

La gestión en la práctica diaria

Sr. Director:

He leído recientemente el artículo de Graells y García titulado «Grupos diagnósticos ambulatorios en dermatología. Estudio en un hospital comarcal» publicado en su Revista¹. Me ha parecido sumamente interesante y llamativo por lo novedoso del tema en esta especialidad en la que nos encontramos. El esfuerzo realizado por los autores para la determinación de los grupos de diagnóstico es digno de admiración. Sin embargo, me gustaría expresar mi opinión sobre algunos de los puntos de partida que señalan para realizar el estudio y que no comparto, aunque evidentemente el fin me parece insoslayable.

Introducir técnicas quirúrgicas en consulta dentro de los grupos diagnósticos no sólo significa mezclar actividades diferentes, sino que además puede disminuir, de cara al gestor, la posibilidad de facturar por un lado la consulta y por otro lado la técnica asociada. En la actualidad el procedimiento quirúrgico en consulta tiene más valor (monetario) que una consulta nueva de alta resolución. Por lo tanto, si un paciente acude a consulta por un tumor y se le extirpa el mismo día en consulta, la facturación debería ser por una consulta nueva del grupo diagnóstico que corresponda, y sumar la facturación de un procedimiento quirúrgico asociado a consulta. Otra cuestión en debate es si esta consulta además se puede facturar como consulta de alta resolución. Los procedimientos quirúrgicos en consulta según el 86,3, que todos conocemos, admite destrucción por frío, electrocoagulación o cirugía. Además es muy probable que lo que diferencie favorablemente a la dermatología de otras especialidades sean los procedimientos quirúrgicos en consulta y no, como pueda creerse, la consulta de alta resolución.

Otro punto que también me gustaría señalar es que en esos grupos de diagnóstico se introducen retirada de puntos. Soy de la opinión que este tipo de técnicas que realiza normalmente enfermería (curas, desbridamientos, infiltraciones, etc.) deben ser tratados

como procedimientos técnicos y no como consultas ya que tienen codificación propia y por lo tanto pueden ser facturados de forma individual.

Por otra parte, el hecho de involucrar a la enfermería en este tipo de procedimientos va a proporcionar un aumento del número de recursos humanos de esta categoría profesional adscritos a dermatología, así como la posibilidad de que exista una especialidad de enfermería dermatológica en un futuro cercano.

En estos próximos años van a nacer en diferentes comunidades autónomas diversos hospitales de tamaño medio; si somos capaces de convencer a los gestores, y por lo tanto políticos, que la dermatología es una especialidad rentable y que por ello debe ser autónoma dentro de estos hospitales y no adscrita a un determinado servicio, tendremos en nuestras manos el trabajo asegurado para la mayor parte de los MIR que están acabando.

En consecuencia, conducir la dermatología por los caminos de la gestión es fundamental para nuestro futuro.

Se deben estudiar y proponer mejoras en la codificación, no solamente en las consultas ambulatorias, monográficas u hospitalarias, sino también en los quirófanos (peso medio, rendimientos, etc.), ingresos (grupos relacionados con el diagnóstico [GRD]) y urgencia hospitalaria. Estoy seguro que la creación de un grupo de trabajo (objetivos claros, reuniones independientes, cronograma ajustado, conclusiones en un tiempo límite y personas elegidas con criterios objetivos) financiado y avalado por la academia de dermatología será la pieza clave para conseguir este fin.

J. Borbujo

Servicio de Dermatología. Hospital de Fuenlabrada. Madrid. España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gazella J, García D. Grupos diagnósticos ambulatorios en dermatología. Estudio en un hospital comarcal. *Actas Dermosifiliogr*. 2004;95:613-7.