

Resultados del proceso de implantación de un sistema de citación en tiempo real entre atención primaria y atención especializada

Francisco J. García-Sánchez, Yolanda Martínez-Barriga

Área de Admisión, Documentación Clínica e Información Asistencial. Fundación Hospital Alcorcón

Correspondencia

Dr. Francisco J. García Sánchez

Área de Admisión, Documentación Clínica e Información Asistencial

Fundación Hospital Alcorcón

C/ Budapest, 1

28922 Alcorcón (Madrid)

E-mail: fjgarcia@fhalcorcon.es

Resumen

Introducción: En 1998 el INSALUD comentó la instauración de un servicio integrado de telemedicina que tuvo, como punto de partida el establecimiento de un sistema de citación de pacientes, en tiempo real, entre el Área 8 de Atención Primaria y la Fundación Hospital Alcorcón (FHA) en Madrid.

Objetivo: Mejorar la comunicación entre ambos niveles, facilitar la gestión de citas, analizando y modificando los procedimientos necesarios e incrementar la capacidad resolutiva de Atención Primaria utilizando un sistema de citación, directa y en tiempo real.

Resultados: Este modelo quedó implantado en el año 2000 para 10 especialidades en el 83% de los centros de salud del Área 8. La revisión y análisis de los procedimientos existentes permitió describir diferentes problemas y rediseñar algunos procesos e instaurar otros que eliminan las deficiencias que había en comunicación e información. Durante ese año, el 65% de los pacientes nuevos derivados desde atención primaria a la FHA se citaron, a tiempo real, en los centros de salud. Esto permitió que más de 48.000 usuarios no tuvieran que desplazarse y conocieran su cita personalmente y en el momento en que la solicitaba el médico de Atención Primaria.

Palabras clave: Atención Primaria. Atención Especializada. Consulta externa. Sistemas de citación. Telemedicina.

Introducción

Con la promulgación de la Ley General de Sanidad¹, en abril de 1986, la organización de la asistencia sanitaria en España varía, al integrarse todas las estructuras y servicios públicos sanitarios dentro del Sistema Nacional de Salud, estableciendo dos niveles asistenciales interrelacionados y vinculados entre sí: Atención Primaria y Atención Especializada. Desde entonces, atención primaria constituye la puerta de entrada al sistema para todos los individuos, sin que su intervención esté limitada a la existencia de enfermedad. En este nivel se resuelven la mayoría de los problemas de salud, se aconseja y orienta al paciente a la vez que, se coordina la atención especializada de éstos. La asistencia especializada se concibe como apoyo y complemento de la atención primaria, atendiendo aque-

Resumen

Introduction: In 1998 INSALUD started a telemedicine project between Primary health care centers and a Hospital in our setting (Area 8, Madrid).

Objective: The objective was to improve communication between both levels and to establish an on-line citation system from Primary to Specialized Health Care.

Results: The system started in year 2000, covering 10 specialties, in 83% of the health care centers of our health area. 65% of the new patients were cited on-line at the health care centers, that means that 48.000 users did not have to manage their citation at the hospital, since they had it straight forward at the health care center citation desk.

Key words: Primary Care. External consultation. Citation systems. Telemedicine.

llos procesos cuya complejidad excede la capacidad del primer nivel².

Este sistema, que en el plano teórico no ofrece demasiadas dudas, presenta en la práctica importantes diferencias por la percepción que los profesionales de uno y otro nivel tienen de una situación que pretende conseguir el entendimiento de dos unidades de gestión distintas, con diferentes responsables en el ámbito directivo, con presupuestos propios que hay que gestionar y con objetivos y contratos programas diferentes³. Si además añadimos a esta situación, la falta de estímulo de los médicos y la demanda creciente que multiplica la presión asistencial, el entorno que se constituye es ideal para fomentar la desconexión y la falta de comunicación.

En definitiva, y percepciones aparte, lo cierto es que existen unas bases normativas que plantean la coordinación entre

los dos niveles asistenciales y el proyecto sobre Sistema de Información asistencial integrado para el área de Alcorcón (proyecto Sinfal) trata de potenciar este planteamiento, promoviendo la idea de cooperación como necesidad de aunar esfuerzos para alcanzar un mismo fin² y dejando a un lado la competencia. Por este motivo, el proyecto Sinfal no es sólo un planteamiento tecnológico sino un proyecto de coordinación entre Atención Primaria y Atención Especializada. Con él se pretende establecer una estructura organizativa y de procedimientos que permita mejorar la situación actual al facilitar al usuario un acceso rápido y sencillo al especialista evitándole gastos, pérdidas de tiempo y la inconveniencia de viajes puesto que, en un único contacto y de forma inmediata podría elegir día y hora para su cita.

El INSALUD⁴ inició este proyecto en 1998, como primer paso para establecer un servicio integrado de telemedicina. Desde él se proponían servicios como⁵ la gestión bidireccional de la demanda entre el hospital y atención primaria, el trasvase electrónico de la información, el acceso a la historia clínica del paciente y la aplicación de instrumentos⁶ como la teleconsulta, el telediagnóstico y la telerradiología.

Para su implantación se eligió el Área 8 de Madrid, teniendo en cuenta el alto grado de informatización de la Fundación Hospital Alcorcón (FHA), y el modelo de Atención Primaria del área ya consolidado, con una indudable cultura tecnológica en sus profesionales y la necesaria infraestructura informática para el desarrollo del proyecto.

Objetivo

Establecer un sistema de citación directa y en tiempo real, entre atención primaria y atención especializada.

Con ello se pretendía:

1. mejorar la comunicación entre ambos niveles asistenciales,
2. facilitar la gestión de las citas y mejorar los tiempos de espera,
3. disminuir las cargas y trámites administrativos en los centros,
4. incrementar la capacidad resolutiva de atención primaria.

Material y método

Ámbito

El Área sanitaria 8 se encuentra situada en la zona suroeste de la Comunidad de Madrid. Atiende a una población estimada, según Tarjeta Sanitaria, de 387.981 habitantes. Este área, se compone de tres distritos sanitarios: Móstoles (188.885 hab.), Alcorcón (139.848 hab.) y Rural (59.248 hab.). El primero deriva al Hospital General de Móstoles, mientras que los dos restantes son atendidos en la FHA⁷.

La FHA comenzó su actividad asistencial de forma progresiva en diciembre de 1997⁸. La puesta en marcha del proyecto SINFAL se centró en la implantación de un sistema de citación de interconsultas en línea y a tiempo real, entre los equipos de atención primaria del área 8 y la FHA.

El proyecto requirió un desarrollo progresivo. Para ello fue de la máxima importancia disponer de un plan de desarrollo por fases⁹:

1^a fase (octubre/diciembre 1998)

Presentación del borrador y definición del modelo final.

Reconocimiento y análisis de la situación inicial. Revisión de circuitos y procedimientos.

Modificación y adecuación del sistema al modelo propuesto. Rediseño de circuitos, fijación de criterios de actuación y elaboración de pactos de derivación de pacientes.

2^a fase (enero/mayo 1999)

Selección de especialidades que inician el proyecto y acuerdos sobre citación de pacientes.

Establecimiento de créditos (número de citas) anuales por especialidad y centro de salud.

Diseño y adaptación de las agendas de consulta a soporte informático.

Formación del personal administrativo.

3^a fase (junio/diciembre 1999)

Proyecto piloto.

Evaluación cualitativa del sistema.

4^a fase (febrero/abril 2000)

Implantación del sistema para cinco especialidades.

Seguimiento y evaluación cuantitativa de citas.

5^a fase (mayo 2000)

Ampliación del sistema a diez especialidades.

Resultados

El proceso se inició a finales del año 1998, culminando en el año 2000 con la instauración del sistema en el 83% de los centros de salud, (se excluyeron dos centros de salud al no disponer de la dotación informática necesaria), para 10 especialidades de la cartera de servicios del Hospital: Medicina Interna, Neumología, Neurología, Traumatología, Ginecología, Oftalmología, O.R.L., Rehabilitación, Cirugía y Urología.

En el ámbito organizativo, surgen, al inicio, los primeros resultados cualitativos tras la revisión y el análisis de los circuitos y los procedimientos de citación, al identificar cuales eran los problemas más comunes, que dificultades generaban y que posibilidades existían de modificarlos. Hasta entonces, estos circuitos partían de un procedimiento de petición/citación de interconsulta clásico que requería la elaboración de múltiples trámites burocráticos tanto, en las unidades administrativas de los centros de salud como en la unidad de admisión de la FHA.

Esto permitió describir y corregir los problemas derivados del envío y legibilidad de la documentación (extravíos, errores de clasificación, errores de almacenamiento, datos administrativos incorrectos, datos administrativos y clínicos ilegibles o ausentes), de información al usuario (información incorrecta, incompleta, no comprendida o no bien transmitida) y de la gestión de agendas (derivaciones innecesarias, exceso de demanda, oferta escasa, anulaciones y cambios de agendas o citas).

Posteriormente, se rediseñó el circuito de derivación de documentos de tal manera que el envío de la documentación desde atención primaria a la FHA¹⁰ se realizaría a través de correo interno para las interconsultas que tuvieran carácter normal y mediante fax para aquellas con carácter preferente. Se especificaron los criterios de actuación y tiempos de respuesta para la citación de pacientes preferentes, anulaciones y cambios de cita e inasistencias a éstas, así como los plazos mínimos autorizados para realizar citaciones desde los centros de salud.

También se confirmaron como datos mínimos para filiar o realizar la cita de un paciente los contenidos en la etiqueta TAIR (Terminal autónomo de identificación de recetas) que recoge la identificación del paciente y del médico. Se consideraba necesario, además, indicar la especialidad a la que se derivaba a los pacientes, el concepto de la cita y el carácter de la misma.

Durante los dos últimos meses de 1998 se elaboraron los pactos de derivación y los acuerdos con las unidades clínicas por especialidad para el año 1999¹¹. Se diseñaron, por parte de la Unidad de Admisión de la FHA, las agendas de consulta externa adaptadas a soporte informático, estableciendo para ello los créditos (número de citas para consulta) anuales por especialidad y por centro de salud, siguiendo criterios exclusivamente de población asignada, al no disponer de un histórico contrastado de derivaciones al hospital.

Por último, después de varios meses de funcionamiento y tras realizar una evaluación preliminar de los resultados, se

realizaron las modificaciones precisas para su implantación. Se dispuso la implantación del proyecto de forma definitiva y casi generalizada para el mes de febrero de 2000, comenzando con las cinco especialidades que habían participado en el proyecto piloto.

El seguimiento realizado¹² durante los dos primeros meses posibilitó conocer datos cuantitativos sobre la evolución de las citas. En este período, se grabaron mediante este sistema 4.769 citas con la distribución por especialidades (Tabla 1), el 29,7% de la demanda global realizada por atención primaria y el 22,2 % del total de citas, si incluimos la demanda interna de pacientes nuevos (Figura 1). Este seguimiento también dio la oportunidad de identificar un alto porcentaje de números de historias clínicas duplicadas (Tabla 2). La revisión del proceso de citación posibilitó localizar y corregir los problemas que había presentado el sistema en el reconocimiento de los pacientes en la base de datos.

Discusión

El objetivo marcado para este proyecto ha sido ambicioso dado el volumen de actividad que generan las consultas externas hospitalarias. Según datos del INSALUD¹³, en 1999 la actividad realizada en consultas externas supera los 21 millones de pacientes atendidos, mientras que los ingresos y la actividad quirúrgica estaban en aproximadamente 1 millón de pacientes y en 5 millones las urgencias de sus hospitales. Sin lugar a dudas estos datos avalan la necesidad de realizar un esfuerzo de cooperación entre atención primaria y especializada con el fin de llevar adelante un proyecto que permita una transmisión, lo más accesible posible, de información, documentación y paciente.

Por este motivo, este proyecto y el modelo que representa se concibieron con la idea de conseguir una comunicación integral entre la FHA y los centros de salud del área 8, centrándose, en principio, en la gestión bidireccional de la demanda entre ambos niveles.

Figura 1. Porcentaje de pacientes nuevos citados desde atención primaria

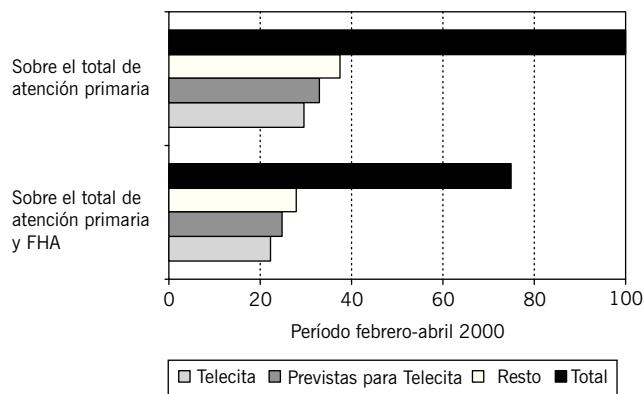


Tabla 1. Citas de pacientes nuevos realizadas de febrero/abril de 2000

Especialidades	Telecita atención primaria	FHA	Atención primaria y FHA
Ginecología	2.069	344	2.413
Medicina Interna	109	179	288
Neurología	544	123	667
Traumatología	1.445	701	2.146
Urología	602	187	789
Especialidades en Telecita	4.769	1.534	6.303
Neumología	183	247	430
Oftalmología	2.734	343	3.077
O.R.L.	1.328	314	1.642
Rehabilitación	555	657	1.212
Endocrinología	499	287	786
Especialidades previstas para entrar en Telecita	5.299	1.848	7.147
Total de citas en las especialidades incluidas y previstas para Telecita	10.068	3.382	13.450
Resto	6.014	1.986	8.000
Total	16.082	5.368	21.450

Tabla 2. Seguimiento de Historias Clínicas febrero/abril 2000

	Ginecología	Traumatología	Neurología	Urología	Medicina Interna
Historias clínicas					
Creadas	85	51	29	24	4
Duplicadas	35	18	10	6	1
% de historias clínicas					
Creadas	4,1	3,5	5,3	4,0	3,7
Duplicadas					
sobre historias creadas	41,2	35,3	34,5	25,0	25,0
Duplicadas sobre citas dadas	1,7	1,2	1,8	1,0	0,9

Para alcanzar los objetivos previstos fue necesaria la revisión y el análisis de los procesos existentes hasta ese momento y su posterior rediseño. La mejora de los circuitos, entre primaria y especializada, tuvo claro reflejo en el área organizativa con el incremento de la comunicación, el intercambio de información y la elaboración de protocolos comunes¹⁴.

La unificación de criterios, en cuanto a los datos necesarios para recoger la identificación de pacientes y médicos, así como la emisión de un documento impreso para transmitir la información a los usuarios constituyeron otras de las mejoras alcanzadas.

Las especialidades elegidas en 1999 para iniciar el proyecto reunían como elementos esenciales su buena disposición y su capacidad de representación de la cartera de servicios del hospital puesto que incluían desde unidades con una propuesta de derivación baja hasta otras con un volumen de derivación significativa (Tabla 3). Entre las primeras, Medicina Interna con un volumen bajo de derivación generaba importantes dificultades para realizar un reparto equitativo de los créditos anuales que le correspondía a cada centro de salud, sin embargo Traumatología y Ginecología representaban a unidades con un alto número de derivaciones, concretamente Ginecología sólo era superada por Oftalmología que sería incluida en el segundo grupo.

Los primeros resultados que se recogieron del seguimiento realizado entre febrero y abril de 2000 permitieron modificar la forma de acceso a la base de datos desde los centros de salud, minimizando el problema de la duplicidad de historias clínicas antes de incluir en el proyecto las otras cinco especialidades.

Los datos sobre citas realizadas mediante este sistema, a final del año 2000, superaban el 65% del total de las citas realizadas por atención primaria. Por tanto, este sistema ha permitido que más de 48.000 usuarios se hayan beneficiado de la obtención inmediata de la cita para especializada en su centro de salud, eligiendo el día y la hora dentro de los límites que permitía la lista de espera, que en ningún caso superaba el tiempo que presentaba con el sistema tradicional. Sin duda, esto ha supuesto una mejora ostensible para el usuario, disminuyendo uno de los principales factores de insatisfacción sobre asistencia sanitaria¹⁵, al evitarle desplazamientos, gastos y

Tabla 3. Propuestas sobre derivación de pacientes en el año 2000

Especialidad	Atención Primaria	FHA	Propuesta definitiva
Alergia	5.000	5.000	5.000
Cardiología	2.500	2.400	2.500
Dermatología	7.000	7.000	7.000
A. Digestivo	2.300	2.175	2.175
Endocrinología	2.000	1.950	2.000
Hematología	300	200	200
Medicina Interna	500	450	500
Nefrología	400	300	300
Neumología	1.200	1.250	1.250
Neurología	2.200	2.200	2.200
Reumatología	1.400	1.500	1.500
Cirugía	4.500	4.500	4.500
Oftalmología	12.000	11.250	11.250
ORL	5.600	5.400	5.400
Urología	3.200	3.000	3.100
Traumatología	6.500	6.400	6.400
Rehabilitación	2.500	2.500	2.500
Ginecología	8.200	8.000	7.800
Obstetricia	1.400	1.700	1.400
Pediatría	700	750	750
Total	69.400	67.925	67.725

errores en la transmisión de la información al efectuarse personalmente.

En el ámbito administrativo, estas cifras avalaban una notable reducción de los trámites que se realizaban hasta entonces. Entre ellos la elaboración y envío de las hojas de volcado para estas especialidades, con la consiguiente descarga de tra-

bajo de la unidad de admisión de la FHA en la recepción y envío de los partes de interconsulta a los especialistas para su revisión. De esta forma, se simplifica el proceso de cita y se da mayor valor a los criterios de derivación de los médicos de atención primaria.

En definitiva, el sistema de conexión, representado en el proyecto Sinfal, constituye una herramienta útil que ha dado la posibilidad de conocer la incidencia que tiene un sistema de este tipo sobre tres piezas fundamentales del sistema sanitario:

Primero, los ciudadanos que han comprobado como se simplificaba la gestión de las citas: con la consiguiente disminución de los trámites burocráticos y obteniendo mejor y mayor información sobre las mismas.

En segundo lugar, los profesionales han comprobado como la comunicación primaria-especializada se hacia más fluida. A ello ha contribuido la creación de grupos de trabajo permitiendo la elaboración de protocolos comunes y la implantación de la interconsulta telefónica médico-médico en algunas especialidades. Otro de los puntos percibidos es la menor carga de trabajo administrativo y la mayor capacidad de resolución de problemas desde atención primaria.

Por último, la organización ha podido comprobar como el sistema de recogida de información, aunque requiere mejoras, ha hecho más eficiente al sistema. Ahora bien, el sistema no está exento de debilidades. La primera, sin duda, es la necesidad de mejorar las funcionalidades internas del mismo, sobre todo en la conexión de las bases de datos y el reconocimiento de pacientes, evitando así la duplicidad de historias clínicas. Igualmente, se debe perfeccionar el sistema de gestión de citas para optimizar la utilización de huecos en general y los de pacientes preferentes en particular, así como las funciones de bloqueo y desbloqueo de agendas y de anulación y modificación de citas. Al mismo tiempo, se debe trabajar en el desarrollo del sistema de información para que nos permita disponer de una información fidedigna, válida, pertinente y, sobre todo, en tiempo real¹⁶. Para ello, es necesario definir el cuadro de mando que contenga información suficiente para profesionales y, equipos directivos, como ayuda en la toma de decisiones.

Bibliografía

1. Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de Sanidad. BOE del 28 de abril 102:15207-25.
2. Aranaz JM, Buil JA. Gestión sanitaria: acerca de la coordinación entre niveles asistenciales. *Med Clin (Barc)* 1996;106:182-4.
3. Ortún V. La articulación entre niveles asistenciales. En: Llano Señaris J, Ortún Rubio V, et al. *Gestión Sanitaria. Innovaciones y desafíos*. Barcelona: Masson, 1998:349-57.
4. Ministerio de Sanidad y Consumo. INSALUD. *Plan de telemedicina del INSALUD*. Madrid, 2000.
5. Gerencia Atención Primaria. Área 8. *Gestión de la demanda-citación bidireccional*. Documento Interno, Octubre 1998.
6. Avila de Tomás JF. Aplicaciones de la telemedicina en atención Primaria. *Aten Primaria* 2001;27:55-7.
7. Pérez-Ramírez JE. Citaweb. *Citación de interconsultas mediante web*. VII Premio Nacional de la innovación en la gestión y administración sanitaria. Escuela Nacional de Sanidad, 1999.
8. Lorenzo S, Pombo N, Cardín J, Trapero MA, González del Tanago S, Valor S. ¿Estructura? Trámites necesarios para abrir un hospital en la Comunidad de Madrid. *Rev Calidad Asistencial* 1999;14:187-9.
9. Castilla V, Ojeda F, Checa A, González R, Puras A. La informatización del trabajo clínico asistencial: análisis crítico desde la experiencia de un centro hospitalario de nueva creación. *Rev Calidad asistencial* 2000;15:241-8.
10. Fundación Hospital Alcorcón. *Proyecto de Telemedicina*. Documento Interno, Febrero 1998.
11. Gerencia Atención Primaria Área 8. *Citación a través de cupos*. Documento Interno, 1999.
12. García FJ, Ucar E, Moreno A, Martínez Y. Descripción y análisis de la implantación de un sistema de citación on-line entre Atención Primaria y Atención Especializada para la gestión compartida de la demanda. Libro de abstracts. Barcelona: IX Jornadas Nacionales de Documentación Médica, Junio 2000.
13. INSALUD. *Memoria 1999*. <http://www.insalud.es>
14. Gómez N, Orozco D, Merino J. Relación entre atención primaria y especializada. *Aten Primaria* 1997;20:25-33
15. Maderuelo JA, Carriero E, Serrano M, Almaraz A, Berjón AC. Factores de insatisfacción con la asistencia sanitaria. Un estudio Delphi. *Aten Primaria* 1996;17:348-53
16. Peiró S, Lorenzo S. La difusión a los ciudadanos de los resultados de la asistencia sanitaria. *Rev Calidad Asistencial* 2000; 15:391-3.