

REIMAGINAR EL SERVICIO DE ADMISION A LA ATENCION ABIERTA

Cuad. Méd. Soc. XXXVIII, 3, 1997/ 38-40

*Dr. Mario Parada L.**
*Dr. Alvaro Retamal M.***
*Sra. María Jorquera L.****

SUMMARY

Within the Reference Centre of Hospital San Martín, Quillota, the Ambulatory Care Admission Unit, which previously was a source of complaints from the users, has been improved through the formatization of the admission procedures, better coordination with peripheral facilities and proper organization of the doctor's agendas.

Key words: Ambulatory Care Admission Unit, Diagnostic Reference Centre.

RESUMEN

En el Centro de Referencia del Hospital San Martín de Quillota se encuentra la Unidad de Admisión Abierta, la cual cumple con el rol fundamental de ser el punto de relación entre los usuarios y los dispositivos de atención ambulatoria del establecimiento. Dadas las múltiples dificultades en el funcionamiento adecuado de esta unidad y los altos niveles de insatisfacción de los usuarios, detectados en el diagnóstico de situación, se da inicio a un proceso de modernización de esta unidad tendiente a contribuir a la mejoría global de la calidad de la atención entregada, a mejorar la cobertura de atención y a transparentar los mecanismos de acceso a la atención ambulatoria.

Luego de un año de trabajo se han alcanzado logros concretos a través de la mecanización de los procesos de admisión, coordinación más eficaz con los niveles locales y una mejor organización de las agendas médicas.

Palabras clave: Unidad de Admisión a la Atención Abierta, Centro de Referencia Diagnóstica.

INTRODUCCION

El establecimiento ha iniciado una política de cambio respecto a la tradicional hegemonía de la actividad en sala, generando el polo de desarrollo ambulatorio, el cual incluye la actividad realizada

en la Unidad de Emergencia, el Consultorio de Especialidades (CAE) y la Unidad de Procedimientos Médicos (UPM). En ese contexto se decidió fusionar el CAE con la UPM constituyéndose el Centro de Referencia Diagnóstica (CRD), con una jefatura única y con jerarquía de Jefatura de Ser-

* Médico Salubrista, Centro Referencia Diagnóstica del Establecimiento.

** Pediatra, suplencia Urgencia.

*** Jefe Estadística.

vicio Clínico, dependiente de la Subdirección Médica del Hospital.

Paralelamente se efectuó otro cambio organizacional, que implicó que el tradicional Servicio de Orientación Médica (SOME) se dividiera, desapareciendo como tal, formándose dos unidades:

Departamento de Estadísticas, el cual depende de la Subdirección Administrativa y cumple con las funciones de estadísticas generales del establecimiento, archivo y admisión a la atención cerrada.

Unidad de Admisión Abierta, dependiente de la Jefatura del CRD.

SITUACION INICIAL

En el diagnóstico inicial se detectaron los siguientes problemas:

- Existencia de un "cuello de botella" en la atención ambulatoria.
- Los pacientes se retiraban del consultorio sin tener hora para próximo control, había dificultades para la notificación de fechas de citación (lo que acarrea pérdida de horas), y faltaba una solución adecuada a las ausencias médicas no programadas.
- Lista de espera sobredimensionadas por falta de mecanismos de actualización adecuados.
- No había un manual de operaciones, que permitiera estandarizar y controlar de mejor manera los procesos involucrados.
- Necesidad de definir un liderazgo diferente para esta unidad a fin de mejorar la coordinación con los médicos.

OBJETIVOS

Como un componente del objetivo de implementar un plan de mejoramiento de la atención ambulatoria, se definen las siguientes funciones principales de la Unidad de Admisión a la atención abierta:

1. Administración de horas destinadas a atención abierta (consultas médicas y procedimientos diagnósticos y terapéuticos).
2. Administración de las listas de espera para atención abierta.
3. Coordinación de hospitalizaciones programables.
4. Mantenimiento y actualización del archivo "Tarjetero Índice" (base de datos de pacientes).
5. Abrir y confeccionar nuevas fichas clínicas.

6. Coordinación con la red asistencial que deriva pacientes.

7. Asignar cupos a la red para que sean administrados localmente.

METODOLOGIA

En el primer trimestre de 1996 se modificó el sistema de dación de horas y procesamiento de listas de espera, con apoyo de un conjunto de programas de computación de desarrollo local, mecanizándose de las siguientes operaciones:

- A. Manejo de la disponibilidad teórica de horas médicas para consulta y procedimientos.
- B. Programación de las atenciones ambulatorias de acuerdo a la disponibilidad real de horas (acorde con las ausencias médicas programables).
- C. Depuración de las listas de espera ambulatoria.
- D. Mantenimiento y actualización del tarjetero índice.
- E. Citación a pacientes en listas de espera (a través de correo o de la red asistencial según corresponda).

Además el sistema permite imprimir planillas para el registro diario de la actividad médica y tarjetones de reemplazo de las fichas clínicas que salen del archivo. Para la operación del sistema se instalaron terminales en las ventanillas de atención de pacientes y en la oficina de administración de interconsultas.

Por otra parte, se inició en algunas consultas el sistema de asignación de horas de control a través de un cuaderno manejado por el médico.

Se definieron porcentajes de pacientes nuevos y de controles para cada especialidad.

Se inició un proceso de citación en horarios diferidos, de acuerdo al horario médico y a los índices normativos de rendimiento.

Se incorporó en forma descentralizada criterios clínicos de priorización de las interconsultas.

Se inició la definición de normas de derivación de estudio previo en el nivel primario en los establecimientos de nivel primario.

Se coordinó con el nivel primario la devolución de interconsultas pendientes para su reevaluación a nivel local, la entrega de cupos para algunas especialidades, y la recepción de nóminas de pacientes a atender con al menos tres días de antelación a la fecha de atención.

Paralelamente se tomaron medidas para restringir la derivación de pacientes desde la unidad de emergencia y otras fuentes no formales, dismi-

nir la demanda interna constituida por las citas a control, y aumentar la disponibilidad de horas de atención para primeras consultas.

Se procuró mejorar la eficiencia del funcionamiento del archivo de fichas clínicas (unidad dependiente de Estadísticas).

Se redactó un manual de operaciones de admisión.

Por último, se contrató a un médico para dirigir los cambios y mejorara la coordinación del CRD con los servicios clínicos.

RESULTADOS

- I. Mejoría en la calidad de la atención al usuario externo e interno ya que se mejoran y transparentan los procesos de entrega de horas, asignación de cupos. Además se disminuyeron los errores por registro manual y se disminuyó el tiempo de espera de los pacientes al estar el sistema mecanizado. Se ha logrado disminuir el grado de burocracia en la entrega de horas en las especialidades con sistema de cuaderno. Se ha reducido en un 20 por ciento el número de pacientes inasistentes a la consulta. Se mejoró la coordinación con archivo de tal manera que disminuyó el número de pacientes sin ficha a la hora de ser atendido por su médico.
- II. Mejoría de la administración de las listas de espera tanto de consultas externas como de

hospitalizaciones programables, reduciéndola y depurándola.

- III. Mejoría del apoyo administrativo a los médicos en el sentido de organizar de una manera más apropiada y planificada las agendas de atención abierta mejorando la coordinación de las ausencias programables con los jefes de servicios clínicos.
- IV. Se publicó el manual de admisión.
- V. Se formuló un proyecto de humanización de la atención en la unidad, el cual persigue generar el sistema de ventanilla única, con atención personalizada y modular de los usuarios.

DESAFIOS PENDIENTES

- Aprobación y financiamiento del proyecto de humanización de la atención en admisión.
- Avanzar en los procesos de asignación de horas diferidas, descentralización de cupos en APS, definición de protocolos de derivación, dación de horas por sistema computacional.
- Profundizar los mecanismos de coordinación con los establecimientos derivadores, con los servicios clínicos y unidades de apoyo.
- Modernizar los programas computacionales existentes de manera de mejorar la calidad de las salidas para su uso en gestión clínica y administrativa.