

MODELOS DE DECISIÓN EN LA IMPLANTACIÓN DE NEUROLOGÍA EN LOS HOSPITALES DE AREA Y COMARCALES: DE LOS SERVICIOS DE NEUROLOGÍA GENERAL Y PATOLOGÍA INFLAMATORIA (LILLE) HASTA LAS UNIDADES Y SECCIONES EN MEDICINA (SEGOVIA) EL POR QUÉ DE LA AUTO-GESTIÓN (SELF-MANAGEMENT) Y LAS COMPARATIVAS CON CARDIOLOGÍA

El título de este documento o aportación como ' modelos de decisión en la implantación de la Neurología' sugiere una visión atractiva de las estructuras de interpenetración que dieron origen a los esbozos y bocetos de Neurología en sus inicios contemporáneos , así como demiurgo de la progresiva implantación de la nueva Neurología en el momento actual :es decir , de aproximaciones en la metodología de auto-gestión en los casos de especialidad como emergente en un departamento de medicina o nueva formación como Servicio especializado.

El concepto utilitarista de las estructuras de atención neurológica deriva de una perspectiva de crecimiento exógeno y estático en el pasado de la Neurología (es decir , desde otros Servicios o Departamentos en ciencias afines).

Los nuevos tiempos emergen ya desde la búsqueda de modelos hace una o dos décadas atrás , y que asentaban en los crecientes departamentos de Medicina de los años '60-'70.

Esa perspectiva se plasmó en la década de los '90 , con el auge de los trusts , fundaciones y consorcios (también derivados del NHS como prototipo) , que dieron lugar a la malgama de nuevos Servicios y nuevas Secciones en el INSALUD y los Sistemas de Salud autonómicos.

Es de sobra conocido el concepto de visiones horizontales o ideas-guía que se propusieron entre 1990-1992 en el desarrollo del CHPT. En 1992 el Documento de SAU de los Jefes de Servicio de Medicina Interna de los hospitales comarcales en Cataluña propugnaba una progresiva estructuración de unidades funcionales por enfermedades o necesidades , que integrasen funcionalmente las actividades de diferentes especialidades.

El concepto de VALUE FOR MONEY se ha empleado en los métodos de valoración de Servicios y Secciones basado en las referencias de la plusvalía que pretenden conseguir centro sanitario y clientes en el intercambio .El concepto de valor viene dado por el beneficio que del bien o Servicio obtiene el cliente menos el coste adquirido.El beneficio esperado es el obtenido en la compra, el beneficio asumido es el dado por seguro sin ser consciente y el beneficio añadido es el no esperado pero que se añade por parte del centro sanitario.

Los métodos y conceptos de GRD (HCFA-GRD , AP-GRD) que dan lugar a los Case-Mix de cada hospital , como es sabido , poseen unas derivadas de esos sistemas de clasificación , que se traducen en la aplicación de un Peso Relativo a cada GRD , obtenido en cada versión a partir de estudios de costes.

Estos costes se han visto perfilados o desdibujados , según los casos ,en recientes ' brain-storming' , considerando los RUV (Relative Value Unit) por los baremos establecidos por los RUC (Relative Value Update) y organismos finalmente determinados por los CMS (Centers for Medicine and Medical Services) en el MFS (Medicare fee Schedule) anual. Este era un método pre-reforma en USA , pero que ha influenciado toda la labor de equiparación en la Sanidad Occidental. La discusión en torno a los GRDs como clasificaciones en conjunto (bundle) o itemizados , originó en su momento un punto de vista de adecuación de cada labor asistencial en los Servicios menores o más especializados , de acuerdo al desglose de coste por actividad.

En el sistema americano , en el que el valor de Servicio se mide en un sistema de pagos , se incide en el papel de la codificación como elemento indirecto , pero que a la postre ,condiciona todo el conjunto de modelos de precio-desembolso.Una parte importante son los códigos de evaluación y management , añadidos al CPT en 1992 , coincidiendo con el MFS , y que supone más del 40 % de los pagos a través del sistema.A su vez , Medicare emite unas guías documentales de evaluación / management explicando los detalles requeridos en la calidad asistencial para cualificar un nivel dado de Servicio y pago.La incongruencia en estas descripciones pasadas se han intentado resolver en los últimos años.

Es posible lograr una adecuación de las unidades tipo Sección / Unidad mediante una reorganización de ls pesos relativos de cada categoría diagnóstica , en función de los modelos Centros Participativos de Gestión (CPG).

Los conceptos derivados de las visiones horizontales se han plasmado en conceptos tales como :

- espacio interprofesional
- visión poblacional
- continuo asistencial
- importancia de la prevalencia y la priorización
- consulta externa

La Unidad Funcional Asistencial se describió como :

- Visión compartida entre el centro y las decisiones clínicas
- profesionales sanitarios en mesogestión
- Confluencia de conocimientos.

En el caso del CHPT , tales estructuras encontraban dificultades en :

- cultura del empowerment
- modificación organizativa
- sistemas de información
- cliente interno
- sist.comunicación.

Los modelos concretos en el anterior esquema INSALUD , clasificaron los puntos de avance en los hospitales de Area / provinciales-comarcales en :

- trabajo en equipo
- infraestructura
- contacto con la comunidad
- comunicación con personal y usuarios
- imagen de la residencia sanitaria
- FC

Los puntos de avance se lograron en función de

- información para profesionales de la salud del área en atención especializada
- trabajo en conjunción
- descentralización

Los resultados de un Sistema de Comunicación hospital-APS se describieron como:

- modelo : -Funcional
 - Departamento
- modelo mixto : conviven los dos anteriores

La estructura clásica que ha surgido en este sentido , deriva del concepto de Departamento de Medicina y Departamento de Servicios Generales , con sus secciones de Medicina , especialidades y técnicas especializadas .

Tales reflexiones sirven de apoyo en los modelos que surgen en la implantación de la neurología francesa (Lille- Salengro) , sobre el por qué de la validez metodológica y aproximativa en el POLO Neurología , y que se deriva de una mirada retrospectiva de la Neurología General en Francia (Neurología A, B, C , D) o de la presistencia en el futuro de las Secciones en Medicina (Segovia).

BIBLIOGRAFÍA

Bean JR .Valuing neurosurgery services.Neurosurg Focus 2002 ; 12 (4) : article 2

Curiel J .Hospital de Area :Reinventar el hospital .Logros y dificultades en un hospital de Area en Castilla y León .M Beecham nº 50.

Memorias del Consorcio Hospitalario Parc Taulí .CSPT.ES