



La gestión del cambio para la reorientación del modelo sanitario actual

José Joaquín O'Shanahan Juan
Unidad de Apoyo de la Dirección
del Servicio Canario de la Salud
(Planificación Estratégica, Participación
y Cooperación Internacional)

Cátedra UNITWIN-UNESCO de Sistemas Locales de Salud
de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

Es evidente la aportación del modelo sanitario vigente en el Sistema Nacional de Salud, que ofrece unas prestaciones e infraestructuras extensas y equitativas, en la reducción de la mortalidad evitable en los últimos 20 años por las causas ISAS (Intervenciones del Sistema de Asistencia Sanitaria) aunque su orientación haya estado más centrada en un modelo orientado a la atención a las enfermedades agudas o de agudización de procesos crónicos. Ello explica, al menos en parte, el aumento de la esperanza de vida de la población de España, en su conjunto. Sin embargo, es también evidente que precisa de una reorientación y adecuación al actual perfil epidemiológico caracterizado por el incremento de la prevalencia de las enfermedades crónicas y un mayor envejecimiento de la población: "El paciente está cambiando, el patrón epidemiológico de las enfermedades está cambiando, las tecnologías están cambiando; sin embargo el Sistema de Salud no está cambiando"¹.

La reorientación de los servicios desde el esquema asistencial vigente sobre la que se construye la armazón técnica-administrativa y científica de los servicios de salud actuales, es difícil. Está muy arraigada a una lógica de crecimiento económico y de acumulación instalada en su día en la época del Instituto Nacional de Previsión de los 70. La música que predominaba entonces no era la de la eficiencia ni de la medicina basada en la evidencia. Además de concebir la atención por episodios, subyacía una conceptualización del problema de salud pensada desde la categoría enfermedad lo cual orienta a resolver el problema de curar enfermedades y, en esa época a recuperar al trabajador, lo antes posible, al proceso de producción. Es decir, esas categorías analíticas introducían el desarrollo del sistema sanitario en una senda que conduce, y se redujo a un tipo de respuesta específica de atención médica curativa o preventiva de acuerdo al nivel que se parta y minimizando la necesidad de la integralidad y continuidad de la atención así como la determinación social e histórica del modelo y del proceso salud enfermedad como un proceso biopsicosocial con sus determinantes.

¹ "Bengoa R. Nuño Soliñis R. Curar y Cuidar. Elsevier Masson. 2008.

El resultado es un modelo asistencial fragmentado internamente y descoordinado inter-institucionalmente, y que además fragmenta al paciente como sujeto. Con esto no descubrimos nada, por el contrario es el centro de la discusión que nos ocupa. Pero sin embargo sí podemos decir que no es suficiente con saber lo que es más conveniente, y que en este monográfico se desarrolla ampliamente a través de muchas de las herramientas o modelos que se están introduciendo en nuestros hospitales y centros de salud y servicios, en general. Creemos que no es suficiente porque hay formas de poder que están distribuidas de alguna manera dentro y fuera del sector que no de una forma directa sino indirecta determinan, en última instancia, que las transformaciones que se plantean podamos o no realizarlas. Desde este punto de vista es necesario plantearse además de los ya conocidos recursos materiales, humanos, económicos, etc., el poder como otro recurso absolutamente necesario para cambiar y para construir viabilidad a las propuestas de cambio que estamos debatiendo. El poder en sus expresiones técnica, económico-administrativa, de legitimación etc.

¿Qué cambios o adaptaciones precisa nuestro modelo asistencial para garantizar su sostenibilidad ante el desafío sanitario y socioeconómico que plantea la cronicidad?

La continuidad y sostenibilidad del sistema sanitario público, dependerá de su capacidad de transformación en un contexto de nuevos desafíos y de esas enormes presiones epidemiológicas, asistenciales y de restricción económica que afectará también al SNS: evolución demográfica, realidades del mercado de trabajo, globalización de los estilos de vida y medicalización social etc.

Lo que creo que es necesario tener mucho cuidado en la incorporación de soluciones, muchas de ellas totalmente válidas y adecuadas, o importadas de otros entornos de mercado o países con otra historia y sistemas tipo seguridad social, para problemas que no tenemos, y que pueden contribuir sin querer queriendo a reproducir lo que tratamos de mejorar. También creo que como comentaba Elola, debemos tener cuidado de no crear falsos antagonismos entre la Atención Primaria y la Atención Especializada sino avanzar en el concepto de trabajo conjunto entre profesionales de la atención primaria y atención especializada con un marco geográfico y poblacional concreto. No es fácil pero sí creo, aunque pueda parecer una contradicción con lo afirmado previamente, que el desplazamiento de las correlaciones de poder técnico y organizativo desde la Atención Especializada a la Atención Primaria es una condición de eficacia del cambio y por tanto debe seguir formando parte de la estrategia en el desarrollo organizativo para la innovación en el SNS. El último informe Mundial de la OMS, es muy claro en este sentido, y su título no deja lugar a dudas: "La Atención Primaria de salud, más necesaria que nunca".

¿Qué nuevas competencias y perfiles profesionales son necesarios y dónde se ubicarían para mejorar la atención a los pacientes crónicos?

En primer lugar creo que es necesario dar más autonomía a las Gerencias para la contratación de profesionales y crear o reconvertir puestos de trabajo, adecuados a perfiles profesionales adaptados a la situación epidemiológica y asistencial de los centros. Dar la posibilidad de la contratación de aquellos profesionales más competentes, favoreciendo la incentivar y la promoción en el puesto de trabajo por

méritos. Tiene que valer algo en los baremos para la contratación, el buen desempeño realizado por esos profesionales competentes, éticos y responsables, bien formados y comprometido en sus centros o servicios porque hoy, estos atributos “no objetivos” no cuentan nada. A partir de este requisito creo que se ha planteado extensamente la necesidad de reforzar el mundo de la Enfermería como figura clave para el desarrollo del componente dinámico e integrador de la atención domiciliaria: enfermera de Enlace y enfermera de Casos; el desarrollo de la educación para la salud; el de la rehabilitación en Atención Primaria que ha de traducirse en incremento de las fisioterapeutas. Pero sin duda en el mundo de la gestión es crítica la necesidad de la capacitación de los gestores clínicos y la promoción del liderazgo profesional para una nueva y más dinámica y proactiva gestión en salud.

¿Cómo avanzar en la responsabilización y participación activa del paciente en el cuidado de su salud?

Las nuevas tecnologías y los cambios en la actitud de los ciudadanos están transformando su relación con el profesional sanitario y con la Administración en general. Ello está creando nuevas oportunidades, impulsando a la educación de pacientes como intervención estratégica de los sistemas de salud. Entre estas estrategias se pueden encontrar en España y en Canarias numerosas experiencias que avanzan en esta dirección, como los programas de educación diabética, de salud cardiovascular, de actividad física saludable o lucha contra la obesidad o el tabaquismo, en hospitales y centros de salud. En este ámbito, la formación semipresencial y a distancia, y la utilización de las TICs constituyen tecnologías fundamentales. En Canarias disponemos de

una amplia trayectoria de más de 20 años con la utilización del sistema ECA de educación semipresencial de adultos, utilizando la radio o internet para la educación sanitaria y, en particular para la prevención y gestión de enfermedades crónicas, con participación de sanitarios del SCS.

No obstante, consideramos necesario ir un poco más allá de los programas de formación de paciente experto para contemplar un contexto más amplio de la comunicación social en salud, que deberá servir para apoyar las estrategias dirigidas no solo a enfrentar los problemas de salud prioritarios, así como a la mejor utilización de los servicios, por la población, pacientes y los usuarios del sistema sanitario sino a avanzar hacia un cambio cultural que implique apoyo a la participación de las organizaciones de pacientes y usuarios y de su implicación en los órganos de participación. Promover la participación de los pacientes y ciudadanos en la evaluación y seguimiento de la actividad de los servicios como estrategia de evaluación de la calidad asistencial y basándose en los órganos de participación poco desarrollados en España y con algunas experiencias interesantes como la de Puertollano en Castilla-La Mancha con los Consejos de Salud recientemente reactivados en Canarias.

¿Qué tipo de Hospitales, dispositivos y combinación de perfiles profesionales nos han de permitir atender mejor al creciente volumen de pacientes crónicos complejos y frágiles?

Existen ejemplos interesantes como el que nos ha proporcionado el desarrollo de experiencias innovadoras de integración, y no exenta de dificultades, como el desarrollo de la Red de Salud Mental en diversas Comunidades

Autónomas como en Canarias; el modelo de Cuidados Paliativos como el desarrollado en el Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín desde hace más de 20 años; el ejemplo citado por Ana Hernando en Castilla y León con las estructuras de coordinación socio sanitaria en Castilla y León, y otras ya citadas como las de unidades de pluripatológicos o del grupo de Ollero en Virgen del Rocío de Sevilla. También contamos en Canarias con más de 15 años de experiencias con la gerencia única a la que se denominan Gerencias de Servicios Sanitarios, en las Áreas de Salud correspondientes a las islas no capitalinas, cuyo resultado es contradictorio. Buena en unos casos y contraproducente en otras para la finalidad de integrar los niveles asistenciales.

¿Necesitamos nuevas fórmulas o estructuras organizativas para mejorar la integración/coordinación de procesos entre Primaria y Hospitales o nos sirven las actuales?

Básicamente creo que no necesitamos estructuras o formulas nuevas, sino aprender de las buenas prácticas realizadas y que se están llevando a cabo en el SNS y de apostar políticamente por construirles viabilidad técnica, organizativa y, sobre todo, política, en un momento de crisis para convertirla en una gran oportunidad para el cambio. El recurso crítico es la adhesión y complicidad de los profesionales, de la po-

blación y de las organizaciones sindicales a esa labor y por tanto, buenos y transparentes sistemas de información para la evaluación de resultados y desempeño; gestión participativa y mucho esfuerzo en dotar a los profesionales y organización de tecnologías y herramientas para el cambio.

Las innovaciones que permiten una mejor prevención y gestión de las enfermedades crónicas precisa de políticas con compromisos explícitos sobre este tema y priorizadas en los planes de salud. Para avanzar en esta dirección se propone la promoción y/o potenciación de iniciativas en forma de proyectos de demostración o pilotajes, que puedan estar viabilizando ya, en sus diferentes niveles y estructuras, el cambio que el propio sistema necesita, sobre aspectos como la gestión de sistemas en clave poblacional; el desarrollo de servicios sobre las necesidades de los y de las pacientes; la potenciación del papel y la responsabilización de ellos; el desarrollo de la continuidad de la atención a través de la integración de niveles asistenciales y estructuras, la creación de unidades de gestión clínica por proceso y que fundamentalmente se apoyan en los nuevos modelos de gestión de enfermedades crónicas y en técnicas de gestión de estratificación de pacientes por riesgo, con el fin de poder orientar las intervenciones a aquellos pacientes con más necesidades y que son más vulnerables. Éste es el modelo marco de referencia en la mayor parte de los países de la OCDE en la actualidad.