

La modernización de los hospitales militares: Los Sistemas de Información Sanitaria

Tte. Coronel Médico José Alfonso Delgado Gutiérrez. IGESAN

Med Mil (Esp) 2001; 57 (1): 29-32

1. INTRODUCCIÓN

La viabilidad futura de los centros sanitarios militares se basa en tres requerimientos que ya no son cuestionables.

El primero es la necesidad de obtener una demanda asistencial que, no sólo haga eficiente al hospital, sino que ha de permitir que nuestros especialistas puedan ejercer una medicina de calidad, y que en cantidad y tipología de casuística, les permita estar permanentemente entrenados en sus habilidades, que serán necesarias en operaciones de despliegue en apoyo de la Fuerza.

El segundo es la necesidad de incorporar a los hospitales militares la cultura de gestión que es de uso normal en los hospitales públicos de nuestro país. Esto obliga a que en el nuevo Reglamento de Hospitales Militares, en la Red Integrada dependiente de la Subsecretaría de Defensa, se contemple la posibilidad de poder ejercer adecuadamente la función de gestión del centro.

El tercero; «cerrar el ciclo de la gestión». Es decir, que el Sistema de Información que se implante en los hospitales debe permitir un correcto conocimiento de la función hospitalaria en tres cuestiones básicas, actividad, rendimiento y eficiencia.

Esta información analizada genera conocimiento y debe posibilitar la adecuada toma de decisiones. Esto que puede parecer un tópico, es la diferencia entre gestionar un centro sanitario y dejar que funcione por mera inercia institucional.

Pero lo más importante del diseño del nuevo Sistema de Información Sanitaria que necesitan las Fuerzas Armadas no es conseguir una mejora significativa en el terreno de la gestión, sino proceder a un cambio total de orientación: EL EFECTIVO HUMANO. Sabemos sin ningún tipo de duda, que mejorando la asistencia al paciente, mejorarán incuestionablemente todos los ratios de gestión y mejorará la eficiencia del sistema. Este cambio de orientación en Sanidad Militar se ha reflejado en algo que se ha dado en llamar «proceso troncal de la Sanidad Militar».

Orientar el sistema de información hacia el proceso troncal, es decir, hacia el militar profesional, lleva a la conclusión fundamental de que, el auténtico hilo conductor del Sistema de Información Sanitaria es la vida activa del militar profesional, desde que ingresa en las Fuerzas Armadas hasta que causa baja, por la causa que sea.

Por tanto, debe quedar reflejado en el sistema cuantas incidencias de carácter sanitarios sufra el personal militar a lo largo de su vida activa, desde el ingreso, reconocimientos periódicos, visitas a los servicios sanitarios, ingresos hospitalarios y expedientes periciales (tratados con el correspondiente nivel de confidencialidad), e incidencias específicas acaecidas en escenarios de operaciones (escalones sanitarios).

Estos dos son los pilares básicos, la filosofía de SISDEF, Sistema de Información Sanitaria de la Defensa: el militar profesional y las herramientas de gestión de los recursos puestos al servicio de dicho militar.

2. TRANSICIÓN DESDE MALTA A SISDEF

El Sistema Malta está en la fase final de su vida útil. Fue diseñado entre 1986 y 1988 para abordar lo que en aquel entonces era el concepto de los Sistemas de Información Hospitalarios (SIH). El núcleo central del Sistema era y es la gestión de pacientes, y la realidad ha demostrado que es lo que realmente se ha utilizado.

Si examinamos los niveles de utilidad de un SIH, vemos que estos en esencia tienen una utilidad bipolar, por una parte para resolver los problemas de actividad diaria a nivel de usuario final, y por otro, como instrumento que permite cerrar el ciclo de la gestión, facilitando información para la toma de decisiones por los diferentes niveles de mando y dirección.

En el nivel de usuario final, Malta ha resuelto la actividad básica en el área de gestión de pacientes en todos los hospitales. La gestión de quirófanos y servicios centrales ha sido resuelta de modo muy irregular, según el interés mostrado por los diferentes servicios. En el área administrativa, tampoco el uso de Malta ha sido homogéneo, y en ningún caso ha respondido a las expectativas creadas cuando fue diseñado.

En el nivel de dirección, algo ha pasado, pero el hecho es que la utilidad para la adecuada toma de decisiones ha sido muy escasa. Esto puede haberse debido a tres causas, 1.- porque los niveles de dirección se han dotado de terceros sistemas de información ajenos a Malta, porque a juicio de estos, Malta no les sirve, 2.- bien porque en cualquier caso, a tenor del escaso grado de autonomía en la gestión, de nada sirve la información que aporta Malta, 3.- bien porque se ha tratado de homogeneizar modelos organizativos de tres instituciones en una sola, sin ser ello hasta la fecha posible sin un adecuado rediseño de los procesos asistenciales y administrativos.

El médico no ha recibido de Malta a penas ninguna contrapartida que le permita mejorar su trabajo. Es cierto que tampoco lo permitía la tecnología de finales de los ochenta, pero también es cierto que el enfoque exclusivo en la gestión, dejaba en un segundo plano el auténtico núcleo central de la asistencia sanitaria, el paciente.

La transición de Malta a SISDEF, por tanto, no es sólo pasar a lo que podríamos llamar una «segunda generación de Sistemas de Información Hospitalario», con nuevas tecnologías tipo cliente servidor, bajo Windows NT[®], nuevas comunicaciones,

Internet, etc. Supone un desplazamiento en el centro de gravedad del propio Sistema. Pasando de las herramientas de gestión como núcleo, al paciente como eje central de todo el Sistema.

En lenguaje de la calle esto se traduce en el hecho de que toda la organización sanitaria debe enfocar sus esfuerzos a satisfacer las necesidades de sus ya ahora clientes, en cuanto comienzan a tener capacidad de elegir, aunque sean pacientes desde el punto de vista clínico. Y el cliente-paciente quiere o exige en esencia dos cosas; la primera «*Sea tratado mi problema lo antes posible*», lo que supone trabajar por eliminar o minimizar al menos, el problema de las listas de espera. Y... «*cuando me llegue el turno, sea tratado mi problema lo más rápidamente posible, con un nivel de calidad y de utilidad adecuado a lo que para mí es calidad y utilidad*». Esta segunda exigencia obliga a reducir al máximo el tiempo de la intervención médica, lo que implica reducir las visitas del paciente al hospital, simultanear en la medida de lo posible las pruebas y exploraciones a fin de que en una mañana pueda hacerse lo que en otras circunstancias o tradicionalmente exige perder dos, tres o cuatro mañanas; que si basta un ingreso de cuatro días, es absurdo permanecer seis o más días en el hospital; y si es posible que el tratamiento se realice en régimen ambulatorio o de hospital de día, mejor que un ingreso.

Estas dos cuestiones son percibidas por el paciente como esenciales en lo relativo a calidad y utilidad percibida. Y él es cada vez más (y lo será mucho más en el futuro, porque la sociedad así lo demanda) un cliente que puede elegir, que un usuario cautivo de un régimen de prestaciones sanitarias.

Nuestro Plan de Modernización, y en concreto el Proyecto de rediseño de procesos y el Proyecto SISDEF o abordan de frente estas exigencias sociales, o nuestros hospitales por la vía de los hechos terminarán por desaparecer, por muy necesarios que puedan ser para las Fuerzas Armadas.

La transición de Malta a SISDEF, tiene un elemento adicional que todavía más incide en la importancia del factor humano: el militar profesional.

No sólo hemos de desplazar el modelo de gestión hacia el paciente que acude a nuestros hospitales; esa será misión del Sistema de Información Hospitalario (un subsistema de SISDEF como luego veremos), sino que aún más, el núcleo del sistema es el militar profesional. Por tanto, sin perder el horizonte de la gestión, SISDEF debe centrarse en las necesidades de los profesionales de las Fuerzas Armadas en primer lugar y en segundo lugar, en el colectivo de clientes que acudirán a nuestros hospitales... en la medida en que perciban una asistencia de calidad y rapidez.

Tomando estos elementos como núcleo del sistema, el resto, todas las herramientas y recursos que faciliten e incluso posibiliten un nuevo modelo de gestión acorde con las exigencias del nuevo escenario sanitario militar y del Sistema Nacional de Salud, serán valor añadido que se irá incorporando al SISDEF.

3. CARACTERÍSTICAS DE SISDEF

Las características de SISDEF se pueden resumir en tres premisas y tres elementos esenciales.

1. Debe ser un sistema global. En el que todos los elementos integrantes del mismo estén relacionados entre sí a través de una Red de Comunicaciones. En consecuencia, ningún subsiste-

ma debe configurarse aisladamente, ya que de ser así, no integrará el Sistema de Información de la Sanidad Militar.

2. Debe incorporar a todos los organismos que constituyen la Sanidad Militar. Es decir, deben incluirse en el mismo a los centros médicos, farmacéuticos y veterinarios, así como los centros que generen actividad en las especialidades fundamentales de Odontología y Psicología, centros de actividad y centros de decisión.

3. Debe asumir los criterios que directrices que se marquen desde el Plan Director de Sistemas de Información del Ministerio de Defensa. Significa que la información que se genere en el Sistema de Información Sanitario debe poder ser compatible, interoperable y en su caso integrada con otros sistemas del Ministerio de Defensa con los que se determine la utilidad de dicho intercambio de información.

Elementos esenciales

1. Historia clínica unificada del personal militar profesional. Se abre al ingreso en las Fuerzas Armadas de todo militar profesional, y se cierra en el momento de su fallecimiento o baja en las FAS, incluyendo la actividad asistencial, laboral, preventiva y pericial.

Con independencia de esta historia clínica del personal profesional, los hospitales generarán las historias de los pacientes que ingresen en los mismos, bien familiares del personal profesional, personal civil o los procedentes de otros colectivos con los que el Ministerio de Defensa establezca concertos de colaboración.

2. Base de datos sanitaria. La información sobre actividad, datos económicos y de gestión de cada unidad sanitaria debe descargar en una base de datos institucional (tipo repositorio de datos o «data warehouse») a partir de la cual sea posible el análisis descriptivo, explicativo y predictivo del funcionamiento de cada uno de los elementos del Sistema Sanitario Militar, todo ello orientado a proporcionar la información adecuada para la toma de decisiones a los diferentes niveles de mando.

3. Red de comunicaciones de Defensa. Todos los elementos del Sistema de Información Sanitaria estarán enlazados por las Redes de Comunicaciones de Defensa, con capacidad para transmisión de datos e imágenes (Fig. 1).

Áreas de información

SISDEF extenderá su ámbito de cobertura a todos los ámbitos de la sanidad militar, unos directamente relacionados con las incidencias sanitarias y clínicas del personal militar profesional y otras de carácter complementario o de apoyo, y que se pueden resumir en los siguientes apartados:

1. Información sanitaria en unidades estacionadas

Se refiere a la información sanitaria que se genera en los servicios de sanidad de las unidades operativas, en situación de normalidad.

Dadas las ya actuales y futuras funciones del personal sanitario destinado en las unidades, estas van a tomar un marcado carácter laboral. Por tanto, el control de las incidencias clínicas

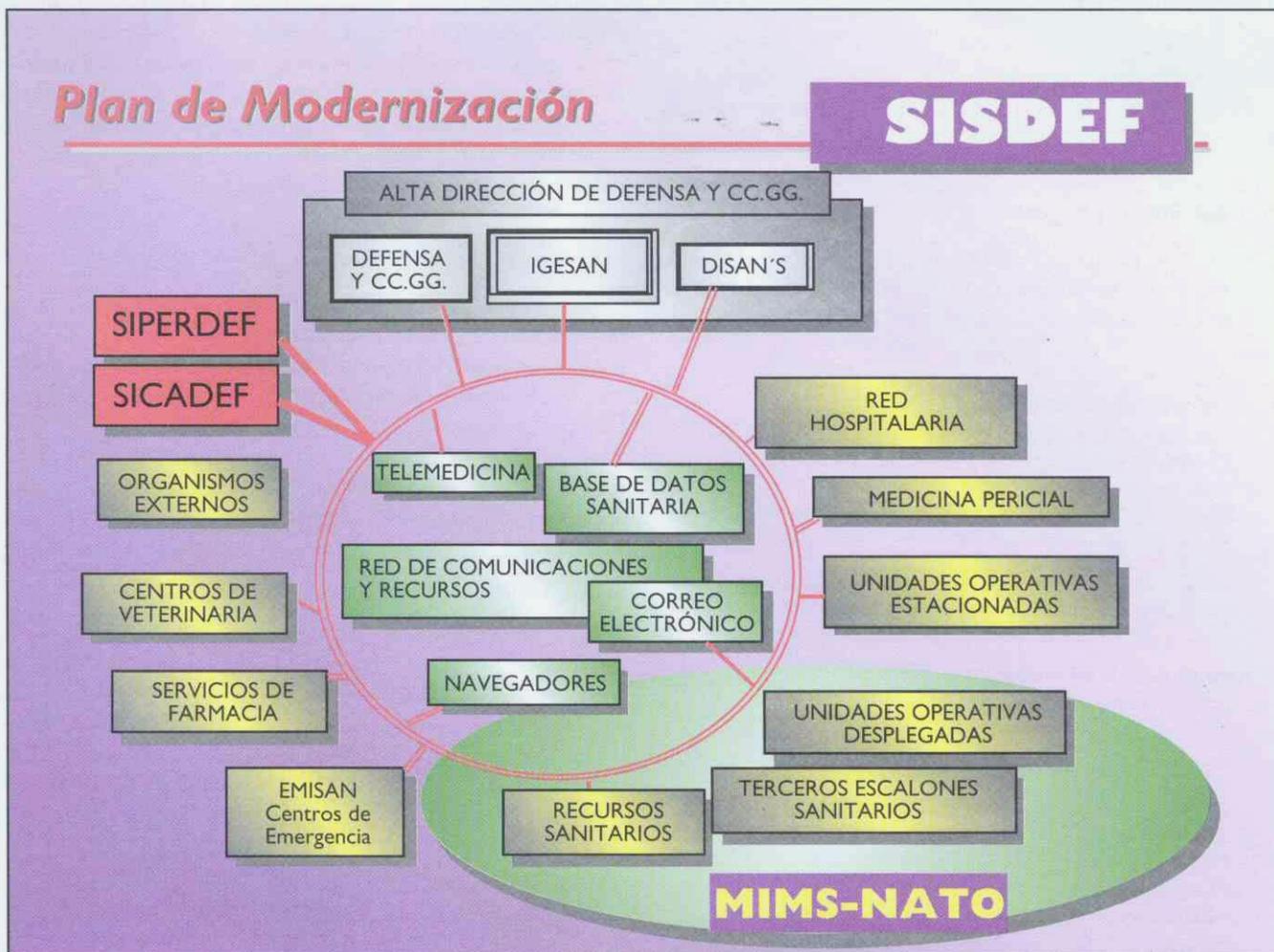


Fig. 1

que puedan repercutir, primero en la salud de los profesionales militares, y en la operatividad de las unidades, debido a la incidencia mayor o menor del absentismo laboral, el Sistema de Información debe facilitar lo más posible el seguimiento de las incidencias clínicas del personal destinado, así como facilitar la resolución de los problemas de la forma más rápida posible, permitiendo la consulta de los registros clínicos, la gestión de las citas previas, y el seguimiento posterior del proceso hospitalario, de producirse.

2. Información sanitaria en escalones médicos desplegados.

En la medida en que los servicios médicos de las Unidades desplegadas se conviertan en primeros/segundos escalones, el Sistema de Información Sanitaria debe posibilitar el registro de las bajas que se produzcan, su tratamiento «in situ» y su destino final de evacuación a escalones superiores, etc.

En el despliegue de terceros escalones sanitarios el Sistema de Información Sanitario debe posibilitar:

1. El registro de las incidencias sanitarias del personal. (Episodios clínicos en campaña)
2. Sistema de Telemedicina para apoyo al personal sanitario desplegado.

3. Sistema de Incidencias epidemiológicas: Red de Alerta y Control. Incidencias alimentarias.

Es de gran importancia que el Sistema de Información esté soportado por unas comunicaciones a larga distancia fiables, de modo que la información que se capture «in situ» se transfiera, bien en tiempo real o con alta periodicidad a los centros sanitarios de cuarto escalón de base logística, para evitar que cualquier contingencia en los equipos informáticos provoque la pérdida de la información almacenada en local.

Un elemento fundamental de la Informática Sanitaria de carácter operativo es la decisión del Comité Médico de la OTAN de crear un Grupo de Trabajo con el objeto de diseñar lo que será en el futuro próximo un sistema integrado de información sanitaria en el teatro de operaciones, común para todos los países aliados. Se denomina MIMS (Medical Information Management System).

Por tanto, todo lo que SISDEF desarrolle en este entorno operativo, además de estar coordinado con los tres ejércitos, y seguir las directrices del Plan Director de Sistemas de Información del Ministerio de Defensa, debe también, estar integrado en MIMS con el resto de países de la OTAN.

3. Información pericial

El Sistema de Información debe permitir la gestión de las peritaciones. Se debe mantener una Base de Datos Central de procesos periciales, a fin de evitar que una misma persona pueda pasar tribunal por el mismo proceso dos o más veces.

4. Información hospitalaria

En este caso particular estamos ante la segunda generación del Sistema Malta, basado en nuevas plataformas «hardware» y de aplicaciones, prestando servicio a las mismas áreas que el actual sistema.

1. Área de gestión asistencial:

- Admisiones de pacientes internos, externos y urgentes.
- Gestión de unidades de enfermería y peticiones de pruebas.
- Gestión interna de Servicios Centrales (Radiología, Laboratorios, Anatomía patológica, etc.)
- Gestión de imágenes. (tratamiento, transmisión y almacenamiento digital de imágenes)
- Gestión de Farmacia hospitalaria.

2. Área de gestión administrativa:

- Gestión de personal y nóminas.
- Contabilidad general y presupuestaria.
- Agrupación de pacientes. «Case Mix management». Análisis de costes.
- Gestión de activos fijos y mantenimiento de instalaciones.
- Gestión de almacenes y proveedores.
- Gestión de víveres.
- Gestión de cuentas a cobrar, facturación a terceras entidades (si procede).

3. Área de gestión clínica:

- Estación clínica para el tratamiento de datos clínicos
- Navegadores para gestión del conocimiento médico.

Este planteamiento implica la definición de especificaciones técnicas del sistema de Información Hospitalaria que reemplace al actual Sistema Malta, implantado en los hospitales militares desde 1988.

5. Abastecimiento sanitario

El abastecimiento sanitario en operaciones será uno de los elementos más importantes del SISDEF para los escalones médicos. Determinar los recursos necesarios para llevar a cabo una operación, determinar en cada momento el stock de existencias de fungibles y medicamentos en las unidades desplegadas, conocer los requerimientos asistenciales de las bajas que se están produciendo para proceder a una redistribución de los recursos, o posibilitar que estos lleguen allí donde son más necesarios desde el lugar más próximo, etc.

Para el proyecto MIMS, esta es una pieza clave del sistema, y lo debe ser así mismo para SISDEF.

6. Información docente

El sistema de Información debe posibilitar la gestión de cursos. Planificación, calendarios, tramitación de convocatorias, se-

lección, calificaciones. Relacionada con DIGEREN (Órgano Central Subdirección General de Enseñanza), otras academias militares y organismos civiles (Universidades, escuelas, Ministerio de Educación y Sanidad). Así mismo, debe posibilitar el acceso a redes académicas con especial incidencia en la gestión del conocimiento. Acceso a portales vía Internet, tanto de elaboración propia para formación continuada, como ajenas.

7. Información de los servicios de Farmacia

El sistema de Información debe permitir una gestión ágil del material sometido a compras centralizadas y almacenadas en los parques centrales, incorporando aplicaciones de gestión de almacenes, similares a las operativas en los hospitales, compatibles totalmente entre sí.

Así mismo, el Sistema de Información debe permitir la actualización de la catalogación de material basada en la normativa de normalización que esté en vigor en el Ministerio de Defensa.

8. Información de los Servicios de Veterinaria

SISDEF debe incorporar las prestaciones necesarias para ejecutar:

1. Diseminación en tiempo real de las alarmas alimentarias (SCIRIS) a los organismos y centros designados para recibir y tomar medidas.
2. Control sanitario de animales de interés militar (Historias Clínicas, pruebas periciales, estadística clínica).
3. Control de sistemas de restauración colectiva (Registro sanitario de proveedores FAs, Implementación del Sistema de Análisis de Riesgos y Control de puntos Críticos {ARCPC}, Incidencias, etc.)
4. Control de Actividades Sanitarias ambientales (Control de Plagas, Higiene y Sanidad ambiental).

9. Órganos de alta dirección

La Inspección General de Sanidad y Direcciones de Sanidad de los Ejércitos deben disponer de Sistemas de Información Ejecutiva capaces de mostrar en todo momento la información de control de la gestión útil para la toma de decisiones.

Este requerimiento resulta crítico para que la Institución como tal pueda disponer de un sistema de mando y control que cierre el ciclo de la gestión.

Las herramientas de gestión deben abarcar al menos los ámbitos de Control de la actividad asistencial. Indicadores convencionales y herramientas de gestión por Case Mix (agrupadores por GRD -Grupos Relacionados con el Diagnóstico). Control financiero y presupuestario. Control de costes y sistemas de evaluación continua de la calidad de los centros sanitarios.

4. CONCLUSIÓN

Estas son a grandes rasgos las características de SISDEF. Es un proyecto tanto más ambicioso y vitalmente necesario, cuanto que honestamente no existen alternativas. En realidad sólo hay un camino, acometer este proyecto, si queremos aspirar a hacer realidad un nuevo modelo de Sanidad Militar.

La modernización de los hospitales militares: Los Sistemas de Información Sanitaria

Los grandes proyectos suelen infundir la sospecha de que son imposibles de realizar. Hay que poner a mucha gente de acuerdo para caminar en una misma dirección, lo que no suele ser una cualidad sobresaliente en las grandes instituciones, tanto más cuanto que el cambio suele generar la suspicacia de desplazamientos en la estructura de poder. Malta para muchos ha sido un proyecto frustrado, que no ha servido, que no ha funcionado. Aún en el supuesto de que así hubiera sido, lo que honestamente creemos que no es verdad, lo que demostraría sin ninguna duda es que los derroteros de la Sanidad Militar y los del resto

de la Sanidad Española en lo relativo a la gestión de los recursos, son completamente divergentes. Mientras el control de los costes y la búsqueda de la eficiencia es objetivo prioritario en esta, para aquella parecería que no lo es. Lo cual entendemos que es falso por simple disciplina institucional. Malta se concibió para gestionar los recursos de los hospitales y mejorar el servicio a los pacientes. No queremos entrar en valoraciones, pero que cada cual juzgue las causas últimas de por qué no ha podido o sabido dar los resultados que se esperaban. Y salvo excepciones, las máquinas no suelen tener la culpa.