

LAS NECESIDADES EN RELACIÓN CON LA GESTIÓN DE PACIENTES

PONENTE: D. ORENCIO LÓPEZ DOMÍNGUEZ, *Jefe del Servicio de Admisión y Documentación Clínica. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander*

EL FUTURO MARCO GENERAL DE ACTUACION

Los retos del cambio a los que se enfrentan los Servicios de Admisión y Documentación Clínica (SADC), y por tanto la gestión de pacientes (GP) como una de sus funciones principales, son consecuencia de los cambios que debe abordar -a corto plazo- el Sistema Nacional de Salud español (SNS) en su organización, y a los que deberán dar respuesta sus Centros mediante profundas modificaciones en su funcionamiento. Sin este cambio superior, el único reto al que se enfrentan los SADC es el de continuar haciendo bien su trabajo, pero que al igual que el resto, continuaran encontrando firmes límites a la eficiencia y a la calidad de sus funciones.

Las razones del cambio en el Sistema son las de hacer compatible la contención del gasto sanitario en términos de porcentaje del P.I.B., con las de:

- Mayor consumo y coste en tecnología y en farmacia.
- Mayor exigencia social: la población tiene una mayor información sobre opciones de tratamiento, desea ser cuidado totalmente en su convalecencia y solicita una recuperación funcional para una vida de calidad en un medio urbano desarrollado.
- Mayor demanda: la población envejece, cuida y valora más su salud, aumentan las indicaciones y más gente está dispuesta a ser tratada.

Existe suficiente consenso técnico acerca de que la reforma posible del SNS debe, preservando los valores sociales alcanzados, modificar la relación entre el agente financiador, el comprador de servicios sanitarios y el que finalmente los produce para su consumo por el ciudadano, favoreciendo la separación real de funciones y dependencias entre ellos. El marco de actuación de estos 2 últimos es el denominado de competencia regulada en el que el paciente ejerce su derecho a la elección real del servicio que desea y acepta recibir.

LAS CLAVES DEL CAMBIO EN LOS CENTROS SANITARIOS

El cambio se transmitirá, normativa y técnicamente, a los centros en forma de :

- Mayor autonomía y sobre sus decisiones y su futuro: operativa y estrategia.
- Menor financiación, sufriendo presiones para el traslado de recursos y actividad hacia la atención primaria y hacia la sociosanitaria.
- Mayor necesidad de demostrar objetivamente que su práctica clínica es de calidad y que su gestión es eficiente mediante costes competitivos.
- Mayores retos de inversión en tecnología médica, de actualización profesional y de readaptación constante de su funcionamiento.

Estas exigencias dan origen a nuevos modelos de funcionamiento que hemos resumido bajo el término de gestión clínica, y que constituyen un

ejercicio de reagrupación coherente de los componentes clínicos y de gestión del Centro. Estos modelos precisan de una mejor, pero también distinta organización del trabajo :

- El eje de la actividad pasa del servicio medico basado en la especialidad académica, a los equipos multiespecialidad, donde el objetivo es el paciente y no solo el cuidado compatible con la competencia laboral de cada uno.
- Descentralización de presupuestos y de responsabilidad gestora a estos equipos en base al marco contractual que hayan suscrito con el Centro, con transferencia clara de riesgos e incentivos en relación con los resultados obtenidos.
- Reorganización del proceso, eliminando las tareas que no incorporan valor a lo que ya hacemos e incorporando aquellas otras que benefician al paciente, promoviendo el uso ágil e intensivo de los recursos, bajo modalidades de atención menos costosas para el Centro y mas cómodas para el paciente.
- Un nuevo estilo de dirección , pasando del modelo jerárquico basado en una lógica de control, a otro mas horizontal con funciones repartidas y compartidas entre clínicos y gestores, con (dirección por) objetivos que permita esta descentralización en un modelo de dirección bidireccional.
- Información que aporte eficiencia al proceso, facilidades al paciente, y que posibilite una dirección por información que (auto)evalúe el proceso y el resultado con datos veraces y fiables que ofrezcan a todos la información que precisan para el nivel de decisión que a cada uno le corresponda.

En este nuevo modelo surgen los retos para el SADC, y en concreto para la GP.

EL PAPEL DE LA GESTIÓN DE PACIENTES EN EL CAMBIO

Por tanto, los objetivos básicos de la reforma son

la satisfacción del paciente a través de un concepto amplio de la calidad -no solo la calidad técnica recibida-, y la eficiencia tanto en su vertiente de instrumento para la contención del gasto, como también para la consecución de un coste competitivo en los servicios producidos.

La GP, al igual que el SADC en su globalidad , ha sido considerada como una actividad de servicio basada en clientes : El gestor, el clínico y el paciente. Los objetivos de la GP se basan en la satisfacción de las necesidades de aquellos.¿ Que necesitan cada uno de ellos ?, ¿cómo y cuando lo precisan?. De la respuesta a estas preguntas surgirán las funciones que debe realizar la GP (Tabla I¹ - ver página siguiente).

En resumen, las funciones principales son :

- La de *información*, que para el paciente será sobre la cartera de servicios y facultativos, las condiciones para su acceso, la prontitud (y compromiso) con que serán atendidos y en pocos años sobre las condiciones de confort, de experiencia y los resultados del Centro (indicadores oficiales de calidad técnica). Un aspecto relevante es el de *la organización, custodia y cesión de la documentación y/o información clínica* hacia otros niveles que participan en la asistencia (Primaria, sociosanitaria, otros Centros, etc.). Este hecho es clave para la continuidad asistencial y por tanto para la eficiencia y la calidad del modelo. Finalmente, otro hecho destacable es el relacionado con la facturación. En la interna, identificando a los pacientes y episodios asistenciales y, lo que es igualmente importante, asignando estos a las unidades finales e intermedias que los atienden. Y en la externa, identificando los hechos facturables y los garantes que asumen el pago. En un entorno previsible de financiación ligada al paciente este hecho es relevante. Otros aspectos de la función para la Dirección y las Unidades Clínicas serán objeto de análisis en otra ponencia de esta Mesa.

CLIENTE	NECESIDADES	LO QUIERE OBTENER: CON	FUNCIONES A DESARROLLAR PARA SU CONSECUION
Paciente	<ul style="list-style-type: none"> ● Accesibilidad ● Continuidad ● Información y asesoría 	agilidad exactitud comodidad oportunidad equidad respeto a su autonomía	<ul style="list-style-type: none"> ● Gestión de la demanda a través de la coordinación con la oferta ● Gestión segura de su Historia Clínica
Dirección	<ul style="list-style-type: none"> ● Eficiencia en la utilización ● Funcionamiento eficiente ● Información y asesoría 	eficacia eficiencia	<ul style="list-style-type: none"> ● Gestión de los recursos asistenciales para el logro de los objetivos ● Gestión del sistema de información clínico asistencial necesario para la planificación, dirección y evaluación de los objetivos ● Identificación, asignación y acreditación de los conceptos requeridos para la facturación interna y externa
Unidades Clínicos	<ul style="list-style-type: none"> ● Organización de su actividad asistencial alrededor del paciente ● Información y asesoría 	agilidad exactitud comodidad oportunidad respeto a su autonomía	<ul style="list-style-type: none"> ● Apoyo organizativo para la consecución de los objetivos comprometidos con el hospital ● Información necesaria para la planificación, dirección y evaluación de esos objetivos

¹ Tomado de las conclusiones provisionales del Grupo de Trabajo de la Subdirección General de Organización del INSALUD para la Homologación de los SADC.

■ La *gestión de la oferta* referida a la programación de los recursos del Centro que se asignan para la utilización compartida y alternante entre sus diferentes Unidades. La transferencia de autonomía y responsabilidad a las Unidades no puede conllevar la cesión completa de la totalidad de los recursos materiales necesitan para realizar plenamente su actividad. Las camas, los quirófanos, los locales de consulta, y cierta tecnología serán gestionadas centralizadamente y su uso “arrendado” por las diferentes Unidades. La programación de la actividad, coordinando las necesidades

del paciente, la agenda de la Unidad y la capacidad del recurso es un instrumento para la eficiencia y calidad en el funcionamiento.

■ La *coordinación del funcionamiento* para asegurar la continuidad asistencial es una necesidad reclamada por el paciente y necesaria para favorecer la competitividad del Centro. La asistencia se compartirá entre Unidades, entre diferentes modalidades asistenciales (hospitalización convencional, de día, domiciliaria, y ambulatoria), entre niveles (primaria y especializada) y frecuentemente entre sistemas (sanitario, social,

publico, privado). En este funcionamiento es de asegurar la cohesión del grupo frente al paciente que debe sentir que su asistencia se produce con prontitud y de manera coordinada sin percibir en ningún momento descoordinación en forma de déficits de información, repetición de pruebas o incertidumbre sobre el cómo van a suceder los hechos. El paciente notara cambios en el edificio o en las personas que lo atienden, pero nunca desconexión entre ellos.

- La *organización del trabajo paraasistencial* es una función muy apreciada por las Unidades Clínicas y se deriva en parte de las otras ya citadas, pero también de acciones de planificación y programación de sus propias agendas de trabajo. Para que el clínico realice su trabajo eficientemente y sin menoscabo de su tiempo, precisa de una labor de “secretaría ejecutiva” que trabaje para que el paciente adecuado se halle en el momento oportuno en el lugar preciso, el clínico y paciente lo conozcan, así como el resto de la logística necesaria para que la asistencia se produzca.

LA ADAPTACIÓN NECESARIA PARA EL CAMBIO

Estas funciones no son nuevas para los SADC. Entonces, ¿dónde se encuentran los retos del cambio?, ¿por qué hablamos de adaptación al cambio?.

En la práctica la hegemonía del “cliente” Dirección ha sido abrumadora, y por tanto, la GP era impositiva y controladora para el clínico, y de defensa de la Institución y de contención de sus demandas, frente al paciente. Ahora la frontera entre los dos primeros ya no es tan nítida, se alinean sobre la base de un pacto contractual de objetivos, la autoridad del primero ya no es única, y el tercero aparecen con una trascendencia real. El modelo de servicios hacia clientes debe funcionar ahora con un nuevo equilibrio. El hecho clave para este nuevo equilibrio es el interés en el logro del contrato. En

su consecución se debe alinear también la propia gestión de pacientes, y para ello es preciso que conozca y participe en su formulación, en su seguimiento y en las decisiones de mejora para la corrección de desviaciones.

También para el SADC se debe aplanar el organigrama del Centro. ¿ Pero como resolver el hecho frecuente y previsible de que, a pesar del contrato, los intereses de estos 3 clientes no coincidan en la operativa o incluso en la estrategia ?. La solución esta en como se configura la GP(en general el SADC) primero en el organigrama del centro, y segundo en su funcionamiento :

- En el organigrama, se configura como un servicio central con igual autonomía que el resto de las Unidades para su gestión y organización interna, vinculado a la dirección del hospital a través de su propio pacto de objetivos, y con la autoridad y responsabilidad necesaria en su desempeño para el logro de los mismos. En definitiva, sujeto a las mismas premisas que el resto de las Unidades Clínicas.

- En su funcionamiento, sus relaciones deben basarse en el concepto de agencia, y por tanto en una relación de confianza, pero también en el reconocimiento por todos ellos de la necesidad y utilidad de su participación para el logro de los objetivos particulares de cada uno. Los recursos que maneja la GP son de la empresa y los organiza para responder a las necesidades de los otros dos que se comportan como clientes finales. Su misión es poner en contacto de manera organizada a todos ellos. Esta relación no es de autoridad de la agencia frente a sus clientes, sino de oferta de servicios en base al reconocimiento de la fortaleza de la especialización gestora de su organización y recursos humanos, y a la oportunidad que le brinda su relación particular con cada uno de ellos.