cada uno de los centros de consumo por lo que se refiere a la contabilidad analítica de costes.

De otra, ir constituyendo “series históricas de consumo” basadas en la realidad, lo que nos permite ir ajustando periódicamente la planificación teórica establecida al consumo realmente registrado en cada uno de los centros de consumo de lencería del hospital.

En definitiva, cualquier posibilidad de consulta requerida en la base de datos con la información cargada en la misma.

Tabla de artículos

- Código del artículo
- Descripción del artículo
- Peso del artículo

Tabla de unidades de enfermería

- Código de unidad peticionaria o centro de consumo
- Descripción de unidad peticionaria o centro de consumo

Tabla de previsión de dotación

- Stock standard asignado de cada artículo por cada centro de consumo

La base de datos diseñada para el control de rotaciones de lencería está definida de tal forma que contempla la información cualitativa y cuantitativa relativa a los stocks establecidos para cada centro de consumo, entendiendo como stock o pacto la dotación básica de lencería dispuesta en cada centro de consumo, la cual recoge las prendas situadas en uso determinado por el número de camas o actividad de cada centro de consumo y de las frecuencias de cambio derivadas de la actividad asistencial desarrollada en la misma.

4. Cálculo de necesidades diarias de lencería por diferencia entre lencería sobrante en el carro-almacén devuelto a lavandería y cantidades asignadas al stock standard de cada centro de consumo.

Las necesidades de cada centro de consumo están en función del número de camas asignadas a cada centro de consumo en el caso de las plantas de hospitalización o en función de la actividad desarrollada en el caso del resto de unidades asistenciales demandantes. Centrándonos en las necesidades demandadas por las plantas de hospitalización, diremos que éstas son generadas por varios factores:

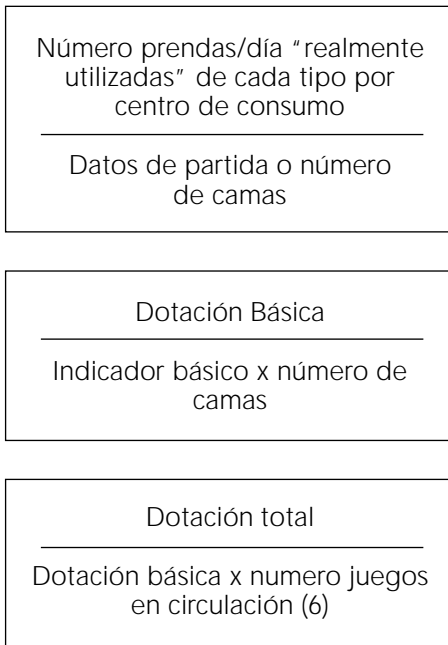
- Indicador básico de consumo, en el que se recoge la cantidad mínima de prendas por cama/paciente necesarias en cada centro de consumo, teniendo en cuenta no sólo las

The screenshot shows a Microsoft Access database window with a table named 'ARTICULOS'. The table contains the following data:

CODIGO ARTICULO	DESCRIPCION ARTICULO	PESO
0002	SABANA BLANCA CUADRA	670,000
0340	FUJALINADO T6	210,000
0340	FUJALINADO T10	210,000
0370	FUJALINADO T12	230,000
0371	FUJALINADO T14	300,000
0401	GUARDON HORERA	310,000
0773	BAÑO BRUNO	330,000

Below the main table, there is a 'TABLA DE PREVISION' section with a 'FACTO' table and a 'SERVIDOR' table. The 'FACTO' table has columns for 'CODIGO ARTICULO', 'DESCRIPCION ARTICULO', and 'PESO'. The 'SERVIDOR' table has columns for 'CODIGO DE' and 'DESCRIPCION DE'.

Fig. 2. Base de datos de control de lencería circulante



prendas en uso sino la frecuencia de cambio que de éste se derivan.

Siendo que una dotación básica o pacto de consumo recoge las necesidades de un día, diremos que el número de dotaciones puestas en cir-

culación será igual al número de días que transcurren desde que el paciente hace uso de una prenda hasta que de nuevo es puesta en uso. En este sentido, el número de juegos de lencería puestos en circulación dependerá del índice de rotación de las prendas, por lo que el diseño de trazabilidad del proceso de distribución de lencería determinará el número de juegos puestos en circulación y, en definitiva, la dotación total que se precisa tener para abastecer las necesidades demandadas.

En la medida en que podamos reducir el índice de rotación, optimizaremos la gestión de nuestros recursos en el sentido de que reduciremos el número de prendas puestas en circulación.

5. Diseño de trazabilidad del proceso de higienización del textil hospitalario como herramienta en el control y optimización del proceso industrial.

La trazabilidad supone la traza, el camino que recorre el producto desde su origen hasta el cliente final.

Ejemplo. Planta de hospitalización: 30 camas

Código UE: UE21

Fecha: Junio 2004

Descrip. UE	Cod. Art.	Descripción artículo	Stock	Necesidades	Suma servido	Peso servido	Indicador básico de consumo	Número camas	Dotación básica
SGA	10082	Total SÁBANA BLANCA CAMERA	45	2250	1163	779.210	2,5	30	75
EIL	14401	Total CAMISÓN SEÑORA	40	1060	824	255.440	1,2	30	35
GNA	22650	Total ALMOHADA	3	63	26	13.520	0,1	30	2
UER	415	Total BATA DE ENFERMO	15	375	87	43.500	0,4	30	13
NCC	419	Total COLCHA CAMA	10	40	25	26.250	0,0	30	1
DOO	421	Total FUNDA COLCHÓN PLASTIFICADA	10	170	79	94.800	0,2	30	6
ALSO	422	Total FUNDA ALMOHADA GRANDE	30	810	696	125.280	0,9	30	27
IG-ZI	424	Total FUNDA COLCHÓN TELA	5	10	4	3800	0,1	30	3
QAUD	429	Total MANTA CAMA	2	10	8	19.040	0,1	30	3
E AH2	439	Total SÁBANA ENTREMETIDA	50	1430	1170	304.200	1,6	30	48
..I	5114	Total TOALLA DE MANO	30	750	646	116.280	0,8	30	25

Fig. 3. Cuadro resumen de consumos de lencería de unidad de hospitalización

Fig. 4. Albarán de dotación diaria

La reposición de lencería circulante a cada centro de consumo actualmente se hace a través de la reposición del *stock standard* ubicado en el almacén de cada centro de consumo, previo registro de las necesidades diarias por la diferencia entre el *stock* asignado y las existencias contabilizadas.

Las tareas de reposición de lencería suponen unas tareas previas de recuento de existencias, además de la preparación de unos carros con la lencería necesaria para completar el *stock* y que, una vez trasladado al centro de consumo o unidad del hospital peticionaria, hay que trasladar a las estanterías ubicadas en el almacén de lencería para después volver a trasladar a carros bandejeros para su uso por la auxiliar encargada de dar el servicio requerido.

El sistema de reposición de lencería formulado opta por la eliminación de tiempos y cargas de trabajo de personal innecesarios, consiguiendo con ello optimizar la gestión de nuestros recursos. Para ello, se ha previsto la adquisición de *carros-armario*, los cuales englobarían las funciones de:

- Almacén de *stock* de lencería en centro de consumo.
- Carro para cambio diario de lencería en el punto de prestación del servicio.

La utilización de *carros-armario* permite la eliminación de los almacenamientos y puntos potenciales de estancamientos de lencería en:

- Almacén de lencería circulante.
- Almacén de lencería en centro de consumo.

Para comprender este mayor aprovechamiento de los recursos es preciso conocer la trazabilidad del producto de lencería desde que el enfermo hace uso de ella hasta que nuevamente es requerida por el mismo.

El sistema de distribución de lencería circulante expuesto opta por un mayor aprovechamiento de los recursos en tanto en cuanto el número de dotaciones puestas en circulación se redujese en función de la reducción del número de días transcurridos desde que la prenda retorna de nuevo al enfermo una vez que éste hizo uso de ella, así como la eliminación de cargas de trabajo por parte del personal que interviene en la trazabilidad del proceso: auxiliar de enfermería, celadores, personal de limpieza, conductores, personal de lavandería...

Las condiciones estructurales con las que cuenta nuestro edificio de lavandería, a 500 y a 1000 metros desde cada uno de los hospitales a los que presta el servicio, nos impulsan a analizar cada uno de los factores que intervienen en el proceso de distribución. Así, consideraremos pues la función que los almacenes de lencería circulante ocupan en la organización, tanto los aspectos positivos:

- Disponibilidad de lencería en espacio y tiempo requeridos.

Como los aspectos negativos:

- Estaqueidad de artículos de lencería.
- Menor aprovechamiento de los recursos para el abastecimiento de las necesidades requeridas por los diferentes centros de consumo.
- Menor control de la dotación de lencería puesta en circulación.

Los carros-armario propuestos para la distribución de lencería circulante

estarían disponibles en cada centro de consumo durante las 24 horas del día, y éstos serían repuestos por el servicio de lavandería por otro carro-armario con la dotación básica de lencería asignada a cada centro de consumo, de tal forma que la disponibilidad de lencería en espacio y tiempo requeridos siempre estaría garantizada, además de paliar en gran medida los aspectos negativos anteriormente mencionados.

Hemos de considerar igualmente que la reducción de cargas de trabajo no comporta en algunos casos la reducción de dotaciones de lencería puestas en circulación, pues ello dependerá del tiempo que la lencería circulante se encuentre en cada punto del trayecto. Por ejemplo, la lencería procesada en la lavandería que es distribuida a cada almacén de lencería circulante ubicado en cada hospital supondrá parte o una dotación de lencería en función del tiempo retenida en dicho almacén hasta que es distribuida a cada centro de consumo en función de las necesidades diarias de los mismos. En este sentido, el hecho de que las necesidades diarias de cada centro de consumo se distribuyan desde el punto final de producción en el servicio de lavandería nos permitirá reducir la dotación total de la lencería puesta en circulación. Por el contrario, el hecho de que la auxiliar de clínica utilice el carro-armario para la prestación del servicio de lencería al paciente no reducirá la dotación total de lencería circulante aun reduciendo las cargas de trabajo de la auxiliar al eliminar la colocación de lencería desde los carros de distribución desde la lavandería hasta las estanterías del almacén de lencería de cada centro de consumo y de nuevo la colocación de la lencería en los carros bandejeros para la prestación del servicio.

TRAZABILIDAD DEL PROCESO DE DISTRIBUCIÓN DE LENCERÍA CIRCULANTE

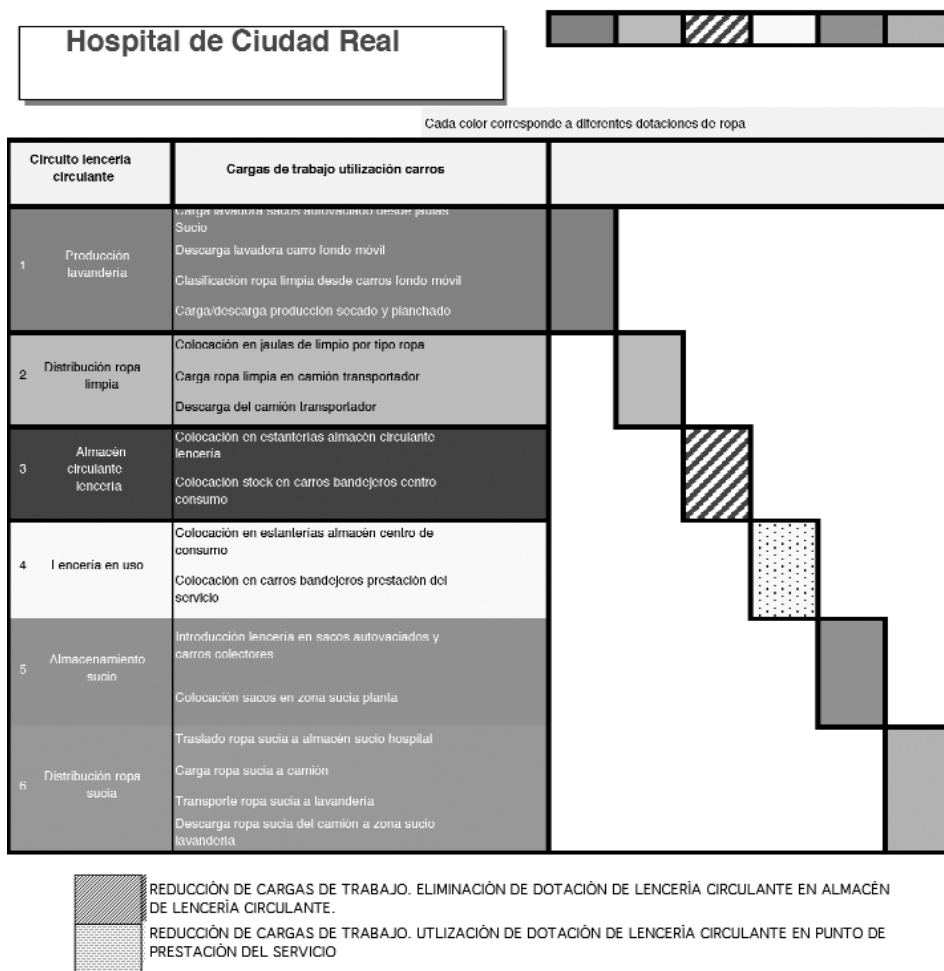


Fig. 5. Cuadro sinóptico dotación total de lencería circulante

6. Sistemas de información: la importancia de gestionar con eficiencia la información como valor añadido del servicio de lavandería-lencería. Base de datos informática en la que se registrarán:

a. Definición del catálogo de productos de lencería circulante.
El catálogo de productos de lencería está definido por los artículos de len-

cería adquiridos en nuestro hospital e integrados en el almacén general de lencería. La codificación de los artículos de lencería circulante corresponde a la asignada por el almacén general del hospital.

b. Codificación y descripción de centros de consumo (unidades peticionarias o demandantes de lencería circulante).

La codificación y descripción de cada centro de consumo corresponde a la definida en la clasificación realizada en la contabilidad analítica y de costes desarrollada en nuestro hospital y para los que se presta el servicio de lencería convencional y de uniformidad.

c. Previsión de dotación por centros de consumo.

Una vez analizada la información obtenida a través de las consultas por históricos en nuestra base de datos, podremos ajustar trimestral o anualmente las dotaciones básicas de cada centro de consumo, actualizando así las necesidades de lencería hospitalaria, tanto las requeridas desde la unidad de lavandería a través de su proceso de higienización, como las requeridas por la adquisición a través del almacén general de lencería, o la reposición de bajas incontroladas (pérdidas, roturas, éxitos...).

d. Registro de consumos de lencería por centros de consumo.

Entendemos como "consumo por prestaciones" el número de prendas de lencería de cada tipo que diariamente es repuesto en cada centro de consumo para su procesamiento en lavandería por personal dependiente del almacén circulante de lencería (lencerías).

En este sentido, el "consumo" representa la "utilización" de la ropa en las actividades asistenciales y la "prestación" representa las actividades de retirada, procesado y reabastecimiento de la misma.

e. Sistemas de análisis de la información. Análisis de datos del servicio prestado desglosado por artículos servidos a centros de consumo, previsiones de la demanda, estudios de producción del servicio de lavandería.

Tomando como base de datos los impresos de *Control de rotación de*

lencería circulante de cada centro de consumo se introducen en el ordenador los datos correspondientes a cada uno de ellos en la casilla que corresponde a su identificación.

En la base de datos que recoge los datos de la distribución de lencería circulante están asignados los pesos específicos por tipo de prenda, lo que nos permite conocer, una vez introducidos los datos referentes a las cantidades asignadas a cada centro de consumo, los kilos de ropa imputados a cada uno de ellos.

La imputación de kilos de ropa a cada centro de consumo nos permite conocer las necesidades diarias de ropa de cada uno de ellos, la estimación de la producción en lavandería y la imputación de costes en la contabilidad analítica a cada GFH.

Conclusiones

El servicio de lavandería-lencería del Complejo Hospitalario de Ciudad Real acepta el reto de buscar el elemento diferenciador en un mercado cada vez más globalizado y homogéneo. La evolución creciente de las necesidades del cliente no pasa únicamente por prestar el servicio demandado, sino por la centralización, la coordinación y el control de los procesos, la transparencia y fluidez en la gestión de la información, la disciplina y el trabajo en equipo como herramientas que garantizarán la eficacia y eficiencia del servicio ofertado.

La aplicación de un buen servicio logístico será el instrumento más valioso en la consecución de los objetivos de rentabilización y optimización de nuestro servicio de lavandería-lencería.

La conjunción de recursos materiales y humanos, el diseño de circuitos, la información recogida por las necesi-

dades demandadas y ofertadas por el servicio de lavandería-lencería como unidad de producción constituirá la base para la excelencia sobre los resultados obtenidos en el servicio.

Estos resultados están dirigidos hacia la optimización de la trazabilidad del proceso (recepción, producción, almacenamiento, distribución, control de calidad...), eliminando puntos intermedios en la fase de distribución e integrándola en la unidad de producción mediante:

- Reducción de cargas de trabajo.
- Reducción de tiempos en la distribución.
- Mayor aprovechamiento de la dotación final de puesta en circulación.
- Eliminación de estancamientos.
- Menor índice de rotación de las prendas determinado por el número de días en que cada prenda es sometida a un ciclo de lavado.

Agradecimientos

El autoanálisis, el autocontrol en los procesos de lencería-lavandería del

complejo hospitalario llevado a cabo en estos últimos años con el objetivo de dirigir nuestros resultados hacia la excelencia de nuestro servicio no ha sido posible sin el estímulo y el impulso de nuestra Dirección, la cual ha sabido transmitirnos sus inquietudes por una mejora constante de la que personalmente he querido hacerme eco.

Mi agradecimiento pues a la Directora de Gestión, Carmen Sánchez-Mora Prieto, por las inquietudes transmitidas y el apoyo en el desarrollo del sistema de distribución de lencería en nuestro hospital, objeto del presente trabajo.

Las personas nos sentimos realizadas cuando alcanzamos nuestro máximo potencial, el cual no podemos conseguir sin la confianza, apoyo y credibilidad de las personas importantes para nosotros. Doy las gracias al Director Gerente de nuestro hospital, Jesús Fernández Sanz, por la confianza depositada en mí y por todo el apoyo en la realización de mi trabajo, consiguiendo que mi actividad desarrollada en el hospital llegue a ser una constante cargada de motividad.

Medicina privada: ¿damos lo que vendemos?*

Baltar Trabazo JM
secretaria@fundacionsigno.com



Participantes:

Francisco Cárceles Guardia. *Presidente de la SEAUS. (Sociedad Española de Servicios al Usuario de Sanidad). Gerente del H.U. Marqués de Valdecilla.*

Teodoro Grau. *Jefe de Servicio de la Uvi del Hospital Sur.*

Cristina Leube Jiménez. *Fundación Signo.*

Pablo López Arbeloa. *Gerente de B&F. Gestión y Salud.*

Luis Mayero Franco. *Subdirector Médico. ASISA.*

Ricardo Sanchís Cienfuegos-Jovellanos. *Planificación. Grupo IDC. Madrid.*

Rubén Sanz Cartagena. *Gerente de la Clínica Ntra. Sra. del Rosario. Toledo.*

Antonio Solans Vázquez de Prada. *Director del Departamento de Salud. DKV.*

*Taller de las VII Jornadas de Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios.

Asistentes:

Begoña Calzada García. Grupo 3.^a Recoletas.

Rafael Díaz Regañón. SESCOAM.

Eva Gilabert Clemente. Hospital Casa de Salud.

Moderador: **José Manuel Baltar Trabazo.** Gerente de la Clínica San Roque Canarias.

Durante las VI Jornadas de Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios (Madrid 2002) en el Área temática de Sanidad Privada se realizaron la Mesa "Seguros de salud y red de asistencia privada" y el "Taller de negociación con aseguradoras".

Los participantes en esta Mesa y este taller demandaron a la Fundación Signo y a los coordinadores de los mismos, Dña. Elena Arias, D. José Manuel Baltar y D. Rubén Sanz, una continuidad en el debate que allí se inició.

Bajo la invitación de las VII Jornadas, nos ponemos a trabajar en ello. En este foro, y como continuación de Madrid, proponemos el taller "Medicina privada: ¿damos lo que vendemos?".

Introducción

Buenas tardes:

Muchas gracias por su asistencia a los presentes. Esperamos que a los que nos hayan elegido para pasar con suavidad su hora de siesta, se lo hagamos pasar, al menos, de forma tan amena como el culebrón venezolano que desde televisión española les arrulla cada día a estas horas.

Primero me gustaría explicarles cómo surge este entorno.

Nace en las VI Jornadas de Madrid con la realización de la mesa "Seguros de Salud y red de asistencia privada" y el taller "Negociación con las aseguradoras".

Parece que al finalizar aquellas jornadas esto muere con ellas, pero los datos son tercos:

- 6.500.000 asegurados (4.000.000 seguro privado, 2.500.000 MUFACE).
- 60.000 profesionales en los cuadros –330 hospitales– clínicas en régimen de internamiento, aproximadamente 2.000 policlínicas y centros ambulatorios.
- En resumen, en datos del año 2001, 2.7051 € (aproximadamente 450.000 millones de ptas.) de negocio. Estos datos y la presión de algunos que nos negamos a vivir aislados en la soledad que impone la privada parece que exigían una continuidad.

Antes de seguir recordemos aquí cuál es la sistemática de estos talleres o, al menos, el objetivo que nos planteamos para nuestro taller de hoy, que no es otro que recuperar lo que en el entorno SIGNO se había dado en llamar el *espíritu de Las Palmas*, ya que fue allí donde una gente que había trabajado en diversos temas a lo largo de años se convirtió en la estrella

de las Jornadas con sus trabajos y hallazgos.

Se trata por tanto de conseguir desde aquí generar un grupo de personas capaces de colaborar y realizar un trabajo con continuidad en el tiempo.

Capaces de crear foros de debate –documentos, etc.– que pudieran ser de interés tanto para el sector asegurador como para el sector proveedor (clínicas y profesionales) lógicamente con el gran objetivo de mejorar la satisfacción de nuestros clientes.

Este sector, la medicina privada, se ha revelado por razones obvias algo disgregado y con una gran dificultad para alcanzar puntos de encuentro absolutos. La competencia, un mercado difícil, un macroproveedor como el Estado, etc., lo hacen especialmente complicado.

Para situar el punto de partida, un texto:

PACIENTE: Del latín patior, pateris, passus sum, que significa padecer, hemos obtenido el término sanitario de paciente. Un paciente, además de ser lo que dicen que es los usuarios de la palabra, es lo que dice la propia palabra. La de paciente, respecto a la de enfermo, es una palabra más intensa. El que tiene una enfermedad no siempre la padece y, sobre todo, no siempre sufre. Y, sin embargo, paciente es el que padece. Existe la expresión hecha "paciente en los dolores". Más aun. Si en algo ha cambiado profundamente la situación del enfermo respecto a la de hace medio siglo, es en que se ha reducido de manera espectacular su sufrimiento. Se le está ganando la batalla al dolor. Si antaño se consideró condición normal del enfermo su sufrimiento, hoy se considera ésta una situación irregular y transitoria. Incluso en los enfermos terminales se conside-

ra que la eliminación del sufrimiento es la terapia más importante aunque como efecto secundario de ésta se acelere el proceso terminal.

Ha querido el léxico que la palabra paciencia sea polisémica, aunque todos los valores tengan como nexo común el verbo padecer. Y ha sido decisión del destino que en la medida en que dejamos de ser pacientes en cuanto a padecedores, es decir, en la medida en que la medicina es más sofisticada y eficaz, y nos reduce dolores y padecimientos, en esa misma medida nos obligue a esperar más; de manera que el paciente es ahora aquel que se tiene que armar de paciencia para poder acceder a la gran medicina. El que padece porque espera. Y es sintomático que sean millones los "pacientes" que por dejar de serlo pagan, además de los impuestos o deducciones en nómina (que tanto da), una mutualidad que les libere de los padecimientos en la medicina menor. Les gusta ir de clientes, ir con el cheque o con la visa de la mutua a pagar la visita al médico o a la clínica que hayan elegido. No les gusta ser pacientes soportando tiempo y tiempo el dolor o las molestias que les ocasiona la enfermedad hasta que les toque el turno; ni están dispuestos a esperar, es decir, que se dejan llevar además por la impaciencia.

Es curioso que el término enfermo no implica necesariamente relación con el médico, mientras que el de paciente sí, de manera que éste se acompaña normalmente del determinante posesivo (voy a visitar a mis pacientes; doctora, hemos llevado a su paciente al quirófano), mientras que es menos frecuente el uso del posesivo con la palabra enfermo. Más aun, en la medida en que la medicina se va inclinando a la prevención, el término paciente va dejando de tener sentido. Es decir, que no son pacientes clínica-

mente, sino que lo son en tanto en cuanto está asignada a un médico la responsabilidad de su salud. Para tal situación se ha forjado la expresión de "usuarios de la sanidad", lo que aleja de manera notable al "usuario" del médico, porque éste se lo ofrece el sistema como un elemento más del conjunto de servicios para la salud. Será o no será ésta la intención, pero ése es el resultado. El médico ha acabado perteneciendo a un sistema administrativo, y el usuario es la otra cara del sistema. Tan impersonal una cara como la otra.

Mariano Arnal

El debate

Resultado económico, capacidad de elección, tiempo de respuesta y calidad como factores de éxito en el sector. ¿Siempre son verdad?

Definimos la sanidad privada como un producto con tres niveles claramente diferenciados. ¿Qué relaciones existen entre los tres niveles del producto? ¿Es factible su coordinación?

1. Producto demandado (cliente/usuario). Según palabras de F. Cárceles, no deja de ser reconfortante el ver que volvemos a replantearnos que el usuario es el centro de la sanidad y que es sobre él sobre quien estamos pivotando.
2. Producto dado (hospitales). Tal y como comenta R. Sanz, hay que diferenciar claramente la demanda del paciente y la necesidad real que ese paciente tiene. El paciente siempre necesita y busca una capacidad asistencial que debe ofertar la sanidad privada y, en un muy segundo término, demanda unos plazos y unos servicios adicionales, por lo que la importancia

de la hostelería, la espera, en definitiva, el "celofán" que envuelve los servicios sanitarios es relativa.

3. Producto pagado (aseguradoras). La cartera de servicios según indica L. Mayero no difiere en absoluto de la sanidad pública. En concreto, en el caso de MUFACE, se exige a ASISA la paridad de prestaciones con las entidades públicas.

Estos tres niveles de la sanidad privada dependen en gran medida de la integración que en ellos tengan y de ellos hagan los médicos.

El médico

La definición de estos profesionales la realizaba el Dr. Fernando Bandrés en el Punto de Encuentro realizado sobre la Ley 41/2002, "el médico como profesional, como "profesio" se caracterizó siempre a lo largo de la historia como alguien que, con una formación determinada, tenía grandes deberes morales para con la sociedad, para con los pacientes, y también grandes privilegios.

Y eso desde el Renacimiento cambió. Ya entramos en una dinámica nueva en la que la sociedad ha planteado que teólogos juristas y médicos no tienen por qué tener más privilegios que el resto de los mortales, y esto nos ha llevado a un estado de equilibrio que a los médicos les ha parecido que era como una especie de agresión.

Por el otro lado de la moneda, tiene también una gran ventaja. La idea de profesional anterior al Renacimiento sí comportaba otro elemento muy importante que era el concepto de "excelencia" del médico. El médico llegaba a trabajar incluso gratuitamente, cosa que no ocurría en los oficios".

T. Grau confirma esta idea: estamos hablando de sanidad, de pacientes, y la excelencia científica (que no la económica) es similar en el ámbito privado y en el público.

La complejidad de los procesos no difiere entre uno y otro ámbito y frecuentemente el mismo profesional trabaja en ambos. En muchos casos el rendimiento económico determina, con el mismo bagaje de conocimientos y habilidades, el rendimiento laboral. El tiempo dedicado por el profesional al sector privado suele ser muy superior al dedicado al sector público.

1. Producto demandado

Capacidad de elección, tiempo de respuesta rápido, trato personalizado y una mejor hostelería... ¿Son factores que influyen en la atracción del paciente?

El paciente es visto como un cliente demandante que necesita cubrir lo que A. Solans denomina “necesida-

des básicas”: calidad técnica y reducción de tiempos de espera. Hablamos en todo caso de la búsqueda de la excelencia en la asistencia sanitaria y no en la atención hostelera.

De la población asegurada, aproximadamente el 11,4% corresponde a seguros voluntarios y el resto a mutualidades de funcionarios. Tanto los empleados públicos del Estado, como los de la rama judicial y los militares, gozan de un régimen especial que les permite escoger entre la sanidad pública o la privada. En total, los funcionarios adscritos a la sanidad privada suman más de 2,5 millones de clientes. Y es allí donde entran en juego los seguros.

Ante la extensa lista de aseguradoras que se mueven en el mercado español en busca de potenciales clientes, las organizaciones de usuarios alertan a los consumidores de la importancia de saber elegir. Si se está dispuesto a pagar la salud por partida doble, es decir, la sanidad privada y la pública, conviene tener en cuenta algunos aspectos:



La calidad del producto dado, frente al demandado y contratado respondiendo a ofertas de campañas de marketing, viene condicionada muchas veces por el lugar de residencia del paciente, por la falta de la masa crítica imprescindible para rentabilizar la inversión. Tal y como señala B. Calzada, en un entorno de baja densidad de población y ambiente mayoritariamente rural como puede ser la provincia de Cuenca, las inversiones son escasas debido a la baja rentabilidad esperada, descienden las oportunidades de desarrollo profesional para los médicos y aumentan los problemas para dar el servicio esperado por los pacientes.

Un estudio de ICEA (Investigación Cooperativa entre Entidades Aseguradoras) refleja que el 50% de las quejas de los usuarios están motivadas por la falta de cobertura y las exclusiones, y un 30% por la demora en el servicio y por la falta de calidad.

Sin embargo, en las grandes urbes la cartera de servicios según indica L. Mayero no difiere en absoluto de la sanidad pública. En concreto, en el caso de MUFACE, se exige a ASISA la paridad de prestaciones con las entidades públicas. Y la sanidad privada no se plantea como competencia de la sanidad pública sino como un complemento para mejorar la atención sanitaria.

2. Producto pagado

Esa misma excelencia en el servicio es la que se exige actualmente a los "prestadores" de asistencia sanitaria, tanto a la sanidad pública como a la privada, pues entendemos que no se trata de establecer una competencia entre ambas, sino de que *las dos son o deberían ser complementarias y tendentes a la vanguardia*.

Lo que hoy es la red de seguros médicos privados, en los años cincuenta, y sobre todo en el ámbito rural, se organizaba mediante el pago de las igualas a los médicos (igualatorios). El mercado estaba fragmentado en igualatorios y uniones sanitarias de carácter provincial o local.

Tras la aprobación de la Ley de Seguros de diciembre de 1954, tuvieron que acogerse a una normativa específica y convertirse en auténticas empresas. En la actualidad, más de un centenar de compañías, la mayoría agrupadas en la patronal UNESPA, creada en 1977, están en el mercado e intentan mantener la excelencia determinada por un mínimo de masa crítica, volumen de personas que permita y propicie las inversiones necesarias con la rentabilidad deseada.

Actualmente, el considerado sector privado supone grandes cifras:

- El 25% del gasto sanitario total.
- Atiende al 20% de la población española.
- El 16% de la población española tiene un seguro privado de salud.
- El volumen de negocio de la provisión privada es de 2.500 millones de euros.
- Cuatro compañías tienen el 60% de los asegurados.
- Existen aproximadamente 300 clínicas u hospitales, con 90 camas de media.
- El 25% de las camas de España son de centros sanitarios privados.
- Ha habido un proceso de concentración y mejora de la calidad costes.

En términos generales, adquirir un seguro médico es relativamente fácil. Algunas veces se hace a través de mediadores de seguros y otras de forma directa. Los precios varían según las compañías y según los tramos de



Baltar Trabazo JM. Medicina privada: ¿damos lo que vendemos?

edad del asegurado, pero la inversión mensual es comparable a una línea de ADSL.

La medicina privada ofrece, por lo general, varios tipos de pólizas. Las más extendidas en el mercado son las de la asistencia sanitaria completa, con servicios en el territorio nacional y en el extranjero, y libre elección de médicos dentro de los cuadros de la compañía y la póliza de reembolso de gastos, mediante la cual la empresa se compromete a sufragar el coste de una atención médica

Los datos económicos señalan un aumento del nivel de riqueza y, sin embargo, la sanidad privada mantiene el 20% de cuota sobre el total de la sanidad; es decir, el aumento de riqueza, aunque produce un aumento de contratos en el ámbito privado, no consigue que la cuota proporcional sanidad pública/privada se incremente. La sanidad privada necesita un revulsivo para aumentar su cuota de mercado, necesita que se reconozca que el sector privado es imprescindible y no algo que se tolera, que se defina clara-

mente su papel y que se defienda creando una fuerza asociativa de peso.

Teniendo en cuenta que, según A. Solans, la proporción de la financiación pública y privada en el total de gasto sanitario español –71 y 29% respectivamente– es similar a la de otros países de la Unión Europea, no es previsible un crecimiento. De momento los esfuerzos van en el sentido de mantener esa cuota con el crecimiento proporcional cercano al 7% anual que ello está suponiendo, pero quizás es el momento de plantear grupos de trabajo que encuentren nuevas estrategias de gestión privada de servicios de financiación pública o incrementar los servicios ofertados para incrementar la porción de la tarta de prestaciones sanitarias.

3. Producto dado

¿Cómo ven esto las clínicas y hospitales, los “dadores” del producto?

En su *relación con el cliente*, con el demandante, su ventaja frente a los

centros públicos estriba básicamente en la inexistencia de listas de espera y la estrecha relación entre médico y paciente.

La persona que acude a una clínica cada vez está más informada y, sobre todo, pide permanecer poco tiempo ingresada. Exige en primer lugar una calidad técnica que debe ir acompañada de buenas condiciones de infraestructura y hostelería.

En esta relación es importante la calidad real, pero también la calidad percibida. En esta calidad percibida se engloban:

- Los medios técnicos: inclusión de las últimas técnicas en la oferta de la cartera de servicios.
- Los medios humanos: acceso a “primeras figuras” de una especialidad determinada, bien personalmente bien a sus equipos.
- Tiempos de espera: cuando los hay son insignificantes. La angustia que genera esta espera en el paciente desaparece.
- Infraestructura adecuada: habitaciones individuales con baño propio, posibilidad de acomodar al acompañante.
- Hostelería cuidada: incluye lencería, cocina, limpieza...

Son muchas veces las clínicas las que deben informar y aplicar restricciones en las pólizas debidas al período de carencia, las exclusiones de determinados servicios o los acuerdos de copago para otros, pudiendo producirse tanto retrasos en los servicios acordados como reclamaciones producidas por situaciones no previstas.

En su *relación con la aseguradora*, los pagos por los servicios contratados, la realización de contratos demasiado estándar sin revisiones adecuadas de

la relación entre prestación y coste, permiten unas perversiones del sistema para asegurar la financiación que no se darían con un estudio real de las situaciones: Un ejemplo: una misma intervención, dependiendo de que el origen de la misma sea o no un accidente, puede llevar a un incremento de más del doble del número de estancias necesarias.

Frente al servicio al asegurado exigido tanto por el propio asegurado como por las aseguradoras, y que es responsabilidad directa de las clínicas y hospitales, está el control del gasto por parte de las aseguradoras mediante un ajuste de tarifas y un control de las facturas.

Las aseguradoras verifican que el servicio dado es el servicio ofertado mediante unas auditorías continuas de calidad y un seguimiento de las reclamaciones.

La pregunta queda en el aire: ¿es posible mantener las inversiones y la calidad en las prestaciones con la financiación actual?

Conclusión

Hasta aquí llegó el tiempo de la discusión.

Quedaron varias preguntas en el aire, por lo que queda abierta la invitación y la propuesta a participar en nuevas reuniones de este taller y el proyecto ambicioso de conseguir soluciones conjuntas de avance y mejora.

Quienes quieran participar en este proyecto, sólo tienen que enviar sus datos de contacto a: secretaria@fundacionsigno.com. Desde allí nos pondremos en contacto con los interesados con los temas y cronograma de siguientes reuniones.

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 2005.

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: 7 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
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
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:	
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
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 B, 6.º J, 28020 Madrid.

Tel.: 91 579 58 32/629 685 190 • www.fundacionsigno.es • e-mail: secretaria@fundacionsigno.com

