

El paciente como un todo: ¿Qué hospital necesitamos?



De izquierda a derecha: J.C. González, F. Campoy, J. Medina, J.M. Pino, J.M. Ladrón de Guevara, J.A. García, J.L. Temes, D. Falcón.

Participantes:

José María Pino. Director General de Asistencia Sanitaria de Castilla y León.

José Carlos González. Director Gerente Hospital Gutiérrez Ortega. Valdepeñas. Ciudad Real.

Jesús Medina. Médico Hospital 12 de Octubre. Madrid.

José Antonio García. Gerente Empresa Pública Hospital Costa del Sol. Junta de Andalucía.

Fidel Campoy. Director General de Desarrollo Corporativo. Grupo DKV.

José Luis Temes. Director General Mestesa. Asesoría Sanitaria.

Moderador: **José Manuel Ladrón de Guevara.** Director Médico Hospital Donostia. Guipúzcoa.

Organiza: **Diego Falcón, Ángel J. Pérez, Cristina Leube.**

El tema que vamos a tratar es el impacto que sobre el Sistema Nacional de Salud están teniendo los pacientes con enfermedades crónicas (80% de las consultas de Atención Primaria y sobre el 60% de los ingresos hospitalarios). Las cuestiones que inicialmente se han planteado son:

1. Al menos un 30% de los mayores de 65 años hospitalizados no deberían estarlo. Las unidades de corta estancia muestran reducciones muy notorias de la estancia media con resultados clínicos semejantes o superiores... ¿Nos sobran camas de agudos? ¿Cuáles son las lecciones aprendidas?
2. ¿Qué barreras hay que superar para introducir innovaciones en la hospitalización para mejorar los modelos convencionales? (corta estancia, hospitalización a domicilio, unidades multidisciplinarias,...)
3. ¿Qué tipo de hospitales, dispositivos y perfiles profesionales son necesarios para atender al creciente volumen de pacientes crónicos complejos y frágiles?
4. Algunos autores sugieren la creación de Centros hospitalarios hiperespecializados en patologías o cluster de patologías concretas ¿Es un modelo viable y generalizable en nuestro medio? ¿Cuál es el hospital del futuro?

J.M. Ladrón de Guevara. Voy a lanzar la primera pregunta. ¿Cuándo hablamos de pacientes crónicos hemos sido capaces de definir qué es el paciente crónico?

¿Entendemos todo lo mismo cuando hablamos de paciente crónico?

Cuando hemos intentado introducir esto me he dado cuenta que en distintas

conversaciones, en función de los servicios y en función de los intereses de las personas, el concepto del paciente crónico no era el mismo. ¿Qué pensáis de esto?

J.L. Temes. Probablemente es cierto que hay más de una manera de verlo. Creo que, aparte de que en la definición de paciente crónico es difícil ponernos de acuerdo, el problema es de modelos. Cuando planteamos el número de camas, los datos están por ahí, se ha dicho muchas veces que las camas existentes en España están por debajo de la media de los países de la UE, que sólo está por debajo Suecia y Finlandia, que si no cambia el modelo asistencial no parece fácil que podamos reducirlas, probablemente incluso con este modelo asistencial se van a necesitar más camas, porque la reconversión ya se ha hecho. Camas psiquiátricas han desaparecido del cómputo.

Creo que es fundamental definir el modelo, porque muchos pacientes son socios sanitarios, con patologías asociadas, con envejecimiento, si no ocuparan camas de hospital de agudos, seguramente la necesidad de camas sería distinta.

El papel del hospital está cambiando, cada vez prima más el concepto de continuidad asistencial, de acercamiento de los recursos a los ciudadanos y no al revés.

José Luis Temes

También seguiremos disminuyendo las estancias medias como hasta ahora, con lo cual la cuenta de las camas también será distinta, seguiremos incrementando la actividad ambulatoria y otras alternativas que han nacido a medida que nos hemos dado cuenta de que una parte de los procesos ya no están vinculados, en cuanto su calidad, a la hospitalización convencional. En ese

sentido el papel del hospital también está cambiando, cada vez prima más el concepto de continuidad asistencial, del acercamiento de los recursos a los ciudadanos y no al revés.

F. Campoy. Es necesario definir qué entendemos por paciente crónico y cuál es el enfoque que queremos adoptar para manejar la enfermedad crónica. Tenemos que enfocar la atención a estos pacientes desde el punto de vista del paciente. El sistema sanitario tiene que cambiar de un enfoque de oferta, que es propio del proveedor, a un enfoque de adecuación que es propio del usuario o del paciente o del cliente.

El elemento principal que tenemos que considerar es el número y tipo personas a las que tenemos que prestar servicios sanitarios y, en este sentido, tenemos el reto de pensar en términos de población total y no solo en población con cobertura sanitaria pública.

Fidel Campoy

Caemos en la misma trampa cuando hacemos la pregunta de ¿sobran camas de agudos?, creo que es una pregunta errónea, porque focalizamos el problema en el concepto estructural, la cama como recurso fijo e inalterable. Y las necesidades de camas varían mucho con la estacionalidad, no se necesitan las mismas camas en el mes de enero que en el mes de agosto, ni para atender a una poblaciones con distinto perfil de morbilidad o demográfico.

El elemento principal que tenemos que considerar es el número y tipo personas a la que tenemos que prestar servicios sanitarios y, en este sentido, tenemos el reto de pensar en términos de población total y no solo en población con cobertura sanitaria pública.

Es necesario ese enfoque poblacional y hospitales flexibles que sean parte de una organización sanitaria integral, orientado a la población. Los hospitales no deben ser un objetivo en sí mismo. Este enfoque integral nos lleva a un concepto de organización más trasversal que debe llegar al domicilio y a que el Centro de Salud y la atención domiciliaria sean verdaderamente los puntos importantes del sistema.

Tenemos dos grandes retos, el primero la transformación organizativa y la implantación de sistemas de información que den soporte al proceso asistencial, el segundo el liderazgo de los clínicos necesario para abrir la función clínica hacia una orientación global y transversal, de proceso de cuidados y asistencia al paciente en todo momento. A un Jefe de Área Clínica de cardiología debe preocuparle definir en el manejo de los pacientes con insuficiencia cardiaca en todo el Departamento de Salud y cómo se va aplicando, a estos pacientes, el protocolo asistencial integrado en todos los puntos de servicio, no sólo por el médico sino también de la enfermería y otros profesionales sanitarios.

Hay algunas especialidades que se van moviendo por pacientes, la oncología y otras así que empiezan a ver que es importante el llegar a una masa crítica de casos y no de camas.

Parece que todavía estamos orientados a una visión de oferta de servicios pero estamos cambiando. Los sistemas de financiación son diferentes. El sistema per cápita, por ejemplo, obliga y alinea los recursos y las organizaciones con el servicio y con las personas que lo reciben.

J.M. Pino. El planteamiento de Fidel es muy interesante porque creo que las dudas que se plantea son razonables, pero esto sólo tiene sentido si antes he-

mos sido capaces de responder a otras cuestiones previas, porque la realidad es que en estos momentos se está tratando a determinados pacientes, llámense pacientes crónicos, en lugares en los que no deberían tratarse. Y ese es el problema de partida, porque todos somos conscientes que un tratamiento de un paciente crónico en un hospital de agudos no sólo no es coste/efectivo, sino que además supone una incomodidad y un riesgo añadido tanto para el paciente como para sus familiares.

Si no estamos tratando a los pacientes crónicos en los lugares adecuados... ¿dónde deberíamos hacerlo? Cuando seamos capaces de contestar a esta pregunta tendremos la base para poder definir qué tipo de hospital necesitamos.

Hay que empezar por potenciar la educación sanitaria buscando corresponsabilizar al paciente y a su entorno de su propia salud para continuar fortaleciendo el papel de la atención primaria como nivel del sistema sanitario más cercano al paciente.

José María Pino

Por eso parece obvio fijar la posición de partida en cuanto a la definición de paciente crónico. Según mi opinión, un paciente crónico es un paciente diagnosticado previamente, que presenta enfermedades incurables, aunque no tienen porque ser graves, generalmente entrado en edad y con pluripatología, y que precisa, por lo tanto, de una continuidad asistencial a largo de toda su vida, aunque en la mayor parte de los casos su tratamiento se pueda realizar en su propio domicilio.

En consecuencia, entiendo que los objetivos a perseguir, en el caso de los pacientes crónicos, deben ser la disminu-

ción de la morbimortalidad, un control adecuado de los síntomas a través de un buen seguimiento y en definitiva, tratar de mejorar su calidad de vida intentando mantenerle el mayor tiempo posible en su propio domicilio que es donde habitualmente él quiere estar.

Para llegar a la conclusión de qué hospital necesitamos para el futuro, hay que empezar por potenciar la educación sanitaria buscando corresponsabilizar al paciente y a su entorno, de su propia salud para continuar fortaleciendo el papel de la atención primaria de salud como nivel del sistema sanitario mas cercano al paciente. Y aquí me gustaría hacer un inciso para recordar que aunque la Atención Primaria en España es muy fuerte como nivel de intervención, desde un punto de vista social no está demasiado considerada, por que se piensa que la vida inteligente solo está en los hospitales y que este nivel de asistencia está destinado a hacer actuaciones menores ya que el lugar donde de verdad se resuelven los problemas es en los hospitales. Por tanto para avanzar en un nuevo modelo de asistencia a pacientes crónicos es



José María Pino

muy importante que las personas también en la Atención Primaria, no sólo para que le resuelva su pequeño problema con el volante o la receta, si no también para confiar en que una parte muy importante de los pacientes diagnosticados como pacientes crónicos, pueden ser perfectamente tratados y seguidos desde el nivel de atención primaria, siempre en coordinación con su hospital de referencia para el tratamiento de los casos complejos, y de aquellas reagudizaciones o complicaciones que pudieran aparecer. En estos casos, cuando el paciente deba ser derivado al hospital debería ser atendido por Unidades Específicas para valoración de este tipo de pacientes, encargadas además de la coordinación de posibles interconsultas intrahospitalaria y con el objetivo de generar un alta precoz para que el paciente siga el camino a la inversa hasta su domicilio donde deberá establecerse con Atención Primaria la continuidad de su tratamiento.

Y llegado aquí quiero poner encima de la mesa una duda que tengo sobre si procede o no que entre el nivel atención primaria y el hospital haya una estructura intermedia para el tratamiento de estos pacientes (Hospitales de Crónicos). Y todo ello sin olvidar la importancia de la existencia de una adecuada red de estructuras sociales o sociosanitarias, que permitan suplir, en muchos casos, la imposibilidad de derivación del paciente crónico a su domicilio por problemas sociales. Esta duda surge porque en muchos casos hay pacientes ingresados en los hospitales que no son dados de alta porque no tiene donde ir, necesitan cuidados sanitarios básicos pero de forma continuada y no hay garantía de que puedan recibirlos en el propio domicilio; situaciones parecidas se dan en el camino inverso. Por lo tanto esa estructura intermedia para pacientes crónicos, que en mucha parte son más

sociales que sanitarios, requeriría también una adecuada coordinación con los servicios sociosanitarios, para que hubiera una estructura intermedia que pudiera albergar a estos pacientes, proporcionándoles asistencia sanitaria básica y que pudiera convertirse, para determinados casos, en una estructura intermedia entre el hospital y la atención primaria, bien en el camino de ida al hospital o bien en el de vuelta antes de poder llegar a su domicilio. Sólo resolviendo estas dudas podremos llegar a definir qué tipo de hospital queremos.

Probablemente sobre la pregunta ¿sobran camas de agudos?, mi contestación sería que al menos no faltan, son suficientes. No se deberían seguir ampliando más camas sin saber qué modelo de asistencia necesitamos para el futuro.

J. Medina. Muchas de las cosas que se han dicho aquí, nosotros las estamos haciendo. Pero querría empezar por la pregunta de ¿qué es un enfermo crónico? Como clínico, que lo veo desde el hospital, sería la fase final de la enfermedad crónica, pero un enfermo crónico en principio por definición es el que tiene aquella enfermedad que no se puede curar, que la podemos más o menos controlar, más o menos años y que va progresando, unos más rápidos y otros menos... Diabéticos que al final tienen una nefropatía diabética, que necesita diálisis; pacientes que hacen un pie diabético y sufren amputaciones, que pueden tener sus ictus, su cardiopatía isquémica; el EPOC que evoluciona hasta la oxigenoterapia domiciliaria, pero que evidentemente pasan muchos años hasta poder llegar a esta situación. Si las cosas se hacen bien y se motiva al paciente para la concepción de cuidados que debe tener, podrían llegar muchísimos menos a la fase final de la pirámide.

Este concepto en el que yo estoy en la cúspide de la pirámide, lo conocía Rafael Bengoa. Comprendí muy bien como la clínica se podía fusionar con lo que él defiende. A la estructura hospitalaria pasaría al tercer nivel, simplemente la pequeña cúspide, hablamos del 5% de los pacientes crónicos, mientras que en el primer nivel es del 80% que es el auto cuidado. Hablamos de la potenciación, de que los propios pacientes se ayuden unos a los otros, de fundamentar una herramienta que aquí no hay (o hay muy poquito) que es el monitor, para que ayude a esos pacientes y puedan automantenerse, pasando a un segundo nivel cuando la enfermedad ya ha evolucionado y necesitas unos cuidados.

A la estructura hospitalaria pasaría al tercer nivel, simplemente la pequeña cúspide, hablamos del 5% de los pacientes crónicos, mientras que en el primer nivel es del 80% que es el auto cuidado. Desde la propia habitación de su casa el paciente es atendido conjuntamente con el hospital y con su médico de Atención Primaria.

Jesús Medina

Aquí la clave esta en la enfermería y puntualmente en el médico de familia, para retornar finalmente al médico de familia o la enfermería. Esto es la base y pasaríamos al tercer nivel que es el hospital. Estaríamos en la unidad de multipatología, intentar que el enfermo crónico se vaya controlando sin que progrese la enfermedad o tan lentamente que se halle al final de la vida.

Si tenemos una buena base de todo los conocimientos es mucho mas fácil, por eso hay que cambiar el concepto de lo que es la hospitalización en la actualidad. Ha comentado perfectamente José María la importancia de la residencia asistida, hospitales de crónicos de cuidados mínimos y la importancia

que tiene cuando llegamos a esa fase final junto a la potenciación de paliativos.

Ahora puedo decir que nunca hacemos seguimiento a largo plazo, solo hacemos seguimiento del proceso en el momento. Tengo mi centro de salud, con mis compañeros de primaria, cuando se agudiza un crónico o hay un proceso agudo de otro paciente, se pone en contacto conmigo; se ha planteado si era necesario un intermediario entre el hospital y primaria, en principio nosotros, los internistas, podemos ser agentes secundarios del hospital. Si un paciente necesita una cepa hablo con los neumólogos, si necesita un marca-pasos hablo con los cardiólogos, y me convierto en agente secundario, hablo de medicina interna, la que se encarga de coordinar cuando tiene que venir un paciente para que no tenga que estar paseando cada 15 días. También cuando tiene múltiples patologías intentamos que no vaya a múltiples especialistas siempre que no sea necesario, controlando si está estable en primaria y cuando este inestable nosotros, por lo cual evitamos muchos circuitos de ir a 4



José Carlos González

ó 5 especialistas y eso es ya una realidad en nuestro centro.

J.C. González. Me gustaría comentar el concepto de paciente crónico que durante mucho tiempo lo hemos asimilado al paciente anciano. En mi opinión, el paciente crónico ahora, es algo más, hay muchas patologías tradicionalmente mortales, a las que se le han alargado el tiempo de duración: el paciente con sida, con cáncer, ahora no son personas mayores, pero sí son enfermos con una patología crónica, teniendo en cuenta que necesitan cuidados a largo plazo, en unos momentos por personal especializado y en otros momentos en su casa, lo que supone un cambio importante.

Sobre la pregunta de si hay que cambiar el modelo del hospital o si las camas de agudos son suficientes.

El hospital lo vamos cambiando sobre la marcha por que nos está apremiando el paciente día a día. El paciente antes tenía un bajo nivel cultural, posiblemente estaba poco formado, tenía poca información, y ahora nos encontramos con un paciente con un nivel cultural mayor, con una formación e información de su propia patología, que en muchos casos mete en compromisos a nuestros profesionales en muchas consultas.

Ha cambiado el paciente y nos obliga a cambiar el hospital. Realmente él debería llegar a ese hospital desde la primaria o desde el propio hospital, tratarlo lo más rápidamente posible y salir cuanto antes, siempre que sea posible que salga. Está claro que el hospital tiene que cambiar, igual que la cama tiene que dejar de ser un símbolo de poder.

Todos somos pacientes potenciales y para poder atender a esa potencialidad, deberíamos ser ágiles en la atención. Sobre si debe haber una estructura in-

termedia entre el hospital y la Atención Primaria, creo que deberíamos dar el paso de estar todos en el mismo nivel, unos resuelven lo que les corresponde y lo que pueden y otros lo que pueden y corresponde. No debemos olvidar que hay tres partes que deberían de considerarse igualmente y a la misma altura, que son: la atención en el hospital, la atención primaria que lógicamente hay que potenciar, y el trabajo de los servicios sociales, sin una verdadera integración y coordinación de los tres, el enfermo se volverá a perder.

Es decir al paciente, independientemente de por donde entre en el sistema, se le tiene que resolver su problema y ¿donde tiene que estar? ¿en cama de agudos, de crónicos, en unidades de media estancia, en su domicilio? Sencillamente, donde el paciente necesite en un momento determinado, a veces necesita estar en un hospital, ser atendido por su médico de primaria y otras veces en un centro de servicios sociales o bien en su domicilio.

J.A. García. Me gustaría destacar que estamos defendiendo que la organización tiene que ser flexible, y que debe facilitar un tránsito sin fisuras con el paciente. ¿Cómo? A mi me da igual que un crónico sea agudo, sea una complicación, sea una reagudización... pero debe atenderse en el mejor sitio.

¿El hospital ideal? el que no tenga camas. Es una utopía, pero es verdad que se han dado muchos pasos, que la estancia media ha bajado en este país en 20 años de una manera sustancial... pero lo importante es saber si está en el sitio indicado.

José Antonio García

Partiendo de la base que el mejor sitio es su casa (una cama tenemos que empezar a verla como una reclusión, voluntaria pero reclusión), la hospita-

lización debe ser la mínima. ¿El hospital ideal, el que no tenga camas? Es una utopía, pero es verdad que se han dado muchos pasos, que la estancia media ha bajado en este país en 20 años de una manera sustancial... pero lo importante es saber si está en el sitio indicado. En muchos casos puede ser el propio domicilio. En nuestro país existe la mal llamada hospitalización a domicilio, aunque... estando en domicilio no se está hospitalizado, es una contradicción ¿no?

En ese sentido creo que es importante rescatar la imagen de los gestores de casos, que antes hablábamos, esa persona, habitualmente de enfermería, que es capaz de gestionar, quién coordina mejor la atención de un paciente. También recordad que en muchos casos, el ingreso del crónico o reagudizado, antes de ponerle esta etiqueta, se ingresaba para estudiar, por que era una forma de acelerar las pruebas diagnósticas. La organización también podría haber dado respuesta sin necesidad de ingresar.

J.M. Ladrón de Guevara. Hemos concretado qué es el paciente crónico, he-



José Manuel Ladrón de Guevara

mos visto que hay varias formas de aproximación. Si se repasan los servicios que tiene el hospital se da una cuenta de que hay pacientes crónicos en medicina interna, en cirugía cardiovascular, en psiquiatría, en pediatría, digestivo, están llenos de pacientes crónicos... Las cifras del 60% de pacientes crónicos se queda corta, si a la hora de contabilizar los ingresos, contabilizamos agudizaciones de pacientes crónicos que igual han ido por la parte de los agudos.

Habéis hablado de cómo atenderlo en el mejor sitio posible, cómo es preciso coordinar mejor la primaria con la especializada, pero permitidme que os traiga otra vez al origen del debate, centrado en qué cambios tenemos que hacer en el hospital para atender mejor a los pacientes crónicos. Habéis tratado varios temas que a mi me sugieren preguntas a cerca de las barreras que tenemos los propios profesionales que hemos aprendido a trabajar de una manera, la barrera que tenemos en los servicios acostumbrados a una determinada organización y procedimientos...

Habéis hablado también de capitación, la forma de gestionar toda una población y dirigida más a estructuras mixtas o combinadas de atención primaria-especializada. Si seguimos hablando desde el punto de vista de los planificadores, en cada uno de estos escalones hay barreras para producir estos cambios, hasta llegar al escalón más alto, que quizás sea el de los políticos.

Os propongo hablar ahora sobre cuáles son las barreras más importantes que encontramos en estos niveles y qué habría que hacer para intentar saltar estas barreras en cada uno de los escalones.

J.L. Sánchez. Vamos a tener en los hospitales muchos crónicos mayores gra-

vemente enfermos, porque el perfil de lo que hacemos ha cambiado.

Cuando yo era nefrólogo, hace muchos años, discutíamos si un paciente entraba en el programa de trasplantes y se llegaba a votar, parece una cosa rara cuando hoy trasplantamos a pacientes de 90 años. Hemos cambiado las patologías y las maneras.

Lo vamos a ver en los hospitales y no lo vamos a poder sacar de los hospitales. Hay que tratar de poder llevar los recursos al paciente y no al revés. Tenemos que jugar fuerte con oportunidades como la telemedicina.

Hablando de barreras, aquí hay una fundamental y es que desde los hospitales hemos trasladado permanentemente a la sociedad que fuera del hospital no había vida inteligente, hemos hecho una especialidad que es la atención primaria, con una buena formación y nivel de especialidad muy importante, pero sin medios. La mayor parte de los médicos que van a Atención Primaria se encuentran con que el equipo de salud no puede hacerle una analítica elemental. No tienes muchas más opciones que poner el fonendo y la exploración y estamos disminuyendo su capacidad, por que lo que hace es derivarlo todo al hospital, tenemos que ir al modelo organizativo del proceso, integrando primaria y especializada y sociosanitaria, donde haya procesos y atendamos a personas no a enfermedades o episodios, mientras no cambiemos ese chip será muy difícil.

Luego hay otra cosa que me gustaría incorporar al debate: el papel de los profesionales tiene que cambiar. Los anestesiólogos hacen de todo menos anestesiar, para lo único que son imprescindibles es para dormir a los enfermos, hacen preanestesia que es una consulta de medicina de familia, incluso

de enfermería, por que es ver un electro, una placa de tórax y preguntarle cuatro cosas; hacen el dolor, que lo pueden hacer muchas otras personas, hacen aspectos relacionas con lo intensivos y tenemos intensivistas...

Es decir, las competencias profesionales las tenemos que discutir. Nosotros estamos trabajando en Valdecilla con cuatro servicios, definiendo cuáles son las competencias de los profesionales reales, y uno se sorprende porque hay cierta pelea por el mercado laboral. Nadie quiere soltar nada, ni los médicos, ni las enfermeras, ni los técnicos, ni los auxiliares. Tenemos que recomponer las competencias de los profesionales para tratar a ese tipo de enfermos y nos daremos cuenta de que si lo hacemos así, muchos de esos enfermos que llamamos crónicos, y no me refiero a los crónicos agudos, sino al crónico con consulta de enfermería y si diésemos un papel y capacidad diagnóstica a la Atención Primaria... ¡otro gallo nos cantaría! Me comentaron hace poco que en Barcelona habían notado un cambio espectacular, simplemente por que han incorporado un aparato que hace determinaciones analíticas *in situ*... Si no damos instrumentos a la Atención Primaria esto va a ser muy complicado.

F. Campoy. Me he dedicado los dos últimos años a la puesta en marcha de una organización sanitaria integral y a incorporar 940 estatutarios. ¿Qué tenemos que hacer para diseñar e imaginar una organización sanitaria a estos niveles, que hereda dos estructuras de gestiones distintas, una Atención Primaria y otra de atención especializada, que se va a financiar por una cuenta de explotación con ingresos y gastos, que va a tener por definición que alinearse con esos ingresos y va a tener una población, que una parte esta dentro de la cobertura pública pero que otros no lo están, por que son transeúntes o por

qué residen allí? La primera cuestión que nos planteamos fue liderazgo. El liderazgo es necesario para transformar una organización sanitaria, para ayudar a que los profesionales interioricen y hagan suyo el necesario cambio organizativo y que vean en él una oportunidad de mejora.

Empezamos por el hospital, contando a los futuros Jefes de Área Clínica, cómo íbamos a darle la posibilidad a los centros de salud de solicitar un TAC, una endoscopia... con un razonamiento muy sencillo: si un médico de cabecera tiene que atender una cefalea y para eso necesita un TAC ¿qué vamos a hacer? ¿mandar al paciente al neurólogo? (te estás cargando el prestigio del médico de familia); si le damos la competencia de tratar una cefalea tienes que darle, para tratarla, los recursos necesarios.

Nos decían: vais a colapsar esto, va a ser la perdición, etc.

Año y medio después no ha pasado nada de esto y estamos trabajando.

Alguien a dicho que la primaria esta a la sombra, y a la sombra algunas personas

están muy a gusto. La primaria tiene que asumir liderazgo clínico y asumir responsabilidades y es una cuestión que han de ir interiorizando todos los profesionales.

Otros factores a considerar son la resistencia al cambio y la defensa de las competencias en los profesionales y la tendencia natural en todas las organizaciones, a centralizar competencias y funciones.

Otra cuestión importante es que no se puede practicar actos médicos sin acceso a la información sanitaria. Un servicio sanitario prestado en el domicilio necesita los mismos recursos de información que en el hospital, a analíticas, historias clínicas... es un acto sanitario que se presta en un entorno controlado, en el cual el profesional tiene que tener acceso a la información relevante para poder atender al paciente, eso hoy día se puede hacer y lo estamos haciendo en Denia.

Otra barrera que nos encontramos son los múltiples sistemas de información que dan soporte al mismo proceso asistencial: hay un sistema de información de primaria y otro de atención es-



De izquierda a derecha: J.M. Ladrón de Guevara, J.A. García, J.L. Temes, D. Falcón, J.C. González, F. Campoy, J. Medina y J.M. Pino

pecializada, o múltiples ya que cada servicio puede tener su programa, con lo cual un paciente, va pasando de programa en programa y termina teniendo un montón de base de datos sin integración de la información relevante de su proceso, a la que un profesional concretamente no puede acceder o se tiene que montar otro sistema paralelo.

Otra cuestión crítica son los incentivos, implícitos o explícitos que hay en todo sistema por ejemplo, las aseguradoras ganamos dinero con la salud, está alineado el incentivo con que usted mantenga su salud.

Imaginamos y diseñamos a Marina Salud como una organización sanitaria estructurada por puntos de servicios virtuales, definidos como el lugar en el que un profesional presta atención sanitaria a un paciente (en la puertas de urgencias, en el domicilio, etc.) y en cada punto de servicio es necesario tener información sanitaria y registrar la actividad que se esta haciendo. Después tenemos tres elementos claves: definición del proceso, sistemas de información (porque si los procesos están fuera del sistema de información, son como los protocolos olvidados en las estanterías) y el alineamiento de los profesionales con una política de incentivos, que los enfoque al manejo adecuado y a las necesidades del paciente.

Otra cuestión importante, es ¿cómo abordamos las urgencias con los puntos de actuación continuada y los seguimientos domiciliarios en una visión única? Nosotros hemos unido un centro de atención y de seguimiento, con una dirección que llamamos dirección de continuidad asistencial y la experiencia está siendo muy interesante.

J.M. Pino. Creo que volvemos nuevamente a la primera pregunta, quere-

mos seguir hablando sobre lo que hay que hacer dentro de los hospitales y para ello todos buscamos la solución fuera de él y es que creo que el sitio del paciente crónico no es el hospital de agudos.

También se ha comentado qué hay que hacer para evitar la presión de los pacientes o sus familiares para ser ingresados en el hospital y esto desde mi punto de vista es un problema cultural. Los cambios culturales llevan muchísimo tiempo, pero si no se empiezan no se hacen nunca.

Efectivamente, la Atención Primaria puede estar a la sombra de la atención especializada, porque a la sombra se está muy cómodo, pero también es cierto que para el especialista puede ser muy cómodo el aumentar el índice de sucesivas primeras y llenar su consulta haciendo revisiones en muchos casos no justificadas. ¡Si nos dejan para qué me voy a complicar la vida! En el paciente crónico coinciden ambos planteamientos porque desde un punto de vista profesional permiten poco lucimiento y no son los pacientes que a un médico le gustaría tener, así que es fácil que acaben peloteándolo de un nivel a otro, del hospital a primaria y de primaria al hospital.

Necesitamos saber quién tiene que liderar este cambio, quizá una forma de conseguirlo sea a través de fundaciones como esta, que vayan generando corrientes de opinión que obliguen a los políticos a tomar decisiones que permitan llevar los cambios necesarios adelante.

Y probablemente este sea el momento, dado el desarrollo de las nuevas tecnologías que nos permiten avanzar hacia la historia clínica única y el desarrollo de la telemedicina. Si somos capaces de aprovechar este tirón probablemente estas herramientas nos permitirán un

mayor acercamiento entre niveles asistenciales que acabará con el problema de ¿cómo me entero yo de lo que le hacen a este señor en el pueblo cuando le mando un paciente o qué le han hecho en el hospital cuando me viene aquí y nadie me cuenta nada?

Si tuvieran todos los profesionales acceso a la misma información clínica y en el mismo instante, nos facilitaría muchísimo el cambio de modelo y casi no nos quedaría mas remedio que ir por este camino porque estaría muy allanado.

El tema de los recursos necesarios para un cambio de modelo es muy discutible, yo personalmente, entiendo que no son necesarios nuevos recursos, pero que efectivamente hay que determinar de alguna manera que competencias deberían asumirse por parte de los distintos profesionales y exigirlos, porque si no las define la administración, lo hará el propio profesional. Acabo repitiendo que aprovechando las nuevas tecnologías debemos establecer por un compromiso de todas las partes implicadas, instituciones, sociedades, fundaciones... que hagan ver a la administración sanitaria que efectivamente es momento de pensar en un nuevo modelo asistencial, sin compartimentos estancos en el sistema y enfocado hacia una atención integral del paciente.

J. Medina. Voy a comenzar por el final, motivación. Yo soy un clínico que no estoy fuera de la gestión y por tanto, puedo decir, primero por mí mismo, que de verdad el dinero te motiva los tres primeros meses y luego no te motiva. Pasado el tiempo el dinero no es la gran motivación del clínico.

La motivación del clínico es poder hacer lo que te gusta, con los medios que tienes y sentirte reconocido. Creo que eso es lo importante.



Jesús Medina

Dicho eso me paso al tema de las barreras. Las barreras deben cambiar mucho en los hospitales. Se ha comentado aquí el recurso cama, pero también el recurso paciente.

Por desgracia lo que yo veo, es que el hecho de que una lista de espera de cuatro meses se incentivaba para poner más recursos de facultativos para reducirla Pero si no somos eficientes necesitamos más recursos de los necesarios y entramos en un circuito un poco perverso. Eso son barreras reales y sobre todo recursos camas, cuanto más camas tengo más poder tengo, más gente necesito y voy creando necesidades unas verdaderas y otras medio verdaderas.

Ya hemos dicho que hay potenciar otros dispositivos como la hospitalización a domicilio, pero siempre con Atención Primaria, llevarlo al soporte que ya tiene la primaria, es decir no hace falta llevar grandes cosas, puede que un facultativo hospitalario tenga que acercarse a un domicilio, pero no de forma permanente, puede ir acompañado del de primaria

para decirle esto es así y sigue y coméntamelo.

La atención especializada de enfermería... a mí me parece igual la enfermera de primaria que la del hospital y básicamente son el puntal de la atención domiciliaria trabajando con primaria. Me parece que se puede reestructurar sin hacer tanto gasto, pasando del hospital centrismo a los hospitales de día y eso permite hacer muchas cosas, las consultas rápidas, pero no solo diagnosticas si no terapéuticas... todo eso puede hacer que cambie el mundo. Ese mundo yo ya lo vivo, nosotros damos atención desde la cama del paciente en su casa, hasta la cama hospitalaria y trabajando en horizontal con el médico de primaria.

El médico de primaria es el que da atención domiciliaria, va a casa de un paciente y me llama por teléfono, al móvil corporativo que tengo, si se agobia un poco y decidimos si lo manda para el hospital, iniciando el tratamiento desde casa y posiblemente sin pasar por urgencias. Es decir desde la propia habitación de su casa el paciente es atendido conjuntamente con el hospital y con su médico de atención primaria. Hemos cambiado radicalmente el concepto de médico internista que tenía una consulta semanal, al día entero.

El médico de familia tiene a su disposición todos los recursos de la estructura sanitaria. Si necesita hacer un TAC o una resonancia, me cuenta como va el paciente, lo discutimos y si nos parece bien les pedimos el TAC, etc. Él mismo recibe las pruebas y si tiene alguna duda me la consulta. También tenemos sesiones mensuales en directo en el centro de salud y empezamos a tener una concepción conjunta del paciente y de continuidad existencial.

J.C. González. Una barrera importante es la propia ciudadanía. ¿Qué piensa el enfermo, y la ciudadanía en general de lo que estamos hablando? Cuando un paciente está ingresado y pertenece al 30% de los que no deberían estarlo y le dices que se tiene que ir a su casa, ¿Lo entenderá?, ¿Qué piensa la ciudadanía en general. Creo que hoy es buen momento para inclinar la decisión del ciudadano en el sentido que estamos hablando.

Es muy importante la situación económica por la que estamos atravesando, pero creo que es el momento para vencer esa posible barrera. Espero que no nos equivoquemos, las camas todavía pesan mucho. La solución posiblemente haya que buscarla a través de los programas de participación que funcionan en muchas comunidades, porque es importante darle al ciudadano los razonamientos y explicarle por qué tenemos que cambiar el concepto de hospital y cambiar su hospital.

La solución posiblemente haya que buscarla a través de los programas de participación, porque es importante darle al ciudadano los razonamientos y explicarle por qué tenemos que cambiar el concepto de hospital y cambiar su hospital.

José Carlos González

Es importante convencer al profesional, médicos, enfermeras, sean de hospital, sean de primaria, que las nuevas tecnologías son útiles, pero las nuevas tecnologías tienen que cumplir las expectativas que se depositan en ellas, porque si no lo hacen, el profesional lo que ve es el problema de tener que entrar en el ordenador.

Ahora mismo posiblemente lo habéis oído, se está trabajando en el plan sociosanitario en Castilla-La Mancha porque la intención es integrar la historia

social con la historia sanitaria y que en un futuro tengan un nexo de unión. Eso hay que hacérselo entender a ciudadanos y profesionales. Es una apuesta importante, pero se hace en un tiempo prudencial o puede ser que pierda todo el empuje y todo el enganche para vencer las posibles barreras que haya.

Fundamentalmente y de manera resumida había que definir dos barreras, la opinión de la ciudadanía y la posible resistencia de los profesionales.

J.A. García. Me gustaría hacer una pequeña síntesis desde mi opinión.

En primer lugar, estamos centrándonos en unas barreras sin haber dejado muy claro para qué son las barreras. Yo quería resaltar lo que dijo José Luis al principio: debemos estar de acuerdo en el cambio de las estrategias.

Un proceso asistencial integrado hace que todos los profesionales trabajen conjuntamente, no habla de niveles, se centra en el paciente, el clínico lo entiendo como bueno porque es basado en la creencia científica, por tanto es

bueno para el paciente y el personal debe entender que lo que está basado en la evidencia es bueno. Por tanto tiene mucho que ver con criterios de calidad.

De un lado las barreras organizativas, edificios y una organización tradicional, estructurada por jefatura de servicios, bloques de enfermería y demás. Hablar aquí de procesos a nivel primario y a nivel hospitalario va a complicar la organización y reducir esa flexibilidad que decíamos antes. Tenemos una experiencia con un hospital que pertenece a nuestra área, un hospital de alta resolución con una cartera de servicios limitada se ha estructurado todo el hospital en solo tres áreas que coinciden con tres procesos, proceso urgencias, proceso quirúrgico y proceso médico. Hay tres responsables y tres jefaturas que aglutinan todos los servicios de esas áreas y que han trabajado conjuntamente con la Atención Primaria, donde solamente hay dos centros de salud y además tiene 60.000 habitantes. Es una experiencia interesante que permite experimentar y obtener conclusiones para facilitar la organización.

De otro lado, se ha dicho que la barrera profesional es evidente, sobre todo en la vertiente de que nadie quiere perder lo que ya tiene y si puede quitarle algo al de arriba. Pero su sueldo que no se lo quite nadie. Yo creo que hay que mover cosas como que la ecografía no es patrimonio exclusivo de los radiólogos y que el médico de puerta debe tener criterios para, en algún momento, hacer una ecografía, incluso interpretarla correctamente, que el técnico de laboratorio es capaz de hacer extracciones sin ningún problema.

Quiero hacer un énfasis en que las barreras tecnológicas son más importantes de lo que parecen en nuestro



José Antonio García

sistema y más para los profesionales, que todo está ligado a la tecnología.

Hemos hablado de que en primaria, sin tecnología, no pueden hacer nada. Pero es que tener equipos en los domicilios que monitoricen la presión cardiaca, la saturación de oxígeno, etc. y que envíen información al detalle al hospital, vale dinero y para cada paciente, en cada domicilio, hay que poner unos cuantos. ¿Hasta dónde ese coste? Ponerle límite es complicado porque hoy la tecnología existe, pero el valor económico puede hacer difícil su articulación. Hasta que no haya más competencia o se pongan a un nivel mucho más accesible de la compra, su importe es un limitante. No sólo en los centros sino en la atención a domicilio.

J.M. Ladrón de Guevara. Permitidme que pueda contaros un poco la experiencia que hemos tenido en el Hospital Donostia. Es un hospital universitario y de referencia de toda Guipúzcoa. No sé si después de esta conversación que hemos mantenido tenemos que seguir hablando de camas o no, pero para hacerse una idea es de alrededor de 1.200 y el resultado del proceso de fusión de 3 hospitales.

En nuestro Hospital empezaron a hablar de la gestión de enfermos crónicos, un grupo de médicos del hospital, también del servicio de medicina interna, hace aproximadamente 7 años. No fue una iniciativa promovida por los gestores.

Hace un rato hablábamos de la incenti-
vación: ¿Qué fue lo que motivó a aquel grupo de profesionales a abordar la gestión de otra manera cuando tampoco ellos tenían necesariamente la responsabilidad de gestión?

Era un grupo que se había reorientado hacia los principios de la Medicina Basada en la Evidencia. Ellos se acostum-

braron a enfocar su forma de trabajar a partir de la identificación de los problemas de los pacientes, y así, se encontraron con que uno de los problemas era el de los pacientes reingresados. Y en el seno de un gran servicio de medicina interna (a diferencia de otros modelos en los que los especialistas están más repartidos), empezaron a trabajar –quizá rompiendo la dinámica tradicional de los servicios– organizándose de una manera diferente.

Unos años más tarde, cambia la dirección y orientamos el hospital desde una reflexión estratégica hacia pacientes agudos, pacientes oncológicos y lo que denominamos pacientes frágiles convalecientes.

Y desde una visión más estratégica vimos que ese grupo precisaba hacer más visible esa nueva forma de abordar y diferenciarlo, paulatinamente fuimos poniendo a su disposición más recursos, más camas, más personal, más acceso a pruebas y facilitando la relación con dispositivos de atención primaria y dispositivos de atención socio-sanitaria.

Nosotros queremos orientar globalmente el hospital en la estrategia de pacientes crónicos en tres ejes principales: el paciente con polimorbilidad por un lado (frágil y convaleciente), el paciente psiquiátrico por otro lado y el paciente oncológico que ha superado la fase inicial de su enfermedad.

José Manuel Ladrón de Guevara

Ahora se está tratando de gestionar los pacientes que ingresaban en 20 camas a 40, después a 90 y ahora está naciendo el germen de una unidad de gestión clínica junto con el Servicio de Rehabilitación, probablemente de hospitalización a domicilio. Y lo que ha quedado de lo que antes era mediana

y larga estancia para llegar a gestionar prácticamente 160 camas.

Ha ido paulatinamente creciendo y en este momento, nos planteamos reorientar incluso el organigrama de Dirección dentro del Hospital en este sentido.

Queremos orientar globalmente el Hospital en la estrategia de pacientes crónicos en tres sentidos: el paciente con polimorbilidad por un lado (frágil y convaleciente), el paciente psiquiátrico por otro lado y el paciente oncológico cuando deja su enfermedad de ser, digamos, la que mas recursos diagnósticos y terapéuticos incorpora.

Además de los pacientes frágiles y convalecientes, contemplamos dos tipos principales más: los pacientes oncológicos y los pacientes agudos.

Queremos ver si somos capaces de hacer esta transformación basándonos en la colaboración con los compañeros de atención primaria, y también de la mano de las instituciones sociosanitarias. Nos hemos marcado un horizonte de tres años para tratar de reorientar el Hospital en este sentido.

J.L. Temes. A mí me gustaría decir algo del tema de la tecnología. Coincido en lo que dice José Antonio y en que hemos tenido grandes fracasos con la tecnología, con los sistemas de información. Desde el plan DIAS hasta aquí, han pasado años y muchas cosas, pero como sector hemos tardado mucho más que otros sectores, en que las tecnologías de la información y la comunicación, nos fuese útiles a los que trabajamos en el sector y a los ciudadanos.

Pero creo que esto ha cambiado mucho, hoy hay una parte importante de TIC que si ayudan al profesional y al ciudadano. Por ejemplo la receta electrónica es un éxito, ayuda al profesional,

tanto al médico como al farmacéutico y ayuda al ciudadano. Es probable que sea más caro porque el farmacéutico se ocupa de que el paciente retire la medicación y antes había un grupo de gente que no iba a recoger las medicinas.

Se ha ganado tiempo, claridad en el sistema, agilidad y lo de la imagen es otra maravilla. Hoy la imagen, no sólo la radiológica si no también la dermatológica u otras se pueden estar viendo aquí y en la "Cochinchina" al mismo tiempo con el mismo nivel de precisión.

Hay que ir a una historia de salud electrónica. En cuanto a lo de la telemedicina ya sé que ahora es cara, pero esto pasa como con otras muchas otras cosas, se me estropea un DVD y se tira porque cuesta mucho más arreglarlo que comprar uno nuevo.

Pero hago una reflexión tenemos que resolver problemas que parece mentira todavía no hemos resuelto. El tema de los controles de sintrom, parece imposible que durante un motón de años el paciente deba desplazarse de su casa



José Luis Temes

para ir a hacerse la determinación. Eso es, aparte de carísimo, absolutamente cruel. No es lógico que estas cosas no las tengamos resueltas con el actual desarrollo de las TIC's.

Quiero hacer también un apunte sobre el tema de que el sistema ha penalizado sistemáticamente la buena gestión. El que la tiene mas larga (me refiero a la lista de espera) pues le damos mas pasta. Eso es absolutamente imposible. Pero eso se puede medir.

Cuando fui gerente del Hospital de Valdecilla, los primeros años, la productividad variable está desde el año 87, es decir la herramienta existe, otra cosa es que la queramos o sepamos emplear, lo que hicimos fue medir lo que se hacía por la mañana, para tener un criterio de pago por la tarde.

Por último, quiero comentar un tema que me parece trascendente, la implicación de los profesionales. Los profesionales se implican cuando les damos herramientas que les dan juego. Los procesos les dan juego porque son ellos los que definen su trabajo. Por ejemplo, el proceso de insuficiencia cardiaca que hemos hecho en el hospital de Santiago de Compostela con la primaria, durante un año de trabajo colectivo, veías a la gente encantada. La gente se engancha, primaria, enfermería, porque están hablando de lo que saben. Por lo tanto, están gestionando su conocimiento y además lo hacen encantados y gratis.

Mi apuesta final es transformar el sistema paulatinamente, porque aquí no hay que hacer la revolución, la revolución se hace cortándoles la cabeza a quienes no piensen como tu. Hay que hacer una reforma sobre un sistema que en líneas generales es muy bueno. Hagámoslo sostenible, hagámoslo más eficiente. Esas serán las condiciones del modelo, que además rompe con la di-

cotomía entre primaria y especializada, porque el proceso no es de estos o de los otros, la insuficiencia cardiaca no es de nadie.

En definitiva hay que romper las barreras entre los niveles asistenciales a través de los procesos, que a su vez implican a los profesionales en la gestión.

F. Campoy. Yo voy a remarcar la idea. Antes he comentado lo que eran nuestras claves a la hora de la puesta en marcha de Marina Salud en Denia: definición de los procesos, integración de los sistemas de información y alineamiento de las personas con los objetivos de la organización. Marina Salud es sanidad en red y trabajar en red. ¿Qué quiere decir trabajar en red?, nosotros tenemos una resonancia en el hospital de 1,5 Tl pero a lo mejor no necesitamos a un neurorradiólogo que sepa de columna y que está en Barcelona o en Madrid o no sabemos donde está, el radiólogo no tiene que moverse para informar al profesional que está en Denia.

La otra cuestión es que desde ese CPD central tienes que llegar a todos los



Fidel Campoy

puntos de tu departamento, igual que concentras conocimientos de tu departamento, tienes que hacer que llegue ese conocimiento a todos los puntos de servicio, donde se atienden a todos los pacientes. La elección del sistema de información fue para nosotros una decisión estratégica y hemos elegido un sistema orientado a gestionar el proceso asistencial en su totalidad y, para ello, asumimos el riesgo de poner en marcha un sistema de información asistencial integrado, que lleva embebidas las funcionalidades necesarias para incluir protocolos asistenciales. Es un modelo de sistema de información único en España que, afortunadamente, ya han adquirido en los últimos meses dos hospitales más: Son Dureta en Palma de Mallorca y el Hospital Central de Asturias. Hace falta pues un sistema transversal que soporte los procesos y que integre los dispositivos tecnológicos. No debemos escatimar en recursos tecnológicos, pero sobre todo en liderazgo.

J.M. Pino. Creo que analizando todas las ideas que hemos ido expresando en esta mesa, todos estamos de acuerdo en que hay que revisar el modelo asistencial actual e ir hacia un modelo integral adecuado al momento que vivimos y, para ello, es imprescindible generar corrientes de opinión en este sentido que poco a poco vayan calando en la sociedad y, creo que el trabajo que está realizando esta fundación es un ejemplo de ello, por lo que significa entre los propios profesionales, y que junto con otras que se puedan ir uniendo finalmente, llamen la atención de los políticos para que entiendan la necesidad de tomar medidas que permitan reorientar el actual modelo.

J. Medina. Solamente para terminar. El liderazgo que se ha comentado es fundamental para que los profesionales de la medicina, que estamos a pie del cañón, hablemos, creo que es fundamen-

tal, que se han roto las barreras, pero de verdad se han roto cuando mis compañeros de primaria y nosotros nos hemos puesto de acuerdo para hablar y trabajar juntos. El paciente no es tuyo ni mío, sino que tiene un problema y se tiene que resolver donde mejor se pueda hacer. Eso se consigue hablando, trabajando y proyectando. Como decía, llevo cinco años en el proyecto, me siento mucho más feliz y estamos haciendo una encuesta de satisfacción de Atención Primaria, pero no hace falta prácticamente por que lo profesionales se sienten más médicos y más protegidos ahora, han salido de las sombras, encima están al sol y se encuentran muchísimo mejor, eso en lo profesional, no digo nada de los pacientes.

J.C. González. Creo que no se trata tanto de escatimar como de hacer el hospital eficiente, se ha de gastar lo que se ha de gastar, pero bien gastado. Habrá que hacerlo eficiente y lógicamente sostenible económicamente y socialmente. El hospital que tengamos mañana tendrá que ser aceptado por nuestra población, si no estaremos equivocados, para ello, es necesaria la complicidad del paciente y de los profesionales, independientemente del nivel que sea, sociosanitarios, sanitario, etc...

En el tema de las nuevas tecnologías hay que optimizar su uso, ya que cuesta mucho ponerlo en funcionamiento y luego mantenerlo y usarlo, lógicamente lo que tenemos que hacer es optimizar.

A mi juicio, el hospital tiene que ser sostenible, orientado a la seguridad del paciente, y que garantice la continuidad asistencial, independientemente del momento o del lugar en que se encuentre nuestro paciente.

J.A. García. Por comentar algo diferente, hay un nivel que es el organiza-

tivo, nivel superior que rige las 17 Comunidades, que también requeriría de alguna manera un pacto de Toledo o algo así, que facilite la puesta en marcha de todas estas medidas. Ahora se me antoja que son cambios fáciles, pero si queremos una organización elástica y flexible hay que romper con barreras organizativas, romper con cosas para facilitar otras y a veces se puede entrar en terrenos peligrosos, de debate político que no son necesarios. Creo que habrá cambios organizativos no sólo de profesionales y de tecnologías.

J.M. Ladrón de Guevara. No nos planteábamos al inicio el hacer un repaso exhaustivo, si no plantear una serie de preguntas que a su vez dieran lugar a otras preguntas, que nos permitieran volver a reflexionar y replantearnos actuaciones para poder avanzar en un camino sobre el que tenemos un amplio consenso. En cuanto a la necesidad de ir transformando todas las organizaciones, no ya los hospitales si no en todas las cosas en que podamos influir, personas, dispositivos, Atención Primaria,... para orientar más los servicios sanitarios que somos capaces de proporcionar en mayor o mejor medida en un ámbito de seguridad.

El paciente como un todo: ¿Qué hospital necesitamos?