
Alta resolución, pacientes, parientes e innovación organizativa

Francisco José Juan Ruiz^a, Gonzalo Aranda Pérez^b
y José Antonio Trujillo Ruiz^c

^aSocio-Director MENSOR Consultores. Ex Director Gerente Hospital Carlos Haya de Málaga. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

^bServicio de Planificación-Evaluación Asistencial. Delegación Provincial de Salud de Málaga. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

Consultor y Profesor colaborador de la Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada.

^cDirector Médico del Hospital Carlos Haya de Málaga. Ex Subdirector Médico del CARE. Centro de Alta Resolución Especialidades, Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud, Junta de Andalucía.

Resumen

Los servicios sanitarios públicos se enfrentan a recientes desafíos relacionados con mayores exigencias sociales y con el reconocimiento de nuevos derechos de los ciudadanos. La necesidad de proveer con calidad los servicios sanitarios y la circunstancia de poder elegir el tipo de prestación sanitaria, conllevan que uno de los factores que más valora el ciudadano actual sea su tiempo.

Podemos tener constancia de la capacidad y flexibilidad de la organización, al comprobar cómo es posible establecer objetivos congruentes entre profesionales, sistema y ciudadanos, cuando se examina la "gestión-personalización" que los profesionales sanitarios realizan al preocuparse por sus parientes y amigos. Cuando de ellos se trata, se saltan todas las burocracias que se articulan para los demás pacientes y les definen un proceso de alta resolución a base de favores entre compañeros.

La herramienta alta resolución concentra en una única visita al especialista el diagnóstico y tratamiento. Para ello es determinante la información correcta proporcionada por el médico de Atención Primaria cuando realiza la derivación.

La organización se analiza "por dentro", y se desprende de aquellas actividades que no aportan valor añadido al proceso asistencial, y que sin embargo suponen gasto y pérdida de tiempo.

Con la referencia de este esquema, se puso en marcha un centro de alta resolución en lo que era un centro de especialidades convencional.

La aplicación del concepto de alta resolución proporciona una herramienta útil para orientar la organización y tratar a todos los pacientes como si fueran nuestros propios "parientes" o amigos. Esta estrategia —de gestión— elimina los procesos sin valor añadido y personaliza la atención, situando efectivamente al ciudadano como eje del sistema.

Palabras clave: alta resolución, visita única, coordinación interniveles.

Abstract

The public health services have recently faced challenges related to the greater social demands and the recognition of new rights of the citizens. The need to provide healthcare services with quality and the fact that the type of health care assistance can be chosen results in the fact that one of the factors that the present day citizen values the most is his/her time.

We can see the capacity and flexibility of the organization when we confirm how it is possible to establish coherent objectives among professionals, the system and the citizens when we examine the "custom-made management" that the health care professionals use when dealing with their relatives and friends. When treating them, they avoid all of the bureaucratic steps used for the other patients, defining a high resolution procedure based on favors from their colleagues.

The high resolution tool focuses on a single visit to the specialists, diagnoses and treatment in a single visit. Thus the correct information provided by the primary health care or position when making the referral is a determining factor.

The organization is analysed "within" and those activities that do not supply any added value to the health care process, on that however entail costs and loss of time, are avoided.

In regards to this scheme, a high resolution center was initiated in what had been a conventional specialist center.

Application of the high-resolution concept provides a useful tool to orient organization and treat all patients as if they were our own "relatives" or friends. This strategy –of management– eliminates the procedures having no added value and personalizes care, effectively placing the citizen as the axis of the system.

Key words: high resolution, single visit, interlevel coordination.

Introducción

Un elemento característico de los servicios sanitarios es la permanente sensación de cambio; desde finales de los noventa los servicios sanitarios aspiran proveer asistencia eficiente y satisfactoria para una demanda en la que intervienen múltiples y diferentes factores.

Por una parte, el ciudadano adopta un papel cada vez más proactivo, siendo la calidad de vida y satisfacción elementos centrales de la demanda; por otra parte, la constante irrupción de nuevos factores en la provisión de los servicios mo-

difican las prioridades del escenario sanitario. Entre estos nuevos factores se hallan el envejecimiento de la población, las innovaciones diagnóstico-terapéuticas, los nuevos profesionales y, lo más reciente, la alternancia en los roles del ciudadano: paciente/votante/consumidor/cliente.

Estos y otros factores están forzando a las organizaciones y proveedores sanitarios –especialmente los públicos preocupados por sus costes y legitimación social– a adoptar estructuras flexibles y con perspectivas de eficiencia, que den respuesta a los intereses de los actores

(ciudadanos, políticos y profesionales). Es crítico en los nuevos planteamientos asistenciales considerar elementos relacionados con la práctica clínica basada en la evidencia científica, la personalización de la asistencia y la satisfacción de los usuarios y consumidores.

El Sistema Nacional de Salud está organizado tradicionalmente en dos niveles asistenciales, asistencia primaria y especializada, que prestan servicios para una población previamente determinada. Al menos teóricamente, este esquema habría de asociarse a resultados positivos de eficiencia y satisfacción; nadie duda sin embargo, que no siempre es así y nos encontramos con dispositivos y servicios caracterizados por no incorporar valor en sus transacciones⁽¹⁾.

En Atención Especializada los ambulatorios, los centros periféricos de especialidades y las consultas externas de los hospitales, tienen problemas de satisfacción, calidad y accesibilidad, casi siempre relacionados con dificultades para gestionar la eficacia clínica y la variabilidad aun dentro de los mismos equipos clínicos.

⁽¹⁾ Falta de continuidad y cooperación asistencial; escasa orientación al ciudadano-consumidor; obsesión por la actividad, más que por los resultados; complejidad burocrática y altos costes de mantenimiento; inflexibilidad organizativa; falta de innovación; improcedencia en relación con el coste-oportunidad de su labor; asociable a ineficiencia poniendo en peligro la equidad en la atención.

En un sistema y organización complejos —como son los servicios sanitarios⁽²⁾— eficiencia, eficacia y satisfacción, están fuertemente relacionados con dispositivos de coordinación interna. Es por esta razón por lo que las restricciones organizativas y de gestión para integrar servicios tienen consecuencias negativas sobre el producto final en términos económicos, de calidad o de satisfacción.

Diseñar un modelo flexible de atención especializada, orientado a proveer servicios innovadores y personalizados ha sido uno de los objetivos planteados en este proyecto.

De “paciente a pariente”

Una forma operativa de visualizar la flexibilidad de la organización y comprobar la posibilidad de objetivos congruentes para profesionales, sistema y ciudadanos, consiste en analizar la “gestión-personalización” que realizan los profesionales sanitarios cuando atienden a sus parientes. Leen ustedes bien “parientes”, no pacientes, aunque puedan serlo.

⁽²⁾ Organizaciones profesionales de alta cualificación técnica y conceptual (65% de las plantillas con estudios universitarios) que proveen servicios complejos, específicos para cada paciente, difíciles de medir, sin supervisión, con necesidades de altas tecnologías y altos costes en su producción.

Los derechos de decisión residual que tienen los profesionales en el seno de los hospitales, hacen posible que éstos sitúen a sus familiares en el centro del sistema cuando acuden a los servicios sanitarios. Así, “los cogen de la mano” y los llevan por los vericuetos del sistema saltándose los trámites burocráticos que soportan el resto de los ciudadanos.

Reproducir esta potestad en estrategias organizativas amplias, al objeto de coordinar el conjunto de decisiones administrativas y clínicas que realizamos cuando –movidos por el afecto– algún pariente tiene problemas, parece al menos sugerente, ya que transformaríamos costes de interferencia en decisiones eficientes, que minimizan demoras, probablemente costes y aumentan la satisfacción.

Para esta estrategia la continuidad entre niveles asistenciales⁽³⁾ y la “complejidad” (percíbase como colaboración) entre directivos y profesionales son claves y determinantes en la funcionalidad que se pretende obtener.

El Complejo Hospitalario Carlos Haya es un centro de tercer nivel del Servicio Andaluz de Salud que definió un plan estratégico 2000-2004: crear futuro (lema)

(3) Derivando con elevados niveles de especificidad y devolviendo información sobre lo sucedido.

que incorpora la rapidez como eje estratégico, potenciando todo lo relacionado con el incremento en la capacidad de resolución (Cirugía mayor ambulatoria, hospital de día, consultas externas, etc.).

En 1998, durante la ejecución de obras de transformación del edificio que albergaba la Delegación Provincial de Salud de Málaga para convertirlo en un centro de especialidades, se planteó la posibilidad de innovar en la forma de atender a los pacientes en las consultas de un “centro periférico de especialidades”.

El objetivo fue aumentar la satisfacción en el factor que el ciudadano cada vez valora más: el tiempo.

La guía fue el análisis de las decisiones orquestadas que adoptan los profesionales cuando sus familiares acuden a sus centros de trabajo de “paciente a pariente”.

La variable crítica de éxito radicó en la implicación y participación de los profesionales de ambos niveles en el proyecto.

El reto lo constituyeron diversos profesionales, en diferentes unidades del centro, en tiempos distintos y con un protagonista común: el paciente.

En este artículo se describe y analiza la génesis del proyecto de puesta en marcha del centro de alta resolución de especialidades (CARE), se expone su es-

estructura, definición de responsabilidades, cartera de servicios y se despliegan sus primeros resultados.

El esquema de alta resolución propuesto da respuesta efectiva, aunque parcial, a los retos organizativos y tecnológicos que reclaman los agentes del sistema, estableciendo objetivos de innovación, que desde la perspectiva del ciudadano y el profesional pueden efectuarse sin tocar el actual marco normativo del organismo autónomo del Servicio Andaluz de Salud.

En síntesis el proyecto pretende:

1. Configurar al paciente/ciudadano y pariente como eje real, y no sólo verbal, del diseño de servicios sanitarios, unidades y procesos de alta satisfacción.

2. Aumentar en este nivel la capacidad de producción de procesos diagnósticos de alta resolución y eliminar cualquiera de los procesos que no aportan valor añadido al paciente.

Material y métodos

El diseño del centro de alta resolución de especialidades

El CARE es fruto de un análisis intenso de lo que se venía haciendo y de la aplicación de la reingeniería de procesos. La Dirección Gerencia del hospital creó un grupo central de trabajo: comisión mixta

de alta resolución interniveles, compuesta por directivos y técnicos del hospital, asesor de la delegación provincial y responsables de la dirección del distrito sanitario de Atención Primaria, con el objetivo de seleccionar entidades nosológicas susceptibles de ser abordadas en una única visita al centro de especialidades.

Esta comisión estuvo respaldada por el equipo técnico de la delegación provincial de salud, que actuó de dinamizador y coordinó las obras a los requerimientos que la comisión determinaba.

En la primera reunión de la comisión, celebrada el 24 de diciembre de 1998, se sentaron las siguientes premisas para diseñar un nuevo centro de atención especializada:

1. La atención estará orientada fundamentalmente a la visita única por paciente y proceso.

2. El confort del ciudadano es lo primero como “orientador” de recursos en el centro.

3. Será coherente con los profesionales y sus necesidades técnicas.

4. Flexibles a innovaciones tecnológicas y organizativas.

5. La gestión del espacio utilizado como elemento estratégico de planificación.

6. Orientado a la producción satisfactoria y eficiente de servicios sanitarios.

En las reuniones de trabajo participaron expertos responsables de las gestorías de usuarios para asesorar a la comisión sobre problemas y soluciones relacionadas con la accesibilidad, citas, gestión de agendas y organización del centro. También, se crearon subcomisiones para abordar temas específicos.

Paralelamente, el grupo central, realizó búsquedas bibliográficas, contactó con profesionales⁽⁴⁾ interesados en la alta resolución, visitó y analizó las experiencias similares y, con la información procesada, redactó el plan de trabajo, la memoria y el programa funcional, que sirvió al equipo de arquitectos para diseñar dos anteproyectos y el proyecto básico de obras, que recogía los planteamientos arquitectónicos en función de las innovaciones funcionales clínicas deseadas.

Relevante para el diseño y puesta en marcha fue la memoria funcional, que describe los funcionamientos esperados, así como el grado de relación entre dependencias y unidades: coordinación (asistencial y diagnóstica), consultas, unidades clínicas exploratorias, salas diagnósticas y sistemas de apoyo: informáticos, telefonía, megafonía, imagen, extracción de muestras analíticas.

⁽⁴⁾ Jefes de Servicio, especialistas, enfermeras y profesionales del antiguo ambulatorio-centro de especialidades.

El proyecto fue presentado a la junta facultativa y de enfermería del hospital Carlos Haya que aprobaron y respaldaron el proyecto. Asimismo, el CARE fue presentado en el distrito sanitario Málaga y en los centros de salud que habrían de derivar los pacientes susceptibles de beneficiarse de la alta resolución.

Inicialmente, los criterios estratégicos para selección de los procesos susceptibles de alta resolución fueron:

- Participación de los profesionales.
- Proceso específico de cada especialidad médica.
- Alta prevalencia.
- Susceptibles de resolverse en una sola visita.
- Con posibilidad de implantar las tecnologías y procedimientos previos para la alta resolución (fig. 1).

Finalmente, se procedió a elaboración de la Cartera de Servicios (básica obligatoria + complementaria), proceso realizado por los profesionales con la premisa explícita de dar respuesta en una única visita a los procesos de alta resolución. Esto, posteriormente, permitió configurar la estructura arquitectónica del centro, los equipos necesarios y sus instalaciones, dependencias, instrumental y sistemas⁽⁵⁾.

⁽⁵⁾ Una restricción impuesta en el diseño es que la tecnología reemplace y se adapte a la dotación existente de personal y niveles óptimos exigibles de conocimiento.

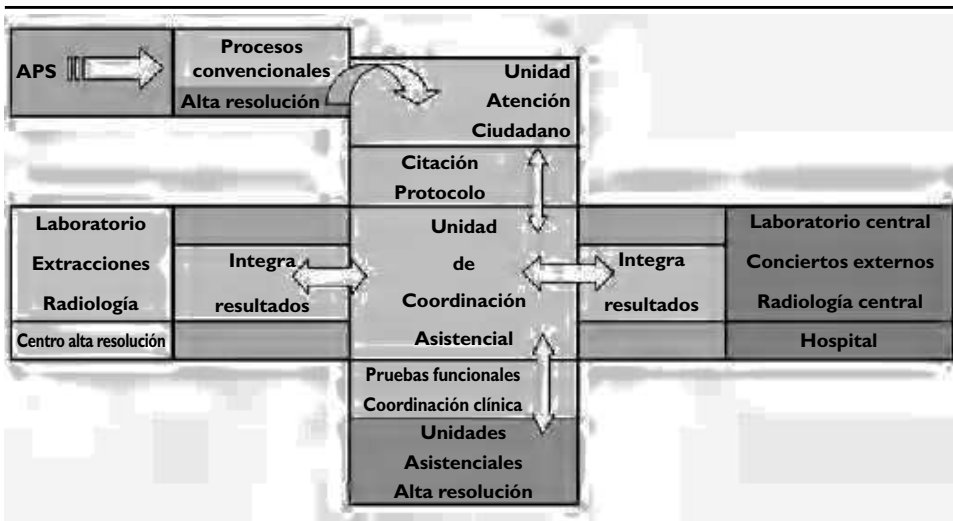


Figura 1. Relaciones funcionales.

Desde el primer momento se pretendía innovar en los esquemas funcionales y tecnológicos obsoletos de los antiguos ambulatorios, a la vez que explorar fórmulas de organización de servicios, que dentro del Sistema Público permitiera:

- Mejorar la oferta y prestación de servicios.
- Agilizar la capacidad de respuesta a las demandas de los ciudadanos.
- Enriquecer el trabajo de los profesionales.
- Descentralizar la toma de decisiones.
- Desarrollar la organización.
- Mejorar la relación primeras/sucesivas visitas, disminuyendo estas últimas de forma importante.

Resultados

El CARE fue inaugurado en noviembre de 2001, orientado a la consecución de la mayor resolución diagnóstica en el menor tiempo posible. Su filosofía y misión está ofreciendo a los usuarios la posibilidad de un diagnóstico rápido y eficaz de su problema de salud en una única visita.

Se consiguió poner en marcha un centro con innovaciones funcionales y organizativas, cuidando un elemento central para la eficiencia del modelo: desde el inicio se planteó aprovechar la experiencia de los profesionales existentes en el anterior ambulatorio convencional, no generando –como es frecuente en las in-

novaciones en gestión— nuevas estructuras de personal, administración y/o estructuras de control de gestión.

Aunque el edificio que alberga al CARE era un inmueble administrativo reformado en las 4 plantas originales, la posibilidad de que los profesionales definieran sus espacios profesionales tuvo una influencia definitiva en los resultados. En la planta baja se encuentran las Unidades de apoyo al diagnóstico y la coordinación clínica-administrativa. En las restantes plantas se distribuyen las diferentes consultas médicas, y en cada una de ellas se encuentra la Unidad de Coordinación Asistencial (UCA), verdadera innovación funcional en este medio. La administración del centro y la dirección se encuentran en la tercera planta.

La infraestructura básica del CARE que se definió consta de las siguientes estructuras:

1. Unidades asistenciales clínicas según procesos.

2. Unidades de apoyo al diagnóstico: laboratorio y radiología.

3. Unidades de Coordinación Asistencial (UCA): en esta Unidad el personal de enfermería, específicamente formado con el apoyo de administrativos y auxiliares, realiza el procedimiento de cita negociada con el paciente, recibe y aplica fases previas de los procesos protocolizados,

dispone de las pruebas específicas, recibe e integra los resultados y gestiona pruebas exploratorias externas. Finalmente, pone a disposición del médico al paciente con toda la información clínica necesaria según los protocolos preestablecidos.

4. Coordinación clínica-administrativa: esta Unidad gestiona con los usuarios elementos de atención al cliente, informática y archivo.

Antes de la puesta en marcha del CARE los pacientes encontraban enormes dificultades clínicas, organizativas y administrativas que obligaban a que para llegar a un diagnóstico se necesitara un promedio de 5 visitas al especialista y hasta 12 visitas más para citas, exploraciones y recogida de resultados.

Con la alta resolución, los pacientes con procesos protocolizados, en una única visita, pueden obtener su diagnóstico de confirmación e incluso en algunos casos el tratamiento. Para ello es determinante la correcta derivación que realiza el médico de Atención Primaria, seleccionando pacientes y orientando a la UCA en su trabajo con una correcta orientación diagnóstica.

Tras la instauración de la alta resolución, los procesos administrativos se simplifican al máximo, cumpliendo el requisito de que sea la información la que se mueva y no el paciente. Así, un médico de

Procesos visita única

Cirugía maxilofacial

- 1 Extirpación de lesiones benignas
- 2 Extirpación de restos radiculares
- 3 Extirpación decordales semiincluidos
- 4 Extirpación dental pacientes comprometidos
- 5 (Diabetes, alteraciones coagulación, hepatitis)
- 6 GIAAG y ATM

Urología

- 7 Dolor lumbar/cólico nefrítico
- 8 Hematurias
- 9 Hiperplasia benigna de próstata
- 10 Incontinencia
- 11 Infecciones T.U. Recidivantes
- 12 Patología escrotal

Cirugía general

- 13 Hernia inguinal y crural
- 14 Insuficiencia venosa periférica
- 15 Laparocelia primario y recidivante
- 16 Litiasis biliar
- 17 Recidiva herniaria
- 18 Sinus piloidal
- 19 Varices

Medicina Interna

- 20 Edema a filiar
- 21 Poliartrosis
- 22 Valoración riesgo vascular

Neumología

- 23 Asma con diagnóstico anterior
- 24 Asma sin diagnóstico anterior
- 25 Dolor costal excepto Sd. de Tietze
- 26 EPOC con diagnóstico anterior
- 27 EPOC sin diagnóstico anterior
- 28 Neumonía
- 29 SAOS

ORL

- 30 Disfonías
- 31 Epistaxis recidivantes
- 32 Obstrucción nasal crónica
- 33 Otosclerosis
- 34 Parálisis facial
- 35 Tapones difícil extracción
- 36 Presbiacusia

Cardiología

- 37 Cardiopatía HTA
- 38 Insuficiencia cardíaca
- 39 Valvulopatías

Traumatología

- 40 Epicondilitis
- 41 Gangliones
- 42 Gonalgia pacientes > 55 años
- 43 Hallus valgus
- 44 Hombro doloroso
- 45 Metatarsalgia
- 46 Poliartrosis pacientes > 55 años
- 47 Epicondilitis
- 48 Talalgia: espón calcáneo
- 49 Alteraciones de la marcha (infantil)
- 50 Escoliosis (infantil)
- 51 Patología de pie: plano, valgo (infantil)

Gastroenterología

- 52 Dolor hipocondrio derecho (origen biliar)
- 53 Diarrea (sangre/moco)
- 54 Dolor anal
- 55 Nódulo anal
- 56 Prurito anal
- 57 Rectorragia
- 58 Secreción/supuración
- 59 Tenesmo

Oftalmología

- N Cualquier proceso oftalmológico
- N No agudeza visual

ATM: diagnóstico patología articulación temporomaxilar; SAOS: síndrome de apnea obstructiva del sueño.

Tabla 1. Cartera de servicios del CARE

Nº de consultas	Primeras	Sucesivas	Relación sucesivas/primeras
Año 2000	133.246	87.057	0,65
Año 2001	120.909	75.356	0,62
Año 2002	132.934	68.952	0,51
Año 2003	167.654	64.215	0,38

Tabla 2. Evolución de la actividad del centro de alta resolución de especialidades desde su puesto en marcha en el año 2001

familia identifica un paciente con un posible proceso susceptible de ser tratado en el CARE, rellena el documento de derivación específico que existe y lo remite a su gestoría del usuario. Ésta remite la documentación a la coordinación clínica-administrativa del CARE, y en menos de 15 días el paciente recibe una cita. En esta cita se incluyen los horarios en los que el paciente debe realizarse las diferentes pruebas complementarias, así como su hora de consulta con el especialista.

Una vez diagnosticado, y en su caso tratado el paciente, el CARE remite a Atención Primaria el documento correspondiente con la exposición de lo realizado. De esta forma se cierra el círculo de la información.

La oferta de procesos de alta resolución del CARE se plasmó en un documento específico que sirvió para facilitar a los médicos de familia la derivación de procesos susceptibles de alta resolución; la oferta es la que se resume en la tabla 1.

Cada proceso de alta resolución tiene previamente especificadas las pruebas complementarias que necesita el especialista para establecer un diagnóstico y plantear un tratamiento. Esto permite a las UCA –en cada planta del edificio– realizar el plan de pruebas previas a la cita del paciente, de forma que éstas puedan realizarse en el mismo día y resolver en visita única, aunque el usuario pueda pasar varias horas en el CARE.

En la tabla 2 se expone la evolución de la actividad del CARE desde su puesta en marcha en el año 2001; se referencia la situación previa del centro de especialidades en el año 2000.

En las tablas 3 y 4 aparecen los resultados desagregados por especialidades de los diferentes procesos resueltos en visita única entre los años 2002 y 2003 respectivamente.

En la tabla 3 podemos observar como, además de los procesos de derivados desde Atención Primaria susceptibles de alta

Especialidad	Citados procesos alta resolución	Citados como convencionales	Totales 2002 visita única
Maxilofacial	1.319	1.073	2.392
Otorrinolaringología	928	2.445	3.373
Digestivo	1.022	655	1.677
C. general	930	817	1.747
Cardiología	1.582	1.809	3.391
Neumología	972	1.306	2.278
M. Interna	404	325	729
Traumatología	5.128	10.813	15.941
Urología	1.059	970	2.029
Dermatología	235		235
Oftalmología		1.644	1.644
Totales 2002	13.400	21.857	35.257

Tabla 3. Resultados desagregados por especialidades de los diferentes procesos resueltos en visita única en el año 2002

resolución (específicamente denominados CARE), un gran número de procesos derivados inicialmente como convencionales son procesados en alta resolución por las

propias Unidades del CARE, aspecto este relevante, ya que la producción de alta resolución convencional es superior al número de procesos citados inicialmente

Especialidad	Citados procesos alta resolución	Citados como convencionales	Totales 2003 visita única
Maxilofacial	1.638	1.112	2.750
Otorrinolaringología	1.325	2.555	3.880
Digestivo	1.300	1.325	2.625
C. general	1.802	1.125	2.927
Cardiología	1.973	1.983	3.956
Neumología	1.359	1.556	2.915
M. Interna	728	525	1.253
Traumatología	6.978	10.813	17.791
Urología	1.424	1.051	2.475
Dermatología	235	1.200	1.435
Oftalmología		4.856	4.856
Aparato locomotor	1.493		1.493
Totales 2003	20.255	28.101	48.356

Tabla 4. Resultados desagregados por especialidades de los diferentes procesos resueltos en visita única en el año 2003

como de alta resolución, lo que da idea de la potencialidad del modelo.

Conviene señalar que uno de los resultados más sorprendentes del CARE en sus inicios fue la capacidad de los clínicos y el personal de enfermería de la Unidad de Coordinación Asistencial para reorientar a alta resolución procesos que inicialmente eran derivados como procesos convencionales. Esto es posible gracias a la protocolización, a la generación de un “ambiente organizacional proclive a...” y a la disponibilidad *in situ* del apoyo y soporte diagnóstico que permiten en una única visita concluir procesos que precisaban hasta entonces más de una cita.

Con la experiencia que las distintas especialidades fueron acumulando la oferta suma y sigue, por lo que este esquema asistencial en visita única genera planteamientos multiplicativos de incrementar los procesos susceptibles de alta resolución, incorporándose al esquema especialidades que hasta ahora actuaban esencialmente en entornos estrictamente hospitalarios (Cirugía Maxilofacial, Alergología, Unidad de Aparato Locomotor, etc.).

Discusión

Desde el principio de su puesta en marcha uno de los principales problemas

con el que nos encontramos fue la adecuada selección por los médicos de Atención Primaria de los pacientes y procesos susceptibles de alta resolución, aspecto crítico que fue abordado por la Dirección del distrito y Directores de centros de salud trabajando directamente con los médicos, definiendo criterios, aclarando dudas y planteando opciones.

Otra de las dificultades fue la de ofertar, dentro de la misma ciudad, procesos de alta resolución en un solo centro, cuando el otro centro de especialidades de la capital de Málaga se encontraba en un proceso de reconversión organizativa y funcional. Este aspecto dirigió la demanda hacia este centro por parte de ciudadanos que se encontraban fuera del ámbito de población por la cual se financia este centro, y es una de las razones del incremento de primeras visitas totales en 2003. La disminución de tiempos dedicados a revisiones permite dedicar mayor tiempo a esta actividad.

Se considera que, tras la experiencia adquirida, un área de mejora del modelo es llegar a integrar aún más el proceso asistencial, llegando no sólo al diagnóstico, sino al tratamiento de alta resolución.

Los efectos de la filosofía organizativa del CARE han posibilitado encontrar renovados roles profesionales en médicos

especialistas, enfermeras, personal de gestorías de usuarios y auxiliares, que han abandonando el patrón consulta-médico, por otro espacio multifuncional-profesional, trabajo en equipo y versatilidad; incorporando nuevas técnicas diagnósticas y terapéuticas, en donde los factores tiempo-satisfacción-usuario son objetivos de éxito y la consecución de la consulta única para la mayor parte de los procesos el eje del diseño organizativo. Un ejemplo de esta nueva filosofía es el hecho de que el personal de enfermería no comparta consulta, salvo necesidad, con el médico especialista.

Desde el principio es muy importante elegir y acotar la filosofía y gestión de desarrollo de procesos y procedimientos clínicos que mejor se adapten a la cultura organizativa de los profesionales. La fase de implantación es la más compleja de cualquier proyecto, especialmente cuando se trata de cambios o rediseños en organizaciones sanitarias complejas. Esta fase determina el éxito o el fracaso del proyecto. Por ello, es esencial que se adopte una estrategia de implantación acomodada al tipo de organización y a la magnitud de los cambios que se ambicionan.

Es indispensable el liderazgo al más alto nivel y apoyar con los recursos po-

sibles y adecuados a los profesionales impulsores (especialmente a éstos). En el caso del CARE estas estrategias, en un corto espacio de tiempo, permitieron los siguientes son resultados:

1. Incremento de la satisfacción de los pacientes.

2. Rapidez en la respuesta asistencial: visita única.

3. Incremento de satisfacción de los profesionales.

4. Mejora de la coordinación de la Atención Primaria y la Atención Especializada.

La introducción de la filosofía de la alta resolución en la atención especializada de forma intensiva y extensiva, en el centro de especialidades del Hospital Carlos Haya de Málaga, supuso una auténtica transformación en los modelos de organización y oferta de servicios especializados.

Esta fórmula organizativa mantiene el difícil equilibrio funcional y económico (entrada/salida) que cualquier sistema complejo e integrado requiere. Además, añade “valor” a las derivaciones de Atención Primaria de Salud para la resolución de procedimientos diagnósticos y terapéuticos en Atención Especializada.

La buena acogida del proyecto en la organización del Servicio Andaluz de

Salud y en el núcleo profesional del centro, traducido en resultados positivos del CARE, se debe fundamentalmente a la:

- Continuidad asistencial garantizada entre ambos niveles: Atención Primaria y Especializada.

- Oferta amplia de procesos CARE.

- Rapidez en la atención especializada.

- Organización funcional orientada al paciente.

- Edificio con los recursos tecnológicos adecuados.

- Nueva organización de los recursos humanos orientada a la alta resolución.

- Simplicidad en los circuitos administrativos.

- Movilización de la información, no de las personas.

- Nueva y buena relación interniveles.

- Introducción de la innovación y la mejora continua.

- Utilización de la reingeniería de procesos como metodología válida.

- Legitimación de la provisión pública de servicios sanitarios, al asegurar la equidad, eficiencia y efectividad de la atención al ciudadano.

El compromiso que para el sistema público sanitario de Andalucía ha supuesto que los ciudadanos y los profesionales aprueben y acepten el modelo de atención en alta resolución, invita a

profundizar en el mismo y a impulsar a este tipo de centros CARE a mejorar y a innovar.

Nuevos retos como la ampliación de la cartera de servicios (procesos de alta resolución) en las especialidades ya ofertadas, nuevas especialidades susceptibles de ofertar alta resolución como Alergología, Anestesia-Unidad del dolor y Reumatología, o la creación de nuevas Unidades multidisciplinarias que integren a diferentes especialidades médicas, son elementos a desarrollar.

Los servicios sanitarios públicos se enfrentan en la actualidad a nuevos desafíos relacionados con el reconocimiento de los derechos de los pacientes, a proveerse de servicios con garantías, o a elegir el tipo de prestación sanitaria.

Estas realidades apremian a la legitimación y a que los provisos públicos de servicios exploren variantes de atención encaminados a la excelencia y a las expectativas de los ciudadanos. La alta resolución como filosofía de atención especializada contribuye a la legitimación de los sistemas públicos sanitarios.

La Consejería de Salud de Andalucía está impulsando este modelo en todos sus centros asistenciales. La continuidad del CARE va a depender, en cual-

quier caso, de que la nueva dirección del centro siga impulsando y tutelando este proyecto.

Y para finalizar, una vieja receta: no abandonar de forma prematura una buena idea, tener paciencia y tenacidad, comprometer y activar el desarrollo del proceso; el éxito y reconocimiento cuestan algo más de tiempo.

Agradecimiento especial

A la Dra. Catalina Sánchez Morales, ex Subdirectora Médica del Centro de Alta Resolución de Especialidades del Hospital Carlos Haya de Málaga, responsable inicial de su puesta en marcha; con su esfuerzo y dedicación fue posible llevar a cabo esta idea.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Alonso JP, Febrel M, Huelin J. Factores asociados a la derivación inadecuada entre atención primaria y especializada: estudio cualitativo en médicos de atención primaria. *Gaceta Sanitaria*. 2000;14:122-30.
- Boix JH, Álvarez F, Tejeda M, Sáiz E. Análisis de opinión de los usuarios sobre la asistencia prestada en las consultas externas de un hospital y su centro de especialidades: componentes y diferencias. *Gestión Hospitalaria*. 1995;4:32-7.
- Bonfill X. Asistencia sanitaria basada en la evidencia. Barcelona: Novartis; 2000.
- Complejo Hospitalario Carlos Haya. Memoria General 1999, 2000, 2001. 2002. Málaga.
- García de Ancos J. Sueños y realidades del NHS británico. La atención primaria como puerta de acceso a servicios de salud. *Gaceta Sanitaria*. 1999;13(5):407-9.
- Gené J. El papel de filtro del médico de cabecera y la reforma del National Health Service vista desde Barcelona. *Gaceta Sanitaria*. 1999;13(5):410-2.
- Hammer M, Champy J. Reingeniería de la Empresa. Barcelona: Parramón; 1997. Capítulos 1-3.
- Ibern P. El sistema de atención de salud (Cap. IV). En: Álvarez C, Peiró S. editores. Informe SESPAS 2000. La Salud Pública ante los desafíos de un nuevo siglo. Granada: EASP, SESPAS; 2000. p. 339-45.
- Lamarca I, Cañís A. El programa de Acciones para el Paciente (ACPA), una metodología para la Atención Focalizada al Paciente. *Gestión Hospitalaria*. 1997;2:34-41.
- Martínez J. La Coordinación de niveles como reto para la construcción del Sistema Nacional de Salud. Ponencia I Jornadas de comunicación Asistencia hospitalaria-Atención Primaria, Aracena (Huelva) 12 de diciembre de 1992. Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Oterino D, Peiró S, Calvo R, Sutil P, Fernández O, Pérez G, et al. Utilización inadecuada de un servicio de urgencias hospitalario. Una evaluación con criterios explícitos. *Gaceta Sanitaria*. 1999;13(5):361-70.
- Peiró S, Sempere T, Oterino D. Efectividad de las intervenciones para reducir la utilización inapropiada de los servicios hospitalarios de urgencias. Revisión. *Boletín de la AES, Economía y Salud*. Abril 1999. Informe Técnico n.º 2.

- Plan Estratégico Imaginar el futuro del Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga. 1999.
- Repullo J, Fernández R. Rediseñar la Atención Hospitalaria (Cap. IV). En: Álvarez C, Peiró S, editores. Informe SESPAS 2000. La Salud Pública ante los desafíos de un nuevo siglo. Granada: EASP, SESPAS; 2000. p. 371-80.
- Rey J. Algunas notas para el diseño de los Servicios Públicos en una España Federal. *Rev Admin Sanit.* 2000;4(15):107-43.
- Ribas E, Portellas E. Optimizar los recursos y la gestión de los Servicios Sanitarios (Cap. IV). En: Álvarez C, Peiró S, editores. Informe SESPAS 2000. La Salud Pública ante los desafíos de un nuevo siglo. Granada: EASP, SESPAS, 2000. p. 357-61.
- Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Contrato Programa de los Hospitales del SAS 2001-2004.

