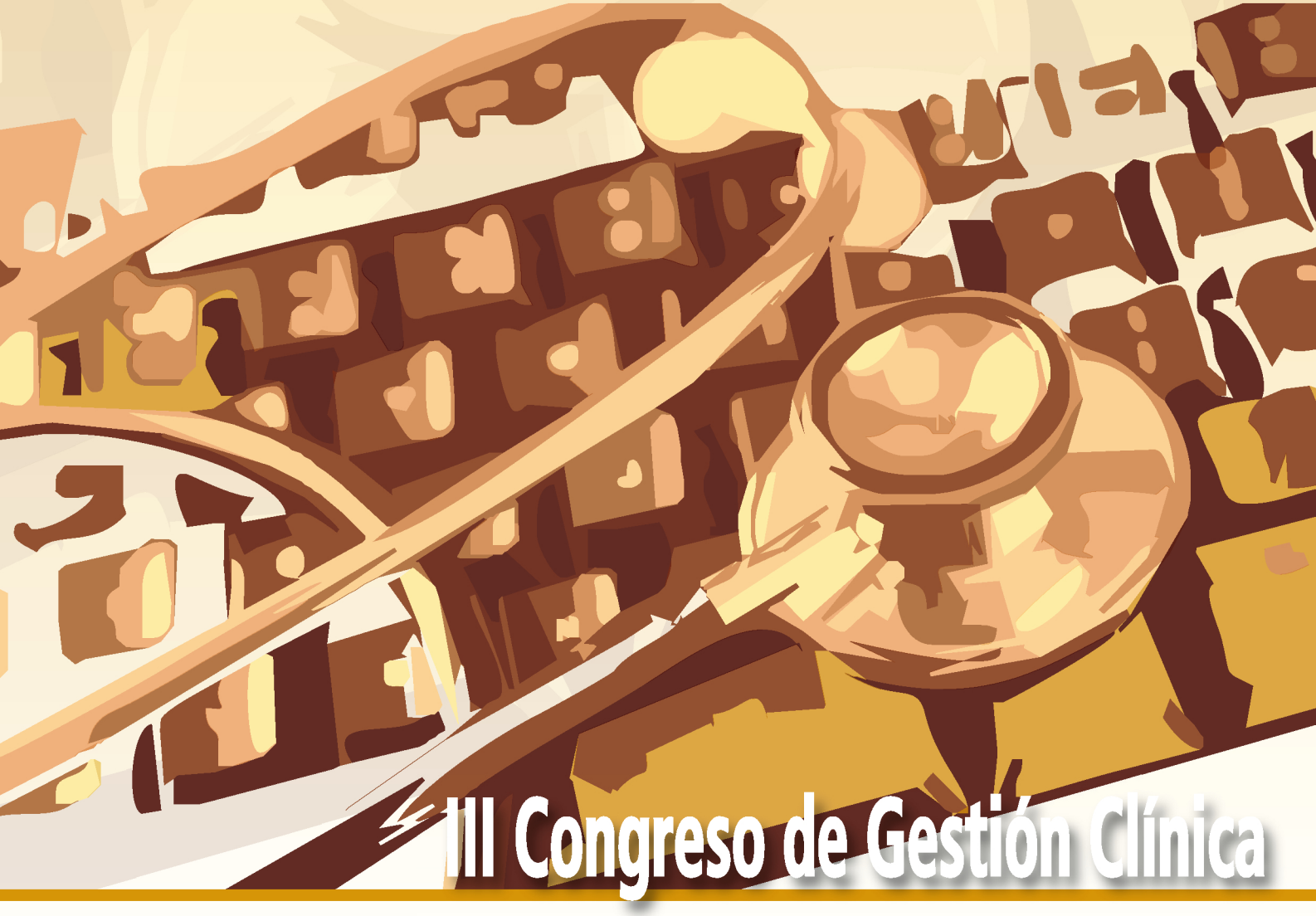
Una
nueva forma de trabajar...

mirando al futuro



III Congreso de Gestión Clínica

Agradecimientos:

A los alumnos del Máster en Administración y Dirección de Servicios Sanitarios, edición XXI.
A todos los miembros de la Fundación: Gema Pi, Javier del Llano, Kate Elliot y Mª Jesús Cano.

Editores:
Jordi Colomer i Masacaró
Juan del Llano Señarís

Coordinadora:
Flor Raigada González

© Fundación Gaspar Casal, para la investigación y el desarrollo de la salud, Madrid, abril 2011

ISBN: 978-84-694-2735-4
Depósito Legal: M-16536-2011

Imprime:
VA Impresores, S.A.

PRÓLOGO

Si el lector ha llegado hasta aquí, puede saltarse tranquilamente este prólogo. Yo tampoco hubiera aceptado distraerles si no creyera que siempre conviene agradecer al Dr. Jordi Colomer, un precursor tal vez adelantado al tiempo de Sepharad, y al Dr. Juan del Llano, director de la Fundación Gaspar Casal, su empuje e iniciativa. Y a la Comunidad de Madrid su apoyo.

Conviene por tanto zambullirse en la obra sin dilación y empezar por cualquiera de las 25 contribuciones por razón de tema, autor o curiosidad por su foto. Están escritas desde perspectivas personales y disciplinarias muy diferentes pero, con fundamentos de solidez variable, comparten vocación de relevancia práctica.

Gestión Clínica es un pleonasmo conceptual pero corre el peligro de convertirse en un oxímoron práctico y no tanto porque pese a celebrarse este III Congreso en un hospital sus clínicos no desbordaban el auditorio sino porque en momentos como el actual ha de mostrar su utilidad ante la reválida que se avecina.

Con una legitimidad muy mejorable (con una imposición más progresiva por ejemplo) las comunidades autónomas, ahora o después de las elecciones de Mayo 2011, deberán recortar sus presupuestos sanitarios en torno al 10% por primera vez en décadas. En los extremos hay dos formas de hacerlo: bien, con criterios de gestión clínica, o mal, "poniendo el muerto encima de la mesa". Empecemos por este segundo camino.

El gobierno federal de EE.UU. redujo en 2 millones de dólares el presupuesto del Servicio de Parques y Jardines de la nación, servicio encargado de parques como Wrangell-St Elias (mayor que Suiza), Yellowstone (mayor que el País Vasco)... y jardines como el de la Estatua de la Libertad. Sabían que su programa menos coste-efectivo era el del osezno sano pero optaron por oscurecer la estatua regalada por Francia. Inmediatamente todos los medios de comunicación abrieron con la noticia de que se había apagado el símbolo del país y hubo que recuperar el presupuesto anterior.

Volvamos a la senda de la virtud: Nuestros ajustes presupuestarios también podrían realizarse desde el profesionalismo que sabe priorizar clínicamente exploraciones y tratamientos así como gestionar, también con criterios sociales, listas de espera o frecuentaciones. Donde los presupuestos sean capitativos será más fácil. Donde se financie actividad y se entre en el juego insensato de negociar recortes lineales y parecidos sin atender a su impacto sobre cantidad y calidad de vida se pueden colocar cargas de profundidad que afecten a la navegabilidad del barco común que nos emplea.

La solvencia de nuestro sistema sanitario financiado públicamente requiere de la complicidad ilustrada de los profesionales, los únicos que saben cómo asignar unos recursos recortados a los problemas existentes sin afectar los resultados en términos de salud (i.e. de realizar una correcta gestión clínica). Ya saben, en ocasiones menos exploraciones, consultas, intervenciones o prescripciones puede ser mejor.

Para ampliar lo anterior: al Índice.

Vicente Ortún
Decano de la Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales
Centro de Investigación en Economía y Salud
Universidad Pompeu Fabra, Barcelona, España

Presidente del Consejo Asesor del III Congreso de Gestión Clínica

ÍNDICE

Inauguración:

Patricia Flores, *Viceconsejera de Asistencia Sanitaria de la Comunidad de Madrid* 7
Juan del Llano, *Director de la Fundación Gaspar Casal* 9

PRIMERA MESA: 15 años de decisiones y Gestión Clínica

1. ***El Encaje de la Gestión Clínica,*** Vicente Ortún 13
2. ***La Tercera Revolución del Cuidado Sanitario,*** Muir Gray 17

SEGUNDA MESA: Nuevos Modelos de Gestión Pública

3. ***Más eficiencia o mejor financiación: suficiencia financiera e Incentivos en la mejora de gestión del gasto sanitario*** Guillem López i Casasnovas 23
4. ***La nueva Gestión Pública: crisis económica y reforma de la Gestión Pública,*** Francisco Longo 31
5. ***Lecciones de otros sectores con experiencia de PPP de éxito,*** Luisa Castaño 37

TERCERA MESA: 15 años de Variabilidad Clínica: Gestión y Conocimiento

6. ***El Proyecto Atlas de Variaciones en la Práctica Médica en el Sistema Nacional de Salud: recorrido y futuro. Lecciones aprendidas,*** Enrique Bernal 45
7. ***De la teoría a la práctica en la variabilidad clínica (ida y vuelta): estrategias de gestión clínica y sanitaria para abordar la variabilidad no deseable***: Jordi Colomer 55

CUARTA MESA: Gestión Clínica basada en la efectividad clínica

8. ***Evaluación de la Efectividad: determinantes del proceso asistencial: el ejemplo del stent coronario farmacoactivo,*** Gaietà Permanyer 61
9. ***Efectividad de la Atención Especializada a la Población Mayor,*** Jesús López Arrieta 71
10. ***Una nueva forma de trabajar que mejora las decisiones,*** Joaquim Camprubí 79

QUINTA MESA: Hospitales y Gestión Clínica basada en resultados

11. ***Gestión de Hospitales basada en resultados,*** Ignacio Marín 89
12. ***Investigación de la Efectividad Comparada,*** José Francisco García 95
13. ***Gestión Hospitales basada en resultados: Hospital Clínic de Barcelona,*** Antoni Castells 105

SEXTA MESA: Perspectiva Autonómica. Caminos diferentes para un mismo objetivo: eficiencia y sostenimiento del sistema sanitario

14. ***Modelo Público*: eficiencia y sostenibilidad del sistema sanitario público en Asturias,** José Ramón Quirós 113
15. ***El modelo de Concesión Administrativa,*** Luis Rosado 117
16. ***Modelos de gestión en la Comunidad de Madrid*: el modelo *partenariado* Público Privado,** Javier Fernández-Lasquetty 123

SÉPTIMA MESA: ¿Qué no es Gestión Clínica? Confusión entre fines y medios

17. ***¿Qué no es Gestión Clínica? Confusión entre fines y medios*,** Sergio Minué 129
18. ***Modernizando los cuidados del ICTUS: actualizando y mejorando la asistencia del ICTUS en Inglaterra,*** Damian F. Jenkinson 133
19. ***¿Qué no es Gestión Clínica?*** Carmen Martínez de Pancorbo 137

OCTAVA MESA: Atención Primaria y Gestión Clínica basada en resultados

20. ***Integración Atención Primaria (AP) y Atención Especializada (AE),*** Daniel Ferrer ... 143
21. ***Implantación y evaluación de una Unidad de Gestión Clínica en Atención Primaria* (AP),** Mª Angeles Ortíz 147
22. ***Resultados desde la Enfermería y Gestión Clínica en Atención Primaria (AP),*** Juan Carlos Contel 151
23. ***Area Única, Gestión Clínica y Outcomes en Atención Primaria (AP),*** Belén Ubach ... 155

NOVENA MESA: Trabajar inteligentemente para obtener un objetivo común: trabajo en equipo o equipo de trabajo

24. Modesto Martínez Pillado 163
25. Josep Ramoneda 167

Decálogo de Conclusiones y Recomendaciones

Primera mesa

15 años de decisiones y Gestión Clínica

1. ***El Encaje de la Gestión Clínica,*** Vicente Ortún
2. ***La Tercera Revolución del Cuidado Sanitario,*** Muir Gray

El Encaje de la Gestión Clínica

Vicente Ortún es MBA por ESADE, Barcelona, Master of Science in Industrial Administration por la Krannert Graduate School of Business de Purdue University, Licenciado y Doctor en Ciencias Económicas y Empresariales por la Universidad de Barcelona. Ha realizado estudios de Doctorado en Salud Pública en Johns Hopkins University y ha sido visitante en el Departamento de Economía del Massachusetts Institute of Technology. Recientemente ha sido nombrado Decano de la Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales de la Universidad Pompeu Fabra de Barcelona, donde ejerce como profesor del Departamento de Economía y Empresa desde el inicio de la Universidad en 1990. Ha sido Director del Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES), reconocido oficialmente como centro de excelencia investigadora y premiado por el Consejo Social de la UPF por Transferencia del Conocimiento.

Comenzó su experiencia profesional como consultor en Arthur Andersen para pasar, en 1972, al Hospital de San Pablo de Barcelona, lugar donde tuvo su primera experiencia sanitaria. Alternó posteriormente los sectores público y privado, en sanidad y fuera de ella, habiendo trabajado en el Instituto Nacional de Previsión de la Dirección Provincial de Barcelona y en el Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalidad de Cataluña, donde tuvo la oportunidad de redactar el Mapa Sanitario y como miembro del Comité de Dirección fue responsable de su desarrollo. Colaboró en la Comisión de Seguimiento de Traspasos y de diversas comisiones mixtas entre el Estado y la Generalitat de Cataluña, trabajando posteriormente como Consejero Técnico en el Ministerio de Sanidad y Consumo.

Es fundador de la Asociación de Economía de la Salud (AES), la cual presidió entre 1998 y 2004, la Sociedad Española de Epidemiología (SEE), la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) la European Public Health Association (EUPHA), la International Association of Health Policy (IAHP) y la Fundación Avedis Donabedian de Barcelona.

Ha dirigido diversos programas de post-grado, entre ellos el "Máster en Administración y Dirección de Servicios Sanitarios (MADS)" organizado en Madrid conjuntamente por el Instituto de Educación Continuada de la UPF y por la Fundación Gaspar Casal desde el año 2000. Profesor colaborador del Instituto Valenciano de Estudios en Salud Pública (IVESP), en la Facultad de Económicas de la Universidad de Barcelona y en la Escuela Superior de Administración de Empresas (ESADE).

Ha colaborado en numerosos proyectos de investigación, tanto nacionales como internacionales y participado como organizador y como ponente en más de un centenar de congresos, simposios y jornadas relacionadas con economía de la salud. Posee además una extensa actividad editorial, formando parte del equipo de las publicaciones "Gaceta Sanitaria" y "Gestión Clínica y Sanitaria". Es asesor de numerosas publicaciones como "Medicina Clínica", "Salud 2000", "Jano", "Atención Primaria", "Revista de Calidad Asistencial" y "Quadems

CAPS". Dirige una colección de libros sobre Economía de la Salud y Gestión Sanitaria y es autor de más de 300 publicaciones, algunas de las cuales pueden descargarse de su página web: http://www.econ.upf.edu/~ortun/

Es Socio numerario de la Academia de Ciencias Médicas de Cataluña y Baleares, de la Asociación Científica de Economía y Dirección de la Empresa y de la International Health Economics Association.

Texto elaborado por el autor en colaboración con José Benjamín Díaz Tasende y José Angel Cortés, alumnos del Máster en Administración y Dirección de Servicios Sanitarios edición número XXI, programa impartido en Madrid por la Fundación Gaspar Casal (FGC) en colaboración con el Instituto de Educación Continua (IDEC) y el Centro de Investigación de Economía de la Salud (CRES) de la Universidad Pompeu Fabra.

En las últimas décadas hemos asistido a una importante evolución del conocimiento clínico y el desarrollo de la medicina basada en la evidencia, impulsado en gran parte por la toma de conciencia sobre las variaciones arbitrarias e injustificadas en la práctica clínica. Así, desde el interés inicial sobre la eficacia de las actuaciones y los procedimientos, hemos pasado a una preocupación por la efectividad, que en los países desarrollados tiene lugar en los años ochenta del siglo pasado, y más recientemente a hablar sobre eficiencia. Por el contrario el conocimiento sobre la eficiencia de la gestión clínica y la forma de impulsar su encaje en las organizaciones, ha experimentado un avance significativamente menor. Esta mayor lentitud en la incorporación de nuevo conocimiento se debe a las limitaciones inherentes a la experimentación en gestión, donde incluso los experimentos naturales escasean y casi toda la evidencia procede de estudios observacionales.

La finalidad de la gestión clínica es la de reducir la enorme brecha existente entre eficacia y efectividad. La eficacia de las alternativas disponibles traza una frontera de posibilidades de producción para una situación tecnológica dada e indica el nivel máximo de satisfacción de los objetivos en un entorno ideal. La efectividad mide el grado de consecución del máximo potencial en función de la utilización real de los recursos y por lo tanto la distancia que nos separa de la frontera tecnológica. Es bien conocida la disparidad existente en el nivel de satisfacción de los objetivos sanitarios; en algunos casos existe una sobreutilización de los recursos y los medios disponibles, mientras en muchos casos y sin que exista una justificación económica, tecnológica o científica, determinados servicios se prestan de forma deficiente. Es por este motivo que el estudio de las variaciones injustificadas de la práctica médica permite identificar áreas con problemas de calidad, en las que mejoras en la gestión pueden tener un mayor impacto.

Es preciso coordinar y motivar a las personas de la organización hacia la consecución de los objetivos de ésta, para ello es fundamental que los profesionales tengan la motivación para tomar las decisiones clínicas coste-efectivas, permitiendo que los encargados de tomar las decisiones tengan la información y el grado de autonomía suficiente para hacerlo. Esto significa por lo tanto transferir poder de decisión y modificar tanto la forma de evaluar como de motivar al descentralizado. No se trata sólo de delegar, sino también de modificar los sistemas de medir el desempeño ([1]), vinculando autoridad y responsabilidad, asegurando la coordinación entre los distintos miembros de la organización. Para conseguir estos objetivos es fundamental disponer de personas cualificadas en las que pueda delegarse. Desafortunadamente en España con demasiada frecuencia la gestión clínica se aborda desde centros con un escaso grado de autonomía y uno de los problemas más importantes de las organizaciones sanitarias públicas en nuestro país es su incapacidad para adaptarse a la creciente importancia del conocimiento como factor productivo ([2]). Así, organizaciones burocráticas que eran adecuadas para conseguir economías de escala en condiciones de producción en serie, se vuelven inadecuadas en el contexto actual.

Desde el punto de vista de los indicadores macroscópicos de salud, la situación española es buena y nuestra población goza de una excelente cobertura del riesgo financiero frente a las eventualidades vi-

tales relacionadas con la salud. Sin embargo aunque la situación macro parece buena, en el horizonte hay indicadores pronósticos que muestran señales preocupantes.

Existe una utilización desbocada de los servicios tal y como demuestran nuestras tasas de frecuentación, que superan las 9 consultas/habitante/año, un 50% superiores a las de Francia y que duplican a las del Reino Unido ([3]) y lo que es peor aún, con un ritmo de crecimiento exponencial. Por otra parte la oferta de servicios es esclerótica y se adapta con excesiva lentitud a los cambios en las necesidades de la población. En este sentido el carácter funcionarial de los profesionales sanitarios, el igualitarismo mal entendido y la escasez e inadecuación de los incentivos tienen una parte importante de la culpa. Sin embargo no todo está perdido ya que el sector sanitario tiene un grado de control y de autocrítica muy superior al de otros sectores del ámbito público. En este sentido probablemente la intervención de los economistas de la salud, aunado a la natural inquietud clínica, ha propiciado que el sector sanitario se cuestione en mayor medida que otros sectores, la utilidad de sus actuaciones.

Se conocen soluciones técnicas para corregir ambos problemas; la utilización desmesurada de los servicios no es una variable exógena sobre la que no se puede influir, existe la capacidad para organizar y distribuir las tareas tanto entre los profesionales de atención primaria como en el ámbito hospitalario. Por otra parte la flexibilización de la oferta se puede conseguir mediante mecanismos de certificación que permitan mejorar el nivel técnico de los profesionales. El establecimiento de la competencia por comparación, sin necesidad de establecer un mercado, permite redirigir los recursos hacia las organizaciones con un mejor desempeño. La información que permitiría dicha comparación ya existe, pero no es conocida. La difusión pública del conocimiento existente acerca de presupuestos, personal y actividad de los centros sería un paso en la dirección adecuada. Otras medidas incluirían establecer la troncalidad en la formación de los médicos residentes y regular la financiación y las condiciones de trabajo para que puedan modificarse en relación con la productividad de cada profesional, cada centro y la relación de oferta y demanda de cada especialidad.

En un país de producción pública dominante como el nuestro, es imprescindible una elevada calidad institucional. Desafortunadamente estamos asistiendo a un importante deterioro en este sentido, reflejado entre otros medios por los indicadores de *Transparency International* o el *Banco Mundial*, en los que España ha descendido varias posiciones. En las seis dimensiones analizadas (calidad regulatoria, imperio de la ley, estabilidad política, voz y rendición de cuentas, efectividad gubernamental y control de la corrupción) hay una tendencia al estancamiento e incluso al deterioro. Éste es probablemente el aspecto de más difícil solución.

En la situación actual hemos de ser conscientes de que la salida de la crisis económica y el control de la corrupción son dos caras de la misma moneda. La corrupción incrementa el riesgo y la incertidumbre, disminuye la inversión extranjera, desincentiva la iniciativa emprendedora y tiene graves repercusiones sobre el crecimiento económico. España parece comportarse como una partitocracia donde el futuro laboral de legiones de funcionarios depende de las directrices del partido, cuya motivación para la conquista del poder es el acceso al reparto del botín, en vez de la ejecución de políticas en beneficio del interés general.

En un contexto de crisis como el actual, las medidas para disminuir la corrupción son las mismas que se han demostrado útiles para aumentar la productividad. Un país funciona si dispone de un sólido capital social y en este sentido debemos movernos hacia una sociedad más meritocrática y con mayor movilidad. Desgraciadamente durante los últimos treinta años se han erigido demasiadas barreras autonómicas y proteccionistas, que no sólo tienen importantes repercusiones económicas, sino que son socialmente empobrecedoras.

No sólo es importante la evaluación de tecnologías en la aplicación de nuevos procedimientos o fármacos, también es igualmente necesaria la evaluación en otros ámbitos de la actuación pública. En la España actual los gastos públicos corrientes duplican a los ingresos públicos corrientes y muchos proyectos

se llevan a cabo sin suficiente estudio previo en áreas tan importantes como transportes o energía. Para mejorar nuestra gestión pública necesitamos de una mejor política y esto implica acabar con la financiación irregular de los partidos políticos y hacer reformas en el gobierno local, que permitan actuar sobre los focos de corrupción actual. Existen medidas eficaces para actuar contra el fraude siempre que exista el compromiso político para llevarlas a cabo.

Tal y como han demostrado los países escandinavos, el aumento de la productividad no es incompatible con la consolidación del estado del bienestar. Sin embargo para conseguir ambos fines es necesario usar el sentido común e incentivar el trabajo: hay que incidir por ejemplo, sobre los factores responsables de la variabilidad de las tasas de discapacidad laboral entre países. También debe realizarse una reflexión sobre las formas de aumentar los ingresos públicos. Hasta el momento esto se ha conseguido aumentando los impuestos indirectos, lo que se traduce en que cualquier aumento del gasto público implica una mayor regresividad. Hay quien afirma que dado que la regresividad es más alta, debe procurarse la redistribución de los recursos mediante la restricción selectiva de la oferta. Este razonamiento podría ser aplicable para otras prestaciones sociales tales como la educación universitaria, pero en el caso de la sanidad no parece adecuado: la prestación sanitaria debe estar regida por el criterio clínico establecido.

Es muy difícil acabar con el cortoplacismo y la miopía política, dado que está vinculada a un horizonte temporal electoral muy estrecho. En estos tiempos en los que es necesario adoptar medidas y políticas con un impacto electoral negativo, sería aconsejable un gran acuerdo político (similar a lo que supuso la creación de los bancos centrales como organismos independientes, sobre el control de la inflación) en los que se pactaran procedimientos que fueran vinculantes para el ganador de las elecciones. Una institución independiente tendría un componente de evaluación de tecnologías y un componente intersectorial.

Cuando nos referimos al sistema sanitario, tendemos a utilizar en exceso la palabra "sostenible"; los recursos existen y por lo tanto podremos sostener lo que queramos. La verdadera cuestión es si es "deseable". Un sistema sanitario es deseable si sus beneficios superan a sus costes sociales, y deja de serlo cuando es abandonado por los grupos sociales de mayores recursos, tal y como ha sucedido con la enseñanza pública. Sólo si el sistema es deseable podrá ser solvente a largo plazo.

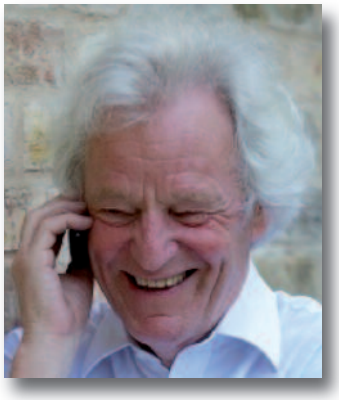
Bibliografía

(1) Ortún, V.; Rodríguez-Artalejo, F. y Peiró, S., *et al.* (2003). *Gestión Clínica y Sanitaria. De la práctica diaria a la academia, ida y vuelta*. Masson-Elsevier, Barcelona.

(2) Ortún Rubio, V. (2007). *Los incentivos para la mejora de la calidad en los servicios de salud.* Rev Calidad Asistencial, 22(1): 1-6.

(3) Bernal-Delgado, E. y Ortún-Rubio, V. (2010). *La calidad del Sistema Nacional de Salud: base de su deseabilidad y sostenibilidad.* Gac. Sanit., 24(3): 254-258.

La Tercera Revolución del cuidado sanitario



Sir Muir Gray es un médico escocés con amplia experiencia en gestión en el Sistema Nacional de Salud de Inglaterra (NHS). Aunque se formó como cirujano en la Universidad de Glasgow, se dedicó a la salud pública a partir de 1972, manteniendo varios cargos en Investigación y Desarrollo y Salud Pública en el NHS.

Cabe destacar su servicio como Director de Programas del Comité Nacional de Screening, durante el que ayudó a desarrollar programas de screening del cáncer cervical y de mama, iniciativas pioneras para el NHS. También ha sido el Director de la Biblioteca Nacional de Salud, el Director de los Procesos y Seguridad del Conocimiento Clínico, y Director de la Oficina del Conocimiento. Gray actualmente trabaja a tiempo parcial en el NHS, compaginando sus responsabilidades allí con su puesto de director de Conocimiento en Acción, un programa de caridad que apoya la Campaña para una Sanidad Renovable y la Campaña Nacional para Andar. También es el fundador del Centro de Oxford para la Transformación Sanitaria.

En el 2005 fue nombrado *"Sir"* en reconocimiento a sus aportaciones al desarrollo del programa fetal, maternal e infantil de screening y la creación de la Librería Nacional de Salud.

Gray es autor del libro *Evidence-Based Healthcare,* cuya segunda edición se publicó en 2002, y de *How to Get Better Value Healthcare.* También es co-autor del *The Oxford Handbook of Public Health Practice and Screening: Evidence and Practice.*

Texto elaborado por el autor en colaboración con Katherine Elliott y Paula Palacios, alumnas del Máster en Administración y Dirección de Servicios Sanitarios edición número XXI, programa impartido en Madrid por la Fundación Gaspar Casal (FGC) en colaboración con el Instituto de Educación Continua (IDEC) y el Centro de Investigación de Economía de la Salud (CRES) de la Universidad Pompeu Fabra.

Tengo unos 30 años de experiencia trabajando en distintos cargos del Sistema Nacional de Salud Inglés (NHS). Pero esto es algo del pasado, y el pasado ya no me interesa: mi pasión es el futuro, y voy a aprovechar esta oportunidad para cerrar filas y animaros a acompañarme en lo que llamo "La Tercera Revolución Sanitaria." Ya es la hora de aceptar un precepto básico: "para los problemas de la atención sanitaria y los sistemas sanitarios, *más de lo mismo no es la respuesta."*

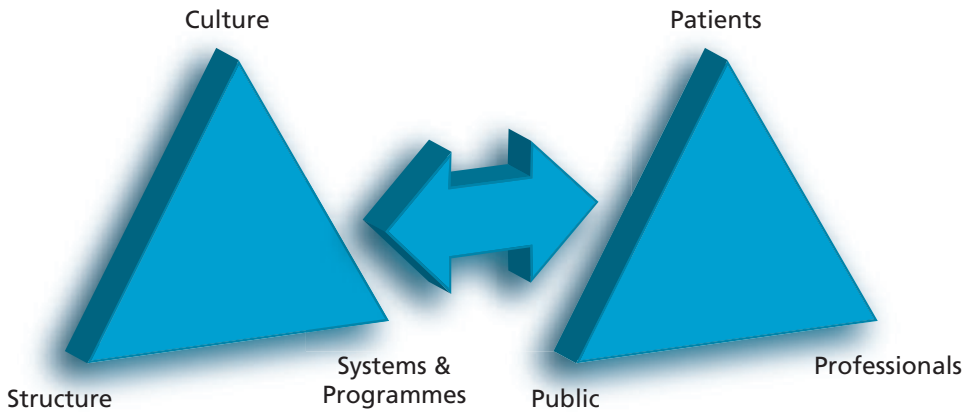
No podemos negar que en los últimos 40 años, la Salud ha mejorado de forma extraordinaria como resultado de los avances científicos, la inversión de capital y el desarrollo de los sistemas sanitarios. Aun así, todas las sociedades desarrolladas actualmente afrontan los mismos cinco problemas principales rela-

cionados con la Salud: problemas de seguridad, calidad, despilfarro, inequidad y la falta de prevención de enfermedades. Es más, el siglo XXI ha traído nuevos problemas –una mayor necesidad y demanda de servicios de salud, una falta de recursos y una escasez de carbón– los cuales llegarán a ser más urgentes a medida que pasa el tiempo.

Aunque dichos desafíos son, sin lugar a dudas, importantes, la actitud que asumimos frente a ellos debe de ser una vez optimista y urgente. Dentro de este enfoque, el futuro no se considera como la "Sierra Nevada", algo que está esperando a ser encontrado y explorado. El futuro se parece más al Estadio del Santiago Bernabéu, es decir, algo que imaginamos, planeamos y construimos. Pero tampoco podemos esperar a actuar. Si no lo hacemos nosotros, otros lo harán.

Me gustaría citar una idea del escritor William Gibson –"El futuro ya ha llegado, pero no está distribuido de forma equitativa"– para enfatizar que ninguna de las ideas de las que voy a exponer es fantasía ([1]). Se basan en lo que he visto ocurrir en el día a día de los sistemas sanitarios. Como dijo el sociólogo español Manuel Castells, la revolución ya está en marcha, liderada por las pacientes, la información, la tecnología y el conocimiento ([2]). El uso de internet y otras tecnologías móviles es un ejemplo perfecto de este fenómeno: los pacientes están más conectados e informados que nunca, lo cual inclina la balanza del poder a su favor.

Para enfocarnos en el futuro, nos conviene ver el sistema sanitario dividido en dos componentes principales: la gente y la organización. La organización también se entiende mejor dividida en sus partes integrantes, la cultura, los sistemas y la estructura. De éstas, la estructura es la que menos peso tiene –por muy variadas que sean sus estructuras, todos los sistemas sanitarios se enfrentan a los mismos cinco problemas)– pero es fundamental profundizar en las demás.



Gente

Todas las personas que participan en el sistema sanitario –tanto los pacientes como los médicos y gestores– son igualmente importantes a la hora de determinar la eficiencia y función del sistema.

Para los pacientes, "la toma de decisiones basadas en los valores" debe complementar "la toma de decisiones basadas en la evidencia". Los médicos tienen un papel clave: el de ser capaces de relacionar la evidencia a la condición del paciente individual (un trabajo fundamentado en el juicio humano, para el que no sirven los ordenadores), sobre todo en las decisiones de final de la vida, los tratamientos del cáncer y las cirugías mayores electivas, y en la misión de ayudar al paciente a pensar en términos del valor. Por ejemplo, aunque el número de prótesis de rodilla ha aumentado en los últimos años, el nivel de necesidad se ha mantenido constante, indicando que algunos pacientes con bajos niveles de necesidad están optando por operarse. Como no todos las prótesis de rodillas tienen resultados positivos, se puede

deducir que entre dichos pacientes, hay casos en los que la cirugía elegida resulta poco efectiva o incluso dañina, o sea, en los que tiene muy poco valor. El NHS ya está intentando combatir esto, elaborando videos en los que antiguos pacientes hablan de sus decisiones médicas y los resultados que produjeron, tanto los buenos como los malos. Se espera que contextualizar la decisión en términos humanos ayudará a futuros pacientes a tomar mejores decisiones.

Para los clínicos, es necesario practicar una "medicina poblacional," es decir, pensar en la población en su conjunto, y no sólo en los individuos que acuden a la consulta. En el pasado, un especialista quería servir mejor a su área (o sea, atender a todos aquellos que podrían beneficiarse de los tratamientos) pedía más dinero para expandir su servicio y ver a un mayor número de pacientes. Sin embargo, dadas las restricciones financieras actuales, ya no es posible. Los especialistas deben tomar otras medidas para mejorar el acceso a su servicio, incluyendo entrenar a los médicos de atención primaria y a los farmacéuticos para identificar bien pacientes potenciales. Dichos especialistas también elaborarán un informe anual con objetivos, resultados y estándares, para poder compararse con sus colegas en términos de valor y resultados.

Sistemas:

Para la Sanidad del siglo XXI, la clave no es pensar en términos de calidad, sino de valor.

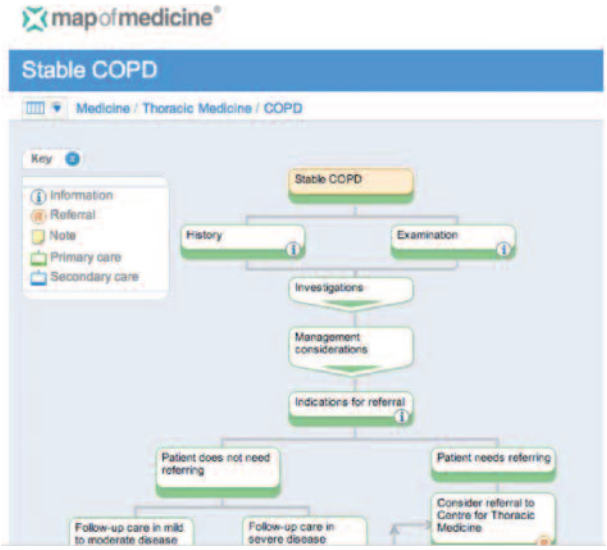
Como el valor se mide por la relación entre coste y beneficio, nos proporciona una información mucho más completa que la calidad. El coste total de las intervenciones y actividades se mide por "sistema," es decir, por grupos de actividades con objetivos comunes (y para los que se produce un informe anual), como los tratamientos de diabetes o el infarto. El diseño es sencillo: primero, hay que decidir lo que quieres alcanzar (objetivos), después decidir cómo medir resultados (criterio) y establecer unos estándares mínimos y aceptables. El NHS ha comenzado ya a hacerlo con algunas patologías.

Newborn Screening for Cickle Cell Disorders Programme Standards

Newborn Programme objectives	*Criteria*	*Standards*	
		Minimum (Core)	*Achievable (Developmental)*
PROGRAMME OUTCOME			
Best possible survival for infants detected with a sickle cell disorder by the screening programme	**Mortality rates expressed in persons years**	**Mortality rate from sickle cell disease and it's complications in children under five of less than four per 1000 person years of life (two deaths per 100 affected childrens)**	**Mortality rate in childrens under five of less than two per 1000 person years of life (one death per 100 affected children)**
PROGRAMME OUTCOME			
Accurate detection of all infants born with major clinically significant haemoglobin disorders*	Sensitivity of the screeaning process (offer, test and repeat test)	99% detection for HB-SS 98% detection for Hb-SC 95% detection for other variants	99.5% for Hb-SS 99% for Hb-SC 97% for other variants

En un sistema, la organización es la de una red, con todos los agentes teniendo la misma importancia. Contrasta con el actual modelo jerárquico de los sistemas sanitarios modernos y refleja la realidad de los pacientes mejor informados, cuya adherencia es frecuentemente el mayor determinante de la efectividad de los tratamientos. Las relaciones en la red pueden ser contractuales o no, pero ante todo se basan en la confianza.

Ya que un sistema de atención sanitaria basado en relaciones de este tipo puede parecer ambiguo y difícil de llevar, los profesionales sanitarios en el Reino Unido han empezado a usar un software "Mapa de



Medicina" para organizar la gestión. Sirve para crear una "memoria" de cuidados y procedimientos tanto para los médicos –que tienen problemas de consistencia en los cuidados– como para los pacientes, quienes pueden acceder al software a través de internet.

Programas

Los programas son los análogos financieros de los sistemas. Actualmente estoy trabajando en el NHS para reestructurar el presupuesto en programas presupuestarios que se gestionan a nivel poblacional. Dicha programación presupuestaria (que ya se usa en unos lugares del Reino Unido) reúne a las personas que planifican y llevan a cabo los servicios sanitarios con las que establecen los presupuestos. Esta cooperación es imprescindible, sobre todo porque permite a los clínicos planificar la utilización de recursos para el futuro de forma responsable. También sirve para identificar áreas de despilfarro. Ya que los sistemas sanitarios no disponen de más dinero para solucionar los problemas, los propios médicos deben convertirse en los responsables del sistema en el que trabajan, asumiendo responsabilidad para el uso de los recursos y pensando en términos de sostenibilidad a largo plazo.

Cultura

Aunque pensar en la "cultura de un sistema sanitario" es algo relativamente nuevo, es imposible subestimar su importancia.

Edgar Schein, psicólogo del Massachusetts Institute of Technology (M.I.T.), definió cultura como un patrón de suposiciones básicas, compartidas por un grupo que las aprendió porque les ayudaba a resolver tanto los problemas de adaptación externa y como los de integración interna. Dichas suposiciones se enseñan a todos los miembros, indicándoles la forma correcta de percibir, pensar y sentir en relación a los problemas ([3]). Dicho de forma más sencilla, la cultura es "cómo se hacen las cosas por aquí." Varía mucho de un hospital a otro hospital, e incluso de una planta a otro planta dentro de un mismo hospital, lo cual complica cualquier tipo de cambio coordinado. El trabajo de un líder es, por lo tanto, el de dar forma a la cultura. Sin embargo, muchos líderes y gerentes no tienen las referencias básicas necesarias para hablar de la cultura de su lugar de trabajo. Un ejemplo notable viene de las palabras "calidad" y "valor": aunque son muy importantes para la sanidad, muchos gestores no tienen clara la diferencia entre ellas, por lo cual tampoco pueden transmitirla a su personal. Una potencial solución a este problema se encuentra en el propio internet, una herramienta incomparable para diseminar información a gran escala—por ejemplo, se podría difundir glosarios de términos, por ejemplo, o resúmenes de libros de referencia. Se calcula que para una población de un millón de personas, se necesitan mil que piensen de una "nueva forma" para llegar a influenciar la cultura. Es precisamente lo que necesitan los sistemas sanitarios: una revolución cultural, no otra reorganización más.

Bibliografía

([1]) Gibson, William. *Pattern Recognition*. London: Berkeley, 2005.
([2]) Castells, Manuel. *The Rise of the Network Society*. Oxford: Blackwell, 2000.
([3]) Schein, Edgar. *Organizational Culture and Leadership*. London: Jossey-Bass, 1996.