

De la gestión por procesos a la gestión poblacional/per capita



De izquierda a derecha: C. Pérez Espuelas, A. Santos, M. Sanmartín, L. Rosado, C. Ricci, J.M. Baltar.

Participantes:

Luis Rosado. Secretario Autonómico de Sanidad. Comunidad Valenciana.
Álvaro Santos. Director General de Asistencia Sanitaria y Calidad. SESCAM.
Carlos Ricci. Gestión Sanitaria de Mallorca GESMA.
Maite Sanmartín. Directora de Nuevos Proyectos. Grupo DKV.
Carlos Pérez Espuelas. Experto en gestión sanitaria.

Moderador: **José Manuel Baltar.** Gerente. Grupo San Roque. Fundación Signo.

No pudieron asistir:

Concha Vera. MUFACE.

Joaquín Martínez. Gerente del Hospital 12 de Octubre.

Organiza: **Diego Falcón y Ángel J. Pérez.**

Transcripción: **Gloria Fernández.**

J. M. Baltar: Dentro de la línea “El Paciente Crónico, motor de cambio del Sistema Sanitario”, hoy hablaremos de la Gestión por Procesos a la Gestión Per Cápita.

Las preguntas que se proponen son:

1. ¿Qué hemos aprendido de gestionar los procesos? ¿Que impacto ha tenido en la organización de los servicios? ¿Hasta dónde han llegado los trabajos de ingeniería?
2. ¿Cómo se ha contemplado la mayor importancia que progresivamente se ha dado a la continuidad asistencial (entre niveles) en la gestión de los procesos asistenciales?
3. ¿Qué implicaciones va a tener la recuperación de la cápita en la organización del sistema? ¿Cómo se conjuga la gestión del proceso con la financiación per cápita?
4. ¿En el futuro dónde está el reto en la optimización del proceso o de la cápita y cómo se va a abordar?



José Manuel Baltar

No obstante, estas cuestiones son meramente orientativas y la mesa está totalmente abierta a las propuestas de sus participantes que tienen a partir de este momento la palabra.

Á. Santos: Vamos a ver la primera pregunta de que hemos aprendido de gestionar por procesos y sobre todo que impacto ha tenido en la organización de los servicios.

A lo largo de un proceso intervienen distintos profesionales que tiene que estar coordinados y que tienen que saber exactamente que están haciendo, si queremos que ese proceso termine de una manera eficaz, que tenga unos costes razonables y sobre todo produzca satisfacción en el paciente y en los profesionales que están llevando a cabo este proceso. La realidad yo creo que es otra, creo que tenemos en marcha muchos procesos, pero que sigue habiendo una falta de coordinación importante entre los distintos profesionales que intervienen concretamente en esos procesos. Y además esto es paradójico desde mi punto de vista porque ahora mismo muchos servicios hospitalarios y equipos de Atención Primaria se están acreditando bajo modelos de excelencia o modelos de calidad, y sin embargo cuando bajamos a tierra vemos que sí, que se acreditan y que puede ser una ayuda importante dentro de los hospitales o de atención primaria para empezar a trabajar y desarrollar los procesos que están haciendo pero que la cultura de Gestión por Procesos no está arraigada y sobre todo en el sector público. A la hora de la realidad en la práctica los procesos no son llevados a cabo por los profesionales.

Trabajar por procesos es bueno, puede ayudar a implantar las normas ISO y el modelo FQM y sobre todo quita eficiencia a aquello que no añade valor en lo que estamos haciendo en el día a día.

M. Sanmartín: Concretaría tres grandes logros que nos ha aportado la gestión por procesos y puntualizaría que es lo que nos queda por hacer vinculándolo al pago per cápita, a nivel de gestión de calidad, a nivel de costes y a nivel de orientación al cliente.

A nivel de calidad pues hablar de la necesidad de trabajar con procesos estandarizados, con guías, con protocolos, etc., sobre todo empezando quizá con los mas frecuentes y costosos que es donde las organizaciones sanitarias se han centrado y de ahí han salido protocolos de estos procesos y una vez protocolizados, la capacidad interna de medirlos y de establecer círculos y esquemas de calidad y de mejora continua. El segundo gran logro a nivel de costes nos ha permitido introducir criterios de coste, eficiencia y de medida de todos estos procesos, y ahí introduciría la versión de la aseguradora que como compradora de servicios nos ha aportado una comparabilidad entre los distintos proveedores muy importante. Y por último, el otro gran logro que nos ha aportado el sistema de gestión por procesos es la orientación al cliente y esa visión longitudinal teniendo al cliente en el centro. ¿En qué se puede quedar corta la gestión por procesos?, yo creo que nos falta esa integración económica y funcional que precisamente el pago per cápita introduce, que es un poco mas allá de lo que es el tema asistencial e intentar ver dónde se hace mejor cada cosa.

L. Rosado: Ante la primera pregunta que vamos a contestar, estoy perfectamente de acuerdo en que la gestión por procesos debe de hacerse porque hay que mejorar. Pero cuando hablamos de la ingeniería tiene que haber habido antes ingeniería, y antes hay que haber aprendido a hacer procesos y no a modificar procesos para mejora continua. Esto a nivel empresarial está

mas extendido pero a nivel sanitario la ingeniería como tal es una utopía.

En el tema de procesos yo creo que lo mas importante es, primero ser capaces de identificar que procesos y cuáles son los primarios de nuestra estructura. Y quizás el primero que hay que atender es el asistencial, es decir ser capaces de integrar el proceso asistencial y darle un nexo común a la asistencia sanitaria. Identificar cuál es el proceso y quien es el dueño del proceso asistencial, en este caso es importantísimo en las opciones que se han hecho en materia sanitaria los modelos que intentan integrar la asistencia sanitaria sin escalones, en modelos de primaria y hospitalaria, porque identifica el proceso del paciente donde el dueño del mismo sea el médico de primaria, el que lo tutela y la asistencia especializada adopta un papel de proveedor de servicios. La ingeniería está delimitándose y va a ser el futuro en la atención al paciente crónico. Este sería el primer punto: ser capaces de identificar el proceso asistencial y unificarlo. El segundo sería ¿cómo evaluar el proceso?, desde el punto de vista de mediciones que indique si verdaderamente estamos siguiendo el proceso asistencial y si estamos evaluando que este es uno de los objetivos que tiene nuestra organización sanitaria. Por último creo que es importantísimo y es el motivo del fracaso de muchos modelos, que no hemos conseguido unificar los criterios de las organizaciones con el de los profesionales, guías clínicas que han hecho profesionales pero que sin el conocimiento de las organizaciones sanitarias no tienen ningún valor. De algún modo si que es necesario que el modelo que nosotros definamos de gestión por procesos sea realmente una partitura capaz de trasladar a toda la organización sanitaria y que tenga una forma de medir que le valga al profesional que está ejerciendo y que está desarrollando un proceso asistencial.

Por lo que los elementos identificables son: identificación del proceso, evaluación del proceso e integración en el modelo asistencial que esté definido previamente.

C. Pérez: Tenemos dos realidades distintas, los hospitales nuevos que los acabamos de abrir o compañías de seguros que como somos los que compramos podemos incidir en como queremos el producto o organizaciones clásicas de hospitales con 50 años de historia. No es lo mismo ni mucho menos como se puede abordar y como se puede ordenar el funcionamiento de esas organizaciones. En mi opinión es mucho más difícil introducir cambios en un hospital histórico, pero se han hecho grandes cosas, se han unido áreas clínicas comunes, se han hecho grandes esfuerzos y se han logrado grandes cambios y se ha cambiado la manera de hacer clínica en los hospitales. Se ha protocolizado como se gestiona al paciente dentro del hospital, en general a todos los pacientes se le hace lo mismo ante un mismo diagnóstico, cosa que hace 20 años no pasaba. Por tanto creo que se ha habido una cierta ingeniería de introducir unas pautas de manejo de gestión del paciente. En los hospitales nuevos es mucho más fácil y mucho más como compañía de seguros. En los hospitales nuevos donde estamos trabajando para el sector público donde son mayoritarios los profesionales del sector público, hay que pactar con el profesional el protocolo y llegar a conseguir un territorio común que permita que ese procedimiento se haga de esa manera.

Todos los días se avanza un poco, quizás no todo lo que querríamos los gestores y siempre mucho más de lo que al profesional le parece. Y el resultado se ve cuando tratamos de comprobar si están siguiendo el protocolo. El control de calidad es el determinante para poder cambiar la organización.

J. M. Baltar: Me van a permitir que procediendo de una empresa prestadora de servicios privada que trate de bajar un poco, por desgracia para nosotros, porque para nosotros el concepto de proceso y el concepto de cápita se centra en una manera de pagar inicialmente, aunque la empresa privada ha crecido lo bastante para diseñar procesos a nivel interno, pero evidentemente lo que marca inicialmente el proceso es que nos quieren comprar por procesos y nos quieren comprar per cápita y ahí me gustaría hacer dos distinciones fundamentales. Primero cuando el proceso se inventa para comprar procesos, evidentemente hay una cosa que perdemos automáticamente, por lo menos desde los grupos de los proveedores privados, que es que nos compran un cacho, un proceso quirúrgico, ... es más, al financiador en general tanto público como privado, no le suele interesar. Estamos hablando de que hay Comunidades Autónomas que se está probando modelos precisamente en que se busca esto, pero no es lo habitual. Por que digo que hay dos partes el que y el quien. El quien porque depende de quien financie, cuando un financiado llega hablando a un proveedor privado sanitario de que quiere hacer una cápita a mi no me sirve. ¿Por qué digo que no me sirve?, a mí me sirve que las comunidades me compren per cápita, porque no hace una selección del riesgo de los individuos que posiciona en el área que yo asumo, lo que no puedo aceptar es que una aseguradora privada cree una prescripción de riesgos y me los traslada a mí, pero no el beneficio que él ya se ha quedado cuando me ha pasado la cápita. Este es uno de los grandes debates que tenemos ahora mismo.

L. Rosado: Yo creo que se puede presupuestar de muchas formas. Cuando se presupuesta como se hacía antes se llama presupuesto histórico, en el devenir hace que se produzcan desigual-

dades y que se pierda equidad en el modelo. La segunda posibilidad es presupuestar por actividad, y esto nos hace descubrir perversidad en el sistema, por lo que tampoco se puede seguir por ahí. Pueden acabar en presupuestar por procesos o presupuestar per cápita. El elemento capital es la selección del riesgo, porque donde no hay selección de riesgo y donde realmente puede compartir los objetivos del que compra servicios con el que los da es en el régimen capitativo. Una aseguradora realiza su equilibrio económico obteniendo pocos ingresos hospitalarios, poca frecuentación de uso sanitario y es como se obtiene mayor beneficio, promocionando la salud, no promocionando la enfermedad y en esto no conozco ninguna administración pública que trate de hacer algo diferente a esto. Lo que busca la administración, y esta es una de las claves del éxito de la colaboración público-privada, es que los objetivos de la aseguradora y los suyos sean los mismos. Es conseguir que la población que está asegurada en la cápita sea una población que no enferma, si no que promociona la salud. Ahora bien tiene una segunda vuelta de una ingeniería previa que trata de demostrar que la cápita cuando se distribuye en el sector público-privado no vale solo para el sector de gestión privada sino también para el público. Los gestores de los departamentos sanitarios que están en los departamentos de carácter público tienen las mismas reglas de juego. Por tanto, el intercambio que se realiza entre departamentos sanitarios, se realiza en términos de proceso porque lo que se va a intercambiar va a ser el proceso medio, es un modelo que obliga a la eficiencia del sistema. Primer elemento promoción de la salud, segundo elemento eficiencia del sistema. Para lograr la eficiencia del sistema se debe permitiendo que el intercambio de pacientes que se hace de un departamento a otro, ya de de gestión directa o de

gestión administrativa se realice a través del valor del GR medio con lo que estas propiciando que se realice una gestión eficiente. Y hay otro elemento que es capital de proceso macro, que es desde la inclusión de la atención primaria. Los modelos que se han utilizado en los que existe concesión administrativa en los que no se incluye a la primaria, tienen una dificultad importante y es que hay una selección de riesgos, mientras que si incluyen a la primaria no hay selección de riesgos y por tanto funcionan.

La clave del éxito de la colaboración público-privada es que los objetivos de la aseguradora y la administración sean los mismos, conseguir que la población que está asegurada en la cápita sea una población que no enferma, sino que promociona la salud

Luis Rosado

M. Sanmartín: Para nosotros MUFACE es una apuesta clara, el sistema capitativo desde DKV lo vemos de manera muy clara, la asunción e riesgo que supone el pago per capita, por parte en



Maite Sanmartín

caso de Denia de la Consellería y en caso de MUFACE por la mutualidad, el funcionamiento es básicamente el mismo. DKV se ha querido mantener estos dos próximos años en el modelo Muface, ahora bien todo modelo de pago per cápita requiere de una suficiencia y de una adecuación de prima y de recursos y ese es el aviso que se ha trasladado a MUFACE por parte de las aseguradoras. Hemos creado 3 aseguradoras, las 3 convencidas, de hecho creo que somos la única que en su día que conseguimos mantener los criterios mínimos de documentación del cuadro médico con el esfuerzo que eso supuso. La apuesta es clara pero con esa puntualización, la adecuación de la suficiencia de recursos. El sistema que tiene la Consellería en Valencia, yo creo que es excelente en especial el sistema de compensación y más en una comunidad donde las experiencias son varias y el flujo de pacientes es numeroso, allí todos estos sistemas de compensación es importante tenerlos bien atados.

Á. Santos: En la línea que decía Luis Rosado, el proceso atraviesa transversalmente toda la organización, por lo tanto los modelos de gestión integrada son básicos a la hora de trabajar por procesos y a la hora de presupuestar y financiar. Porque cuando estamos presupuestando dentro de un área si no tenemos esa integración estamos dejando fuera lo que hace Atención Primaria. Y después hay que ver que la cápita debe ser establecida en sanidad en función de lo que estamos atendiendo de la morbilidad, si no sabemos exactamente qué es lo que estamos atendiendo, la morbilidad que tenemos bajo mi punto de vista es aplicar la cápita, y los procesos si que nos ayudarían dentro de la cápita en la eficiencia en la gestión de esos procesos, es decir si el proceso lo estamos gestionando adecuadamente y sabemos exactamente que morbilidad tenemos, así si podríamos presupuestar. Pero a mí me surge la duda

inmediatamente, es decir ¿ahora mismo sabemos que morbilidad se está atendido en primaria?, yo creo que no, salvo raras experiencias. Y a partir de ahí tenemos que saber que contactos está teniendo el ciudadano con el sistema y de estos ¿Cuántos ciudadanos son sanos? Y esto nos lo va a decir el agrupador, pues los sanos tendrán un precio muy distinto de otros ciudadanos que tienen múltiples patologías asociadas, eso a nivel de equipo a nivel de área y es la forma que hay de presupuestar per cápita. Por lo tanto, tenemos que conocer la morbilidad y para conocerla tenemos que codificarla y ¿cuál es el nivel de codificación en atención primaria? escasísimo. ¿Qué estamos haciendo para establecer gestión y cápita en los hospitales? ¿Qué codificamos? ¿Codificamos hospitalización a través de los GRD, pero y consultas externas? ¿Y Urgencias? ¿Hospital de Día? Lo estamos haciendo? Estamos parcelando a la hora de presupuestar porque nos estamos centrando en lo que es hospitalización y en una parte del proceso. Es importante que si en el proceso transversal queremos aplicar la cápita debemos saber lo que estamos atendiendo y por lo tanto debemos tener agrupadores y tener codificado para que nos permita saber la morbilidad que estamos atendiendo.

El proceso atraviesa transversalmente toda la organización, por lo tanto los modelos de "gestión integrada" son básicos a la hora de trabajar por procesos y a la hora de presupuestar y financiar.

Álvaro Santos

C. Ricci: Como reflexión decir que los procesos es el instrumento de calidad en el que mas creo hoy en día en los hospitales. Los procesos reducen variabilidad y fomentan la coordinación que es complicada para los que estamos en los hospitales y salir mas allá de la intrahospitalaria es casi un tópico. Todos los

contratos programas de las comunidades, o por lo menos la mayoría van unidos a algunos indicadores de primaria para que nos coordinemos, van incluso objetivos del hospital y primaria y han trabajado juntos determinados procesos pero tampoco ha funcionado. Porque trabajar por procesos exige un esfuerzo mucho mas complicado que el de diseñar que es el de monitorizar y monitorizar indicadores en el seguimiento de procesos es la clave de trabajar por procesos y esto no lo hace prácticamente nadie. Yo he creado muchos procesos que se mueren en el olvido. Hay que buscar iniciativas que hagan que esto funcione porque la coordinación indudablemente es necesaria.

En la última gerencia donde yo estuve hicimos un intento que era interesante que era diseñar programas informáticos donde introducías lo que se había pactado por proceso e incluso toda la parte administrativa con lo cual hacías facilitar al que seguía el proceso desde primaria la petición de analíticas, interconsultas... por lo que él ya no tiene que hacer nada. Lo que pasa es que al final no hay incentivos económicos por

medio el interés acaba siendo relativo. Cuando empezamos a hablar de per cápita en serio, tendremos que hablar de resultados en salud. Porque si vamos a trabajar en per cápita, que es hacer una visión más global y más integral del paciente, donde realmente nosotros podemos generar que este per cápita se traduzca en eficiencia de verdad, es si hablamos de resultados en salud. Por lo tanto, el per cápita es una herramienta importante para desarrollar la herramienta de procesos absolutamente fundamental pero probablemente un per cápita basado en resultados en salud más que simplemente en población asistida.

J. M. Baltar: Lo único por recuperar y aclarar lo que habíamos hablado nosotros sobre per cápita, a mí hay una cosa que me sorprende es que cuando se hablaba de la separación de la financiación la compra y la provisión, yo lo que he comprobado en este momento que esta separación en la cápita no funcionaría. Si realmente se utiliza la cápita y el proveedor tiene la capacidad de tener una ingeniería hecha con una experiencia ya vivida en Valencia, ya contratas un continuo, que eso es lo que estás con-



De izquierda a derecha: M. Sanmartín, L. Rosado, C. Ricci, JM. Baltar, C. Pérez Espuelas, A. Santos.

tratando a una aseguradora que ha decidido dar el salto a prestador, está claro que se está comprando la continuidad se está retirando un incentivo perverso en la provisión privada que tiene el proceso y un incentivo al gasto, sobre todo cuando se paga de forma detallada. Respecto a lo que se planteaba de la cuestión de la suficiencia y de algo que me parece importantísimo que es el tratamiento universal, también para las estructuras públicas. Las aseguradoras están hartas de decir que el perfil de funcionarios que son unos consumidores por lo que sea de servicios que no se ajustan a la media de lo que se manejan en otros entornos de ciudadanos y consiguientemente no es válido poner de modelo lo que se paga por las distintas cápitas.

El tema de la cápita son dos cosas, es el precio y es una cantidad de ciudadanos y esa concentración de ciudadanos es la que te permite gestionar los recursos para dar la asistencia a esos ciudadanos. No es lo mismo un millón de ciudadanos en un área metropolitana que un millón repartidos por toda España

Carlos Pérez Espuelas

C. Pérez: El tema de la cápita son dos cosas, es el precio y es una cantidad de ciudadanos y esa concentración de ciudadanos es la que te permite gestionar los recursos para dar la asistencia a esos ciudadanos. No es lo mismo un millón de ciudadanos en un área metropolitana que un millón repartidos por toda España. Por lo que el planteamiento de las comunidades con su población está en la concentración. Este es un valor determinante a la hora de concentrar la producción y por tanto los ahorros de costes derivados de esto. Yo estoy de acuerdo con el criterio de que la cápita es igual para todos, porque a todos los ciudadanos nos aplican el mismo criterio a la hora de la recauda-

ción, porque la cápita no es nada más que una devolución al ciudadano, vía salud, de sus impuestos. Por tanto, desde mis impuestos, tengo derecho a los servicios que el estado me devuelve vía asistencia sanitaria. Ese retorno vía cápita también tiene que ser rentable para el operador. Y por último, la financiación es la que condiciona tanto en el sector público como en el sector privado. Los profesionales del sector público cuando vienen al sector privado se comportan de una manera distinta. Hay un escalamiento de medias de comportamiento, porque tienden a reproducir los tics del sector público cuando se incorporan en las concesiones administrativas, para mi ha sido mí gran sorpresa cuando el profesional te pregunta a cuanto le vas a pagar la hora.

L. Rosado: Por eso decimos a las concesiones administrativas que incorporan a gente del sector público para gestionar, para que se conozca porque las concesiones administrativas no son aseguradoras, participan porque el elemento común es promocionar la salud y eso lo saben hacer bien, pero no es una aseguradora. Una de las claves



Luis Rosado

del éxito es la pérdida de identidad, cuando el ciudadano no sabe si es Sanitas, DKV, etc..., realmente lo que sabe es que es una prestación sanitaria pública independientemente de quien sea el que la provee. El éxito se basa en confundirse con el sistema y con los objetivos del sistema.

Lo que preguntan los que no entienden muy bien este modelo, es como la administración obtiene beneficios de repartir su cápita y al mismo tiempo la concesión administrativa obtiene beneficio. Y no lo entienden porque no saben que existen modelos de gestión por procesos y elementos de carácter empresarial que pueden ser incorporados tanto al sector público como al privado para ejercer mayores niveles de eficiencia. También es verdad que aquí el beneficio no es un beneficio explosivo, es un beneficio controlado, es un beneficio en el tiempo. Pero lo importante es que sea un elemento de diferenciación y otra cosa que también es importantísima es que el resto de departamentos sanitarios juegue las mismas reglas del juego, no tiene que haber ni ventajas ni desventajas por ser una cesión administrativa.

Creo que la gerencia única ya no es un experimento pues ya lleva 5 años en algunas comunidades, gerencia única, equipos integrados, objetivos comunes, objetivos de carácter económico para todos los profesionales y esto está funcionando y funciona, todo se basa en como tengas conformados esos equipos directivos y la capacidad de liderazgo y de gestión que hayas introducido entre los equipos.

M. Sanmartín: Al final somos empresas, y de ahí es de donde vienen los beneficios para el comprador y para el prestador, y ahí la clave es que el modelo de cápita sepa ajustarse al modelo de ingresos que tiene y sepa entender ese modelo de ingresos, si no se

trabaja en esa línea se fracasa. Y esa línea no hace más que apuntar a la adecuación de la oferta y orientación de la población, esa es la clave del éxito. De ahí nace otro tema y es que la cápita lo que te permite es gestionar bien esa asignación de recursos porque obviamente el perfil sanitario de las poblaciones evoluciona, van apareciendo enfermedades crónicas, se alarga la vida de los pacientes y eso tiene un impacto muy claro en donde se tienen que dar las prestaciones.

La gestión de procesos aporta un enfoque asistencial y el modelo de financiación per cápita nos aporta esa transversalidad, o fuerza esa coordinación, el trabajo conjunto y la asignación eficiente de recursos
Maite Sanmartín

El trasladar el riesgo a través de una financiación per cápita a una prestador lo que permite es que éste tenga, primero tenga que mirar su población, introducir criterios de morbilidad, ver como van cambiando esas condiciones de salud e ir pensando donde es mejor prestar esos servicios y adecuar esa prestación mas eficiente. Nosotros definimos la organización sanitaria como una organización sanitaria integral y no hablamos de si primaria o especializada, hablamos de puntos de servicio, de donde se va a prestar el servicio y ahí es donde hay que ir avanzando.

La gestión de procesos te da el enfoque asistencial y el modelo de financiación per cápita nos aporta esa transversalidad o fuerza esa coordinación, ese trabajo conjunto y esa asignación eficiente de recursos.

Á. Santos: Estoy totalmente de acuerdo que hay que presupuestar per cápita, lo que pasa es que mientras no tengamos unos indicadores claros de la morbilidad de la población va a ser

muy difícil. Por lo tanto las líneas de avance de futuro tienen que ir por saber que le pasa a la población y sobre todo si queremos dar y presupuestar de una manera correcta, sin crear ineficiencias. Se decía antes que en general todas las zonas son iguales y que el perfil de morbilidad va cambiando y si eso no somos capaces de medirlo a la hora de poner el dinero encima de la mesa mal vamos. Hay muchas diferencias y si no somos capaces de detectar esas diferencias entre una zona básica de salud o entre un mismo equipo médico-enfermera y una misma zona de salud difícilmente podemos ir más allá, ¿qué podemos repartir per cápita el dinero que tenemos? Por supuesto, pero si no avanzamos en la morbilidad lo estamos haciendo mal. En ese sentido, claro que la gestión por procesos nos puede ayudar a hacerlo, porque lo que se pretende es organizar lo que estamos haciendo y organizamos desde el punto de vista de la eficiencia, vamos a ver dentro del proceso que es irrelevante y vamos a sacarlo fuera y de esta forma vamos a tener una contención de costes innecesarios. La situación actual en el sistema nacional de salud y en muchas Comunidades es que tenemos una organización en la que hablamos de gestión por procesos, de gestión clínica, de unidades funcionales y sin embargo seguimos manteniendo en nuestros hospitales una estructura totalmente piramidal que difícilmente va a facilitar el implantar estas nuevas formulas de actuación y sin embargo seguimos manteniendo un modelo bigerencia con distintos objetivos, intereses y prioridades de los equipos directivos y que los propios equipos directivos de ambos niveles asistenciales tengan distintos objetivos, intereses y prioridades es lo que dificulta la gestión por procesos de una forma clara. Por lo tanto a la hora de financiar, si el proceso nos puede ayudar, empecemos por modificar si queremos implantar los procesos y si queremos implan-

tar una financiación per cápita, empecemos por cambiar la organización que tenemos tanto en hospitales como en atención primaria para quitar esa ineficiencia que existe entre ambos niveles de asistencia.

C. Ricci: Esto son temas muy complicados y no estoy del todo de acuerdo con lo que ha dicho Álvaro, porque durante muchos años he visto en los hospitales una variabilidad muy importante amparada en que los clínicos son distintos y los hospitales son distintos.

Pienso que la cápita puede ayudar en eficiencia y en equidad a la población y es verdad que puede haber algún factor que varíe. La variabilidad lo que nos está permitiendo es que nos escudemos y no haya eficiencia de verdad, eficiencia que si están haciendo nuevos modelos porque tienen otros parámetros y porque allí si buscan la eficiencia, pero como nosotros buscamos cubrir un presupuesto...

Trabajar por procesos asistenciales de forma integral reducirá las mayores bolsas de ineficiencia del sistema sanitario. La financiación caritativa puede ser el gran impulsor de la nueva forma de entender una sanidad sin niveles asistenciales cerrados.

Carlos Ricci

L. Rosado: Quiero transmitir que el modelo funciona igual con los mismos parámetros y las mismas reglas para el sector público y para el privado. Cuando nosotros establecimos el régimen cápita en toda la comunidad en el año 2006 se basó en descubrir cual era la cápita real e intentamos ver cuales eran los factores que distorsionaban el elemento cápita dentro de cada departamento. El modelo es un modelo departamental, con 5 millones de habitantes en 23 departamentos con autonomía de gestión y con régimen capi-

tativo y con plan estratégico propio por cada departamento ya sea en régimen de concesión administrativa o en gestión directa. Y eso da equidad porque el gerente sabe que se tiene que ganar todos los días su presupuesto y se gana su presupuesto, a parte de la gestión interna y de distribución de los recursos basado en la población que tiene, en la competencia y la capacidad de atracción que tenga el centro, porque si un centro es excelente se va a llevar a los de al lado, ya sea público o de concesión. La clave está en seleccionar a los gerentes.

Debemos dejar los pilotajes, tenemos que actuar.

J. M. Baltar: Primero quiero agradecer a Carlos que incorporase la variable espacio que nunca había pensado yo en el modelo Muface lo que me ha ayudado a reflexionar y segundo el concepto de retorno que debe de tener la sanidad desde el punto de vista de los impuestos a los ciudadanos que me parece tremendamente importante.

La posibilidad de poder crear una cadena de incentivos en esta compacidad asistencial que se habla, esa tarea única que creo yo está en perder la vergüenza a que todo el mundo tenga beneficios. El objetivo está claro que el señor del final vea el retorno del dinero que ha puesto para que le presten la sanidad. Si él lo tiene claro y en esa cadena somos capaces de poner cada uno lo que nos toca y llevarnos lo que nos toca, funcionaría perfectamente.

El beneficio locomotora tiene la ventaja de la permanencia en el tiempo y tienen una gran capacidad de resistir los reveses económicos que no tienen otro tipo de empresas.

Á. Santos: En los modelos de cápita la primaria, igual que los modelos de procesos, los "listos" están en el hospi-

tal que es donde está la mayor parte de conocimientos, en cambio en los modelos de cápita la mayor concentración de conocimiento de gestión de pacientes está en primaria. Y está en primaria porque es el que puede hacer promoción de salud, educación sanitaria de la población, es el que filtra al paciente crónico, lo gestiona y es el que decide cuando y de que manera debe ir el paciente al hospital. El darle a primaria el papel que le corresponde en la gestión de pacientes hace que lo capitativo sea rentable. Cuando se analiza cómo está funcionando la primaria respecto a la especializada, conseguir eliminar aquellos elementos que la primaria no entiende porque lo tiene que hacer, léase las recetas, los partes de baja, etc... y le pones delante la opción de gestionar a sus patologías y a sus ciudadanos, es ahí donde se abre una gran posibilidad de hacer realidad lo que tantas veces estamos leyendo, desde la OMS desde hace 50 años que la Atención Primaria el 80% de los procesos y cuando leemos que un 50% de los gastos sanitarios lo hacen en pacientes de más de 75 años.

Si todo eso es así, el que gestiona está en primaria, el médico y la enfermera, porque la enfermera de primaria tiene muchísimas mas cosas que hacer que las que viene haciendo ahora.

L. Rosado: La verdadera revolución pega con lo de la cápita porque tiene que estar en el mismo presupuesto del paciente desde que nace hasta que se muere. El problema está en que tenemos un modelo que hay quien todavía lo llama nuevo modelo de Atención Primaria después de 30 años. Yo creo que la Atención Primaria es la verdadera revolución del paciente crónico. Los médicos de Atención Primaria tienen que ser los dueños del proceso asistencial, les hemos dotado de suficientes herramientas y sistemas de información muy buenos, tienen una

historia clínica electrónica prácticamente en todo el estado y todos con la tarjeta sanitaria pueden saber la enfermedad y el estado de salud del paciente y además el médico de familia tiene que ser un agente de salud. No tiene que estar pendiente de las enfermedades que tienen sino de prevenir que no las tenga o evitar la dependencia. Y esto se podría hacer si realmente trabajan en equipo, si trabajan en horizontal en lugar de en vertical. Yo creo que es un modelo que cada vez más medicalizado y más procuidados, el papel de la enfermera de Atención Primaria es un papel emergente. Cuando pones una enfermera en gestión de casos ahorras en hospitalizaciones, en farmacia, en frecuentación... y es una enfermera para controlar a 50 personas y que sepa donde están los 50.

M. Sanmartín: Comentar las líneas en las que estamos trabajando tanto desde la aseguradora como desde el sistema de salud en el tema de gestión de crónicos, es un enfoque a dos niveles, por un lado de prevención y el de promoción de la salud, y por otro lado en la predicción de las enfermedades crónicas, previendo hacia donde van a ir y anticipando la evolución de estos pacientes y a su vez adecuando los recursos que le ofrecemos. Nosotros tenemos un programa de crónicos en el que lo que estamos haciendo es primero la identificación de estos pacientes crónicos, a quien dirigirnos y luego lo que hacemos es contactar con ellos personalmente ofreciéndoles hacer este seguimiento y esta monitorización y con la autorización del asegurado contactar con sus médicos y a la vez de esta manera nos ganamos la confianza del paciente, ofrecemos un servicio de 24 horas de atención telefónica y el paciente está tranquilo, porque sabe que ante una urgencias lo que hace es llamar y es un servicio asistido por médicos y lo que estamos consiguiendo es reconducir ese acceso a la puerta de

urgencias y por otro lado, ganarnos la confianza del paciente. Por detrás tenemos unas necesidades de sistemas de información y una necesidad de esa historia clínica informatizada. Tenemos también la necesidad de compartir objetivos y de compartir incentivos.

En la contratación de nuestros productos de reembolso tenemos ya una herramienta utilizada a nivel de nuestro grupo que te permite incorporar asegurados con patologías existentes y calculando una sobreprima, pero no le excluyes.

Á. Santos: El futuro es la gestión de crónicos indudablemente, si ahora mismo estamos atendiendo el 50% de pacientes crónicos y que dentro de unos años llegarán al 80% y no orientamos nuestros servicios sanitarios a tratar a estos pacientes mal vamos. Yo partiría de la frase de que el medio natural del paciente es su casa, por lo tanto todo aquello que acertemos al domicilio bienvenido sea en el tema de costes, etc... Por lo tanto, la organización de nuestro servicios deben ir a atender al paciente en su medio natural que es el domicilio, que no es el hospital en este caso y de ahí el papel tan importante de la Atención Primaria. La atención primaria es fundamental desde el punto de vista de la prevención, de la promoción, etc... pero creo que la Atención Primaria ha perdido en aras del hospital una función que es la función diagnóstica porque está muy burocratizada o por lo que sea y al hospital esto le viene de perlas, porque tiene más servicios, más equipamiento, más peonadas... Que entendemos que tenemos que conseguir en ese nuevo modelo que Atención Primaria recupere su papel. Pero para que Atención Primaria recupere su papel tiene que tener acceso a muchas cosas que en muchas áreas no lo tiene, entre otras cosas a las pruebas diagnósticas. Lo que no es lógico que un médico de

Atención Primaria tenga que mandar a un paciente al traumatólogo porque le duele el hombro, porque no puede pedir una resonancia y resolver él el proceso. Debemos introducir cambios en nuestra propia cultura que faciliten esa capacidad de resolución del médico de atención primaria. Enfermería: fundamental, hemos colocado a la enfermera de Atención Primaria en el lado opuesto de la unidad asistencial, del médico, ya no se hablan entre ellos en la mayoría de los sitios el paciente debe ser el eje del sistema y sin embargo el médico va por un lado y la enfermera por otro y hemos transformado las consultas de crónicos de enfermería en consultas crónicas de enfermería. La enfermería no da ni un alta, se sienta en su mesa dentro de su despacho y no sale. No necesitamos aumentar recursos si no modificar el perfil de esta gente que lo ha perdido. Evidentemente el gestor del proceso debe ser el médico, la enfermera, el trabajador social, porque estamos hablando de integración. A lo mejor en las comunidades deberíamos tener Consejerías de Salud y Bienestar Social, es decir ir cambiando hacia arriba si queremos



Carlos Ricci

cambiar hacia abajo. Difícilmente podemos tender a la integración sociosanitaria si previamente no tenemos la integración primaria, especializada, etc...

C. Ricci: El mayor beneficio económico que se puede obtener para el sistema de reducción de gasto lo genera el paciente crónico y por tanto el mayor incentivo económico a impulsar el per cápita y el trabajo por procesos es el paciente crónico. Yo creo que lo que impulsa al paciente crónico es el proceso es el per cápita, es ver al paciente como uno solo, unos con mayor participación del hospital y otros con mayor participación de primaria, se tengan que ver como esa unidad. Por tanto, a mí hablar de hospitalización y de primaria no lo veo. A lo mejor convendrá más hacer las resonancias en el hospital o te convendrá más hacerlas en un centro de especialidades. Yo creo que el paciente crónico es la clave del ahorro del sistema probablemente porque lo estamos gestionando muy mal, pero no veo haya que reorganizar la primaria, sino reorganizar el sistema y con ello la primaria.

L. Rosado: Te lo voy a explicar de otro modo, ahora mismo la información clínica de los pacientes, en todas la comunidades reside en la información clínica electrónica y esta se rellena en atención primaria y los episodios hospitalarios se incorporan a esa historia. Si tú tienes la información clínica del paciente, lo lógico es que el dueño del proceso asistencial sea Atención Primaria independientemente que tu tengas que pasar por el hospital para genera un episodio hospitalario, un proceso nuevo, que se te incorpore a tu historia clínica, pero es importante que alguien sepa que yo tengo una HTA que soy tratado con un betabloqueante, etc... y alguien tiene que atesorar esta información y esa creo que se atesora en Atención Primaria, no hay ningún hospital que yo sepa que dispone de to-



Carlos Pérez Espuelas

da la información de todos los episodios hospitalarios de un paciente.

A. Santos: Nosotros tenemos implantado dentro de la gestión por procesos la dimensión científico-técnica que llamamos rutas asistenciales. Las rutas asistenciales lo que marcan es el camino del paciente, es decir el camino que debe llevar el paciente y que equipaje debe llevar, y en cuanto tiempo lo tienen que ver en el hospital y cuando lo tienen que devolver del hospital a Atención Primaria, etc.. Hemos definido dentro de lo que es la ruta asistencial, cuantas rutas tienen que volver en un tiempo determinado a Atención Primaria, cuantas tienen que ser de alta

resolución y cuantas se tienen que quedar de por vida en el hospital.

C. Pérez: Yo quiero decir que si el 10% de la población es diabética y el 15% es HTA, etc... no necesita que lo siga el especialista, tendrá crisis en su situación habitual que si precisará del especialista y entonces tendrá que intervenir éste, pero vuelve a salir otra vez de la cadena y vuelve a su médico de primaria. El médico de Atención Primaria que no tiene capacidad temporal de poder estar a lo último de cada una de todas las cosas, debe recibir la información vía especialista para que pueda gestionar con conocimiento al paciente.

C. Ricci: La única diferencia que hago con lo que tú dices es que no solo tienes que acudir a él cuando hace falta, para el paciente crónico es el especialista el que tiene que participar en el diseño cuando también esté fuera del hospital.

La veta aurífera de la eficiencia económica del futuro más inmediato está en la correcta gestión del paciente crónico

José Manuel Baltar

J. M. Baltar: Como conclusión decir que la gran veta aurífera de la eficiencia económica del futuro más inmediato está en la correcta gestión del paciente crónico.