

SELECTOR DE DEMANDA

¿UNA DECISIÓN TÉCNICA ADECUADA

O

UN ATENTADO A LA CALIDAD?

Dr. Leonardo Ristori Hernández
Director Hospital de Urgencia Asistencia Pública

El H.U.A.P., nació el 11 de Agosto de 1911, hace 95 años, con la tarea de acoger a toda consulta de urgencia, para resolver en forma ambulatoria aquello que era posible y hospitalizar, para tratamiento, aquello que lo necesitaba.

PERO... ¿QUE ES URGENCIA?

URGENCIA, ES LA APARICIÓN SÚBITA O, EN CORTO TIEMPO, DE SÍNTOMAS O SIGNOS, QUE HACEN PERCIBIR, EN QUIEN LOS TIENE O EN QUIENES LO ACOMPAÑAN, LA NECESIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA INMEDIATA

**LOS MEDICOS EN CAMBIO
APLICAN EL CONCEPTO DE
EMERGENCIA:**

**CONDICIÓN PATOLÓGICA O
ESTADO DE UN PACIENTE, QUE
PUEDE OCASIONAR SECUELAS
GRAVES O INCLUSO LA MUERTE
DE NO MEDIAR ATENCIÓN MÉDICA
ADECUADA E INMEDIATA.**

AQUÍ SURGE YA EL GÉRMEN DE UN CONFLICTO.

Nuestros usuarios se rigen por una percepción que los equipos de salud pueden no compartir, y estos a su vez, exigirán evidencias que los usuarios no entienden, con lo que se tiene una apreciación muy diferente sobre un tema que tiene un fuerte componente emocional.

Hasta el año 1994-95 se pudieron conciliar ambos intereses.

El tamaño del Servicio de Urgencia permitía una atención expedita, por lo que las *urgencias*, no afectaban a las necesidades de atención de las *emergencias*.

A partir de entonces, la presión de la atención, afectada fuertemente por condicionantes demográficas y también económicas, impactó las posibilidades de conseguir cupos de hospitalización, y la atención de urgencia fue haciéndose cada vez menos fluida.

Se inició la ocupación regular de los pasillos de los servicios clínicos.

Finalmente, en Diciembre del 2001, aparecieron por primera vez los hospitalizados en box de urgencia, y con ellos, períodos de detención de la atención, al disminuir nuestra oferta de camillas disponibles en boxes, para permitir una atención continua.

HASTA EL AÑO 2000:

El tiempo entre la confección del DAU y el inicio de la atención, era de menos de 30` para el 79 % de los pacientes. Sólo el 21 % demoraba más de 30` (en M.M.)

A PARTIR DEL AÑO 2001:

La demora de menos de 30` era sólo para el 62%. Un 38% tardaba más de 30`

PARA EL AÑO 2002:

Se modificó la estructura del turno para tener la presencia de dos médicos en M.M.

La demora de menos de 30` benefició a un 65% de los pacientes. Un 35% esperaba más de 30 minutos pero un 11% llegó a esperar más de una hora.

La pregunta inevitable: ¿Qué estaba pasando con los pacientes de emergencia que no identificábamos del total?

Esta observación, motivó la instalación de un sistema de selección de la demanda.

El Selector, echó a andar en Julio del 2004, luego de un largo proceso.

Categorías:

C_1 = Pacientes que deben ser reanimados

C_2 = Emergencias con riesgo vital.

C_3 = Emergencias sin riesgo vital inmediato.

C_4 = Urgencias sin emergencia.

EL EFECTO

Los tiempos de atención de los C₂ bajaron hasta lograr que un 72,2 % de los pacientes se atendieran antes de 30`

Tuvimos la satisfacción de ver, que los pacientes que nos interesaba priorizar, se atendían a tiempo y ese tiempo, tendía a disminuir.

Decisión: “técnicamente correcta”

PERO...

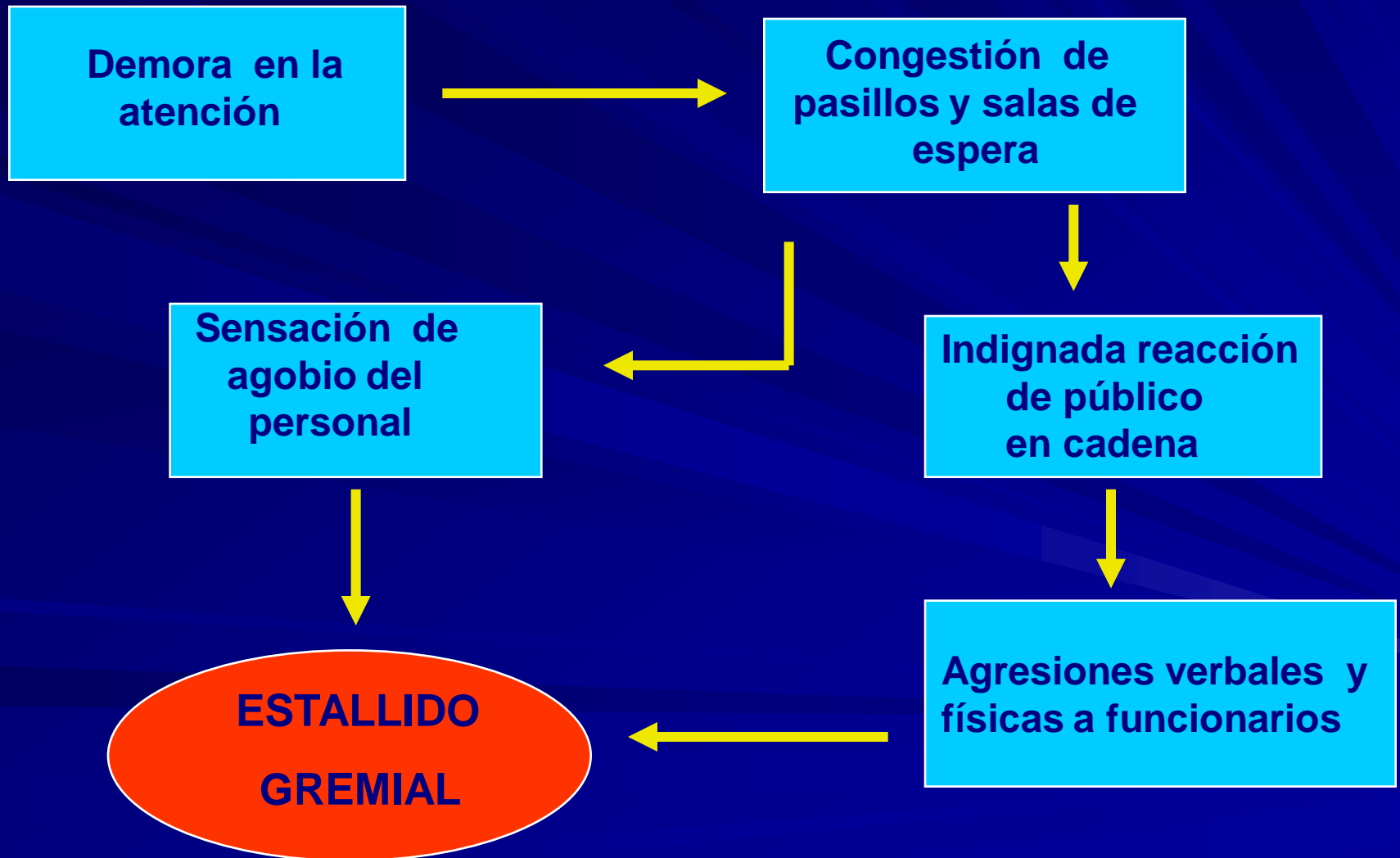
Los pacientes C1 y C2 representan el 6.8% del total de atendidos.

Los pacientes C3 y C4 representan el 93,2% del total de atendidos.

O SEA...

Le aseguramos atención oportuna a 31 pacientes diarios y le garantizamos demora y trámites a 419, la mayor parte de los cuales, se maneja en la definición de urgencia

¿QUE OCURRIÓ?



Lisa y llanamente, preocupados de nuestro sentir, olvidamos las expectativas y aprehensiones de los consultantes.

Olvidamos que, la definición de Urgencia, recoge el sentir y las percepciones de los usuarios, no las nuestras, donde se declara que, la atención médica debe ser “inmediata”.

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN USUARIA 2004 -2005

	2004	2005
Satisfecho con la información sobre el paciente mientras se encontraba en box?	45%	42%
Reclamos por la espera	24%	22%
Sugerencias sobre la espera	3,1%	16%

ALGUNAS OPINIONES EN ENCUESTA DE DICIEMBRE 2005

- 1.¹ Más rapidez en la atención.-
- 2.- Deberían sacar ese famoso box de primera atención. No sirve y hace demorar aun más.
- 3.- Los doctores se demoran mucho en atender.
- 4.- Deben dar información de lo que pasa con el paciente.
- 5.- Debería entra al menos una persona con el paciente, cuando es viejito o muy niño.
- 6.- Debería ingresar el paciente siempre con alguien, para saber como está y que le están haciendo.

**¿Que sentían frente al selector
y a la demora? Preguntamos.**

1.- Selector de la demanda:

- a.- Proceso que no se entiende y que burocratiza la atención.**
- b.- Preguntas y controles que no logran resolver el problema**
- c.- Una barrera injusta e innecesaria (se percibe como “pitutos”)**

2.- Falta de espacio para esperar adecuadamente, a veces, horas

3.- Incertidumbre sobre el estado y situación del paciente durante este lapso, lo que genera mucha angustia (no olvidar nunca que lo trajeron grave).

¿ QUE NOS PASÓ ?

Estamos convencidos que cometimos un error de diseño, al mirar la situación exclusivamente desde la perspectiva técnica sin tomar en cuenta las expectativas de nuestros usuarios.

Pese a tenerlo, no incluimos en la solución del problema, al encargado de calidad.

¿EN QUE ESTAMOS?

1.- Reduciendo la demora

- a.- Agilizando hospitalizaciones.
- b.- Normando el manejo de cuadros habituales y fiscalizando el cumplimiento.
- c.- Agilizando el transporte.
- d.- Abandonando trámites inútiles.
- e.- Evitando exámenes innecesarios o su espera.

2.- Mejorando la información

- a.- Estudio de proyectos con Damas de Rojo
- b.- Solicitud de aumento de personal.
- c.- Proyecto de trabajo con “Dr. Feliz”
(Patch Adams)

3.- Haciendo más cómoda la espera

- a.- Proyecto arquitectónico.

4.- Educando

- a.- Que es el selector de demanda