VI Jornadas de Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios, Madrid 2002

¿Es aplicable un modelo de gestión clínica como instrumento para la reordenación de un Servicio de Urgencias hospitalario?: experiencia en el Hospital Universitario de Bellvitge

Dr. Xavier Corbella
Subdirector Médico (xcorbella@csub.scs.es)

En los últimos años, la demanda creciente de visitas a los Servicios de Urgencias hospitalarios está determinando que un porcentaje elevado del total de pacientes que ingresan en el hospital lo hagan por vía urgente, pudiendo representar en algunos centros más del 50% del total de ingresos. El impacto que comporta este elevado volumen de ingresos urgentes sobre el funcionamiento general de los centros, en especial los hospitales de alta complejidad, queda reflejado, entre otras consecuencias, en una disminución de camas hospitalarias disponibles para realizar actividad programada, con una consiguiente dificultad para incidir en la reducción de las listas de espera.

Estos hechos están condicionando que la reordenación del mapa de recursos para la atención urgente sea un objetivo prioritario, no sólo de los órganos directivos de nuestro centro, sino de muchos otros hospitales. El futuro de estos cambios pasa, ineludiblemente, por mejorar y adaptar nuestra labor clínica al incremento tanto del volumen como la complejidad de este tipo de demanda, a sus flujos de frecuentación horaria, diaria y estacional, así como al distinto tipo de respuesta asistencial que desde los centros debamos ofrecer.

En el Hospital Universitario de Bellvitge, la puesta en marcha en 1999 de un Plan de Reordenación del Servicio de Urgencias, supuso plantear el cambio de forma ordenada y progresiva, con la participación de más de 80 profesionales implicados, y en consenso con la Dirección del centro. A los 3 años de su inicio nos proponemos detallar la metodología empleada, los planteamientos realizados, las principales acciones realizadas, así como los resultados obtenidos.

Entorno. Centro universitario terciario de 960 camas, emplazado en el área de Barcelona, con una población de referencia de 1,5 millones de habitantes. Anualmente atiende 29.000 pacientes hospitalizados, 250.000 pacientes ambulatorios y 110.000 visitas urgentes. Dispone de todas las especialidades, excepto pediatria, obstetricia y grandes quemados, y mantiene un programa activo de trasplantes de órganos que incluye hígado, pulmón y corazón.

Metodología. El Plan de Reordenación de Urgencias se planteó de forma participativa por grupos de trabajo, a través de la Comisión General de Urgencias. La línea argumental fue centrar la atención en el paciente, replanteando, paso a paso, la secuencia asistencial que debería seguir una persona con demanda de atención urgente en nuestro centro. El apoyo del equipo directivo del centro fue clave en la aplicación rápida de las medidas que los distintos grupos aprobaban, obteniendo el necesario "feed-back" para que los profesionales mantuvieran un alto grado de motivación e implicación.

Acciones. Las medidas aplicadas abarcaron un amplio abanico de objetivos (organizativos, asistenciales y docentes), todos incluidos en el programa de mejora de la calidad de los Servicios de Urgencias Hospitalarios del "Institut Català de la Salut" (URGICS 2.0), centrados en añadir valor a la respuesta de atención urgente, con mejor agilidad y seguridad y menor riesgo y variabilidad.

Del total de medidas aplicadas, destacamos las más relevantes:

1) Estructura: reorganización de los circuitos asistenciales según niveles de gravedad (clasificación, boxes de valoración inmediata)
2) Funcionalidad: aplicación de modelos flexibles que permitan adaptarse a la frecuentación de la demanda, de forma alternativa a la guardia médica clásica (turnos laborales)
3) Actividad: análisis de "outcomes" y aplicación de un sistema de información y alerta, basado en la predicción informatizada de la demanda (planning diario)
4) Calidad: reducción de la variabilidad en la práctica asistencial (manual de procedimientos)

5) Soporte: creación de dispositivos alternativos a la hospitalización convencional desde urgencias (unidad de corta estancia, consulta externa rápida, hospitalización domiciliaria)
6) Costes: aplicación de un programa de contabilidad analítica como base para una mejor eficiencia (gestión clínica)
7) Docencia: aplicación de un plan de formación en Medicina de Urgencias para residentes (programa de rotación)

Resultados. La actividad global del Servicio de Urgencias de nuestro centro ha aumentado en casi un 10% en los últimos 4 años. La aplicación de este programa de intervenciones ha permitido no sólo hacer frente a este incremento sino mejorar progresivamente los principales "outcomes" de actividad y calidad (tiempo de permanencia, porcentaje de ingresos hospitalarios, presión de urgencias, porcentaje de pacientes no visitados o "dropouts", porcentaje de revisitas, porcentaje de informes informatizados, porcentaje de prescripción facultativa de recetas, etc).

Aunque no conocemos todavía el impacto sobre otras variables cualitativas importantes, como el índice de adherencia a los protocolos asistenciales existentes, la calidad del informe clínico, la calidad de la información a pacientes y familiares, la satisfacción de los mismos o la de los profesionales, el futuro de estas acciones pasará ineludiblemente por la posibilidad de evaluar estos resultados.

En el ámbito actual de la economía de la salud, la aplicación de modelos progresivos de gestión clínica será una exigencia obvia para poder identificar aquellas intervenciones que produzcan un máximo beneficio sanitario con un menor coste. En nuestro caso, pensamos que los resultados obtenidos demuestran que los órganos directivos de los centros pueden promover éstos modelos de gestión también en los Servicios de Urgencias, contando con la participación activa de los profesionales, no sólo como una fórmula orientada a la contención del gasto, sino con el objetivo global de buscar la eficiencia y la calidad en este tipo de servicios sanitarios.

Referencias propias.

1. Salazar A, Corbella X, Escarrabill J. Estudio prospectivo de los enfermos que abandonan un servicio de urgencias antes de ser atendidos. Medicina Clínica (Barc) 2001; 116: 35.

2. Escarrabill J, Corbella X, Salazar A, Sanchez JL. Los colapsos en los servicios de urgencias hospitalarios durante el invierno. Atención Primaria 2001; 27: 137-140.

3. Salazar A, Corbella X, Onaga H, Ramon R, Pallares R, Escarrabill J. Impact of a resident strike on emergency department quality indicators at an urban teaching hospital. Academic of Emergency Medicine 2001; 8: 804-808.

4. Salazar A, Corbella X, Sánchez JL, Argimón JM, Escarrabill J. How to manage the ED crisis when hospital and/or ED capacity is reaching its limits? Report about implementation of particular interventions during the Christmas crisis. European Journal of Emergency Medicine 2002; 9: 79-80.

5. Corbella X, Salazar A, Maiques JM, Juan A. La unidad de corta estancia de urgencias como alternativa a la hospitalización convencional. Medicina Clinica (Barc) 2002; 118: 515-516.