



FORO DE DEBATE

Gestión clínica 2.0

Nuevas perspectivas para una nueva década

13 de octubre 2009 Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada



Escuela Andaluza de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SALUD

LA ORGANIZACIÓN DEL CENTRO DE SALUD. ¿CÓMO TRABAJAR MEJOR?

Lorenzo Arribas Mir. Médico de familia. Centro de Salud La Chana. Distrito Sanitario Granada.

Una buena organización es importante¹, sobre todo cuando se trata de hacer frente a grandes cargas de trabajo, algo habitual en muchos centros de salud. Pero grandes cargas de trabajo pueden paralizar toda posibilidad de organizarse. Ante una gran presión muchas veces solo se responde sobreviviendo, y el círculo vicioso, presión / desorganización, podría no detenerse. Los años convierten en normal lo que nació para sobrevivir y luego persiste de cualquier manera. No podemos olvidar los años de trabajo del médico de familia en condiciones de soledad y extrema dureza, algo que aún hoy se sigue dando. Solos en grandes equipos. Solos rodeados de otros profesionales. La peor soledad. Al tratar aquí de cómo organizarnos mejor, vamos a ser autocríticos, pero sin llegar a autoinculparnos. No se puede asumir que ha habido unos centros mal organizados solo por culpa de los médicos. No es eso. Ideas brillantes las han tenido muchos. Y algunos gestores han desconfiado enormemente de su gente. Enfermeras y administrativos también tienen lo suyo. El tema es complejo. Pero hay que organizarse mejor en los centros de salud. Este es el objetivo de esta ponencia.

En general, la población siempre ha tenido un médico de familia de referencia. Pero excepcionalmente esto se daba con los otros profesionales del centro. No es fácil dismantelar los servicios dispensarizados de enfermería, y a veces de médicos. Son frecuentes las organizaciones de enfermería con cuartos de curas, salas de extracciones, vacunas, pruebas complementarias, en las que las enfermeras realizan tareas por turno rotatorio, basados en calendarios y no en su población de referencia. El "cuadrante" es el eje de este panorama. Si se suele encontrar el

referente de enfermería para otras actividades, pero no todo lo deseable, y además enfermería no dispone con facilidad de espacios, consultas, donde tener una ubicación de referencia en el CS que permita desarrollar plenamente sus labores personalizadas. Los médicos, trabajaban gran parte de la jornada en condiciones de soledad y extrema dureza, sin apenas apoyos cercanos que puedan influir positivamente para realizar una mejor atención de sus consultas, que se alargan con frecuencia por encima de la jornada laboral y/o se viven con mucha presión. Los administrativos permanecen habitualmente ubicados en un mostrador, lejos de las consultas, física y funcionalmente, con poca flexibilidad y capacidad para colaborar más intensamente en las demandas del centro, muchas de las cuales podrían resolver.

En el año 2004 realizamos una reestructuración general de nuestro centro, para conseguir una mejor atención a la población y una mayor satisfacción de los profesionales, mediante un funcionamiento pleno de unidades de atención familiar (UAF), médico - enfermera - administrativo, como referentes de atención personalizada para la población. Es lo que queremos compartir.

LA UNIDAD DE ATENCIÓN FAMILIAR PLENAMENTE DESARROLLADA.

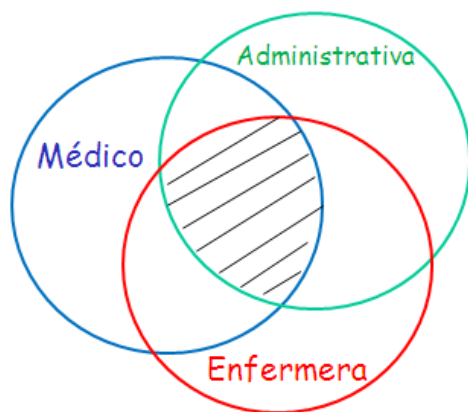
Sobre ella pivota todo el cambio. Es una UAF de referencia funcional y física. Los pacientes tienen unos espacios específicos donde se ubican su médico, su enfermera y su administrativo de familia. No es un espacio

virtual ni general, se trata de un auténtico espacio personalizado de trabajo en el que los 3 tipos de profesionales se ubican muy próximos en despachos contiguos (Figura 1) e interaccionan (Figura 2).

Figura 1. Ubicación de los profesionales.

M	E	A	E	M
Sala de espera			Sala de espera	

Figura 2. Interacción de los profesionales



Sus horarios son los mismos, los tres tipos de profesionales coinciden plenamente en la misma jornada laboral. El acto único es un objetivo primordial, la desburocratización de la consulta médica se desarrolla más plenamente, y todos los profesionales quedan más cercanos a los pacientes. Desaparecen las tareas dispensarizadas de enfermería, los administrativos abandonan los mostradores y se ubican junto a la consulta del médico.

Enfermería dispone de una consulta contigua y comunicada interiormente con la del médico, solo interrumpida para la atención domiciliaria,

con una agenda única y abierta para todas sus tareas. La UAF, indistintamente de cual de sus miembros se trate, intenta resolver las demandas de su población, todos se vuelven mas polivalentes para alcanzar ese objetivo.

EL ADMINISTRATIVO DE LA UAF

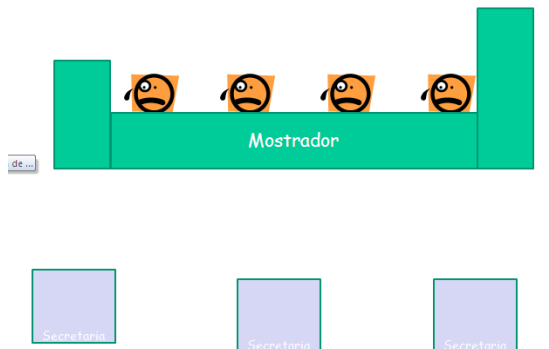
Abandona el mostrador para ubicarse entre dos UAF. Es el administrativo de dos cupos y estos son su población de referencia. Realiza una labor de secretaría personalizada. Su puesto de trabajo debe dispone de ordenador (Diraya) conectado a la red del centro y un teléfono directo para los pacientes de sus UAF.

Las funciones del administrativo de la UAF pueden ser múltiples, siendo en líneas generales la puerta de entrada de la UAF, un paso previo a las consultas del médico o enfermera. Cada UAF diseña unas líneas de actuación, pero se intenta cierta homogeneidad en el centro.

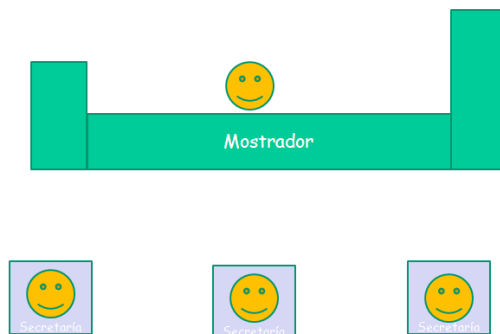
Un ejemplo de funciones que desarrollan desde este puesto son: renovación de tratamientos, actualización de recetas electrónicas, partes IT, tramitar informes balnearios, tramitar informes varios, citas, control sala espera, atender llamadas telefónicas, subsanar errores, detectar excepciones, mantenimiento consulta, apoyo a enfermera, apoyo a médico, gestión de analíticas, mantiene BDU, mantiene Hª Clínicas, visados, urgencias, localizar pacientes, control agendas M y E, gestión de pruebas complementarias, informa a los pacientes, cita especialistas, localiza a E y M, informa retrasos consulta, lima tensiones, prevención, captación, gestión del correo, trato personalizado. Es una pieza clave^{2, 3}.

Figuras 3 y 4. Funciones del administrativo de la UAF

Del mostrador a la secretaría de la UAF (1)



Del mostrador a la secretaría de la UAF (2)



LA ENFERMERA

Abandona los cuartos de curas y áreas de servicios generales. Realiza su trabajo en una consulta contigua a la del médico, comunicada con esta. Su agenda solo tiene dos apartados, atención domiciliaria y consulta de enfermería. En la consulta de enfermería solo hay visitas sucesivas, que cada profesional adecua según el sistema de trabajo de cada UAF. Al igual que para el médico, tampoco existen demoras en los servicios de enfermería. Una consulta de enfermera incluye: extracciones para analíticas, toma de constantes, controles de crónicos, vacunaciones, inyectables, controles de niño sano, curas, educación sanitaria, consulta a demanda, etc. La enfermera es la enfermera única para ese cupo, ella es la que atiende siempre a esos pacientes, los conoce

y sigue su evolución. Sobre la marcha puede requerir el apoyo del médico, que lo prestará dentro de una línea de acto único que evita enviar personas de un profesional a otro, a veces con demora y trámites burocráticos, dentro del mismo centro de salud. También recibe peticiones del médico para resolver situaciones detectadas por este y subsidiarias de atención de enfermería. Su consulta debe estar equipada al máximo para permitir el máximo desarrollo personalizado de la atención.

MÉDICO DE FAMILIA

Abandona el trabajo en condiciones de soledad y extrema dureza. Deja ser el único referente de fácil localización. Su puerta ya no es la única a la que llamar para recibir un trato personalizado por el único referente que se mantiene en un mismo espacio casi toda la jornada. Las llamadas de teléfono ya no le llegan sin un cribado previo ni apoyos para atender estas demandas. Las analíticas están preparadas antes de que entre el paciente. Hay más profesionales en la UAF implicados para que la consulta se desarrolle en mejores condiciones y colaboran estrechamente con él. Siempre hay alguien al lado para facilitar la atención a sus pacientes. Se vuelve más eficiente, dedica más tiempo a trabajar como médico.

PEDIATRAS

Mantiene sus actividades en la misma línea que el resto del equipo. Sus consultas tienen menos tareas burocráticas y reciben apoyo del administrativo del área de admisión o de la UAF, así como de las auxiliares de clínica.

TRABAJADORA SOCIAL

Continúa con sus labores habituales y además se implica directamente con el nuevo modelo de UAF. Siempre nuestro equipo funciona con

este puesto profesional que complementa en muchos aspectos a los sanitarios y es un excelente enlace para afrontar problemas sociales.

AUXILIARES DE ENFERMERÍA

Sirven de apoyo a las consultas de médico y enfermera, pero se ubican en un área de servicios generales. Se encargan de coordinar una serie de pruebas complementarias para lo que se les forma adecuadamente. Su trabajo no tiende a la especialización. Todas hacen de todo. En su área de servicios generales se realizan ECG, espirometrías, y aquellas pruebas que necesiten mantenerse dispensarizadas por motivos estratégicos, pero sin salir del objetivo de acto único y consultas de alta resolución, sin demoras, realizándose estas exploraciones sobre la marcha cuando se solicitan desde consulta. Coordinarán la recogida de las extracciones de cada consulta de enfermería, la recepción de muestras, peticiones. Cuidan la reposición de material clínico para cada consulta. Mantienen las consultas de urgencias, pruebas complementarias, cirugía menor, ecografía y mujer, como componentes básicos de esa área de servicios generales, que queda bajo su control. Trabajan en los mismos horarios que el resto de los profesionales.

ADMINISTRATIVOS DEL ÁREA DE RECEPCIÓN

El servicio de atención al usuario como ha venido funcionando queda muy reducido, un solo recepcionista, tras el desarrollo de la secretaría personalizada por UAF. Solo quedan en el mostrador un servicio de información general para ayudar a los usuarios a moverse por el centro⁴. Esencialmente es un área de información. Pueden quedar a cargo de esta área algunas tareas que necesitan dispositivos que no puedan desagregarse en las UAF, pero se intenta minimizar. Da apoyo también a las consultas de pediatría. Recibe

las urgencias y resuelve aquellas eventualidades que no se solucionen en las UAF. En caso de necesidad, presta apoyo a las UAF o recibe el apoyo de estas.

SECRETARÍA DE DIRECCIÓN

Un administrativo con experiencia en estas tareas se encarga de apoyar a la dirección del centro, director y adjunto de enfermería, con la que trabaja en estrecha colaboración. Es el responsable de la gestión del personal, vacaciones, permisos, tramitar sustituciones, atención continuada, bases de datos de usuarios, base de datos del centro, de los registros, estadísticas generales y personalizadas, envíos de datos, gestión de talonarios de recetas, correspondencia general del centro, pedidos, gestión de historias clínicas con otros centros, gestión de reclamaciones, configuración de agendas. Esto permite al director y adjunto mantener su actividad asistencial con el menor menoscabo posible. Es la responsable de coordinar a todo el personal administrativo. Canaliza toda la comunicación del distrito sanitario con el centro. Elabora las actas de todas las reuniones de equipo o de las comisiones y grupos de mejora.

Este modelo ha permitido que en un centro de salud 50 profesionales trabajemos en mejores condiciones. Han desaparecido las colas y aglomeraciones, y la mayoría de los pacientes parecen satisfechos con la atención más personalizada. Y no estamos exentos de problemas. Los grandes centros son complejos. Aún así, nos hacemos una pregunta: ¿cómo hemos tardado tanto en implantar esta forma de trabajar? Hoy nos parece increíble como trabajábamos antes.

Pero no somos nada originales. Nuestro modelo, salvando las diferencias, se basa en el modelo personalizado de trabajo, que día a día, muchos médicos y enfermeras de familia desarrollan en pequeños núcleos rurales, y algunos consultorios perdidos en las grandes

ciudades, lejos de los grandes centros de salud, lejos de los grandes equipos. Ellos son los que han conservado mejor la esencia de la atención primaria. Hemos mezclado médicos y enfermeras de familia de pueblo con secretarías de ciudad. Una excelente combinación para todos.

¹ Newton J, Hunt J, Stirling J. Human resource management in general practice: survey of current practices. *British Journal of General Practice* 1996; 46:81-85.

² Carrol J. Working with the receptionist. *Practitioner* 1988; 232 (1459): 1276-1278.

³ Freeman GK. Receptionists, appointment systems and continuity of care. *Journal of the Royal College of General Practitioners* 1989; 39:145-147.

⁴ Arber S, Sawyer L. The role of receptionist in general practice: a "dragon behind the desk"? *Soc Sci Med* 1985; 20 (9): 911-921.