

La ficha quirúrgica como instrumento de garantía de calidad en la actividad de enfermería

De la Puerta E
Director Médico.
Hospital de Galdácano. Vizcaya

INTRODUCCIÓN

Aproximadamente a finales de los años 70, terminaba la época de expansión de la red hospitalaria pública que se había iniciado en los años 60 y, con ello, se iniciaba una época en la que no se buscaba sólo la eficacia del sistema, sino también su eficiencia. Este concepto alcanzó una mayor importancia años después, con la crisis económica, incremento del paro, déficit de la Seguridad Social, y endeudamiento del Estado.

La estrategia que se ha seguido en los últimos años para mejorar la eficiencia ha sido la de incrementar la utilización de los recursos, disminuyendo la estancia media, y aumentando la ocupación hospitalaria, así como la utilización de quirófanos. En ocasiones, para disminuir la estancia media se han elaborado

e-mail: epuerta@hgda.osakidetza.net

alternativas a la hospitalización como la cirugía sin ingreso y la hospitalización a domicilio.

Los resultados han sido evidentes. En el quinquenio de 1994-1998 el gasto de hospitalización en los hospitales de Osakidetza prácticamente no ha subido (2,5% anual, sin corregir por la inflación) y simultáneamente se ha producido un descenso del coste de 2,9% anual, gracias a un incremento de la producción de 5,9% anual.

No obstante, aproximadamente entre los años 96-98, se superó el 80% de utilización de estos recursos. Como consecuencia, entre los años 1997-1999 el coste ha seguido disminuyendo, pero el gasto ha empezado a subir por encima de la inflación. Dado que un proceso determinado consume muy diferentes recursos, cuando el rendimiento de muchos de ellos está próximo a su límite máximo, la estrategia de incrementar el de uno en concreto, aumentando la actividad, es una estrategia inflacionista del gasto.

Por ello, en este nuevo escenario con un menor margen en la disponibilidad de recursos, es necesario establecer nuevas estrategias.

La nueva estrategia debería estar dirigida a rescatar los gastos en los que se incurre por actividades que no son útiles para curar a los pacientes. Estas son, básicamente, los gastos de no calidad, y las tareas organizativas, administrativas, documentación, tiempos de espera, etc.

Los gastos de no calidad de una HMO de New Mexico con un hospital de 235 camas y 15 centros ambulatorios han sido cifrados en 35.800.000 \$ US (más de 5.000 millones de pesetas).

Por otra parte, según los datos publicados, el gasto referente a las actividades clínicas o técnicas, en un hospital universitario norteamericano de 500 camas, es del 16% del total. Un 8% adicional es imputable a la hostelería. El 76% restante del gasto se refiere a actividades de documentación, planificación, tiempos de espera para trabajar, etc.

Para disminuir los gastos en documentación (30%), o en esperas para trabajar (19%), frecuentemente se realizan acciones de planificación, gestión, y supervisión (21%), incrementando el gasto en este capítulo, pero menos o nada en actividades clínicas/técnicas (16%).

Yes que la respuesta no consiste en seguir hipertrofiando la estructura organizativa, sino modificar la estructura global del hospital para evitar gran parte de estas actividades que no aportan valor añadido al paciente.

Esta estructura es la *dirección por procesos*.

Los obstáculos más relevantes para implantar este tipo de Dirección, son:

- La gestión de objetivos, que normalmente no suelen definirse para los procesos sino para las Direcciones funcionales, o para

las agrupaciones estamentales (Servicio Médico o Unidad de Enfermería). Tampoco suele realizarse un despliegue de objetivos hasta los niveles implicados en su logro. Además, el despliegue suele ser exclusivamente de metas a alcanzar, sin una delegación de los recursos o medios, por lo que es frecuente que la implicación sea más con la eficacia que con la eficiencia.

- No existe un sistema de contabilidad de costes de no calidad. En la contabilidad de los hospitales, todos los asientos contables son considerados como útiles y necesarios. Sin embargo, nos consta que existen actividades, las cuales suponen un gasto, que producen una peor calidad y un incremento adicional del gasto.
- La contabilidad analítica de la mayoría de hospitales imputan el gasto directo a los GFH en lugar de hacerlo al paciente. Ello imposibilita conocer los gastos reales por episodio. La falta adicional de trazabilidad entre diferentes episodios de un mismo proceso impide conocer los costes por proceso.
- La estructura jerárquica responde a criterios diferentes que la estructura de los procesos, por lo que no coinciden los ámbitos de responsabilidad y, en consecuencia, no se pueden concretar los objetivos y recursos al directivo de un proceso.