

CAPÍTULO 25

RETOS Y PRIORIDADES EN LA GESTIÓN DE HOSPITALES

J.M. Fernández Díaz

B&F Gestión y Salud

J. Varela

R. Manzanera

Instituto Municipal de Asistencia Sanitaria de Barcelona (IMAS)

1. Introducción

En los sistemas de salud del futuro el papel de los hospitales sufrirá cambios profundos, muchos de los cuales han sido ya apuntados en las secciones anteriores de esta obra. Dicho al modo sarcástico de Paul Valéry: «El futuro ya no es lo que era». En parte se debe a factores de cambio conocidos: envejecimiento demográfico, epidemia de enfermedades crónicas, movimientos migratorios mundiales, expansión de la tecnología y crecimiento del factor de utilización de los servicios, presión sobre los costes, etc., algunos de ellos analizados en el trabajo precedente de X. Castells y col.¹ Pero junto a estos elementos profusamente analizados hay que añadir otros procesos, algunos emergentes de gran importancia (1, 2, 3). Pasamos a comentar algunos de estos nuevos retos.

2. El papel del Estado

La revisión del papel del Estado en un mundo globalizado con profundos cambios en los patrones económicos y en los valores sociales es uno de los retos. Todos los países europeos, de este a oeste, están reformulando, más o menos drásticamente, el papel que el Estado debe ejercer respecto de la protección social y de la distribución de oportunidades de sus ciudadanos. Lo que difusamente se llama en algunos países «tercera vía» (4) no significa más que un nuevo enfoque de la actuación de los gobiernos hacia las políticas de equidad, regulación y estabilidad financiera en la cobertura de los servicios públicos (Estado de Bienestar), mientras que la gestión directa de los servicios se traslada progresivamente, de una u otra manera, hacia la sociedad civil y la iniciativa privada.

¹ *Envejecimiento y utilización hospitalaria.*

Se trata de comprometer a los ciudadanos en su propio bienestar y protección, adoptando el Estado un papel facilitador y redistribuidor (5). La búsqueda de mercados mixtos para la satisfacción de estas necesidades públicas, así como el desarrollo de fórmulas híbridas para la gestión de los servicios públicos y el impulso de iniciativas de capital público-privado para abordar el desarrollo de los servicios seguirá estando en la agenda de nuestros sistemas de salud.

3. La armonización económica, política y social

La progresiva armonización económica, política y social que se está dando entre los países de la Unión Europea va a exigir una revisión a fondo –probablemente no traumática– de las condiciones de acceso a la sanidad de los ciudadanos europeos. En un sistema con libre circulación de trabajadores y ciudadanos y que camina hacia la armonización fiscal, difícilmente se mantendrá el acceso diferenciado a la salud. La homologación progresiva de la oferta asistencial entre los países socios, de la contribución de los ciudadanos tanto fiscal y contributiva como en el momento del consumo y de los precios de los productos y servicios, tenderán a converger.

La eliminación de fronteras y el ingreso de nuevos socios significará un reto importante para nuestros hospitales, tanto en relación a los clientes como respecto al mercado de profesionales. La posibilidad de trasladarse entre países (o regiones) para sortear listas de espera, para recibir más o mejores servicios o pagar menos, o simplemente para buscar empleo, es ya una realidad.

4. La tecnología de la información y la comunicación

La era de la tecnología de la información y la comunicación ha comenzado a revolucionar ya nuestras vidas; y está afectando –y lo hará más en el futuro– a la sanidad. La globalización y popularización de las redes de comunicación, el manejo masivo de información y el abaratamiento de los costes de uso plantean distintos retos. Por primera vez no es el médico la única fuente de información para el paciente; los médicos ahora confrontan pacientes más informados y se enfrentan a un reto de actualización profesional mucho mayor que en años pasados. Los nuevos sistemas de información permiten controlar y optimizar mejor los procesos para simplificar circuitos diagnósticos, por ejemplo; transferir, automatizar y acelerar funciones, con lo que ello implica de adaptación y cambio de los perfiles profesionales necesarios.

Igualmente, el desarrollo de la información permite evaluar mejor las prácticas clínicas individuales de cada profesional y evaluar más certeramente los resultados clínicos y económicos de cada centro asistencial y redes de servicios. La principal barrera a esta revolución informativa recae en la necesidad de reorganizar muchos de los circuitos organizativos existentes, la adaptación de los perfiles y capacidades profesionales y, sobre todo, en un cambio radical de la cultura sobre el derecho y uso de información cada vez más abierta y asequible (6).

5. El ciudadano más autónomo

Un ciudadano más autónomo (7), mejor educado, más mayor, pero también más sano en general, será la nueva «materia prima» de los cuidados de salud. La sociedad de consumo y el mayor énfasis en los derechos individuales plantean exigencias crecientes a los servicios de salud. La tolerancia a las esperas, al trato incorrecto, a la falta de información, a la variabilidad en las prácticas médicas, a la negligencia y a los resultados adversos será mucho menor en el futuro. La reducción de la red de soporte familiar implicará seguramente demandas adicionales de cuidados, y no tanto de curación sobre los servicios de salud que deberán diseñar ofertas asistenciales más adaptadas a estas nuevas necesidades, hoy no resueltas por ninguno de los niveles asistenciales tradicionales.

Deberá desarrollarse toda una nueva oferta de servicios no tanto de recuperación y tratamiento como de mantenimiento de salud, orientado a la mejora de la salud percibida de las distintas tipologías de pacientes. Los servicios que adoptarán formatos diferentes a los actuales son: uso masivo de la información y educación, entornos amigables orientados a la salud y no a la enfermedad, activos para el paciente, nuevos perfiles profesionales (medicina de la conducta, nutricionistas, educadores físicos, etc.) y con un fuerte aprovechamiento de las nuevas tecnologías de telecontrol y telemedicina.

6. La práctica clínica

La práctica clínica se verá sometida a un mayor escrutinio para fundamentar el soporte teórico de sus decisiones (medicina basada en la evidencia), para ajustar las decisiones clínicas a un uso eficiente de los recursos disponibles, para demostrar la eficacia y seguridad de los procedimientos e incorporar las decisiones informadas de los pacientes. Hasta ahora este fenómeno no ha sido impulsado ni por un mayor control o regulación externa de la práctica clínica ni mediante la autorregulación espontánea de los propios profesionales.

Necesariamente los hospitales deberán ser capaces de crear entornos más favorables para que esta regulación profesional ocurra, promocionando la gestión del conocimiento con sistemas de información más orientados a la decisión clínica, más fáciles de usar y más expertos. Provisión de información sobre los resultados obtenidos por la práctica de cada profesional o unidad y compararlos con estándares aceptados, fomentando incentivos basados en resultados y no en producción. También sistemas de promoción basados en certificación y desarrollo profesional, políticas de investigación y desarrollo más dirigidas hacia los objetivos del sistema de salud y no tanto por los intereses comerciales o individuales. Todas ellas áreas sustancialmente mejorables en los sistemas de salud español y europeos.

7. El desarrollo tecnológico

El desarrollo tecnológico se acelerará en el futuro y traerá consigo no sólo nuevas presiones sobre los costes sino elementos cualitativamente diferentes. La medicina y la cirugía guiadas por la imagen permiten afrontar y descubrir nuevas patologías y tratar pacientes que antes no eran candidatos. La miniaturización, robotización y telemedicina permitirán realizar diagnósticos y tratamientos a distancia soportados por especialistas, transferir cuidados y funciones a puntos de la cadena asistencial cada vez más cercanos al paciente, e incluso a este mismo en su propio domicilio con el adecuado soporte y seguimiento.

La irrupción de la biotecnología y la genética clínicas traerá consigo revoluciones en la prevención y en el tratamiento de ciertas enfermedades, aparición de nuevas vacunas y nuevas posibilidades terapéuticas para patologías hoy incurables. Además se presentará un nuevo perfil de enfermo, aquel que conoce su mapa de riesgo genético de enfermedades por anticipado.

El resultado neto en términos de demanda y de costes es difícil de predecir. Por un lado, las nuevas terapias harán innecesarios tratamientos de carácter institucional y más costosos (como ha ocurrido con la úlcera péptica o con el sida); por otro, se sofisticará el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y se ampliará el espectro de actuación a nuevos pacientes y nuevas patologías (6).

8. La calidad de vida

Relacionado con el punto anterior, la aparición de un concepto distinto de salud vinculado no sólo a la curación de la enfermedad sino a la mejora de la calidad de vida (*life enhancement*) traerá consigo, junto con el nuevo desarrollo tecnológico, una frontera mucho más difusa entre salud y bienestar. La biología genética per-

mitirá (permite ya) mejorar las características de las personas, elegir sus rasgos y aumentar su resistencia a determinadas enfermedades o hábitos. Una buena parte de la cirugía ortopédica y traumatológica, plástica y reparadora, maxilo-facial, medicina física y rehabilitación, andrología y ginecología vinculadas a la fertilidad/esterilidad –y tantas otras– responden cada vez más a objetivos de mejora de la capacidad funcional de las personas que a limitaciones graves sobrevenidas como consecuencia de enfermedades clásicas.

Por otra parte, la farmacología del bienestar ya está en nuestras farmacias con nuevos medicamentos o nuevas indicaciones de medicamentos ya conocidos frente a la obesidad, la insuficiencia sexual, la tristeza y los cambios de humor. La reciente sentencia del Tribunal Supremo del Reino Unido rechazando la limitación impuesta por el Gobierno inglés respecto de la prescripción de Viagra®, pone a debate un importante conflicto ético y financiero que hay que resolver para poder deslindar hasta dónde el sistema de salud ha de mejorar la calidad de vida de las personas y qué debe quedar en la esfera y responsabilidad individual. Realizar un ejercicio de determinación de prioridades conjunto entre la sociedad, los profesionales y el gobierno será ineludible.

9. La sustitución de cuidados

Se prevé un crecimiento rapidísimo de las políticas de sustitución de cuidados (8). Sustitución entre tecnologías (medicamentos y vacunas que sustituirán tratamientos médicos o quirúrgicos, técnicas diagnósticas y terapéuticas que eviten el internamiento, etc.); pero también transferencia de cuidados desde los hospitales hacia otros ámbitos como la atención primaria o el domicilio. Seguramente aparecerá, como ya existe en otros países, una nueva modalidad de centros asistenciales ambulatorios y muy especializados en determinadas técnicas y servicios rápidamente resolutivos. Desaparecerán las actuales fronteras entre profesiones, especialidades y niveles asistenciales. Los nuevos servicios de salud requerirán la colaboración conjunta de distintos y nuevos profesionales actuando más coordinadamente.

10. La colaboración y el riesgo compartido

Los nuevos servicios de salud requieren urgentemente una nueva arquitectura del sistema basada en la colaboración (9) y el riesgo compartido, más que en la competencia y en la separación de funciones, como ha sido el paradigma hasta hace poco tiempo (y lo sigue siendo en algunas legislaciones autonómicas recientemente promulgadas). Los sistemas integrados de salud han transformado radicalmente

el paisaje hospitalario en los países más avanzados. Ya no existe lugar para el hospital *freerider*, por mayor prestigio que pudiera haber alcanzado.

Los hospitales norteamericanos han entrado en un rápido proceso de integración vertical con otras estructuras asistenciales (equipos de especialistas y de médicos generales, centros ambulatorios diagnósticos y quirúrgicos, servicios asistenciales a domicilio y otros servicios intermedios, gestión de la prestación farmacéutica, etc.); además de haberse previamente fusionado horizontalmente con otros hospitales en grandes cadenas. Muchos de estos sistemas ofrecen también sus propios planes de aseguramiento directamente al público. Las razones para este movimiento son múltiples; a la necesidad tradicional de ganar economías de escala, de compra y de especialización se asocian las estrategias de ofrecer planes de cuidados que garanticen la continuidad de la atención al paciente y, paralelamente, una sustitución radical de cuidados hospitalarios.

El hospital ya no constituye el centro de beneficios sino el centro de costes de estos sistemas, lo que cambia sustancialmente las estrategias de estas corporaciones. Obviamente, también en la integración vertical existe una estrategia por ganar cuota de mercado a través de los servicios más próximos al paciente. Un sistema de salud como el español –mejor preparado *a priori* para la integración asistencial– está, sin embargo, muy lejos de operativizar y rentabilizar este tipo de estrategias organizativas.

11. La atención gestionada

La adaptación de estas modalidades de atención gestionada (*managed care*) e integrada a los sistemas nacionales de salud requerirá nuevos instrumentos organizativos y financieros que faciliten una atención coordinada y centrada en el paciente –y no en la institución o profesional– y que obtenga mayor valor de los recursos utilizados. Nada de esto ocurrirá, sin embargo, mientras la financiación sanitaria siga dirigida a las instituciones o a niveles asistenciales diferencialmente, como es el caso español. Del pago por procesos (o peor aún, histórico) a los hospitales y capitulo (o también histórico) en atención primaria, se tenderá a financiar globalmente redes de servicios con base poblacional, no utilizando como instrumento de pago una capitación ciega (mejor o peor ajustada por riesgo), sino a través del pago de un conjunto de planes integrados de atención diseñados específicamente para grupos de pacientes con necesidades homogéneas.

Estos planes serán evaluados en base a información e indicadores cada vez más comprensivos y finos sobre los resultados clínicos y económicos del plan asisten-

cial, como indican los trabajos anteriores de M. Casas y S. Peiró² y de R. Manzanera y M.L. de la Puente.³ La evolución y orientaciones del nuevo National Health Service británico se basa en estas políticas para sustituir al «viejo» mercado interno.

Los hospitales afrontarán un nuevo papel en este esquema. Será demandada más atención de hospitales terciarios con suficiente escala y dimensión para asegurar la calidad y costes óptimos en los procesos de alta complejidad. El mayor desafío vendrá para los hospitales intermedios obligados a pensar en procesos ambulatorios y no en camas, y en sistemas de soporte a la red integrada de servicios y no viceversa. Así los planes de atención gestionada más avanzados en Estados Unidos han logrado reducir a una quinta parte la utilización de camas hospitalarias.

12. El control social

El control social sobre los servicios públicos se transformará probablemente en el futuro. Por una parte es evidente el impulso hacia una mayor descentralización política. La transferencia de la gestión sanitaria a todas las comunidades autónomas españolas es ya una realidad en el año 2002. Ya se habla de un segundo proceso de descentralización hacia los municipios, sin duda con un importante papel que ejercer para engarzar los sistemas de salud con la población a la que éstos sirven.

Como instituciones públicas que son, los servicios de salud españoles han de profundizar en la democratización de sus estructuras y procesos de decisión (aún sigue pendiente una revisión profunda de los órganos de gobierno y participación de las instituciones sanitarias) y dar transparencia a las decisiones. Un control social más directo de los propios ciudadanos sobre su sistema de salud requiere canalizar la participación directa de la comunidad en el gobierno de los centros, a través de los órganos de gobierno o mediante un papel más activo y formalizado de las organizaciones de enfermos, usuarios, familiares y cuidadores.

El sistema de salud debe ofrecer una información más transparente e inteligible sobre los aspectos de los cuidados de salud, acceso y calidad de los servicios que interesan a los ciudadanos. La publicación precedente de A. Navarro y col.⁴ con las memorias de un grupo seleccionado de servicios autonómicos de salud muestra el trabajo inmenso que queda por avanzar en este proceso. Una mayor capacidad de

² *Análisis comparado de la actividad y resultados de los hospitales.*

³ *Producción hospitalaria y ganancias en salud.*

⁴ *Sistema sanitario público en algunas regiones españolas. Oferta y producción hospitalaria 1999.*

elección y una más eficaz respuesta ante los problemas de malpraxis, negligencia o efectos adversos de los servicios son también aspectos decisivos en la democratización de las organizaciones sanitarias públicas.

La Tabla 1 presenta esquemáticamente el escenario hacia el que se prevé que caminen los hospitales en el inmediato futuro, en la perspectiva de los escenarios actuales y pasado.

Tabla 1
Escenarios en el desarrollo de los servicios hospitalarios

	Escenario pasado	Escenario actual	Escenario futuro
Elementos	Contención de costes	Mejoras de gestión	Mejoras de salud
Objetivo	Tratar la enfermedad	Tratar la enfermedad y satisfacer al cliente	Cuidar la salud en colaboración con el paciente
Punto focal	Paciente hospitalario	Paciente ambulatorio	Continuo asistencial y pacientes controlados en domicilio
Financiación	Presupuestos por institución y línea de gasto	Costes de producción	Planes integrados asistenciales. Vinculación a resultados. Transferencia de riesgo
Metas de coste	Días de hospitalización y factores de producción	Gestión de procesos	Gestión de enfermedades. Costes globales de pacientes
Control del proceso clínico	Ninguno	Autocontrol profesional Gestión clínica de procesos	Gestión del conocimiento. Negociación profesionales y pacientes/familias. Revisión de resultados y gobierno clínico

13. Las prioridades del sistema sanitario

Por lo que respecta a las prioridades del sistema sanitario español, y más concretamente para sus hospitales, se relacionan con los retos definidos anteriormente. En cierta forma son los mismos objetivos recientes, pero abordados con nuevas estrategias e instrumentos. Existe un claro denominador común en los trabajos que conforman este capítulo sobre los hospitales y las ganancias en salud que aportan, y es el relacionado con la necesidad de avanzar hacia una gestión hospitalaria de base poblacional. Esta gestión tiene cinco fundamentos que constituyen, a nuestro juicio, las prioridades para el inmediato futuro del sistema hospitalario español:

- a) Una atención de salud orientada a las personas, que deberá articularse en torno a las necesidades específicas de los pacientes, convenientemente caracterizados y agrupados, y no en base a la oferta de servicios de cada institución o nivel asistencial, como se hacía clásicamente. Ello exige diseñar planes de cuidados específicos con objetivos clínicos y económicos definidos para cada uno que integren la atención a lo largo de todo el continuo asistencial, muy orientados al cuidado y mantenimiento de la salud y no sólo a su recuperación, utilizando un amplio espectro de modalidades asistenciales sustitutivas de la atención hospitalaria y con un papel muy activo de los propios pacientes.
- b) La financiación de planes de cuidados y de riesgo compartido. La financiación sanitaria deberá cambiar radicalmente su orientación para pasar a sufragar planes asistenciales completos que incluyan la atención primaria, ambulatoria, domiciliaria, y también farmacéutica. El reto ya no estará en seguir reduciendo marginalmente la estancia de los pacientes en los hospitales, sino en evitar por completo la hospitalización a través de una anticipación en la gestión de pacientes y de enfermedades (10) que evite episodios de enfermedad y complicaciones. Como ejemplo, la hipertensión arterial en España es causante según un estudio reciente de 1.000.000 de estancias hospitalarias anuales, la mayor parte de ellas evitables con un mejor control de la enfermedad y de sus factores de riesgo (11).
- c) Los hospitales necesitan articularse organizativa y funcionalmente dentro de sistemas integrados de salud que sirvan a una población determinada y conocida. Para ello caben tanto modelos de integración organizativa y de gestión completas (la gestión de áreas de salud) como la creación de alianzas estratégicas entre niveles y prestadores, públicos, privados o de ambas naturalezas, capaces de ofertar planes asistenciales completos e integrados, a la vez que compartir riesgos y beneficios.
- d) Los resultados de los hospitales medidos como *performance* poblacional exigen el desarrollo de baterías de indicadores bien conceptualizados, capaces de medir las distintas dimensiones de la calidad, eficiencia, eficacia y contribución a la mejora de salud que interesan a la sociedad y orientados a la identificación de los centros de excelencia y la mejora de las prácticas de los restantes. Estos resultados deberán venir acompañados de políticas de comunicación y difusión de resultados para favorecer el control social de los distintos sistemas de salud, la orientación de las políticas de salud y la asignación financiera.

- e) La acreditación hospitalaria y gobierno clínico han de ser instrumentos esenciales –como plantean en el trabajo precedente R. Suñol y C. Humet–⁵ para garantizar la calidad que los ciudadanos demandan. Un sistema y una atención sanitaria cada vez más sometida a escrutinio público y con ciudadanos más autónomos y más capacitados para ejercer sus derechos exige de los hospitales y de las autoridades sanitarias que los procesos y prácticas clínicas estén sometidos a una rigurosa regulación y revisión tendentes a minimizar, hasta donde sea posible, los riesgos inherentes a toda intervención sanitaria.

Se trata, en suma, de una transformación radical del papel de los hospitales más que de un cambio de orientación en la gestión o de una mera introducción de nuevas herramientas. Transformación que, como todos los cambios sociales, requiere un fuerte liderazgo, un amplio respaldo y un acuerdo entre todos los afectados. Solo que, esta vez sí, el ciudadano ha de ser protagonista.

Bibliografía⁶

1. Kerr Ron. Analysis and Action in Health Services. En: *The Future of Public Services-2007*. London: Office for Public Management; 1995.
2. Bengoa R., Camprubí J, Echebarría K, Fernández Díaz JM, Via JM. *Sanidad, la reforma posible*. Barcelona: Esade; 1997.
3. Nichol D, et al. *Healthcare 2000*. London: UK Pharmaceutical Partners for Better Healthcare; 1996.
4. The New NHS. *Modern and Dependable*. London: Department of Health; 1997.
5. The State in a Changing World. *World Development Report 1997*. Washington: The World Bank; 1997.
6. Wyke A. Peering into 2010. A Survey of the Future of Medicine. *The Economist*. 1994: March 19.
7. Fernández Díaz JM, et al. La sanidad y los ciudadanos: un nuevo contrato social. En: Bengoa R, Camprubí J, Echebarría K, Fernández Díaz JM, Via JM (editores). *Sanidad, la reforma posible*. Barcelona: Esade; 1997.
8. Saltman R, Figueras J. *Reformas sanitarias en Europa. Análisis de las estrategias actuales*. Madrid: World Health Organization; Ministerio de Sanidad y Consumo; 1997.

⁵ *La garantía de calidad y acreditación en España*.

⁶ Este artículo contiene algunas reflexiones ya publicadas por el autor en la revista *El Médico* (25-junio-1999: 58-63).

9. Bengoa R. *De la Fragmentación a la Colaboración*. Libro de Ponencias a las Jornadas de Economía de la Salud. 1999 Junio. Zaragoza: Asociación de Economía de la Salud; 1999.
10. Bodenheimer T. Disease Management – Promises and Pitfalls. *The New England Journal of Medicine* 1999; 15: 1202-1205.
11. Fernández JM, Nuño R, Nichol D, Latorre K, Gaminde I. *La hipertensión arterial en España: Impacto económico y en salud*. Madrid: Sanofi-Synthelabo y Sociedad-Liga Españolas de Hipertensión Arterial; 1999.