
Integración de la gestión de la reumatología en el entorno hospitalario y en los Sistemas de Salud

Pere Benito Ruiz

Jefe de Servicio del IMAS. Hospital del Mar y Hospital de la Esperanza. Universidad Autónoma de Barcelona.

Los términos integración, gestión, entorno hospitalario y sistemas de salud son términos abstractos difíciles de concretar y también de generalizar en el contexto de la España de las Autonomías. En nuestro entorno, con un sistema de salud público ilimitado, el usuario demanda pues, que el arco prestacional no tenga límites. La Constitución Española, por otro lado, en uno de sus artículos establece que “todos los ciudadanos tienen derecho a la vida y a la integridad física”, pero no define los límites potenciales de “vida” e “integridad”, en la actual sociedad del bienestar. A esta situación hay que añadir que el cuadro prestacional actual es intoca-

ble, admitiendo su mejora, pero no su regresión y ningún gobierno hasta este momento ha sido capaz de modificarlo.

Por tanto, gestionar se hace necesario y lamentablemente gestionar es decidir en la incertidumbre. En cualquier servicio médico la gestión se inicia tras el primer contacto con el paciente, en el que se van a producir las primeras tomas de decisión en el marco referencial del propio servicio, y que en nuestro caso es el de Reumatología. A mi parecer, lo que se espera de un servicio como el nuestro, desde el punto de vista asistencial, es que cumpla las expectativas de los clientes-usuarios-pacientes, del entorno técnico implicado en su continuo asistencial, y que además intente resolver los problemas relacionados con la especialidad de reumatología de otros especialistas afines. Todos ellos se convierten, pues, en potenciales clientes.

“Sistema de salud” es un concepto más complejo debido a que en España están coexistiendo modelos distintos en las diferentes autonomías. Esto se traduce en que no existan modelos de gestión, ni en la atención primaria ni en el nivel hospitalario, que puedan ser tomados como referencia. Incluso dentro de una misma autonomía, dependiendo de las Direcciones de Asistencia Primaria o de las diversas zonas geográficas, los modelos tampoco son iguales.

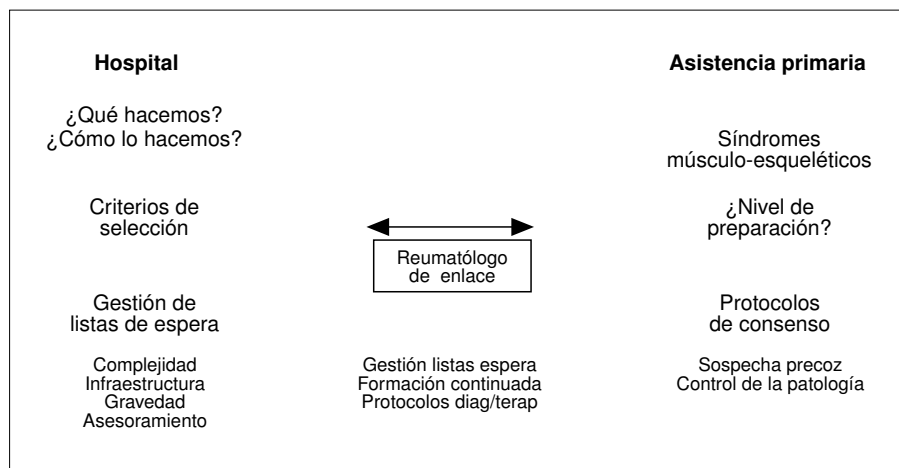


Figura 1. Integración de la asistencia primaria y la asistencia reumatológica especializada.

Las disciplinas necesarias para una gestión eficaz son: el conocimiento del problema, la determinación de objetivos, la dotación de medios, el establecimiento de la estructura funcional, la selección y motivación del personal y la evaluación de resultados. El médico suele conocer el problema, puede determinar los objetivos y establecer una estructura funcional para conseguirlos, e intenta buscar parámetros de evaluación, pero no es quien decide la dotación de medios ni tampoco los recursos de personal y, por ende, la motivación suele convertirse en un problema más. Estos últimos parámetros son fundamentales para la gestión de cualquier servicio clínico. Los recursos que suelen solicitarse en función de la demanda y de los objetivos son decisiones de carácter político y administrativo sobre las que no tenemos ninguna capacidad de decisión, y los resultados finales de cualquier actuación van a depender de la capacidad y de la motivación. Si uno de estos parámetros es cero, el resultado será cero.

Es probable que la actitud del Jefe de Servicio de Reumatología en un servicio hospitalario deba ser

el equivalente a la de un *product manager* de una empresa de servicios, con una filosofía orientada al cliente -paciente y médico de atención primaria- orientada al otro referente que es el profesional sanitario con el que convive en el hospital, y sobre todo orientada al gerente.

En el entorno asistencial, las preguntas fundamentales que debe hacerse cualquier servicio son: ¿qué debo hacer?, y no ¿qué quiero o qué me gustaría hacer?, seguido de, ¿cómo hacerlo?

En relación con la integración en la atención primaria se han de marcar unos criterios de selección para poder gestionar las listas de espera. La demanda que llega al hospital es heterogénea y muy diferente en su gravedad y complejidad, ya que en la asistencia primaria se atienden todos los síndromes musculoesqueléticos, y no siempre con un nivel de preparación suficiente. Un primer objetivo puede ser el de elaborar protocolos de consenso, no muy ambiciosos, es probable que sólo de remisión, diagnóstico o de tratamiento general. Lo que podemos pedir al generalista es que sospeche de manera precoz la presencia de reumatismos y que siga,

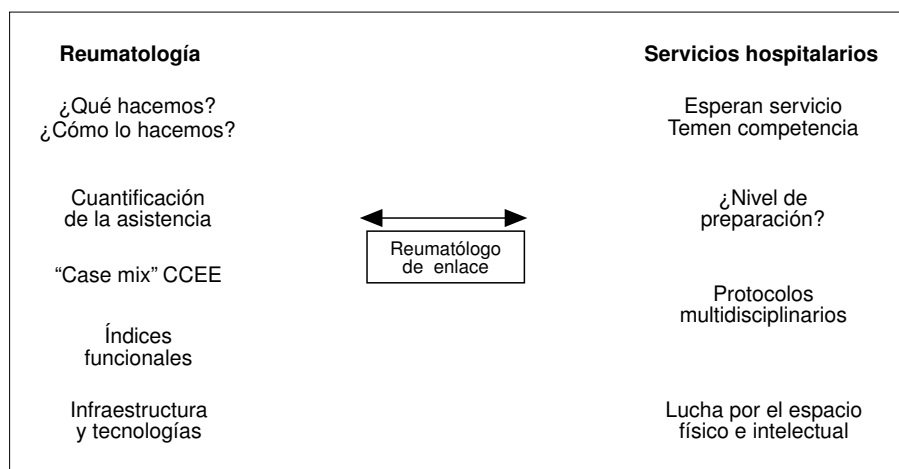


Figura 2. Integración de la asistencia reumatológica especializada con los otros servicios hospitalarios.

en algunos casos, el control de la patología en el nivel que se merece: en la primaria y no en el hospital, aunque bajo nuestra supervisión cuando esto sea necesario. En nuestra experiencia, y trabajando en esta línea, hemos creado la figura del *reumatólogo de enlace* cuya función principal es la de interrelacionar los dos niveles asistenciales, con el objetivo de gestionar las listas de espera, establecer programas de formación continuada a los médicos de cabecera y elaborar protocolos diagnósticos terapéuticos (fig. 1).

Respecto a la relación con otros servicios hospitalarios, las preguntas siguen siendo las mismas: ¿qué

hacer? y ¿cómo hacerlo? Los otros servicios hospitalarios de referencia esperan servicio, pero temen al mismo tiempo la competencia. La única solución es elaborar documentos de consenso y protocolos multidisciplinares de actuación, generalmente sindrómicos, en un entorno en el que va a haber una lucha por el espacio físico, intelectual y de las infraestructuras y tecnologías. Y en esta situación no hay un reumatólogo de enlace, todo el servicio de reumatología, a través de una actuación previamente establecida, es el que debe convertirse en el referente institucional de la asistencia reumatológica (fig. 2).