

¿Cómo mejorar la gestión de los servicios de neumología?

H. Verea Hernando

Jefe de Servicio de Neumología. Hospital Juan Canalejo. A Coruña.

¿Es posible mejorar la gestión de los servicios de neumología? No sería bueno responder a esta pregunta sin definir algunos conceptos e interpretar el escenario actual en que se ejerce la neumología. Para evitar suspicacias e imprecisiones, debemos recordar que gestionar es sinónimo de administrar que, a su vez, significa poner esmero y diligencia en la realización de una cosa, con una connotación más concreta en el caso de gestionar, más encaminada al logro de algo (en nuestro caso, mejorar la salud respiratoria de la población). Otros términos que ayudan a precisar el concepto son *dirigir*, *manejar* (dirigir en sentido figurado), *guiar*, *negociar* y *procurar* y, en sentido contrario, igualmente clarificadores son los antónimos *derrochar*, *malversar* y *prodigar*. Yo diría que, en su acepción más amplia, gestionar es organizar. Por lo tanto, las posibles mejoras en la gestión de un servicio de neumología deben encaminarse a perfeccionar la organización para fomentar y mejorar la salud respiratoria en el entorno.

En la actualidad, y al contrario de lo que ocurría en la época de mayor expansión hospitalaria, es general la creencia de lo limitado de los recursos sanitarios, lo que contrasta con su mayor consumo por una población cada vez más necesitada y, a la vez, mejor informada¹. Somos testigos del rápido cambio en la organización y prestación de los servicios en todos los ámbitos de la vida, pero de una manera muy particular en el sector sanitario. Para algunos, estos cambios, que sin duda se acentuarán en el futuro inmediato, significan los albores de una nueva época, denominada poscapitalista, que se caracterizaría por la transformación de las relaciones jerárquicas tradicionales y el fuerte dominio de las corporaciones². El papel del profesional liberal se tendrá que adaptar definitivamente a la cultura de grupo, en organizaciones más planas que descentralizarán sus decisiones operativas y en las que los profesionales tendrán más responsabilidad y poder, pero a cambio de asumir mayores riesgos, unas reglas parecidas a las del mercado y regidas por la demanda y la competencia. Es en este contexto en el que debemos situarnos; los cambios se-

rán mucho más rápidos en los años venideros que en el pasado reciente y sería un tremendo error no pensar en ellos por anticipado; los escépticos deberían recordar lo ocurrido en el sector de comunicaciones. Los hospitales, agrupaciones de unidades *integradas* con múltiples interdependencias y cometidos no perfectamente delimitados, ya han comenzado a sufrir una redefinición, y en el caso español es más que posible su transformación jurídica y laboral en fundaciones³. Pero, además, ha surgido la cultura de la orientación a los procesos, la descentralización, y el hospital se abre decididamente a la coordinación y cooperación con la atención primaria, un sector con gran poder como orientador de la demanda⁴. Con estos cambios contextuales no es raro que se identifique la gestión con acciones propias del mundo de la empresa, cuando, sin dejar de serlo, las mejoras más genuinas que los clínicos podemos introducir en los servicios deben ser fundamentalmente médicas⁵ (*clínica* hace referencia a la parte práctica del ejercicio de la medicina) y con un acento muy especial en los valores éticos de nuestra profesión.

Un servicio se define como especializado en la medida que da asistencia a enfermedades concretas, cuya complejidad excede la capacidad de la atención por generalistas. Pese a las distintas dimensiones cuantitativas y cualitativas de los diferentes servicios del país (docencia pre o posgraduada, ser unidad de referencia, etc.), son más los aspectos comunes que las diferencias: sus características son las actividades (no sólo asistenciales) y el patrimonio (los recursos), y es precisamente en estas características donde debemos buscar oportunidades de mejora. En primer lugar, para dimensionar qué actividades deben merecer nuestra atención preferente, es imprescindible conocer los datos propios y cuantificar los procesos más frecuentes. No se trata de decidir qué es del neumólogo, sino seleccionar las enfermedades que por su complejidad se benefician del manejo por especialistas y tienen más peso en los sistemas de codificación y medida⁶. Hacia ellos debemos orientar las modalidades organizativas que mejor se adapten a nuestras circunstancias e intereses de producción, partiendo de la base de que, debido a los costes por internamiento, lo que más se prima es la atención de corta estancia y ambulatoria. Así, si detectamos estancias inadecuadas en procesos subsidiarios de estudio ambulatorio, como el cáncer de pulmón⁷, una buena solución puede ser manejarlos en consultas monográficas de resolución rápida.

Correspondencia: Dr. H. Verea Hernando.
Servicio de Neumología. Hospital Juan Canalejo.
As Xúbias, s/n. 15006 A Coruña.
Correo electrónico: hvrea@separ.es

Recibido: 18-1-00; aceptado para su publicación: 2-1-00.

(Arch Bronconeumol 2000; 36: 233-235)

Incluso pacientes que requieren técnicas invasivas para su diagnóstico se pueden seguir en régimen ambulatorio siempre que el hospital garantice un equipo de especialistas responsables y con experiencia⁸. Otro enfoque es evitar los múltiples reingresos mediante unidades de seguimiento ambulatorio especializado, fórmula que combinada con la rehabilitación ha demostrado ser efectiva en la insuficiencia respiratoria crónica avanzada⁹. En este mismo sentido, se pueden plantear líneas de mejora y ajustar las necesidades del servicio a la demanda intra y extrahospitalaria mediante un hospital de día neumológico, un modelo especializado cuyas ventajas ya han sido claramente demostradas¹⁰.

No debemos olvidarnos de la problemática social de muchos de nuestros pacientes, ancianos y crónicos, cuyas estancias se prolongan por motivos no estrictamente médicos⁷. No es ocioso pensar en fórmulas que involucren a instituciones no hospitalarias y otros apoyos, como se ha hecho para el control racional de la tuberculosis¹¹. También, aunque su diseño y operatividad sean competencia de otras áreas de decisión, conviene avanzar en modalidades de atención no convencionales, como unidades de subagudos y paliativos, hospitalización a domicilio y hotel de pacientes. En nuestra experiencia esta última opción es una fórmula muy bien aceptada por médicos y familias, que permite flexibilizar determinadas estancias de un modo razonable y muy eficiente. En el mismo sentido, una cultura global de atención centrada en el usuario nos exige rediseñar las tareas eliminando las reiteraciones innecesarias, mejorando la calidad de la asistencia, la relación coste-efectividad y, en definitiva, dignificando el servicio al paciente. Una primera aproximación puede ser fomentar la cooperación con los equipos de atención primaria locales y realizar alianzas estratégicas con otros servicios hospitalarios en forma de equipos multidisciplinarios¹². Un desafío mayor implica agrupar los procesos asistenciales involucrando a otros servicios¹³, uno de los cimientos de los nuevos modelos de corte empresarial (áreas, institutos) de los que en el ámbito de la neumología y cirugía torácica ya hay resultados iniciales en nuestro país, y en cuyo horizonte incluso se entrevé una relativa autonomía presupuestaria con posibilidad de autogestión del patrimonio.

Las mejoras de gestión no pueden pasar sin un plan de crecimiento, mantenimiento y reposición de recursos tecnológicos, pero más determinantes que los propios instrumentos son las mejoras conceptuales, es decir, la adecuación racional de los procedimientos siguiendo los mejores atributos de la práctica clínica, la eficacia, la eficiencia, la efectividad y la seguridad⁵. En esta línea deberemos tomar conciencia del estado de nuestro conocimiento, ignorancia e incertidumbre¹⁴ y elaborar guías clínicas¹⁵. Este proceso es idóneo para iniciar a los especialistas en formación, pero también para generar una doctrina de consenso dentro del grupo y, si se apoyan en evidencias científicas, una fácil aceptación por los especialistas y generalistas que derivan a los pacientes¹⁶.

La dotación humana es el recurso más valioso y, según mi criterio, lo que auténticamente define a un servicio especializado. Es aquí donde el hospital y el servi-

cio deberían invertir el máximo de los esfuerzos: definiendo la plantilla teórica y reclamando las insuficiencias, racionalizando las cargas de trabajo, estimulando, motivando y aprovechando al máximo los escasos incentivos que permite el sistema (p. ej., períodos sabáticos de formación continuada). El lugar del neumólogo y los beneficios que aportamos al sistema sanitario son bien conocidos¹⁷, pero probablemente mal difundidos, en ese sentido debemos ser proactivos, implicándonos en las comisiones de calidad para mantener un flujo de información interactiva y de influencia con el resto del hospital. Pero, sobre todo, deberíamos esforzarnos en demostrar de forma fehaciente las ventajas económicas de nuestra actividad, tal como lo hacen otros especialistas¹⁷. Para ello, hay que reinterpretar y rediseñar las aportaciones científicas con una nueva perspectiva, reorientando la práctica cotidiana hacia lo razonablemente efectivo, naturalmente sin abandonar la vocación altruista de la profesión médica y sin dejar de reconocer que, muchas veces, la mejor medida es la dictada por el sentido clínico, es decir, la subjetividad y la experiencia^{5,19}.

Un problema particular del trabajo de los especialistas es su ubicación y el tipo de tareas a desempeñar. En un sector tan vinculado a la tecnología, con áreas cambiantes y en rápida obsolescencia, el dilema de superespecializarse en aspectos complejos o desempeñar tareas múltiples puede acabar en conflicto; la solución depende de circunstancias locales y personales, pero, como tantas veces ocurre, la virtud no suele estar en los extremos. Son muchas las dificultades para evaluar la calidad del trabajo médico, y en el momento actual poco viables²⁰; por ello, una buena filosofía puede ser buscar el ajuste equilibrado entre los profesionales y las tareas, procurando que el beneficio para las partes sea el máximo²¹. No hay que olvidar la tarea de enfermería, cuya aportación y protagonismo serán decisivos en el futuro ante el advenimiento de la telemedicina y de nuevos "productos" como la asistencia a domicilio^{22,23}; no en balde hay que reconocer su experiencia en programas de educación de salud y seguimiento²⁴.

Hay aspectos más técnicos, como la dinámica de las listas de espera²⁵, que son muy importantes en una especialidad con gran actividad de consultas externas. Naturalmente, también habrá que hacer hincapié en la política económica financiera del hospital, en el plan director para adaptarse a las necesidades cambiantes, en las dependencias, en los fungibles, en los recursos menos tangibles de investigación, formación y educativos, en los planes de evaluación, etc., así como en la calidad percibida por los pacientes. Pero su magnitud real y posibles soluciones dependen exclusivamente de la dedicación y calidad de la *gente* del servicio. En ellos deben volcarse los responsables de la institución para llevarlo a los límites de la excelencia.

Y, finalmente, ¿puede una sociedad científica contribuir a mejorar la gestión de los servicios? Precisamente, su papel es decisivo para impulsar normativas clínicas y fomentar el aprendizaje y uso racional de las nuevas tecnologías, pero también para generar un *brainstorming* colectivo buscando iniciativas. En ese sentido po-

demos estar satisfechos ya que, en buena medida, las comunicaciones de *Gestión Clínica SEPAR* en los últimos congresos contienen excelentes propuestas para profundizar en el cambio y mejora de nuestros servicios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Koeck C. Time for organisational development in healthcare organisations. *BMJ* 1998; 317: 1267-1268.
2. Drucker PF. La sociedad poscapitalista. Barcelona: Apóstrofe, 1993.
3. Bestard JJ. La autonomía de gestión. *Diario Médico*, 28 abril 1999.
4. Aranaz J, Buil JA. Gestión sanitaria: acerca de la coordinación entre niveles asistenciales. *Med Clin (Barc)* 1996; 182-184.
5. Ortún V. Clínica y gestión. *Med Clin (Barc)* 1995; 104: 298-300.
6. Casas M, Varela J. Gestión clínica: instrumentos y potencialidades. *Todo Hospital* 1994; 105: 61-68.
7. Bañeres J, Alonso J, Broquetas J, Antó JM. Ingresos hospitalarios inadecuados y días de estancia inactivos en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica y neoplasia pulmonar. *Med Clin (Barc)* 1993; 100: 407-411.
8. Villena V, López Encuentra A, De Pablo A, Echave-Sustaeta J, Álvarez C, Martín Escribano P. Diagnóstico ambulatorio de los pacientes que precisan biopsia pleural. Estudio de 100 casos consecutivos. *Arch Bronconeumol* 1997; 33: 395-398.
9. Guëll R, González A, Morante F, Sengenís M, Sotomayor C, Caballero C et al. Mejor en casa: un programa de asistencia continuada para los pacientes con enfermedad respiratoria crónica avanzada. *Arch Bronconeumol* 1998; 541-546.
10. Sauret J. Hospital de día respiratorio. *Arch Bronconeumol* 1991; 27: 337-380.
11. Coker R. Lessons from New York's tuberculosis epidemic. *BMJ* 1998; 317: 616.
12. Martínez González-Río J. Papel del neumólogo en el tratamiento del cáncer de pulmón. *Arch Bronconeumol* 1999; 35: 470.
13. Grau Sociats J, Trilla García A. Reingeniería: el hospital orientado al paciente. En: Asenjo MA, editor. *Gestión diaria del hospital*. Barcelona: Masson S.A., 1998.
14. Godlee F, editor. *Clinical evidence*. Londres: BMJ Publishing Group, 1999.
15. Martín Escribano P, López Encuentra A. Pautas de práctica clínica en neumología (algoritmos clínicos y procedimientos). Madrid: Idepasa, 1996.
16. Grol R, Daihuisen J, Thomas S, Veld S, Rutten G, Mokkin H. Attributes of clinical guidelines that influence use of guidelines in general practice: observational study. *BMJ* 1998; 317: 858-861.
17. Morell F. Neumólogos hospitalarios, dónde, cuántos, cuándo. *Jano* 1990; 39: 11.
18. Smith JT, Price C, Stevens PM, Masters KS, Young M. Does pediatric orthopedic subspecialization affect hospital utilization and charges? *J Pediatr Orthop* 1999; 19: 553-555.
19. Rodenstein DO. La trampa de la gestión en medicina. Introducción a una discusión necesaria. *Arch Bronconeumol* 1999; 35: 544-549.
20. Casalino L. The unintended consequences of measuring quality on the quality of medical care. *N Engl J Med* 1999; 341: 1147-1150.
21. Montesinos A. Les relations humaines à l'hôpital. *Gestions Hôpitalières*, 1995; 351 (Supl): 807-812.
22. Gravil JH, Al-Rawas OA, Cotton MM, Flanigan U, Stevenson RD. Home treatment of exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease by an acute respiratory assessment service. *Lancet* 1998; 351: 1853-1855.
23. Callaghan S. ACTRITE: acute chest triage rapid intervention team. *Accid Emerg Nurs* 1999; 7: 42-46.
24. Pal B. Following up outpatients by telephone. *BMJ* 1998; 316: 1647.
25. Findlay R. Getting to grips with waiting times. *Clin Management* 1998; 7: 41-45.