

El “Gestor del Paciente”: la introducción de un cambio cultural en nuestros hospitales

Ricci Voltas C*, Mata F**, Bellod C***, García M****

* Gerente

** Subdirector Gerente

*** Jefa de Sección de Administración Periférica

**** Gestión de Procesos

Hospital Universitario Son Dureta

e-mail: cricci@hsd.es

Resumen

Objetivo: Incorporar dentro de la organización hospitalaria una figura que contribuya a facilitar las actividades establecidas en la planificación de la asistencia al enfermo durante su hospitalización y la actividad programada tras el alta hospitalaria.

Método: Se definió la figura, sus funciones y las plantas donde se pilotó, y se crearon grupos multidisciplinares que definieron los circuitos. La herramienta utilizada para establecer una planificación multidisciplinar de la asistencia al paciente son las vías clínicas.

Resultados: Aumento de la calidad percibida, disminución de la estancia media, reducción y optimización de tiempo y recursos.

Conclusión: La planificación de la estancia y la implicación de todos los actores del proceso asistencial revierte en la mejora de la calidad asistencial y en la satisfacción del paciente.

Palabras clave: Planificación del proceso asistencial, Gestor del paciente, Mejora de la calidad percibida, Vías clínicas.

Patient management

Abstract

Objective: Create inside the hospital organization a new position that contributes to facilitate the activities established the planning of the patient attendance during his stay in the hospital and the activity programmed till hospital discharge.



Methods: We defined the position, his functions and the wards where it was piloted, and multidisciplinary groups were created and they defined the paths. The used tool to establish a multidisciplinary planning of the patient care is the clinical pathway.

Results: Increase the perceived quality, reduction of the average length of stay, reduction and optimization of the cycle time and resources.

Conclusion: The planning of the stay and the involvement of all the actors of the welfare process revert in the improvement of welfare quality and patient satisfaction.

Key words: Planning of the welfare process, Patient Management, Improvement of the perceived quality, Clinical pathways.

Introducción

Actualmente en los hospitales nos encontramos con tres graves problemas:

- Planificación insuficiente de la asistencia al paciente.
- Baja eficiencia de nuestro personal asistencial por exceso de cargas administrativas.
- La percepción por parte de los pacientes de descoordinación en su atención.

Estos problemas son causas de una baja eficiencia en el uso de los recursos, una desorganización del trabajo y un funcionamiento basado en la costumbre. Todo ello lleva a la desmotivación del personal y a que no se responda adecuadamente a las expectativas del paciente.

A fin de solucionar en la medida de lo posible dichos problemas y de reducir al máximo sus consecuencias, hemos diseñado el modelo del Gestor del Paciente (GP) para proporcionar de esta forma a pacientes y profesionales un nuevo servicio que facilite la estan-

cia a los primeros y la actividad de los segundos.

Pese al éxito obtenido en la fase de pilotaje y la labor realizada para definir e implantar esta figura, no perdemos de vista el trabajo que aún nos queda por hacer para que la misma sea un elemento cotidiano, conocido y utilizado por todos los pacientes y profesionales de nuestro Hospital.

Objetivos

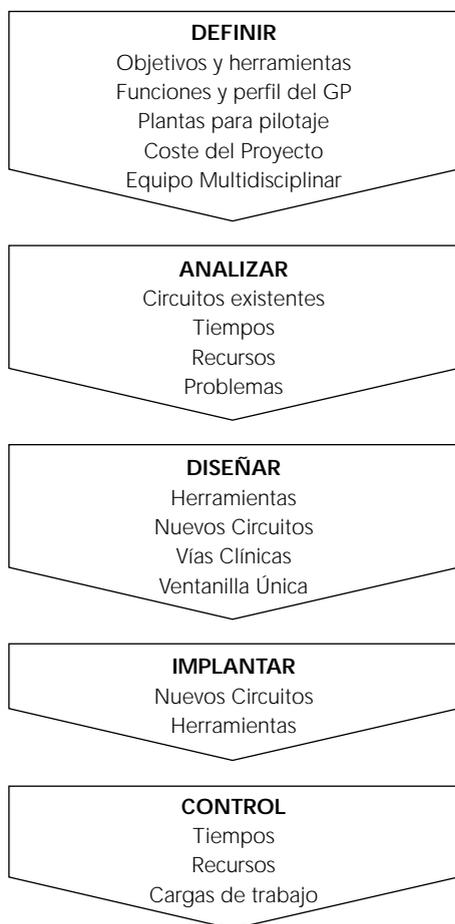
- Fomentar la planificación de la actividad asistencial sobre los pacientes.
- Introducir en formato informático la planificación de la estancia del paciente, facilitando al personal el cumplimiento de la actividad planificada.
- Diseñar una figura que agilice la parte administrativa en el proceso de atención del paciente.
- Centralizar la tramitación de pruebas complementarias y gabinetes.
- Mejorar la eficiencia en el uso de los recursos.



- Mejorar la coordinación de todas las actividades que se realizan sobre el paciente, clínicas y no clínicas.
- Facilitar al paciente la continuidad de la atención después del alta hospitalaria.
- Aumentar la calidad asistencial percibida.

Método

Hemos seguido el siguiente método de trabajo:



Definir

En esta fase se definieron los objetivos del proyecto así como los recursos materiales y herramientas que son necesarios para alcanzarlos.

Las vías clínicas se identifican como las herramientas básicas para establecer y definir la planificación de las actividades asistenciales.

Los recursos que se consideran necesarios son señalados a continuación:

- Programa de Gestión de la planta con conexión on line a aplicativos del Hospital.
- Pantallas planas informativas en controles de enfermería y admisión.
- Programa de Registro de pruebas.

En esta fase, se definieron también las funciones del Gestor del Paciente así como su perfil personal.

Las actividades básicas de esta figura orientadas al enfermo serían la información y realización de todas aquellas tareas burocráticas que le afectan, principalmente:

- Introducción de la planificación de actividades, que se realizará con el paciente en el programa de gestión de la planta.
- Realización de partes de baja y confirmación, justificantes de ingresos e intervenciones.
- Localización de Médicos cuando lo soliciten los pacientes o familiares.
- Registro, tramitación y recogida de pruebas complementarias e introducción en la Historia Clínica (HC).



- Citación al alta, de forma que el paciente cuando salga del hospital se vaya con todo solucionado (citas al Centro Salud, Consulta Externa, Rehabilitación, etc.).
- Tramitación partes inter-consultas.
- Comunicación a tiempo real de las altas a Admisión.
- Listados de pacientes ingresados y revisión de los mismos.
- Control de las HC y RX que salen de planta.
- Reclamación de HC y Rx de pacientes ingresados que no hayan llegado a la unidad.
- Solicitud de etiquetas a Admisión.
- Organizar la HC para remisión a Archivos.
- Solicitud ambulancias.
- Solicitud oxigenoterapia.

El perfil del Gestor del Paciente fue definido como:

- Conocimientos informática, word, excel, correo electrónico y rapidez en la escritura.
- Conocimiento HP-His y HP-Doctor.
- Habilidades sociales.
- Conocimiento de la organización y actividad de las diferentes áreas hospitalarias.
- Escribir correctamente y conocimiento del léxico médico.

Se eligieron las plantas en las que se realizaría el pilotaje: Medicina Interna, Traumatología de Adultos y Traumatología Infantil. La elección se realizó atendiendo al tipo de planta y el interés mostrado por los profesionales que iban a liderar el proyecto. La actividad de Traumatología es especialmente adecuada para ser perfectamente protocolizada. El Coordinador de Traumatología y Rehabilitación no dudó en las bondades del proyecto desde la primera vez que se le explicó el objetivo. La elección de Medicina Interna se realizó principalmente por el interés en el proyecto del Jefe de Sección del servicio, puesto que la gran variedad de patologías que atienden hacía especialmente compleja su total protocolización. Por otro lado, aunque era especialmente complicado realizar el proyecto en esta planta, si conseguimos un correcto funcionamiento en una planta de Medicina Interna, sería posible implantar el Gestor del Paciente en cualquier otra especialidad de nuestro centro.

Se decidió que la metodología de trabajo sería mediante grupos multidisciplinarios estables formados por los distintos actores del proceso. Todos los grupos estaban liderados directamente por el Subdirector Gerente y tenían como miembros fijos a la responsable de procesos del Departamento de Calidad y a la Jefa de Sección de Administración Periférica. Estas dos últimas personas eran las que daban homogeneidad al Gestor del Paciente, ya que en cada grupo de trabajo se adaptaba la figura a las singularidades de la planta. De esta forma el diseño de cada Gestor se realizaba atendiendo a las necesidades específicas de la planta y a unos criterios de funcionamiento generales homogéneos.

En esta fase se hizo una valoración del coste del proyecto y se solicitó la aprobación.



Analizar

Mediante mapas de proceso se definieron los circuitos del paciente existentes, haciendo especial hincapié en el análisis de las solicitudes y tramitación de pruebas.

Se estimaron los tiempos y los recursos empleados en dichos circuitos.

Con la información obtenida, se detectaron puntos de ineficiencia así como necesidades del paciente no cubiertas.

Diseñar

Una vez identificadas las ineficiencias y carencias, se diseñaron las herramientas informáticas necesarias que nos permitirían introducir mejoras en el proceso:

- Se creó un *programa informático de gestión de la planta* que permite introducir la planificación de la estancia del paciente desde el ingreso hasta el alta. Esta planificación se visualizó por todos los profesionales de la planta a través de pantallas planas grandes colocadas en lugares que son perfectamente observables por todos. También desde Admisión se dispone de la información, debido a que un dato que siempre está actualizado es la fecha del alta del paciente, por lo que admisión puede gestionar mejor las camas al conocer la fecha del alta con varios días de antelación.
- Se creó un *programa de registro de pruebas* único que permitiese suministrar información sobre la situación de cualquier prueba o del total de ellas.

- Se *rediseñaron los circuitos* para introducir la figura del Gestor del Paciente teniendo en cuenta la eliminación de los puntos de ineficiencia que se habían detectado.
- Se adecuaron las *vías clínicas* para introducirlas en el programa de gestión de la planta.
- Se estableció una *ventanilla única* en planta, lo que supuso la incorporación de todos los programas de solicitud de pruebas disponibles así como el de citación a Consultas Externas.

Implantación

Una vez seleccionado el personal y determinada la ubicación del puesto de trabajo se inició la implantación. Esta ubicación se realizó atendiendo a las posibilidades estructurales de cada planta y a los hábitos del personal que desarrollaba sus funciones en ella. La fase de implantación se llevó a cabo progresivamente.

Las funciones se incorporaron paulatinamente mediante las decisiones adoptadas por el equipo de trabajo multidisciplinar que se reunía semanalmente. La finalidad era abarcar el total de las funciones definidas para el Gestor del Paciente.

Todas las decisiones que van conformando los circuitos quedan recogidas en el manual del Gestor del Paciente.

Control

La satisfacción del paciente se midió mediante una encuesta suministrada a todos los pacientes que fueron dados de alta durante una semana en dos plantas de Traumatología. Una de las plantas en la que la figura del Gestor



no existe y otra en la que lleva 3 meses funcionando.

Los datos sobre el ahorro de recursos y tiempos se extrajeron del programa de registro único de planta que recoge los tiempos y los medios de tramitación.

El número de pruebas que se realizan en la ventanilla única es otro dato por medio del cual establecemos una comparativa entre el antes y el después de la implantación.

Resultados

Los resultados en tres meses desde la implantación en octubre del 2005, han sido los siguientes:

1. Reducción del tiempo de la solicitud de pruebas complementarias

Al implantar la tramitación y la citación en la misma planta a través del Gestor del Paciente esta pasa a ser inmediata, se ahorra por tanto el tiempo de envío al Servicio correspondiente. El total por prueba es de 7,09 horas. Reduciéndose al 100% los tiempos muertos.

2. Reducción del tiempo de espera para la cita

El hecho de establecer nuevos circuitos de citación directa para tramitar las solicitudes y no hacerlo mediante el correo interno, hace que se evite el tiempo de espera de la respuesta.

El tiempo de espera ahorrado por prueba es de 16 h.

3. Simplificación y agilización de trámites

El 57% de los pacientes necesitan algún trámite al alta y de este total el 50% es

gestionado por ellos personalmente o por sus familiares. A estos pacientes, el Gestor del Paciente les ahorra el 100% de los trámites.

Por otro lado la citación desde la planta ahorra los tiempos empleados por secretarías y enfermeras en las solicitudes telefónicas de citación. Esto supone un ahorro de 5.280 minutos de trabajo en 3 meses.

4. Disminución del tiempo de trabajo del personal de enfermería por trabajos no asistenciales

El personal de enfermería realiza el 50% de los trámites administrativos que necesita el paciente. En las plantas donde trabaja el Gestor estas labores son parte de sus funciones por lo que el ahorro en tiempo supone un total de 1.190 minutos en los 3 meses.

5. Disminución del tiempo de trabajo de otros Servicios

Al concentrar todo tipo de trámites el Gestor de Paciente asume funciones de otros servicios restándole por tanto tiempo de trabajo. El ahorro total es de 2.007 minutos en 3 meses.

6. Satisfacción del paciente

La satisfacción del paciente en las plantas donde trabaja el Gestor es del 9,1 sobre 10, en comparación al 8,4 de las plantas donde no existe.

7. Disminución de los costes de la no calidad

El beneficio entendido como el total en horas que se ahorran los diferentes profesionales y el valor de estas, restando el coste del pilotaje, supone un total de 41.712 euros.



Si extrapolamos los beneficios anuales a todo el Hospital serían de 1.992.891,20 euros.

Discusión

La creación de esta figura dentro de la organización asistencial supone un cambio cultural para todos los profesionales asistenciales del hospital, ya que obliga a planificar y gestionar la estancia de los paciente de manera diferente.

El hecho de que un facultativo tenga que calcular los días de estancia del paciente desde el momento del ingreso es una novedad dentro de nuestra organización. Que además sea registrado y visualizado en la pantalla plana de la planta supone un compromiso inexistente hasta ahora.

La planificación inicial de la estancia del paciente obliga a que desde el inicio se deban coordinar las actividades que se realizarán sobre el mismo, tanto por parte de un mismo servicio, como por cualquier profesional que participe en la asistencia a un paciente determinado, sea del servicio que sea o del colectivo que sea.

Tener una pantalla en la planta que recuerda a cada profesional continuamente lo que hay que hacer en cada momento con cada paciente asegura que la variación de las actuaciones reales respecto a las planificadas sea mínima, y además se produzca de forma consciente y nunca por descuido.

Por otro lado esta planificación conlleva la introducción paulatina del uso homogéneo en un servicio de vías clínicas de forma sistemática en los diagnósticos más frecuentes.

Esta planificación supone en la mayoría de los casos una información valiosa para los pacientes y sus familiares que hasta ahora no se proporcionaba de manera sistemática al ingreso. Los pacientes no solo saben el día previsto de su alta sino todas las pruebas y los momentos en que se tiene previsto realizarlas. El objetivo es proporcionar la seguridad al paciente de que "todo lo que usted tiene que hacer está previsto".

El GP realiza un seguimiento del paciente desde su ingreso hasta su alta. El hecho de que exista una persona que va a facilitar todos los trámites durante la estancia y que le pueda cubrir sus necesidades, incluso después del alta, evitando el desplazamiento de él y sus familiares, supone un incremento en la calidad de la estancia y de la percepción que de está tiene el paciente.

A su vez el GP debe coordinar de forma eficiente las actuaciones que se realizan en los pacientes de su planta, de forma que mejora la eficiencia de estas actuaciones y por tanto disminuye la estancia del paciente. Por ejemplo, si el Gestor sabe que un paciente esta pendiente de una prueba para recibir el alta, y en cambio a otro paciente al que se le ha pedido la misma prueba no es relevante el recibirla inmediatamente para avanzar su alta, priorizará la realización de la prueba del paciente que la requiere para ser alta.

Un hecho novedoso es que se tenga en cuenta la disponibilidad y comodidad del paciente antes de suministrarle las citas. Se pretende reducir al mínimo los desplazamientos y tratar de manera personalizada cada caso. La entrega junto con el informe de alta de un calendario asistencial que abarca incluso las citas en atención primaria, es de gran utilidad para el paciente.



La creación en la planta de una ventanilla única donde se integran todos los programas de citación, y el hecho de que sea una única persona la que los gestione y que se puedan visualizar las fechas de alta, permite la priorización de las pruebas. Optimizamos así no sólo nuestros recursos sino los de los demás servicios. Todas las reclamaciones se realizan a la vez y no se pierden tiempos innecesarios en teléfonos y desplazamientos a los servicios prestarios.

Las pantallas planas tanto de la planta como de Admisión han supuesto un giro de 180 grados en la manera de gestionar las camas. El visualizar con colores y señales parpadeantes los diferentes estadios de las camas proporciona una ayuda inestimable en la distribución de las mismas y disminuye el número de pacientes ectópicos en planta. Además adelanta todas las salidas y entradas de enfermos por la automatización de la información, ya que se deja de utilizar el teléfono para informar de los diferentes movimientos, haciéndose que estos se confirman presionando una tecla del ordenador. De todas estas confirmaciones surge un cuadro de mando.

En un futuro se pretende, en dichas pantallas, mediante iconos introducir información asistencial y alertas a fin de facilitar el trabajo del personal asistencial.

Se pretende eliminar la solicitud en papel que rellena el facultativo y que sean ellos mismos los que citen, con independencia de la labor de seguimiento y control del GP. La citación directa a las agendas de Atención primaria es una de nuestras solicitudes pendientes que esperamos será concedida en breve.

Conclusiones

- Hemos conseguido introducir en formato informático la planificación de la estancia del paciente ya que es un requisito imprescindible en la nueva aplicación.
- La ventanilla única permite centralizar la tramitación de pruebas en una planta a través del Gestor de Pacientes.
- Al utilizar todos los recursos informáticos disponibles desde la planta, hemos eliminado todos los tiempos de tramitación, uso del correo interno, teléfono, simplificando los circuitos y por tanto haciéndolos más eficientes.
- Al gestionar todas las necesidades del paciente el GP ayuda a coordinar todas las actividades, clínicas y no clínicas.
- Es evidente, no solo porque la encuesta lo avalan, que el GP aumenta la calidad asistencial desde el momento que suministra un servicio que no por novedoso deja de ser imprescindible para el paciente al cubrir mejor sus necesidades.
- Al fomentar la actividad de una forma planificada se disminuye la variabilidad clínica y disminuye la sensación de desorden que muchas veces acompaña a nuestros profesionales.

Agradecimientos

Equipo de desarrollo en cada área pilotada

EA2A: 2ª Planta del Pabellón A (Traumatología de adultos):



- Subdirectora de Enfermería, D^a Inés Martínez Soldatsky
- Coordinador Servicio de Traumatología de adultos, Dr. Miguel Rubí
- Supervisora de Enfermería EA2A, D^a Francisca Jiménez Gómez
- GP EA2A, D^a María Matilde Fernández Arias.

EA6A: 6^a Planta del Pabellón A (Medicina Interna):

- Subdirectora de Enfermería, D^a Inés Martínez Soldatsky.
- Jefe Sección Dr. Jordi Forteza Rey Arboledas
- Supervisora de Enfermería EA6A, D^a Inmaculada Jaume Trovo.
- GP EA6A, D^a Teresa Murillo Pérez.

EB3A: 3^a Planta del Pabellón B (Trauma Infantil y Cirugía Pediátrica):

- Subdirectora de Enfermería, D^a M^a Jesús Erroz Arbe.
- Jefe Servicio Trauma Infantil, Dr. Ignacio Sampera
- Supervisora EB3A, d^a Dolores Vicente Nadal.
- GP EB3A, D^a Sandra Piqueras Campos.

Bibliografía

1. Nelly C.S., et al.: Improved outcomes for hospitaluizaed asthmatic children using as clinical pathway. *Ann Allergy Asthma Immunol* 84: 509-516, 2000.
2. Hwang T.G., et al.: Implementation and evaluation of a clinical pathway for TRAM breast reconstruction. *Plast Reconstructive Surg* 105: 541-538, 2000.
3. Everett M. Rogers. *Diffusion of innovation*, 4th Edition (pp 389-400) 1995.
4. Wilson S, et al.: Clinical pathways- Can they be used in trauma care: An analysis of their ability to fit the patient. *Injury Int J Care* 32: 525-532.
5. Gregor C, et al.: Reduced length of stay and improved appropiatness of care wirh a clinical path for total knee or hip arthroplasty. *Jt Comm J Qual Improv* 22:617-627, 1996.
6. Good M, Campbell A: Desperately seeking synergy. *Harvard Business Review* 76: 131-143, 1998.
7. Swain L.M. Learning is fundamental: The impact of education on successful clinical pathway implementation. *J Healthcare Qual* 21(2) 11-15, 1999.