

Elena de Mingo Bolde (edemingo@antares-consulting.com)
Directora de Políticas y Servicios Sanitarios
Antares Consulting

Tres Crisis y Una Gran Oportunidad

El artículo analiza las claves para entender el contexto actual de la Sanidad, la crisis a que nos estamos enfrentando, las oportunidades de cambio para un futuro mejor y la forma cómo los Hospitales y las Administraciones están respondiendo a los retos que ello supone para un desarrollo sostenible

Las tres crisis

La utilización del término crisis en el ámbito sanitario puede inducir a confusión si no explicamos a qué tipo de crisis nos estamos refiriendo.

Podemos utilizar el término "crisis", de forma coloquial, para referirnos a la evolución de la situación económica vivida en los últimos años, que en última instancia se ha traducido en un proceso continuado de reducción de los presupuestos sanitarios en la práctica totalidad de las Comunidades Autónomas, llegando incluso a crecimientos negativos en el periodo 2010-2011.

Podemos utilizar el término crisis para referirnos a otro fenómeno, este ya más específico y perfectamente conocido en el mundo sanitario y que es la tendencia al crecimiento del gasto por encima de los presupuestos públicos

Y finalmente podemos estar hablando de la crisis del modelo asistencial, lo que tampoco es de extrañar si recordamos que nuestro modelo asistencial tiene sus orígenes a principios del pasado siglo. Sobre la base de las aportaciones de Flexner y Codman se ha configurado una organización sanitaria que ha favorecido el desarrollo del conocimiento y la innovación pero que también ha contribuido a la fragmentación de la organización médica: el progreso médico y el desarrollo científico se ha traducido siempre en nuevas unidades organizativas.

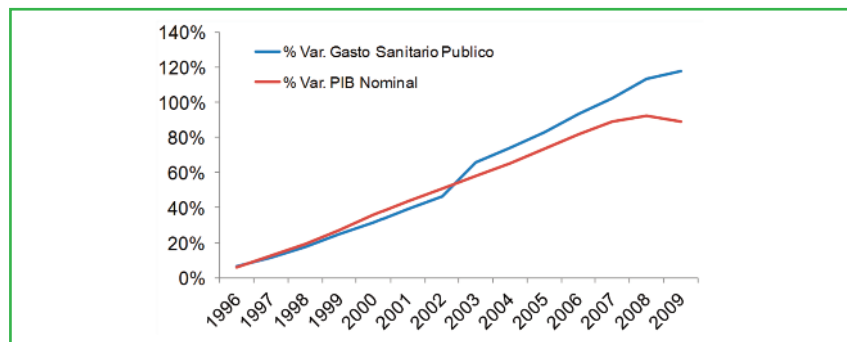


Figura 1 Crecimiento del gasto sanitario

Las dos primeras "crisis" han generado, la adopción tanto por el Gobierno Central, como por los Gobiernos Autonómicos, de medidas restrictivas de contención del gasto, que en muchos casos no han sido suficientemente explicadas entendiéndose que la "crisis" o la necesidad de garantizar la sostenibilidad del sistema eran justificación suficiente, y en la mayoría de los casos no han sido bien aceptadas como consecuencia de una incorrecta, en mi opinión, concepción de "lo público".

Todo ello ha generado un caluroso debate entre "lo público" y "lo privado", planteado generalmente en términos ideológicos, y sin un análisis serio y riguroso de la situación, de los datos y de la necesidad de proyectar el medio y el largo plazo que se ha saldado con soluciones coyunturales y probablemente nos esté haciendo perder una oportunidad de oro para replantearnos la necesidad de un cambio profundo de nuestro modelo asistencial.

Y es que, como recoge el informe de Antares Consulting de 2012 "Repensando el hospital", nunca como ahora han coexistido tantos elementos que favorezcan este cambio y que podemos sintetizar en seis:

La sostenibilidad económica

El crecimiento del gasto sanitario por encima del PIB, constituye desde hace tiempo una de las mayores preocupaciones de políticos y dirigentes sanitarios. Este problema se ha visto agravado en los últimos años como consecuencia de la brusca reducción de los ingresos públicos generada por la reciente crisis económica.

Ambas circunstancias han provocado la adopción de medidas de contención del gasto y de mejora de productividad de los recursos, junto con medidas de incremento en la financiación y de revisión de la cartera de servicios, así como nuevos mecanismos de financiación basados en el concepto de riesgo compartido entre el financiador y el proveedor.

El cambio epidemiológico

La mejora de los tratamientos sanitarios ha provocado un incremento de la esperanza de vida pero también ha generado la aparición de un nuevo patrón epidemiológico: la cronicidad.

Este fenómeno perfectamente conocido genera una hiperfrecuentación de nuestros dispositivos sanitarios que pensa-

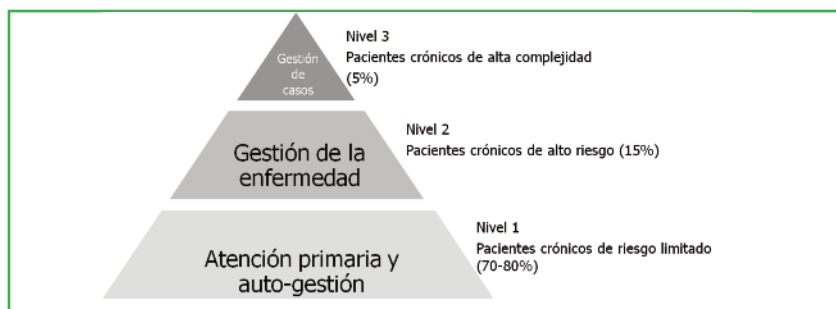


Figura 2 Segmentación de pacientes crónicos

dos y organizados para atender a pacientes agudos, resultan claramente ineficientes para atender al paciente crónico.

La integración de niveles asistenciales, las áreas sanitarias integradas, la tendencia a la unificación de servicios sociales y sanitarios adoptados en diferentes CCAA son claros ejemplos de la necesidad de abordar de forma decidida este nuevo fenómeno

El nuevo paciente, informado y exigente

Vivimos en la sociedad de la información y este fenómeno no es ajeno al mundo sanitario. Los pacientes son hoy, ciudadanos más y mejor formados y más y mejor informados. Esta realidad determina que aborden de forma distinta su proceso asistencial demandando información y explicaciones sobre su enfermedad y participación en las decisiones sobre su tratamiento..

Este nuevo perfil de paciente tiene una expectativa de calidad distinta de la ofrecida por las organizaciones y profesionales sanitarios, que deberán prepararse para responder a este nuevo perfil

La innovación y personalización de la tecnología médica

El sector de la tecnología médica ha experimentado una profunda evolución en los últimos años que ha redundado en una mejora tanto en el diagnóstico como en el tratamiento de la enfermedad. Pero además la investigación la innovación y la rápida actualización tecnológica también han incidido en el incremento del gasto sanitario.

Este hecho obligará a gestionar la innovación buscando alternativas a la inversión directa tanto para los hospitales como para el conjunto del sistema sanitario, mediante fórmulas de colaboración público-privada y mecanismos de riesgo compartido, entre otros.

El desarrollo de las TIC

El desarrollo de las TIC, ha generado en el mundo sanitario la evolución más importante de los últimos años en el abordaje del diagnóstico de la enfermedad y su tratamiento facilitando el desarrollo de nuevas puertas de entrada al sistema sanitario y a los hospitales, ampliando su accesibilidad y permitiendo el desarrollo de nuevas formas de trabajo y de gestión en la prestación de servicios (telemedicina, tele-monitorización servicios compartidos en red...)

hechos, que se producen en mayor o menor medida en todas ellas, mediante cambios estructurales que podemos agrupar en torno a cuatro grandes líneas:

Adaptación a la diversidad de pacientes

Desde sus orígenes los hospitales se han organizado en torno al paciente agudo, pero los cambios epidemiológicos y las nuevas tecnologías nos permiten distinguir varias categorías de pacientes que requieren niveles de cuidados y criterios de organización y gestión diferentes:

- ▶ El paciente con enfermedad crónica
- ▶ El paciente con enfermedad protocolizada
- ▶ El paciente con diagnóstico/tratamiento incierto
- ▶ El paciente crítico
- ▶ El paciente de alta complejidad

Muchos hospitales han comenzado a desarrollar modelos de cuidados en base a las necesidades de los pacientes, bien cre-

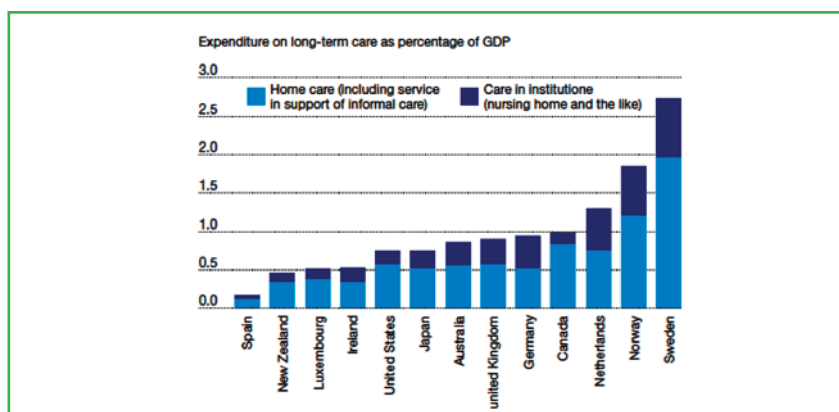


Figura 3 Gasto de la atención a domicilio

La modificación del perfil del profesional y de las profesiones sanitarias

El cambio en el perfil del profesional sanitario motivado por la feminización y la globalización entre otros factores, la modificación de sus expectativas socio laborales y el mix de competencias motivado por la superespecialización médica, el desarrollo de nuevas competencias en la enfermería y la incorporación de nuevas profesiones al medio sanitario constituyen otros tantos motores que hacen indispensable el cambio de modelo asistencial.

Las organizaciones sanitarias más innovadoras han ido dando respuestas a estos

ando unidades autónomas dentro del propio hospital, como el Lundbeck Center for Fastrack Hip and Knee, o bien creando centros especializados en pocas patologías muy especializadas, por ejemplo, la Global Health Partners es una red de centros privados en el norte de Europa, con centros monográficos en arritmias, dental, medicina del deporte, cirugía de la obesidad y cirugía de espalda.

Orientación de la oferta de servicios al cliente

Las expectativas de los pacientes, más exigentes e informados han llevado a las organizaciones sanitarias a diseñar una car-

tera de servicios más comprensible y accesible orientada a patologías o síntomas y no a especialidades como por ejemplo la “consulta del dolor de espalda”, o las consultas por problemas, como la unidad de obesidad o la unidad de cefaleas.

Otro enfoque similar consiste en orientar al paciente hacia la consulta o especialista adecuado a partir de los síntomas. En el caso de la Mayo Clinic, se ha construido una página web con un simple algoritmo para orientar hacia el especialista adecuado a partir de los problemas de salud más frecuentes

Virtualización de la atención médica

Los cambios provocados por las TIC, han permitido el desarrollo de nuevas formas de atención médica reduciendo el contacto directo entre el paciente y el profesional médico mediante las teleconsultas o la tele-monitorización.

Desde 1994, Dinamarca ha desarrollado una estrategia de telemedicina para mejorar la integración de cuidados. Hoy en día, cuenta con una infraestructura para la transferencia y el tratamiento de datos, interoperables en todo su territorio. Todos los actores están interconectados: los profesionales de atención primaria intercambian datos a diario con las farmacias, los centros de radiología, los hospitales, los laboratorios, los equipos de atención a domicilio y las administraciones públicas. Después de un período voluntario, los médicos están obligados a incluir las TIC en su práctica desde 2004. Ahora, el 90% de los intercambios entre actores de atención primaria y secundaria son electrónicos

Potenciación de la eficiencia en los procesos

Cada hospital ha sido, tradicionalmente, una organización con un funcionamiento bastante independiente del resto de los hospitales. No obstante, la necesidad de garantizar la sostenibilidad económica del sistema sanitario, el elevado coste de las nuevas tecnologías sanitarias, y la necesidad de dar respuesta a la cronicidad han generado la necesidad de mayor cooperación entre los hospitales y está provocando cada vez más el desarrollo de servicios de diagnóstico compartidos entre distintos hospitales o el establecimiento de servicios asisten-

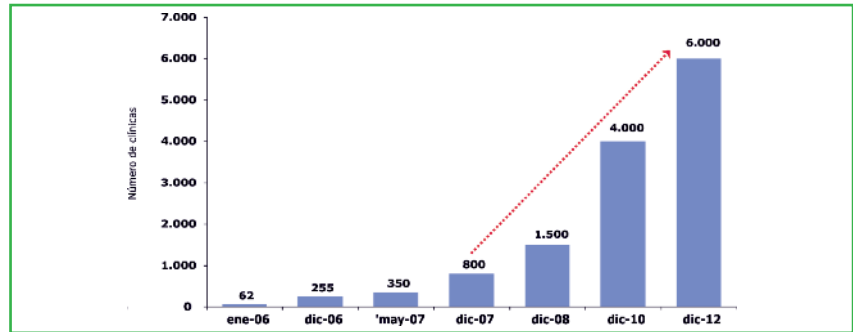


Figura 4 Evolución de las “retail clinics” en USA

ciales de ámbito territorial, que dan servicio a varios hospitales.

Sjunet es una iniciativa sueca que nació en el año 1998, con el desarrollo de una plataforma de comunicaciones para facilitar la cooperación en el ámbito sanitario, la mejora de la eficiencia en la atención y la difusión del conocimiento gracias a la implantación de herramientas de telemedicina.

Surgió en Uppsala, y actualmente tiene un alcance nacional, incluyendo a los servicios de salud –de atención primaria y especializada– de todos los municipios suecos, todas las farmacias y la mayoría de los proveedores privados. Se ha convertido, de hecho, en la infraestructura tecnológica nacional para el sector sanitario.

Como ejemplo de servicio asistencial de ámbito territorial mayor que el propio ámbito hospitalario podemos citar el Servicio de Cardiología común al Hospital Universitario La Paz y al Hospital Universitario Infanta Cristina.

Además los hospitales han comenzado a desarrollar la externalización y concentración de servicios que no forman parte de su core bussines. Claro ejemplo de servicios compartidos y deslocalizados, es un proyecto que fue ideado por únicamente para aquellos servicios susceptibles de ser trasladados fuera del hospital.

El objetivo principal de la creación del Parc Logístic de la Salut fue ubicar en un mismo espacio, y de forma integrada, un conjunto de servicios logísticos destinados al sector sanitario y sociosanitario, para liberar espacios que permitieran incrementar la oferta de servicios sanitarios. Actualmente, el Parc Logístic da servicio a 29 hospitales, 8 centros de asistencia primaria, 17



centros de atención a la dependencia y a 8 empresas empleadas.

Hemos visto con ejemplos, como lo que desde Antares Consulting se denominan motores del cambio han permitido y en muchos casos obligado a cambios estructurales en las organizaciones sanitarias y en los hospitales y que el cambio de modelo asistencial es una necesidad percibida e ineludible. Estos cambios deberán ir acompañados de cambios en los modelos de gestión con instrumentos más eficientes de gestión financiera que permitan delimitar tanto el coste de las operaciones como la medición de resultados y permitan la comparación y la capacidad de decisión del ciudadano.

Y claro, como no, un claro cambio en la Gobernanza del sistema. Cuando cada vez más, las diferentes Comunidades Autónomas optan en mayor o menor medida por sistemas de gestión indirecta, hace falta una clara reordenación de las Administraciones públicas que sin eludir su razón de ser, éstos es, ser las garantes de una Sanidad Pública universal y gratuita se centren en la evaluación de los resultados tanto económicos como de calidad.

Repensar modelos sanitarios más eficientes nos ayuda a bajar costes y garantizar la sostenibilidad. Bajar solamente costes no es garantía de eficiencia ni permite la evolución del sistema