

Implantación de un sistema informatizado para la citación de consultas externas en un área sanitaria

J.M. Vila-Blanco^a, C. Garrote^b y M.A. Hernández^c

^aSubdirector Médico, Coordinador Quirúrgico y Cirujano. ^bJefe Servicio de UDCA. ^cJefe Sección de Informática. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina. Toledo. España.

Correspondencia

Dr. J. M. Vila-Blanco.
Avda. Pocito de las Nieves, 4, 2.º A.
28230 Las Rozas. Madrid. España.
Correo electrónico: jmvblanco@navegalia.com

Resumen

Introducción: Las consultas externas son la “puerta de acceso a la atención especializada”. Su buena gestión mejora la calidad de la atención y la satisfacción de pacientes y profesionales. Los objetivos para la implantación de un sistema *on-line* de citaciones son: mejorar la accesibilidad de los usuarios a las consultas externas de atención especializada, disminuir los trámites administrativos y los errores, fomentar el uso de la Tarjeta Sanitaria Individual y facilitar la libre elección de especialista.

Material y método: Definición de 122 agendas de 23 especialidades, asignadas a médicos concretos; 97 utilizadas por los 16 Centros de Salud de Atención Primaria, con tramos horarios específicos para primeras consultas, tanto de atención primaria como especializada, teniendo cada centro de salud conexión informática en tiempo real y cita directa de primera consulta para cualquier especialidad, con el programa de citaciones de atención especializada.

Resultados: Desde junio de 2000 hasta marzo de 2001 se realizaron 196.223 citas cargadas, el 35% efectuadas desde atención primaria. Un 75% de la actividad de consultas externas corresponde a citas procedentes de atención primaria, lo que permite mediante el sistema de cita directa la redistribución de la carga administrativa.

Conclusiones: Ha mejorado la accesibilidad de los usuarios en el área de Talavera de la Reina, con un gran porcentaje de población rural y de edad avanzada, otorgándole mayor importancia. Se ha conseguido un sistema de registro fiable, que responde a las necesidades corporativas y permite hacer estudios de cargas de trabajo y equidad del sistema. Disminuye los trámites administrativos y los desplazamientos.

Palabras clave: Coordinación de niveles asistenciales. Cita directa. Citación de consultas externas. Telemedicina.

Introducción

La base para implantar cualquier plan de mejora es disponer, entre otras, de dos herramientas básicas: unos criterios normalizados de actuación y un sistema de información fiable que permita controlar el impacto de las medidas de mejora.

Estas medidas permitirán una reducción de la demora en las consultas externas: el objetivo largamente perseguido, y no alcanzado en su totalidad.

Summary

Introduction: Outpatient appointments are a “point of entry to specialized care”. Their efficient management allows healthcare quality and levels of satisfaction among both patients and health professionals to be improved. The objectives of the implementation of an on-line appointment system were to improve user access to specialized outpatient care, decrease administrative procedures and errors, increase individual care card usage and facilitate free choice of specialist among users.

Material and methods: A total of 122 appointment books in 23 specialties were defined and assigned to specific doctors; 97 were used by 16 primary care health centers, with specific schedules for first-time visits referred from both primary and specialized care. Through adequate computing resources each center in the district was provided with the possibility of real time connection to the program of initial specialist care appointments adopted by the hospital.

Results: From June 2000 to March 2001, 196,223 inputs were processed; almost 35% came from primary care, thus avoiding the need for users to travel to the hospital. Seventy-five percent of outpatient activity came from primary care; thus the direct appointment system redistributed the administrative load.

Conclusions: User access to the system has improved in the health district of Talavera de la Reina, where a large percentage of the population is either rural or elderly (increasing the importance of accessibility). A reliable tracking system has been created that fulfills corporate needs and allows us to study workload and system fairness. The system reduces administrative procedures and traveling.

Key words: Coordination of Healthcare Levels. Direct Appointment. Outpatient Appointments. Telemedicine.

La actividad desarrollada en las consultas externas (CCEE), surgida como apoyo a la hospitalización, ha ocupado tradicionalmente un papel secundario frente a ésta. El mayor consumo de recursos y la atención a casos más complejos y paradigmáticos de las diferentes especialidades médicas, que hasta ahora se asociaba a la hospitalización, ha justificado el mayor interés de gestores y profesionales sanitarios por este área.

En los últimos años, sin embargo, la conjunción de una serie de factores ha modificado esta situación promoviendo

que las consultas externas cobren un mayor protagonismo. Entre estos factores cabe destacar la tendencia a la atención ambulatoria de los procesos en detrimento de la hospitalización, el aumento de la actividad en consultas como consecuencia del supuesto anterior y del incremento de la demanda en atención especializada; las demoras excesivas en consultas externas (con lo que esto supone de pérdida de calidad asistencial), y las deficiencias en la gestión de la actividad de consultas externas (auditorías hospitalarias constatan hasta un 20% de incomparecencias y hasta un 5% de desprogramaciones), que genera insatisfacción en pacientes y profesionales.

Pero para un óptimo manejo de las CCEE de atención especializada (AE) se precisa de la implicación de atención primaria (AP), que en la vigente organización asistencial se configura como la "puerta de acceso al sistema" (en 1999 en AE, en el INSALUD se atendió a 21,8 millones de pacientes en consultas externas, 5,1 millones de urgencias y 1,1 millones de ingresos hospitalarios)^{1,2}. Las CCEE suelen ser fuente de conflicto entre ambos niveles sanitarios debido a que: *a)* los facultativos de AE valoran más otras actividades (quirófano, los servicios quirúrgicos, o ingresos, los servicios médicos) sin dar prioridad a la actividad de consultas externas; *b)* los médicos de AP demandan una respuesta a su consulta por parte de AE, que no ven satisfecha en el tiempo que ellos consideran correcto por la burocracia en la tramitación de citas; *c)* los especialistas sienten que sus consultas están masificadas por pacientes procedentes de AP, y *d)* el paciente no ve satisfecha su demanda, por lo que en muchas ocasiones acude al Servicio de Urgencias.

Para solucionar esta situación, las gerencias de AP y AE de Talavera de la Reina se comprometieron, en sus respectivos contratos de gestión para el año 2000, a compartir varias agendas de citación de CCEE de AE de forma que AP pudiera citar directamente en estas agendas.

Pero ¿cómo se llevaría a cabo? Si las citaciones en agendas manuales y la comunicación por fax o teléfono provocaban los conflictos enumerados, entonces el empleo de un sistema de citaciones *on-line* nos resolvería los inconvenientes.

Esto nos llevó a planificar un sistema informático de citación de pacientes en CCEE de AE, realizándose desde AP y a tiempo real. Además, como aspecto más novedoso del proyecto existía la posibilidad de conectar toda un área sanitaria (centros de salud y hospital), no realizado hasta entonces en el territorio INSALUD.

Los objetivos perseguidos fueron:

- Coordinación entre niveles asistenciales: disminuir la carga burocrática del sistema y simplificar los trámites administrativos (reduciendo las manipulaciones, la posibilidad de cometer errores y acumular retrasos), para mejorar la accesibilidad de todos los usuarios.

- Institucionales: favorecer la libre elección de especialista, fomentar el uso de la tarjeta sanitaria individual (TSI), mejorar el sistema de información (uso preceptivo del número de historia clínica, como método de identificación inequívoco), y dar respuesta a las necesidades corporativas de información sobre CCEE y pruebas diagnósticas, ya que al estar

centralizadas las CCEE se obtiene una mayor fiabilidad en los sistemas de información (mejor gestión de citas).

Material y método

Ámbito

El Hospital "Nuestra Señora del Prado", hospital grupo 2 del INSALUD, con 275 camas y 23 especialidades medi-coquirúrgicas, está situado en el área sanitaria de Talavera de la Reina, y da cobertura a 139.976 habitantes (censo del INE de 1996), de los cuales 67.768 (48,4%) viven en la ciudad de Talavera y 72.208 (51,6%) en los restantes 78 municipios del área, la mayoría de los cuales tienen padrones por debajo de los 1.000 habitantes. La población mayor de 65 años asciende a 29.725 personas (21,23%). La conjunción de estos dos datos demográficos –el alto porcentaje de población rural dispersa en pequeños núcleos y la existencia de un gran número de personas de edad avanzada– condiciona la accesibilidad a la atención sanitaria.

Hasta la implantación de la citación informática de primeras consultas desde los propios centros de salud, la sistemática de trabajo era la siguiente:

1. El facultativo de AP solicitaba una consulta para una especialidad médica.
2. El personal administrativo del centro de salud registraba esta solicitud y al final de la jornada mandaba un fax al área de citaciones de la Unidad de Admisión y Documentación Clínica (UDCA) del hospital.
3. Desde dicha área mencionada se procedía a citar al paciente con un día y horas determinados.
4. Se remitían las citas de nuevo a los centros de salud vía fax.
5. Desde el centro se localizaba al paciente.

Se detectaron varios problemas en este sistema: el paciente no salía del centro de salud con una cita, lo cual le provocaba gran insatisfacción; en ocasiones, no podía acudir a la cita el día y la hora asignados, con lo que había que repetir el proceso de petición de cita, y en ocasiones la recepción telefónica de los datos de la cita resultaba errónea.

Metodología

El trabajo consiste en un estudio descriptivo de la creación e implantación de un sistema informático *on line* de citación en tiempo real de CCEE de AE, coordinado con AP, en un área sanitaria.

Desde diciembre de 1999, tras acuerdo de la Comisión de Dirección, el Servicio de Informática y la UDCA del Hospital comenzaron a proyectar un sistema informático de citaciones para CCEE con sus diferentes fases (planificación, coordinación, implantación y evaluación). Las únicas referencias sanitarias que existían en este período eran las conexiones entre hospital y algún centro de salud y de determinadas

agendas de especialidades^{3,4}. Fue entonces cuando, por acuerdo de las gerencias de AE y de AP, con anterioridad a la firma en febrero del Contrato de Gestión del año 2000, se tomó la decisión de informatizar las citaciones para toda el Área Sanitaria de Talavera y ofertar todas las especialidades del Hospital.

Los 16 centros de salud del área se incorporaron al proceso de cita en tiempo real desde mediados de mayo hasta finales de junio de 2000. Se pusieron en funcionamiento 122 agendas de 23 especialidades, de las que 97 son utilizadas directamente por los centros de salud, quienes han tenido libertad para decidir el número de usuarios que querían crear en cada centro, de manera que algunos tienen un único usuario mientras que otros llegan a los cuatro usuarios simultáneamente. Tanto la Dirección como el Servicio de Informática de AP tienen su propio usuario completamente operativo. Antes de implantar el sistema se impartieron clases de informática a los administrativos encargados de su manejo.

Se realizó una revisión de todos los libros de citación y los de exploraciones previa al funcionamiento de las agendas con el objetivo de escoger en cada caso una fecha favorable de corte. Desde esa fecha se introdujeron en el sistema informático todas las citas y hasta ese día se siguió utilizando el método manual. De modo que se obtuvo una extinción paulatina del anterior sistema con una incorporación, también progresiva y paralela, de la citación en las agendas informáticas. Este punto de corte osciló entre el 2 de mayo y el 1 de septiembre de 2000 en función del número de pacientes citados, las vacaciones, la actividad estival y otros factores menos relevantes.

Para la puesta en marcha del conjunto de agendas fue necesario rediseñar la gran mayoría para la asignación de códigos de servicio, locales o médicos, y desarrollar nuevas tablas, como la de prestaciones, los centros de salud o los médicos de AP. Se llevó a cabo un estudio sobre la carga asistencial procedente de AP y AE, de manera que en cada agenda se diseñaron tramos horarios para citación de primeras consultas, de AP y de AE, y otros tramos horarios para las consultas sucesivas.

El desarrollo del proyecto, en sus diferentes fases, fue:

– 1.^a fase (diciembre 1999/febrero 2000): planificación. Borrador del proyecto, análisis de la situación, definición del modelo y del sistema, rediseño de circuitos y agendas, especialidades incluidas y agendas a ofertar.

– 2.^a fase (marzo/abril 2000): coordinación. Diseño informático de las agendas, fijación del número y tipo de consultas (acuerdo con los servicios), pactos con AP para las demandas en consultas y exploraciones, y formación de administrativos e informáticos de AP.

– 3.^a fase (mayo/junio 2000): implantación. Implementación del sistema para las 23 especialidades del Hospital en conexión con los 16 centros de salud del área sanitaria de Talavera.

– 4.^a fase (mayo/septiembre 2000): evaluación. Introducción en el sistema informático de todas las citas y extinción progresiva del método manual. Evaluación de fallos, dificultades y citas.

Definición de agendas

La agenda es la estructura organizativa de la actividad asistencial en consultas, sobre la que se produce la cita de un paciente. Está definida por una carga de actividad y rango horario determinados. En su configuración no se debe contemplar la asistencia a casos urgentes, que tendrá su propia mecánica al margen de la actividad programada. Todo centro tendrá explícitamente definidas las prestaciones disponibles en consultas externas, especificando de forma clara la forma de acceso a las mismas: libre, protocolizada o restringida, para AP y/o AE. Cada servicio definirá las agendas y el número de ellas a habilitar en cada centro responde a las características del mismo, definiéndose por especialidad y/o facultativo y/o tipo de enfermedad. El conjunto de agendas integrará la cartera de servicios de consultas externas de AE del área. Esta cartera deberá ser aprobada por la Dirección, conocida por todas las instancias implicadas y actualizada periódicamente. Con carácter general, todas las agendas deben estar en soporte informático. La UDCA proporcionará el soporte operativo preciso para definir las agendas, facilitando información periódica a la Dirección Médica y los Servicios Asistenciales sobre la demanda y demora existentes².

Creación de agendas

Análisis y desarrollo

Planteamiento conjunto con AP para definir el problema y estudiar las soluciones. Equipamiento Hardware disponible: Servidor HP-9000 D270 dedicado por el Hospital para la gestión del área clínica. Conexión entre centros por medio de SANIVÍA (red corporativa del INSALUD), con acceso mediante cualquier software con emulación de terminal en tiempo real a cualquier hora del día. Software para la gestión de las agendas: partimos de la aplicación troncal desarrollada en su inicio por el plan DIAS (desarrollo informático del área sanitaria), modificada con posterioridad para gestionar las agendas del Hospital y rediseñada para permitir la conexión de los centros de AP. Incorpora la aplicación de las siguientes funciones: establecimiento de medidas de seguridad apropiadas para el acceso a los servidores; acceso mediante *login/password*; diseño de menús simplificados para agilizar la carga de datos, la cual se efectúa a través de la lectura de la TSI magnética; definición de prestaciones genéricas establecidas para AP en cada una de las agendas; citación exclusiva con número de historia clínica; citación simple (no se permiten citas múltiples); conocimiento del usuario que realiza la citación; incorporación de la libre elección del especialista; impresión de los datos de la cita realizada para suministrársela al paciente, y generación de estadísticas^{5,6}.

En el manejo de las agendas hay que tener en cuenta una serie de criterios básicos de diferentes definiciones: consulta (primera y sucesiva o revisión), alta resolución (primera o sucesiva) y prioridad clínica (preferente y normal).

Ante la necesidad de procesar y cuantificar tanto el número de primeras consultas como el de sucesivas, y dentro de las primeras las procedentes de AP, fue necesario asignar un código a cada prestación que consta de 4 caracteres: los dos

primeros son letras que indican el tipo de prestación, primera (CP) o sucesiva (CR); la tercera posición es de carácter numérico e indica la procedencia de la cita (1: especializada, 2: primaria); la cuarta, también numérica, hace referencia al carácter normal (1) o preferente (2) de la cita. Para las consultas sucesivas se optó por CR (consulta revisión) y no el de consulta sucesiva (CS) porque es el término más extendido en nuestra área sanitaria. El plazo en el que se vuelve a citar una revisión lo marca el especialista que lleva el episodio asistencial y no hay una distinción entre revisión preferente y normal.

De esta forma se establecieron 5 posibles prestaciones (tabla 1) y se pudo limitar el acceso de los usuarios en función del código de prestación. En nuestro sistema, la AP sólo tiene acceso a las prestaciones: primeras consultas normales (CP.21), primeras consultas preferentes (CP.22) y determinadas exploraciones (radiología simple [RS.21], ecografía [EF.21], y otras).

Para evitar que quedaran sin citar huecos de primeras consultas, se optó por citar primeras consultas normales, tanto de primaria como de especializada, en el mismo tramo horario, y en otro tramo primeras consultas preferentes, tanto de primaria como de especializada, con lo que evitamos que las primeras consultas normales dejaran sin hueco a las preferentes.

En la actualidad, el paciente cuyo médico de AP le ha solicitado una cita con un especialista puede citarse directamente en su centro de salud e *in situ* conocer el día y la hora de la cita, pudiendo expresar su conformidad o dificultad para asistir a la misma, en cuyo caso se le propondría otro día. De este modo evitamos las citas telefónicas (cuyos errores son numerosos) y sólo las realizamos en el caso de las descitaciones.

Las revisiones se citan en AE después de realizada la CP.

Estructura y atributos básicos (requerimientos)

1. Estructura mínima (identificación de):

- Agenda: código que identifica la agenda.
- Servicio: servicio médico o quirúrgico para el que se programa la agenda.
- Médico: código del facultativo responsable o que va a utilizar la agenda.
- Centro: código del centro al cual pertenece la agenda (hospital, CEP o centros de AP).

Tabla 1. Códigos de prestaciones de agendas

Prestación	Código
Primera consulta de AP	CP.21
Primera consulta de AE	CP.11
Primera consulta preferente de AP	CP.22
Primera consulta preferente de AE	CP.12
Revisión	CR.11

Datos: UDCA y Servicio de Informática Hospital "Ntra. Sra. del Prado".

– Ubicación física donde se va a pasar la consulta correspondiente a esa agenda.

– Calendario: días de la semana para los que se programa la agenda.

– Horarios: rango horario para el que se programa la agenda.

– Número de pacientes por tipo de prestación: definido por la Dirección Médica, en función de la demanda y demora.

– Número de consultas nuevas y sucesivas en cada tramo horario de la agenda: definido por los responsables de los servicios y aceptado por la Dirección Médica.

– Si está ofertada a AP (acceso directo, indirecto, no acceso) y el número de citas asignadas.

2. Atributos:

- La agenda tendrá un vigor de, al menos, 6 meses.
- Estructura estable.
- Posibilidad de ampliación de la oferta.

Sistema de información

El contenido del registro de CCEE incluye diversos datos (tabla 2), los cuales, según el modelo de tablas relacional,

Tabla 2. Contenido del registro informatizado

Número de historia clínica
Número de ICU
Tipo de lista de espera
Número de cita
Código de agenda
Código de horario
Fecha de solicitud de la cita
Fecha de la cita
Hora de inicio de la cita
Hora de finalización de la cita
Código de prestación
Tipo de paciente
Servicio de petición
Médico que hace la petición
Servicio real
Médico que atenderá
Estado de la cita
Tipo de financiación
Garante
Tipo de notificación
Ámbito de procedencia
Procedencia del paciente
Observaciones

ICU: código de identificación personal. Datos: UDCA y Servicio de Informática Hospital "Ntra. Sra. del Prado".

establecen enlaces con los datos de identificación del paciente y otros (servicios, médicos, prestaciones).

Planificación de agendas

La planificación de las agendas tendrá como meta evitar las reprogramaciones y que no haya pacientes en espera de cita por estar la agenda cerrada. Por este motivo, las modificaciones de la planificación de agendas tenderán a ajustarse a diferentes criterios y plazos (tabla 3). Se debe promover la estabilidad de la agenda por lo que, en la medida de lo posible, la actividad de CCEE se mantendrá en la misma medida que las restantes actividades asistenciales.

Procedimiento de cita

Cita

La solicitud de una consulta externa es una decisión clínica exclusiva del médico, bien de AP bien de AE. El médico solicitará una consulta con el especialista en el momento que haya agotado la vía diagnóstica y terapéutica que está a su alcance. De modo que se tenderá a suministrar la cita directamente al paciente en el momento de producirse la petición para ser visto en consulta; se deberá generalizar la gestión directa por parte de AP de las citas de CP para las diferentes especialidades abiertas, priorizando aquellos casos en los que exista un soporte informático adecuado; la oferta de citas de AE se distribuirá entre los equipos de AP en función de la población asignada y de las tendencias de la demanda, garantizando la equidad en el acceso para los diferentes equipos. En caso de producirse desajustes significativos entre las demoras de los diferentes equipos, se procederá a analizar la adecuación de la demanda y, en su caso, a reasignar cupos. Las citas para CR tenderán a suministrarse *in situ* cuando el especialista lo indique. De no ser así, podrán tramitarse, además de en la propia UDCA, a través de las unidades administrativas de AP, siempre con el necesario soporte documental de la indicación de CR.

Fecha

En la medida de lo posible se tenderá a ofrecer al paciente el primer hueco libre, primando la continuidad clínico-asistencial y priorizando la demora sobre otras circunstancias.

Hora

A todos los pacientes se les suministrará cita horaria personalizada con el fin de evitarles esperas innecesarias y, a su vez, maximizar la eficiencia de las consultas.

Los datos de las citaciones realizadas en CCEE han sido facilitados por la UDCA del Hospital, incluyendo el período junio 2000/marzo 2001 en el que se realizaron las citaciones electrónicas objeto del trabajo. Las variables categóricas del estudio se expresan como porcentajes.

Resultados

Están en funcionamiento 122 agendas de 23 especialidades (100%), de las que 97 son utilizadas directamente por los 16 centros de salud (100%) de AP.

Desde junio de 2000 hasta marzo de 2001 se introdujeron en el sistema 196.223 registros de citas, incluyendo citas válidas, anuladas y errores (tabla 4).

Se ha constatado que gran parte de la actividad de las CCEE (> 75% de las citaciones) de AE se produce a demanda de AP, y se está disminuyendo la relación CR/CP gracias a una mejor gestión de consultas, con implicación de los profesionales (tabla 5).

Los diferentes problemas destacables según se ha ido aplicando el sistema informático de citas son:

– En un principio, la inexperiencia del personal encargado de las citaciones en el nuevo modelo de citación originó que, en ocasiones, se citara a un paciente más de una vez para la misma agenda y la misma prestación. Este problema se intentó solventar con la asignación de un código de usuario a cada persona y evaluando cada mes los posibles errores de citación con cada usuario en privado. Actualmente el número de errores de este tipo ha descendido de manera considerable.

– El sistema fue diseñado inicialmente para que permitiese la citación del paciente incluso con número de historia provisional. Pero debido a los errores y duplicidad que se generaban en las listas de trabajo en los primeros meses, se optó por utilizar exclusivamente el número de historia definitivo como acceso a la citación, por este motivo, todos los pacientes susceptibles de ser citados deben tener creado un historial en el Hospital.

Tabla 3. Criterios de planificación

Criterio	Período temporal
Planificación de agendas	Operativas durante los 6 meses siguientes y adecuada a la demanda prevista
Solicitudes de ausencias programadas	15-30 días de antelación
Planificación de las guardias	Adaptada al marco temporal de definición de la agenda o, en su defecto, elaborada con 2-3 meses de anticipación
Períodos vacacionales	Al menos 2-3 meses antes del inicio de ese período

Datos: UDCA. Hospital "Ntra. Sra. del Prado".

**Tabla 4. Citaciones cargadas por los centros
(junio 2000-marzo 2001)**

Centro	N.º Citas	%
Hospital Ntra. Sra. del Prado (Hospital y CRSP)	127.615	65,0
Ambulatorios AP	68.608	34,9
Total citas cargadas	196.223	

CRSP: centro regional de salud pública. Datos: UDCA. Hospital "Ntra. Sra. del Prado".

Esto originó un 12,1% de reclamaciones por deficiencia en la cita previa y un 3,7% por falta de asistencia hasta marzo de 2001, frente a un 4,02 y un 2,01% hasta junio de 2000, respectivamente. Por otro lado, las reclamaciones por demora en la asistencia fueron del 21% y del 0,5% por incumplimiento de horario, frente al 27,1 y el 2,1% en las mismas reclamaciones y períodos.

– La libre elección de especialista produce, en ocasiones, sobrecarga en la actividad de algunos facultativos; este hecho se detecta desde el área de citaciones de AE y no así desde AP, que a veces no informa al usuario de que hay otros especialistas con menor demora en sus agendas.

– Todavía hay una creencia extendida de que el paciente va a conseguir cita antes si lo hace desde la AE y, por tanto, optan por esta vía cuando deberían citarse en su centro de salud.

– Cualquier cambio estructural en las agendas conlleva más problemas que con el anterior sistema, ya que ahora se

cita desde todos los centros de salud y es mayor el número de personas implicadas en el cambio. Esta situación se intenta solventar teniendo una comunicación fluida entre la UDCA de AE (quien ejecuta las posibles modificaciones estructurales en las agendas) y la Dirección Médica de AP.

– Es un sistema dependiente de la red de comunicaciones, cualquier "caída de la red" o avería en los routers inutiliza con carácter temporal el sistema.

– En ocasiones el especialista indica las revisiones con un plazo de 6 meses o un año; si la agenda no está abierta en ese período, se le indica al paciente que tiene que volver a pedir cita, y éste posteriormente acude, a veces, a su centro de salud y le citan como una consulta nueva cuando en realidad es una revisión. Estamos estudiando la posibilidad de que AP pueda citar revisiones en determinadas especialidades, como Oncología o Hematología.

Discusión

El objetivo marcado para este proyecto, la implantación de un sistema informatizado para la citación de CCEE en un área sanitaria y citación *on line* en tiempo real, ha sido el más importante en todo el territorio INSALUD ya que se han comunicado todos los centros de salud de AP con el Hospital de referencia, objetivo no alcanzado hasta la fecha.

Hay que tener en cuenta que este sistema, que en teoría no presenta dudas, tiene en la práctica múltiples dificultades. Esto se debe a las diferencias de percepción que tienen los profesionales de ambos niveles, con presupuestos propios, unidades de gestión, directivos, objetivos y contratos de programas diferentes. Además, la ausencia de estímulo para los médicos y la demanda creciente de asistencia fomentan la

Tabla 5. Actividad de consultas del Hospital y del Servicio de Cirugía General

Año	Total consultas	Consultas primeras	Consultas sucesivas	Relación Suc/Prim	Consultas primeras solicitadas por AP	Porcentaje procedente de AP
1999	177.011	69.788	107.223	1,54	56.602	81,11
Hospital						
1999						
Cirugía general	11.720	4.061	7.659	1,89	3.391	83,50
2000						
Hospital	176.095	79.750	96.345	1,21	59.101	74,11
2000						
Cirugía general	9.885	3.808	6.077	1,60	3.000	78,78
2001 (enero-marzo)						
Hospital	50.377	24.157	26.220	1,09	17.943	74,27
2001 (enero-marzo)						
Cirugía general	2.708	1.118	1.590	1,42	947	84,70

Datos: UDCA Hospital "Ntra. Sra. del Prado".

desconexión y la falta de entendimiento⁶. No obstante, a pesar de esto el INSALUD ha potenciado desde 1998 la coordinación entre los dos niveles asistenciales en los sucesivos contratos de gestión y, además, la ha impulsado con los planes de informatización creados⁷. Por este motivo, desde la Dirección del Hospital se tomó la iniciativa de su creación e implantación a pesar de las reticencias y la pasiva colaboración puestas desde la Dirección de AP (las cuales se siguen manteniendo).

Además de las dificultades de coordinación con AP, el sistema en su inicio presenta la dificultad de lo nuevo o desconocido. Hay que formar primero al personal administrativo, y al informatizar las agendas hay que controlar los errores de citaciones (cita doble para un especialista el mismo día, citaciones varias a la misma hora para diferentes especialistas), siendo más frecuente la citación desde AP; citar sólo con número de historia definitivo (evitando duplicidades y errores de cita, con reclamaciones); no citar desde AE a los pacientes con citas que acuden desde AP (hacerlo desde el centro de salud); no sobrecargar agendas de determinados especialistas y evitar cambios en las agendas con menos de un mes de anticipación, para así eludir suspensiones o reprogramaciones.

La primera de las dificultades es su diseño. Cada área sanitaria debe adaptarlo a sus necesidades y sólo se podrá realizar teniendo un servicio de informática competente que, con la colaboración de un buen servicio de admisión, conseguirá disminuir las dificultades. Los centros de salud y el número de agendas de especialistas a habilitar dependerá de sus posibilidades de conexión y de la colaboración que se preste desde AP.

Las ventajas que aporta el sistema informático son múltiples, no percibidas en su inicio, pero sí con el transcurrir del tiempo, al eliminar las dificultades. Los pacientes se benefician porque les evita desplazamientos y se les da cita en tiempo real (no esperan días para citarse por fax o teléfono), con día y hora. Los especialistas conocen con suficiente antelación sus citaciones. En el caso de los administrativos, disminuye la carga de trabajo. Para el sistema, mejora la calidad ofertada a los pacientes del área de salud y hay una mejor y más fiable recogida de datos, con una mayor posibilidad de explotación al tener unos criterios normalizados de actuación, lo que nos permite controlar el impacto de las medidas de mejora.

La evaluación del sistema tiene que ser diaria en su inicio (primera y segunda semana) para a partir de entonces ser semanal y quincenal durante el segundo y tercer mes. Los indicadores para controlar y evaluar el sistema se han explicado con anterioridad (duplicidad de citas, suspensiones, demoras, reclamaciones, sobrecarga de especialistas). A partir del cuarto mes será la UDCA quien marque las pautas de control de sus agendas de citaciones.

Teniendo en cuenta que los sistemas de conexión informática son una herramienta muy útil, su implantación cada

vez es más generalizada y sin opción de vuelta atrás, aunque no está exenta de problemas. A pesar de éstas, y aprendiendo de los errores y las dificultades que tienen los primeros centros en ponerlos en funcionamiento, mediante un *benchmarking* adecuado, el futuro es la informatización y la telemedicina y no se puede renunciar ni perder la oportunidad de poseerla (por los pacientes, por los profesionales y por los gestores e instituciones).

Aunque en un primer momento se producen desajustes en las citaciones, una vez estabilizadas las agendas, mejora la satisfacción de los usuarios porque se elimina el tiempo de respuesta para obtener la cita y se evitan desplazamientos y trámites burocráticos. La carga administrativa ha disminuido en los dos niveles de asistencia, y se ha establecido un canal de comunicación más fluido entre AP y AE respecto a la demanda pactada en consultas y exploraciones. Hay redistribuciones de las citas entre agendas de la misma especialidad en función de la demora. En la práctica tiende a igualarse el número de citas totales introducidas en cada una de las agendas de la misma especialidad por unidad de tiempo. Existen debilidades del proceso que es necesario resolver a corto plazo. En concreto, deben añadirse los filtros informáticos necesarios para evitar la duplicidad de citas y la citación excesivamente temprana o con algún error crítico. El sistema de información permite efectuar las descargas de datos que cumplen las exigencias de información corporativas.

Bibliografía

1. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE del 28 de abril. 102: 15207-25.
2. Subdirección General de Coordinación Administrativa. Guía de Gestión de Consultas Externas en Atención Especializada. Madrid: INSALUD, 2000.
3. Martín MA, Hernández MA, Ruiz M, Peral D. Implantación de un sistema compartido de citación a tiempo real entre AP y AE. VII Congreso Nacional de Informática Médica. Informed 2000. Toledo.
4. Pérez-Ramírez JE. Citaweb. Citación de interconsultas mediante web. VII Premio Nacional a la Innovación en la Gestión y Administración Sanitaria. Escuela Nacional de Sanidad. Madrid, 1999.
5. Hospital "Ntra. Sra. del Prado". Sistema de Información. Talavera de la Reina, 2001.
6. García-Sánchez F, Martínez-Barriga Y. Resultados del proceso de implantación de un sistema de citación en tiempo real entre atención primaria y atención especializada. Rev Calidad Asistencial 2001;16:398-402.
7. Ministerio de Sanidad y Consumo. INSALUD. Plan de telemedicina del INSALUD. Madrid, 2000.