

EDITORIAL

La flexibilización de la consulta en los picos de demanda

Responder a esta sentencia precisa de un mínimo de condiciones. La primera, disponer, como empresa o parte de ella, de un único, valioso y digno propósito sanitario. La segunda, transitar colectivamente por un análisis común de información conceptual que evite la tentadora utilización que algunos hacen del «¡cuánto peor, mejor!», demoledor aliado de la insuficiencia y la mediocridad. La tercera, una especial disposición profesional de los centros hacia las necesidades y percepciones del paciente.

Cosas como «pero si en el centro de al lado ven 90 en 3 horas», o «no escribáis tanto en la historia clínica», se oyen de boca de consentidos cómplices de la incompetencia gestora, cancerberos de la estulticia, incapaces en el reconocimiento de las claves y condiciones de la medicina con mayúsculas y esclavos de la caprichosa mutabilidad de la realidad presentada en la diaria revista de recortes de prensa, «órgano de planificación por antonomasia».

La solución depende en buena parte de lo que la empresa considere fin primordial de la maquinaria sanitaria, no sólo en sus declaraciones de intenciones, sino en la práctica gestora diaria. Van quedando pocos servicios sanitarios que distancian su opinión de los grandes principios de la atención sanitaria, «la resolución del mayor número de problemas sanitarios, de la forma más eficiente, accesible y equitativa». Pero no es tan común el que esto haya superado la declaración institucional y haya impregnado las estructuras de contratación laboral o la dele-

gación de autoridad y gestión a cada una de sus unidades.

La organización sanitaria, como el resto de las otras disciplinas profesionales, no es ajena ni a la presencia de Murphy, ni a la fluctuación estadística de la demanda y del error connatural para atenderla. La flexibilización en los picos de demanda sólo es la necesidad de encajar esas tozudas complicaciones de la realidad diaria.

Parece que asimilamos el concepto de picos de demanda con las epidemias, pero éstas, sin duda las más sonadas, tal vez no sean las más complejas. También son picos de demanda el atasco telefónico diario de 8 a 10 horas, los lunes, los viernes, los sábados, las vacaciones de los niños, los puentes y, evidentemente, las epidemias. Podemos adelantar que todo es un problema de buffers o de sistemas de tampón para contener las fluctuaciones inevitables de la demanda.

Previamente a plantear alguna respuesta, es necesario considerar, como condicionante de la misma, la existencia de un conflicto entre los puntos de vista de los tres agentes implicados en la atención sanitaria (fig. 1). La opinión de los ciudadanos, que no deseamos otra cosa que el «todo por nada y ahora», consecuencia de la sociedad de consumo. La opinión de la Administración pública, que no termina de equilibrar el dar la razón a los ciudadanos en sus ilimitadas pretensiones y el dar un presupuesto cerrado a los profesionales. Y la opinión de los profesionales, que vemos sacudidos nuestros intentos de dar un tiempo aceptable a la atención y crear lugares de encuentro tranquilo con los ciudadanos presos de una sociedad en permanente aceleración.

La decreciente presencia de personas en las casas, tradicionalmente madres y abuelos, cuidado-



Figura 1. Niveles de percepción de la necesidad sanitaria por protagonista.

res al fin, hace que la accesibilidad sea percibida, cada vez más, como uno de los más preciados valores de la atención primaria. «Ustedes son como la panadería de la esquina», me comentaba recientemente un significado ciudadano de movimientos asociativos de nuestro barrio. Es decir, se la desea cercana y accesible siempre. Los niños han de ser atendidos de inmediato, pues el tiempo de los padres, sus ausencias de los puestos laborales, son cada vez peor toleradas. Los adultos no pueden esperar toda la mañana en el domicilio a la visita del médico. Ni siquiera los pensionistas, en su activo jubileo, llevan tan bien como antes eso de esperar.

¿Desea adaptarse a estas condiciones ya imperantes el sistema sanitario o cree que las protestas de los profesionales y las reclamaciones de los ciudadanos sólo son efecto de las pocas ganas de trabajar de algunos, que se resisten a aplicar esa máxima que dice que el paciente, en la atención primaria —es curioso que en la otra, no— debe ser atendido en el día y sin demora?

Aunque, desde un centro, pueden hacerse bastantes cosas para adaptarse a las fluctuaciones estacionales de la demanda, sean diarias o anuales, es preciso reconocer que parte de esas adaptaciones han de partir de la Dirección General del Servicio Sanitario en cuestión, por cambios en las condiciones de organización laboral. La razón es simple, se ha comenzado a agotar la capacidad de las estructuras sanitarias, creadas a lo largo de los tres últimos lustros, de disponer de colchones para absorber extras asistenciales.

Las encuestas de salud¹ revelan un incremento del 17% de la demanda en la población entre los años 1992 y 1997 para el mismo número de habitantes. La actividad de los hospitales se ha duplicado, con tasas superiores al 100% de incremento en ingresos

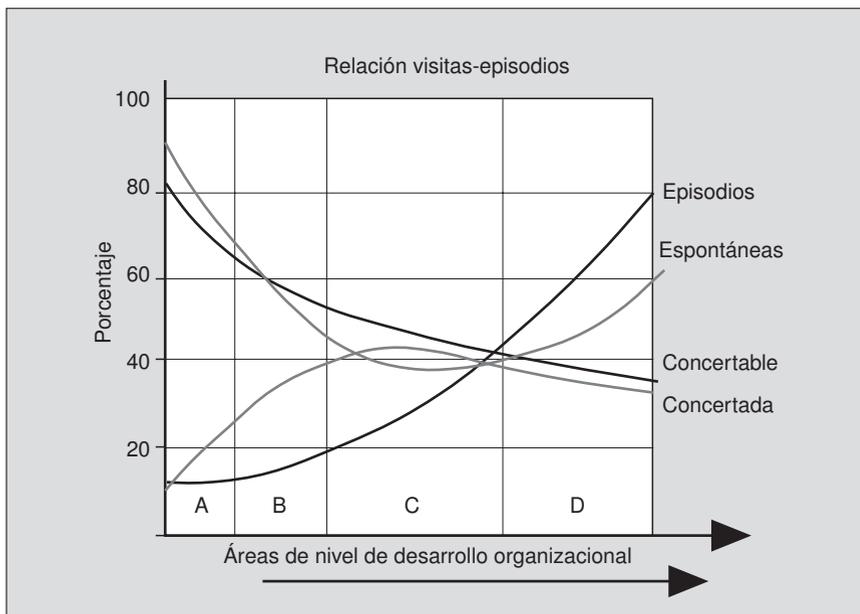


Figura 2. Relación de visitas y episodios atendidos.

en sólo un lustro, arrastrando su presión al primer escalón sanitario. Ni los recursos, ni las fórmulas de gestión, en atención primaria han experimentado las modificaciones precisas para dominar tal presión.

Si el problema es considerado por la empresa como propio, debe comenzar, por ejemplo, a introducir adaptaciones en los presupuestos y en las condiciones laborales que contemplen las grandes fluctuaciones o epidemias, con partidas económicas presupuestadas a priori —realmente «cuatro perras»— para refuerzos y pactar modificaciones de los calendarios que contemplen un colchón de horas, por persona contratada, disponibles para doblar sábados, puentes... en épocas epidémicas. También podría comenzar a presupuestar, en parte, por servicios, y por tanto por la carga por ellos generada. Por ejemplo, si se desea primar la atención a domicilio, ha de considerarse que un domicilio tiene un coste temporal de 5-15 consultas en centro, por lo que 10 domicilios/día puede ser, por dispersión geográfica, el monto de un puesto de trabajo a jornada

completa, que evidentemente no puede atender a los pacientes en la consulta.

Tan importante como el punto anterior es disponerse a reconocer (discriminar) a las unidades que han conseguido aplicar con éxito sistemas de compensación o buffer ante los múltiples picos estacionales de demanda asistencial, estimulando al resto de unidades a mimetizar los comportamientos eficientes por medio de una política de incentivos basada en el sencillo «¡cuánto mejor, mejor!». Así reconocerá como valiosas todas aquellas condiciones de organización que hagan énfasis en el acortamiento de episodios, en la resolución de problemas en el menor número de visitas y en las medidas de aumento de la accesibilidad.

Cuando pensamos en epidemias, una de las medidas más socorrida es la de la reducción de las concertaciones para dejar hueco a las consultas espontáneas. En parte cierto, pero sólo en parte. Como se aprecia en la figura 2 (datos de evolución del Centro de Salud de Sansomendi), esto se hace difícil en centros con alta oferta y con

elevada tasa de episodios resueltos en menos de 4 visitas. Es equívoco sacar conclusiones de la sola observación de las visitas espontáneas y concertadas, pues casi equiparan a los centros «asilvestrados», sin organización alguna (nivel A de organización) con los muy organizados (nivel D). La diferencia, como se aprecia, radica en la capacidad de procesar episodios distintos.

Podemos saber si un centro podrá adaptarse a las fluctuaciones de la demanda si ya viene dedicando esfuerzos a ello en el conjunto de picos de demanda que se presentan a lo largo del año, fuera de las épocas epidémicas.

Lo sabremos si observamos que, en su agenda semanal, tanto médicos como enfermeras adaptan su número de horas de consulta y porcentaje de consultas espontáneas a los flujos semanales locales (lunes, viernes, día de mercado...), viendo irregularidad en el número de horas de consulta, según el día de la semana. O si encontramos que el personal del área administrativa ha dispuesto cierta flexibilidad que permita variar a lo largo de las horas del día el puesto de trabajo según la presión. O viendo cómo se ha creado una figura de refuerzo en enfermería que hace que haya una enfermera con menor rendimiento que las otras, pero disponible para reducir las colas. O si observamos que las agendas de los profesionales se han dotado de colchones horarios sin citas, para absorber retrasos o sobrecargas de demanda. O la apreciación de

que las áreas administrativas han dividido, física y funcionalmente, la atención directa de la telefónica, para tratar el cuello de botella de la llamada de 8 a 10 de la mañana. Igualmente, si encontramos que el paciente sale del centro con cita en un 100% de lo concertable (toda potencial visita sucesiva, como recetas, partes de IT, resultados, revisiones, controles), lo que genera en 3 semanas una reducción del 40% del pico de llamadas para solicitar cita de las 8 de la mañana. O si el centro ha decidido citar pacientes (el ECG, la espirometría y la TA seguidas) en lugar de exploraciones (los ECG los martes de 10 a 11, las espiros los lunes y viernes a las 12 y las TA de 9 a 10 todos los días), lo que hace que las salas de espera de enfermería estén vacías. O que los profesionales controlen el 100% de las citas concertables, ponderando el tiempo de duración. O que exista una elevada política de actividad compartida, por la que diariamente una persona se encarga de la guardia y avisos de todos los demás, lo que permite multiplicar la potencia del sistema en momentos epidémicos, con poco que aporte cada uno de los otros componentes del equipo. O si hallamos un estilo por el que no se sacraliza un solo modelo de organización funcional de enfermería (p. ej., sólo se funciona por modelo cupo), sino que se aprecia cómo los profesionales se adaptan a los tipos de problemas de los pacientes con diferentes modelos de organización (pool de enfermería para exploraciones y botiquín;

consulta compartida en cirugía, tocoginecología, obesidad infantil, revisiones pediátricas; libertad de elección de enfermera para la población en las consultas de enfermería; servicios comunes para el centro dados por una enfermera concreta, p. ej., grupos de embarazo, relajación, lectura de Mantoux, realización de espirometría, etc.).

Por tanto, en resumen, el abordaje de los picos de demanda se ve limitado o favorecido por las condiciones estructurales, contractuales y presupuestarias, de la empresa y por los condicionantes organizativos de los propios centros. Cada vez es más patente la necesidad de que las organizaciones sanitarias hagan esfuerzos por racionalizar las condiciones estructurales elevando los niveles de autonomía y confianza en las gerencias y en los centros. Es cada vez más difícil resolver un pico asistencial cuando ya ha saltado a la prensa. Como Murphy existe, hay que contar con él y poner a tiempo las condiciones que, llegado el caso, permitan enfrentarse al problema con recursos y con posibilidades de éxito.

A. Ruiz Téllez

Centro de Salud de Sansomendi.
Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.
Vitoria.
Instituto @pCOM.

Bibliografía

1. Encuesta Vasca de Salud de 1997. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco, 1998.