

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN SOBRE LA REINVENCIÓN DEL HOSPITAL

MÓDULO 1 (Módulo de Entrada)

LOS CAMBIOS DEL MODELO SOCIAL.

**LAS NUEVAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LOS
CIUDADANOS**

DHC Consultoria
i Gestió SA



30 de septiembre de 2005

A. INTRODUCCIÓN

Cualquier proyecto de investigación parte de una descripción del fenómeno que se quiere estudiar y se formula una hipótesis de su causalidad que luego se tratará de validar a través de un proceso inductivo, deductivo o dialéctico.

Un proyecto de investigación

Este primer módulo del proyecto "Reinvención del hospital" quiere cubrir este objetivo ofertando una visión respecto al porqué de la crisis del actual modelo de hospital así como de sus posibles líneas de solución que servirán de base para su validación a través, en este caso, de la metodología Delphi.

B. EL FENÓMENO Y SUS CAUSAS

1. El modelo hospitalario actual ha dado de sí todo lo que podía dar. Ha sido el catalizador de un cambio de gran trascendencia en la atención especializada en España, pero ha agotado su vigencia.

Los hospitales de hoy en lo que hace referencia al "hard core" del negocio son iguales a los de 30 años atrás. El hospital de hoy es hijo de la jerarquización, el programa MIR y el paso de ATS a DUE. Nada más se ha aportado en lo esencial desde entonces.

Un modelo de hospital agotado

Se ha cambiado la anatomía, pero no la fisiología y mucho menos la histología. A lo sumo los cambios habidos (algunos de ellos aparatosos como la incorporación del modelo gerencial) además de predecibles lo han sido en una línea de suave evolución que se ha limitado a reproducir y fortalecer el paradigma asistencial de partida dado la inmensa resistencia al cambio que el sector presenta.

2. La jerarquización tal cual la concebimos hoy está acabada. Ha sido superada por los modelos de gestión empresariales de referencia, el nuevo enfoque del curar y cuidar multidisciplinario, la generalización de la información y el conocimiento e incluso por el proceso de relevo generacional.

El programa MIR cubierto con gran éxito sus objetivos acorde las necesidades existentes en el momento de su creación debe abordar un profundo cambio en su enfoque mucho menos cuantitativo que cualitativo. El dilema ¿especialistas o expertos? es el que mejor explica el "core" de la reflexión.

¡El gerente ha muerto, vida al gerente!

La enfermería dio un gran paso al frente con su conversión en diplomatura universitaria, pero no logró un cambio básico en sus profesionales. Su mentalidad sigue siendo esencialmente "proletaria" cuando acorde a su status universitario, debería haber evolucionado hacia el "cognitariado". Su próximo futuro no pasa por las especialidades sino por una nueva ubicación en el equipo asistencial con más protagonismo, pero con más exigencia en el contenido profesional.

Por último, la figura gerencial tras poner orden en las rutinas básicas, después de haber “empresarializado” los hospitales debe sustituirse por alguien que conozca el “negocio” y esté vocacionado por él. Es la gran paradoja, por otro lado, tan común en muchos órdenes de la vida; los que han protagonizado y han hecho posible el cambio no son las más cualificadas para gestionarlo.

3. Mientras el cambio de modelo social ha sido espectacular, los valores y creencias de los ciudadanos han mudado extraordinariamente y con ello sus necesidades y expectativas y, consecuentemente, la tipología de sus demandas.

Si bien se ha reforzado el posicionamiento del ciudadano/cliente ante el sector público éste sigue demandando servicios públicos, pero con estándares de calidad privada en lo tocante a la calidad aparente.

El cambio social
ha sido
espectacular

No resueltas todavía de forma satisfactoria las demandas de primera generación (accesibilidad, trato, información, personalización, etc.), aparecen con fuerza las de segunda generación (autonomía, co-participación en el proceso asistencial, mayor capacidad de decisión en todo aquello que les afecte, equidad versus justicia, democracia deliberativa versus democracia participativa, etc.) para cuya satisfacción (*patient empowerment*) no están preparados ni las organizaciones ni sus profesionales.

4. Todo ello se traduce pues, en un cambio social profundo que nos cuesta aceptar. Se reduce la crisis actual a una crisis coyuntural vinculada a una financiación escasa. No se reconocen otro tipo de problemas so pretexto (lo que no deja de ser real) de la satisfacción de los ciudadanos respecto a su sistema público de salud que hace que los problemas del sector sanitario no ocupen nunca los primeros lugares en la preocupación de los ciudadanos y como consecuencia de los políticos. Ello, que es cierto se debe a que el sistema público de salud en España es muy bueno y razonablemente económico, pese a que hoy no se pueda pagar. No preocupa porque no da problemas de entidad, no porque no interese a los ciudadanos, pues la salud en términos estrictos en una de sus mayores preocupaciones.

La crisis no es
coyuntural

El reducir la crisis a su manifestación coyuntural (financiación) es de una miopía preocupante. El problema de fondo es el que se deriva de la crisis estructural (modelo) que de no solucionarse (por mucha pereza que de a los políticos abordar un tema de esta naturaleza) hará inútiles todos los esfuerzos que sobre la financiación puedan hacerse, pues sea cual sea la solución que al respecto se adopte no será más que poner un parche que al poco tiempo demandará de otro y otro y, así sin fin.

5. El sistema sanitario público español ha llegado a un punto límite en cuanto a su sostenibilidad económica y financiera. El problema no reside únicamente en mejorar el sistema de financiación añadiendo recursos adicionales que acerque su participación en el PIB al promedio de los 15 de la UE (± 1 punto de PIB adicional), pues éste no sería un punto final dado que los países que ya están en este nivel sufren problemas similares a los nuestros.

El sistema en el contexto del contrato social vigente precisa anualmente de un crecimiento mínimo del PIB más dos-tres puntos para acompañar el envejecimiento de la población, el cambio de su patrón epidemiológico, el surplus de demanda que la mejora del nivel de vida y educación sanitaria comporta y los costes adicionales derivados de los avances tecnológicos y esto no es viable a medio plazo ni en la sanidad en general ni en la atención hospitalaria en particular que significa el $\pm 54\%$ del coste total.

La crisis es estructural

Hoy día cuesta todavía aceptar la visión de la sanidad no únicamente como un gasto sino también como generadora de PIB.

Nota: El incremento de la población cubierta por la sanidad pública es responsable de $\pm 20\%$ del crecimiento del gasto. El IPC sanitario y las mejoras salariales del $\pm 45\%$ y la intensidad de recursos cuantitativos y cualitativos del $\pm 35\%$ restante.

6. Es imprescindible, al igual que está ocurriendo en toda Europa (con Alemania y Francia a la cabeza), una revisión del contrato social entre los ciudadanos y el Estado para redefinir las responsabilidades relativas de unos y otros respecto al bienestar de los mismos.

Un nuevo equilibrio entre Estado-Ciudadanos-Mercado debe producirse para asegurar la pervivencia de un Estado de Bienestar basado hoy en el subsidio que no debe sustituirse por una Sociedad de Bienestar que apueste por el esfuerzo como única referencia, sino que debe alumbrar un Estado del Bienestar reinventado que asegure por la vía de la solidaridad un correcto equilibrio entre subsidio y esfuerzo, de forma que se asegure a todos los ciudadanos tanto el alineamiento en el kilómetro cero al inicio de la carrera de la vida como la cobertura del infortunio en su recorrido gratificando sí el esfuerzo, pero sin poner en cuestión la solidaridad.

Debemos
revisar el
contrato social

7. Se incrementarán las prestaciones privadas o no cubiertas por el seguro público en centros públicos. Ello se deberá a causas diversas. Por un lado el aseguramiento público dejará de cubrir determinadas prestaciones con un bajo nivel de coste/efectividad o efectividad/equidad. Ello no implicará que las mismas sólo puedan ser prestadas por centros privados sino que los públicos también podrán ofertarlas pero cobrándolas (optimización de conocimientos, estructuras y equipos). Por otro, éste será un mecanismo para mejorar la fidelización y la implicación y compromiso de los profesionales al poder, por esta vía ofrecerles un surplus de ingresos.

Networking
público-privado

Obviamente se requerirá arbitrar mecanismos que no permitan una competencia desleal (dumping en precios, déficits cubiertos públicamente, etc.) o vulneración del principio de la lista de espera única. La directiva europea sobre empresas públicas ayudará a ello.

8. El cambio de la estructura etaria de la población es trascendente. El envejecimiento provoca cambios de demanda significativos (pacientes con procesos crónicos, pluripatológicos, más dependientes y con mayores necesidades sociales) La población mayor de 65 años demanda cuatro veces más de atención hospitalaria que la que se halla en el tramo 15-65. España, uno de los países más envejecidos de Europa, cuenta con un 18% de su población mayor de 65 años que se elevará al 25% en el 2025.

No debe olvidarse sin embargo que si bien es cierto lo anterior también lo es que cada vez más las personas mayores gozan de una "mejor mala salud" debido a una cultura del autocuidado que va conformando estilos de vida que darán cada vez más trascendencia a la dependencia que a la enfermedad en estos tramos etarios.

La repercusión
de los cambios
demográficos

La demanda de salud, pues, está cada vez más asociada a una problemática social en la cual enfermedad y dependencia no siempre son separables. La falta de recursos para atender a la dependencia carga sobre el sector salud (que además es gratuito) una demanda que no le corresponde. Un 30% de los mayores de 65 que están en un hospital no precisaría estarlo si existiesen recursos adecuados para atender sus problemas de dependencia-enfermedad que no requieren servicios de atención especializada para su solución.

Nota: En España existen 7 millones de mayores de 65 años de los que sólo el 10% reciben atención a su dependencia (± 700.000) cuando existen $\pm 2,8$ millones de personas dependientes un millón de las cuales con dependencia severa.

9. Paralelo a ello y, en parte en función de ello, se está produciendo un cambio social significativo en lo que respecta al lugar de este tipo de pacientes en su entorno familiar. El "ensañamiento terapéutico" es propiciado no solo por los profesionales en función de su propia escala de valores y una creciente difusión de la "teoría del rescate" sino también demandada por los propios entornos familiares que tienden a desentenderse del cuidado de sus mayores responsabilizando del mismo a los recursos institucionales condicionando de forma significativa los modelos asistenciales y los comportamientos profesionales y organizativos.

Salud y
sociedad

Especial trascendencia en la actitud defensiva de profesionales e instituciones ante la presión social respecto a los presuntos errores de la práctica profesional de los que curan o cuidan, así como ante el mal funcionamiento organizativo de los dispositivos hospitalarios siempre amplificado por los medios de comunicación que olvidan sistemáticamente los miles, millares, de actos excelentes y que sólo airean los susceptibles de presunta mala praxis.

No estaría de más actualizar la ley de responsabilidad civil general para incluir los temas sanitarios que hoy no gozan de regulación específica y, por lo tanto, su tratamiento es discrecional e instaurar un modelo similar al sueco que asegure los daños sanitarios evitables sin requerir la existencia de negligencia o culpa.

Debe señalarse también el poco afortunado marketing social político que exacerba las demandas de los ciudadanos dejando a instituciones y profesionales la responsabilidad de explicar a los ciudadanos las limitaciones con las que el sector trabaja.

10. El cambio del patrón epidemiológico también es significativo. A los cambios derivados del ya citado envejecimiento de la población deben añadirse cada vez con mayor trascendencia los cambios de los estilos de vida asociados a un nuevo modelo social con su traducción en unas patologías emergentes que hay que atender.

También es relevante el impacto del nuevo concepto salud, que estos nuevos estilos de vida comportan ante la dimensión social de la salud y la enfermedad, configurando así un nuevo patrón epidemiológico que obliga a revisar la cartera de servicios y los modelos organizativos capaces de prestarlas.

El cambio del patrón epidemiológico

En otro orden de cosas, pero también con traducción en el patrón epidemiológico deben añadirse cada vez con mayor trascendencia la superposición del fenómeno inmigratorio que implica, en algunos casos, el rebrotar de enfermedades o problemas ya erradicados en nuestro contexto social asociados a una diversidad multicultural que acentúa la necesidad de puesta al día ante esta nueva realidad del conocimiento profesional y de sus habilidades comunicativas y de transferencia de la información.

11. El eco-sistema del sector público exige para su correcto funcionamiento un adecuado encaje de cada uno de los tres roles del ciudadano en el mismo; sus roles como sociedad, propietario y cliente deben ser nítidamente delineados.

Como cliente, el ciudadano debe encontrar en los hospitales respuesta a sus necesidades y expectativas a través de una organización centrada en el cliente que se comporte como tal y que piense "como el paciente" y no "en el paciente".

El ciudadano como cliente, propietario y sociedad

El problema es que no hemos sabido convertir el ciudadano de usuario en cliente y nos hemos limitado a darle el peor estatus que podíamos que es el de consumidor. Cuando es usuario acepta el consejo profesional y se somete a él. Cuando es consumidor sin el freno del coste-utilidad cae en el "moral hazard" y consume sin fin. Su exigencia se magnifica e incluso se siente legitimado para desconsiderar a los profesionales que le atienden.

La incardinación del hospital con la población y el territorio a la que debe servir es imprescindible. Para ello es preciso que como propietario que es el ciudadano se comprometa en su gobierno que no en su gestión. Un modelo de democracia participativa colocaría en el gobierno los fiduciarios de los ciudadanos que es la burocracia política. En un modelo de democracia deliberativa estos estarían representados tanto por los entes locales como por la sociedad civil. Esto permitiría situar a los directivos en su verdadera función sin dejarse vencer por la tentación de orientar su trabajo a la "política". A su vez facilitaría a los profesionales la priorización del principio equidad sobre el de la justicia.

Los recursos escasos exigen decisiones sobre su priorización. Cuando eres cliente deseas lo mejor para ti. Cuando eres propietario buscas lo mejor para tu negocio que se basa en los clientes y cuando eres sociedad priorizas los recursos escasos ante las necesidades sociales.

12. La evolución tecnológica es exponencial y su traducción en los costes hospitalarios innegable. Raramente una nueva tecnología se traduce en reducción de costes operacionales ante el sistemático olvido del principio de "sustitibilidad" y al efecto de "expansión". Desde la perspectiva micro el hospital es víctima y victimario de la tecnología desde la perspectiva macro (sector salud) la conclusión quizás pueda ser diferente. Obviamente también es innegable su aportación al progreso técnico y científico y, por lo tanto, a la mejora diagnóstica y terapéutica, ya sea tanto en lo que respecta a la tecnología hard como la soft.

No es problema del hospital la evaluación de la tecnología, su reto es la excelencia en la utilización de la misma. La tecnología no sólo modifica (y mejora) diagnóstico y tratamiento (innovación en producto), sino que altera también substancialmente la práctica profesional (innovación en proceso). Desde la MBE a la terapia génica los profesionales han visto alterado su paradigma convencional de trabajo mejorando su actitud científica, pero como contrapartida muchas veces haciéndoles perder la visión del enfermo sustituido por el procedimiento, el aparato o la técnica.

El impacto de la
revolución
tecnológica

También se ha visto influido el modelo de organización y gestión. La mejora tecnológica a menudo instada por los mecanismos de pago ha orientado al hospital hacia una institución cada vez más ambulatoria que elude la utilización del recurso cama en todo lo ambulatorizable con la contrapartida de lo que sí continúa requiriendo hospitalización es cada vez más agudo y tributario de una mayor intensidad de utilización de recursos.

Mención especial para la trascendencia de las tecnologías de la comunicación-información que modificarán los escenarios actuales tanto por la accesibilidad que dan al ciudadano como por la conectividad entre nodulos organizativos que permite.

La tecnología, pues, presenta una dicotomía notable. Por un lado, impulsa en función de ser capital-intensivo a concentrarse en pocos centros y por otro, la telemedicina por ejemplo, incita a su ubicación descentralizada, lo que incluso pone en cuestión el tamaño óptimo de los hospitales considerado hasta hoy en el intervalo entre 250 y 600 camas.

13. Paralelamente a ello, el mundo de la gestión empresarial ha sufrido fuertes cambios culturales e instrumentales que han dejado obsoletos los instrumentos de primera y segunda generación del ayer (los de referencia en la empresarización de los hospitales) reposicionando el centro de gravedad del sistema de forma diferente entre el "negocio" (¿quiénes son nuestros clientes?, ¿qué problemas tienen?, ¿qué productos/servicios pueden resolvérselos?, ¿cómo se los hacemos llegar?) y la "empresa" (estructura organizativa capaz de poder replicar el negocio una día y otro) volcándose en el negocio y situando la empresa al servicio de aquel.

¿Negocio o empresa?

No es este nuestro caso. El cliente interno sigue dominando sobre el cliente externo y el marketing de producto prima sobre el marketing de cliente y, pese a ello, no somos capaces de convertir a nuestros profesionales y trabajadores a imagen y semejanza de lo que ocurre en las empresas de trabajadores en socios.

14. La legitimidad institucional de los profesionales justificada tradicionalmente por el simple hecho de "ser y estar" ya no es suficiente. Los ciudadanos les reclaman la legitimidad objetiva de los resultados. Ello obliga al paso de la medicina arte a la medicina ciencia, lo que presupone pasar de una práctica en incertidumbre a una en riesgo. Esto juega a favor del profesional que ve sometida su actuación a la evidencia científica y no a la *lex artis*, pero a sensu contrario pone en cuestión la base de su legitimidad tradicional, en la que se siente comfortable.

La legitimidad institucional no basta

Además esta práctica no se produce en los hospitales de hoy en un marco liberal ni muchas veces como una responsabilidad individual y el equilibrio eficacia-efectividad-evidencia debe producirse bajo una concepción de la calidad sobre la cual los ciudadanos y las empresas tiene mucho que decir y que, muy a menudo, consideran simplemente como barrera de entrada lo que aquellos, los profesionales consideran como signo de excelencia.

15. Al igual que el hospital, la jerarquización tal cual la entendemos hoy ha agotado todo lo que podría dar de sí. No se trata como en aquel caso de cambiar por cambiar o de hacerlo para enmendar los errores del pasado, sino que de lo que se trata es de ganar un futuro que es diferente del pasado. La propia estructura del Servicio debe entrar en revisión. Orientarse más que a las áreas de conocimiento a problemas o procesos uniendo a través de alianzas de diversos tipos a aquellos servicios convencionales que comparten de forma

La democratización del servicio

significativa al paciente, ya sean éstos clínicos o centrales. Éstos los centrales también participan de la misma problemática interna y, en función de una nueva concepción de "servucción" deben orientarse de forma diferente hacia sus clientes.

La democratización del servicio con el propósito de facilitar el sentimiento de socio de sus componentes exige otra estructura tanto de gobierno y dirección como funcional (estructura matricial que entrelaza responsabilidades sobre áreas de negocio y de conocimiento). La traducción de todo ello es la necesidad de un nuevo perfil de Jefe de Servicio o de líder de las alianzas a crear que además de un buen técnico y científico, sea un buen gestor de personas, pero también un excelente "hombre de negocios".

16. La empresarialización en serio de los hospitales exige desterrar o reubicar en su verdadera dimensión toda una serie de principios considerados hoy como inmutables.

La inseparable triada asistencia-docencia-investigación ha de resituar el peso relativo de cada uno de sus componentes. El perfil asistencial no tiene nada que ver con el docente e investigador. Es bien cierto que la buena asistencia precisa del método científico que se alimenta en lo que respecta a la generación de evidencia de la investigación, pero ésta no está al alcance de todos, aunque sí lo esté la aplicación del método científico en la práctica asistencial. Nada hay más desigual que considerar iguales a quienes no lo son por lo que el café para todos en la I+D+i debe desterrarse. Deben dedicarse a I+D+i los vocacionales y los capaces y el prestigio del "enfermo factor" ha de estar por encima del "impact factor".

Acabar con la
liturgia

Ello se traducirá en una potenciación de la profesionalización vía las redes temáticas de investigación que integran grupos científicos dispersos y de los que en el futuro no superarán una decena de centros de Investigación Biomédica. Coexistirá con esta investigación profesionalizada la investigación traslacional convencional en la que los clínicos continuarán siendo sus protagonistas centrados en la innovación.

No hay que olvidar que casi siempre la "pregunta" a investigar parte de un problema clínico por lo que la interacción entre clínicos e investigadores es imprescindible y difícilmente habrá una investigación de calidad si no hay una asistencia de calidad.

Realismo también en la formación continuada que en principio es una responsabilidad (a su cargo y a su tiempo) de toda los profesionales para mantener en el nivel de excelencia sus capacidades basales y, por lo tanto, su puesto de trabajo, siendo únicamente responsabilidad empresarial el facilitar el acceso a conocimientos y habilidades nuevos a sus profesionales acorde a su estrategia empresarial (genética, genoma, biotecnología, etc.)

17. Los intereses que inspiran a los hospitales y sus profesionales no son los mismos y esto provoca una falta de implicación y compromiso de estos profesionales con sus centros que están en la génesis de la mayoría de los desencuentros entre gestores y clínicos.

Mientras unos hablan de ética, otros quieren hacerlo de deontología y cuando unos apelan al principio de justicia como norte de su actuación profesional, otros apelan a la equidad como principio superior al de la justicia.

Cuando unos orientan su práctica en la búsqueda de la excelencia que les propicia una actuación eficaz, otros les piden que la supediten a la efectividad y cuando se reclama respuesta a una demanda de mayor autonomía por parte de los pacientes, los profesionales la traducen a lo que enuncia el principio ético de la autonomía que en más de una ocasión no se compadece con las exigencias de las personas.

Compartir
valores es
imprescindible

El conflicto se inicia en la formación curricular donde se infunden a facultativos y diplomados unos principios que no cuadran con las necesidades de las empresas donde deberán prestar sus servicios ni con las exigencias de sus clientes.

Luego, se agrava cuando estas empresas son incapaces de aportar al desarrollo del intelecto profesional de sus colaboradores argumentos para negociar y pactar una escala de valores que les haga sentir confortables con sus propios valores.

18. Los hospitales de hoy parecen incapaces de dar respuesta no sólo al porqué los profesionales deben implicarse y comprometerse con sus organizaciones, sino también a qué es lo que deben hacer para no desmotivarles ante la imposibilidad real de motivarles dado que ésta es una condición personal (estoy motivado por mi profesión) en lo que poco pueden hacer. Esta incapacidad incluso se manifiesta cuando simplemente se trata de convertir la insatisfacción en no insatisfacción en el trabajo diario.

La respuesta simplista de que el marco laboral impide una política de personas adecuada reduciendo ésta a la capacidad de premiar o censurar no sirve. El desconocimiento de los mecanismos básicos que impulsa el trabajo profesional (logro, reconocimiento y trascendencia social) y del instrumental adecuado para gestionarlo positivamente está en la base de los fracasos de la mayoría de los intentos realizados hasta el momento que apelan a un único remedio que es el dinero.

Logro,
reconocimiento
y trascendencia
social

La oportunidad que en este sentido representa "la carrera profesional" está siendo dilapidada por una visión administrativa y burocrática de corto alcance sobre el instrumento.

19. La gestión clínica es otra de las novedades del sector en la que se ponen grandes esperanzas y sobre la que existen extraordinarios equívocos.

La gestión clínica no es una nueva forma de gestión de los Jefes de Servicio o de los supervisores. La gestión clínica no es más que la obligación deontológica de todos los profesionales de gestionar y ello implica reducir la variabilidad de su práctica clínica e incorporar el coste como un elemento más a la hora de la decisión clínica.

Sus problemas no residen en la disponibilidad de guías de práctica clínica o en poder acceder al *meadline* o a la colaboración *cochrane*. Sus problemas reales derivan, por un lado, de que los clínicos no quieren ahora sacarles las castañas del fuego a los gestores ni entrar en la medicina ciencia y, por otro, a que los gestores no tienen confianza en los clínicos, pues no están seguros de que compartan los mismos valores y, por ello, sólo están dispuestos a dejarles administrar cuando el clínico, en todo caso, sólo está interesado en gestionar tanto en cuanto el paradigma de actuación de los clínicos y de los gestores es el mismo.

Gestión clínica,
obligación
deontológica

No debe olvidarse, sin embargo, que la misión fundamental del colectivo médico y el de enfermería es el de diagnósticos, tratar y cuidar de sus pacientes por lo que las tareas indirectas, organizativas y administrativas que se adjudiquen a estos deben ser mínimas.

No es ajeno a un concepto de gestión clínica de avanzada la comprensión del inminente paso de la medicina basada en el diagnóstico a una medicina centrada en el pronóstico, de una actuación clínica basada en guías de práctica clínica estandarizadas a guías y cuidados personalizados en función de los avances de la bioterapéutica lo que obligará a una pronta revisión del concepto gestión clínica cuando todavía el de hoy no lo hemos acabado de formular.

20. Es indiscutible que la especialización se ha traducido en una mejora del conocimiento del que se ha beneficiado la asistencia. El problema es que llevado al extremo, con áreas de conocimiento cada vez más estrechas, pero más profundas, van en contra de las necesidades de los propios pacientes que son vistos desde las partes para construirse una imagen del todo o de los propios profesionales que pierden de vista al citado enfermo, la verdadera razón de ser de su profesión y la sustituyen por el procedimiento o la técnica incapaz de dar sentido a 35 ó 45 años de carrera profesional. Tal vez llega la hora de reconsiderar la figura del especialista y de regresar a la del experto integrando adecuadamente a estos en la gestión de los procesos.

¿Especialista o
experto?

21. Paralelamente a ello, las actitudes profesionales que deben acompañar a las competencias profesionales (aptitudes) también han sufrido notables cambios debido al posicionamiento de los pacientes en su relación con los profesionales consecuente al nuevo modelo social. Cambio social que también afecta a las propias profesiones de las ciencias de la salud, de las cuales la feminización no es una de sus menores consecuencias junto a una deslegitimación social que deja perplejos a los profesionales, aunque continúen siendo estas profesiones uno de los mejores valoradas por los ciudadanos y que actualmente presentan un notable repunte en cuanto a las preferencias de quien debe elegir su carrera universitaria.

Tal vez no sea ajeno a ello la socialización del balance oferta-demanda de estas profesiones en las que curiosamente se da la paradoja de que España cuenta en lo tocante a médicos la mejor proporción de habitante por médico (junto a Italia) de toda Europa, uno cada 250 habitantes (la misma proporción que de habitantes por policía) y, sin embargo, la penuria de los mismos en ciertas especialidades es alarmante. Tal vez esto deba hacer reconsiderar la ubicación de una oferta no atractiva para la demanda de estos profesionales.

En otro orden de cosas debe revisarse también la ya citada superespecialización y la excesiva medicalización del sistema impulsando y desarrollando el papel de la enfermería y los técnicos dentro del equipo asistencial.

El manejo de relación médico-paciente exige acomodarse a nuevos patrones y esto sigue sin ser fácil.

22. Deberemos encontrar una respuesta apropiada a la insatisfacción y el malestar del sector profesional, dado el carácter laboral discordante, en el que se mezclan situaciones de naturaleza muy diversa (desmotivación y estímulos insuficientes, falta de compromiso, situaciones de *burn out*, reivindicaciones económicas y conflictividad), y de origen multicausal y complejo (situaciones personales, de cada centro, propias de la evolución social)

También hay que abordar los cambios producidos por la ya citada progresiva feminización de la profesión médica. Diversas informaciones apuntan hacia ala existencia de un profundo cambio en las actitudes y las prioridades vitales de los nuevos profesionales cuando se comparan entre géneros, y que daría lugar a un colectivo, en general, mucho menos dispuesto a aceptar condiciones que comporten una interferencia en la vida familiar (el 71% de los varones tiene otro empleo mientras que esto ocurre sólo en el 49% de las mujeres). Habrá que revisar algunos esquemas históricos de trabajo, que podrían favorecer una organización hospitalaria dotada de una mayor flexibilidad por lo que respecta a dedicaciones.

Será necesario también gestionar, de una forma positiva y en la dirección de los intereses generales, el proceso de recambio generacional que, inevitablemente, se debe producir en el curso de esta década. Constituye, pues, una oportunidad de renovación y modernización de servicios.

Nuevas
actitudes

Gestionar la
problemática
profesional y
aprovechar las
oportunidades
del cambio

23. En la segunda mitad del siglo XX el aumento del nivel de vida, la cultura del bienestar y del ocio con los avances tecnológicos, los distintos modelos organizativos y la accesibilidad de los sistemas de salud han desplazado la profesión médica del reconocimiento social adquirido. Su capacidad de decisión está limitada por la presencia de modelos sanitarios estatales o de la provisión sanitaria entorno a corporaciones industriales.

La sociedad del siglo XXI dispone de ciudadanos más conscientes, maduros y exigentes, Más informados y conscientes de su existencia, atenciones y prevenciones. Más dependientes de los medios de comunicación que del saber tradicional y en este sentido, más débiles e inestables en sus convicciones. Más reacios a renunciar a las ventajas adquiridas, a ver descender su nivel de vida y aceptar sacrificios con ascenso de los particularismos e intereses corporativos, en conclusión más consumistas con fin utilitarista. Sin embargo, no por ello se hunde en la dejadez y la inconsciencia del presente inmediato. En este decorado de la vida que sacraliza el cambio, el placer y las necesidades, los profesionales médicos buscan aquellos signos de reconocimiento y respetabilidad social. Para mantener la distancia social y poder destacar se ve obligada a innovar y modificar su apariencia. Para los médicos como a muchas personas el estatus elevado es uno de los más preciados bienes terrenales.

Profesión
médica y
cambio social

24. Los hospitales han sido en el pasado y, a veces aún lo son, instituciones quizás demasiado cerradas en sí mismas, al menos en el terreno estrictamente asistencial. Ello no armoniza demasiado con una sociedad cada vez más abierta e interrelacionada, con unas actividades que, por su naturaleza, requieren un intercambio continuo de información.

La evolución de las TIC, la escasez de profesiones y, sobretodo, la exigencia de los ciudadanos de una continuidad a la atención obligará a planteamientos estructura en red u organizaciones de sistemas integrados no sólo de hospitales de base con la atención primaria o la socio-sanitaria sino también de éstos con los de área y alta tecnología que permitan la permeabilidad y la movilidad de profesionales y pacientes.

El hospital en
red

Tal vez ello pueda llevar incluso a la eliminación de la diferenciación de las líneas asistenciales substituyéndolo por la concepción de un equipo de profesionales con unos conocimientos y habilidades complementarias con un objetivo común como la organización más adecuada en cada momento para ser el máximo de resolutivas en el lugar más eficiente. Ello acentuará por ejemplo y dentro del ámbito hospitalario el doble rol de los hospitales universitarios como hospitales de alta complejidad para a su vez comunitarios y, por supuesto, no repetir los errores cometidos (en la forma como se ha realizado) en la integración de los especialistas y que muy probablemente tendremos que revisar.

El desarrollo hospitalario público en España y, muy especialmente, el gran impulso de la red de hospitales comarcales, deberá cambiar el papel de los grandes hospitales docentes.

Ello ha hecho que el reto, hoy, consista en saber articular la necesaria relación de colaboración y los requerimientos del propio proceso que, de manera natural, sobrepasa los límites de los diferentes centros, dentro de un concepto de colaboración en red (hospitales de otros niveles, atención primaria, atención sociosanitaria, atención dependencia, etc.)

Los hospitales han de asumir el reto en este sentido, un reto que es común a todas las organizaciones basadas en el conocimiento: aprovechar los medios que hoy pone a nuestro alcance la tecnología para sacar el máximo rendimiento de este principal activo. Esto significa adecuar y desplegar sistemas de información sobre la base compartir el conocimiento, y hacerlos extensivos al resto de agentes que participan en el proceso asistencial para mantener y reforzar el liderazgo del hospital como institución de referencia en el conocimiento.

25. Esta ubicación de los hospitales en red les generará una nueva competencia. El continuum asociado a la gestión única de la cadena del valor traerá como consecuencia (acompañada muchas veces de la banalización de la tecnología) de un traslado de procesos, procedimientos y técnicas hacia la Atención Primaria o la Atención Socio-sanitaria no realizada por los especialistas de los hospitales sino por los de la AP o la ASS.

Continuum
¿amenaza u
oportunidad?

La todavía incipiente hospitalización a domicilio puede ser un buen ejemplo de ello al desplazar sus objetivos hacia el mantenimiento en su entorno habitual de los pacientes en las fases agudas de sus procesos crónicos lo que será responsabilidad de los profesionales de Atención Primaria con el soporte experto de los de Atención Especializada. Este nuevo escenario puede ser incluso más trascendente para los hospitales que la ambulatorización de las actuaciones.

26. Los hospitales son empresas de una gran dimensión y complejidad con actividades muy diversas e integradas, por elementos tecnológicos muy costosos (que precisarían ser utilizados un mayor número de horas al día y un mayor número de días al año), con la presencia de un elevado número de personas pertenecientes a colectivos profesionales muy diversos que sería bueno se dedicasen con exclusividad a sus empresas.

Organizaciones
planas

Poco se ha avanzado en dotar a los hospitales de un status jurídico que realmente les permita gestionar. Los escasos intentos realizados (fundaciones, empresas públicas) o no han sido generalizadas y, por lo tanto, no han tenido trascendencia (empresas públicas) o han sido rápidamente abortadas por sus propios promotores (fundaciones).

Gestión implica riesgo y el derecho público está concebido expresamente para impedir el riesgo tanto a sus trabajadores (marco estatutario o funcionario) como a sus gestores (Ley de contratos, de precedente administrativo, intervención a priori, etc.). Si este marco no se cambia no se podrá gestionar. Pero si este marco se cambia nada asegura que lleve parejo la mentalidad empresarial sin la cual el nuevo cambio jurídico servirá de muy poco.

El reto, hoy, consiste en dotarse de mecanismos que permitan a los hospitales un mayor grado de autonomía de la gestión de sus propios recursos y, muy especialmente, en las diferentes unidades de gestión clínica que se habrán de diseñar y desarrollar en base a un conocimiento exhaustivo de la actividad.

Los hospitales deben abordar también el reto de la reestructuración organizativa para encontrar el emplazamiento apropiado de cada función y actividad dentro de un esquema basado en la descentralización y el acercamiento de las responsabilidades al lugar donde se realiza cada actividad.

El diseño específico de la organización pasa hoy por la incorporación de un modelo basado en la gestión de los procesos asistenciales, y no tanto en las diferentes especialidades o ramas del conocimiento. Esto implica un cambio en la concepción clásica de las líneas jerárquicas de autoridad, y su evolución hacia una organización mucho más horizontal, basada en la implicación y en la corresponsabilidad de los profesionales.

Los hospitales no siempre pueden cambiar tan deprisa; sus estructuras y sus culturas son difíciles de transformar. En ocasiones serán necesarias nuevas infraestructuras más apropiadas a los nuevos modelos de asistencia. Si éstas se producen, es imprescindible la reevaluación de objetivos de los hospitales, así como los instrumentos de los que éstas disponen.

27. Cualquier empresa, la pública particularmente y los hospitales especialmente deben ser conscientes de su responsabilidad social y de su compromiso ético con shareholders y stakeholders. Su rol de referencia en estas cuestiones en muchos entornos donde son la primera empresa de la comunidad (con una importante repercusión en el empleo y en la economía local) debe reforzar su posición de ejemplo y pedagogía.

Sostenibilidad y
valor

No deben caer, por otro lado, en la tentación que le significa el saber que cuentan con un mercado cautivo, con una demanda superior a la oferta que le puede llevar a pensar que lo único importante es el volumen de producción.

28. Otro factor significativo de cambio en el mundo hospitalario vendrá dado por los mecanismos a través de los cuales se financie su actividad. La tendencia a pasar de los presupuestos y la compra de actividad a sistemas de compartir el riesgo basados en mecanismos capitativos ajustados por riesgo unidos al fomento de la cooperación entre niveles asistenciales para asegurar el continuum y la gestión única de los dispositivos de provisión de un determinado territorio tendrán indudable trascendencia en el mundo hospitalario.

En otro orden de cosas, no serán menos trascendentes las tendencias a estandarizar los productos para todos los ciudadanos para asegurar la equidad lo que conlleva a mecanismos de compra con guías de práctica clínica, protocolos y vías clínicas asociadas, así como la obligación de pasar de un entorno en el que se venderá lo que se fabricaba a otro en el que deberá fabricarse lo que se vende.

Muy probablemente se avanzará notablemente en la transparencia respecto a los resultados y se ofrecerá a los compradores y a los ciudadanos unos rankings donde se sitúe la excelencia de cada institución y de cada servicio no sólo en lo tocante a los indicadores de proceso sino que básicamente en sus resultados reales.

La calidad que se convertirá en la estrategia básica de gestión dejará de ser una exigencia ética de los profesionales y pasará a ser una demanda de los ciudadanos y de "los terceros pagadores" en su nombre volviendo a privilegiar la calidad en el procesos asistencial sobre la organización.

29. El cambio fundamental vendrá pues en el *hard-core* del negocio que es el curar y el cuidar y, ello obligará al resto de actividades de soporte a la clínica a virar en la dirección de este cambio explorando la posibilidad de la externalización de servicios y un nuevo manejo de las economías de escala.

Los criterios de *Make* o *Buy* se extenderán de los servicios para-asistenciales a los asistenciales concentrándose todos los esfuerzos en el "negocio" (curar y cuidar) lo que exigirá una visión diferente en el balance costes fijos/costes variables a la hora de la toma de decisiones respecto a lo que se compra y lo que se "fabrica".

Esta puesta al servicio de lo asistencial del resto de actividades se traducirá incluso en los aspectos estructurales y arquitectónicos que deberán ser capaces de absorber no sólo el impacto de la evolución tecnológica, sino también el cambio de centralidad de las actividades y el crecimiento desigual de las necesidades de m² de las mismas así como sus características funcionales a tenor de todo ello, no siendo menos trascendente el ya citado impacto de las tecnologías de la información en el diálogo profesionales-hospital y hospital-usuarios.

La consecuencia de todo ello se verá clara en los nuevo organigramas hospitalarios que conjugarán una estructura mall (negocio de negocios) con un modelo de clínica abierta en que la enfermería se responsabiliza del día a día y gestionan los casos mientras que los facultativos se ocupan del "negocio". El

La reinversión
se urgirá desde
fuera

Un nuevo
organigrama
para una nueva
organización

organigrama se invertirá, se “achatará” y se prolongará fuera del hospital asumiendo la máxima responsabilidad de la institución un profesional del núcleo duro del negocio mientras que la gerencia dependiente de esa asumirá la gestión de las utilities.

30. La exigencia de rentabilidad social será creciente. El mix sostenibilidad-valor deberá resolverse de manera diferente a la actual y ello afectando al equilibrio del binomio negocio-empresa que debe encontrar un nuevo subóptimo adecuado al nuevo escenario.

La gobernabilidad adquirirá una nueva dimensión y esta gobernabilidad se verá afectada por el paso de un modelo social basado en la democracia participativa a uno centrado en la democracia deliberativa y en un nuevo protagonismo de la sociedad civil.

Consecuencia de ello, la necesidad ya expresada de recomponer el organigrama de los hospitales concordantes a la nueva, pero siempre vieja misión y visión, que a luz de unos nuevos valores, deberá reconsiderar donde se sitúa el poder ejecutivo si en la esfera del negocio o de la empresa y cómo este se comparte con los profesionales.

Su respuesta a este reto no es sólo el producir para alcanzar la sostenibilidad sino que debe hacerlo generando valor. La sostenibilidad por sí sola (el cumplir el presupuesto) no basta. El implementar el valor únicamente (incorporación de nuevos servicios, tecnologías o procedimientos) no es suficiente. El reto de profesionales y gestores es encontrar el adecuado equilibrio entre sostenibilidad y valor, como cualquier otra empresa.

Sostenibilidad,
valor y
rentabilidad
social

C. CONCLUSIÓN

Las cuestiones que se someterán a los panelistas hacen referencia al escenario descrito en las páginas anteriores y sus respuestas permitirán, tal como se ha indicado en la introducción, validar el fenómeno y la hipótesis de su causalidad orientando así el desarrollo de propuestas para la Reinención del Hospital que es la razón de ser de este proyecto.

Delphi para
validar