

Sistemas de Información en Cuidados

Paloma Trillo López*, Luis Francisco Torres Pérez*

Enfermera Unidad de Gestión de Cuidados. Hospital Regional de Málaga y Virgen de la Victoria de Málaga.

Hasta ahora ambos términos eran un oxímoron, contrarios en la misma frase, y si no contrarios, sin duda extraños. Quién puede olvidar la actitud mendicante del gestor de cuidados al solicitar de cualquier fuente, ya sea eso que da en llamar “Informática”, o a los servicios de Documentación Clínica, Calidad o lo que sea. Esa lastimera petición que con frecuencia tenía una parca contestación relacionada más con la falta de recursos que explotar que con las capacidades de nuestro interlocutor. Con frecuencia el peticionario apenas juntaba un par de líneas de información, o cuanto más una tabla de Excel que, cual tesoro era envidiada por todos aquellos que ni a eso llegaban.

Esta enfermedad crónica del desconocimiento, cuyos síntomas más graves se centran en la imposibilidad para defender con eficacia la labor de las enfermeras cuando a situaciones de crisis y de recortes afrontamos, tiene su etiología en la imposibilidad de “pesar” con precisión y fiabilidad el desempeño ligado a los cuidados. Cuanto supone los cuidados en relación al consumo de recursos y al logro de resultados en salud por la comunidad sigue siendo una incógnita por despejar.

Y con una visibilidad social reducida y sin herramientas fiables de medición de impacto, ni clínico ni económico, cualquier disciplina está abocada, sino a la extinción, si al ajuste duro.

Pero nada permanece por siempre, y el desarrollo del proyecto de Historia Sanitaria Digital Única, ha tenido un efecto secundario muy deseable, la génesis de herramientas sensibles a la práctica enfermera. Un proyecto de tal magnitud ha requerido la creación de un aplicativo para la gestión y compilación de la información clínica relevante, el Diraya en sus diversas versiones. Concretamente el Diraya de Atención Hospitalaria (DAH), antes de Atención Especialidad (DAE), provee de resortes que debidamente alineados son capaces de hacer visibles aspectos del cuidado hasta ahora plenamente conocidos pero numéricamente inexplorados.

Lejos estamos aun de poder articular un cuadro de mandos independiente, actualmente solo transitamos por la senda cuantitativa, apenas contamos registros realizados, pero son registros propios, coherentes y manejables. El abordaje cualitativo, el realmente interesante, se nos escapa todavía. Más allá de saber que hacemos hemos de conocer como lo hacemos, pero la senda ya está iniciada. De manera casi subrepticia se ha iniciado la era de la clinimetría en cuidados, de poder medir actividad y sobre todo asomarnos a sus consecuencias, de poder correlacionar intervenciones con logros de objetivos en salud, de que el lenguaje estandarizado en cuidados sea una realidad y no un concepto elusivo. Nos aproximamos a poder responder con franqueza a la pregunta que subyace tras esto años de cambios conceptuales en los cuidados, ¿la implantación del proceso enfermero y el enfoque científico de los Cuidados –las nuevas taxonomías- ejercen una influencia positiva en la salud de la población de referencia?

Dejando aparte en enfoque clínico, absolutamente trascendental, está el enfoque estratégico y gestor, donde sin duda la aportación de estos SSII ampliados va a ser determinante. Manido ya el argumento de que el uso de los GRD –en el entorno hospitalario- solo son capaces de predecir un 40% del gasto del paciente. Esos grupos de isoconsumo, solo lo son en una parte, el resto caía en una zona gris totalmente reconocible, pero inextricable, los cuidados.

Es internacionalmente reconocido que pese a la necesidad imperiosa de tasar con precisión lo que los cuidados suponen para los diversos sistemas de provisión de salud, solo en Bélgica se ha implementado el desarrollo de un Conjunto Mínimo de Datos relacionados con los Cuidados¹. El filón de información, que apenas si arañamos debe servir para articular un discurso propio donde el responsable de cuidados sea capaz de posicionarse simétricamente ante otros decisores y alumbrar las luces y las sombras que el

área de conocimientos a la que pertenecen pueden aportar al común de la organización o la unidad, donde se ubican los puntos fuertes, donde las líneas rojas y cuánto aporta a la caja común de los resultados.

El modelo de gestión imperante recalca la labor de los clínicos a la hora de la elaboración de las estrategias y buena gobernanza, y la visión de unidad frente a la visión vertical del gestor. Los Cuidados son una función diferente en esta ecuación. Si bien es verdad no pueden abstraerse de la gestión clínica, con su componente eminentemente vertical compartido con la Unidad, que cuenta con sus propios objetivos y dinámicas, tiene una visión horizontal, centrada en unos modelos de práctica estables y normalizados, donde los pacientes se asemejan más entre sí en función de su nivel de dependencia que en función de los paralelismos entre unidades.

El compromiso con la eficiencia y la relación coste efectividad, obliga a trabajar en dos dimensiones, la vertical y la horizontal, la de los objetivos de los Acuerdos de Gestión, y la del cumplimiento del Contrato Programa, trufadas ambas de resultados mixtos que requieren por un lado la implicación de las unidades y por otro la complicidad de la institución. Y es en estos escenarios donde la transversalidad de los Cuidados se muestra determinante, y más invisible, las intervenciones de soporte, de redireccionamiento estratégico, de optimización de recursos (como no pensar en los planes de vacaciones o la

dotación de las consultas) son áreas cruciales y a su vez poco ponderadas, cuando no desconocidas, ya que entienden como tradiciones que no se sabe muy bien como se mantienen que se repiten con precisa estacionalidad.

El Cuidado es pues una función continua en todos sus puntos, a diferencia de otras que son discontinua casi por definición, eso hace que –y tenemos que recordar aquí una mínimas nociones matemáticas- integrable al estar definida en todos sus puntos. El Cuidado se beneficia de la coordinación y la agregación de elementos, más aún tiene una clara disciplina de aglutinación. Los Cuidados son un producto colectivo que se ofertan a unidades de producción discreta e independiente, que si bien es verdad imprimen su sello a la provisión de asistencia, no influyen tanto como borrar su carácter integral.

Así pues, y como epítome, nos enfrentamos a una situación en la que la evolución de los SSII se ha ubicado sobre nuestra área de conocimiento regándola con un rimerero de datos, tan denso como la lluvia del monzón. Y si malo es no tener, no lo es menos exceder nuestra capacidad...pero al que escasez pasó el exceso le parece bendición. Tenemos que aprovechar esta abundancia para mejorar nuestra práctica, afinar nuestra gestión, incrementar nuestro nivel de influencia y abandonar para siempre la invisibilidad dentro del Sistema Sanitario.

Bibliografía

1. Koen Van den Heede, Dominik Michiels, Olivier Thonon, Walter Sermeus. Using Nursing Interventions Classification as a Framework to Revise the Belgian Nursing Minimum Data Set International Journal of Nursing Terminologies and Classifications (20):3, 2009