

BIGS

BOLETÍN
INNOVACIÓN Y GESTIÓN
SANITARIA

Una publicación de BSalut | Núm. 03 | www.bigs.es

EL DEBER DE SOSTENER LA EQUIDAD | INTEGRACIÓN ASISTENCIAL: EL ETERNO DILEMA |
¿MEJORA CONTINUA O INNOVACIÓN RADICAL? | LA INCORPORACIÓN DE LAS TIC EN EL SISTEMA DE SALUD

SEPTIEMBRE Y FIN DE LAS

VACACIONES para los ciudadanos y también para una gran parte de los profesionales sanitarios. Nos queda por delante todo un trimestre para cerrar el año y parece que tampoco va a ser fácil. Volveremos a nuestros centros, equipos, hospitales,... con muchas incertidumbres y ante una situación económica que no parece mejorar. Los cambios se producen a una velocidad de vértigo y ahora más que nunca es necesario cooperar y avanzar estableciendo alianzas.

Sin embargo, aquí estaremos de nuevo, preparando la campaña de vacunación antigripal, visitando a nuestros pacientes y, como siempre, garantizando la máxima calidad asistencial, aportando nuevas ideas y posibles soluciones para que el sistema sanitario siga ofreciendo todos los servicios que los ciudadanos merecen de manera equitativa.

Continuaremos trabajando para mejorar y avanzar en nuestra autonomía profesional y de gestión, seguiremos apostando por la flexibilidad, compartiendo espacios y conocimientos entre profesionales, utilizando las reuniones de equipo, los grupos de trabajo, las comisiones de mejora,... maximizando el rendimiento de las TICS y los sistemas de información para garantizar un mayor y mejor acceso al sistema sanitario, favoreciendo la integración asistencial.

Los profesionales no tiramos nunca la toalla y sabemos que tenemos un papel determinante para aportar luz y cambio al sistema. En eso estamos.

EL DEBER DE SOSTENER LA EQUIDAD

Es difícil en estos momentos de crisis abordar ninguna cuestión ética que no esté relacionada con el sistema económico. Todos los problemas tradicionales de la bioética, referidos hasta ahora a principios como la autonomía del paciente y la beneficencia, se desvanecen ante la prioridad de la justicia. La redistribución de los bienes básicos, entre los que tienen especial relieve los relativos a la sanidad, empieza a tambalearse y, a la vista del panorama, todos reclaman un sistema sanitario sostenible. No nos confundamos con el concepto de sostenibilidad. Desde un punto de vista ético, lo primero que debemos preguntarnos es qué hay que sostener. ¿Un sistema sanitario minimizado por los recortes? ¿Un sistema sanitario menos universal que el que tenemos? Evidentemente, no. Lo que hay que sostener es *la equidad del sistema sanitario*. Si tenemos que repensar cómo hacerlo y empezar a hacer reformas, hagámoslo, pero sin perder de vista que lo que hay que preservar por encima de todo es la equidad.

Un sistema equitativo es aquel que procura una redistribución de los bienes básicos-en este caso la asistencia sanitaria-más igualitaria. Debe procurar que los menos favorecidos no se encuentren discriminados a la hora de ser atendidos, que tengan a su alcance los mismos servicios que las personas económica, social y culturalmente más acomodadas. Hasta ahora, sólo un sistema públicamente tutelado se ha mostrado capaz si no de igualar a todos en el acceso al sistema sanitario, al menos, de conseguir que nadie esté excluido. Las diferencias se muestran sobre todo en las listas de espera que no son las mismas para todos. Los que pueden permitírselo pagan dos veces y no esperan.

“Un sistema equitativo es aquel que procura una redistribución de los bienes básicos-en este caso la asistencia sanitaria-más igualitaria.”

¿QUÉ HACER CUANDO LOS RECURSOS DECRECEN Y EL SISTEMA PARECE QUE YA NO SE AGUANTA?

Los recortes a diestro y siniestro, allí donde es más fácil reducir gastos, no son la manera más racional de encarar la situación. El sistema debe cambiar, debe haber reformas estructurales y actitudes dispuestas al cambio, pero con una finalidad clara: mantener la equidad aunque sea con menos dinero. Es difícil, pero no imposible. El sistema tiene defectos que pueden ser corregidos. Falta coraje para señalarlos y buena voluntad por parte de todos para corregirlos.

¿QUÉ ES UN SISTEMA SANITARIO EQUITATIVO?

Intentar responder de entrada a esta pregunta sólo nos llevará a unas cuantas generalidades sin aplicación práctica. Es una pregunta demasiado filosófica para entretenerse ahora que necesitamos soluciones urgentes. De hecho, no hay un modelo de equidad que valga siempre y para todos. La equidad se va construyendo sobre la marcha, analizando los elementos que la hacen vulnerable y los que pueden contribuir a mejorarla. Así, uno de los problemas que nadie niega es la falta de eficiencia de nuestro sistema sanitario. Un segundo problema es la necesidad de establecer criterios para limitar las prestaciones sanitarias y decidir cuáles han de ser universales.

Empecemos por la primera cuestión. Una institución es eficiente si utiliza plenamente los equipamientos puestos a su disposición. Para que esto ocurra, hay que planificar bien de manera que, sólo es un ejemplo, no sobren camas allí donde no hay enfermos y no falten donde hay más. No soy economista ni experta en gestión, pero no hace falta serlo para reconocer que, durante los últimos años de bonanza económica, muchas decisiones han sido tomadas sin haber programado y valorado suficientemente su necesidad. Ahora nos encontramos con que sobran aeropuertos, hospitales, universidades, televisiones, viviendas. Muestras claras de que las decisiones tomadas eran equivocadas. Por otro lado, es un hecho que, en el caso de la medicina, los profesionales del sistema público generalmente compatibilizan la actividad pública con la privada (lo que, por ejemplo, en el sistema educativo no pasa ni está permitido que pase). Lo hacen porque pueden hacerlo, les sobra tiempo, si se me permite decirlo así, ya que, por las tardes, los hospitales públicos funcionan a medio gas. No son eficientes.

En cuanto al "racionamiento" sanitario, el problema no es nuevo y tampoco se resuelve de una vez por todas, ya que el gasto sanitario no tiene techo. Siempre habrá posibilidades de incluir más prestaciones en la cartera de servicios y siempre habrá nuevas técnicas y nuevos tratamientos que encarecerán el conjunto. Es impres-

cindible y es responsable poner límites, la tarea más difícil para una administración y un gobierno que quieren mantenerse en el poder y contentar a todos. Lo que es evidente es que no es ni racional ni ético limitar servicios o personal sin ton ni son, cerrando quirófanos y centros de atención primaria o lo que sea cuando el presupuesto es escaso. La equidad se mantendrá con la condición de que los servicios o las prestaciones necesarias sean efectivamente universales. ¿Qué es lo más necesario? ¿Cómo se determina? Tampoco hay fórmulas mágicas para responder. Se tiene que hablar, es necesario deliberar, una actividad poco contemplada por nuestras democracias.

Debatir sobre las prestaciones imprescindibles y decidir cómo aprovechar más y mejor las posibilidades del sistema llevará inevitablemente a establecer algunas diferencias en el acceso universal a los servicios de salud. Siempre ha habido un rechazo de principio contra la contemplación de las diferencias. Sin duda sería mucho mejor que todo el mundo pudiera acceder a todo sin ningún tipo de restricción. Las diferencias en el acceso a bienes básicos son discriminatorias, no nos engañemos. Quisiéramos un mundo utópico en el que todo el mundo tuviera de todo, de la mejor calidad y gratuito. Pero la política no puede soñar utopías, sino que tiene que gestionar una realidad imperfecta. Vivimos en un mundo de recursos escasos y no de la abundancia. Como ha escrito Tony Judt, la tarea principal ahora no es imaginar mundos mejores, sino prevenir mundos peores. La pregunta ética que hay que plantearse lleva a la resolución de un mal menor: hasta qué punto es legítimo establecer diferencias en el acceso al sistema sanitario para sostener la equidad.

Será inevitable plantearse esta cuestión que, también inevitablemente, nos enfrentará a la difícil ecuación entre lo público y lo privado. Cuando el sistema público opta por privatizar algunos servicios aligera los gastos y aumenta la eficiencia del conjunto. ¿Es posible privatizar servicios y sostener la equidad? ¿Cómo se puede hacer para que sea lo menos discriminatorio posible? ¿Cómo llevarlo a cabo para que el conjunto no se



pervierta y acabe introduciendo la doble línea -la sanidad pública para los pobres y la privada para los ricos- que debemos evitar a toda costa?

Estas creo que son algunas de las preguntas que hay que hacerse a todos los niveles. No son preguntas macro, la resolución de las cuales dependa exclusivamente de las decisiones legislativas o gubernamentales. Son preguntas que afectan también al día a día, nos afectan a todos. Si pedimos valentía a los gobernantes para tomar decisiones difíciles e impopulares, también tendremos que pedir a los gobernados sensibilidad hacia el interés común, dando por supuesto que el interés común es difícil de determinar, pero, en cualquier caso, se corresponde con el interés de los que viven peor. ■

* Artículo publicado en risai.org

T Victòria Camps. Presidenta del Comité de Bioética de España y de la Fundació Víctor Grifols i Lucas.

INTEGRACIÓN ASISTENCIAL: EL ETERNO DILEMA

En el nº 2 de BIGS Jordi Martínez nos habló de la atención integrada centrada en las personas. Es muy relevante apreciar como la literatura sobre integración asistencial sitúa el foco en las necesidades de individuos y poblaciones para avanzar hacia procesos y arquitecturas cada vez más integradas, es decir sistemas centrados en las personas. Es, asimismo, remarcable la convergencia entre las aportaciones científicas del ámbito de la atención integrada y de las procedentes de los modelos de atención a la cronicidad, y como la multimorbilidad está mostrando la necesidad cada vez más acuciante de hacer realidad esas respuestas integradas.

Siendo el ámbito de la salud uno de los sectores más intensivos en conocimiento, cualquier cambio en el modelo de prestación debería conllevar un uso óptimo del conocimiento disponible en el sector. Sin embargo, el lapso entre la generación del conocimiento y su aplicación práctica sigue siendo de más de una década en la mayoría de los supuestos (probablemente más del doble si nos atenemos únicamente a las innovaciones organizativas), y además tenemos un gran desconocimiento sobre cómo acelerar esos ritmos de implementación.

Así, no es extraño que llevemos dos décadas hablando de que los servicios sanitarios se organizaron para abordar y tratar enfermedades agudas, y que se hace necesario un nuevo modelo para afrontar el aumento las condiciones crónicas. Y que pese a disponer de un cuerpo de evidencia sólido para abordar la cronicidad y haber transcurrido quince años de la formulación del *Chronic Care Model (CCM)*, el camino avanzado en la contención de la cronicidad y en la del fenómeno evolutivo que acompaña a su progresión: la pluripatología, es escaso.

Del mismo modo que ha sucedido con los "modelos de crónicos", la integración asistencial es un tema recurrente en la literatura de gestión sanitaria y de economía de la salud. Aportaciones de calado como las de Shortell en EEUU, Ham en Reino Unido o Pere Ibern y Vicente Ortún en nuestro entorno vienen a mostrar los beneficios teóricos y prácticos de la integración. Pese a lo cual, la literatura dista de ser concluyente en la materia, y son los casos de éxito de organizaciones como Kaiser Permanente y la Veterans Health Administration los más citados, pero escasamente replicados.

Es una pena que la fruta de la integración sanitaria se esté pudriendo en el árbol sin haber sido cosechada y ya tengamos sobre la mesa el debate sobre la integración de los sistemas sanitario y social. Este debate viene motivado por la complejidad sanitaria y social de los pacientes pluripatológicos, que son cada vez más y suponen un 50% del gasto sanitario público en Euskadi, por ejemplo. La magnitud de las barreras a superar y la poca experiencia acumulada en el ámbito de la integración sanitaria pueden hacer que este reto se eternice, pero, por otro lado, la crisis fi-

nanciera y del estado de bienestar pueden acelerar la adopción de medidas valientes que en vez de preservar un status quo "re-cortado" construyan modelos de provisión eficientes y sostenibles.



En la línea de esa transformación del modelo de provisión, en Euskadi se viene trabajando con una diversidad de enfoques y métodos para avanzar en la integración asistencial, que responden a la pluralidad de contextos existente. En concreto, desde el año 2010, se ha avanzado por la vía de la integración estructural con la creación de cinco organizaciones sanitarias integradas (OSIs): **Red de Salud Mental de Bizkaia, OSI Bidasoa, OSI Goierri Alto Urola, OSI Debarrena y OSI Deba-goiena**. Por otro lado, desde Atención Primaria se está trabajando a nivel de coordinación de procesos asistenciales con sus hospitales de referencia, tanto públicos como concertados. Este avance en integración de procesos se está mostrando especialmente productivo, tanto en experiencias como en resultados, en el ámbito de la atención a los pacientes pluripatológicos. Así, el desarrollo de la figura de especialistas de referencia (normalmente internistas) que actúan como consultores con Atención Primaria, y aseguran un punto de contacto estable para el paciente en el hospital, junto con el cambio en los circuitos asistenciales está mostrando beneficios para los pacientes y reducciones en visitas a urgencias y reingresos.



Tal y como han mostrado Solberg y colaboradores, los sistemas y organizaciones caracterizadas por altos niveles de integración entre sus dispositivos asistenciales tienden a mostrar prácticas más acordes a las establecidas por los elementos del CCM. En esa línea de trabajo, desde O+berri (Instituto Vasco de Innovación Sanitaria) se ha hecho un esfuerzo importante en tratar de identificar las claves de una mejor atención integrada a la cronicidad. Así, se han realizado diversos estudios que han contado con herramientas novedosas como son el IEMAC¹, el cuestionario de colaboración entre profesionales de distintos niveles asistenciales basado en el modelo D'Amour y el Marco Evaluativo de Experiencias de Integración Asistencial². En esos estudios se muestra que:

- La mera integración estructural no garantiza una mejor atención a los pacientes crónicos.
- La integración funcional se asocia con una mejor atención a crónicos.
- El papel de los líderes es clave en una transformación de modelo de gestión y la existencia de un liderazgo jerárquico, poco participativo, influye negativamente en la respuesta a la cronicidad.
- Los profesionales sanitarios reconocen los efectos positivos de la integración asistencial a la hora de mejorar la calidad y los resultados clínicos de los pacientes crónicos, así como la productividad y la eficiencia del sistema.

Finalmente, un apunte sobre la integración de estructuras organizativas. Ésta tendrá sentido siempre y cuando facilite la integración de procesos asistenciales y favorezca por ello la atención coordinada e integrada al paciente crónico. El análisis de las experiencias con mayor recorrido en Euskadi³ muestra que un enfoque de sistema integrado de salud (tipo los *Integrated Delivery Systems* propuestos por Shortell) presenta mejoras apreciables conjugando una integración a nivel de procesos, estrategias y estructuras, y facilita la gobernanza del mismo, minorando los costes de transacción respecto a otros esquemas con una gestión de alianzas e incentivos más compleja.

Por todo lo anterior y siendo optimistas, cabe esperar que en esta segunda década del tercer milenio va a producirse una reorientación profunda de los sistemas sanitarios europeos para afrontar la cronicidad y la pluripatología. Y que ese proceso va a conducir a la construcción de sistemas sanitarios y sociales más integrados y centrados en el paciente y en la comunidad. ■

T Roberto Nuño Solinís. Director de O+berri, Instituto Vasco de Innovación Sanitaria.

Referencias

¹ Nuño-Solinís, R; Fernández-Cano, P; Mirasolives, JJ; Toro-Polanco, N; Carlos Contel, J; Guilabert Mora, M; Solas, O. *Desarrollo de IEMAC, un Instrumento para la Evaluación de Modelos de Atención ante la Cronicidad*. Gac Sanit. 2012. Jul, 23. [Epub ahead of print].

² Toro, N; Paino, M. *Marco evaluativo de las experiencias de integración asistencial*. Sondika: O+berri; 2011. Disponible en: http://externos.bioef.org/oberri/Informe_Evaluaci%C3%B3n_DEFINITIVO.pdf.

³ Toro-Polanco, N; Sauto-Arce, R; Nuño-Solinís, R; Berraondo-Zabalegui, I; Pérez-Irazusta, I. "Integrated care as a priority of the Basque Strategy for Chronic Diseases: the Bidasoa Integrated Healthcare Organisation". *Int J Integr Care*. 2011. Jul-Sep, 11(Suppl): e120.

¿MEJORA CONTINUA O INNOVACIÓN

En el contexto actual y en el escenario económico que se nos presenta durante los últimos meses del año y en el siguiente, ya no será necesario sino imprescindible adaptarse aún más rápidamente a las nuevas necesidades y las demandas. Sin embargo, tampoco parece realista pensar en el desarrollo de grandes proyectos de I+D, sobre todo si éstos pueden comportar algún tipo de coste económico.

La innovación en las empresas sanitarias puede adoptar dos formas: la mejora continua o el cambio radical. La mejora continua se basa en la adopción de pequeños cambios, habitualmente organizativos, que representan la evolución de los servicios, actividades y siempre desde la perspectiva no sólo de optimizar los recursos sino también con el fin de mejorar la atención a las personas, de mejorar las competencias de los profesionales y, en definitiva, de crear una cultura de calidad y seguridad de los pacientes. La adopción de modelos de gestión de calidad total crean una atmósfera de comportamiento proactivo para mejorar continuamente de manera fluida y consensuada, sin generar normalmente conflictos sino todo lo contrario, ya que acostumbra a mejorar el clima laboral y la satisfacción tanto de profesionales como de usuarios.

Por el contrario, la producción de nuevos servicios, los nuevos desarrollos tecnológicos o la prestación de una nueva técnica, serían ejemplos de **innovación radical**.

Mientras que la **innovación incremental** correspondería más a la mejora continua de servicios ya establecidos o desarrollados a partir de conocimiento ya existente en la organización, el cambio radical suele implicar una transformación más drástica tanto de los servicios como de los procesos y de la tecnología ofrecida hasta el momento.

Así pues, la mejora continua y el cambio radical se diferencian fundamentalmente en:

- **Tiempo de duración del proceso innovador:** en la mejora continua el tiempo que dura el proceso de I+D es normalmente bajo (inferior a 3 años), mientras que para iniciar un proyecto de innovación radical el tiempo empleado es más largo (entre los 18 y los 24 meses, e incluso puede superar la década de duración). Asimismo, la consolidación de los proyectos innovadores puede alargarse aún más en el tiempo.
- **Inversión:** los recursos económicos y humanos necesarios para desarrollar un programa de mejora continua no son muy numerosos y presentan en general costes asumibles y recuperables en poco tiempo. En cambio, para hacer frente a un proyecto de innovación es necesario invertir sumas de dinero importantes, y en muchas ocasiones invertir en profesionales con talento y creativos.
- **Riesgo del proyecto:** mientras que en los procesos de mejora continua el riesgo puede ser bajo o moderado, en la innovación radical la inseguridad puede aumentar considerablemente y, por tanto, aumenta también la incertidumbre sobre el posible éxito.
- **Los resultados:** existe diferencia entre mejora continua y cambio radical en cuanto a resultados deseados, ya que, una vez culminado el proceso innovador, las ventajas competitivas que pueden aportar unas ideas rompedoras exitosas son superiores a las originadas por un cambio en mejora continua y muchas veces suponen el liderazgo de la empresa en un sector determinado o el avance hacia nuevas líneas de servicio.

RADICAL?

Por otra parte, la excesiva dilatación en el tiempo de los proyectos de innovación puede complicar la puesta en marcha de nuevos servicios. Así, cuanto menor sea la duración de un proyecto de I+D, mayor será la precisión de la nueva oferta y por tanto mayor la seguridad de éxito.

Los procesos de mejora continua dentro de un marco de gestión de la calidad total, tienen a medio o largo plazo beneficios en la organización ya que la mejora continua contribuye a desarrollar la imaginación y la creatividad. Esto incide positivamente en la motivación y participación de los profesionales en el proceso de mejora continua y en la búsqueda de la excelencia clínica. Por otro lado, abre dinámicas de trabajo que si se incorporan de manera habitual, a la larga incrementan la autonomía profesional y el liderazgo compartido.

Hay que tener en cuenta que ambas filosofías no son incompatibles; a la hora de innovar, también las organizaciones pueden adoptar a la vez los dos métodos de mejora. De hecho, los cambios radicales también pueden originar un sin fin de pequeñas innovaciones continua.

Ignorar la necesidad
de innovar, es negarse
a crecer

Si somos capaces de incluir dentro de nuestra cultura organizacional, la coexistencia controlada de la Mejora Continua y de la Innovación, tenemos garantizado el camino a la competitividad y, por supuesto, el logro de los objetivos y resultados deseados, evitando costes innecesarios, aumentaremos la eficiencia y fomentaremos el compromiso y la cultura de la calidad favoreciendo el crecimiento individual, colectivo y, en su conjunto, de toda la organización.

Tanto en la planificación estratégica como en la implantación concreta de proyectos y nuevas actividades debemos dominar y combinar la innovación radical para ofrecer nuevos productos y a su vez para mejorar los que damos por consolidados. ■

T Glòria Jodar. Enfermera. Editor de RISAI. Miembro de BSalut.

Referencias

Centro Europeo de Empresas e Innovación de Navarra. *La disyuntiva entre mejora continua o innovación radical.* 2002.

Costa JM. *Gestió de la Qualitat en un món de serveis.* Barcelona: Gestió 2000, 1998.

European Foundation for Quality Management. *The EFQM Excellence Model.* Bruselas: EFQM, 1999.

Hammer M, Champy J. *Reingeniería de la empresa.* Barcelona: Parramon, 1995.

Michalko M. *Thinkertoys.* Barcelona: Gestió 200, 1999.

Senge PM. *La quinta disciplina.* Madrid: Granica, 1992.

Scholtes PR. *El Manual del Equipa.* Madison: Joiner Ass Inc, 1991.

LA INCORPORACIÓN DE LAS TIC EN EL SISTEMA DE SALUD

APLICACIÓN EN EL ÁMBITO SANITARIO

En el caso de su aplicación en el ámbito sanitario tienen como objetivo primordial favorecer más y mejor acceso al sistema sanitario y sus diferentes recursos, con la información clínica relevante del usuario como máximo exponente. Además propician un entorno en el que se comparte la información, por parte de todos los agentes implicados en el proceso de salud del ciudadano, hecho que es clave para la enfermera en el desarrollo de su práctica asistencial en cualquier ámbito en el que ésta se produzca. Además, tiene relevancia en otros ámbitos como la docencia, la gestión o la investigación en los que la enfermera participa de manera activa.

Las TIC plantean una nueva perspectiva en la integración de la información sanitaria en general y de las pruebas complementarias en concreto. Las historias clínicas electrónicas permiten disponer de los datos de salud de los pacientes en cualquier momento, lugar geográfico y nivel asistencial, y permiten que los profesionales de la salud accedan a esta información en tiempo real.

La digitalización de la información clínica del paciente en general, de las imágenes médicas y de los distintos registros junto con la interoperabilidad y las redes de comunicación son los elementos clave en este contexto caracterizado por la disminución de los recursos humanos y materiales, el incremento del gasto y la necesidad de conseguir eficiencia organizativa de los sistemas sanitarios.

Desde el punto de vista de los profesionales de la salud, las TIC plantean un doble reto: por un lado, el reto formativo y la capacidad de éstas como herramienta de intercambio y compartición de la infor-

mación y, por otro, el cambio que supone desde el punto de vista del paciente y su relación con los agentes de salud de la comunidad.

Para conseguir esto son necesarios profundos cambios organizativos, que permitan la adaptación al nuevo entorno tecnológico para ofrecer unos cuidados de calidad a la comunidad.

LOS PROFESIONALES Y LAS TIC

La puesta en marcha de las TIC en los sistemas sanitarios ha de considerarse como un proceso complejo, que requiere muchos esfuerzos, supone retos importantes y presenta oportunidades para las instituciones y los profesionales. El contexto asistencial, con elevada presión y mucha exigencia de los usuarios, pone de manifiesto la necesidad de acompañar a los profesionales, que deben ver compensado su esfuerzo una vez culminado el proceso. Sin embargo, la necesidad de control del gasto dificulta un avance que

es clave para que las TIC sean útiles y efectivas como una de las posibles soluciones para resolver con éxito la situación sanitaria. En este proceso de cambio hay que tener en cuenta el factor humano como elemento crucial del sector salud, ya que a pesar de la presión asistencial y el nivel de exigencia de la población, debe garantizar un nivel de excelencia profesional que permita avanzar en la implantación de las TIC.

Dado que no existe vuelta atrás en el proceso de integración de las TIC en las instituciones sanitarias, hay que pensar que la formación es imprescindible para mejorar la eficacia y la eficiencia antes, durante y después de la implementación de las mismas. ►

“Desde el punto de vista de los profesionales de la salud, las TIC plantean un doble reto: por un lado, el reto formativo y la capacidad de éstas como herramienta de intercambio y compartición de la información y, por otro, el cambio que supone desde el punto de vista del paciente y su relación con los agentes de salud de la comunidad.

LAS TIC EN EL SISTEMA DE SALUD

Las TIC se pueden definir como el conjunto de tecnologías que proporcionan la información, las herramientas para su proceso y los canales de comunicación. Dichas tecnologías permiten la adquisición, producción, almacenamiento, tratamiento, comunicación, registro y presentación de dicha información.





Aunque la transición del formato papel o físico a los sistemas digitalizados de la información sanitaria es un proceso ampliamente consolidado, se detectan a menudo algunas dificultades. Una de las barreras más destacadas en la implementación efectiva de las TIC en general y la Historia Clínica Electrónica en concreto, es la creencia y la preocupación de que supondrá dedicar más tiempo al registro o a la gestión de la información de salud del paciente.

Diversos estudios ponen de manifiesto que aquello que más preocupa a los usuarios de las TIC está relacionado especialmente con las habilidades y los conocimientos que se necesitan para su manejo y con factores que determinan su encaje en la organización de las instituciones sanitarias. Aspectos que pueden actuar como barrera pero que son susceptibles de ser superados mediante formación. La implicación, la capacitación, la responsabilización y la participación de los profesionales que van a utilizar el dispositivo, parece ser la solución más efectiva para conseguir con éxito la aceptación y la consolidación de las TIC en las organizaciones sanitarias.

Los profesionales de AP, por su posición como profesionales de la salud más cercana al paciente, deben tener un papel relevante en este proceso, desde el inicio hasta la finalización del mismo. Se debe explorar su punto de vista y deben participar en el diseño, implementación, evalua-

ción y aplicación de medidas correctoras, si es preciso. La implementación de los dispositivos TIC en las instituciones sanitarias ha de analizarse desde diferentes perspectivas: la perspectiva del médico y de la enfermera de AP, la de los especialistas, la del paciente y la perspectiva del sistema.

Las TIC son dispositivos capaces de hacer más fácil, más efectivo y más sostenible el sistema sanitario, con el fin de mantener y mejorar los niveles de salud de la comunidad. Por tanto, las TIC son, en sí mismas, dispositivos muy potentes de gestión de la información capaces de facilitar y mejorar muchos de los procesos asistenciales que actualmente se desarrollan en los sistemas sanitarios. Sin embargo, las TIC no son la solución si no se entienden desde la perspectiva de su efectividad para facilitar y ayudar a mejorar procesos, optimizar protocolos, con el foco en el usuario como máximo protagonista de la relación asistencial.

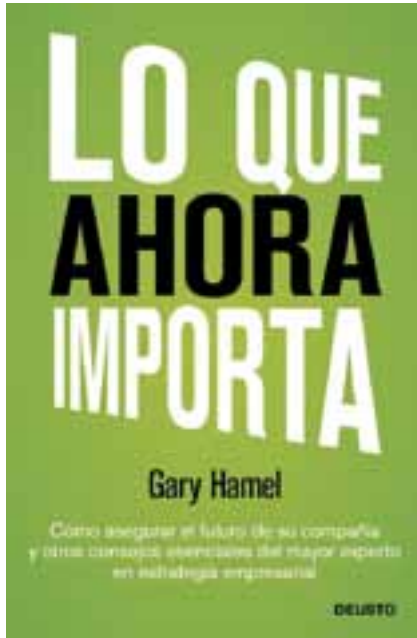
La E-Salud es un campo emergente en el mundo de la salud igual que lo ha sido en otros campos de la sociedad en los que la comunidad tiene participación. Se está consolidando como una de las vías más efectivas para conseguir que los sistemas sanitarios sean más equitativos. Los principales frentes en los que se están invirtiendo esfuerzos son la manera de mejorar la continuidad asistencial, como elemento clave para mejorar el acceso y cómo se puede conseguir que los usuarios

se responsabilicen y tomen protagonismo en su salud. Éstas son maneras de conseguir hacer más universal la prestación de salud a la comunidad sin que suponga un coste inasumible para los sistemas sanitarios.

En definitiva, los cuidados de salud a los pacientes se caracterizarán por un mayor acercamiento a la población, permitiendo un mejor acceso y mayor equidad. ■

T Jordi Galimany Masclans. Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de Barcelona.
jordigalimany@ub.edu.

Libros



Lo que ahora importa

Gary Hamel

Deusto S.A. Ediciones, 2012. 336 págs.

Lo que ahora importa ("What matters now") es la última obra de Gary Hamel, el "pensador de negocios más influyente del mundo" según el *Wall Street Journal*. Gary Hamel empezó su carrera de gestión precisamente en el mundo sanitario como director de hospital para posteriormente dedicarse al mundo académico y la consultoría. Actualmente está llevando a cabo un ejercicio de reinención de la gestión en su proyecto *Management 2.0*.

Lo que ahora importa es una obra modular cuyas cinco secciones pueden leerse por separado aunque mantengan una lógica argumental. Las secciones versan sobre los siguientes asuntos:

1. La primera sección se centra en la ética empresarial y **los valores** que fundamentan la actividad humana: lealtad, caridad, prudencia, responsabilidad y equidad.
2. La segunda sección versa sobre **la innovación**. Punta de lanza del discurso de Hamel y elemento capital en la estrategia empresarial en el contexto económico de recesión. Aunque los ejemplos de empresas de innovación son numerosos, el autor le presta especial atención a la compañía Apple, deconstruyéndola para obtener la lógica de su constante innovación.
3. La tercera sección es una extensión de la segunda y se centra en **la adaptabilidad**, condición necesaria para convertir tu organización en una organización innovadora.
4. La cuarta sección recurre a **la pasión** como cobertura del activo principal de las organizaciones, el capital humano. Sus cinco capítulos son un compendio en entregas de como debe afrontarse la dirección de personas en el nuevo contexto económico y tecnológico (irrupción de tecnologías sociales).
5. El libro se cierra con la quinta sección dedicada a **la ideología** de la gestión y al viaje de que tiene que llevar a las organizaciones a pasar de modelos basados en el control a modelos basados en la libertad y responsabilidad. Aunque parezca ciencia ficción, Hamel ofrece una serie de experiencias de organizaciones sin jerarquía y organizaciones transparentes exitosas en resultados. En esta sección hay incluso una receta para aquellas organizaciones que quieran adentrarse al mundo de la autogestión.

Quizás el factor más poderoso del pensamiento de Hamel es el enraizamiento de sus reflexiones en el sistema social, considerando el sistema económico como dependiente de un modelo social basado en un conjunto de valores. En momentos donde toda la base se tambalea, la posibilidad de volver a enraizar la actividad en los principios y llevar a cabo una transformación es una oportunidad para todo aquel apasionado por conseguir cambiar y mejorar. ■

Web

<http://www.infermeravirtual.com/es-es/home.html>



Esta web es una apuesta innovadora en el ámbito de la salud. El web de **La Enfermera virtual** se plantea como un portal de promoción y educación para la salud con la idea de ser un espacio virtual de conocimiento e interrelación con el usuario, a la vez que también pueda ser un instrumento de trabajo para las enfermeras y otros profesionales de la salud.

Este proyecto que ya una realidad, está liderado desde el *Colegio Oficial de Enfermeras y Enfermeros de Barcelona* y es, a nuestro entender, un buen ejemplo de como los nuevos escenarios asistenciales con la incorporación de Tecnologías de la Información y la Comunicación en el ámbito de la salud, pueden mejorar la calidad de vida de las personas de la comunidad.

T Jordi Galimany Masclans. Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de Barcelona. jordigalimany@ub.edu.

Algunos de los contenidos y aspectos relacionados con la salud que se pueden encontrar en este portal son ¿Qué sabe una mujer embarazada cuando hablamos con ella de su situación de vida? ¿Qué información necesita un adolescente? ¿Y una persona mayor? ¿Cómo acercarnos a un proceso de duelo?, etc.

Otro aspecto destacable, desde un punto de vista de innovación, es la idea de que el portal pueda compaginar su interés para usuarios y para enfermeras y otros profesionales de la salud; unos y otros pueden encontrar en el portal las respuestas orientadas a capacitar a las personas para tomar decisiones que les permitan vivir de forma más saludable. **La Enfermera virtual** pone a disposición del usuario todo el potencial de servicio que proporciona el conocimiento enfermero con el fin de que la enfermera y el usuario puedan comunicarse de una forma directa y efectiva. Por tanto, el objetivo es capacitar a la persona para tomar decisiones acerca de su propia salud. Por esta razón es, asimismo, una herramienta de trabajo colaborativo para las enfermeras y, en nuestra opinión, un excelente instrumento para mantener los cuidados enfermeros y de apoyo de la atención presencial.

El *Colegio Oficial de Enfermeras y Enfermeros* de Barcelona trabaja desde 2005 en la concepción y desarrollo del portal. Los autores que participan en este proyecto, que principalmente son enfermeras, han organizado la información de una forma nueva, puesto que el portal está planteado desde la promoción de la salud y no desde la enfermedad, como es tan habitual. En la web hay tres grandes áreas principales: actividades de la vida diaria, situaciones de vida y problemas de salud. Todo el contenido está diseñado para que resulte fácil para el usuario.

Os animamos a descubrir, tanto desde el punto de vista de profesionales de la salud como desde el punto de vista de usuarios interesados en promoción y educación para la salud, esta innovadora e interesante web. ■



Olga Pané. Gerente Parc de Salut Mar

“ La autonomía de gestión en cualquier centro ha de venir precedida de una autonomía real de decisión en la institución que sea.

OLGA PANÉ licenciada en Medicina y Cirugía por la Universidad de Barcelona, Especialista en Salud en el Trabajo, Diplomada en Gestión Hospitalaria y Máster en Gestión de Servicios de Salud. La trayectoria profesional de más de 15 años incluye la dirección y la gestión de servicios de atención primaria de salud a diferentes niveles, la docencia de postgrado y la consultoría internacional. Participación en numerosos proyectos de modernización del sector salud en Latinoamérica como experta en re-organización de instituciones de salud y gestión del cambio. Actualmente, es gerente del Parc de Salut Mar.

— **¿Cómo cree que se pueden ligar las nuevas propuestas de autonomía de gestión de los centros y hospitales públicos con los modelos de atención integrada?**

— Des de mi punto de vista, la autonomía de gestión en cualquier centro ha de venir precedida de una autonomía real de decisión en la institución que sea. Para entendernos, si una organización como el Institut Català de la Salut en Catalunya (u organismo equivalente en cualquier otra Comunidad Autónoma), tiene un estatus jurídico que le obliga a gestionar su personal, sus compras, sus alianzas estratégicas, etc... de acuerdo a las normativas que la Comunidad Autónoma o el Gobierno vaya promulgando para sus funcionarios o para la administración pública en general

(para controlar el déficit o cualquier otro motivo), esa institución difícilmente tiene capacidad autónoma de gestión de nada estratégicamente relevante. A su vez, tiene muy complicado transferir una autonomía de gestión que no tiene.

Que estas organizaciones, siguiendo con el ejemplo, adopten una organización integrada verticalmente o no, es otra cuestión. Responde a una visión determinada de cómo optimizar sus estructuras directivas y de cómo adaptarse mejor al territorio o al continuo asistencial. Mi opinión personal es que nos podemos adaptar perfectamente, es más, incluso mejor, si existe independencia en las decisiones de naturaleza asistencial, o de organización de la asistencia y cada centro, de acuerdo a los objetivos que tenga marcados, puede establecer sus estrategias asistenciales o mecanismos de adaptación a las distintas realidades locales.

Ahora bien, mientras estas organizaciones y sus centros pertenezcan a una red, donde sea cual sea el resultado económico y asistencial obtenido, estén obligadas a seguir una normativa como por ejemplo: no sustituir más que un 10 por ciento de sus efectivos de acuerdo a disposiciones válidas para el conjunto de la función pública... entonces la autonomía de gestión no solamente es débil sino que los incentivos del sistema van exactamente en la dirección contraria.

—Desde el punto de vista de gestión, ¿cuáles han sido los tres elementos innovadores en los últimos 10 años y qué tres tienen que ser implantados en los próximos años?

—En mi opinión, los principales impulsores de innovación en la gestión han sido:

1. La informatización de las historias clínicas y la conectividad de todo el sistema sanitario.
2. El desarrollo de sistemas de contrato con los proveedores, aunque estos sean unidades integradas de una misma institución. El fomento de sistemas de evaluación y benchmarking sostenidos sobre plataformas de evaluación serias y cada vez más comparables ha arraigado la cultura de evaluación y autoevaluación clínica y gestora.

3. Las empresas de gestión directa de los profesionales, y la emulación que ha provocado en otras instituciones públicas o no.

Es difícil pronosticar el futuro, a la vista sobre todo de los errores en pronósticos pasados, pero en mi opinión fomentará la innovación futura:

1. La reforma del sector público en general y de sus mecanismos de gestión y de la sanidad en particular, descentralizando los sistemas de gestión de manera radical.
2. La transparencia en la publicación de resultados comparados, clínicos y económicos, de los distintos proveedores.
3. La despolitización de la gestión, consecuencia de la necesidad de orientarse más a resultados que a procedimientos administrativos. En mi opinión, la despolitización de la gestión puede ser una de las consecuencias deseables de la crisis que estamos viviendo.

— ¿Cómo cree que afectará la crisis en la financiación del sistema sanitario?

—No es una creencia la que tengo, sino la total constatación que la crisis, en la medida que ha focalizado la acción del Gobierno en la reducción del déficit público, necesariamente afecta a la sanidad. En la mayoría de la CCAA la sanidad supone entre el 30 y el 50% de su gasto público, por tanto la reducción de presupuestos públicos de la magnitud que se propone inevitablemente ha de tocar la sanidad.

El problema en mi opinión es que esa reducción del déficit se quiera hacer en un período de tiempo tan corto, lo que orienta las acciones no tanto a una reforma estructural del sistema, que podría ser muy necesaria y útil, sino a medidas de impacto inmediato en el presupuesto, a menudo sin reconocer el diferente nivel de partida de la diversidad de centros, instituciones y CCAA, o el nivel real de eficiencia previo. Naturalmente el impacto de algunas de estas medidas y sus consecuencias sobre la salud de la población no han sido considerados en absoluto.

— ¿Y en el modelo de gestión y sistemas de producción sanitaria?

—Para mí éste es el problema de no orientarnos a reformas estructurales. El

modelo productivo sanitario y el modelo de gestión van a ser más reducidos, más pequeños, pero no necesariamente distintos ni más eficientes. Ni mejora la productividad ni tampoco mejora el modelo reducir salarios o pagos variables. En cambio, se mejora sin ninguna duda el cumplimiento presupuestario, pero no la manera de producir ni el qué producir.

Hay que hacer una reflexión seria sobre QUÉ hay que producir. Un buen ejemplo es la discusión actual sobre el abordaje de la cronicidad, que está claro que es la nueva epidemia de nuestra sociedad, y no hay Gobierno que no establezca en este momento objetivos e incentivos a lo largo de la cadena de provisión sobre logros en la atención al paciente crónico. A mí me preocupa enormemente este interés por el enfermo crónico en ausencia de una reflexión seria sobre qué sentido tiene expandir la vida con una calidad vital dudosa, con una intensidad terapéutica extraordinaria, como la que estamos proporcionando a muchas personas. El problema no es si van más o menos al hospital estos enfermos, el problema es exactamente qué vamos hacer en un lugar u otro.

Lo mismo es extensible al abuso de actividades preventivas que consumen una parte no despreciable de nuestra capacidad productiva, en ocasiones con una ausencia de evidencia notable sobre su valor añadido al bienestar de las personas.

Finalmente, la gestión no es la herramienta que permite cumplir el presupuesto. Debería ser aquel conjunto de instrumentos y habilidades que permiten obtener el mejor producto posible de los recursos disponibles y esto exige compartir mucho más las decisiones que se toman en las organizaciones entre los gestores y los clínicos y unar conocimientos y habilidades de cada uno para mejorar la calidad de la decisión.

— ¿Cómo podemos implicar a los pacientes en la planificación y gestión de servicios?

—En primer lugar, encontrando maneras eficaces de transmitir en términos comprensibles, las necesidades según nosotros, los expertos, y explicar sin propaganda los resultados de nuestras acciones.

En segundo lugar, transfiriéndoles responsabilidad intelectual sobre los tratamientos o acciones preventivas que les proponemos. Subrayo lo de intelectual, porque en algunas publicaciones cuando se habla de transferir responsabilidad a los ciudadanos sólo se habla de que aporten recursos económicos. No estoy en contra del copago de manera general, pero sobre todo soy una gran defensora de que los ciudadanos opinen sobre la calidad de vida resultante de cualquier acción a practicar sobre ellos y eso requiere una transmisión eficaz de las propuestas terapéuticas y una escucha activa de sus opiniones.

En tercer lugar, yo creo que hoy en día, las redes sociales que sirven para conectarnos y resolver diversidad de acciones de nuestra vida civil, social y económica, pueden también servir para divulgar desde resultados de los centros, decisiones de los órganos de Gobierno de las instituciones, o información sanitaria y científica de calidad. Ya sé que se suele argumentar que INTERNET permite una accesibilidad enorme a información sin filtrar ni cualificar, y que esto desorienta a los ciudadanos aún más, pero ese no es un argumento para que dejemos de actuar en este nivel y al menos desde esas plataformas pongamos a disposición de la sociedad, información que le permita formarse una opinión de nuestras entidades en particular y de la salud y la sanidad en general.

— ¿Cree que el gerencialismo actual está superado?

— Por gerencialismo se entiende una actuación de los niveles ejecutivos de una empresa o institución que han desplazado el papel de los órganos de Gobierno. No es un problema exclusivo del sector público, es un problema también del sector privado. De hecho esta crisis ha puesto delante de toda la sociedad como intereses de determinados ejecutivos de los bancos, por poner un ejemplo, han desplazado los intereses de los propios accionistas o propietarios. Esto mismo ocurrió con anterioridad en otras empresas de otros sectores privados (ENRON, Telefónica, etc.).

En el sector público la confusión de roles ha sido realmente importante y en mi opinión propiciada por la escasa concien-

cia de “propiedad” que muchos órganos de Gobierno de entidades han tenido. Muchos gerentes se han quejado en ocasiones de la ausencia del “rol del dueño” a la hora de fijar prioridades estratégicas, en empresas del sector público. Cuando el “rol del dueño” ha existido, en muchos casos, la confusión entre sus intereses políticos y los de la entidad o empresa han sido elevados. Pocos órganos de Gobierno del sector público se configuran de acuerdo a perfiles empresariales que permitan anteponer la solvencia y sostenibilidad de la entidad a otros intereses.

Por tanto, y desde una perspectiva en general honesta, muchos gerentes han sustituido o asumido directamente ese “rol de dueño” no cayendo en la cuenta de que los distintos niveles de decisión y gobierno, y su equilibrio, en una empresa son esenciales para el buen desarrollo de la misión encomendada y para la defensa de los intereses de los legítimos propietarios, que en el sector público son los ciudadanos.

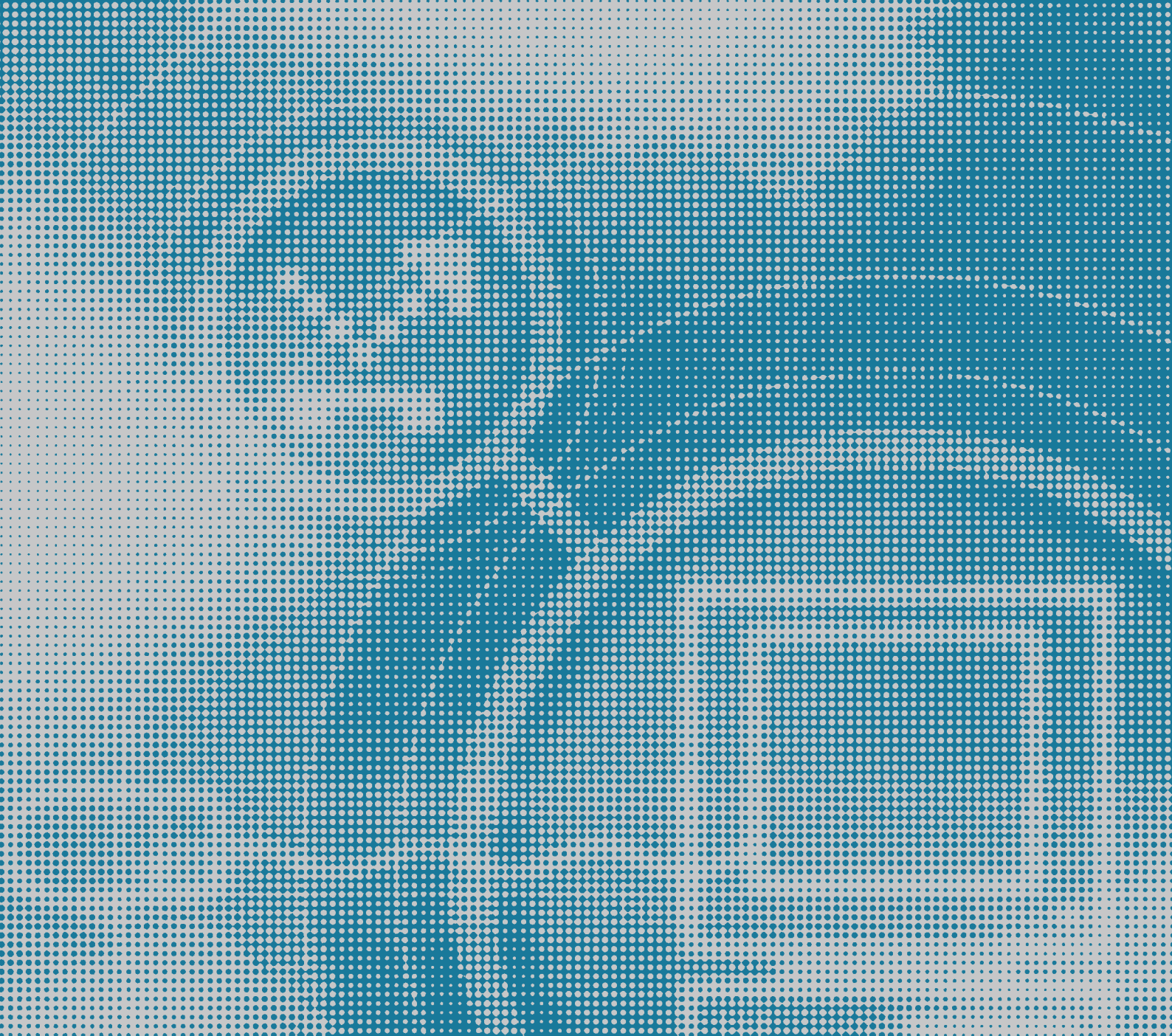
En este sentido, no desaparecerá el gerencialismo y a lo mejor no es deseable que desaparezca hasta que los órganos de Gobierno de las instituciones asuman de verdad su papel y defiendan los intereses de la entidad por encima de los suyos propios o del partido al que estén adscritos. Este proceso en la actualidad tiene un nombre, en la jerga de la gestión y se le llama buen Gobierno o Gobernanza. Hasta que no se disponga de una Buena Gobernanza de las instituciones públicas, con responsabilidad y autonomía para resolver los problemas de las mismas, no será fácil superar el gerencialismo, ya que el riesgo, a mi parecer altísimo riesgo, será caer en la administrativización del sector público, lo que en el caso de la sanidad, que es el sector que mejor conozco, será un irremediable paso atrás en el progreso institucional.

— ¿Cómo se deberían de establecer alianzas entre el sector público y privado en el ámbito de la salud?

— En mi opinión se deberían constituir con mayor naturalidad y transparencia de lo que ocurre ahora. No es posible resolver los graves retos que enfrenta la sociedad convocando solamente al 50% de su valor (el sector público constituye aproximadamente el 50% del PIB de las economías desarrolladas).

Los grandes problemas sociales, la educación, la sanidad, la seguridad, el sistema financiero, el desarrollo de infraestructuras, etc., no son problemas que puedan abordar los gobiernos solos. Lo que ocurre es que cada uno ha de actuar en aquel ámbito en que puede ser más eficaz. Los gobiernos deben legislar para que existan sistemas de regulación claros, auditables y que establezcan procedimientos iguales para todo el mundo. Exigir al sector privado resultados mejores de los que se conseguirían con una gestión directa, independientemente de intereses privados espurios. A su vez, el sector privado ha de competir y asumir riesgos (de verdad) en aras a beneficios futuros. La OCDE acaba de publicar una excelente guía en este sentido con un decálogo de propuestas sobre cómo mejorar y a su vez hacer transparente esta colaboración público privada.

Si no se recupera la confianza de la sociedad en sí misma, y en todos sus recursos, no vamos a avanzar en ninguna dirección. Eso exige ser mucho más transparente de lo que es usual hasta ahora, establecer reglas y normas comprensibles, exigir su cumplimiento y convocar al sector privado y profesional a contribuir de manera seria y honesta en la creación del bien público. ■



Patrocinado por:



Soluciones pensando en ti

Edita: BSalut
Equipo editorial: Glòria Jodar, Jordi Martínez.
Colaboradores: Tino Martí, Ramón Morera, Irene Cubells.
Diseño y maquetación: Jordi Vilanova Comunicació Gràfica