

# Optimitzar l'assistència primària

## Optimizar la asistencia primaria

**A. Buján, C. Barnés, M. Ferrán, M. Durán**

Servei d'oftalmologia. Consorci Sanitari Integral (CSI). Barcelona.

### Correspondència:

Andrés Buján Rivas

E-mail: [andres.bujan@sanitatintegral.org](mailto:andres.bujan@sanitatintegral.org)

L'optimització dels recursos és una màxima en qualsevol organització actual i és especialment important en totes aquelles que estan lligades als serveis públics. Els serveis sanitaris a Catalunya estan sotmesos a una gran pressió assistencial i a una manca crònica de recursos. Aconseguir la millor qualitat possible amb els recursos disponibles ha de ser un dels objectius fonamentals en qualsevol activitat sanitària.

En la nostra especialitat, la via principal d'entrada del pacient és l'assistència primària. En conseqüència, la millora en la gestió d'aquesta via d'entrada pot tenir una gran repercussió en l'eficiència de tota la nostra activitat diària. Intentarem exposar breument la nostra experiència en aquest àmbit, la qual ens ha permès reduir dràsticament la nostra llista d'espera a tots el Centres d'Atenció Especialitzada (CAE) de la nostra àrea, amb una clara millora de la percepció de qualitat per part dels nostres usuaris.

Treballem al Consorci Sanitari Integral (CSI), un conjunt de tres hospitals i quatre CAE que donen assistència oftalmològica a més de 600.000 habitants. Això suposa un gran desafiament pel volum de població a atendre amb els recursos limitats de què, com tothom, disposem.

La pandèmia va suposar un daltabaix per al qual ningú estava preparat. Ens va obligar a desprogramar totes les nostres agendes de treball. Però aquest daltabaix també va suposar una gran

*La optimización de los recursos es una máxima en cualquier organización actual y es especialmente importante en todas aquellas que están ligadas a los servicios públicos. Los servicios sanitarios en Cataluña están sometidos a una gran presión asistencial y a una falta crónica de recursos. Conseguir la mejor calidad posible con los recursos disponibles debe ser uno de los objetivos fundamentales en cualquier actividad sanitaria.*

*En nuestra especialidad, la principal vía de entrada del paciente es la asistencia primaria. En consecuencia, la mejora en la gestión de esta vía de entrada puede tener una gran repercusión en la eficiencia de toda nuestra actividad diaria. Intentaremos exponer brevemente nuestra experiencia en este ámbito, que nos ha permitido reducir drásticamente nuestra lista de espera en todos los Centros de Atención Especializada (CAE) de nuestra área, con una clara mejora en la percepción de calidad por parte de nuestros usuarios.*

*Trabajamos en el Consorci Sanitari Integral (CSI), un conjunto de tres hospitales y cuatro CAE que prestan asistencia oftalmológica a más de 600.000 habitantes. Esto supone un gran desafío por el volumen de población a atender con los recursos limitados de los que, como todos, disponemos.*

*La pandemia supuso un trastorno para el cual nadie estaba preparado. Nos obligó a desprogramar todas nuestras agendas de trabajo. Pero este trastorno también supuso una gran oportunidad:*

oportunitat: la possibilitat de refer les agendes completament des de zero i plantejar una nova forma de treballar. Un canvi de paradigma. Al nostre servei es va decidir apostar per treballar en acte únic. El pacient vindria i se li faria, en un únic acte mèdic, tota l'assistència necessària disponible. Per poder aconseguir això va ser necessari un canvi a tres nivells: humà, material i informàtic. A nivell humà vam apostar per incrementar la presència d'optometristes i personal auxiliar d'infermeria. Vam crear unitats de treball integral a cada CAE formades per un auxiliar d'infermeria, un optometrista i dos oftalmòlegs. A nivell material, vam dotar a cada CAE d'un OCT i d'un campímetre, tots dos connectats a la xarxa informàtica del nostre servei. I, finalment, des del departament de sistemes d'informació es van habilitar les eines informàtiques per poder fer un cribatge de totes les derivacions de primària amb la possibilitat de consultar fàcilment la història clínica del pacient. Vam aprofitar els canvis de paradigma que ens va portar la pandèmia per crear unes llistes de treball no presencials encaminades a optimitzar la gestió principalment en tres àmbits: glaucoma, retina i visites que no precisaven assistència presencial.

Actualment, quan un metge de primària decideix derivar un pacient al nostre servei, es genera una sol·licitud de visita informàtica amb els motius de derivació. Un oftalmòleg comprova periòdicament totes les derivacions i els motius. Si té qualsevol dubte, pot accedir immediatament a la història clínica del pacient al nostre servei. Al mateix temps, pot donar la prioritat amb la qual cal citar el pacient. Aquesta feina permet orientar molt millor als pacients, agilitzant les actuacions en malalties com la DMAE, per exemple.

Si el pacient és visitat al CAE (el més freqüent), es realitza una atenció integral, amb una durada estàndard de 15 minuts per pacient. L'auxiliar d'infermeria comença prenent la visió, pressió amb tonòmetre d'aire i motiu de consulta en un curs informàtic especialment dissenyat. A continuació el metge valora al pacient i pot demanar que sigui refraccionat o bé que se li realitzin les proves pertinents (OCT, CV). Si cal operar el pacient, es pot programar immediatament la intervenció. També es pot derivar a una subunitat de l'hospital (màcula, glaucoma, etc.) o programar visita de control. Donat que s'ha aconseguit una llista d'espera inferior a un mes, molts pacients es poden donar d'alta sense necessitat de fer revisions rutinàries. Treballar a demanda d'aquesta manera implica un treball en equip entre personal de suport, optometristes i oftalmòlegs. Els pacients són atesos en funció de les seves necessitats per un o per tots els membres de

*la posibilidad de rehacer las agendas completamente desde cero y plantear una nueva forma de trabajar. Un cambio de paradigma. En nuestro servicio se decidió apostar por trabajar en un acto único. El paciente acudiría y se le realizaría, en un solo acto médico, toda la asistencia necesaria disponible. Para lograrlo fue necesario un cambio en tres niveles: humano, material e informático. A nivel humano, apostamos por incrementar la presencia de optometristas y personal auxiliar de enfermería. Creamos unidades de trabajo integral en cada CAE formadas por un auxiliar de enfermería, un optometrista y dos oftalmólogos. A nivel material, dotamos a cada CAE de un OCT y un campímetro, ambos conectados a la red informática de nuestro servicio. Y, finalmente, desde el departamento de sistemas de información se habilitaron las herramientas informáticas para poder hacer un cribado de todas las derivaciones de primaria con la posibilidad de consultar fácilmente la historia clínica del paciente. Aprovechamos los cambios de paradigma que trajo la pandemia para crear unas listas de trabajo no presenciales orientadas a optimizar la gestión principalmente en tres áreas: glaucoma, retina y visitas que no precisaban asistencia presencial.*

*Actualmente, cuando un médico de primaria decide derivar a un paciente a nuestro servicio, se genera una solicitud de visita informática con los motivos de derivación. Un oftalmólogo revisa periódicamente todas las derivaciones y sus motivos. Si tiene cualquier duda, puede acceder inmediatamente a la historia clínica del paciente en nuestro servicio. Al mismo tiempo, puede asignar la prioridad con la que debe citarse al paciente. Este trabajo permite orientar mucho mejor a los pacientes, agilizando las actuaciones en enfermedades como la DMAE, por ejemplo.*

*Si el paciente es atendido en el CAE (lo más frecuente), se realiza una atención integral, con una duración estándar de 15 minutos por paciente. El auxiliar de enfermería comienza tomando la visión, presión con tonómetro de aire y motivo de consulta en un curso informático especialmente diseñado. A continuación, el médico valora al paciente y puede solicitar que sea refraccionado o que se le realicen las pruebas pertinentes (OCT, CV). Si es necesario operar al paciente, se puede programar la intervención de inmediato. También se puede derivar a una subunidad del hospital (mácula, glaucoma, etc.) o programar una visita de control. Dado que se ha conseguido una lista de espera inferior a un mes, muchos pacientes pueden ser dados de alta sin necesidad de revisiones rutinarias. Trabajar a demanda de esta manera implica un trabajo en equipo entre personal de apoyo, optometristas y oftalmólogos. Los pacientes son atendidos*

l'equip. Això vol dir que tothom ha de col·laborar amb tothom. Les llistes de treball no són nominals perquè l'atenció és integral, cal fer el que sigui necessari en cada moment. Tots els membres de l'equip són igualment importants, perquè sense algú d'ells, la resta no poden funcionar bé.

Amb tots aquests canvis hem reduït sensiblement la llista d'espera de primeres visites als nostres CAE per sota d'un mes. A més a més, hem evitat les reiteracions de visites. En fer totes les proves el mateix dia, no cal que el pacient vingui més vegades. Amb una única visita es fa tota l'assistència. Això redueix incompareixences, manca de resultats i millora notablement la percepció de qualitat de la visita per part del pacient. S'accelera molt el diagnòstic i tractament dels pacients, i es redueix molt el coll d'ampolla que normalment constitueix l'assistència primària. El resultat final d'aquesta optimització del procés és una millora en la qualitat, una reducció dràstica de les llistes d'espera i un apropament de l'assistència especialitzada al pacient i al territori.

Treballar d'aquesta manera és més complex que de la forma tradicional. Demana una major implicació de tots els membres de l'equip, però el resultat final és molt més satisfactori per al personal i, sobretot, per als pacients, que han de ser el centre de la nostra activitat.

*en función de sus necesidades por uno o por todos los miembros del equipo. Esto significa que todos deben colaborar entre sí. Las listas de trabajo no son nominales porque la atención es integral; se debe hacer lo que sea necesario en cada momento. Todos los miembros del equipo son igualmente importantes, porque sin alguno de ellos, el resto no pueden funcionar correctamente.*

*Con todos estos cambios hemos reducido sensiblemente la lista de espera de primeras visitas en nuestros CAE a menos de un mes. Además, hemos evitado la reiteración de visitas. Al realizar todas las pruebas el mismo día, no es necesario que el paciente acuda más veces. Con una única visita se realiza toda la asistencia. Esto reduce ausencias, falta de resultados y mejora notablemente la percepción de calidad de la visita por parte del paciente. Se acelera mucho el diagnóstico y tratamiento de los pacientes, reduciendo el cuello de botella que normalmente constituye la asistencia primaria. El resultado final de esta optimización del proceso es una mejora en la calidad, una reducción drástica de las listas de espera y un acercamiento de la asistencia especializada al paciente y al territorio.*

*Trabajar de esta manera es más complejo que de la forma tradicional. Requiere una mayor implicación de todos los miembros del equipo, pero el resultado final es mucho más satisfactorio para el personal y, sobre todo, para los pacientes, que deben ser el centro de nuestra actividad.*