

LA TRANSFORMACIÓN SANITARIA: EL CAMINO HACIA LA SOSTENIBILIDAD



Villacampa, A. y Arratibel, P.

Moderador:

D. Antonio Villacampa Duque

Dirección General de Planificación y Aseguramiento. Gobierno de Aragón

Ponente:

Dña. Patricia Arratibel Ugarte

Responsable de Proyectos, Gestión y Coordinación. Business School Health. Deusto. País Vasco

ANTONIO VILLACAMPA Patricia ha tenido sucesivas responsabilidades dentro del Gobierno Vasco y, en una parte final, de la mano de Rafael Bengoa, ha sido una de las personas que mejor conocen el cambio que se está realizando, y se tiene que seguir realizando, dentro de nuestro Sistema Sanitario. Nos hemos visto abocados por una necesidad, por una realidad, a un cambio en nuestro Sistema Sanitario, que proviene de los años 60, 70, con una atención fundamentalmente de paciente agudo, y nuestra población ha cambiado. El paciente agudo disminuye, gracias a una buena prevención de nuestra salud y, sin embargo, el crónico, que va cumpliendo cada día más años, es el que más requiere de nuestros cuidados y atenciones. En el País Vasco fueron unos de los pioneros en ver esta necesidad y camino a seguir, pertenezco a un Foro, dirigido por Rafael Bengoa y Patricia, en el que ponemos en común gran cantidad de conocimientos, progresos que tenemos, cada uno en su Comunidad Autónoma, es más fácil copiar que inventar, y nos vamos haciendo una transmisión de conocimientos e información, que está llevando a muchas Comunidades a dar pasos que son tremendamente necesarios para que nuestro Sistema Sanitario resulte realmente sostenible.

PATRICIA ARRATIBEL En qué consiste una transformación sanitaria y cuáles son los pasos que se están realizando en todos los entornos donde se está llevando a cabo esa transformación sanitaria. Lo primero es saber ¿por qué es necesario hacer una transformación sanitaria? ¿Qué cambios, en esos contextos de necesidad, surgen? ¿Cuál es el escenario en el que deberíamos centrarnos y poner todo nuestro empeño para desarrollar la transformación? Si tenemos herramientas y capacidades para hacerlo, ¿cómo se hacen los procesos de

transformación? La diferencia es en los combos, en cómo se están implementando esos cambios en los diferentes entornos y qué diferencias encontramos, que nos puedan ser útiles, en este aprendizaje para ir más rápido en ese proceso de cambio.

¿Por qué necesito cambiar? Hacer por hacer no tiene sentido y, para poder definir algún contexto, es porque hay una razón de peso que nos hace cambiar, y la razón son los retos enormes que tienen los Sistemas Sanitarios. Algunos ya venían dando señales hace tiempo, la demografía, que es una realidad en Europa e incluso fuera, cuya máxima expresión va a ser un mayor incremento de personas con patologías crónicas, con mayor utilización del Sistema Sanitario, con una epidemiología que avanza, que los Sistemas todavía no estamos siendo capaces de atender a la misma velocidad, con un cambio en el entorno de demanda, más expectativas, más necesidades por parte de los usuarios, un usuario más preparado, que demanda otro tipo de relación, otro modelo diferente al que teníamos hace treinta años, cuando definimos la actual configuración del Sistema Nacional de Salud. Y, una realidad, la medicina hoy es muy compleja, avanza muchísimo, tenemos un sector, que si algo lo define es la complejidad, muchísimos diagnósticos, procesos, tratamientos, funcionando 24 horas, 365 días al año, con unos perfiles y conocimientos muy elevados y, por tanto, cualquier cambio a implementar es igualmente complejo. Con una organización, del Sistema Sanitario, que es fragmentado, no ofrecemos continuidad de cuidados o estructuras adecuadas a las necesidades que tienen hoy esas personas, estamos avanzando, pero la realidad, que tenemos hoy, es que todavía ofrecemos mucha fragmentación. Y un elemento más, que ha hecho poner más visibles el resto

de retos, es la actual crisis económica. ¿Qué podemos concluir de esa situación de crisis? Que nos ha roto una ecuación, que ha sido la tónica de los últimos años en el desarrollo del Sistema Sanitario, que era cuando teníamos más necesidades por diferentes razones, edad, epidemiología, etc., generalmente en un contexto de bonanza económica lo que hacíamos era suplir esas necesidades en proporción incrementando recursos, que, básicamente, eran más recursos humanos o tecnológicos o más fármacos, etc. Esa ecuación se ha roto con la crisis y hemos aprendido que se va a romper, no durante el periodo de crisis, sino que no vamos a ser capaces de poner los recursos en la proporción para los retos que tenemos. La primera conclusión es que no hacer nada es ir a peor. Si no hacemos nada y seguimos manteniendo el statu quo, por la magnitud de los retos que tenemos, es ir a peor.

En este contexto, ¿cuáles son los escenarios que se nos abren?, los más que discutidos escenarios los podemos visualizar en torno a dos ejes. Por un lado, poner más recursos, que ya sabemos que, por el contexto de crisis económica, no van a ser en proporción de ninguna de las maneras. O hacer las cosas de una manera distinta, abordar cambios profundos en la manera en la que tenemos organizados los Sistemas Sanitarios, ir adaptándolos o adecuándolos a la nueva necesidad. El escenario que veis nos va a ubicar a una situación peor de la que tenemos y poner más recursos, si los tuviéramos, sin cambiar algo de lo que estamos haciendo, no es la mejor opción. Si el problema de los retos que tenemos es multidimensional, pensar que de manera sencilla vamos a ser capaces de dar respuesta a esa complejidad es prácticamente imposible, tendremos que buscar una solución igualmente compleja que,

probablemente, combine destino de recursos en unos momentos mayores, en función de las capacidades que podamos tener, con una profunda transformación de qué tenemos que hacer en el Sistema, de manera distinta, para adecuarnos a esa realidad. A tenor de los retos que tenemos, esa transformación, básicamente, se tiene que dar en un ámbito muy importante y es el de la provisión, el de la prestación de los servicios. La complejidad de la medicina es muy elevada y debe evolucionar la ciencia para que cada vez podamos hacer más cosas, pero, en la gestión y organización de ese modelo, tenemos mucho que hacer o muchas intervenciones por llevar a cabo.



Patricia Arratibel Ugarte

Sabiendo que tenemos que hacer cosas diferentes, ¿en qué dirección tenemos que hacerlas? ¿Qué estamos aprendiendo de los entornos donde empiezan a hacer cosas distintas para atender a esos retos? No porque queramos, sino porque tenemos unos retos que, el no hacer nada, nos deja en la situación que estamos. La dirección

general de la transformación, y específicamente en el ámbito de la provisión, se podría definir por ir progresivamente desarrollando este movimiento, pasar de un modelo o un sistema en el que realizamos mucha actividad en los centros hospitalarios hacia uno donde progresivamente vas desarrollando más actividad en Atención Primaria y más actividad en el propio domicilio del paciente o ámbito comunitario. Ese movimiento, como tendencia general, significa reducir aquellas hospitalizaciones, reingresos, que seamos capaces de reducir, si aprendemos y sabemos gestionar los cursos de las enfermedades de una manera distinta, entre todos los agentes que hoy participan en esa gestión y, progresivamente, hacerlo con escala, no solamente en ámbitos concretos y en pilotos, sino elevar esta dirección de cambio en el Sistema a la globalidad del Sistema Sanitario.

¿Qué significa ese cambio en la provisión? Ese movimiento, desde el ámbito más especializado hacia un entorno más comunitario, más próximo al paciente, en el fondo significa cambiar el modelo de organización sanitaria que tenemos. Es decir, el mayor cambio que tenemos que acometer hoy en los Sistemas Sanitarios es evolucionarlos, desde unos modelos que son reactivos, que más o menos responden, muy bien, a demandas, cuando una persona tiene un problema de salud determinado, a un modelo en el que sea capaz de anticipar esas necesidades, para atenderlas en aquellos momentos y entornos que generen mejores cuidados, servicios, resultados de salud y, además, seamos capaces de hacerlo de manera más eficiente, sabiendo que tenemos el contexto que tenemos. Eso, ¿qué significa? Que, mayoritariamente, esa organización, que he comentado antes, ofrece cuidados fragmentados, que ha sido causa de una organización muy centraliza-

da y desarrollada en función de estructuras, en las de Primaria, las de Especializada, el ámbito sociosanitario, a una organización donde, efectivamente, hagamos realidad una cosa que llevamos diciendo mucho tiempo, y es poner al paciente en el centro de cuidados. ¿Qué significa? Probablemente tengamos que movilizar todas las estructuras y todos los agentes, que prestamos servicio en las diferentes trayectorias de atención, en las diferentes necesidades de utilización de los dispositivos sanitarios que tienen los pacientes, entorno a esas necesidades. Tenemos que pasar de gestionar estructuras y servicios sanitarios, donde especialmente los gestores nos sentimos más cómodos, y es lo que venimos haciendo durante los últimos treinta años, a empezar a gestionar sistemas de atención donde los diferentes agentes se orquesten alrededor del paciente; donde, poco a poco, mejoremos esa continuidad y esa coordinación asistencial; seamos proactivos en la atención, y, sobre todo, podamos incorporar algunos instrumentos, que nos van a ayudar en este cambio. Y, básicamente, es, si hemos dicho que el paciente de hoy, o la ciudadanía, en general, en los últimos treinta años ha evolucionado y mucho, y quiere formar parte de las decisiones de su salud, conocer lo que le está pasando, participar en la toma de decisiones, tenemos que ser capaces de ofrecerle la formación, información, capacidad o ayuda, en ese desarrollo, para que eso sea una realidad, la formación no aparece por generación espontánea.

Durante estos últimos treinta años las tecnologías han evolucionado, y mucho, y, por tanto, estamos en situación mejor que hace años para poder hacer realidad eso: poner al paciente en el centro y que orquestemos la actividad y el desarrollo de la prestación de los servicios entorno a esas

necesidades de cuidados de un paciente. Y, al final, esos Sistemas, que se tienen que ir organizando, en vez de tener estructuras que vayan gestionándose verticalmente, se vayan coordinando para poder hacer realidad que a los pacientes les vayamos ofreciendo los cuidados y las atenciones que necesitan. ¿Qué modelo, marco de trabajo, están y estamos utilizando los Sistemas Sanitarios que nos movemos en ese cambio? Al final, de lo que se trata es que, en el nivel de la provisión, seamos capaces de aunar tres objetivos, que siempre hemos dicho que tiene el Sistema Sanitario, pero que han estado representados por agentes distintos que no han tenido un efecto sinérgico. Los gestores han intentado, durante estos años, mejorar la eficiencia, las estructuras, la gestión de sus organizaciones. Tenemos unos grupos, que han sido las personas más dedicadas, en el ámbito de la salud pública, a buscar intervenciones, actuaciones, para mejorar la salud poblacional y, luego, el cuadro clínico que, en sus intervenciones, desarrollo, quehacer diario, han buscado siempre la mejora de los cuidados, hacer unas prestaciones adecuadas, etc. Esos tres objetivos no están alineados en el nivel de provisión y deberíamos, cada vez más, con las diferentes intervenciones, que vayamos haciendo, alinearnos y permitir conseguir los tres de manera sinérgica, tenemos que mejorar la salud poblacional y, por tanto, gestionar con visión de sistema, poblacional. Necesitamos mejorar la calidad de los servicios, los cuidados, pero también hacer todo eso de la manera más eficiente posible.

“El paciente agudo disminuye, gracias a una buena prevención de nuestra salud y, sin embargo, el crónico, que va cumpliendo cada día más años, es el que más requiere de nuestros cuidados y atenciones”

Antonio Villacampa Duque

Este ejercicio, con estos marcos, se ha empezado a hacer, se está haciendo en muchos sitios. En el caso del País Vasco ya llevamos un recorrido, empezamos desarrollando lo que denominábamos microsistemas, aquí ya se están presentando los avances de las Organizaciones Sanitarias Integradas, cuando digo el País Vasco es porque represento a esa Comunidad Autónoma, pero el movimiento se está haciendo en todas las Comunidades, y no sólo en las Autonomías sino en diferentes Sistemas Sanitarios que responden a estructuras y organizaciones distintas, modelos tipo el nuestro, SNS, pero tenemos modelos donde la organización ha sido más de seguros, diferente a la nuestra, y, sin embargo, los movimientos en la línea que hemos planteado, más en el domicilio, cómo reforzamos la comunidad, cómo intentamos hacer un modelo más proactivo y aunar esos tres objetivos, se están explorando en diferentes sitios, con lo cual ya tenemos recorrido de avance y sitios donde poder mirar cómo se lleva a cabo este proceso y mejorarlo.

Y ese es el siguiente paso, sabemos o compartimos muchos agentes hacia donde deberíamos ir y por qué tenemos que hacer ese cambio, por los retos que hemos dicho. ¿Cómo hacemos esto? Sabemos cómo hacer esto, porque suena muy bien en un papel, pero ahora vete a la realidad del hospital y del centro y empieza a hacer sistemas, a organizar, espera al paciente, que tenga un servicio, una actividad u otra. Creo que sabemos muchos cómo para poder hacer más fácil esas trayectorias de atención, esa continuidad en los cuidados, que requieren los diferentes pacientes, en función de su necesidad, están ahí encima de la mesa y son herramientas que podemos incorporar, y estamos incorporando.

Primer punto es que esos cómo no son únicos, son multidimensionales, hemos

dicho que los retos son complejos y, por tanto, tendremos que hacer más integración de cuidados, poner nuevos roles, que ayuden a conectar más, si tenemos que hacer sistemas, a relacionarlos un poco todos y ver como lo podemos hacer, cómo nos conectamos, cómo activamos y empoderamos a los pacientes, cómo nos conectamos también con otros servicios, como pueden ser los Servicios Sociales, etc. Sabemos muchos cómo. Sabemos muchos instrumentos, que nos van a ayudar a integrarnos, y a facilitar ese ejercicio conjunto. Hoy sabemos que la Historia Clínica nos va a ayudar a generar información y a trabajar en la integración de cuidados, nos costará más o menos, en unos sitios con un nivel de alcance diferente a otro, cada uno tiene que descubrirlo y adaptarlo a la realidad de su contexto. ¿Sabemos que hay instrumentos que nos ayudan en la integración? Sabemos. ¿Sabemos que hay instrumentos que nos ayudan a reducir elementos adversos, a reducir los riesgos de duplicidades, a mejorar la utilización de servicios por reducción de estructuras más costosas de atención? Sabemos, la receta electrónica es un instrumento, otra herramienta que nos va a ayudar a hacer un poquito mejor esa trayectoria de atención dentro del Sistema Sanitario. La telemedicina, los telecuidados, la telemonitorización, ¿está la tecnología hoy desarrollada para hacer esto? Sí está, lo que está menos desarrollado es la capacidad que tienen los Sistemas para incorporarla. Pero ¿tenemos tecnología que nos permita tener al paciente en el radar?, ¿hacer una medicina proactiva?, ¿tenerlos monitorizados en el entorno comunitario?, ¿poder hacer un cuidado continuado?, ¿hacer alertas clínicas que ayuden a utilizar mejor los servicios sanitarios? Sabemos.

Sabemos, además, que los diferentes perfiles profesionales, para poder facilitar esa coordinación, integración de niveles, no sólo intra Sistema Sanitario, vamos a decir, los tradicionales Primaria, Especializada, sino también con Servicios Sociales o con los entornos comunitarios de apoyo, que precisan hoy determinados tipos de pacientes, sabemos que hay roles profesionales, como es el de la Enfermería, que conoce cómo desarrollar, gestionar los diferentes casos, especialmente los complejos, evaluar sus necesidades, coordinar el desarrollo, ser un agente que enlace al Sistema Sanitario con el entorno de atención y el soporte de cuidados que tienen las personas. ¿Sabemos? Sí. ¿Hay herramientas? Sí. ¿Sabemos hoy hacer eso, formar a los pacientes, para que sean pacientes activados, que puedan ser más corresponsables sobre su salud y el manejo de las enfermedades que puedan tener? Sabemos y hay evidencia que dicen que, haciendo esto, además de que el paciente pueda gestionar mejor su enfermedad, de ser un agente activo en todo ese proceso, sale mucho más barato al Sistema Sanitario, entre un 8 y un 21% según las últimas evidencias publicadas, ¿por qué no lo hacemos? Es otra cuestión.

¿Sabemos hacerlo y sabemos que esto nos ayuda a conseguir el objetivo? Sabemos. Sabemos que la promoción y la prevención es un área importante de trabajo y cada vez tenemos más agentes en el ámbito comunitario que están pensando en cómo podemos hacer esta actividad y, por tanto, tendremos que ser capaces de relacionarnos con muchos agentes, no sólo en el ámbito sanitario, sino empresas, agentes, organizaciones del sector, que nos ayudan a conseguir el objetivo y, por tanto, la gestión en la organización de todos esos agentes es distinta a la que venimos haciendo en los últimos treinta años, gestionando

estructuras, tenemos que salir fuera y generar capacidad para poder hacer esto de una manera más escalable. Sabemos que el tercer sector está, la comunidad está, pero necesitamos potenciarlo. ¿Sabemos potenciarla, cómo generar una estructura más potente? Sí. ¿Necesitamos grandes cambios, grandes normas para hacer todo lo anterior? No. ¿Se puede hacer? Se puede.

Hoy sabemos, más que hace unos años, cuáles son los pacientes que requieren más necesidad de cuidados, más consumo de recursos realizan y más necesidades de atención precisan, porque tenemos a los pacientes estratificados. La mayoría de las Comunidades Autónomas han iniciado procesos en los que ya tienen identificados quiénes son esos pacientes y cómo podemos empezar a gestionarlos de una manera distinta. Empezando a priorizar en aquellos niveles donde una mayor integración genere mejores cuidados, resultados en salud y mejoras económicas, tenemos un recorrido de avance. Hay cosas que estamos empezando a saber cómo y existen muchas iniciativas, de cómo se integran los cuidados, cómo los diferentes profesionales de Primaria, Especializada, trabajadores sociales, etc., se ponen a trabajar en torno a un paciente, poniéndolo en el centro y diciendo qué puede hacer, cada uno de ellos, en el tratamiento de todos esos pacientes de la mejor manera. Tenemos registros de pacientes, estratificación, somos capaces de definir rutas asistenciales, planificar cuidados, hacer prestaciones eficaces, monitorizar y definir cómo monitorizamos esos resultados para medir lo que queremos medir, resultados en salud, mejora de cuidados y eficiencias económicas.

Empezamos a saber que, si el sistema cambia, la manera en la que distribuye los incentivos, cuando digo los incentivos es el consumo de recursos que necesitamos

para organizar toda la actividad asistencial, este proceso puede ser más fácil. Como somos capaces de identificar a los pacientes y sabemos en qué niveles de atención, cada vez estamos empezando a saber cómo comprar o asignar los recursos para conseguir mejores trayectorias de atención. No conseguir más actividad, como lo hemos hecho en los últimos treinta años, consultas, urgencias, GRD y, al final, generando estructuras que hoy han resultado ser fragmentadas.



Antonio Villacampa y Patricia Arratibel

Estamos conociendo. ¿Cómo? Los pacientes nos dicen que quieren conseguir, cuando transitan por el Sistema Sanitario, más seguridad, ir al Sistema Sanitario y no tener eventos adversos o dificultades, más calidad en la prestación de los servicios; que los agentes, que me atiendan, se coordinen mejor, y que no tenga que contar mil veces mi problema de salud a los diferentes profesionales por donde voy, y quiero, además, que sea de la manera más eficiente y más próxima a mi entorno. Y, como sabemos lo que los pacientes quieren y tenemos herramientas e instrumentos para hacerlo, estamos empezando a saber cómo medirlo y cómo podemos asignar los recursos para conseguir mejorar aquellos aspectos, aquellas áreas, que no tenemos desarrolladas. Y esto se evidencia cuando dibujamos esas trayectorias de atención, esto es un ejercicio que realizamos en el País Vasco, para las enfermedades coronarias,

donde, cuando dibujamos el continuo de atención de una persona, de un paciente que tiene este problema de salud, detectamos que, efectivamente, somos muy buenos en la atención aguda pero, en toda la parte de prevención, en la activación, en la formación de esos pacientes y en el seguimiento, tenemos un gran recorrido de mejora por hacer y, por tanto, tenemos que ponernos y sentarnos a definir qué es eso, cómo lo podemos mejorar, medir, y cómo todos nos relacionamos, los diferentes agentes, para conseguir estos resultados.

En definitiva, ¿sabemos muchos cómo? Sí. ¿Cómo podríamos decir en qué se concreta la implementación de esos cómo? En introducir herramientas en los sistemas que nos permitan conectar a los diferentes agentes, y eso es una afirmación que se hace muy fácil, pero que sería bueno pararnos a pensar si los movimientos que estamos ahí, llevando a cabo, y las cosas que estamos haciendo sobre el Sistema Sanitario hoy nos están conduciendo a esto, a conectar con los pacientes, con la ciudadanía, con los clínicos, a conectar los Hospitales con Primaria, con Servicios Sociales, y hacerlo al menor coste posible. Sabemos cómo, pero esta realidad se nos explicita, en el día a día, de una manera desorganizada y, por tanto, tenemos que hacer el ejercicio de integrarla y ver cómo podemos utilizar todo esto para hacer un cambio con visión global.

¿Dónde tenemos que implementar estos cambios? No se escapa nadie en el Sistema. Hacer un cambio, de esta envergadura, supone que hay que hacer cosas en el nivel macro, y me estoy refiriendo al ámbito más político, planificación, financiación de los Sistemas Sanitarios. A nivel meso donde la figura de esos gestores, que tradicionalmente han gestionado estructuras, va a

cambiar y va a tener un rol nuclear y van a tener que empezar a definir unas funciones diferentes a lo que ha venido siendo los últimos años. Y el nivel clínico, que es donde se realiza la prestación, donde vemos los cuidados. El nivel meso es un rol nuclear del Sistema que va a cambiar sus funciones y, por tanto, va a tener que redefinirse en cierto modo y, sobre todo, todos estos cambios no se pueden hacer sin los profesionales, es decir, no podemos buscar eficiencias y mejoras en trayectorias de cuidados sin la enfermera, el clínico, el trabajador, que atienden, tenemos que tener a bordo a los profesionales.

Dichos los cómo, sabiendo qué cosas se pueden hacer, que se están probando y que tenemos resultados, me gustaría compartir con vosotros cuáles son los factores que hemos identificado, o estamos identificando, que en los entornos, donde se están llevando a cabo estos cambios y transformaciones tan profundas han sido diferenciales y que tienen mucho que ver con la gestión de ese cambio, no sólo con saber qué hay que hacer y definir los pasos los cambios ocurren, porque lo importante es gestionar bien esos cambios. Los aprendizajes van en esa línea, ¿por qué estos cambios van tan lentos? Realmente hay muchos pilotos, en las diferentes poleas de intervención que hemos dicho, muchas iniciativas de formar a pacientes, de más integración, algunas de procesos concretos, pero son pilotos que no acaban escalando al Sistema Sanitario.

¿Por qué? Básicamente por esto, porque no hay sincronización hoy en el Sistema Sanitario entre lo que conocemos como medicina de precisión, lo que los clínicos, profesionales sanitarios están viviendo, en su día a día, y que ya están desarrollando, un desarrollo tremendo de la imagen, nuevos medicamentos, genómica, medicina

personalizada, biomarcadores, robotización, es decir, la ciencia ha avanzado mucho y, probablemente, la gestión no ha avanzado al mismo compás, lo que ha sido la gestión de la evolución o la trayectoria clínica. Sabemos que se puede hacer estratificación, pero vamos lentos; sabemos que hay Historia Clínica Electrónica, pero nos está costando; los procesos de empoderamiento de pacientes, cada vez más, pero podían ser rápidos; las integraciones cuestan; las alertas clínicas, poco a poco, y, al final, lo que está pasando es que, para conseguir la sostenibilidad, esta primera parte del Sistema es más espectacular, tiene más visibilidad, los pacientes lo ven más, y, además, hay más incentivos para su desarrollo y, en la parte de gestión, que va a ser muy necesaria para movilizar el Sistema y provocar un cambio, es menos espectacular y tiene menos incentivos la gestión y, por tanto, estamos en un contexto, a mi modo de ver, que tenemos medicina del siglo XXI, tenemos que darle un vuelco a la gestión, para organizar ese sistema, que todavía la tenemos un poco en los estándares del siglo anterior.

“La medicina hoy es muy compleja, avanza muchísimo, tenemos un sector, que si algo lo define es la complejidad, muchísimos diagnósticos, procesos, tratamientos, funcionando 24 horas, 365 días al año, con unos perfiles y unos conocimientos muy elevados y, por tanto, cualquier cambio a implementar es igualmente complejo”

Patricia Arratibel Ugarte

¿Qué están haciendo muchos macro gestores y meso gestores, que están iniciando este recorrido y cambiando ese proceso? Avanzar, con mayúsculas, en lo que decimos política y gestión sanitaria, es decir, elevar este cambio, esta transformación de los Sistemas Sanitarios, a los niveles macro

del Sistema. ¿Quién puede implementar un cambio de esta magnitud? Quien tiene una visión del Sistema, quien tiene la capacidad de ver todos los diferentes agentes y todas las poleas que hay que orquestar, y, por tanto, aquéllos que, realmente, lo han puesto en su agenda política, lo están liderando y están haciendo suyo este cambio son los que más rápido van en este proceso de cambio. Y, sobre todo, no sólo poniendo qué hay que hacer sino definiendo estrategias para su implementación.

¿Cómo tenemos que implementar este cambio?, ¿dónde están los factores críticos del éxito? y ¿cómo los vamos gestionando? Para poder orquestar todo este movimiento necesitamos crear un relato común para que todos los agentes del sistema, y más agentes que colaboran en el desarrollo de funciones del Sistema, se alineen con un objetivo. Y ahí la mayoría de los países, de los movimientos, están poniendo efectivamente en ese relato al paciente. ¿Por qué queremos integrarnos? Tenemos unos retos, una epidemiología, unas necesidades de cuidados, una situación que nos obliga a dar un cambio y, por tanto, los pacientes están cambiando y son los motores del cambio que queremos hacer, desde cualquier esfera: el macro, el meso o el micro.

Todos están metiendo esas herramientas, pero el objetivo no es meter más tecnología, más historia, más receta, no, es provocar un cambio en el modelo de atención para que los diferentes Sistemas Sanitarios se adapten a las necesidades que están presentando los retos.

Si queremos que se alineen con nosotros los diferentes agentes necesitamos comunicar muy bien qué queremos hacer e intentar que cada agente tenga su espacio para poder aportar valor en este proceso. La Administración tiene un cambio impor-

tante, el rol ya no es el de definir lo que hay que hacer y se hace sino tengo que buscar condiciones para que se pueda hacer, y por tanto mi rol es un poquito distinto. Los directivos tienen que empezar a gestionar y a conocer determinados instrumentos nuevos, ya no gestiono estructuras, tengo que gestionar alianzas, redes, relaciones, profesionales pertenecientes a culturas muy distintas y la gestión, desde luego, no parece que venga siendo similar a como lo he venido haciendo hasta ahora. Los profesionales tienen que participar en esa búsqueda de esas trayectorias de atención, si los profesionales, que son los que prestan los cuidados, no están a bordo, desde luego, ni los meso gestores ni los planificadores van a saber qué hay que hacer porque, el que conoce las necesidades de un paciente complejo, con diabetes, con EPOC, con insuficiencia cardíaca, son los profesionales clínicos que están a la última, en ese conocimiento científico, y saben cómo manejar a esos pacientes. Los sindicatos, si nos tenemos que mover y orquestar sistemas, en algún momento vamos a tener que tocar movibilidades. Y, dónde es mejor ubicar los recursos que tenemos para, efectivamente, mejorar ese trato. Si el paciente quiere estar más en su domicilio, ¿cómo hacemos ese movimiento?, lo tendremos que abordar. ¿Por qué es necesario hacer ese movimiento?, ¿quién nos alinea a todos para hacerlo? Volvemos a los retos, la necesidad de cambio. Los pacientes son la propia solución en parte, tenemos que hacerles activos en el desarrollo de su problema de salud.

Otro factor diferencial, en aquéllos que están llevando a cabo este cambio, es que empiezan a buscar un equilibrio entre lo que son desarrollar intervenciones desde arriba y desarrollarlas desde abajo, es decir, hasta los últimos años, estábamos

acostumbrados a definir un plan estratégico y decíamos: “Hágase el plan” y el plan se hacía. Y creías que hacías un plan estratégico y la organización iba a entenderlo, a comprenderlo y a ejecutarlo de la manera que habías planificado. Lo que hay que intentar buscar son consensos y capacidades para que cada uno, en el Sistema, haga aquello que mejor sabe hacer y que nos redunde en beneficio de todos y, por tanto, también, desde los niveles meso y macro, tenemos que aprender a ejercer un liderazgo diferente, un liderazgo distribuido.

Algunos de los cómo, que hemos dicho, la historia clínica, la receta, la estratificación, la telemedicina, no tiene sentido hacerlos en cada nivel, en cada área, por escalabilidad, por coste, por definición, lo tendremos que gestionar desde los niveles macro. En cambio, otros, buscar cómo voy a atender a estos pacientes en mi entorno según las estructuras que tengo en éste, ¿cómo van a ser los diferentes roles profesionales? ¿Cómo puedo empoderar a los pacientes que gestiono y conozco? Se van a descubrir en cada contexto. Cuantas más experiencias a descubrir, más evaluemos y más resultados tengamos, más rápido iremos avanzando, no reinventaremos la rueda y más ágil será este movimiento.

¿Por qué promover ese liderazgo distribuido? La propia evidencia nos dice más gestión de precisión, si tenemos a los profesionales con nosotros, a bordo, no sólo conseguimos mejoras económicas para la organización, sino que acabamos obteniendo mejores resultados en salud y para los pacientes, por tanto, esos gestores cada vez más tendrán que ir pensando cómo hago que mis profesionales cada vez participan más en las decisiones de gestión. Y, por tanto, es otro pequeño cambio que tendremos que ir realizando, viendo y explorando qué diferentes maneras tenemos

para conseguir que esos profesionales estén en nuestro proceso.

Necesitamos gestionar una doble agenda, la situación de crisis económica nos está obligando y hay que tomar muchas decisiones para resistir la crisis y ajustar, y eso pasa por decisiones que hemos tomado todos, decisiones en relación a fármacos, a recursos humanos, a servicios, ¿cómo eliminamos lo que no han añadido de valor? Como la situación de contexto económico es tan aguda, muchas veces, nos estamos consumiendo y dedicando la mayor parte de nuestro tiempo y esfuerzo en la gestión de la crisis y, por tanto, no estamos dejando tiempo para hacer más de todo lo que hemos dicho antes, más de gestión proactiva de pacientes, de cuidados integrados, de relación con otros agentes, etc., y eso tiene implicaciones, especialmente para un nivel muy importante, que es el de los meso y los macro gestores. Si ponemos todas nuestras iniciativas en la primera parte de la agenda, tenemos una capacidad de gestión limitada, vamos a tocar hueso y la realidad del contexto económico es la que es. Si hacemos la siguiente vamos a conseguir eficiencias de mejora en esas trayectorias, ya empiezan a verse evidencias, en otros entornos donde se están consiguiendo, no estamos solos, hay más agentes, abrimos el horizonte donde podemos conseguir recursos y contribuimos a desarrollar capacidad para el Sistema, que en el fondo es lo que nos une. Por tanto, más descentralizar poder, crear capacidad, conectar a los diferentes agentes y eso, volvemos a la gestión, es muy fácil de decir, pero la realidad de la gestión, de los últimos treinta años, no ha ido en esta dirección, y nos hemos sentido más cómodos con una gestión de imposición o de definición versus crear ese contexto, y esto no se cambia de un día para otro, tendremos que

aprender unos de otros, adquirir capacidades a todos los niveles del Sistema. Y, al final, allí donde se están produciendo estos cambios, se necesitan figuras que, en los Sistemas Sanitarios, estén permanentemente viendo y liderando qué proyectos, qué iniciativas se están implementando, qué resultados están teniendo, y difundiendo ese conocimiento muy rápido para que llegue a los diferentes niveles del Sistema. Crear esa capacidad para escalar, tener intercambio de experiencias y aprendizaje, va a ser fundamental.



Antonio Villacampa Duque

Todo esto no lo hacemos porque amanece, lo hacemos porque los retos son muy exigentes, que esos retos nos dicen que el statu quo no nos sirve y que no vamos a tener recursos para mantener el Sistema en la situación que tenemos y, por tanto, tenemos que hacer algo distinto. La buena noticia es que tenemos conocimientos, tenemos herramientas, sabemos muchos cómo, y empezamos a conocer qué tipo de liderazgo se necesita para gestionar un cambio tan complejo. El Sistema no lo vamos a transformar solos sino planificamos una implementación ordenada de todos estos instrumentos, que hay que meter de una manera ordenada, todas esas multipoleas, más tecnología, más activación de pacientes, más coordinación entre profe-

sionales y que la clave no está en definir los quers sino en implementarlos, y esa implementación depende de cada entorno local y, por tanto, tiene que ser descubierto en cada entorno local. Y si pensamos que, de manera uniforme, lo vamos a hacer, y que un modelo es mejor que otro, creo que estamos equivocados. Aquellos que dicen que no se puede hacer, normalmente, son interrumpidos por unos que lo hacen y la realidad es que hay muchos haciéndolo, muchos que estamos en esta aventura, que es complicada, larga, no se va a hacer de un día para otro, pero que tenemos el conocimiento, la capacidad y las ganas de seguir teniendo un Sistema Sanitario como el que conocemos hoy.

ANTONIO VILLACAMPA Nos planteamos unas situaciones de cambio que afectan, desde el último celador al consejero, y ahí pasamos por todos los cambios, por cocina, domicilio del paciente, es decir, estamos afectando un Sistema de forma muy global, ¿dónde vamos a tener los obstáculos para que estos cambios lleguen a ser una realidad? Dentro de nuestro Sistema, a nivel político, gestor, de nuestros profesionales, de esto que rodea el Sistema.

PATRICIA ARRATIBEL Obstáculos vamos a tener en todos los sitios. Abordar un cambio tan complejo como este, desde luego, en cada uno de los niveles y en cada uno de los agentes que van a participar de este cambio van a poner obstáculos. Más que ¿dónde está el obstáculo?, le daría la vuelta en positivo, ¿dónde está el éxito de ser capaces de orquestar este movimiento de la manera más rápida posible? Mi opinión personal es que, probablemente, orquestar una visión y tener claro desde el primer nivel del Sistema, estoy hablando del nivel más macro, que esto es posible hoy, que se puede hacer y que es necesario inyectar energías para que los diferentes agentes,

desde el de arriba hasta el de abajo, sean capaces de avanzar, te diría que es, en este momento, el agente clave. Los profesionales están capacitados, tienen el conocimiento y, además, las ganas de contribuir a desarrollar su actividad, todos nos levantamos todos los días intentando hacerlo lo mejor posible. En los niveles intermedios, también en los gestores, el cambio es tan profundo, tan complejo en lo que ha venido siendo esa gestión, que, probablemente, lleve más tiempo pero también confío en que es cuestión de tiempo, hay ganas, convencimiento, razones suficientes, y, en el ámbito más macro, más político, también creo que hay ganas, hay razones suficientes para el movimiento, pero, en este momento, también se pueden hacer cosas para darle más velocidad a este cambio, es decir, tener una apuesta más política por este cambio y ponerlo en la agenda de la gestión del día a día y, efectivamente, priorizar cuáles son los elementos que más velocidad le pueden dar.

Y, en ese sentido, incluso, me atrevería a apuntar que una de las cosas que se pueden hacer, y que vienen del ámbito macro, que es cómo se asignan los recursos, qué financiación y cómo distribuyo los recursos en el Sistema, tiene que empezar a cambiar y ahí, efectivamente, tampoco sabemos mucho, empezamos a saber y empezar a hacer un movimiento para poner un contexto, en el que este movimiento pueda ser más rápido, gracias a comprar y asignar los recursos allí donde queremos y necesitamos, en función de hacia dónde vamos, hace falta valor y coraje. Un poquito de ese valor y ese coraje para, efectivamente, acometer un cambio tan profundo, en este momento, daría mucha energía, no lo veo como un problema sino más bien dónde están los puntos que podrían insuflar más velocidad de cambio a este movimiento.

Turno de preguntas

ALMUDENA COLINO, de Lilly. Entendiendo que el Sistema Sanitario español consta de diecisiete Comunidades Autónomas, las competencias sanitarias recaen ahí, y la responsabilidad de esos modelos de transformación recaen en el ámbito de cada Comunidad, ¿qué riesgo real hay de caer en una inequidad hacia lo que es la asistencia al paciente sanitario y qué mecanismos se podrían poner en marcha para evitar ese riesgo?

PATRICIA ARRATIBEL Las diferentes Comunidades Autónomas están explorando maneras en las que implementar todas estas herramientas y haciendo diferentes pilotos, hay que evaluar, alguno en un contexto sirve, en otros no. La clave no es que haya diferentes Comunidades Autónomas haciéndolo, al revés, lo interesante es cuanto más agentes estén desarrollando y probando iniciativas, de las que podamos aprender más rápido todos los que estamos en esas iniciativas, para ir progresivamente, entre todos, llegando al mejor nivel posible, en función de las capacidades de cada uno, es fundamental. La variable colaboración es la nuclear, la importante, y esto no va de qué Comunidad Autónoma lo está haciendo mejor o peor, sino dónde se están probando más cosas de las que podamos aprender para llegar al resultado. Ni todas las Comunidades, que estamos en este cambio, hemos llegado a la perfección, ni los Sistemas Sanitarios, que están intentando buscar ese modelo organizativo, por tanto, la perfección no existe, no vamos a llegar a un modelo único. Sí que se van a ir produciendo niveles donde, en algunas de las cosas, Comunidades hayan encontrado antes, en función de su contexto, la pista de cómo avanzar y habrá otras que, en otras de esas dimensiones, que es

necesario mover, la encuentren antes. La clave no creo que vayan a ser esas inequidades, sino qué capacidad tenemos como Sistema Nacional de Salud de estar permanentemente analizando esas experiencias, compartiendo ese conocimiento e implementando mejoras sobre lo que cada uno tiene. Para mí esa es la clave más que la inequidad, hoy al menos, mi visión, en el Sistema Nacional de Salud, es que la totalidad de las Comunidades Autónomas están alineadas con este proceso de cambio, porque es necesario abordar ese cambio, y la diferencia va a ser lo rápido en conseguir el mejor resultado posible, y lo rápido no va a ser global en todas, con lo cual algunas serán más ágiles en la incorporación de tecnología, otras en identificar modelos de cuidados y de integración en el área de los pacientes con multimorbilidad, en otras el aprendizaje será en cómo estoy formando a los pacientes generando más escala y más volumen. Pero es cierto que ese ejercicio, donde lo clave es cómo aprendemos juntos de manera más ágil, tiene un puntito de competencia. Al final, sobre todo en los niveles meso y macro, a nadie nos gusta ser los últimos. Ese ejercicio, ese punto de competencia, va a ser sano, pero no visualiza una competencia diciendo quién es mejor o peor sino cómo vamos todos más rápido, que ya vamos rápido en este proceso de cambio que es necesario.

En base a lo que estamos viendo en otros contextos y Sistemas Sanitarios, en España existen los mimbres suficientes para hacer este proceso muy rápido y, por tanto, esa velocidad, si desde el ámbito más macro y meso hay una determinación clara por implementar estos cambios, que van a tener muchas dificultades, en el día a día, antes avanzaremos.

ANTONIO VILLACAMPA Inequidades, coincido con Patricia, no van a existir. Todos

conocemos, aunque no han sido grandes motores de cambio, una serie de estrategias, por parte del Ministerio, en salud. Ya hace tiempo salió la estrategia de la cronicidad, se está trabajando en el sistema sociosanitario, en unas bases mínimas de actuación, para buscar lo que buscan siempre estas estrategias del Sistema Nacional, dar la mayor equidad y que el paciente, esté en la situación que esté, física y geográfica, tenga una atención similar. Más que esa situación de inequidad lo que se está dando es que, aquellos que van implementando cosas, van poniendo en conocimiento un tráfico de información y experiencias para que todos nos vayamos engranando y cogiendo la parte que nos interesa, porque, realmente, las Comunidades Autónomas sí tenemos una serie de especificidades, posiblemente cuestiones que son buenas para Madrid, con una concentración tremenda de población, en un núcleo muy pequeño, no sean tan buenas para Aragón, donde tenemos una dispersión del paciente, es muy difícil que lo podamos tratar de la misma manera que en Madrid. Pero, con esas pequeñas especificidades, siguiendo unas líneas maestras, que son comunes, y el tráfico de información y comunicación nos lleva a todos a mejorar, esto no es una carrera, sino que es asentar conocimientos y estrategias para que sea un progreso general de todo el Sistema Nacional de Salud.

PATRICIA ARRATIBEL Y, sobre todo, por una razón básica, esto no va de quién lo hace mejor, va de pacientes, y, por tanto, si en cada uno de los contextos lo que queremos hacer y nos creemos, realmente, ponemos encima de la mesa que todo lo que estamos haciendo es para mejorar esa trayectoria del paciente, antes o después, si tenemos el convencimiento y tenemos el conocimiento y vamos avanzando, porque

en algunas líneas sabemos, en otras, tenemos que explorar haciendo y nos equivocaremos, y que se haya equivocado uno nos sirva para que el resto no cometamos la misma equivocación y, si cada uno se equivoca en una cosa, en vez de todos a la vez en todo, mejor que mejor. Esto va de pacientes y, al ir de pacientes, cuanto más compartamos entre todos y más ideas, conocimiento, innovaciones nuevas, vayamos implementando, evaluando y mejorando, va a ser mejor para todos.

ANTONIO VILLACAMPA Una cosa muy esquemática, Patricia, de repente te sueltan en una zona que no conoces, que tiene un sistema sanitario a la antigua, y te dicen: A ver, dinos las tres primeras cosas que tu pondrías en marcha en un sistema normalizado de salud, no estamos hablando que nos vayamos a un sistema de subdesarrollo ni de súper desarrollo, un sistema normalizado de salud, es decir, hemos de cambiar el sistema, ¿qué tres, cuatro, cinco medidas serían las primeras que implementarías?

PATRICIA ARRATIBEL Si tuviera que empezar de cero, y priorizar, la primera y clara es poner encima de la mesa esa visión compartida, empezar a hacer cosas por hacer no es la solución, antes de pasar a los cómo, generalmente, la mente humana es de hay que hacer cosas, yo tengo que tener, presentar, hacer y, cuando te pones a hacer, lo primero tienes que saber por qué estás haciendo lo que tienes que hacer. Y, si tienes muy claro el por qué, el resto va a salir más fácil, poner una visión que, en función de la realidad de ese contexto, de lo que hay avanzado, sea lo que cohesione a todos los agentes y, sobre todo, poniendo el foco sobre algo que interese y que afecte a los pacientes, su seguridad, la cronicidad, el mejor tratamiento, etc., y cohe-

sionar a todos los agentes en función de ese ejercicio.

Respecto a los cómo, que hay que empezar a implementar, ¿cuáles son los que más velocidad va a meter al cambio y que son imprescindibles? Uno de ellos es activar a los pacientes. Cuando digo activar a los pacientes es iniciar procesos estructurados a escala que me permitan, poco a poco, tener al paciente, que viene al Sistema Sanitario, en una predisposición y en una formación corresponsable en su sistema de salud. La otra es ir más rápido en la capacidad de adaptación a la revolución tecnológica, la tecnología es un instrumento que nos va a servir para poder orquestar mejor esas trayectorias, y me estoy refiriendo a la historia clínica, a procesos de alerta, a capacidad de tele monitorizar, es decir, tener esos instrumentos, para que los profesionales puedan desarrollar esas trayectorias. Y la tercera importante es crear las capacidades, desde arriba, para que los diferentes profesionales puedan hacer los ejercicios que hemos visto hoy, es decir, ¿cómo facilitas que haya muchísimas experiencias probándose en cada entorno por aquéllos que son los que saben? y ¿cómo estableces procesos para ser receptivo a esos cambios e ir incorporando en el modelo? Es fundamental el tema de los modelos de financiación o cómo asignas los recursos, sería una señal muy importante en este movimiento. Si tuviera que priorizar: crear contexto para que se innove, formar a los pacientes e incorporar la revolución tecnológica para que los profesionales puedan, con un paciente más activado, con más capacidad y recursos, desarrollar mejoras en las trayectorias de atención.

Otros sumarios

“Nos hemos visto abocados por una necesidad, por una realidad, a un cambio en nuestro Sistema Sanitario, que proviene de los años 60, 70, con una atención fundamentalmente de paciente agudo, y nuestra población ha cambiado”

Antonio Villacampa Duque

“La primera conclusión de este análisis es que no hacer nada es ir a peor. Si no hacemos nada y seguimos manteniendo el statu quo, por la magnitud de los retos que tenemos, es ir a peor”

Patricia Arratibel Ugarte

“La dirección general de la transformación, y específicamente en el ámbito de la provisión, se podría definir por ir progresivamente desarrollando este movimiento, pasar de un modelo o un sistema en el que realizamos mucha actividad en los centros hospitalarios hacia un modelo donde progresivamente vas desarrollando más actividad en Atención Primaria y más actividad en el propio domicilio del paciente o en el ámbito comunitario”

Patricia Arratibel Ugarte

“Más que esa situación de inequidad lo que se está dando es que, aquellos que van implementando cosas, van poniendo en conocimiento un tráfico de información y experiencias para que todos nos vayamos engranando y cogiendo la parte que nos interesa, porque, realmente, las Comunidades Autónomas sí tenemos una serie de especificidades”

Antonio Villacampa Duque

“Ese movimiento, desde el ámbito más especializado hacia un entorno más comunitario, más próximo al paciente, en el fondo significa cambiar el modelo de organización sanitaria que tenemos. Es decir, el mayor cambio que tenemos que acometer hoy en los Sistemas Sanitarios es evolucionarlos”

Patricia Arratibel Ugarte

“Lo que hay que intentar buscar son consensos y capacidades para que cada uno, en el Sistema, haga aquello que mejor sabe hacer y que nos redunde en beneficio de todos y, por tanto, también, desde los niveles meso y macro, tenemos que aprender a ejercer un liderazgo diferente, un liderazgo distribuido”

Patricia Arratibel Ugarte

“¿Sabemos hoy hacer eso, formar a los pacientes, para que sean pacientes activados, que puedan ser más corresponsables sobre su salud y el manejo de las enfermedades que puedan tener? Sabemos y hay evidencia que dicen que, haciendo esto, además de que el paciente pueda gestionar mejor su enfermedad, de ser un agente activo en todo ese proceso, sale mucho más barato al Sistema Sanitario, entre un 8 y un 21% según las últimas evidencias publicadas, ¿por qué no lo hacemos? Es otra cuestión”

Patricia Arratibel Ugarte

“Todo esto lo hacemos porque los retos son muy exigentes, que esos retos nos dicen que el statu quo no nos sirve y que no vamos a tener recursos para mantener el Sistema en la situación que tenemos y, por tanto, tenemos que hacer algo distinto. La buena noticia es que tenemos conocimientos, tenemos herramientas, sabemos muchos cómo, y empezamos a conocer qué tipo de liderazgo se necesita para gestionar un cambio tan complejo”

Patricia Arratibel Ugarte

“No hay sincronización hoy en el Sistema Sanitario entre lo que conocemos como medicina de precisión, lo que los clínicos, profesionales sanitarios están viviendo, en su día a día, y que ya están desarrollando, un desarrollo tremendo de la imagen, nuevos medicamentos, genómica, medicina personalizada, biomarcadores, robotización, es decir, la ciencia ha avanzado mucho y, probablemente, la gestión no ha avanzado al mismo compás, lo que ha sido la gestión de la evolución o la trayectoria clínica”

Patricia Arratibel Ugarte
