

# **ADMISIÓN Y GESTIÓN DE PACIENTES EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA**

**M.<sup>a</sup> Luisa Tamayo Canillas**

*Servicio de Admisión y Documentación Clínica  
Hospital de Cabueñes (Gijón)*

---



## **1.- LOS SERVICIOS DE ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA Y LA GESTIÓN DE PACIENTES**

### **Introducción**

La Ley 14/1986, de 25 de abril (Ley General de Sanidad) surge como desarrollo de los artículos 43 y 49 de la Constitución Española, que reconocen el derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud. Este derecho –para ser efectivo– requiere de los poderes públicos para la adopción de las medidas necesarias que permitan satisfacerlo y es en ese ámbito donde se enmarca la atención sanitaria. Así, se constituyen las Áreas de Salud como estructura fundamental del Sistema Sanitario (artículo 56) y se establece la existencia de un hospital vinculado a cada Área de Salud, la configuración de una red integrada de hospitales del sector público y las funciones que éstos deben desarrollar (artículos 65 al 68).

En desarrollo y ejecución de las previsiones contenidas en la Ley General de Sanidad se aprobó el Reglamento sobre Estructura, Organización y Funcionamiento de los hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud (Real Decreto 521/1987, de 15 de abril). Este reglamento adscribe el área de Admisión, recepción e información a la Gerencia y el área de Documentación y Archivo Clínico a la Dirección Médica, aunque aclara “sin perjuicio de la adaptación a las necesidades y condiciones específicas del hospital y área de salud”. El Real Decreto 63/1995 de 20 de enero, sobre Ordenación de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud establece entre las modalidades de atención la Atención Especializada y los Servicios de información y documentación sanitaria.

### **Los Servicios de Admisión y Documentación Clínica (SADC)**

En los últimos años –tal como refleja el Real Decreto 866/2001, de 20 de julio, por el que se crea en el ámbito de las Instituciones Sanitarias de Atención Especializada del INSALUD la categoría de médico de admisión y documentación clínica– el aumento de la demanda de asistencia especializada, la mayor complejidad de los procesos asistenciales y la necesidad de gestionar un sistema de información homogéneo, fiable y suficiente, han originado en las organizaciones hospitalarias la necesidad de articular una estructura que ordene y coordine las activida-

des que se producen alrededor de la asistencia médica, con el fin de facilitar el acceso de la población a los recursos disponibles, manteniendo los principios básicos de equidad y eficiencia en la utilización de los mismos y garantizando la cohesión del conjunto de la organización frente al paciente y su proceso asistencial. Esta estructura de apoyo en buena parte de los hospitales españoles la constituyen hoy en día, los Servicios de Admisión y Documentación Clínica (SADC).

En el año 2000 –aún pendiente de aprobación y publicación el Real Decreto 866/2001– el INSALUD publicó la “Guía de Gestión de los Servicios de Admisión y Documentación Clínica”, elaborada por un conjunto de profesionales con amplia experiencia en estas áreas que se habían constituido como grupo de trabajo de la Sociedad Española de Documentación Médica (SEDOM) en 1998. La guía nació con vocación de normalizar funciones y ser punto de partida hacia nuevos desarrollos, estableciendo tres ámbitos principales de competencias de los SADC: gestión de la documentación clínica, información asistencial y gestión de pacientes.

No cabe duda de que 4 años después de su publicación esta guía sigue siendo no sólo referente para los SADC de nuestro país, sino para cualquiera que quiera profundizar en estas áreas de conocimiento. De tal forma es así que abordar –dentro de un informe más amplio sobre el sistema integrado de información clínica– el capítulo específico de la admisión y gestión de pacientes en Atención Especializada constituye en realidad una mera “puesta al día” de este trabajo, al que modestamente he intentado aportar mi experiencia en la coordinación del SADC del hospital en el que trabajo, la que me transmiten mis compañeros de servicio y la de los profesionales que a través de sus trabajos reflejados en publicaciones y comunicaciones a jornadas y congresos contribuyen al desarrollo de este área.

Aunque específicamente el capítulo está dedicado a la gestión de pacientes, las imbricaciones de ésta con la gestión de la documentación clínica y la información asistencial son tales, que creo oportuno hacer una breve referencia a las funciones que –para lograr un sistema integrado de información clínica– se realizan en los tres ámbitos. El resto del capítulo ya estará dedicado pormenorizadamente a cada una de las modalidades asistenciales en las que se realiza la gestión de pacientes en Atención Especializada.

### **Gestión de la documentación clínica**

La gestión de la documentación clínica tiene como objetivo organizar y gestionar toda la información clínica generada a lo largo de los sucesivos procesos asistenciales del paciente. Aspectos fundamentales sobre esta gestión están regulados por la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del

paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica; así como por desarrollos normativos autonómicos de dicha ley.

La gestión de la documentación clínica se concreta en tres aspectos fundamentales: gestionar la historia clínica, los archivos de documentación e historias clínicas y la codificación clínica.

1. Gestionar la historia clínica: En general todos los aspectos relacionados con la gestión de la historia clínica se han tratado extensamente en el V Informe SEIS dedicado expresamente a este tema. Baste recordar que la gestión de historias clínicas implica:
  - 1.1. Identificar la historia clínica: creación, actualización y mantenimiento del fichero de pacientes en el centro, garantizando su coherencia, integridad y fiabilidad, así como la confidencialidad de la información.
  - 1.2. Diseñar y mantener actualizado el formato de la historia clínica: normalización de la documentación clínica del centro para su correcta homogeneización, en colaboración con la comisión de historias clínicas.
  - 1.3. Clasificar, integrar y coordinar toda la información clínico-asistencial generada independientemente de su soporte físico (impresos, películas).
  - 1.4. Controlar la calidad de la historia clínica: evaluación sistemática de la calidad formal y de contenido de los documentos empleados en la asistencia, así como elaboración de informes sobre los resultados de las evaluaciones y difusión de los mismos.
  - 1.5. Garantizar la accesibilidad de la historia, elaborando –en colaboración con las instancias determinadas por cada centro– la normativa acerca de la localización, el préstamo y la devolución de las historias clínicas, estableciendo mecanismos que aseguren su disponibilidad y velen por su confidencialidad.
2. Gestionar y organizar los archivos de documentación e historias clínicas, asegurando que su configuración y utilización se ajustan a las previsiones contenidas en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. Supone:
  - 2.1. Custodiar, prestar y recepcionar las historias clínicas: supervisión y ejecución de las normas del centro que regulan el acceso y disponibilidad de la historia clínica y de la información en ella contenida, preparación y préstamo (registro del tipo de documentación solicitada, solicitante,

motivo, fines y fecha en que se necesita, desarchivado, registro de documentación prestada y envío de la misma) y recepción (registro de documentación devuelta al Archivo y archivado).

- 2.2. Realizar el seguimiento de la documentación prestada: mantenimiento del registro de préstamo-recepción de la historia clínica en el Archivo y reclamación activa de la documentación no devuelta en los plazos establecidos.
  - 2.3. Identificar, mantener y tratar la documentación clínica de menor probabilidad de uso asistencial posterior: definición y mantenimiento de pasivo, así como la relación activo-pasivo (reactivación).
  - 2.4. Evaluar la actividad y control de calidad del Archivo de historias clínicas.
3. Organizar y gestionar operativamente la codificación clínica:
    - 3.1. Definir las fuentes de datos del sistema de información clínico.
    - 3.2. Tratar la información clínica extraída de las historias clínicas:
      - Indización: identificación de diagnósticos y procedimientos, selección de diagnóstico principal y codificación a través del sistema de clasificación vigente actualmente Clasificación Internacional de Enfermedades. 9ª Revisión Modificación Clínica (CIE.9.MC).
      - Elaboración y validación de la información recogida en el episodio asistencial para configurar el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de ingresos, cirugía ambulatoria, hospital de día u otras modalidades asistenciales de las que se defina el CMBD correspondiente (cada autonomía tiene definido su propio CMBD): captura de datos administrativos del episodio, registro informatizado de datos clínicos resultantes del proceso de codificación y validación.
      - Recuperación, análisis y difusión de la información tratada: envío del CMBD a los organismos oficiales correspondientes, elaboración y difusión del cuadro de mandos del CMBD, realización de búsquedas o informes “ad hoc” para satisfacer las necesidades de información de los usuarios internos y elaboración y difusión del análisis de la casuística, utilizando sistemas de clasificación de pacientes basados en el CMBD.
    - 3.3. Controlar la calidad del sistema de información clínico, desarrollando medidas para garantizar su fiabilidad: evaluación de los documentos fuente y circuitos de información establecidos, auditorías internas y externas

del proceso de codificación, revisión sistemática de indicadores de calidad del CMBD (registros agrupados en inespecíficos y otros) y establecimiento de mecanismos de retroalimentación continua de los usuarios internos.

### **Información asistencial**

La información asistencial tiene como objetivo desarrollar sistemas y dispositivos adaptados a las necesidades de los diferentes usuarios y a la elaboración y el análisis de la información sobre la producción asistencial y de cuantos elementos influyen en ella, como apoyo en la toma de decisiones. Se concreta en las siguientes funciones:

1. Diseñar y desarrollar un sistema de información clínico-asistencial fiable en sus fuentes, ágil en sus circuitos y con información válida.
2. Coordinarse con los distintos servicios y/o unidades del hospital en la recogida de datos necesarios para una mejor planificación del centro.
3. Analizar la información para medir y evaluar la actividad, tanto a través de productos intermedios (actividad realizada durante el proceso asistencial), como finales (casuística atendida).
4. Elaborar y difundir información sistemática e informes a demanda.
5. Controlar la calidad de la información a nivel de fuentes, captura, circuitos, mantenimiento y actualización de conceptos y definiciones.

### **Gestión de pacientes**

La gestión de pacientes tiene como objetivo organizar y gestionar el flujo de pacientes por los distintos servicios que el hospital ofrece. Se concreta en cuatro aspectos fundamentales:

1. Organizar y gestionar operativamente el acceso y la demanda de los usuarios a las prestaciones de asistencia especializada en sus diferentes ámbitos: Conlleva la organización y gestión operativa de:
  - El acceso de los usuarios a las prestaciones de asistencia especializada en el ámbito correspondiente, garantizando en todo momento el principio de equidad.
  - La demanda de asistencia especializada en régimen ambulatorio, incluyendo consultas externas, exploraciones y unidades especiales (hospital de día, cirugía ambulatoria, etc.).
  - La demanda de hospitalización.

- La demanda quirúrgica.
  - El registro de pacientes atendidos en Urgencias.
2. Gestionar y coordinarse con otras instituciones sanitarias para las derivaciones intercentros: Incluye la tramitación y autorización de traslados de/ a otros centros y el correspondiente transporte sanitario.
  3. Colaborar con el área de gestión del hospital en la recogida de datos para la facturación: Comprende la identificación, registro, emisión de documentación pertinente y comunicación a la Unidad de Facturación de todas aquellas asistencias sanitarias cuyo importe ha de reclamarse a terceros (según la normativa en vigor).
  4. Establecer los cauces de comunicación y coordinación necesarios con Atención Primaria comprende:
    - Difusión de la oferta de atención ambulatoria especializada a la que tiene acceso Primaria, manteniendo en todo momento la estabilidad de agendas, horarios y prestaciones e informando periódicamente de las demoras.
    - Comunicación a Atención Primaria de la continuidad o finalización de la asistencia especializada, remitiendo los informes correspondientes y garantizando en todo momento la confidencialidad de la información enviada.

## **2.- GESTIÓN DE PACIENTES EN EL ÁREA DE URGENCIAS**

La gestión de pacientes en el ámbito de urgencias debe garantizar un soporte organizativo e informativo adecuado. Para ello se precisan unos requerimientos básicos que permitan registrar el episodio de urgencias y coordinar organizativamente el proceso asistencial.

### **Registro del episodio de urgencias**

Es preciso que exista un registro centralizado de urgencias, que garantice la correcta identificación del paciente y los datos de asistencia.

La identificación del paciente se realiza accediendo al fichero índice de pacientes, actualizando sus datos variables si es necesario o generando una nueva historia clínica si es la primera vez que acude al centro. Siempre que las condiciones clínicas lo permitan, la identificación se realizará previa a la asistencia y de ser posible mediante soporte documental. En este sentido, la identificación automati-

zada mediante lectores de tarjeta sanitaria es muy recomendable, al agilizar extraordinariamente la identificación y ser ésta mucho más fiable. En los casos en que la identificación no sea posible, se articularán medidas para registrar al paciente de modo provisional y se irán completando sus datos a medida que se vaya disponiendo de ellos.

Cada asistencia se identificará a través de un número de episodio único, secuencial y constante, de forma que ese número identifique inequívocamente un episodio asistencial concreto ligado a un paciente determinado. Los datos de asistencia que identifican el episodio de urgencias son al menos: fecha y hora de entrada, procedencia, motivo y tipo de financiación. Es necesario que el registro de atención vaya ligado a la generación de cuantos documentos se precisen como apoyo a la asistencia (documento de atención, etiquetas, etc.) o de tipo administrativo (partes de accidente laboral, tráfico, etc.). Una vez que se produce el alta en el servicio de urgencias, se registran los datos que permitirán cerrar el episodio asistencial, que son al menos: fecha y hora de salida, destino y diagnóstico. El cierre del episodio debe ir ligado a cuantos documentos se precisen (parte al juzgado, justificantes, solicitud de transporte sanitario, etc.). Igualmente es necesario enlazar el registro de urgencias con hospitalización (en el caso de ingresos hospitalarios procedentes de urgencias), así como permitir la generación de cuantos documentos se precisen para realizar este tipo de ingresos urgentes.

De cara a facilitar la necesaria coordinación entre diferentes modalidades de atención es muy conveniente que al cierre del episodio de urgencias pueda accederse a opciones de citación en consultas externas, inclusión en lista de espera quirúrgica, derivaciones a otros centros, etc. y en general a cualquier otro ámbito de gestión de pacientes secundario a la atención urgente que se acaba de realizar.

### **Coordinación organizativa del proceso asistencial**

En todo momento es necesario conocer en tiempo real los pacientes que se encuentran en el área de urgencias, así como asegurar un seguimiento adecuado de la ubicación de los mismos en las diferentes dependencias del área. Debe existir un punto de referencia de pacientes y familiares desde el que se pueda facilitar información precisa, por lo que se establecerán los procedimientos de verificación necesarios que garanticen en todo momento la realidad de la información disponible (sobre altas, ubicación, etc.). Así mismo, el correcto registro de urgencias debe permitir obtener de forma automatizada los indicadores de funcionamiento y calidad definidos para evaluar este área.

### **3.- GESTIÓN DE PACIENTES EN EL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN**

La gestión de pacientes en el ámbito de hospitalización debe regular los ingresos, traslados y altas de este área, ayudando a una adecuada programación de acuerdo a los criterios establecidos por el hospital, favoreciendo la mejor ubicación posible de los pacientes hospitalizados y garantizando una distribución razonable de los mismos. Para ello se precisan unos requerimientos básicos que permitan realizar la solicitud de ingresos y programación de los mismos, control y autorización de traslados y altas, gestión de camas, registrar el episodio de hospitalización y coordinar organizativamente el proceso asistencial.

#### **Solicitud de ingresos**

Es preciso que exista un registro de solicitud de ingresos (inclusiones en lista de espera quirúrgica con ingreso, lista de espera para ingresos médicos, etc.) con los datos administrativos y clínicos que permitan identificar y clasificar esa solicitud: identificación del paciente, servicio en el que debe ingresar, prioridad, patología, condicionantes (aislamiento, criterios de habitación individual, etc.).

Los ingresos se tramitarán en función de los criterios y prioridades establecidas por el centro: urgentes procedentes de urgencias, de consultas externas, de hospital de día..., programados médicos, de lista de espera quirúrgica, etc. Así mismo se tendrán en cuenta los diferentes protocolos asistenciales definidos por los servicios (ingresos para realización de pruebas complementarias, para intervención quirúrgica, etc.). Si el hospital dispone de unidades específicas de corta estancia, es preciso que la solicitud de ingreso permita valorar si los pacientes cumplen criterios clínicos para ingresar en ellas.

#### **Programación de ingresos**

Es preciso elaborar una programación de ingresos previstos, con el fin de realizar reserva de cama (y/o preingreso) con anterioridad a la llegada del paciente.

#### **Control y autorización de traslados y altas**

En todo momento es necesario conocer en tiempo real la ubicación de los pacientes y el médico (o al menos el servicio) responsable del mismo. Para ello se establecerán los procedimientos de comunicación, autorización y verificación precisos que garanticen en todo momento la realidad de la información disponible (sobre traslados de cama, cambios en la responsabilidad asistencial, altas, camas libres, etc.).

## Gestión de camas

A toda solicitud de ingreso se le asignará cama, teniendo en cuenta la distribución de camas por servicio y unidad de enfermería, la normativa de asignación de camas del centro, las indicaciones del médico solicitante del ingreso, los datos clínicos y nivel de cuidados que precise y la priorización que se establezca en cuanto a la utilización de las camas disponibles. Si el hospital admite situaciones de sobreocupación (camas supletorias por encima del número de camas instaladas) es imprescindible regular la posible ubicación de las mismas, circunstancias en las que utilizarlas, etc.

En el caso de tratarse de camas específicas para la modalidad de corta estancia habitualmente se establecen criterios “ad hoc” para mantener una reserva funcional de las mismas, que permita una adecuada gestión de los pacientes que pueden beneficiarse de esta modalidad de asistencia (podríamos decir que la gestión de camas de corta estancia es en cierta forma independiente de la gestión de camas convencionales). Cuando el hospital cuente con camas en habitación individual coexistiendo con camas en habitaciones compartidas, es imprescindible establecer unos criterios lo más objetivos posibles sobre la asignación de unas u otras en función de la situación clínica, servicio responsable, etc.

Además de garantizar en todo momento la actualización de la situación de las camas (traslados, altas...), la gestión de camas comporta la realización de estudios de utilización (adecuación de ingresos y/o de estancias) en colaboración con los servicios asistenciales para evaluar la ocupación adecuada de este área.

## Registro del episodio de hospitalización

Es preciso que exista un registro centralizado de ingresos, que garantice la correcta identificación del paciente y los datos del ingreso.

La identificación del paciente se realiza accediendo al fichero índice de pacientes, actualizando sus datos variables si es necesario o generando una nueva historia clínica si es la primera vez que acude al centro o se trata de un recién nacido, por ejemplo. Siempre que las condiciones clínicas lo permitan, la identificación se realizará previa al ingreso y de ser posible mediante soporte documental. En los casos en que la identificación completa no sea posible, se articularán medidas para registrar al paciente con los datos de que se disponga y se irán completando con posterioridad.

Cada ingreso se identificará a través de un número de episodio único, secuencial y constante, de forma que ese número identifique inequívocamente un episodio de hospitalización concreto ligado a un paciente determinado. Los datos que

identifican el episodio de ingreso son al menos: fecha y hora de ingreso, procedencia, motivo, tipo de financiación, servicio, diagnóstico de ingreso y cama. Es necesario que el registro de ingreso vaya ligado a la generación de cuantos documentos se precisen como apoyo a la asistencia (documento de ingreso, etiquetas, etc.) o de tipo administrativo (justificante de ingreso,...). Una vez que se produce el alta en hospitalización se registran los datos que permitirán cerrar el episodio asistencial, que son al menos: fecha y hora de salida, motivo, servicio y médico responsable del alta y diagnóstico de alta (puede cerrarse el episodio con un único diagnóstico provisional, que se modificará a posteriori cuando se proceda a la codificación clínica del alta de hospitalización para completar el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD)). El cierre del episodio debe ir ligado a cuantos documentos se precisen (parte al juzgado, justificantes, solicitud de transporte sanitario, etc.).

De cara a facilitar la necesaria coordinación entre diferentes modalidades de atención, es muy conveniente que al alta pueda accederse a opciones de citación en consultas externas (revisiones post-alta, consultas con otros servicios, etc.), inclusión en lista de espera quirúrgica, derivaciones a otros centros, etc. y en general a cualquier otro ámbito de gestión de pacientes secundario al alta hospitalaria.

### **Coordinación organizativa del proceso asistencial**

La gestión de pacientes en hospitalización debe permitir la adecuada coordinación entre los diferentes servicios que atienden al paciente: facilitando la gestión de interconsultas, programando pruebas diagnósticas en servicios centrales del propio hospital, en hospital de apoyo o de referencia o en servicios externos concertados, programando intervenciones, etc. Debe existir además un punto de referencia de pacientes y familiares desde el que se pueda facilitar información precisa y dar respuesta a todos los aspectos administrativos que genere su hospitalización.

Por otro lado, la identificación de problemas organizativos en el área de hospitalización debe impulsar el establecimiento de vías clínicas, guías y protocolos adecuados para determinados procesos; así como elaborar estrategias de cambio hacia modalidades de atención más adecuadas (corta estancia, ambulatorización de procesos, hospitalización a domicilio, etc.).

El correcto registro del episodio de hospitalización es además uno de los elementos fundamentales del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) del alta hospitalaria. Baste recordar que los diferentes CMBD definidos por las distintas Comunidades Autónomas se componen de tres grupos de datos: datos de identificación del paciente, datos administrativos de identificación del episodio y datos clínicos. Pues bien, en el registro del episodio de hospitalización se actualizan los

datos de identificación del paciente y se recogen los datos administrativos de identificación del episodio. Si pensamos que los sistemas de clasificación basados en el CMBD (como el más utilizado en nuestro país: Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD)) utilizan datos identificativos del paciente (como edad y sexo) o administrativos identificativos del episodio (como el motivo de alta) para realizar las agrupaciones, entenderemos que –si importante es la codificación clínica del episodio para la asignación final del GRD– no lo es menos la correcta identificación de paciente y datos administrativos del episodio.

Por otro lado, buena parte de los indicadores de funcionamiento y casuística del área de hospitalización se obtienen del propio registro de hospitalización (estancia media, porcentaje de ocupación de camas, ...) o teniendo a éste como fuente del CMBD y agrupándolo posteriormente en GRD (índice de estancia media, índice funcional, ....); por lo que cualquier valoración organizativo-asistencial del área de hospitalización debe partir de medidas que garanticen la fiabilidad de estos datos.

#### **4.- GESTIÓN DE LA ACTIVIDAD QUIRÚRGICA**

La gestión de pacientes en el ámbito quirúrgico debe permitir centralizar y mantener actualizado el registro de pacientes pendientes de un procedimiento quirúrgico no urgente con o sin ingreso (lista de espera quirúrgica), facilitar el soporte organizativo e informativo de los servicios implicados en la actividad quirúrgica y favorecer la utilización adecuada y eficiente de los recursos adscritos a este área.

Para ello se precisan unos requerimientos básicos que permitan el registro, mantenimiento y comunicación de pacientes en lista de espera quirúrgica, la preparación de estos pacientes para la cirugía programada, la gestión operativa de la programación quirúrgica, el registro de intervenciones y la coordinación y evaluación del proceso asistencial.

##### **Registro de demanda quirúrgica (lista de espera quirúrgica)**

Se entiende por lista de espera quirúrgica el conjunto de pacientes que en un momento dado se encuentran pendientes de una intervención quirúrgica (procedimiento diagnóstico o terapéutico para el que se prevé utilizar quirófano) no urgente, independientemente de si precisa o no hospitalización y del tipo de anestesia previsto. Todos los hospitales deben disponer de un registro centralizado de pacientes en lista de espera, en la que se incluirán los pacientes que cumplan la definición anterior en el momento en que se establezca la indicación quirúrgica cierta. Los criterios, indicadores y requisitos mínimos, básicos y comunes en materia de información sobre las listas de espera para intervenciones quirúrgicas están regulados por el Real Decreto

605/2003, de 23 de mayo, por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud.

Al menos el registro debe incluir: datos de identificación y localización del paciente, fecha de inclusión en lista, médico y servicio responsable de su inclusión, diagnóstico, procedimiento quirúrgico previsto, prioridad clínica, tipo de cirugía (con/sin ingreso) y observaciones a tener en cuenta de cara al estudio preoperatorio, ingreso o intervención. Debe contar además con la conformidad del paciente para su inclusión en dicho registro.

El mantenimiento actualizado del registro de lista de espera quirúrgica es vital en cualquier organización sanitaria. Es necesario establecer mecanismos para la actualización permanente de:

- Datos administrativos del paciente, fundamentalmente los relativos a su localización que pueden variar mientras espera la intervención. Para ello el paciente debe disponer de un punto central de información (puede ser un teléfono específico al que llamar o cualquier otra vía que se articule) al que dirigirse para modificar sus datos y obtener en todo momento información sobre su situación en lista de espera.
- Datos clínicos, fundamentalmente sobre variaciones en el procedimiento quirúrgico previsto, tipo de cirugía o cambios en la prioridad. Estas modificaciones deben ser comunicadas por el médico o servicio inmediatamente al responsable del registro para su actualización.
- Observaciones a tener en cuenta de cara al estudio preoperatorio, ingreso o intervención, que se deben ir añadiendo al registro para asegurar una adecuada programación.

Las salidas de lista de espera por los diferentes motivos que se establezcan, así como la actualización de los diferentes estados por los que puede pasar un paciente mientras está en la lista (no programable durante un tiempo por patología asociada, derivado a otro centro, etc.) se registrarán en tiempo real, expresando claramente las razones que justifican la salida o el movimiento anotado y teniendo en todos los casos la acreditación documental que se haya establecido.

### **Preparación pre-operatoria de pacientes en lista de espera quirúrgica**

La preparación para cirugía de los pacientes incluidos en lista de espera quirúrgica implica su selección (de acuerdo a los criterios establecidos en el centro, que en general se resumen en prioridad clínica y antigüedad en lista), gestión del preoperatorio (estudios y valoración pre-anestésica) y establecimiento de controles

periódicos de todos los pacientes ya preparados para cirugía que no hayan sido intervenidos (para evitar la caducidad de sus estudios).

Una vez seleccionados los pacientes, se coordinan las citaciones para los estudios que precisen y la consulta de valoración pre-anestésica. Es necesario recibir información en tiempo real sobre los pacientes aptos para intervención quirúrgica, que engrosarán la bolsa de “programables”, así como disponer de información sobre la validez temporal del estudio preoperatorio realizado que marcará la última fecha posible de programación.

### **Gestión operativa de la programación quirúrgica**

Podría decirse que hay casi tantos modelos de programación quirúrgica como hospitales y servicios, dado que incluso en el mismo hospital coexisten diferentes modelos. De hecho, la programación puede ser desde un trabajo individual hasta estar en manos de una comisión con miembros de diferentes servicios y estamentos. Pero con independencia de cual sea el modelo, lo que es común a todos es la necesidad de disponer a la hora de programar de una relación de pacientes ya preparados para ser intervenidos, con todas las observaciones a ser tenidas en cuenta de cara a su ingreso (si procede) o su intervención.

Los pacientes programados constituyen un primer parte quirúrgico provisional, que con el tiempo establecido por cada centro se convertirá en definitivo. El parte quirúrgico ha de estar a disposición de cuantos servicios lo precisen, por lo que se debe asegurar su adecuada distribución. La confirmación del parte implica efectuar el aviso al paciente programado, verificando su conformidad y dándole las instrucciones precisas que debe tener en cuenta antes de su ingreso o intervención. Así mismo, implica gestionar la reserva de cama o puesto en hospital de día quirúrgico (si se trata de cirugía ambulatoria) o cualquier otro recurso que se precisara para garantizar el cumplimiento de la programación prevista.

### **Registro de intervenciones**

Es necesario disponer de un registro de la actividad realizada en quirófano (tanto urgente como programada, con y sin ingreso) que permita gestionar adecuadamente el bloque quirúrgico. El registro de quirófano va intrínsecamente unido al registro de lista de espera quirúrgica (para poder enlazar con las intervenciones que proceden de ese registro) y a los registros de hospitalización u hospital de día quirúrgico (dependiendo del ámbito en que se realice la intervención).

En él se reflejará toda la actividad programada (procedente o no de lista de espera), tanto la realizada como la no realizada (especificando las causas de suspen-

sión); así como las intervenciones urgentes (no previstas). El registro quirúrgico informatizado permite obtener automáticamente la mayoría de los indicadores de funcionamiento y calidad del bloque quirúrgico como índices de utilización de quirófanos programados o índices de cancelaciones. La codificación con una terminología estandarizada (como puede ser CIE.9.MC) de diagnósticos e intervenciones facilita por un lado una explotación mucho más exhaustiva del registro (tiempos por tipo de procedimiento, procedimientos realizados, etc.) y por otro –volcada al CMBD correspondiente (de hospitalización o ambulatorio)– permite disponer casi en tiempo real de los procedimientos quirúrgicos ligados a ese episodio.

### **Coordinación y evaluación del proceso asistencial**

La gestión de la actividad quirúrgica debe permitir la adecuada coordinación entre los diferentes servicios implicados: garantizando la inclusión y mantenimiento actualizado de la situación del paciente en la lista de espera, coordinando los estudios preoperatorios y valoración pre-anestésica, asegurando la estabilidad de la programación quirúrgica, etc. Es necesario un punto de referencia único de pacientes y familiares en el que se centralice la información disponible y se pueda dar respuesta a todos los aspectos administrativos que genere su espera de intervención quirúrgica y la posterior realización de la misma. Por otro lado, la identificación de problemas organizativos en el área quirúrgica debe impulsar el establecimiento de vías clínicas, guías y protocolos adecuados para determinados procesos, mejorando de esta forma el rendimiento y la efectividad en los mismos.

## **5.- GESTIÓN DE LA ATENCIÓN AMBULATORIA**

La gestión de la atención ambulatoria regula y programa el acceso de los pacientes a la asistencia sanitaria ambulatoria en el hospital y centros de especialidades dependientes de él. Incluye la gestión de pacientes en consultas externas y en la realización de procedimientos diagnóstico-terapéuticos ambulatorios que requieran programación previa. También se incluiría en esta gestión la del hospital de día y la hospitalización a domicilio (por lo que tienen igualmente de ambulatorias), aunque sus requerimientos en cuanto a sistema de información son más similares a los de la hospitalización convencional.

### **5.1. Consultas externas y procedimientos diagnóstico-terapéuticos ambulatorios (con cita previa)**

La gestión de pacientes en consultas externas y procedimientos diagnóstico-terapéuticos ambulatorios debe garantizar la gestión de la cita previa y la captura de la actividad realizada. Para ello se precisan unos requerimientos básicos que per-

mitan realizar una adecuada programación y gestión de agendas, gestión operativa de la solicitud de cita, difusión de la actividad programada, registro de actividad y coordinación organizativa del proceso asistencial.

### *Programación y gestión de agendas*

La adecuada programación de las agendas donde se citarán las consultas externas y los procedimientos diagnóstico-terapéuticos comprende su definición y planificación. Estas agendas contendrán todas las prestaciones programadas que se desarrollan en consultas externas y su conjunto integrará la Cartera de Servicios de consultas externas de Atención Especializada del Área.

Las agendas son definidas por el servicio y validadas por la dirección del centro. El número de agendas responde a las características de cada centro y pueden definirse por especialidad y/o facultativo y/o tipo de patología. Definir la estructura de una agenda requiere al menos:

- Identificarla con un código inequívoco.
- Servicio al que pertenece.
- Médico responsable.
- Centro (si la Atención Especializada del Área cuenta con varios centros).
- Ubicación física de la consulta (sala).
- Calendario: rango de fechas y días de la semana en que está funcionando.
- Horarios: rangos horarios en los que se programa.
- Tipos de prestación y número de pacientes citables por tipo: tipos de consultas o procedimientos para los que se define la agenda y número de pacientes asociado a cada uno. Puede definirse también por tiempo asociado a cada prestación.
- Acceso a la agenda (fundamentalmente si es accesible a Primaria directamente, a qué prestaciones y en qué número).

La definición de agendas debe ajustarse a los criterios, indicadores y requisitos mínimos, básicos y comunes en materia de información sobre las listas de espera de consultas externas y pruebas diagnósticas/terapéuticas que regula el Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud. En el citado Real Decreto se definen los conceptos de “consul-

ta externa en atención especializada”, “primera consulta”, “prueba diagnóstica/terapéutica” y “primera prueba diagnóstica/terapéutica”, así como una serie de procedimientos a monitorizar, que deben tenerse en cuenta a la hora de definir las prestaciones en el centro y diseñar las agendas. Además, no hay que olvidar que éstos son tan sólo requisitos mínimos, por lo que el diseño de agendas ha de tener en cuenta otros requerimientos del servicio de salud o del propio centro.

Una vez definidas las agendas, la programación se completa con la planificación de las mismas. Esta planificación debe ser a largo plazo (con agendas operativas a no menos de 12 meses vista) y lo más estable posible para evitar reprogramaciones (con previsiones de cierres por vacaciones, permisos, etc. con suficiente antelación).

Una vez completada la programación es inevitable en el día a día realizar ajustes o adaptaciones puntuales de las agendas. A esto denominamos gestión de agendas y comprende los siguientes procesos:

- Bloqueo: inhabilitación transitoria (no estructural) de una agenda o parte de la misma.
- Sobrecarga: citación de pacientes por encima de la actividad definida.

A su vez estos procedimientos de gestión pueden en ocasiones conllevar:

- Anulaciones: cancelaciones de citas (sin nueva fecha).
- Reprogramaciones: cambios de fechas de citas.

Con el objeto de evaluar la gestión de las agendas deben quedar registrados al menos los bloqueos realizados (en qué fechas, qué usuario y por qué motivo), las fechas de anulaciones y motivo y las fechas de reprogramaciones, motivo, fecha inicial y fecha resultante.

### *Gestión operativa de la solicitud de cita*

Los procedimientos de citación deben orientarse a favorecer la accesibilidad del paciente, así como a minimizar y agilizar el proceso administrativo. En consecuencia debe tenderse a suministrar la cita directamente al paciente en el momento de producirse la solicitud para la consulta o el procedimiento. En este sentido:

- Las prestaciones de primera consulta en Atención Especializada solicitadas desde Atención Primaria deben ser de gestión directa por parte de los equipos de Atención Primaria, con lo que el paciente abandonará la consulta de su médico de familia con la citación para el especialista correspondiente. Esto permite además un conocimiento de primera mano por parte del Equipo de Primaria

sobre la situación de demoras y cuando se realizará la atención del paciente en concreto. Sólo en los casos en que el soporte informático no permita esta citación en tiempo real, se solicitarán las consultas a Especializada, que las tramitará el mismo día que las reciba re-enviándolas al centro inmediatamente.

- Las citas para consultas sucesivas tenderán a suministrarse en la propia consulta en el momento en que se indiquen por parte del especialista, al igual que las citaciones para procedimientos diagnóstico-terapéuticos complementarios.
- Se favorecerán en la medida de lo posible las citaciones múltiples (varias solicitudes) y combinadas (consultas y/o procedimientos dependientes entre sí) en un solo punto, evitando de esta forma hacer “viajar” a los pacientes por el centro.
- Si, excepcionalmente, se debe demorar la citación por no encontrarse operativas las agendas (revisiones a un plazo superior al año, por ejemplo) se dejará constancia mediante el oportuno registro de que el paciente está pendiente de cita. Este registro debe funcionar como un “buzón de solicitudes”, que se irá vaciando en cuanto sea posible tramitar la cita, comunicándosela al paciente inmediatamente.

El registro y tramitación de solicitudes de citación debe garantizar la correcta identificación del paciente, datos sobre la petición y datos sobre la cita que se solicita.

La identificación del paciente se realiza accediendo al fichero índice de pacientes, actualizando sus datos variables si es necesario o generando una nueva historia clínica si es la primera vez que acude al centro. El número de identificación único asignado a cada paciente en su tarjeta sanitaria es el elemento de conexión más preciso e inequívoco para identificar al paciente desde Atención Primaria en el fichero de pacientes de Especializada, permitiendo además el volcado de todos los datos administrativos de tarjeta en las historias de nueva creación. En los casos en que la identificación no sea posible, se articularán medidas para registrar al paciente de modo provisional y se quedarán pendientes de completar sus datos en el momento en que acuda a la consulta.

Cada solicitud de cita se identificará a través de un número de episodio único, secuencial y constante, de forma que ese número identifique inequívocamente una cita concreta ligada a un paciente determinado. Los datos que identifican la petición de cita son al menos: nivel de asistencia (Primaria, Especializada del área, otro centro...), equipo de Atención Primaria/servicio/hospital (según nivel de procedencia) y médico. En el caso de que la petición no se haga efectiva de inmediato es necesario recoger además la fecha de petición. Si la tramitación es inmediata, se consignará automáticamente como fecha de petición la fecha en que se realiza la

citación. Toda solicitud de cita entre diferentes facultativos (interconsultas) exige además un informe clínico en el que figuren al menos anamnesis, exploración física, exploraciones complementarias solicitadas, valoración diagnóstica (motivo de solicitud y diagnóstico de sospecha), recomendaciones terapéuticas (tratamiento en curso) e información sobre incapacidad temporal.

Los datos que identifican la cita solicitada son al menos: servicio, agenda, tipo de prestación, prioridad clínica y tipo de financiación. En el caso de que la cita deba asignarse en un plazo determinado (por aplazamiento voluntario del paciente o a criterio médico) es necesario recoger además la fecha de cita. Si la asignación de día y hora para la visita es para el primer hueco libre, se consignarán automáticamente en el registro la fecha y hora de cita asignadas.

Es necesario que la tramitación de solicitudes vaya ligada al menos a la impresión de una acreditación documental (justificante de cita) de la cita proporcionada, en la que figure como mínimo la identificación del paciente, la prestación citada, fecha, hora y lugar de realización. En esta acreditación que se entregará al paciente deberán figurar además teléfonos o puntos de contacto que le permitan modificar su cita, anularla o comunicar en general cualquier incidencia que pueda surgir entre la fecha de citación y la fecha de cita asignada, intentando de esta forma minimizar en lo posible el volumen de citas fallidas por incomparecencia de los pacientes. Es conveniente además recordarle en la propia acreditación la necesidad de acudir a la cita con informes o resultados de pruebas que se le hayan podido realizar con anterioridad. En el caso de tramitación de solicitudes múltiples o combinadas, la acreditación documental debe contemplarlas en su conjunto (un sólo justificante conteniendo todas las citas), para evitar extravíos y favorecer sobre todo la coordinación de consultas que requieran la previa realización de exploraciones complementarias.

### *Difusión de la actividad programada*

La difusión de la actividad programada se desarrolla en dos grandes líneas:

- Soporte operativo de la asistencia (programación diaria): pacientes citados por agenda y prestación.
- Información para gestión de listas de espera: pacientes pendientes de cita y demoras existentes.

### *Registro de actividad*

Es preciso que exista un registro centralizado de actividad ambulatoria (consultas externas y pruebas diagnóstico-terapéuticas) que permite gestionar adecuada-

mente este área. Este registro contiene la totalidad de citas tramitadas (validando las prestaciones programadas efectivamente realizadas y consignando las no realizadas), así como las prestaciones realizadas sin cita previa. La captura de actividad permite además etiquetar con mayor precisión el tipo de asistencia realizada: modificando el tipo de prestación o especificando por ejemplo si se trata de consultas de alta resolución (en las que en un mismo día se realizan al paciente las exploraciones complementarias solicitadas y recibe diagnóstico y orientación terapéutica).

### *Coordinación organizativa del proceso asistencial*

La gestión de la actividad ambulatoria debe ir encaminada en primer lugar a desarrollar y mejorar la comunicación y coordinación necesarias entre niveles asistenciales del área, otros centros de referencia y los diferentes servicios de Especializada; dado que es sin duda alguna uno de los puntos críticos en la garantía de continuidad de la asistencia del paciente. Se constituye así en punto de referencia de pacientes y familiares sobre el funcionamiento de los servicios, trámites y circuitos de acceso para cualquier aspecto administrativo relacionado con la atención ambulatoria. Proporciona además el soporte operativo preciso a las unidades asistenciales, coordinando acciones entre diferentes áreas del hospital y es fuente de información precisa que permite identificar y priorizar problemas en relación con la accesibilidad de los pacientes a la atención ambulatoria.

## **5.2. Hospital de día**

La gestión de pacientes en el hospital de día debe regular las atenciones en este área, ayudando a una adecuada programación de acuerdo a los criterios establecidos por el hospital, favoreciendo la mejor ubicación posible de los pacientes y garantizando una distribución razonable de los mismos. Para ello se precisan unos requerimientos básicos que permitan realizar la solicitud de atenciones y programación de las mismas, gestión de puestos, registrar el episodio de atención en hospital de día y coordinar organizativamente el proceso asistencial.

Los hospitales de día son áreas del hospital con una serie de puestos (camas o sillones), no definidos como camas de hospitalización, destinadas a la atención de pacientes programados para procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o terapéuticos susceptibles de ser realizados ambulatoriamente. Se clasifican de modo genérico en quirúrgicos y médicos:

- En el hospital de día quirúrgico (también llamados Unidades de Cirugía Sin Ingreso (UCSI)) el paciente acude al hospital el mismo día de la intervención, se le recibe y prepara, se le interviene en el quirófano correspondiente, vuel-

ve al hospital de día quirúrgico y – si cumple los criterios de alta - regresa a su domicilio ese mismo día.

- En el hospital de día médico el paciente acude al hospital, se le realizan el/los procedimientos diagnósticos o terapéuticos programados y –si cumple los criterios de alta– regresa a su domicilio ese mismo día. Habitualmente por sus especiales características se diferencia entre hospitales de día oncológicos, hematológicos, de SIDA, geriátricos, psiquiátricos (destinados a procedimientos terapéuticos de este tipo de patologías) y otros médicos (destinados tanto a procedimientos terapéuticos de otras patologías que no encajan en los anteriores (enfermos reumatológicos, neurológicos, cardiológico, etc.), como a procedimientos diagnósticos que venían realizándose en hospitalización convencional y están ambulatorizándose cada vez en mayor medida: biopsia hepática, PAAF abdominal, pulmonar, etc.).

### *Solicitud de atenciones*

Es preciso que exista un registro de solicitud de atenciones (inclusiones en lista de espera quirúrgica sin ingreso, lista de espera para procedimientos en hospital de día médico, etc.) con los datos administrativos y clínicos que permitan identificar y clasificar esa solicitud: identificación del paciente, servicio por el que deben ser atendidos, prioridad, patología, condicionantes (cama o sillón, analítica a la llegada, etc.).

### *Programación de atenciones*

Es preciso elaborar una programación de atenciones previstas con el fin de realizar reserva de puesto con anterioridad a la llegada del paciente. La programación de atenciones en el hospital de día quirúrgico va ineludiblemente enlazada con la programación quirúrgica.

### *Gestión de puestos*

A toda solicitud de atención se le asignará puesto, teniendo en cuenta la distribución de puestos por tipo de hospital de día (médico o quirúrgico) y servicio, las indicaciones del médico solicitante de la atención, los datos clínicos y nivel de cuidados que precise y la priorización que se establezca en cuanto a la utilización de los puestos disponibles.

### *Registro del episodio de atención en hospital de día*

Es preciso que exista un registro centralizado de atenciones en el hospital de día, que garantice la correcta identificación del paciente y los datos de la asistencia.

La identificación del paciente se realiza accediendo al fichero índice de pacientes, actualizando sus datos variables si es necesario.

Cada atención se identificará a través de un número de episodio único, secuencial y constante, de forma que ese número identifique inequívocamente un episodio de atención en hospital de día concreto ligado a un paciente determinado. Los datos que identifican el episodio de atención en hospital de día son al menos: fecha y hora de atención, procedencia, motivo, tipo de financiación, servicio, diagnóstico, procedimiento previsto y puesto. Es necesario que el registro de atención en hospital de día vaya ligado a la generación de cuantos documentos se precisen como apoyo a la asistencia (etiquetas, etc.) o de tipo administrativo (justificante de atención, ...).

Una vez que se produce la finalización de la atención se registran los datos que permitirán cerrar el episodio asistencial, que son al menos: fecha y hora de salida, motivo, servicio y médico responsable del alta, diagnóstico y procedimiento realizado. El cierre del episodio debe ir ligado a cuantos documentos se precisen (justificantes, etc.). Es necesario además enlazar el registro de hospital de día con hospitalización (en el caso de ingresos hospitalarios procedentes de hospital de día), así como permitir la generación de cuantos documentos se precisen para realizar este tipo de ingresos urgentes. Es muy conveniente el acceso directo desde el hospital de día a opciones de citación en consultas externas (revisiones post-atención, consultas con otros servicios, etc.), inclusión en lista de espera quirúrgica, nueva solicitud de atención en hospital de día médico (para procedimientos con una secuencia definida, como la sesiones quimioterápicas por ejemplo), derivaciones a otros centros, etc. y en general a cualquier otro ámbito de gestión de pacientes secundario a ese episodio de atención.

#### *Coordinación organizativa del proceso asistencial*

La gestión de pacientes en el hospital de día debe permitir la adecuada coordinación entre los diferentes servicios que atienden al paciente; así como constituir el punto de referencia de pacientes y familiares para todos los aspectos administrativos que genere su atención en el hospital de día. Por otro lado, disponer de información adecuada sobre el hospital de día permite avanzar en la posibilidad de seguir aumentando el número de procesos ambulatorizables, descongestionando la hospitalización convencional.

### **5.3. Hospitalización a domicilio**

Una de las alternativas a la hospitalización convencional son los servicios de hospitalización a domicilio. La gestión de pacientes en estas unidades debe regular

los ingresos y altas de este área, ayudando a una adecuada programación de acuerdo a los criterios establecidos por el hospital. Para ello se precisan unos requerimientos básicos que permitan realizar la solicitud de ingresos y programación de los mismos, gestión de la capacidad de atención disponible (“camas”), registrar el episodio de “hospitalización” y coordinar organizativamente el proceso asistencial.

### *Solicitud y programación de ingresos*

El ingreso en hospitalización a domicilio no lo es en sentido estricto, puesto que se trata de una modalidad de atención ambulatoria. Se define el ingreso como paciente aceptado para ser atendido en hospitalización a domicilio. Estos pacientes pueden proceder de cualquier servicio de hospitalización tradicional, del área de urgencias, de consultas externas, de otro hospital o de un equipo de atención primaria.

### *Gestión de “camas”*

Aunque las unidades de hospitalización no disponen de camas físicas sí tienen un número de pacientes que pueden gestionar (en función del personal adscrito). Este número máximo de pacientes atendibles constituye su número de “camas” posible. Es necesario garantizar en todo momento la actualización de la situación de las “camas” (fundamentalmente a partir de la comunicación en tiempo real de las altas), con el fin de disponer de datos fiables sobre ocupación. Además es necesario, en colaboración con las propias unidades, realizar estudios de utilización (adecuación de ingresos y/o estancias).

### *Registro del episodio de atención en hospitalización a domicilio*

Es preciso que exista un registro centralizado de ingresos, que garantice la correcta identificación del paciente y los datos de la asistencia.

La identificación del paciente se realiza accediendo al fichero índice de pacientes, actualizando sus datos variables si es necesario.

Cada ingreso se identificará a través de un número de episodio único, secuencial y constante, de forma que ese número identifique inequívocamente un episodio de ingreso en hospitalización a domicilio (no computable como ingreso hospitalario) concreto ligado a un paciente determinado. El registro de hospitalización a domicilio debe estar enlazado con el de hospitalización convencional (altas de hospitalización son ingresos en hospitalización a domicilio), urgencias (salidas de urgencias son ingresos en hospitalización a domicilio), hospital de día y consultas externas.

Los datos que identifican el episodio de ingreso en hospitalización a domicilio son al menos: fecha y hora de ingreso, procedencia, motivo, tipo de financiación y

diagnóstico. Es necesario que el registro de ingreso en hospitalización a domicilio vaya ligado a la generación de cuantos documentos se precisen como apoyo a la asistencia (etiquetas, etc.) o de tipo administrativo (justificante de ingreso, ...). Una vez que se produce el alta en hospitalización a domicilio se registran los datos que permitirán cerrar el episodio asistencial, que son al menos: fecha y hora de alta, motivo, médico responsable del alta y diagnóstico de alta. El cierre del episodio debe ir ligado a cuantos documentos se precisen (justificantes, etc.) y a cualquier otro ámbito de gestión de pacientes secundario a ese episodio de atención (citación en consultas externas, derivaciones, etc.).

### *Coordinación organizativa del proceso asistencial*

La gestión de pacientes en hospitalización a domicilio debe permitir la adecuada coordinación entre los diferentes servicios que atienden al paciente: programando pruebas diagnósticas en servicios centrales del hospital o en centros concertados, gestionando interconsultas, etc. Por otro lado, el correcto registro de los pacientes atendidos en hospitalización a domicilio debe permitir obtener de formas automatizada los indicadores de funcionamiento y calidad definidos para evaluar esta área; además de impulsar la atención en su domicilio de determinados procesos, aportando comodidad y mayor calidad asistencial a los pacientes.

## **6.- DERIVACIONES INTERCENTROS**

La gestión de derivaciones intercentros coordina las solicitudes de asistencia urgente y programada entre centros y valora la adecuación de las mismas a las normas de derivación y a los procedimientos vigentes en cada momento. Para ello se precisan unos requerimientos básicos que permitan realizar las solicitudes y tramitación de atención sanitaria de/a otros centros y la gestión del transporte sanitario adecuado. Es necesario en general recepcionar y registrar las solicitudes de asistencia dirigidas al propio centro o desde éste a otros centros, gestionar las solicitudes y mantener actualizado el registro de las mismas, tramitar la documentación clínica precisa para la asistencia y coordinar organizativamente el proceso asistencial.

### **Recepción, registro y tramitación de solicitudes de/a otros centros**

El registro –tanto en el caso de solicitudes de asistencia dirigidas al propio centro como las que éste dirige a otros centros– debe garantizar en primer lugar la correcta identificación del paciente: accediendo al fichero índice de pacientes y actualizando sus datos variables si es necesario o generando una nueva historia clínica si no la tiene abierta en el centro.

La tramitación de solicitudes de asistencia dirigidas al propio centro se realizará en función de los criterios y las prioridades establecidas por el hospital o servicio de salud correspondiente y –una vez autorizadas– el procedimiento a seguir será el adecuado a la modalidad asistencial que se precise (hospitalización, quirúrgica, ambulatoria, etc.). En cualquiera de las modalidades de atención se reflejará la procedencia externa de esa solicitud.

El registro de solicitudes de asistencia desde el propio centro debe contener –además de los datos de identificación del paciente – al menos los siguientes datos: identificación del solicitante (centro, servicio, médico), prestación solicitada (prueba, técnica, consulta, ...), fechas de solicitud y de tramitación e identificación de la unidad, servicio u hospital al que se deriva. En el caso específico de derivaciones de pacientes quirúrgicos a otros centros se deben seleccionar –en coordinación con los servicios quirúrgicos– los pacientes susceptibles de derivación (de acuerdo a los criterios definidos), comunicándole al paciente la propuesta de derivación y dejando constancia en el registro de lista de espera quirúrgica de la nueva situación (derivado o rechazo de derivación, según proceda).

### **Gestión de solicitudes a otros centros**

Es necesario mantener actualizado permanentemente el registro de derivaciones con el fin de disponer en todo momento de información sobre la situación del paciente. Deben establecerse por tanto los procedimientos oportunos que permitan registrar al menos: la aceptación o rechazo de la derivación y la fecha de realización de la prestación solicitada (o fecha de recepción de resultados).

### **Tramitación de la documentación clínica**

Según establezca la normativa del centro, junto a la tramitación de la solicitud se tramitará la documentación clínica precisa, garantizando en todo momento la confidencialidad de la misma.

### **Coordinación organizativa del proceso asistencial**

La gestión de derivaciones intercentros establece los cauces de comunicación y coordinación entre centros y niveles asistenciales, tanto para gestionar aquellos casos que precisen una asistencia urgente como para gestionar la continuidad en la atención en asistencias programadas. Debe existir para ello un punto de referencia de pacientes y familiares desde el que se pueda facilitar información precisa sobre todos los expedientes abiertos (tramitados sin resolver), manteniendo actualizadas las incidencias que puedan surgir (rechazos por parte del centro al que se deriva, cambios de centro, aplazamientos, etc.).

## RESUMEN Y CONCLUSIONES

La gestión de pacientes tiene como objetivo organizar y gestionar el flujo de pacientes por los distintos servicios de Atención Especializada. Para ello debe organizar y gestionar operativamente tanto el acceso como la demanda de los usuarios a las prestaciones de asistencia especializada, coordinarse con otras instituciones sanitarias para las derivaciones intercentros y establecer los cauces de comunicación necesarios con Atención Primaria.

En el área de Urgencias la gestión de pacientes tiene como objetivos básicos garantizar un soporte organizativo e informativo adecuado, que permita en todo momento conocer en tiempo real los pacientes que están siendo atendidos y obtener información sobre la actividad desarrollada en este área.

La gestión de pacientes en el ámbito de hospitalización regula los movimientos de este área (ingresos, traslados y altas), gestionando adecuadamente las camas, favoreciendo la necesaria coordinación entre los diferentes servicios que atienden al paciente y garantizando la fiabilidad de la información registrada.

En lo que respecta a la actividad quirúrgica, la gestión de pacientes debe permitir centralizar y mantener actualizado el registro de lista de espera quirúrgica, facilitar el soporte organizativo e informativo adecuado a los servicios implicados y favorecer la utilización adecuada y eficiente de los recursos adscritos a este área.

La gestión de pacientes ambulatorios es sin duda uno de los aspectos más cambiantes y que más crecimiento está experimentado en Atención Especializada. Por un lado, en lo que respecta a las consultas externas y pruebas diagnóstico-terapéuticas ambulatorias se está experimentando un importante crecimiento de la demanda, a la vez que una mayor preocupación social y política por estas listas de espera. Esta circunstancia ha hecho adquirir renovado protagonismo a la garantía de cita previa (sólo posible con agendas adecuadas, estables y accesibles) y a la recogida de información fiable sobre actividad realizada, avanzando aunque aún muy tímidamente en la tipificación de esta actividad (primeras, sucesivas, alta resolución, procedimientos quirúrgicos en consulta...). Lejano vemos aún el registro de demanda ambulatoria con datos clínicos que permitan valorar mucho más adecuadamente estas listas de espera. Tampoco acabamos de consolidar en nuestro país un sistema de información sobre actividad realizada que vaya más allá del número de pacientes atendidos y nos permita clasificarlos clínicamente; aunque hay algunas experiencias en este sentido utilizando agrupadores “ad hoc”, que permiten albergar esperanzas en este sentido.

Mucho se ha avanzado sin duda en los últimos años en nuevas modalidades ambulatorias: la cirugía ambulatoria es no sólo una realidad consolidada, sino que hay especialidades quirúrgicas que han virado prácticamente toda su actividad de hospitalización a esta modalidad ambulatoria. Lo mismo sucede con la importancia creciente de los hospitales de día y la ya larga experiencia de muchas unidades de hospitalización a domicilio. Los procedimientos de gestión de pacientes se han tenido que adaptar para dar soporte a estas nuevas formas de asistencia y la información se ha integrado en los sistemas de información clínica existentes.

La gestión de derivaciones intercentros debe permitir mantener la cohesión de la organización sanitaria ante el paciente y garantizar su acceso a las prestaciones sanitarias que proporciona el Sistema Nacional de Salud.

En resumen y con independencia del modelo de gestión de pacientes que se adopte, éste siempre debe constituir el esqueleto central de un sistema integrado de información clínica.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Gutiérrez Martí R. Nuevo modelo de Gestión Hospitalaria. Ministerio de Sanidad y Consumo - Instituto Nacional de la Salud, 1984.
2. Yates J. Camas hospitalarias: problema clínico y de gestión. Editorial Doyma. Madrid, 1990.
3. Manual de recomendaciones para el Sistema de Información Sanitaria (SIS): Volumen I - Recogida de datos básicos. Barcelona: Unió Catalana d'Hospitals, 1991.
4. Manual de recomendaciones para el Sistema de Información Sanitaria (SIS): Volumen II - Registro de actividad: bloque quirúrgico, bloque obstétrico, bloque de laboratorios y bloque de procedimientos por la imagen. Barcelona: Unió Catalana d'Hospitals, 1992.
5. Cosials i Puejo D. Admisiones hospitalarias. Mosby/Doyma Libros. Barcelona, 1995.
6. López Domínguez O. Gestión de pacientes en el hospital. El Servicio de Admisión y Documentación Clínica. Olalla Ediciones. Madrid, 1997.
7. Guía para la Gestión de la Lista de Espera Quirúrgica. INSALUD, 1998.
8. Guía de gestión de consultas externas en Atención Especializada. INSALUD, 2000.

9. Guía de Gestión de los Servicios de Admisión y de Documentación Clínica. INSALUD, 2000.
10. Catálogo de actividades de las Unidades de Documentación Clínica y Admisión. Versión 2000. Catálogos SIE. Valencia: Conselleria de Sanitat, 2000.
11. Curiel Herrero J, Estévez Lucas J. Manual para la Gestión Sanitaria y de la Historia Clínica Hospitalaria. Editores Médicos, S. A. Madrid, 2000.
12. Circular 3/2001 de Sistemas de Información del INSALUD.
13. López O., Rojo F., Fabo P., García C., Pisano A., Rodríguez M. Utilización de un conjunto mínimo básico de datos para el análisis de las consultas externas en atención especializada. *Gestión Hospitalaria* 2001; 12(3):135-149.
14. López Domínguez O. Los Servicios de Admisión y Documentación Clínica. En Temes Montes J. L. *Gestión hospitalaria* 3ª edición. McGraw-Hill-Interamericana de España. Madrid, 2002.
15. Homogeneización de indicadores del Sistema de Información de Atención Especializada. Osakidetza - Servicio Vasco de Salud. Vitoria, 2002.
16. Marco Martínez J., Jurdado Ruiz Capillas J. J., Plaza Canteli S., Rondón Fernández P., Torres Perea R., Solís Villa J. Diseño e implantación de una Unidad Médica de Hospitalización de Corta estancia (UCE). Repercusión y actividad asistencial. Premios Profesor Barea a la Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios 1ª edición 2002. Fundación Signo, 2002.
17. Alcalde Escribano J., Ruiz López P., Landa García J. I. Evaluación preoperatoria en cirugía programada. Arán Ediciones. Madrid, 2002.
18. Informes SEIS (Volumen 5). De la historia clínica a la historia de salud electrónica. Pamplona: Sociedad Española de Informática de la Salud, 2003.
19. Clasificación Internacional de Enfermedades. 9ª Revisión Modificación Clínica. 4ª edición, actualización 2004. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2004.

