

El futuro de los hospitales



CONGRESO NACIONAL DE HOSPITALES Y GESTIÓN SANITARIA 20

Sevilla, 29, 30 y 31 de marzo de 2017

¿CÓMO CONTINUAMOS PROGRESANDO?



ANDE
Asociación Nacional de
Directivos de Enfermería

Instituciones patrocinadoras:

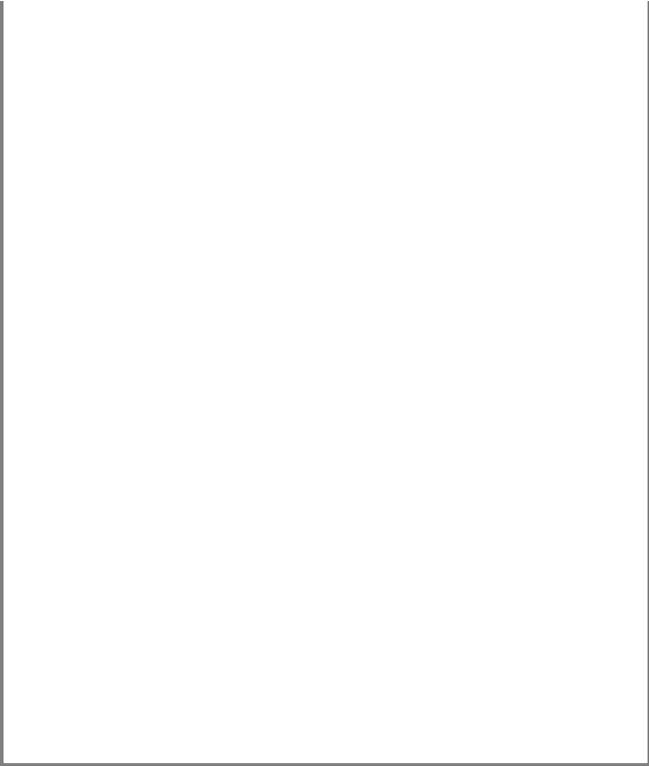
CONSEJERÍA DE SALUD
CONSEJERÍA ECONOMÍA Y CONOCIMIENTO
SERVICIO ANDALUZ DE SALUD

Institución asociada:

ESCUELA ANDALUZA DE SALUD PÚBLICA



El futuro de los hospitales



Edita: Escuela Andaluza de Salud Pública, 2016
www.easp.es

ISBN: 978-84-608-8977-9



Editores

Juan José Pérez Lázaro

Profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública
Coordinador del proyecto

Joan Carles March Cerdà

Director de la Escuela Andaluza de Salud Pública

Autores/as

Informe de Situación:

Antonio Durán Moreno

Consultor Internacional

Propuestas de futuro:

María Dolores Acón Royo

Directora Gerente del Hospital Universitario
Son Espases

Marina Álvarez Benito

Directora Gerente del Hospital Reina Sofía

Francisca Antón Molina

Directora Gerente del Complejo Hospitalario
Torrecárdenas

Manuel Bayona García

Director Gerente del Complejo Hospitalario
Universitario Granada

Juan Cabasés Hita

Catedrático Economía Aplicada de la
Universidad Pública de Navarra

Manuel del Castillo Rey

Director Gerente del Hospital de Sant Joan
de Déu de Barcelona

Alfonso Cruz Lendínez

Enfermero, Profesor de la Universidad de
Jaén

Josep Davins Miralles

Subdirector General d'Ordenació i Qualitat Sanitàries i
Farmacèutiques, Departament de Salut

Mercedes Echevarría Moreno

Directora de la Unidad Clínica de
Anestesiología, Hospital Valme

Carmen Ferrer Arnedo

Directora Gerente del Hospital Guadarrama

Eduardo Fraile Moreno

Responsable de los Servicios de Diagnóstico
por Imagen de los Hospitales del Anillo de
Madrid

Soledad Gallardo Bonet

Directora Gerente del Hospital de Inca

Zulema Gancedo González

Enfermera, Hospital Marqués de Valdecilla

M^a Rosario García Juárez

Directora de Enfermería Hospital Puerta del
Mar

Modoaldo Garrido Martín

Gerente de la Fundación Alcorcón

Pablo González Sánchez

Socio Director 3 Weeks

Ignacio Hernández Medrano

Neurólogo, Hospital Ramón y Cajal

Isabel Hernández Utrera

Directora del Hospital Alta Resolución de Utrera

Manuel Huerta Almendro

Director Gerente de la Agencia Sanitaria Bajo Guadalquivir, Director de la Estrategia de Alta Resolución de Andalucía
Presidente del 20º Congreso Nacional Hospitales

Francisco Juan Ruiz

Director Médico DKV

Juan Luis López Romero

Director Médico, Coordinador de la Unidad Clínica de Anestesia, Hospital Virgen del Rocío

Catalina Lorite Grazón

Subdirectora de Enfermería del Complejo Hospitalario de Jaén
Presidenta Comité Científico 20º Congreso Nacional Hospitales

Miguel Ángel Máñez Ortiz

Director de Recursos Humanos, Hospital Fuenlabrada

Mariano Marín Patón

Subdirector Gerente del Hospital Universitario Virgen Macarena
Presidente Comité Organizador 20º Congreso Nacional Hospitales

José Jesús Martín Martín

Profesor de Economía, Universidad de Granada

María Lourdes Martínez

Directora de Cuidados, Consejería de Sanidad, Madrid

Julio Mayol Martínez

Director Médico del Hospital Clínico San Carlos

Juan José Mercader Casas

Profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública

Marisa Merino Hernández

Directora Gerente de la Organización Sanitaria Integrada Tolosaldea, Osakidetza

Oscar Moracho del Río

Gerente del Servicio Navarro de Salud

Francesc Moreu Orobítg

Consultor

Ignacio Muñoz Carvajal

Director de la Unidad de Gestión Clínica Cirugía Cardiovascular, Hospital Reina Sofía

Enrique Ortega González

Director Gerente del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

Rafael Pereiro Hernández

Director Gerente de los Hospitales Universitarios Puerto Real y Puerta del Mar y Hospital San Carlos
Director de la I Jornada Precongresual

Salvador Peiró Moreno

Àrea d'Investigació en Serveis de Salut
Centre Superior d'Investigació en Salut Pública, Valencia

Josep Pomar Reynes

Gerente Hermanas Hospitalarias Málaga y Granada

Jaume Raventós Monjo

Gerente Territorial Quirón Cataluña

José Ramón Repullo

Jefe Dpto. Planificación y Economía de la Salud Escuela Nacional de Sanidad

Emiliano Rodríguez Jiménez

Arquitecto, PLANHO Consultores

Ángel Salvatierra Velázquez

Director Unidad Cirugía Torácica, Hospital Reina Sofía

Javier de Teresa Galván

Director Unidad Digestivo, Complejo Hospitalario Granada

Martín Tejedor Fernández

Jefe Servicio Calidad y Documentación Clínica, Hospital Reina Sofía

Jordi Varela i Pedragosa

Consultor

Guillermo Vázquez Mata

Catedrático de Medicina, Universidad Autónoma de Barcelona

Mención especial

Eduardo Blanes Arrufat

Arquitecto

Luis Carretero Alcántara

Director de DKV Servicios

Josep Davins Miralles

Subdirector General d'Ordenació i Qualitat Sanitàries i Farmacèutiques, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya

Miguel Ángel Mániz Ortiz

Director Recursos Humanos, Hospital Fuenlabrada

José Jesús Martín Martín

Profesor de Economía, Universidad de Granada

Roberto Nuño-Solinís

Head of Innovation/Deusto Business School Health, Universidad de Deusto

María Ángeles Prieto Rodríguez

Profesora de la Escuela Andaluza de Salud Pública
Directora de la Escuela de Pacientes

Iñaki González Rodríguez

Fundación Hospital Calahorra y Osenseis Lean, S.L.

Martín Tejedor Fernández

Jefe Servicio Calidad y Documentación Clínica, Hospital Reina Sofía

Colaboradoras en el desarrollo del proyecto

Alicia Vallejo Ortegón

Psicóloga, Técnica EASP

Almudena Millán Carrasco

Psicóloga, Profesora EASP

Araceli Caro Martínez

Economista, Técnica EASP

Elena Corpas Nogales

Estadística, Técnica EASP

Inmaculada García Romera

Directora de Docencia, EASP

Giulia Fernández Avagliano

Unidad Publicaciones EASP

Irene Fernández Romacho

Revisora editorial

Trinidad Fernández Cara

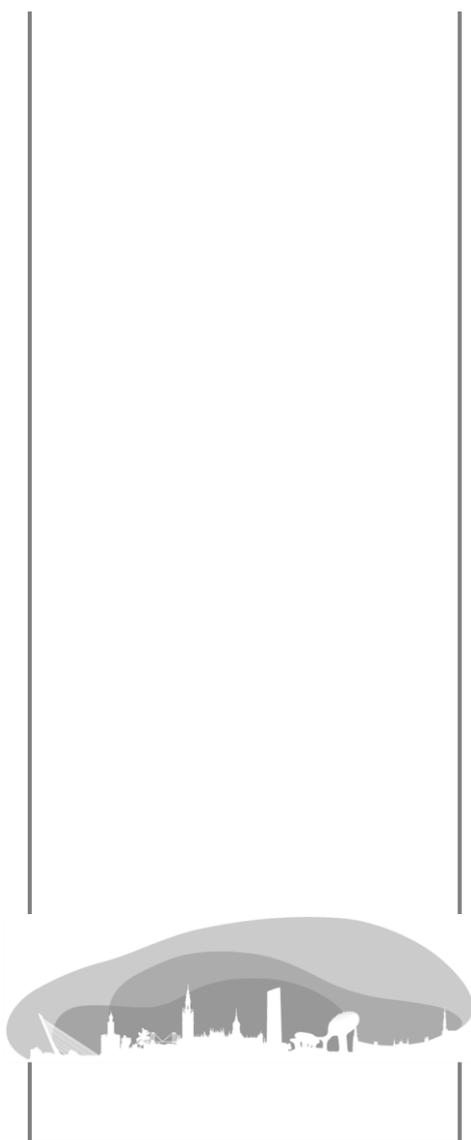
Secretaría Técnica de Jornadas, EASP

Índice

Introducción	9
Metodología.....	13
Informe de situación. Qué puede anticiparse sobre la configuración de la asistencia hospitalaria en las próximas décadas.....	19
Propuestas de futuro	61
Capítulo 1. Diseño y funcionalidad.....	63
Capítulo 2. Gobernanza y liderazgo.....	71
Capítulo 3. Papel de las y los profesionales sanitarios/as en la gestión de los hospitales.....	79
Capítulo 4. Papel de la ciudadanía en la gestión de los hospitales. Participación de los y las pacientes en su proceso asistencial.....	89
Capítulo 5. Seguridad del/de la paciente	97
Capítulo 6. Medidas de mejora de la eficiencia Evaluación de resultados y desempeño.....	103
Capítulo 7. Papel de las Nuevas Tecnologías	115
Capítulo 8. Continuidad asistencial y cronicidad	125
Capítulo 9. El papel del sector privado	133



Introducción



Antoine de Saint-Exupéry decía «Tu tarea sobre el futuro no es predecirlo, sino hacerlo posible» y Borges afirmaba que «El futuro no es lo que va a pasar, sino lo que vamos a hacer».

Ayudar a hacer posible el futuro a partir del debate hablando de hospitales y los sistemas sanitarios es lo que pretende este informe. Y es que en la actualidad y probablemente aún más en la sociedad del futuro, la salud va a representar una de las actividades de mayor importancia y pensamos que ello generará que el concepto de hospitalización cambie. Este cambio también creemos que afectará al diseño de los sistemas sanitarios y del hospital como organización de cuidados especializados de salud, aunque desde finales del XIX e inicios del siglo XX hayan sufrido muchas evoluciones.

Los hospitales son instituciones de gran prestigio social y poseen un gran potencial para el desarrollo comprometido con valores de bienestar y equidad en el acceso a la salud. Pero existe bastante consenso en que necesitan reformas que mejoren su situación para responder a las necesidades y expectativas sociales. La organización y la infraestructura de los hospitales están diseñadas para tiempos pasados y no han cambiado lo suficiente para satisfacer las demandas actuales.

Los hospitales se enfrentan a desafíos significativos que desarrollaremos más adelante en este informe, pero es necesario destacar desde el principio que las presiones económicas ponen a prueba el papel de los hospitales públicos como centros de excelencia en la asistencia y la investigación; que las expectativas sociales no se satisfacen adecuadamente porque las necesidades de las personas que reciben asistencia no han calado suficientemente en la cultura de los hospitales; que la mayoría de las personas que necesitan asistencia tienen varias enfermedades crónicas y muchos años; que los cambios tecnológicos ofrecen posibilidades de cambiar significativamente la asistencia pero su gestión y financiación plantean problemas. En definitiva, que el horizonte es complejo y de difícil sostenibilidad.

La Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP) y la Presidencia del 20 Congreso Nacional de Hospitales y Gestión Sanitaria han impulsado el proyecto que presentamos, cuyo propósito es estudiar los aspectos más relevantes que caracterizarán y condicionarán el futuro de los hospitales y las variables que podrían mejorarlo.

El estudio ha contado con la participación de un amplio grupo de personas con diferentes trayectorias profesionales, que responden a un perfil definido previamente como experto: formación y experiencia, capacidad de innovación demostrada, trabajos publicados relacionados con este tema, experiencia en diferentes áreas geográficas de España, etc. El grupo está constituido por gestores, profesionales de la medicina y de la enfermería, personas del ámbito académico, etc., que han aportado experiencia, conocimiento y visiones diversas. Son un conjunto de miradas sugerentes sobre el futuro, que señalan oportunidades e incertidumbres.

La primera parte del documento presenta un informe de la situación con el foco principalmente en Europa, con amplias y recientes referencias bibliográficas, que enmarca y actualiza el debate. Parte de una breve revisión histórica, describe las principales presiones por el cambio en las últimas décadas, analiza las principales líneas de desarrollo en respuesta a esas presiones y esboza líneas de trabajo para mejorar la situación.

La segunda parte del documento presenta las propuestas para el futuro de los hospitales, ordenadas en torno a nueve áreas temáticas definidas desde la Escuela Andaluza de Salud Pública:

1. Diseño y funcionalidad de los hospitales
2. Gobernanza y liderazgo
3. Papel de los y las profesionales
4. Papel de la ciudadanía y relaciones con el/la paciente
5. Seguridad del/de la paciente
6. Medidas de mejora de la eficiencia
7. Nuevas tecnologías
8. Continuidad asistencial y cronicidad
9. Papel del sector privado

Con toda seguridad los hospitales cambiarán en la próxima década, y el sistema sanitario debe estar preparado para ofrecer soluciones socialmente aceptables y económicamente sostenibles. La EASP tiene como misión el debate de ideas, estrategias, experiencias, herramientas, etc., como oportunidad para generar conocimiento y apoyar la mejora de la formación y el desempeño en nuestro sistema sanitario. Queremos ofrecer nuestra colaboración a la difusión del conocimiento con la edición de este documento técnico que

impulse a la sociedad a reflexionar sobre cómo debemos de afrontar los retos que se nos presentan.

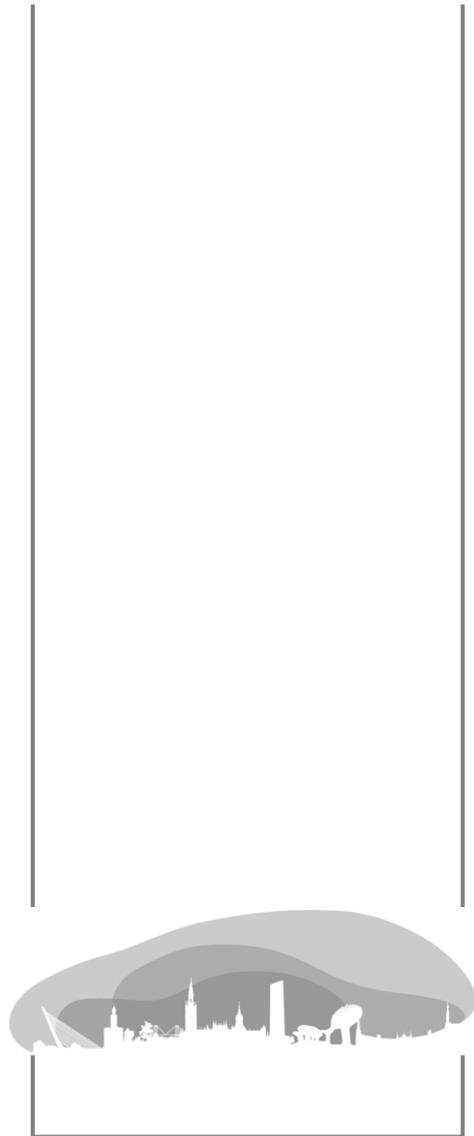
En los últimos años se han publicado en España algunos informes muy interesantes que reflexionan sobre los problemas del hospital y tratan de dibujar el horizonte que deseamos para las próximas décadas. ¿Qué aporta este informe que no se haya dicho ya? En primer lugar, pensamos que esta es una reflexión tan importante que hay que actualizarla permanentemente; en segundo lugar, la mayoría de estos estudios abordan aspectos parciales, y lo que aquí presentamos es un producto que analiza el hospital y su entorno en su conjunto, y a la vez, proponemos actuaciones concretas que pueden ayudar a mejorar el futuro. Aunque somos conscientes de que predecir el futuro es difícil y arriesgado, nuestro propósito es presentar una contribución modesta pero relevante trabajada en nuestro entorno, cercano a la realidad, por personas expertas que trabajan en nuestros centros sanitarios. Va dirigido a todo el sistema sanitario y a las personas e instituciones que tienen responsabilidades o tienen interés en mejorar la atención sanitaria en el futuro.

Nosotros hemos aprendido mucho en este proceso, esperamos que ese también sea el resultado, en mayor o menor medida, para todas las personas que han participado en la elaboración del informe y para las que han participado en la jornada de presentación y debate de Cádiz. A todas ellas estamos muy agradecidos por su participación.

Juan José Pérez Lázaro
Joan Carles March Cerdà



Metodología



Metodología

Para dar respuesta a los objetivos que se plantean con este documento, se han utilizado metodologías de carácter cualitativo.

El informe de situación ha sido realizado por un consultor experto de índole internacional, que ha realizado una amplia revisión bibliográfica centrada, principalmente, en Europa.

Para elaborar las propuestas de futuro se han plantean 2 fases, con metodologías y productos específicos en cada una de ellas.

Fase I. Encuesta sobre el futuro de los hospitales

El objetivo de esta encuesta es conocer la opinión de profesionales expertos sobre los principales aspectos que pueden caracterizar a los hospitales en el futuro en España y que consideran más importantes en base a su experiencia. Al hablar de futuro nos referimos a los próximos 10 años.

Participantes

La población de estudio la constituyeron profesionales expertos en base a su trayectoria gestora, asistencial, investigadora o consultora en el ámbito de los servicios sanitarios y hospitalarios. Para su selección se llevó a cabo un muestreo intencional no probabilístico, para lo que se contó con la ayuda de informantes claves del sistema sanitario público.

Se consideraron como **criterios de selección** los siguientes requisitos:

1. Nivel de formación y experiencia profesional en el ámbito de la gestión de los servicios sanitarios y hospitalarios.
2. Trabajos publicados en los últimos diez años relacionados con el objetivo del proyecto.
3. Capacidad de innovación aplicada al ámbito clínico o de gestión en general.
4. Experiencia en la puesta en marcha de tecnologías innovadoras para la mejora de los servicios sanitarios.
5. Experiencia en diferentes áreas geográficas de España y en los distintos ámbitos y dimensiones relacionadas con la asistencia y la gestión del hospital.

Además de los requisitos mencionados, se planteó la siguiente representación de perfiles profesionales a participar en la encuesta:

- Gestores (25%)
- Médicos asistenciales (25%)
- Profesionales de otros sectores (Universidad, Entidades Privadas, etc.) (25%)
- Enfermería y otros profesionales relacionados con la salud (25%)

Procedimiento

En esta primera fase, se diseñó un estudio descriptivo cualitativo, mediante la elaboración de una encuesta que se envió por correo electrónico a los y las participantes.

La encuesta estaba compuesta por 12 preguntas abiertas (Anexo 1) y contemplaba de las áreas temáticas ya mencionadas: diseño y funcionalidad de los hospitales; gobernanza y liderazgo; papel de los profesionales; papel de la ciudadanía y relaciones con el paciente; seguridad del paciente; medidas de mejora de la eficiencia; nuevas tecnologías; continuidad asistencial y cronicidad; papel del sector privado.

El cuestionario se elaboró en una plataforma open source para la aplicación de encuestas, denominada Limesurvey, y se envió una invitación a los participantes con un enlace a la misma.

Previo envío de la encuesta, se procedió a realizar un pilotaje en el que participaron 9 profesionales, de los cuales 8 remitieron sus sugerencias y modificaciones. Esta prueba piloto se realizó para identificar posibles dificultades en la cumplimentación del mismo, considerar las aportaciones recibidas y valorar sugerencias de mejora para su incorporación a la versión final de la encuesta.

El trabajo de campo para la recogida de la información se realizó durante el mes de abril.

Análisis de la información

La encuesta se envió a un total de 67 personas, recibiendo respuesta de un total de 42 personas, lo que supone una tasa de respuesta de 62,70%.

Con la información recogida se realizó un análisis de contenido de las respuestas, identificando las principales dimensiones y áreas temáticas, y organizando las propuestas de mejora en categorías emergentes.

Una vez analizadas todas las propuestas se procedió a la segunda fase.

Fase 2. Taller de trabajo con expertos/as

Para esta segunda fase se planteó la realización de un taller de expertos. El taller tenía dos objetivos prioritarios:

- Debatir los principales resultados obtenidos en el cuestionario sobre el futuro de los hospitales.
- Consensuar posibles modificaciones y sugerencias a las principales propuestas de futuro.

Para dar respuesta a estos objetivos, se realizó un abordaje cualitativo a través de la técnica de grupo focal. Esta técnica permite la recogida de opiniones así como la validación de los resultados previos obtenidos a través de la encuesta.

Participantes

Al igual que en la fase anterior, la selección de profesionales para participar en el taller se realizó en base a su trayectoria gestora, asistencial, investigadora o consultora en el ámbito de los servicios sanitarios y hospitalarios. Se trata, por tanto, de profesionales reconocidos como expertos/as que aportan información, evidencia, juicios y valoraciones cualificadas.

Procedimiento

Los asistentes se dividieron en dos grupos de 11 personas cada uno, garantizando que en ambos grupos estuvieran representados los diferentes perfiles. Cada grupo trabajó en torno a 5 áreas temáticas del total que componían el cuestionario.

Los dos grupos de expertos trabajaron de manera paralela, con la siguiente secuencia metodológica:

- Presentación y lectura de los principales resultados obtenidos en cada una de las preguntas del cuestionario.
- Grupo focal en torno a las siguientes cuestiones en relación a los resultados: ¿qué elementos añadirías?, ¿qué cuestiones modificarías?, ¿cuáles son los elementos a destacar para cada una de las dimensiones?

Tanto la moderación como la relatoría fueron realizadas por profesionales de la Escuela Andaluza de Salud Pública.

Análisis de la información

Con la información recogida se procedió a un análisis de contenido y valoración posterior de la inclusión de las recomendaciones y sugerencias aportadas por los/as profesionales en el taller. Una vez elaborada la primera versión de informe de resultados de cada una de las áreas temáticas, se trasladó a profesionales de referencia de los ámbitos establecidos, para su triangulación y revisión. El resultado final de este proceso ha dado lugar a cada uno de los capítulos que constituyen este documento.

Anexo I

El Futuro de los Hospitales

1. ¿Qué cambios o nuevos planteamientos se deberían tener en cuenta para el diseño o la reforma de la estructura física y funcional de los hospitales?

 2. ¿Cómo considera Vd. que debería ser el gobierno de los hospitales?, ¿qué perfil deberían tener los directivos?

 3. ¿Cuál debería ser el papel de los profesionales sanitarios en la gestión de los hospitales?

 4. Y la ciudadanía, ¿debería tener algún papel en la gestión de los hospitales? ¿Cuál debería ser la participación de los pacientes en su proceso asistencial?

 5. Asumiendo que el objetivo esencial de la asistencia es el mayor beneficio clínico con el menor daño, ¿cómo se podría conseguir una asistencia más segura para los pacientes en los hospitales del futuro?

 6. Teniendo en cuenta su experiencia, ¿qué actuaciones piensa usted que deben abordarse en el futuro para garantizar la mejora de la eficiencia de los hospitales? (sistemas de pago, convergencia o descentralización, gestión de personas, etc.).

 7. ¿Qué iniciativas pondría en marcha para hacer posible una medición adecuada del desempeño de los hospitales? (Efectividad, resultados, productividad, etc.).

 8. ¿Qué papel tendrán las nuevas tecnologías y en qué condiciones debería plantearse su utilización?

 9. ¿Cómo debería evolucionar la relación atención primaria / hospital para asegurar la continuidad asistencial?

 10. ¿Cuál cree que podría ser el papel del sector privado en la prestación de servicios hospitalarios con financiación pública? ¿Bajo qué condiciones?

 11. ¿Puede identificar algún reto (o aspecto adicional a considerar) para los hospitales del futuro no recogido en el documento introductorio que se le ha enviado?

 12. ¿Quiere añadir alguna reflexión sobre cuestiones que no hayamos tenido en cuenta?
-

Informe de situación

Qué puede anticiparse sobre la
configuración de la asistencia hospitalaria
en las próximas décadas



De acoger moribundos a mejorar la expectativa de vida. Cambio en el papel de los hospitales

Introducción

La palabra ‘hospital’ cubre una amplia gama de instituciones, de pequeñas instalaciones rurales a grandes clínicas universitarias, de centros comunitarios con pocas camas a complejos gigantescos con varias sedes y números enormes de personal. En Europa, los propietarios van desde la autoridad pública (nacional, regional o municipal) a diversos tipos de empresa privada sin (hospitales de entes religiosos y / o de voluntariado) o con ánimo de lucro (hospitales comerciales). Los operados públicamente pueden asimismo variar desde unidades de gestión directa a entidades casi independientes; igual que su naturaleza y ámbito varía según los países, también puede hacerlo el modo en que cada hospital es gobernado, organizado y financiado¹.

Parece fuera de duda, sin embargo, que conforme el mundo se sumerge en los ajustes de la llamada «globalización», con sus correlatos de cambio tecnológico y epidemiológico, así como con unos ciudadanos dotados de más formación y mayores expectativas, aparecen modificaciones sustanciales en la forma de practicar la medicina hospitalaria. Desde hace años, por ejemplo, bastantes

actividades se están sacando fuera de los centros hospitalarios como tales.² Prestigiosos autores e instituciones consideran segura la continuidad de dichos cambios y son bastante explícitos sobre la «no-sostenibilidad del actual modelo»³. En palabras más crudas y recientes: «Preservar la estructura de los hospitales actuales no es una estrategia sostenible para ofertar valor.⁴»

Se ha escrito mucho sobre dichos cambios y es difícil encontrar un tema que no haya sido tocado en profundidad. Lo que no abunda, sin embargo -especialmente en español- son análisis de conjunto que expliquen dónde nos hallamos y por qué, y sobre todo aborden qué puede y debe hacerse para influir esos desarrollos. Tal es la intención de este documento de trabajo, que intenta llegar en lo posible a políticos sanitarios, técnicos y profesionales. El texto no se ocupa tanto del futuro de la medicina como del —obviamente interrelacionado— tema de *la visión de los hospitales en tanto que instituciones específicas*.

Para discutir correctamente la situación y el futuro de los hospitales esta «nota temática» usa una cierta dosis de historia («Cuanto más atrás se mire, mejor puede verse el futuro», dice una referencia

¹ Ettelt S, Nolte E, Thomson S, Mays N, 2008, Capacity planning in health care: a review of the international experience, Policy Brief, European Observatory on Health Systems and Policies

² McKee M & Healy J Ed, 2000, Hospitals in a Changing Europe, Open University Press and European Observatory on Health Care Systems

³ Joint Commission, 2008, «Health care at the crossroads: guiding principles for the development of the hospital of the future», [jointcommission.org http://www.jointcommission.org/assets/1/18/hospital_future.pdf](http://www.jointcommission.org/assets/1/18/hospital_future.pdf)

⁴ Dalton Review, 2014, Examining new options and opportunities for providers of NHS care, 4-5

famosa⁵) así como los ejes fundamentales que convirtieron a los hospitales contemporáneos en instituciones clave: la tecnología, la epidemiología y la economía política. Presta asimismo atención a la estructura, el funcionamiento, la financiación y la gestión de los centros, según el siguiente esquema:

Tras esta Introducción, los orígenes de los hospitales y su evolución hasta finales del siglo XX se comentan más abajo en esta misma sección;

La sección 2 describe las principales presiones por el cambio en las últimas décadas sobre los modelos de negocio hospitalario tradicionales;

La sección 3 analiza las principales líneas de desarrollo en respuesta a esas presiones, así como las lógicas que parecen estar guiándolas -con atención a posibles especificidades en Europa, España y Andalucía;

La sección 4, finalmente, intenta abordar las implicaciones de lo analizado, sobre todo en relación al rol de los cuadros directivos y gestores, y esbozar líneas de trabajo generales y particulares para mejorar la situación.

Adentrarse en más vaticinios probablemente sería erróneo, primero porque vaticinar no es una actividad humana respetable, superado un plazo

mínimo («necesitamos planificar precisamente porque no podemos predecir»,⁶) y porque hacerlo en terrenos inciertos como éste sobre-representaría sin duda los que emocionalmente nos parecieran los *mejores escenarios*⁷.

Más importante aún, cambios súbitos pueden alterar tendencias que poco antes parecieran consolidadas. Por ejemplo, un mercado de la fuerza de trabajo cada vez más internacional y diferentes supuestos de su planificación a nivel de Estados podrían afectar la eficiencia de los hospitales incluso en países europeos⁸. La respuesta final que se dé a la inmigración podría asimismo afectar a los hospitales como red de seguridad de servicios básicos en muchos países, etc. Pero a su vez, un descenso en las tasas de ocupación -en muchos hospitales occidentales, ahora por encima del 85 por ciento- podría mejorar la disponibilidad de camas para casos urgentes y con ello los resultados médicos⁹. Y así sucesivamente.

Esta revisión tampoco puede cubrir todos los factores externos que modelan el futuro de los hospitales porque no son siempre, como se explicó, instituciones comparables y se centran en competencias y especializaciones diferentes. Como se sabe, asimismo, incluso aunque todos los países desarrollados afrontan retos similares, los enfoques para afrontarlos son distintos porque reflejan trasfondos históricos y políticos diferentes. Lo

⁵ Morris, I, 2014, ¿Por qué manda Occidente, por ahora?, Ático de los libros, Barcelona, 30

⁶ Drucker, P, 1993, «Management: Task, Responsibilities, Practices», Harper Business, N. York, pp 123-126

⁷ Kahneman D, 2011, Thinking, Fast and Slow, Allen Lane, London, p 250

⁸ Siyam A and Dal poz MR (Eds), 2014, Migration Of Health Workers, WHO Code Of Practice And The Global Economic Crisis, World Health Organization, Geneva

⁹ Bagust A, Place M, Posnett JW, 1999, Dynamics of bed use in accommodating emergency admissions: stochastic simulation model, *British Medical Journal*, 319(7203): 155-158

analizado aquí debe necesariamente pasarse, pues, por el tamiz de las estructuras institucionales, las normas sociales y la toma de decisiones políticas de cada entorno nacional y sub-nacional. En consecuencia, muchas observaciones en este texto tienen limitaciones metodológicas serias en términos de extrapolación.

Origen de los hospitales. Las claves de su configuración

La definición estándar de 'hospital' habla de «Una institución que provee a sus pacientes cama, comida y asistencia constante de enfermería mientras le somete a tratamiento médico a manos de profesionales cualificados; al prestar estos servicios, el hospital se empeña en restaurarles la salud». Entender el contexto histórico, sin embargo, permite señalar que el objetivo clave inicial no fue prestar asistencia sanitaria sino «hospedar» -de ahí el nombre, del latín «hospedale»- a los pacientes pobres mientras esperaban la muerte; se cumplían así dos objetivos más, uno ético -mostrar piedad- y otro social -limpiar las calles de moribundos¹⁰.

En España a principios del siglo XIX lo enfatizaba bien el «afrancesado» ministro de Hacienda de José I, Francisco de Cabarrús: «Cualquiera que tenga un hogar,

una familia, un amigo, no necesita un hospital -estará mejor asistido en su domicilio»¹¹. Algo antes (y doscientos años después de la creación en 1559 del hospital de las Cinco Llagas o «de la Sangre» en Sevilla, hoy edificio del Parlamento Andaluz), el primer hospital norteamericano en Pensilvania, cofundado en 1752 por Benjamin Franklin, merecía una valoración similar; era «un lugar hacinado, caótico, el último sitio donde nadie respetable quisiera hallarse, donde se experimentaba médicamente con quienes no tenían otro sitio adonde ir a morir»¹².

Es importante hacerse una idea técnicamente ajustada de lo que realmente sucedía en las instituciones hospitalarias. La estructura arquitectónica respondía a los objetivos antes indicados: al final de sus galerías repletas de camas había un altar. Quienes de verdad llevaban el hospital (las «enfermeras») eran literalmente Hermanas de la Caridad¹³. La medicina no tenía mucho que ofrecer: junto a médicos expertos en mirar y comentar, con un arsenal técnico muy limitado, los cirujanos eran poco más que barberos que en sus horas extra sacaban muelas y hacían amputaciones sin anestesia la anestesia inhalada se usó por primera vez en España en 1847¹⁴, sólo un año después que en Inglaterra y seis antes de que John Snow la administrara a la

¹⁰ Miller T.S., 1997, *The Birth of the Hospital in the Byzantine Empire*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press

¹¹ López Alonso, C, 1990, «La acción pública no estatal», en *Historia de la Acción Social Pública en España*. Beneficencia y Previsión. Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social

¹² Rosenberg, Charles E. , 1987, *The Care of Strangers: The Rise of America's Hospital System*, Basic Books, New York

¹³ Word Press, 2008, <http://laenfermeria.wordpress.com/2008/02/11/historia-de-enfermeria-parte-i>

¹⁴ Fernandez-Torres B, Marquez-Espinos C, de Las Mulas-Bejar M, *Controversias sobre el dolor y la inhalación de anestesia en el siglo XIX en España* Rev Esp Anestesiol Reanim. 2001 Mayo;48(5):235-43)

Reina Victoria durante los partos de sus octavo y noveno hijos¹⁵ (Caton, 2000).

Más importante aún, los descubrimientos de Pasteur tardaron años en tener repercusión sobre la práctica hospitalaria; sólo en 1865 pensó el cirujano inglés Joseph Lister en la posibilidad de aplicarlos para eliminar los organismos vivos de las heridas e incisiones quirúrgicas. El propio Pasteur sugeriría a los hospitales militares hervir instrumental, vendajes y material de laboratorio en un llamado «horno Pasteur» sólo en 1871. El microscopio había sido inventado por van Leeuwenhoek en 1668, pero cuando en 1854 estalló en Londres el brote de cólera de Broad Street, el antes citado John Snow -quien lo controló-seguía sin aceptar que los microbios fueran causa de enfermedad¹⁶. William Roentgen descubrió los rayos X en 1895. Asimismo, aunque la corteza de sauce blanco era un producto medicinal contra la fiebre y el dolor en la Grecia de Hipócrates y el ácido acetilsalicílico se usaba con impurezas décadas atrás, Félix Hoffman sólo sintetizó la aspirina en 1899; el (como se sabe, bastante casual) descubrimiento de la penicilina por Fleming tuvo lugar en la década de 1930.

En plata: a principios del siglo XX, casi ningún hospital tenía antisepsia, ni laboratorio, ni radiología, ni farmacología. El primer progreso serio ocurrió cuando, en un contexto de mejora de la higiene, se sistematizó el conocimiento médico y los hospitales (sobre todo urbanos)

comenzaron a concentrar en edificios específicos nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas, así como a dotarse de una fuerza de trabajo cada vez más especializada. El desarrollo de los antibióticos contribuyó a hacer los incipientes centros parte de sus comunidades y motivo de orgullo cívico, pero el nacimiento de la medicina moderna dependió realmente de tres recursos intensivos en capital:

- Quirófanos para hacer cirugía segura, apoyados por anestesia y antisepsis;
- Laboratorios de bioquímica, hematología y bacteriología;
- Departamentos de imagen/radiología (rayos X y otros artefactos).

Concentrar en un mismo edificio recursos y profesionales especializados tenía sentido por varias razones principales¹⁷:

- Las llamadas economías «de escala»: a más volumen de trabajo, costes unitarios menores y mejor aprovechamiento de los recursos (una vez instalado un quirófano, hacerlo funcionar más horas distribuye sus costes entre más casos);
- Las economías «de alcance»: aprovechar las infraestructuras existentes permite resultados de más calidad en varios departamentos (por ejemplo, un hospital con especialidades como cardiología, neumología, etc. y buenos servicios de urgencia puede

¹⁵ Caton D, 2000, John Snow's practice of obstetric anaesthesia, *Anaesthesiology*. Jan; 92(1): 247-52

¹⁶ Snow, J, 1855, *On the Mode of Communication of Cholera*, London: John Churchill, New Burlington

Street, England
<http://www.ph.ucla.edu/EPI/snow/snowbook.html>

¹⁷ Duran A, 2009, Los hospitales del futuro, *Eidon*, Revista del Instituto de Ciencias de la Salud, 29, Marzo, Número especial

tratar patologías infantiles graves inmediatamente tras el parto);

- Hacerlo facilitó asimismo difundir las mejores prácticas y los conocimientos tecnológicos y pasar de enseñar por ósmosis a proveer formación estructurada en hospitales docentes a los profesionales -«*ver una, hacer una, enseñar una*».

Fueron cristalizando, así, el hospital y el consultorio como los dos «modelos de negocio» clásicos: reflejando claramente un propósito, unos recursos y unos procesos en busca de conseguir fondos, ambos modelos vertebrarían la asistencia sanitaria contemporánea durante todo el siglo XX. En un principio vivieron inmersos en lo que ahora se llama «*medicina intuitiva*», donde médicos muy cualificados utilizaban su formación y capacidades analíticas para diagnosticar la causa de problemas complicados y recomendar soluciones (la diferencia estaba en que el hospital contaba con más tecnología y con el paciente habitualmente separado de su medio). Conforme la ciencia y la tecnología fueron aportando un nuevo marco operativo, se transitaría a la *medicina empírica* y a la *de precisión*¹⁸.

Es clave señalar que para los médicos, el acceso al hospital en ese contexto fue siempre muy importante y en Europa, mucho menos directo de lo que cabría imaginar, con conflictos profesionales continuos¹⁹; en la primera mitad del siglo

XX, asimismo -sobre todo en Estados Unidos- fue muy común que (grupos de) médicos se unieran para crear clínicas privadas si no tenían acceso a otros tipos de propiedad hospitalaria donde ejercer²⁰.

Hacia el hospital actual

La primera oleada de batallas que libraron los hospitales fue contra las plagas de principios del siglo XX: alta mortalidad infantil por malas condiciones de la madre y del entorno en el parto, enfermedades infecciosas, traumas en adultos de edades intermedias por accidentes laborales y violencia, etc. Conforme demostraban su solvencia, los hospitales se convirtieron poco a poco en el sitio de referencia donde nacer con menos riesgos, curar una infección, recuperarse de heridas graves, etc.

El desarrollo de los sistemas sanitarios cuando tras la Segunda Guerra Mundial, los gobiernos comenzaron a invertir masivamente en edificios, tecnología y personal cualificado aportó solidez financiera y funcional a los hospitales²¹. El Plan Hospitalario de 1962 del Servicio Nacional de Salud de Inglaterra y Gales, NHS, consagró entonces como institución clave al *district general hospital*, capaz de proveer atención especializada (de día y con ingreso) a una población de 100.000-150.000 personas en medicina interna,

¹⁸ Christensen C, 2009, *The Innovator's prescription. A disruptive solution for healthcare*, McGraw Hill, New York, pp xxii

¹⁹ Abel-Smith B, 1964, *The hospital 1800 – 1948. A study in social administration in England and Wales*, Heineman, London

²⁰ Jeurissen PPT, 2010, *For-profit Hospitals. A comparative and longitudinal study of the for-profit hospital sector in four Western countries*, Dissertation, Erasmus University Rotterdam

²¹ Duran, A, 2005 «*Política y Sistemas Sanitarios*», Publicaciones de la Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada

cirugía, pediatría y toco-ginecología²². En España, sobre las estructuras que sobrevivieron a la guerra o las primeras inversiones del Instituto Nacional de Previsión, tres planes de desarrollo entre 1964 y 1975 levantaron nuevos centros por toda la geografía, insertados en las diversas redes existentes en aquel momento²³.

Conforme creció en importancia el papel de los responsables de coordinar esfuerzos en las organizaciones sanitarias, apareció la formación profesional universitaria y empezaron a generarse administradores hospitalarios de primer nivel. Un comentarista escribía al respecto: «Los miembros de las juntas hospitalarias han aprendido, y siguen haciéndolo, el valor de que un representante suyo maneje a tiempo completo la gestión de la institución y así pedir a los médicos que sigan los canales establecidos cuando tengan peticiones de equipos o sugerencias para mejorar los servicios»²⁴.

El papel de los sanitarios en la vida hospitalaria continuó siendo crítico en una amplia gama de aspectos que les afectaban, anticipando la tesis de que cuanto mayor la participación de los médicos y enfermeras, mayor su implicación clínica en el manejo de la calidad²⁵.

El prestigio social del hospital creció deprisa. En apenas un par de décadas, el

primer trasplante de riñón, el lanzamiento de los betabloqueantes, el tratamiento con láser, el primer by-pass coronario y el primer trasplante cardiaco condujeron a operaciones cada vez más complicadas. De cuatro especialidades, el hospital general moderno pasó a albergar varias docenas para una población de un cuarto de millón de personas o más, convirtiéndose en el sitio donde acudir 'en busca de cualquier tratamiento' y donde morir mientras la ciencia 'hace todo lo que se puede hacer'.

Las inicialmente 'casas de limosnas'/'hogares de ancianos pobres' consolidaron pronto sus activos clave: unidades de cuidados medios y consultas externas en torno a departamentos de urgencias, quirófanos y equipo especializado como círculo central de la institución, y cada vez más con camas de cuidados intensivos (UCI) y críticos (UCC). Mediante mil mecanismos, el hospital alcanzó el centro de la escena médica²⁶. Devino así una institución glosada en películas y series de televisión, que capitalizó los avances en salud del siglo XX, incluso pese a que investigaciones sólidas mostraban que esos avances estaban más relacionados con mejoras en la alimentación, la

²² Maybin, J., November 2007, The Reconfiguration of hospital services in England, London: The King's Fund http://www.kingsfund.org.uk/publications/briefings/the_2.html

²³ Guillén, A.M. (1996), Seguridad Social, Sanidad Nacional, beneficencias pública y privada, Políticas de Reforma Sanitaria en España: de la Restauración a la Democracia: Instituto Juan March de Estudios e Investigaciones, Madrid

²⁴ Lentz EM, 1957, Hospital Administration- One of a Species, Administrative Science Quarterly 1(4): 444-463

²⁵ Weiner B. J., S. M. Shortell, J. Alexander. 1997. Promoting Clinical Involvement in Hospital Quality Improvement Efforts: The Effects of Top Management, Board, and Physician Leadership. Health Service Research 32(4) 491-510

²⁶ World Health Report 2008 «PHC Now more than ever», Geneva

educación, la vivienda, etc.^{27 28} y desde luego, la Atención Primaria de salud²⁹, con una notable contribución de la enfermería.

Llevó décadas ver reflejado centralmente en los resultados el impacto de la asistencia (*healthcare* en inglés); mientras los primeros estudios cifraban la contribución a los niveles de salud de los servicios asistenciales en menos de un 20%, investigaciones recientes la sitúan ya «entre un 44 y un 57%»³⁰. Los estudios sobre «mortalidad susceptible de asistencia sanitaria» de la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres calculan la influencia de la asistencia sobre los indicadores de salud en «aproximadamente la mitad»^{31 32}. Parte sustancial de ese progreso se debe, sin duda, a los hospitales.

En el plano institucional, la mayoría de sistemas sanitarios europeos, y de los hospitales en su seno (con matices, según cada sitio) maduraron dentro del modelo «weberiano»/burocrático de administración pública, desarrollado por los estados modernos durante casi dos siglos³³. El modelo separaba netamente los responsables de formular las políticas (ministros) de una administración pública responsable de asesorarles pero con escasa consulta. La toma de decisiones estratégica quedaba en manos de los altos cargos del

sector, en general en el Ministerio de Sanidad. El director del hospital (dependiendo del país) solía ser un funcionario con conexiones políticas, frecuentemente con poca o ninguna experiencia de gestión en el sector privado, y con plaza de por vida, o a ocupar hasta un cambio de partido gobernante (de nuevo, según el país). Dicho panorama seguía siendo válido para los hospitales públicos en Europa tras la Segunda Guerra Mundial.

En la práctica, los centros eran gobernados como brazo administrativo del gobierno nacional, regional o local. Médicos y enfermeras eran también empleados públicos, a menudo funcionarios con plaza fija, representación sindical poderosa y esquemas de pago negociados a nivel nacional. Los pacientes se asignaban a cada institución en base a zonas de cobertura, y muchas citas en consulta externa eran *en* la clínica -no para un médico concreto.

La mayoría de hospitales públicos recibían su financiación de un presupuesto u otro, con asignación anual y obligación de devolver al final del ejercicio cualquier excedente, o eran pagados según estancias. Las inversiones de capital con dinero público las decidían actores de alto nivel en un proceso de planificación regional o

²⁷ Dubos R. 1959, *Mirage of Health*, En español, 1975, Espejismo de la Salud. México D.F. Fondo de Cultura Económica

²⁸ McKeown, T, 1965, *The Modern Rise of the Population*, Blackwell Scientific Publications, London

²⁹ Evans R, Barer M and Marmor T, 1994, *Why are some people healthy and others not?* Aldine de Gruiter, New York.

³⁰ Arah OA et al (2006). Conceptual framework for the OECD health care quality indicators project. *International Journal of Quality Health Care*, 18(Suppl.):1:5-13

³¹ Nolte, E and C. McKee, M. 2008. «Measuring the Health of Nations: Updating an Earlier Analysis.» *Health Affairs* Vol. 27(1): 58- 71

³² Figueras J, McKee M, Lessof L, Duran A, Menabde N, 2008, *Health systems, health and wealth: assessing the case for investing in health systems*, Background document for the Tallinn Conference, WHO EURO

³³ Richards D. and Smith M.J. (2002) *Governance and Public Policy in the UK*, Oxford: Oxford University Press, page 36.

nacional. Era frecuente que aprobar una inversión, en particular en edificios y renovaciones estructurales, tardara años (diez nada menos en la década de 1980 en Finlandia «para construir un hospital», reflejando el esfuerzo político por entrar en una lista de proyectos que competían por fondos limitados³⁴.

En la España moderna el sistema mantiene bastantes de esos rasgos, con matices obvios. «La estructura típica de los sistemas regionales de salud consiste en un Ministerio (Consejería de Salud) regional encargado de la política sanitaria y de regular y planificar la asistencia, y un Servicio Regional con tareas de proveedor. La Consejería es responsable dentro de su jurisdicción de organizar territorialmente los servicios, diseñar las áreas y zonas básicas, así como del grado de descentralización a las estructuras gestoras. El esquema más frecuente son dos organizaciones ejecutivas separadas, una para la Primaria y otra para los hospitales y sus consultas externas, a nivel del área de salud. Cada área debe cubrir una población de no menos de 200.000 y no más de 250.000 habitantes. En cuanto a elección del paciente, la posibilidad de elegir especialista y hospital está relativamente menos desarrollada (con diferencias entre Autonomías) que en Atención Primaria»³⁵.

³⁴ Saltman R.B., 1988. «National Planning for Locally Controlled Health Systems: The Finnish Experience.» *Journal of Health Politics Policy and Law* 13:27-51

³⁵ García S, Abadía B, Durán A and Bernal E, 2010, Spain: Health system review. *Health Systems in*

Transition, 12 (4), European Observatory of Health Systems and Policies, 1–290

I. Presiones en favor de un cambio de modelo hoy

En los últimos años del siglo XX, sin embargo, los hospitales empezaron a sentir tensiones económicas y políticas de una intensidad antes desconocida; muchas están relacionadas con la gestión de los centros, pero otras tienen fundamentos tecnológicos, epidemiológicos y sociológicos específicos. Razones de naturaleza en gran medida similar a las que en su momento aconsejaron concentrar bajo el mismo techo tecnologías y personal altamente cualificado, han hecho al sector hospitalario cada vez más caro y complejo, hasta el punto de ser señalado a veces como un cuello de botella para la accesibilidad a y la utilización efectiva de los servicios de salud. A continuación, se analizan esas tensiones.

Variaciones difíciles de explicar

La necesidad de comparar los sistemas de los distintos países más allá de las ideologías, ligada en parte a la caída del muro de Berlín, y el uso generalizado de los ordenadores pronto revelaron enormes diferencias en los inputs de los sistemas sanitarios (y dentro de ellos, los hospitales). Quizá la expresión más visible de cómo la cristalización de los recursos sanitarios en cada país responde a factores complejos y a su evolución histórica (y no necesariamente a criterios de

«planificación científica») fue el uso de *polígonos* para mostrar la *mezcla de inputs* por países en el Informe Mundial de la Salud del año 2000³⁶.

En los países desarrollados se ha venido haciendo cada vez más palpable, asimismo, la preocupación por las variaciones no justificadas en los resultados hospitalarios y de los sistemas en general, ligadas a su vez a variaciones en la aplicación de los procesos «de calidad» previamente diseñados, además de a otras características funcionales e institucionales³⁷. Por una parte, esas variaciones responden a complejidades intrínsecas en la forma en que se practica la medicina, pero por otro lado, y confirmando trabajos pioneros de décadas atrás³⁸, se entiende que reflejan ineficiencias (es decir, rendimiento insuficiente de los recursos instalados).

Lo nuevo es que ahora la clave en el uso eficiente de los recursos no necesariamente reside en la 'perspicacia' del centro para resolver situaciones 'especialmente singulares', sino en aplicar correctamente instrucciones y patrones procedimentales acordados -es decir, en priorizar no sólo la lucha contra la ignorancia (que la ciencia ha ido llenando) sino contra la incompetencia en la operación, manejando la complejidad y

³⁶ World Health Organization, 2000, The World Health Report 2000: Improving performance. Geneva, World Health Organization

³⁷ Joumard I, André C and Nicq CH, 2010, Health care systems: efficiency and institutions, Economics department working papers No. 769, ECO/WKP(2010)25, OCDE; Paris

³⁸ Cochrane A, 1971, Effectiveness and efficiency. Random reflections on health services, The Nuffield Provincial Hospital Trust, http://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/publication/Effectiveness_and_Efficiency.pdf

grandes cantidades de conocimiento³⁹. En otras palabras, no en hacer «cosas distintas» sino en «hacer las mismas cosas de modos poco eficientes».

En Inglaterra, por ejemplo, un plan reciente basado en seis meses de trabajo con 136 hospitales de agudos durante la segunda mitad de 2015 llega a indicar dónde debería reducirse la variación relativa de cada hospital respecto a la media del NHS o de hospitales similares, desde las compras y la logística a las infecciones nosocomiales:

- El coste medio por paciente ingresado ajustado por severidad, por ejemplo, era de £3,500, con un 20% de variación entre los más (£3.850) y los menos caros (£3.150).
- El precio medio de compra de una prótesis de cadera iba de £788 a £1590 (y los hospitales que compraban más prótesis no eran quienes pagaban los precios más bajos).
- El rango de tasas de infección profunda en sustituciones primarias de cadera y rodilla era del 0.5% al 4% (un 1% en todos transformaría la vida a 6.000 pacientes y ahorraría £300 millones al año al NHS).
- El stock de fármacos in situ iba de 11 a 36 días (15 días en todos ahorraría £50m).
- En los «hospitales-trusts» los costes operativos por superficie de

instalaciones y edificios se consideran buenos por debajo de £320/m² pero la variación era de £105 a £970 (tener a todos en la *mediana* ahorraría £1.000 millones al año).

- La superficie no-clínica se considera correcta por debajo del 35%, pero la variación actual iba del 12% al 69%.

Y así sucesivamente. El plan estima el «gasto innecesario» en al menos 5.000 millones de libras, aproximadamente un 10% de los 55.600 millones que los hospitales de agudos gastan al año⁴⁰.

Innovación tecnológica; la posibilidad de cambiar la ubicación de la asistencia

Otro ámbito del problema es que numerosas tecnologías son ahora transportables y en muchos casos, manejables por personal sanitario menos cualificado. Factores de primer nivel tiempo atrás en empujar a los médicos a entrar en los hospitales, el progreso clínico cuestiona ahora la concentración de médicos y equipos en un edificio exclusivo y sugiere cambios importantes en la forma de prestar los servicios. En otras palabras, permite ya sacar de los hospitales una parte cada vez mayor de su carga de trabajo - aunque el riesgo es, claro está, perder economías de escala, con aumento

³⁹ Gawande, Atul, 2009, *The Checklist Manifesto – How to Get Things Right*, Penguin Book, New York, p. 10-11

⁴⁰ Department of Health, 2016, «Operational productivity and performance in English NHS acute hospitals: Unwarranted variations An independent

report for the Department of Health by Lord Carter of Coles», February 2016, https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/499229/Operational_productivity_A.pdf

de los costes e incluso quizá empeoramiento de la calidad⁴¹.

Muchos tratamientos subsidiarios de atención continua por profesionales especializados (ciertas cirugías programadas, diálisis, algunas prótesis articulares, etc.) no son ya exclusivamente hospitalarios, al existir mejores procedimientos anestésicos y laparoscópicos y técnicas quirúrgicas menos invasivas, así como esquemas organizativos más eficientes. Por ejemplo, la fracción de cirugías programadas para pacientes ingresados, una vez piedra angular para recurrir al hospital, no ha parado de descender en los hospitales norteamericanos en el periodo 1992-2012⁴². En la misma dirección operan avances farmacéuticos y bioquímicos contra la diabetes -bomba de insulina, medición en continuo de la glucemia⁴³ y contra la enfermedad mental como los tranquilizantes mayores⁴⁴. También gestionar ciertos cánceres resulta a menudo más fácil, con menos necesidad de servicios caros de apoyo hospitalario, como la quimioterapia administrable por vía oral⁴⁵.

Tras estudiar urgencias, maternidad y salud mental, los directores clínicos del *Department of Health*/ Ministerio de Salud

inglés concluyeron⁴⁶ que ya en ese momento una mayoría de servicios hospitalarios podían prestarse -sobre todo si se aportase apoyo de telemedicina- en centros de Atención Primaria, instituciones intermedias parecidas a «policlínicas», e incluso a domicilio.

Cambios demográficos y epidemiológicos; «cronicidad» y «consumerismo»

Los cambios epidemiológicos y demográficos tienen también un impacto cada vez más claro sobre los patrones asistenciales de los hospitales actuales. El éxito durante décadas en prolongar la expectativa de vida ha multiplicado los pacientes con patologías de larga duración (problemas de salud que requieren gestión continuada durante un período de años o décadas, y cuyo curso depende en gran medida de la conducta de la persona). En 2001, por ejemplo, esas patologías afectaban ya al 35% de la población inglesa (unos 17,5 de los 50 millones) y generaban el 80% de las consultas de Atención

⁴¹ Sibbald, B; McDonald R; Roland M 2007, «Shifting care from hospitals to the community: a review of the evidence on quality and efficiency». *Journal of Health Services Research and Policy*; April, 12 (2): 110-117

⁴² American Hospital Association/ Avalere, 2014, *Trend Watch Chartbook 2014, Trends Affecting Hospitals and Health Systems*, Washington, www.aha.org

⁴³ Nolte E, Bain C and McKee M., 2006, «Chronic diseases as tracer conditions in international benchmarking of health systems: the example of diabetes.» *Diabetes Care* 29: 1007-1011

⁴⁴ Heath D, 2005, *Home Treatment for Acute Mental Disorders: an Alternative to Hospitalization*, Taylor & Francis Group, New York: Routledge

⁴⁵ Cancercare http://www.cancercare.on.ca/english/home/toolbox/drugs/drugformulary/addinfo/adminguidec_hem3/ consulted 19 December 2009

⁴⁶ Imison, C., Naylor, C., Maybin, J. (2008) *Under one roof. Will polyclinics deliver integrated care?*, London: The King's Fund, http://www.kingsfund.org.uk/publications/kingsfund_publications/under_one_roof.html

Primaria y el 66% de los ingresos hospitalarios urgentes⁴⁷.

Dichas patologías, sin embargo, raras veces pueden (deben) ser tratadas en un sólo sitio, y desde luego no necesariamente sólo en el hospital. De hecho, ese enfoque entra muchas veces en conflicto con las necesidades, las aspiraciones y el nivel educativo de unos pacientes que conocen bien sus enfermedades. Como la gente vive más tiempo, suele presentar más de una enfermedad subsidiaria de estrategias de cambio de conducta y concentradas al final de la vida -la denominada «compresión de la morbilidad»; hay menos discapacidad pero más problemas de salud⁴⁸. Una crítica demoledora es que los servicios disponibles para muchas patologías crónicas se caracterizan por «una gran dependencia de cuidados de alta intensidad, un singular enfoque clínico, carácter reactivo, naturaleza fragmentada y esporádica, falta de énfasis en la experiencia personal y sólo una relación residual con los servicios comunitarios y la prevención secundaria»⁴⁹.

Las presiones ejercidas por consumidores mejor formados e informados que nunca complican de algún modo la búsqueda de soluciones *dentro del hospital* y obligan a éste a re-definir la calidad del servicio. Los usuarios exigen respuesta a sus necesidades y preferencias más allá incluso de lo que «convenga» al centro; en los

hospitales de muchos países ya se adoptan medidas específicas de satisfacción del paciente con referencia explícita a sus derechos, incluyendo ser consultado sobre el tratamiento a recibir; en bastantes, incluso se permite a los pacientes públicos elegir hospital prácticamente sin restricciones⁵⁰.

Encajar varios modelos de negocio simultáneos

Parte esencial del problema para los hospitales contemporáneos es que sus unidades diagnósticas, consultas externas, la cirugía electiva, el tratamiento de urgencias o de enfermería y la rehabilitación operan con *modelos de negocio* distintos (es decir, tienen lógicas económicas diferentes) dentro de una sola organización. La UCI o los servicios de imagen sirven a otras unidades, en tanto las urgencias y la cirugía manejan al cliente final, etc.; en unos casos prima la intuición experta y en otros el seguimiento estricto de las normas mientras las máquinas hacen el grueso del trabajo técnico; en unos es posible delegar el servicio en personal con menor cualificación y en otros no, etc. Trozos enteros del hospital requieren activos, procedimientos organizativos y capacidades humanas distintos *porque* responden a incentivos y esquemas de funcionamiento también distintos.

⁴⁷ Degeling P and Erskine J, 2009, New models of long-term care and implications for service redesign, in Rechel et al (eds), *Investing in hospitals of the future*, European Observatory and Health Systems and Policies, Brussels

⁴⁸ Fries, JF, 1980, Aging, natural death, and the compression of morbidity, *NEJM*, Vol. 303 July 17, Nr 3

⁴⁹ Wilson T, Buck D and Ham C, 2005, Rising to the challenge: will the NHS support people with long term conditions? (Review), *British Medical Journal* 330 (7492):657-661

⁵⁰ Winblad, U. and A. Ringard, 2009. «Meeting rising public expectations: the changing role of patients and citizens.» In J. Magnussen, K. Vrangbaek, and R.B Saltman, eds. *Nordic Health Care Systems*, McGraw Hill Education, Maidenhead, UK

La complejidad de la organización se ve así aumentada exponencialmente; cada unidad tiende a ofrecer tantos servicios como les sea posible, en una permanente estrategia expansionista que «al final ya se financiará como se pueda» (Europa) y/o fuerza a buscar «toda fuente de ingreso posible» (Estados Unidos). Algunos gobiernos a veces han empeorado la situación permitiendo duplicaciones, solapamientos y desequilibrios sustanciales en periodos de expansión -por ejemplo, exceso de oferta en ciertas áreas, hospitales mono-temáticos de discutible efectividad para ciertas enfermedades, etc.⁵¹.

En este contexto, para muchos observadores los hospitales llegan a aparecer ya como una oferta *problemática y desfasada*⁵²:

- Están organizados en 'silos' basados en disciplinas clínicas ... pero los pacientes cada vez tienen mayor número de problemas simultáneos;
- Están diseñados para tratamientos episódicos... pero muchos pacientes sufren patologías crónicas que en realidad no pueden «resolverse»;
- Están estructurados para operar con lotes y colas... en tanto la medicina moderna requiere flujos y los pacientes

no quieren que se gaste su tiempo gratuitamente;

- Operan a tiempo completo muchas veces sólo 5 días (es decir menos de 40 horas a la semana)... cuando para resultar rentables harían falta 18x7 si es que no 24x7.

En ámbitos clave, asimismo, ningún hospital es ya autónomo ni autosuficiente, etc. Casi todos sufren al pasar de tratar agudos en régimen de ingreso a tener que coordinarse con otros niveles asistenciales (no es igual prestar atención a crisis agudas de hipertensión, diabetes y/o EPOC en un paciente obeso, una a una, que gestionar el continuum asistencial a esos procesos en coordinación con otros niveles sobre los que se tiene poco o ningún control). Las diferencias de cultura, normas y reglamentaciones, los marcos administrativos y financieros distintos a veces aparecen como barreras casi insalvables⁵³. Igual sucede con las exigencias de la investigación científica de calidad: desbordan el ámbito de una única institución, porque un ensayo clínico normalmente exige colaboración entre varios hospitales y no-hospitales, nacionales e internacionales⁵⁴.

⁵¹ Atun R, Bennet S, Duran A: When do vertical (stand-alone) programs have a place in health systems? Policy Brief, Health Systems and Policy Analysis, European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, 2008.
<http://www.who.int/management/district/services/WhenDoVerticalProgramsPlaceHealthSystems.pdf>

⁵² Edwards, N, 2008, Hospital Reconfiguration, presentación en la Venice Summer School, European Observatory on Health Systems

⁵³ Oxman AD, Bjørndal A, Flottorp SA, Lewin S, Lindahl AK, 2008, Integrated Health Care for People with Chronic Conditions, *A Policy Brief*, Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, Oslo

⁵⁴ Shortell S and Kaluzny A, 2006, Health Care Management: Organization Design and Behavior, Clifton Park, NY: Thomson Delmar Learning)

Cambio de posición del hospital en el sistema

La anterior consideración abre de pronto una línea de trabajo 'basada en la evidencia' para repensar la mejor ubicación de cada servicio. Se llega a cuestionar no sólo la organización de la actividad a nivel de las instituciones, sino el propio sitio del hospital en el sistema sanitario. Aunque la investigación operativa es aún insuficiente, abundan las iniciativas para recoger información cuantitativa y estandarizada sobre el desempeño comparativo de los hospitales -capacidad, eficiencia, tiempos de espera, seguridad y calidad del paciente, etc.⁵⁵. En Inglaterra, las tareas las efectúan no sólo agencias gubernamentales sino también organizaciones privadas, como el 'Dr. Foster', que califica anualmente el rendimiento de las organizaciones⁵⁶. Escuelas de negocios modernas intentan a su vez rediseñar el hospital, desenmarañando complejidades funcionales en grupos más coherentes de activos, como cadenas de montaje, organizaciones en red, etc.⁵⁷.

En síntesis, los hospitales confrontan varios retos fundamentales:

La asistencia a un número creciente de sus pacientes puede prestarse en centros de día e incluso en el domicilio del paciente; la tecnología lo permite, el personal sanitario fuera de sus paredes es cada vez tecnológicamente más competente y los

pacientes pueden hacerse cargo de gran parte de su propio cuidado, apenas se les preste supervisión;

A los hospitales se les pide una creciente gama de servicios a través de fronteras sectoriales, así como asistencia colaborativa a crónicos y ancianos, en lo que ahora se llama «servicios de atención integral», que compiten con el énfasis sobre lo que sucede entre sus muros;

La urgencia por implicarse a nivel del hospital entero en áreas y programas como la garantía de calidad y la seguridad del paciente es incuestionable, pero el personal muchas veces recibió formación sólo limitada al respecto (sobre todo de pre-grado).

Los retos anteriores son más difíciles de abordar en los hospitales públicos, en la medida en que afrontan obstáculos mayores que el sector privado para adaptarse, por ejemplo, segmentando su oferta. En conjunto, tanto en el sector público como en el privado, los hospitales son vistos cada vez más como pasos intermedios transitorios y con límites borrosos. Siguen dominando gran parte de la escena, pero ya no son -en contraste con los tiempos de patrones estructurales asistenciales fijos- el sitio exclusivo para todas las formas de asistencia quirúrgica o médica, ni las apabullantes instituciones del período posterior a la Segunda Guerra Mundial. Muchos revisan la concentración

⁵⁵ Maarse H and Normand Ch, 2009, Market competition in European hospital care, in Rechel, B, Wright S, Edwards N, Dowdeswell B and McKee M, 2009, Investing in hospitals of the future, Observatory Studies Series, N 16, European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels

⁵⁶ Dixon A, Robertson R, Appleby J, Burge P, Devlin N and Magee H, 2010, Patient choice; how patients choose and how providers respond, The King's Fund, London

⁵⁷ Herzlinger, RE, 2004, [Consumer-Driven Health Care: Implications for Providers, Payers, and Policymakers](#). Jossey-Bass, San Francisco.

de recursos y personal en un sólo edificio y preguntan: ¿deben efectuarse allí todas esas mismas actividades?; ¿no sería mejor hacer algunas cosas en otro tipo de institución?⁵⁸.

Contexto. Cambios geopolíticos, globalización y gobernanza

Dicho cuestionamiento tiene lugar además en un contexto global de grandes cambios (caída de la Unión Soviética, desplazamiento del centro de gravedad de la economía con la aparición de China, India, Brasil y demás países emergentes, etc.), modificaciones en los gustos y expectativas de la población por su mejor formación, facilitados por la disponibilidad de fuentes múltiples de información, redes, etc. En tanto gobernar solía consistir en un 'tráfico unidireccional de gobernantes a gobernados', ahora -se argumenta- descansa menos exclusivamente en estructuras formales. Se multiplican los actores en la arena política, se difuminan los límites entre lo público y lo privado y el mando del gobierno central sobre un proceso político inevitablemente mucho más complejo se relaja, al disminuir su sensación de legitimidad ante la más frecuente petición de rendición de cuentas⁵⁹.

La teoría política aconseja con la palabra *gobernanza* conceder más importancia a la dimensión de 'gobernar sin gobierno', e incluir aspectos cualitativamente nuevos

del hacer política que conecten la regulación -«gobernanza institucional»- con la gestión -«gobernanza operativa».⁶⁰.

Por muchas razones, la esencia del tradicional modelo monolítico de dirección del hospital público en general está sometido a cuestionamiento; los médicos, enfermeras y demás profesionales requieren mejor atención (en tanto que gestores de una cantidad sustancial de los recursos usados en su propia práctica clínica), y exigen la incorporación progresiva de elementos de rendición de cuentas más transparentes, como por ejemplo las Juntas Supervisoras y las Juntas Gestoras⁶¹.

A continuación, se analiza lo que parecería estar sucediendo en respuesta a los retos anteriores: se comentan varias lógicas de desarrollo hacia lo que sería el futuro de los hospitales bajo los siguientes epígrafes:

Cambios en el lugar donde prestar la asistencia y el modelo de negocio:

- Centros especializados en procesos de alta complejidad.
- Centros monográficos para procesos de repetitivos de alto valor añadido.
- Redes y cadenas con diversos prestadores de servicios.

Uso de determinadas herramientas estratégicas para orientar el cambio, en

⁵⁸ Edwards N and McKee M, 2002 'The future role of the hospital' *British Medical Journal* vol. 331

⁵⁹ Peters BG, 2004, 'Back to the centre? Rebuilding the state' in Gamble A and Wright T (ed.) *Restating the state*, London: Blackwell Publishing, pp. 130-140

⁶⁰ Rhodes R.A.W. (1996), *The new governance; governing without government*, *Political Studies* XLIV, 652-67

⁶¹ Duran A, Saltman R. *Governing public hospitals*, 2015. In: Blank R, Kuhlmann E, Bourgeault IL, Wendt C, eds. *International Handbook of Healthcare Policy and Governance*. Basingstoke, UK: Palgrave MacMillan; 2015:443-461

Europa especialmente relacionadas con las dificultades financieras, en varias dimensiones:

- Cambio de los métodos de financiación y pago a los hospitales (pasar de pagar retrospectivamente y/o por línea a pagar según actividad en un primer momento, y luego con diversos esquemas sofisticados, como el pago por desempeño, el pago en lote, el pago capitativo ponderado y usar la mezcla público-privada en las inversiones).
- Hacer que el hospital disponga de naturaleza legal y herramientas para poder «velar por sus intereses» comportándose como una unidad de negocio (corporatización/ aumento de la autonomía, o incluso privatización hospitalaria, si se opta por transferir al sector privado -con o sin ánimo de lucro- la responsabilidad sobre los centros).

2. Principales líneas y lógicas de desarrollo en respuesta a las presiones (con atención a especificidades en Europa, España y Andalucía)

El tipo de centro asistencial

Reingeniería parcial de procesos

Durante un período considerable de tiempo, mientras el hospital aumentaba la intensidad asistencial tratando a más gente con los mismos recursos, en la mayoría de los países europeos -incluida España⁶²- la primera respuesta a las presiones antes señaladas fue múltiple.

De entrada, para mejor servir a las necesidades del paciente sin incurrir en costes extras se intentó cierta *re-ingeniería* hospitalaria: protocolos clínicos, equipos asistenciales multidisciplinares con formación cruzada multi-habilidades, registros integrados y agrupamiento de los pacientes con criterios de homogeneidad, énfasis en la toma de decisiones descentralizada dentro del hospital e incluso un cierto diseño/ rediseño de entorno físico⁶³ -ver también más adelante.

Reducción y reajuste de camas

Asimismo se buscó reducir el número de camas de agudos⁶⁴, sacar del edificio del hospital la mayor cantidad posible de

procesos y ligar más el sector ambulatorio y de día a las necesidades del paciente. En Inglaterra, por ejemplo, se popularizaron equipos ambulatorios multidisciplinares con servicio de una parada para diagnósticos y tratamientos complejos, consultas de acceso abierto en algunas especialidades, consultas de valoración pre-quirúrgica para obviar el ingreso anticipado y exención del seguimiento para pacientes post-quirúrgicos con procesos no complejos, como las hernias⁶⁵. En nuestro entorno se han desarrollado en la misma línea, pero a mayor escala, el Acto Único y los Centros de Alta Resolución.

Buscando «ahorrar» e implicar conjuntamente a hospitales y el resto del sistema, asimismo, empezó a cuajar la idea de sustituir unos cuidados por otros⁶⁶. En el Reino Unido por ejemplo, el descenso desde 1982 a 1998 de 154.479 camas hospitalarias coincidió con la creación de 153.119 otras camas en «hogares de enfermería/asilos», de propiedad privada

⁶² Duran A, Lara L and Van Waveren, 2006, Health Systems in Transition, Spain, European Observatory on Health Policies and Systems, <http://www.euro.who.int/document/e89491.pdf>

⁶³ Walston S, Kimberley J (1997). «Re-engineering hospitals; experience and analysis from the field», Hospital and Health Service Administration, 42: 143-163

⁶⁴ OECD, 2015, Health at a Glance 2015. OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, p. 105

⁶⁵ Waghorn A, McKee M. and Thompson J, 1997, «Surgical outpatients, Challenges and responses», British Journal of Surgery 84, 300-307

⁶⁶ Warner M, 1996, Implementing Health Care Reforms Through Substitution. Welsh Institute for Health and Social Care, Cardiff

pero financiadas con dinero público⁶⁷. Orientación parecida tenía la propuesta de establecer vínculos más estrechos entre dentro y fuera del hospital, que en Holanda se llamó «asistencia transmural»⁶⁸; la Reforma Adel en Suecia descentralizó también al sector comunitario municipal la coordinación de los hospitales y disminuyó las camas de agudos, aumentando las de crónicos en asilos.⁶⁹

Redes asistenciales «no tradicionales»

En ese espíritu, muchos países desplazaron el poder de decidir sobre parte de, o todo, el presupuesto hospitalario a actores de Atención Primaria (agencias municipales sanitarias y sociales en Finlandia, juntas sub-comarcales de distrito en Suecia, *trusts* de Primaria y ‘*GP fundholding*’ e introducción del ‘*commissioning*’ masivo a los consultorios de primaria en Inglaterra⁷⁰. Incluso se interpretó⁷¹ que se estaban concediendo al personal de Atención Primaria poderes para aumentar la coordinación institucional, con medidas como:

- a. Aumentar el poder de médicos y enfermeras de familia sobre los otros niveles (reforzar el papel de filtro, dar derechos de compra, articular la coordinación);

- b. Aumentar el perfil profesional (cartera de servicios) de los médicos, enfermeras y demás personal de Atención Primaria, y
- c. Expandir/ fundir unidades organizativas en los centros de salud (y los hospitales) para internalizar acciones inter-unidades, crear cátedras, etc.

Aunque la tendencia a poner la Atención Primaria al frente no cristalizó plenamente como tal, sí lo hizo la idea de articular redes no tradicionales e integrar servicios de dentro y fuera del hospital con modelos de consulta externa interconectados, con la Atención Primaria avanzada, buen apoyo de e-health e implicación de los pacientes. Nueva Zelanda ofrece un ejemplo revelador de redes, que ha influido a Canadá (y en Europa, sobre todo a países como Holanda y Dinamarca).

Desde principios de los 90, *Alianzas* entre Juntas de Distrito de Salud (DHB) geográficamente definidas y que poseen y dirigen los hospitales públicos cooperan en Nueva Zelanda con una APS considerablemente financiada por el gobierno, pero prestada privadamente y con gran componente de enfermería renovada. Cada Alianza es una oficina de proyecto que define el alcance concreto de

⁶⁷ Hensher M & Edwards N, 1999 «Hospital provision, activity and productivity in England since the 1980s», *BMJ*, 319 (7214):911

⁶⁸ Van der Linden BA, Spreuwenberg C, Schrijvers AJ, 2001, Integration of care in The Netherlands: the development of transmural care since 1994, *Health Policy* Feb;55(2):111-20

⁶⁹ Twaddle AC. 1999, Health Care Reform in Sweden, 1980-1994, Greenwood Publishing Group

⁷⁰ Dowling, B. and C. Glendinning, Eds. (2003). *The New Primary Care: Modern, Dependable, Successful?* Buckingham, Open University Press

⁷¹ Rico A, Saltman RB, Boerma WB, 2003, Organizational restructuring in European health systems: the role of primary care. *Social Policy Administration*; 37:592-608

su actividad, pone en común flexiblemente sus recursos, rediseña servicios de 24x7 *cercanos al hogar* con diagnósticos avanzados y especialistas desplazados, y articula líneas de trabajo en apoyo a determinados pacientes de primaria (por ejemplo, usuarios frecuentes de las urgencias del hospital, auto-derivados, etc.). Al mismo tiempo la DHB busca reducir camas, disminuir las hospitalizaciones a enfermos crónicos y mayores de 65 años, mejorar el acceso a ciertos servicios, gestionar el comportamiento prescriptor médico, etc. Las Alianzas preparan en Internet información conjunta en mejorar la *gestión clínica*, cómo evitar duplicaciones y cuándo derivar al paciente, etc.⁷²

La expresión más global de esta corriente en los últimos años está siendo pedir reorientar todo el sistema de prestación de servicios hacia una atención integral centrada en el paciente - para (explícitamente) 'cambiar de paradigma y lograr mayor eficiencia e intervenciones en un entorno óptimo, en hospitales, a domicilio o en las comunidades'⁷³.

Estandarización de procesos y valor añadido

Junto a la creación de redes, otra línea central de desarrollo ha sido aumentar la eficiencia y/o la calidad estandarizando procedimientos y reduciendo la variación no justificable. Se diseñan actividades con alto valor añadido para optimizar resultados mediante auténticas «cadenas de montaje», sobre todo en procesos de alta frecuencia, bajo coste y baja variación (colecistectomías, herniorrafias, artroscopias, etc.); las operaciones de cataratas y otras cirugías programadas ('electivas') llevan años funcionando con mínima estancia hospitalaria en la mayoría de los países de la OCDE⁷⁴. En las condiciones tecnológicas actuales se sabe asimismo que muchos procesos se adaptan bien a protocolos estandarizados y se benefician del trabajo conjunto entre equipos de profesionales, algo especialmente visible por ejemplo en el manejo del cáncer de próstata en la Clínica Martini de Hamburgo⁷⁵.

Notablemente, el movimiento en favor de la estandarización de procesos con valor añadido se nutre también de avances en países de ingresos medios, como la India - cuna, por ejemplo, de innovaciones importantes en el terreno del tratamiento de las cataratas⁷⁶ e incluso en el de la cirugía cardíaca pediátrica⁷⁷.

⁷² Letford K & Ashton T, 2010, 'Integrated Family Health Centres', Health Policy Monitor, April. http://hpm.org/en/Surveys/The_University_of_Auckland_and_New_Zealand/15/Integrated_Family_Health_Centres.html

⁷³ European Steering Group on Sustainable Healthcare, 2014, Acting together: a roadmap for sustainable healthcare, Brussels, 2014, p. 8)

⁷⁴ OCDE Health Data 2008, París, International Association of Ambulatory Surgery

⁷⁵ Porter, ME, Guth C: Redefining German Health Care: Moving to a Value-Based System. Springer; 2012

⁷⁶ Bhandari A, Dratler S, Raube K and Thulasiraj RD (2008) *Specialty Care Systems: A Pioneering Vision For Global Health*, Health Aff July 2008 27:4, 964-976

⁷⁷ Anand G, 2009, *The Henry Ford of Heart Surgery*. The Wall Street Journal. November 25, <http://online.wsj.com/article/SB125875892887958111.html#articleTabs%3Darticle>

La separación de (fracciones de) los servicios prestados en procesos de negocio de alto valor añadido, sin embargo, parece hallarse sólo en fase incipiente. Como las redes no tradicionales, en la mayoría de los países desarrollados se expande a velocidad discreta, y en todo caso en el sector con ánimo de lucro (más que en los centros de propiedad pública y sin fines de lucro). Los «Centros de Tratamiento Independientes» holandeses por ejemplo han crecido en número (de 31 en 2000 a 280 a fines del 2010, con precios un 15–20% inferiores a los de los hospitales) y venden masivamente sus servicios una vez que se cambió por ley la financiación al respecto. Ahora bien, no acaban de acceder a los mercados sanitarios y obtener reembolso a gran escala, incluso en lugares donde podrían no ser ya necesarios las citas programadas y los tratamientos en consulta -en Holanda apenas significan un 3–4% del gasto hospitalario total⁷⁸.

Hospital «tienda de soluciones»

Independientemente de que puedan colaborar en red con otros prestadores y/o aprovechar la sistematización de procedimientos de valor añadido, para muchos autores los hospitales siguen funcionando principalmente como *tiendas de soluciones* -equipos de procesos no estandarizados para resolver rompecabezas diagnósticos y terapéuticos. El hospital con ese modelo de negocio⁷⁹

sigue siendo clave para explorar nuevas fronteras asistenciales con tratamientos complejos - ciertos tipos de cáncer, neurocirugía, neonatología, etc. Es desde esa perspectiva como debe estimarse la importancia de los «centros de referencia» para el tratamiento integrado de patologías complejas y los centros de urgencias graves de alta capacidad.

Ya en 1995 se visionaba la llegada de un hospital sin fronteras claras, con un núcleo de instalaciones vinculadas mediante tecnologías de la información, quizá más pequeño que algunos gigantes actuales y sirviendo sólo casos agudos en régimen casi intensivo, con más quirófanos y unidades de urgencia. El conjunto estaría rodeado por servicios externalizados a gran escala -alta precoz, medi-hotel, asistencia domiciliaria, anatomía patológica, laboratorio, catering, lavandería, archivos, etc.⁸⁰.

En la actualidad, algunos centros están siendo construidos y operados ya en Europa con esa inspiración, solos o combinados con la explotación de procesos mejorados de valor añadido y vínculos en red⁸¹. La tendencia al agrupamiento en «complejos hospitalarios» sin duda existe, pero ahora coincide muchas veces con la agrupación diferenciada en torno a modelos de negocio más compactos y homogéneos.

⁷⁸ Maarse H, Jeurissen P and Ruwaard D, Results of the market-oriented reform in the Netherlands: a review. Health Economics, Policy and Law, Available on CJO 2015 doi:10.1017/S1744133115000353

⁷⁹ Véase referencia 19.

⁸⁰ Braithwaite et al. 1995, *Hospitals: to the next millennium*, International Journal of Health Planning and Management. Volume 10. 87-98

⁸¹ van Laarhoven H, 2008, The Orbis way of delivering health care, presentation at the European Observatory Venice Summer School, August

Fusiones, integraciones y convergencias hospitalarias

Los movimientos para fusionar, integrar, o hacer converger funcionalmente entre sí varios hospitales guardan también cierta relación con las modificaciones del modelo de negocio. Buscando conseguir economías de escala y ámbito, menos duplicación de recursos, más efectividad en la formación, mayor influencia de mercado y provisión más eficiente de sus servicios, muchos países han mostrado recientemente tendencia clara a crear grupos o cadenas multi-hospitalarias. En USA -y en Europa, sobre todo en Alemania y Francia- más del 60% de los hospitales forman ahora parte de alguna forma de partenariado, sistema o red, según se la defina en el país, con unificación y normalización del 'back-office' (sobre todo cuando la efectúa el sector privado). En Inglaterra, en cambio, un fenómeno bastante similar ocurrió sin privatizaciones mediante uniones de centros públicos vecinos; 112 de 223 hospitales generales de corta estancia se «fundieron» entre 1997 y 2006⁸².

Desde los años 90, los hospitales suecos también se han reducido a la mitad. Hoy sólo existen 53 hospitales generales y 7 regionales/ universitarios -muchos de ellos como grupos multi-ubicación, caso

del de Skåne, uniendo en 2010 los de Malmö y Lund⁸³. Algunas integraciones tienen intenciones estratégicas mayores, como el Karolinska Institutet en Estocolmo, que con sus 15.000 empleados y 1.700 camas fusionó literalmente desde 2003 los dos grandes campus investigadores de Solna y Huddinge⁸⁴.

El desempeño de grupos o sistemas inter-hospitales parece depender de la naturaleza del acuerdo cooperativo. Grupos o sistemas poseídos y gestionados por una única entidad suelen tener más éxito (ganando eficiencia y mejorando la calidad) que las redes hospitalarias formadas mediante alianza estratégica o simple acuerdo contractual. Asimismo, centralizar las actividades puede resultar más apropiado para algunos entornos que para otros⁸⁵. Se sabe que en el entorno comercializado de Estados Unidos, concentrar reduce a veces la competencia y puede generar subidas de precios, y que el impacto en el desempeño financiero, la productividad o la calidad clínica al evaluar las uniones en el NHS inglés a principios de los 2000 se reveló bastante limitado⁸⁶.

Arquitectura en línea con las nuevas necesidades

⁸² Angeli F, Maarse H. Mergers and acquisitions in Western European health care: exploring the role of financial services organizations. *Health Policy* 2012;105:265-72

⁸³ Ahgren B and Axelsson R, 2011, A decade of integration and collaboration: the development of integrated health care in Sweden 2000–2010, *International Journal of Integrated Care – Volume 11, 9 March, Special 10th Anniversary Edition – URN:NBN:NL:UI:10-1-101301/ijic2011-07 – http://www.ijic.org/*

⁸⁴ Dowdeswell B, Thellman Beck B, Gjötterberg E, The New Karolinska Solna Hospital, Stockholm,

Sweden, Chapter 5 in *Capital investment for health, Case studies from Europe*, Rechel B, Erskine J, Dowdeswell B, Wright S and McKee M, 57-75

⁸⁵ Fulop N, Protopsaltis G, King A, Allen P, Hutchings A, Normand C. Changing organisations: a study of the context and processes of mergers of health care providers in England. *Soc Sci Med* 2005;60:119-30

⁸⁶ Ahgren B. 2008, Is it better to be big? The reconfiguration of 21st century hospitals: responses to a hospital merger in Sweden. *Health Policy* 2008;87:92-9

«¿Qué funciones deben estar absolutamente en el edificio central del hospital y qué otras pueden ubicarse en sitios diferentes?» fue la pregunta central que un concurso para arquitectos en Holanda se hizo y que revelaría que los hospitales incluyen en realidad cuatro componentes distintos⁸⁷:

- Un «suelo caliente» (aproximadamente un 24% de la superficie) con las funciones intensivas en capital que son únicas del hospital (quirófanos, diagnóstico por imagen y cuidados intensivos);
- Un departamento de hostelería (27% de la superficie) para función residencial con poca asistencia de enfermería;
 - Oficinas, administración, departamentos de personal y consulta externa, oficinas en realidad 'normales' y que ocupan un 36% de superficie; e
 - Instalaciones fabriles (en torno al 13% de la superficie) para funciones de producción en línea no-primarias (por ejemplo, laboratorios y cocinas).

Dichos segmentos tienen costes por metro cuadrado y ciclos de vida técnica sustancialmente distintos (doble y mucho más corto, por ejemplo, entre el suelo caliente y las oficinas, respectivamente).

Ello permite un ahorro del 10–15% de la inversión inicial respecto del enfoque tradicional de «segmentos todos iguales»... y a la vez aconseja separar algunos edificios para evitar las familiares «cicatrices» en los suelos.

⁸⁷ Netherlands Board for Health Care Institutions 2006, *Optimization of operating room capacity, English summary*. Report No. 580, <http://www.bouwcollege.nl/Pdf/CBZ%20Website/E>

english/Summaries/hospitals/english_580. pdf, Utrecht, accessed 13 April 2010

Herramientas estratégicas de cambio

En Europa, además del cambio legislativo directo, dos grandes herramientas de estrategia política se han avanzado sobre todo para reformar los hospitales, en cierta forma aprovechando para afrontar también las dificultades económicas del momento: por un lado reformar los métodos de financiación y pago, y por el otro, reformar la naturaleza legal de los hospitales, con autonomización o incluso privatización.

Reforma de los métodos de financiación y pago

Refinamiento de métodos de pago

Para mejorar la distribución de los recursos y forzar la producción de calidad en los hospitales están usándose mucho los métodos de pago *refinados*. En tanto durante décadas las inversiones de capital se mantuvieron centralizadas en toda Europa (y en España, en cada una de las Comunidades Autónomas), los gastos corrientes hospitalarios siguieron remunerándose con presupuestos globales según camas, estancias, honorarios médicos, etc. Solo recientemente han transitado de forma más o menos general, buscando ganar en eficiencia, a categorías basadas en la actividad, como los Grupos de Diagnósticos Relacionados, GDR, tomados de la experiencia del *Medicare* norteamericano. En cierto que en la

mayoría de países de la OCDE se conservan elementos variables de presupuestación global, pero lo habitual ya es pagar a los hospitales mediante sistemas tipo GDRs⁸⁸.

La razón es que los GDRs inducen estancias medias más cortas y fomentan la eficiencia operativa interna, a la vez que reducen las listas de espera. Pasar de financiar con presupuestos a según actividad ha generado también, sin embargo, al menos en parte, cambios en la estructura de la actividad hospitalaria -por ejemplo, concentrar especialidades, fomentar las fusiones y transferencias de hospitales en Francia, permitir crecer a las cadenas privadas con ánimo de lucro en Alemania, etc.⁸⁹- (ver también más adelante).

Buscando aumentar la eficiencia y una mejor relación calidad-precio, están asimismo ensayándose modelos con remuneración separada para los casos atípicos y cantidades añadidas para ciertos tratamientos y fármacos costosos; se pretende sobre todo pagar - incluso más dinero- a cambio de calidad asistencial como primer *proxy* de resultados terapéuticos mejores. Muchos países están probando con ese mismo espíritu modelos de pago por desempeño, pago por todo el continuo asistencial (agrupación en lote) y pago caputivo; se los comenta a continuación.

- Pago por desempeño, P4P

⁸⁸ Stabile M, Thomson S: The changing role of government in financing health care: an international perspective. *Journal of Economic Literature* 52(2), 480-518, 2014

⁸⁹ Busse, R; Geißler, A; Quentin, W and Wiley, M (eds). 2011, «Diagnosis-Related Groups in Europe.

Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals», European Observatory on Health Systems and Policies Series, P. 17-18 (WHO Regional Office for Europe

Las consecuencias de pagar por resultados en asistencia hospitalaria son todavía no concluyentes; aunque un estudio reciente en el Reino Unido encontró mejoras relativas de mortalidad⁹⁰, las mejoras no se mantuvieron a un plazo más largo⁹¹. La principal dificultad con los mecanismos de «precios por mejor práctica» es que requieren información detallada sobre mezclas de inputs y calidad así como sobre evidencias médicas. Obligan asimismo a obtener acuerdo clínico acerca de qué constituye buena práctica dentro y fuera del hospital, un tema sobre el que la información accionable es bastante escasa⁹².

En el Reino Unido también siguen sin cumplirse las altas expectativas generadas por el Marco de Calidad y Resultados para Atención Primaria, QOF -el mayor experimento de P4P en Europa⁹³. Los esfuerzos por reducir pruebas, procedimientos y tratamientos innecesarios a cargo de los propios médicos, como las expansiones internacionales de la campaña iniciada en USA 'Elegir Sabiamente' tampoco parecen acabar de ver como determinante el rol de los sistemas de pago⁹⁴.

A la vista del nivel actual de desarrollo de la evaluación de tecnologías sanitarias (HTA) y de los registros clínicos, no está claro siquiera que los sistemas sanitarios europeos vayan a producir suficientemente pronto los datos que harían falta para avanzar concluyentemente en este terreno. El uso efectivo de registros clínicos en particular sigue siendo un desafío, salvo quizá la reconocida excepción de los registros de calidad de Suecia⁹⁵.

- Pagos en paquete (bundled payments)

Coordinar mejor la asistencia a pacientes con enfermedades crónicas es y seguirá siendo en los próximos años, por las razones que antes se señalaron, uno de los retos clave para los hospitales. Una respuesta a ese reto ha sido reformar la estructura de los pagos y pagar *en lote* por la asistencia completa, dondequiera que ocurra y la preste quien la preste (lo que generó ciertas expectativas por afrontar un problema importante). Hasta el momento, sin embargo, los resultados tampoco son concluyentes⁹⁶.

⁹⁰ Sutton M, Nikolova S, Boaden R, Lester H, McDonald R, Roland M, 2012: Reduced mortality with hospital pay for performance in England, *New England Journal of Medicine* 367 (19); 1821-28

⁹¹ Roland M, Sutton M, Broaden R, MacDonald R, 2014, Does pay for performance in hospitals save lives?, 2014, *BMJ Quality & Safety* 23: 349-360

⁹² Cashin Ch, Chi YL, Smith PC, Borowitz M, Thomson S, eds: *Paying for Performance in Health Care; Implications for health system performance and accountability*, Open University Press, 2014

⁹³ Gilliam SJ, Siriwardena AN, Steel N, 2012, Pay-for-performance in the United Kingdom: impact of the quality and outcomes framework – a systematic review, *Annals of Family Medicine*, 10 (5), 461-468

⁹⁴ Levinson W, Kallewaard M, Bhatia RS et. al, on behalf of the choosing wisely international working group, 2014: Choosing Wisely: a growing international campaign, *BMJ Quality & Safety* online first December

⁹⁵ Emilsson L, Lindahl B, Köster M, Lambe M, Ludvigsson JF, 2015, Review of 103 Swedish Healthcare Quality Registries, *J Intern Med.* 2015 Jan;277(1):94-136. doi: 10.1111/joim.12303. Epub 2014 Sep 27.

⁹⁶ Marshall L, Charlesworth A, Hurst J, 2014: The NHS payment system: evolving policy and emerging evidence, *Research report*, The Nuffield Trust, www.nuffieldtrust.org.uk/publications

Es predecible que el desarrollo en este terreno será probablemente complejo (y propenso a la influencia de los grupos de interés), dada la estricta separación organizativa que la legislación establece entre las asistencias hospitalaria y primaria y ambulatoria: el personal hospitalario suele ser empleado asalariado del gobierno local o estatal, mientras el de primaria está más a menudo organizado en pequeños grupos -y en varios países europeos, es privado. Una primera evaluación, por ejemplo, de la financiación de la diabetes en los Países Bajos halló mejoras en la calidad asistencial global (aunque no había grupo de control), etc. Más relevante aún, los hospitales usaron enseguida recargos adicionales por los pacientes diabéticos de alto riesgo para recuperar toda pérdida que hubieran podido tener, lo que sugiere dudas sobre el potencial de este método en la contención de costes⁹⁷.

- Capitación y ahorro compartido

Los modelos de *capitación ajustada según riesgo, ahorros compartidos e incentivos por calidad* probados en Medicare están siendo aclamados en USA como la próxima casi panacea que (i) combinará el control de costes y (ii) una mejor calidad asistencial, a la vez que (iii) aportarán indicadores para aumentar el valor de los servicios para la población (*triple objetivo*); algunos estudios muestran entusiasmo sobre sus rasgos

favorables^{98 99}. Europa tiene también experiencias propias, desde el modelo de financiación capítativa conjunta hospital/ Atención Primaria en Alzira a *Gesundes Kinzigtal*, un experimento a pequeña escala en Alemania que parece reportar ahorros notables a base de mejorar la calidad¹⁰⁰.

En la práctica, sin embargo, esos esquemas siguen planteando el tremendo reto de contratar en base al valor. Hacerlo con financiación capítativa ponderada y «bloques de servicios» definidos (atención al trauma agudo, asistencia a ancianos frágiles, asistencia crónica y maternidad), extendidos a entornos asistenciales y proveedores diversos, plantea dificultades aún mayores. Hay problemas no resueltos de rendición de cuentas y regulación, así como con las métricas de coste y calidad. Es importante señalar además que quienes parecen beneficiarse más de los ahorros son los médicos y en menor medida los compradores, pero no necesariamente ni automáticamente los pacientes o los contribuyentes (lo cual plantea dudas sobre la idoneidad del método en Europa, y desde luego en España). Para terminar de completar el cuadro, continúa siendo una incógnita en qué medida se conoce la evaluación real de Alzira y centros similares, ya que los datos publicados son bastante incompletos¹⁰¹.

⁹⁷ Véase referencia 78.

⁹⁸ Zong Z, Rose S, Safran DG, Landon BE, Day MP, Chernew ME: Changes in Health Care Spending and Quality 4 Years into Global Payment, *New England Review of Medicine* 2014, 371: 1704-1714

⁹⁹ Nyweide DJ, Lee W, Cuerton TT, Pham HH, Cox M, Rajkumar R, Conway PH: Association of Pioneer Accountable Care Organizations vs Traditional Medicare Fee for Service With Spending, Utilization,

and Patient Experience, *Journal of the American Medical Association* 2015, 313 (21): 2152-2161

¹⁰⁰ Hildebrandt H, Schulte T, Stunder B, 2012: Triple Aim in Germany: improving population health, integrating healthcare and reducing costs of care – lessons for the UK? *Journal of Integrated Care*, 20 (4): 205-222

¹⁰¹ Álvarez A and Duran A: Spain's hospital autonomy: Muddling through the economic crisis, *EuroHealth Observer*, 2013, 19 (1), 8-12

En otras palabras, la financiación hospitalaria es un área con cada vez más luces en cuanto a conocer qué funciona y qué funciona menos, pero continúa teniendo amplios espacios pendientes de clarificación mediante un mejor uso de las tecnologías de la información, una gobernanza clínica con mayor implicación de los médicos y el desarrollo de una cultura organizativa compartida.

*Financiación mediante **partenariado público privado***

El partenariado público-privado (PPP en la jerga, de Public-Private Partnership) es una modalidad de financiación que debía permitir mejor colaboración entre los sectores público y privado, idealmente en beneficio de ambos. Tuvo su buque-insignia en la Iniciativa de Financiación Privada (PFI) del Reino Unido, donde a cambio de una cuota periódica pagada por la autoridad pública durante 30-40 años, el sector privado se comprometía a financiar, diseñar, construir, mantener y operar el edificio para un hospital-trust, dejando al NHS la responsabilidad de prestar los servicios clínicos. En general, los proyectos PFI comportaban un 10% de acciones y un 90 % de deuda (que crucialmente no aparecía en los balances públicos, sin afectar así a las necesidades de financiación del gobierno).

La PFI ha generado mucha controversia, pero jugó un papel central en financiar capital inversor para reconstruir/sustituir a gran escala los hospitales. Comenzada por un gobierno conservador, la amplió considerablemente la administración laborista que llegó al poder en 1997¹⁰². Sus defensores la siguen presentando como soporte del mayor programa de construcción de hospitales en la historia del NHS (77 co-financiados de los 104 sustituidos/ reformados entre 2000 y 2009; en Diciembre de 2012, el valor aproximado de los 120 proyectos PFI era de £15.000 millones -el mayor programa de construcción de hospitales del mundo¹⁰³.

En el lado negativo, la crítica es que los costes no fueron menores que si se los hubiera financiado con fuentes públicas, en tanto la larga duración de los contratos ha generado falta de flexibilidad en el diseño hospitalario y en los servicios ofrecidos. Se han transferido además costes sustanciales a las generaciones futuras, con incertidumbre sobre qué servicios y volúmenes serán necesarios en 30-40 años, y se ha sometido a una presión financiera importante e inflexible a muchos centros¹⁰⁴.

La experiencia internacional concluye que la PPP no constituye dinero gratis y que su uso como mucho debe restringirse a dominios concretos (por ejemplo, instalaciones diagnósticas/ de imagen, centros de diálisis, etc.); es importante

¹⁰² Dewulf G, Wright S (2009) Capital financing models, procurement strategies and decision-making, in: Rechel B et al. (eds.) Investing in hospitals of the future, Copenhagen: World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health S

¹⁰³ Systems and Policies: 123-144.

¹⁰³ Hellowell M (2013) PFI redux? Assessing a new model for financing hospitals, Health Policy, 113: 77-85.

¹⁰⁴ Limb M (2013) PFI scheme is blamed for financial collapse of Peterborough and Stamford trust; BMJ. 2013 Jun 7;346:f3735

señalar también que las PPP requieren una gobernanza de mayor sofisticación que la provisión directa del sector público, más aún si cabe en áreas con gran componente de servicios como la asistencia sanitaria, en comparación con las PPP en bienes¹⁰⁵.

Cambio del status de las instituciones

Conversión en entes (semi)autónomos/ corporatización

En muchos países, un paso paralelo en estos procesos ha sido convertir los hospitales en entidades con capacidad legal y operativa para defender sus propios intereses. Partiendo de modelos de la llamada Nueva Gestión Pública, que intentaba mejorar las instituciones públicas acercándolas al funcionamiento de las empresas privadas sin necesidad de cambiar su titularidad^{106 107}, una ola de reformas afecta desde hace más de dos décadas la manera de llevar los hospitales públicos. Se usa la expresión «autonomía hospitalaria» aun sabiendo que ningún hospital público puede ser plenamente autónomo de sus responsables políticos (tampoco los hospitales privados, incluso con lucro, lo son; tienen más autonomía, pero siguen debiendo ajustarse a la conducta marcada por la regulación estatal y regional).

- Semi-autonomía/corporatización en Europa

Europa se ha convertido en un verdadero laboratorio de cambios de status legal y en el arsenal funcional de los hospitales. En muchos países, numerosos límites entre los sectores público y privado se han ido desdibujando, con la excepción de las clínicas universitarias, y la distinción entre los ámbitos políticos, gestor y administrativo se ha ido difuminando. Bajo prismas culturales diversos, se ha buscado hacer a los hospitales instituciones financiadas mediante contratos tanto dentro del sector público como entre instituciones públicas y privadas.

Muchos centros públicos tienen ya una Junta Supervisora capaz de firmar contratos de personal (cortos) bajo la ley privada, incentivar financieramente al personal según desempeño (hasta un tope), quedarse para el año siguiente los excedentes de explotación y/o pedir prestado capital (con un límite), externalizar masivamente servicios de apoyo al organizar las operaciones de las unidades, etc. Alguno puede abrir (o incluso cerrar) servicios clínicos según su conveniencia¹⁰⁸. Entre los ejemplos están la transformación en Alemania de los hospitales públicos de gestión directa a sociedades públicas «independientes» desde finales de los años 80 y otras modificaciones de calado, recogidas en el siguiente cuadro:

¹⁰⁵ Barlow J, Roehrich J, and Wright s, 2013, Europe Sees Mixed Results From Public-Private Partnerships For Building And Managing Health Care Facilities And Services, Health Affairs 32, NO. 1 (2013): 10.1377/hlthaff.2011.1223

¹⁰⁶ Hood C, 1991, A Public Management for All Seasons? Public Administration, 69: 1,3-19

¹⁰⁷ Osborne D, Gaebler T, 1992.: Re-Inventing Government, Addison-Wesley

¹⁰⁸ Saltman RB, Duran A, Dubois HWF, eds, 2011, Governing Public Hospitals: Reform strategies and the movement towards institutional autonomy, European Observatory on Healthcare Systems and Policy, Brussels

País	Modelo de autogobierno hospitalario aumentado
España	Empresa Pública Sanitaria
	Fundación
	Consortio
	Concesión Administrativa
Estonia	Sociedades Anónimas
	Fundaciones
Israel	Privado sin lucro
	Gubernamental
	De Aseguradora
	Privado, Seguro accionista principal
Holanda	Fundaciones privadas sin lucro
Inglaterra	Trust del NHS
	Trust Fundaciones
Noruega	Empresas Sanitarias Regionales
Portugal	Entes Públicos Empresariales EPE
República Checa	Sociedades Anónimas
	Sociedades Limitadas Participadas
Suecia	Corporaciones de Accionariado Público

Fuente: Saltman et al, 2011.

La reforma holandesa en particular ha modificado de raíz el rol de los hospitales para contener costes y mejorar la calidad, convirtiéndolos a todos en «privados sin ánimo de lucro». Ha establecido un mercado de competición gestionada donde las relaciones entre los centros, sus pacientes y las aseguradoras se rigen mediante cuatro grandes variables:

- (i) el volumen de gente tratada,
- (ii) los costes de los tratamientos médicos,
- (iii) la calidad de los servicios y
- (iv) los precios de los seguros.

Cada vez más claramente, la clave para gestionar un negocio hospitalario sostenible en un entorno de financiación pública pero mediante aseguradoras privadas reguladas y con el 70% de los servicios hospitalarios libremente negociable entre hospital y seguro comprador es identificar bien productos y servicios¹⁰⁹.

- Semi-autonomía/corporatización en España

En España se concedió a principios de los 90 más autonomía de la habitual a ciertos hospitales de tamaño mediano, en principio dentro del marco legal y con cierto acuerdo implícito de fertilización cruzada futura. Cuatro modalidades han sobrevivido tras ajustes en las Comunidades Autónomas, en un continuum de menos a más autonomía: las *Empresas Públicas Sanitarias*, las *Fundaciones*,

¹⁰⁹ Nucciarelli A and Ivanovic A, 2013, Hospitals In The Reformed Dutch Health Care System: Balancing

Products And Services, Eurohealth, Volume 19, Number 2 , 20, 40-44

los *Consortios* y finalmente las *Concesiones Administrativas*¹¹⁰:

- *Empresas Públicas Sanitarias, EPS*, introducidas en 1992. Son propiedad del sector público, pero están sujetas al derecho privado en lo no regulado por legislación específica o por los estatutos fundacionales; su personal es no estatutario en lugar de funcionarios públicos y los médicos están bajo un régimen de pago según rendimiento, en lugar de asalariados.
- *Fundaciones* sin ánimo de lucro, existentes anteriormente pero fomentadas en 1994. Son entidades sin ánimo de lucro de derecho privado, con capital público, privado o mixto, expresamente creadas para satisfacer una necesidad social concreta. Dotadas de profesionales sanitarios no estatutarios, tienen capacidad para decidir su cartera de servicios y autonomía para elegir dónde invertir, así como para alquilar o comprar equipo. Son libres asimismo para gestionar sus propios flujos de caja y pagar a sus proveedores directamente.
- *Consortios*, entes jurídicos legales resultantes de fundir los recursos de más de una autoridad pública y, a veces, entidades privadas sin fines de lucro con personal no funcional -una fórmula utilizada desde la década de los 80. Los gerentes suelen gozar de autonomía para alquilar o comprar

equipo y decidir sobre el conjunto de servicios a ofrecer.

- En las *Concesiones Administrativas*, desde 1999 una concesionaria privada (a menudo una *joint venture* comercial entre aseguradoras sanitarias privadas, grupos sanitarios, empresas constructoras o bancos) gana una licitación para construir y gestionar un hospital, incluyendo (en contraste con la PFI inglesa) prestar servicios clínicos y no clínicos, en general con personal no estatutario.

Privatización hospitalaria

Además del aumento de la autonomía, en los últimos años el sector hospitalario de nuestro entorno ha presenciado un avance notable de su porción privada, sobre todo con fines de lucro, efectuado a base de adquirir y re-estructurar otros centros.

Privatización hospitalaria en Europa

El sector privado opera actualmente uno de cada tres hospitales y más de una de cada cuatro camas hospitalarias en Alemania y casi una de cada cuatro camas en Francia¹¹¹. En ambos países -como en USA- los hospitales públicos se distinguen de los privados con y sin ánimo de lucro, pero todos prestan servicios financiados públicamente. Suecia es otro ejemplo interesante; tiene seis hospitales de propiedad y operación privadas pero con contrato con los Consejos de cada Condado, que cada año prestan atención a un número de pacientes pagados por

¹¹⁰ Alvarez and Duran A, 2011, Spain, in Saltman RB, Duran A, Dubois HWF, eds, 2011, *Governing Public Hospitals: Reform strategies and the movement towards institutional autonomy*, European Observatory on Healthcare Systems and Policy, Brussels

¹¹¹ Nolte E, Pitchforth E, Miani C, Mc Hugh S, 2014: *The changing hospital landscape. An exploration of international experiences*, Rand Europe

dichos Consejos¹¹². Tres son sin ánimo de lucro (todos en Estocolmo) y otros tres (el St Goran de Estocolmo, único privado de agudos en Suecia, y dos en el sur del país), tienen fines lucrativos.

Inglaterra, Irlanda y muchos países de Europa central y meridional, por el contrario, mantienen a los hospitales del sector privado (que sirven sobre todo a sus habitantes acomodados en paralelo) más separados de los de financiación pública.

En el Reino Unido, la externalización a proveedores privados tras más de dos décadas de cambios en la propiedad y la gestión sigue siendo relativamente pequeña; en 2007 las camas privadas se estimaban en todo el Reino Unido en el 6.5% del total¹¹³. En 2013 sólo 201 de los 465 hospitales privados de agudos tenían camas que les permitieran ofrecer cirugía «con estancia»; los 8 del centro de Londres poseían una media de 137 camas, pero fuera de la capital la mayoría poseen entre 30 y 50 camas, hacen tratamientos programados únicamente (no prestan servicios de urgencia ni cuidados intensivos) y carecen de unidades de alta dependencia¹¹⁴.

En Inglaterra, el NHS aportó en 2012 el 27.5% de la financiación de los hospitales privados de agudos, un aumento de más de cuatro veces la proporción de 2004,

pero el sector privado manejó sólo un 3,5% de las primeras citas de consulta externa financiadas públicamente -aunque el porcentaje fue sustancialmente mayor para procedimientos electivos como la prótesis de cadera y las operaciones de vesícula biliar¹¹⁵ (Kelly y Tetlow, 2012). Los hospitales públicos del NHS ofrecen ahora a su vez servicios privados, sea en unidades específicas aparte (private patient units, PPU) o en camas privadas. En el año financiero 2012/13, NHS England facturó privadamente casi £500 millones¹¹⁶. Como anécdota, tras un informe crítico sobre su calidad y presiones financieras, Circle, la empresa matriz del Hinchingsbrooke Hospital, el primer hospital de gestión plenamente privada del NHS, se retiró del acuerdo¹¹⁷.

En la mayoría de los países, en todo caso, el sector hospitalario privado está cada vez más consolidado en grandes grupos como Helios y Asklepios (Alemania), Générale de Santé (Francia), Quirón (España), General Healthcare Group y Spire Healthcare (Reino Unido) y Capiro (Suecia), cada uno con decenas de centros. El tamaño del sector privado con lucro puede observarse en esta tabla:

¹¹² Anell A, Glenngard AH, Merkur S, 2012. Sweden. Health Systems in Transition series. European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels

¹¹³ Boyle S: United Kingdom (England): Health system review. Health Systems in Transition, 2011; 13(1):1-486

¹¹⁴ Centre for Health and the Public Interest, CHPI, 2014, Patient safety in private hospitals – the known and the unknown risks, London, <http://chpi.org.uk/wp-content/uploads/2014/08/CHPI-PatientSafety-Aug2014.pdf>

¹¹⁵ Kelly E, Tetlow G, 2012, Choosing the place of care. The effect of patient choice on treatment location

in England, 2003-2011, Institute of Fiscal Studies and the Nuffield Trust

¹¹⁶ Competition and Markets Authority, CMA, 2014, Private healthcare market investigation. Final report, Queen's Printer and Controller of HMSO, London, https://assets.digital.cabinet-office.gov.uk/media/533af065e5274a5660000023/Private_healthcare_main_report.pdf

¹¹⁷ BBC, 9 de enero de 2015, <http://www.bbc.com/news/uk-england-cambridgeshire-30740956>

Tabla. Camas de hospitales con fines de lucro

		1995	2000	2005	2010	2013
Alemania	Camas totales			698.303	674.473	667.560
	% de con-lucro			26,2	29,7	29,8
Austria	Camas totales	67.853	63.674	63.248	64.008	56.347
	% de con-lucro	6,9	7,1	9,0	11,1	15,1
Chequia	Camas totales	87.784	79.985	77.309	73.746	67.888
	% de con-lucro				13,7	17,7
Dinamarca	Camas totales		22.927	20.902	19.405	17.241
	% de con-lucro		0,1	1,4	2,1	2,1
España	Camas totales	154.644	148.081	145.863	145.199	138.153
	% de con-lucro	19,4	17,9	19,6	17,7	18,8
Finlandia	Camas totales	41.483	39.026	37.000	31.395	26.429
	% de con-lucro	3,3	3,3	3,7	4,4	4,2
Francia	Camas totales		484.279	455.175	416.710	413.206
	% de con-lucro		19,8	20,4	23,4	23,7
Italia	Camas totales			234.375	215.980	203.723
	% de con-lucro			28,1	28,0	27,6
Países Bajos	Camas totales	81.437	76.859	72.698	76.980	
	% de con-lucro	0	0	0	0	
Polonia	Camas totales			248.860	251.456	252.281
	% de con-lucro			17,0	24,3	26,8

Fuente: Datos de la OCDE, 18 Enero 2016, extraído de Jeurissen, Duran y Saltman, 2016.

La mayoría de los estudios existentes ilustra, quizá sorprendentemente, que las diferencias *dentro de* cada tipo de propiedad hospitalaria parecen ser más importantes que las existentes *entre* los hospitales con ánimo de lucro y los públicos o sin lucro¹¹⁸; todos buscan aprender de los demás en cuanto a mejorar su eficiencia. En una sección anterior se habló de los hallazgos recientes en cuanto a arquitectura sanitaria; los hospitales del grupo privado alemán Rhön Klinikum, el Coxa Hospital en Tampere, Finlandia (de propiedad mixta) y el también privado Orbis Medical Park de Sittard, Holanda son ejemplos notables de iniciativas adicionales en busca

de la eficiencia constructiva en entornos de sistemas sanitarios distintos¹¹⁹. Los hospitales de la compañía Rhön Klinikum en particular combinan¹²⁰:

- Una inversión de capital triple que los hospitales alemanes tradicionales, a recuperar a base de una producción más intensiva y mayores beneficios;
- Un edificio compacto y flexible, integrado con los procesos primarios - «cada metro que una enfermera camina sin necesidad cuesta dinero»; y
- Una gran sistematización de procesos asistenciales usando vías clínicas:

¹¹⁸ Véase referencia 20.

¹¹⁹ Rechel B, Wright S, Barlow J and McKee M, 2010, Hospital capacity planning: from measuring stocks to modelling flows, Bulletin of the World Health Organization, 2010;88632–636 | doi:10.2471/BLT.09.07336

¹²⁰ Bjørberg S and Verweij M, 2009, Life-cycle economics: cost, functionality and adaptability, in Rechel B, Wright S, Edwards N, Dowdeswell M and McKee M, 2009, Investing in Hospitals of the Future, European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels

conforme los pacientes mejoran, se los mueve por los diversos departamentos, con la enfermería organizada en intensiva, alta, media y baja, sin seguir las disciplinas médicas.

- Privatización hospitalaria en España

En España los hospitales privados con y sin lucro, tienen mayor presencia en Cataluña, Madrid y Andalucía y representan el 53% de los centros hospitalarios (aunque dado su pequeño tamaño medio, poseen sólo el 33% de las camas). Es de hecho un sector bastante atomizado, donde los cinco mayores grupos representaban en 2011 sólo el 31% del mercado privado, comparado con el 64% en el Reino Unido y el 89% en Alemania.

En 2012, al calor de la crisis económica, comenzó un proceso de concentración mediante fusiones y adquisiciones de otros hospitales privados. Hoy están agrupados en tres racimos: (i) hospitales y clínicas independientes (46% de las camas y 58% de hospitales mayoritariamente pequeños); (ii) grupos hospitalarios dedicados a gestionar hospitales (50% de las camas y 37% de los hospitales); y (iii) hospitales pertenecientes a aseguradoras sanitarias privadas (4% de las camas y 4% de los hospitales)¹²¹.

Esta tendencia al cambio de status de los hospitales tiene raíces profundas y complejas, en un entorno en el que aumenta la importancia de los profesionales como verdaderos *gestores de muchos recursos*, sobre todo en relación con la continuidad asistencial.

En Europa y en España - contrastando bastante con los USA- los gestores

deciden sobre estructuras profesionales internas, contratación y despido, incentivos relacionados con el rendimiento, seguimiento de la actividad día a día, criterios para evaluar si se alcanzaron los objetivos y recogida de indicadores de rendimiento para los gobiernos nacionales / regionales, otros pagadores y partes interesadas (se publiquen luego o no).

Los políticos a su vez, especialmente en los centros públicos, desempeñan un papel estratégico sentándose directamente o mediante miembros designados en las juntas: fijan objetivos, establecen límites operativos mediante requisitos de planificación y de dotación de personal, negocian y regulan los contratos y los niveles retributivos de la plantilla, y toman las decisiones finales sobre dependencia financiera.

No debe extrañar que en tiempos de expansión presupuestaria los políticos prefieran, en general, añadir nuevas «capas» a las instituciones sanitarias y sean reacios a grandes cambios organizativos dado su interés electoral directo en mantener niveles de actividad y empleo. En sentido contrario, unos hospitales públicos endeudados constituyen grandes pasivos en los balances.

Las tendencias a privatizar hospitales en los países europeos (todos, como se sabe, con relativamente altas cargas fiscales) sugieren la presencia de figuras políticas senior receptivas a la privatización, a la que pueden ver como una opción para abordar sus problemas económicos, con sus

¹²¹ Saltman RB, Duran A, 2015, Governance, government, and the search for new provider models.

Int J Health Policy Manag. 2015;4(x):x-x.
doi:10.15171/ijhpm.2015.198

correlatos de autonomía plena, segmentación del mercado y especialización de productos. Ahora bien, por importantes que sean las argumentaciones técnicas en el debate, es difícil separar esas decisiones de lógicas más amplias buscando replegar y reorientar al estado benefactor europeo y/o impulsar posiciones sustentadas por las ideologías de los participantes¹²².

¹²² Jeurissen P, Duran A and Saltman RB, 2016, in press, Uncomfortable Realities: The Challenge of Creating Real Change in Europe's Consolidating

Hospital Sector, BMC Health Services Research, Special Issue

3. Implicaciones y líneas de trabajo para el futuro

¿Qué hacer ante tal panorama? Esta sección únicamente intenta aportar una perspectiva personal sobre posibles grandes líneas de desarrollo en base al análisis anterior, primero con carácter general y luego ligadas a la formación del personal directivo y gestor.

Implicaciones generales

Solapamientos y duplicaciones

El potencial de los cambios que se alumbran en los hospitales parece grande. En el contexto de un desarrollo tecnológico que posibilitará cada vez más la cristalización diferenciada de los tres modelos de negocio analizados (la tienda de soluciones, las cadenas de valor añadido y las redes integradas), el valor de los hospitales dependerá de:

- la calidad de la atención que presten mediante procedimientos innovadores sin despilfarro, y
- su impacto sobre la salud de los pacientes, en comparación con la Atención Primaria y con modalidades ambulatorias o híbridas.

Ahora que las tecnologías y el nivel de educación de la población permiten abordar más prestaciones a nivel de

asistencia comunitaria, cirugía sin estancia y otros servicios ambulatorios, desde un punto de vista empírico gran parte de lo que vaya a suceder dependerá de qué resultados se obtengan con dichos servicios comunitarios, que reclaman su derecho a recibir recursos, cada vez con mayor aceptación social¹²³.

Muchos sistemas sanitarios en toda Europa, por tanto, quizá deberían empezar por resolver ineficiencias, solapamientos y duplicaciones en el equilibrio de la atención prestada entre hospitales, Atención Primaria y otros entornos asistenciales.

Aspectos técnicos de los pagos

Muchos países parecen estar depositando sus esperanzas en que pagar por la calidad y el desempeño resolverá los efectos adversos de los actuales esquemas de remuneración. La mayoría de los estudios indican, como se señaló, que los GDRs han contribuido a acortar las estancias pero no está claro que ofrezcan suficientes incentivos para controlar de forma sólida los costes asistenciales de los hospitales¹²⁴.

Está por ver, además, si los países serán siquiera capaces de superar los complejos problemas de diseño, de modo que reformas adicionales de los pagos no

¹²³ Roland M, Lewis R, Steventon A, Abel GA, Adams JL, Bardsley M, Brereton L, Chitnis X, Conklin A, Staetsky L, Tunkel S, Newbould J, Ernst & Young LLP; 2013: Does integrated care deliver the benefits expected? Findings from 16 integrated care pilot initiatives in England. Santa Monica, CA: RAND

Corporation, http://www.rand.org/pubs/research_briefs/RB9703

¹²⁴ Charlesworth A, Davies A, Dixon J: Reforming payment for health care in Europe to achieve better value, The Nuffield Trust, 2012, www.nuffieldtrust.org.uk/euro-summit/2012

disparen los costes. En el plano técnico, problemas clave como la motivación intrínseca de médicos y enfermeras y el uso de incentivos positivos frente a sanciones siguen sin resolverse satisfactoriamente¹²⁵.

Vista la experiencia de las dos últimas décadas, es probable que el impacto de las políticas de racionalización ligadas a reformar los métodos de pago será también limitado. Los aspectos técnicos en las iniciativas por reformar los pagos deben en todo caso ser mucho mejor ponderados, con métodos capaces de analizar el efecto sobre el hospital y sobre los distintos profesionales.

No parece fácil que el sector hospitalario europeo salga en los próximos años de las apuradas realidades económicas que hoy afronta el continente¹²⁷ pero es también difícil que las estrategias presupuestarias usadas recientemente (acumular déficits con los proveedores temporalmente, posponer gastos de capital y rebañar tarifas y pagos) aporten una solución a largo plazo.

Por doloroso que suene, presiones fiscales para que los hospitales realicen cambios más profundos -inclusive estructurales- distan de ser improbables en Europa en los próximos meses y años en numerosos países.

El entorno económico inmediato

En última instancia, como se planteaba al comenzar este documento, los determinantes clave de la estructura y función de los hospitales son el nivel tecnológico (incluida la capacidad de organizar correctamente los procesos), los recursos disponibles y los valores sociales. A pesar del uso creciente de las modernas Tecnologías de la Información y la Comunicación, TIC, el gasto hospitalario (y los costes farmacéuticos) han sido áreas de recorte prioritarias en los últimos años en la OCDE¹²⁶.

Más innovación y más cambio

En ese marco, es muy posible que la tendencia a sacar servicios de los hospitales siga intensificándose, como continuación tanto del progreso tecnológico como de las medidas de austeridad adoptadas desde la crisis de 2008¹²⁸. Continuarán aumentando en el terreno hospitalario las presiones en favor de modelos organizativos diferentes de los que ya conocemos, y sin duda irán emergiendo mejores esquemas de integración en red y procesos con más valor añadido.

¹²⁵ Conrad DA, Perry L: Quality-Based Financial Incentives in Health Care: Can we Improve Quality by Paying for It?, Annual Review of Public Health 2009, 30: 357-71

¹²⁶ OECD, 2015, Fiscal Sustainability of Health Systems: Bridging health and finance perspectives, OECD publishing, Paris

¹²⁷ European Commission, 2016, European Economic Forecast, Institutional Paper 020 | February 2016, Directorate-General for Economic and Financial

Affairs, Brussels, http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/eeip/pdf/ip020_en.pdf

¹²⁸ Thomson S, Figueras J, Evetovits T, Jowett M, Mladovsky P, Maresso A, Cylus J, Karanikolos M, Kuge H: Economic Crisis, health systems, and health in Europe: impact and implications for policy. Policy Summary. European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, 2014

Mucho menos claro está cuándo, cómo y hasta qué punto esos desarrollos alterarán el modelo de negocios del hospital como hoy lo conocemos y qué impacto tendrán sobre la conducta de los profesionales (médicos y enfermeras). La mayoría de los países carecen de compradores activos de la asistencia con suficiente capacidad para efectuar acuerdos contractuales refinados basados en el valor con los proveedores de servicios, que son indispensables para acelerar y clarificar esos procesos.

Sólo si se refuerza, y cuando se reforzase, en Europa la función de compra en la asistencia sanitaria, los patrones de cambio hospitalario irían mostrando tendencias más netamente identificables. De persistir los actuales mecanismos de asignar recursos, el cambio probablemente será más lento y desigual.

La posición de los profesionales clínicos

En la ecuación de esta encrucijada deben contabilizarse los formidables poderes de influencia política de los médicos como profesión, ilustrados en estudios y análisis de todo tipo durante décadas^{129 130}. Su cada vez más reconocido papel en la gestión clínica aumenta su influencia.

Puesto que los médicos siguen defendiendo la especialización clínica de quienes mejor se desempeñen en la profesión, los hospitales académicos y terciarios, auténticos 'palacios de la

complejidad', seguirán siendo por mucho tiempo un componente esencial de los sistemas sanitarios, aportando gran parte del liderazgo clínico (los otros focos de mejora serán los centros de procesos de alto valor añadido y las redes 'integradas', y el papel de la enfermería y la Atención Primaria en el manejo de tecnologías innovadoras menos dependientes del conocimiento clínico súper-especializado).

Es importante entender que quienes en Europa pueden ver amenazado su sitio por el crecimiento de los centros ambulatorios modernos y las nuevas redes no son, pues, los grandes centros **académicos, sino los menos complejos** hospitales intermedios y pequeños, sobre todo si tienen perfiles ambiguos y resultados mediocres.

Planificación en base a «vías»

La planificación hospitalaria deberá responder a esos cambios con herramientas nuevas, más refinadas y más potentes. Sin duda, deberá articular mejor los criterios poblacionales de cobertura, las distancias y otros aspectos geográficos y sociológicos. Ahora bien, el diseño de los edificios y el entorno físico, así como las relaciones funcionales de sus componentes, deberá ser muy distinto. A estas alturas, el «número de camas» *per se* de un hospital no indica casi nada sobre su capacidad; muchos hospitales europeos ya están siendo diseñados en base a las *vías del*

¹²⁹ Freidson E, 1970: Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge, University of Chicago Press

¹³⁰ Hurst J, 2010, Effective ways to realise policy reforms in health systems, OECD Health Working

papers No. 51, OECD Publishing
<http://dx.doi.org/10.1787/5kmh37714n9x-en>

paciente o clínicas, y con flujos separados de pacientes, personal y bienes para evitar interferencias.

Serán cada vez más frecuentes los edificios y habitaciones multifuncionales de límites variables, capaces de acomodar en un extremo del espectro cuidados intensivos y en el otro, rehabilitación sin mover al paciente del mismo sitio; hay centros que unen ya la actividad de quirófano y las camas de ingreso quirúrgico de varias especialidades y otros que no separan los departamentos médicos, quirúrgicos o diagnósticos, sino los flujos de actividad *calientes* (asistencia urgente) y *fríos* (programada), transfiriendo a otros centros, con o sin camas, las consultas por estancias cortas, diagnósticas y terapéuticas¹³¹.

Es importante irse adaptando a escenarios en que la planificación de la capacidad no podrá hacerse más con métodos tradicionales de ratios poblacionales y número de camas, sino según vías clínicas. Ello, a su vez, reflejará la evolución que se vaya observando en la diferenciación de los modelos de negocio.

Inversiones de capital

La infraestructura de muchos hospitales actuales sufrirá para acomodarse a las nuevas necesidades -como en 1972 sufrió el de las Cinco Llagas de Sevilla al intentar albergar las modernas tecnologías médicas de su tiempo (sin olvidar que al final debió

cerrárselo y construir ex-profeso el vecino Hospital de la Macarena), etc. Es probable, pues, que las nuevas transiciones requieran también inversiones serias de capital en infraestructuras.

Ahora bien, una consecuencia de privatizar (cambiar la propiedad a instituciones con fines de lucro) detectada en Alemania, Francia, Holanda, etc. ha sido que la asignación de capital se rige cada vez más por requisitos establecidos por los mercados financieros.

Si ese desarrollo se expande al resto del continente aun en escenarios menos extremos, el cambio en los hospitales europeos adquirirá una nueva dimensión cuya importancia desde el punto de la sostenibilidad no debería ser minusvalorada.

Fusiones, integraciones, convergencias y reconfiguraciones

La 'consolidación hospitalaria' mediante fusiones, integraciones, convergencias y reconfiguraciones, o similares, es un proceso más complejo de lo pensado. Compartir servicios con otros hospitales puede acarrear beneficios (por ejemplo, economías de escala reduciendo la duplicación de oficinas de apoyo y concentrando logística y poder de compra) pero la gestión y el personal clínico compartidos pueden también llevar a un peor desempeño, o a un uso de los recursos menos eficiente¹³². Ni que decir

¹³¹ Rechel, B, Wright S, Edwards N, Dowdeswell B and McKee M, 2009, Investing in hospitals of the future, Observatory Studies Series, N 16, European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels

¹³² Gaynor M, Laudicella M, Propper C. Can governments do it better? Merger mania and hospital outcomes in the English NHS. J Health Econ 2012;31:528-43]

tiene, todas las modalidades tienen sus ventajas e inconvenientes.

Integrar/fundir, como se señaló, puede mejorar la calidad (un mayor tamaño permite mayores inversiones y repartir el riesgo inversor y se asocia a mejor calidad en servicios como los procedimientos quirúrgicos); la asociación entre tamaño y eficiencia, sin embargo, está menos clara. Deben pues equilibrarse el ‘riesgo de calidad’ asociado a los volúmenes bajos y el ‘riesgo de acceso’ asociado al cierre de servicios a nivel local¹³³.

Cualquier reconfiguración de un grupo de hospitales debe tener en cuenta el contexto y las razones para el cambio; antes de actuar deben entenderse bien las ineficiencias específicas e identificar los modelos estructurales y de gobernanza más idóneos para resolverlas. Es asimismo fundamental seleccionar con cuidado los servicios a compartir entre hospitales.

La politización explícita como perspectiva

Está claro que cambiar la propiedad de los hospitales implica intereses y aspectos ideológicos en los que también entran en juego normas y valores sociales; como se dijo, cambiar las formas de propiedad de públicas a privadas comporta siempre una disputa política. Más importante, dejar (casi) todo el espacio a las leyes de la oferta y la demanda sin que se produzcan

explosiones en los costes (por actuaciones de búsqueda de rentas aprovechando los «fallos del mercado») requeriría una infraestructura técnica reguladora muy específica para proteger a la sociedad, y pocos países la tienen.

La desregulación y privatización masivas (sobre todo a modalidades con lucro) parecen de entrada descartable en Europa, al menos en un plazo corto y medio, aunque sólo sea por las tradiciones políticas del continente. Incluso en Holanda, donde aparentemente se reportan resultados de descenso de precios y aumento de volúmenes¹³⁴, el grado de control social sobre los procesos en marcha es objeto de bastante polémica.

Más allá del análisis superficial, al analizar este tema probablemente tampoco se presta suficiente atención a que contener costes *no* es un objetivo compartido por todas las partes implicadas, ni por todos los grupos profesionales -en otras palabras, los hospitales sin duda se opondrán a muchas (si no todas) las formas de control estricto de costes, quienquiera que las plantee.

Es probable que el debate sobre los hospitales se torne explícitamente político y ocupen el centro de la escena actores que argumenten que el Estado benefactor europeo se ha visto ya bajo suficiente presión. La nueva gobernanza de los hospitales deberá dar respuesta a esas críticas.

¹³³ Monitor. 2014, Facing the future: smaller acute providers. London: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/320075/smalleracuteproviders-report.pdf

¹³⁴ Ikkersheim DE, 2013: The Dutch health system reform: creating value, Dissertation, Free University Amsterdam

Regulación de la actividad hospitalaria

Finalmente, los precios en el terreno hospitalario se siguen fijando en todos los países directa o indirectamente mediante regulación (con la excepción parcial de los Países Bajos). La delegación a otros profesionales dentro y fuera del hospital y la introducción de tecnologías de cercanía al enfermo van a cambiar la manera de entender la prestación de muchos servicios sanitarios, como se señaló.

Por tanto, evolucionen en el sentido que lo hagan la estructura y la función de los hospitales europeos (sobre todo públicos), el nuevo escenario exigirá, sin duda, mejores mecanismos de coordinación entre niveles y profesionales gestores, médicos y de enfermería, mejores herramientas de información y mejores estrategias de rendición de cuentas de los múltiples actores intervinientes¹³⁵.

Parece razonable concluir que las autoridades deberán esforzarse sobre todo por desarrollar un esfuerzo regulador para garantizar coordinadamente calidad y eficiencia en intervenciones cada vez más complejas e inter-relacionadas dentro de los muros del hospital y en la comunidad y / o mediante otras organizaciones.

Implicaciones para la formación del personal directivo y gestor

Las tesis de este trabajo son:

- que los hospitales modernos se convirtieron en instituciones prestigiosas para sus comunidades incluso mientras fraguaban cambios fundamentales en sus patrones de servicios pero que en la segunda década del siglo XXI su mundo es fundamentalmente distinto en aspectos técnicos, organizativos y financieros clave¹³⁶; y
- aunque las características de cómo se asignarán recursos y resolverán conflictos en el particular concepto de «gobernanza hospitalaria» sigue en fase embrionaria, la teoría de la gobernanza en general y el entendimiento de que el proceso político en el sector público debe incorporar nuevos elementos¹³⁷ van a afectar centralmente a los hospitales, sobre todo públicos.

Nuevas formas de perseguir los objetivos

Cada vez más, los hospitales -sobre todo los operados públicamente- deberán regirse adaptando a las nuevas circunstancias su forma de perseguir sus objetivos sanitarios y sociales, desde mayor calidad y efectividad a un mejor desempeño en metas de ingresos económicos y sostenibilidad, al desarrollo del conocimiento y la consecución de

¹³⁵ Smith, P, Mossialos, Leatherman, S and Papanicolas, I, Performance Measurement for Health System Improvement: Experiences, Challenges and Prospects, 2011, Cambridge University Press

¹³⁶ Véase referencia 129.

¹³⁷ Ezzamel M and Reed M, 2008, Governance: A code of multiple colours, *Human Relations* 61(5): 597–615

prestigio social. En ese contexto, por las razones explicadas, cada vez más deberá oírse la voz de cada grupo profesional (médicos, enfermeras, etc.) de manera específica.

Las cambiantes modalidades de atención clínica aguda y programada, las demandas de atención integral a enfermos crónicos y personas mayores, y la mayor exigencia de voz y elección para el paciente, por un lado, y la búsqueda de recursos suficientes para desarrollar sus actividades como una empresa realmente solvente, por el otro, reclaman reformar a fondo la manera en que se dirige y gobierna a los hospitales.

Gestionar y gobernar la especificidad de los nuevos centros

Muchos hospitales serán modalidades intermedias de un continuo / red de proveedores en régimen de ingreso y consulta externa, con un rango más específico de productos y servicios, preocupados sobre todo por responder rápida y efectivamente con procesos de alto valor añadido a sus pacientes (alta frecuencia, baja variación, bajo coste relativo). Otros serán centros operativos polivalentes, con numerosas super-

especialidades manejando la asistencia de alto coste, alta variación, y baja frecuencia.

Muchos hospitales participarán asimismo en redes amplias con otros niveles asistenciales en las cuales los pacientes aprendan no sólo de los profesionales sino unos de otros. En todos, la excelencia operativa y habilidades relacionadas con las tecnologías de la información, TIC, a veces serán incluso más importantes que las ligadas a procedimientos médicos rutinarios en la consulta.

Los hospitales deberán ser en esencia gobernados lo más en línea posible con su forma de operar, con mayor implicación de los profesionales y mayor rendición de cuentas.

Formar a gestores y gobernantes

Como quiera que semejante transición ocurra, para progresar en la reforma de los hospitales (y en general para cualquier mejora en el sector salud) ajustar los recursos humanos resultará clave¹³⁸. La medicina y la enfermería se ejercerán en un entorno de mucha más precisión y sobre procesos mucho más crónicos, en los que la coherencia procedimental tendrá a veces más importancia cuantitativamente que la inspiración¹³⁹. Si se quiere ayudar a

¹³⁸ Dubois, C et al, *Analysing trends, opportunities and challenges*, in Dubois et al (editors), 2006. Human resources for health in Europe, European Observatory for Health Systems and Policies Series, Open University Press. Buckingham

¹³⁹ Porter ME, Teisberg EO, 2006, [Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results](#), Boston: Harvard Business School Press

conformar el futuro de los hospitales, la relación entre práctica clínica y gestión deberá ser abordada de modo mucho más central.

Ello plantea retos fundamentales a las universidades y centros encargados de formar la fuerza de trabajo (médicos, enfermeras, gestores y directivos sanitarios) en lo concerniente a nuevas tecnologías y métodos organizativos. El objetivo, a riesgo de abusar de la jerga técnica, será «asegurar acceso pleno a una asistencia personalizada, donde la cobertura nominal se haga utilización efectiva y satisfactoria en un marco de uso eficiente de los recursos».

Corresponderá a las escuelas de formación de cuadros preparar al personal directivo y gestor en esa dirección de forjar nuevas relaciones entre los profesionales clínicos y la gestión.

Ajustar perfiles en la transferencia de conocimiento y competencia

Entretanto y como se apuntó, los resultados de la combinación actual de presiones organizativas y restricción

financiera diferirán según aspectos normativos, culturales y organizacionales en cada medio. Soluciones similares podrían muy bien funcionar de modo distinto en Andalucía comparada con otros sitios por diferencias contextuales. Los cambios generacionales y la demografía profesional de cada entorno también jugarán un papel importante.

Parece probable, en todo caso, que los encargados de elaborar políticas y los responsables del presupuesto público seguirán atrapados entre la necesidad de afrontar cambios profundos, por una parte, y la de controlar el gasto hospitalario por la insuficiencia relativa de ingresos para hacer frente a la totalidad de intervenciones que la ciencia y la tecnología hagan posible, por la otra.

Los poderes públicos tienen una responsabilidad clave en este contexto, sobre todo contribuyendo a articular políticas de gestión del cambio para los rasgos organizativos que se muestren en conflicto con los perfiles hospitalarios modernos y para capacitar a los recursos humanos del futuro en un proceso de transición complejo y exigente.

Propuestas de futuro



Capítulo I

Diseño y funcionalidad



Hospitales como edificios de equipamiento público

La arquitectura y su evolución en la materialización en diversas formas arquitectónicas han discurrido desde sus orígenes en paralelo con la de la trayectoria de la sociedad. Ha tratado de satisfacer en primer lugar las necesidades funcionales de esta: abrigo, residencia, gobierno y administración, culto, etc., que con el tiempo se ampliaron a manifestar su relevancia por su carácter representativo.

En la arquitectura moderna, a partir de la revolución industrial, adquirió mayor importancia la concepción de los edificios como soporte o contenedor de funciones, atendiendo preferentemente las necesidades funcionales y utilizando las nuevas técnicas estructurales y constructivas en detrimento de la forma en sí.

En la arquitectura contemporánea aún se debate vivamente sobre el proyecto de edificios que se configuren preferentemente por función (que deben cumplir con todas las garantías) y forma.

Los edificios públicos de equipamientos se han convertido en las grandes construcciones de nuestras sociedades y constituyen, además de albergadores de funciones muy concretas, la imagen de la identidad de una sociedad. Así, los hospitales han devenido en ser representativos y patrimonio de cada época, y responden a las nuevas necesidades y valores sociales. En el futuro los aspectos más importantes por tener en cuenta son los que se desarrollan en los siguientes epígrafes.

Aspectos estructurales

En general los hospitales deben concebirse como centros en permanente evolución y, por lo tanto, dotarse de estructuras y materiales más adaptables a las necesidades cambiantes. En el futuro, en el diseño primarán la flexibilidad y la capacidad de adaptación al cambio. La estructura física de los nuevos hospitales ha de armonizarse con la estructura funcional y, en concreto, con las necesidades y los circuitos de pacientes.

En el diseño de los hospitales tendrán preferencia las circulaciones horizontales. La arquitectura hospitalaria tenderá a la horizontalización. Esta disposición horizontal favorecerá la necesaria implantación de procesos asistenciales sobre la base de las necesidades del paciente.

En el aspecto funcional, deberían encontrarse separados los circuitos que van a dar respuesta a los procesos más frecuentes (que suponen alrededor del 80 % de la demanda asistencial) de aquellos que dan respuesta a los procesos con menor incidencia clínica y de mayor complejidad (unidades altamente especializadas). Los primeros pueden y deben resolverse prácticamente en el día, adaptando los circuitos funcionales a las necesidades de diagnóstico y tratamiento de los mismos, y requieren de menor concurrencia de profesionales.

Los hospitales se inspirarán en un bloque central altamente resolutivo y un diseño en pabellones, en espina o peine, para ofrecer complejidades diferentes y mayor flexibilidad y capacidad de adaptación. La gestión independiente de diferentes pabellones o bloques permitiría la especialización y la optimización. Tener que gestionar menos servicios concentrados en un mismo edificio, posibilitaría poner foco en menos aspectos, y por lo tanto mayor dedicación y precisión, mayor flexibilidad y mejor adaptación al cambio. Parcelar servicios en edificios menos complejos, evitará conflictos cuando haya que remodelar.

Las áreas diagnósticas comunes deben estar situadas en zonas centrales, de manera que se encuentren lo más cerca posible de los circuitos asistenciales.

El equipamiento tecnológico específico debe situarse en las consultas o bien en salas anexas donde se encuentre fácilmente accesible y en algunos casos pueda ser compartido.

Los hospitales deben dotarse de espacios que favorezcan el trabajo multidisciplinar en todas las áreas asistenciales, especialmente en las unidades de hospitalización. Espacios que favorezcan el intercambio de conocimiento entre profesionales.

Disminuirá el número de camas, mediante el desarrollo de alternativas a la hospitalización, considerando el domicilio como lugar preferente de atención y concentrando en el hospital únicamente tecnologías y procedimientos con altos costes de sustitución o diversificación.

Interdependencias en red

En la infraestructura hospitalaria del futuro, el hospital convencional será sustituido por una red de prestaciones sanadoras más compleja, que incluye el hospital de agudos, centros de referencia especializados, dispositivos híbridos o intermedios, los centros de salud y el domicilio asistido. La red permitirá que cada dispositivo preste en mejores términos de eficacia y eficiencia la función asistencial que le compete.

La estructura física deberá concebirse con crecientes interdependencias de red. Ningún hospital por grande que sea podrá contener y desarrollar todas las especialidades con sus áreas de excelencia y alta especialización; y los grandes hospitales deberán realizar una tarea de nodrizas con respecto a los hospitales de proximidad.

Funcionalmente los hospitales deberían ir adoptando estructuras tipo red para el manejo de patologías de diferente complejidad, desde el hospital de proximidad hasta la supraespecialización, incluyendo redes entre hospitales, con atención primaria y con las alternativas a la hospitalización.

Un aspecto muy relevante será la adaptación de los hospitales de proximidad al contexto socioeconómico, demográfico, epidemiológico del área asignada. En definitiva, habrá de tener en cuenta la curva de morbilidad adaptada al contexto de cada uno de los hospitales.

Área de atención ambulatoria

Un núcleo central de la actividad del hospital será el área de atención ambulatoria y por lo tanto debe diseñarse sobre la base de procesos asistenciales, integrando las consultas, con especial orientación a la alta resolución, los gabinetes de exploración, técnicas especiales y la cirugía mayor ambulatoria.

Los hospitales deberán tener menos camas y más espacios dedicados a la atención ambulatoria con mayor dimensión de servicios, sobre todo quirúrgicos de CMA y corta estancia.

Estos circuitos de atención han de estar conectados (consultas externas, pruebas diagnósticas, bloque quirúrgico, urgencias y hospitalización) permitiendo que los procesos se resuelvan con alta resolución y favoreciendo que el tráfico de personas no altere el normal funcionamiento del centro.

Las urgencias

Las urgencias hospitalarias son decisivas para el funcionamiento de un hospital y determinantes de la imagen del mismo. La atención que se presta a los pacientes en estos servicios tiene, en muchas ocasiones, una influencia decisiva en el resultado clínico final y su coste es de un impacto económico muy considerable.

Sería necesario planificar adecuadamente su dimensión, funcionalidad, conexiones a hospitalización, etc. Su nivel de resolución deberá ser acorde también a las necesidades territoriales, reservándose unas urgencias muy tecnificadas a nivel hospitalario, y dotando a los dispositivos de primaria de la capacidad resolutoria para urgencias menos graves.

En general, será necesaria mayor superficie y recursos destinados a los servicios de Urgencias y de Cuidados Críticos. En el futuro habrá una disminución del número de estancias hospitalarias, pero se incrementará la complejidad de los pacientes ingresados. La superficie dedicada a urgencias debe ser adecuada a la presión asistencial que soporta el hospital.

Junto a una mayor estructura será necesario un plan funcional que permita solventar los principales problemas detectados: tiempos de espera, alta concentración de pacientes en las salas de espera en algunas fases y mayor agilidad en el proceso de atención.

Lo anterior implica establecer mejoras en la organización global del hospital en relación con la utilización de las camas e implantar fórmulas de gestión y dirección específicas de las áreas de Urgencias.

En Urgencias se debe disponer de protocolos específicos de actuación para los procesos clínicos prevalentes, en especial para pacientes afectos de procesos crónicos, incluyendo criterios de ingreso y criterios de actuación social.

Servicios generales y áreas de apoyo

Los servicios de apoyo no deberían estar en el mismo espacio que las unidades asistenciales; servicios como Lavandería, Mantenimiento, Almacén, etc. pueden estar en estructuras separadas.

Anexos a los hospitales deben estar estructuras de investigación biomédica y formación, de forma que se favorezcan las relaciones de los profesionales y el desarrollo profesional.

Es posible y conveniente centralizar los Laboratorios, Farmacia, Esterilización. Crear centros específicos, en un mismo edificio o en edificios independientes, que den cobertura a varios hospitales de esta índole —de esta forma, se especializarán y podrán gestionar mejor los procesos—. Y por otro lado, dejar en manos de empresas externas la gestión de la alimentación, lavandería, limpieza, en base a las necesidades.

Accesos

Los hospitales deben estar en zonas con vías de comunicación ágiles y con las poblaciones de las que son referencias pero no dentro de ellas, de forma que tengan un acceso rápido y que no se afecte por acontecimientos que ocurran en una población. En especial, se deberían destinar amplias zonas de fácil acceso a atención en régimen de hospital de día y consultas de alta resolución. En el diseño y reforma de los hospitales han de tenerse en cuenta los servicios públicos de transporte y las zonas de aparcamiento.

Desarrollo de las TIC

Los hospitales tienen que ser «inteligentes», con un gran desarrollo de las nuevas tecnologías en todos los espacios, consultas, quirófanos, habitaciones, UCI, etc. La red, los sistemas de información, el soporte y acceso a datos tienen que garantizarse de manera permanente, por lo que deben existir sistemas de procesamiento de datos robustos y redundantes.

Hay que potenciar un mayor desarrollo de TIC para:

- Favorecer la comunicación dentro del hospital y con los otros ámbitos asistenciales.
- Facilitar información y formación en cuidados tanto a los pacientes como a sus cuidadores.

- Telemonitorización con el paciente crónico complejo con nivel de intervención alto en el domicilio.
- Acercar la información de la historia clínica a los pacientes en el domicilio.

Tendrá impacto la realidad virtual y la llamada realidad aumentada. Van a cambiar las relaciones médico-paciente, cuestión que ya está presente en muchos países con una huella importante en una nueva sociedad, y la forma de comunicarnos (espacios de encuentro, discusión, etc.). Cambiará desde el entrenamiento de residentes hasta el aprendizaje de un profesional ante un nuevo procedimiento, un proceso de enfermedad o una nueva tecnología.

Orientación al ciudadano y al profesional

Los hospitales estarán más orientados a los pacientes cuidando el confort, la seguridad y la comodidad. Se dispondrá de mayor superficie disponible para cada uno de los pacientes: habitaciones individuales, boxes de atención en servicios de Urgencias, salas de espera, etc. Espacios que tengan más en cuenta la experiencia del/de la paciente.

Los hospitales necesitan intimidad, tranquilidad y seguridad para los pacientes y los profesionales. Las condiciones de trabajo de los profesionales deben cuidarse especialmente.

Es importante mantener y ampliar espacios informales de relación interdisciplinar entre profesionales y grupos profesionales (espacios sociales); en ellos se abordan muchos de los temas relevantes y los conflictos de la organización. Generan valor añadido a la organización y están muy relacionados con el diseño del propio hospital.

Los servicios de Información, Admisión, Atención a pacientes, han de ser un punto central incluyendo tecnología, información, acceso a la gestión de datos.

Atención centralizada en el paciente crónico

Los cambios que se deben tener en cuenta están derivados del cambio organizativo asistencial consecuencia de la modificación del patrón de morbimortalidad. Estos cambios tienen que ver con la atención a la cronicidad y sus consecuencias, en especial, reforzar el vínculo con la atención primaria y con el subsistema de atención del entorno de lo social y de la dependencia.

Habría que diseñar un hospital sensibilizado en la identificación precoz de este perfil y asignación rápida al recurso más adecuado, y que disponga de los recursos físicos y profesionales necesarios para atender esta situación de salud.

Es probable que en la actualidad una parte importante de pacientes en hospitales de agudos padezca una situación de salud que haría recomendable su ubicación en un dispositivo para subagudos, sociosanitario o específico de rehabilitación. Mantenerles en dispositivos de agudos les produce un sufrimiento y riesgo innecesario, unos objetivos terapéuticos alejados de la realidad y una ineficiencia del sistema en general.

Debido al envejecimiento de la población y a la existencia por tanto de un mayor número de personas con enfermedades crónicas, la atención debe estar dirigida al ámbito domiciliario. La estructura física y funcional debe adaptarse a estas condiciones. Hay que reforzar la asistencia en el domicilio, reforzando la atención primaria, coordinándose con lo social, y apoyándose en las TIC.

Energías renovables

Se debe generalizar el uso de energías limpias y autonomía energética del hospital, con la reducción de emisiones, lo que representa también una reducción económica.

- Utilización de energía solar.
- Instalaciones automatizadas que permitan un uso racional del gasto energético.
- Sostenibilidad medioambiental.
- Centros de logística.

El avance de la logística y la reducción de costes de movilidad de bienes y servicios facilitarán el enfoque territorial a las áreas de servicios generales y mantenimiento. Las estructuras de logística y los procesos de soporte a los hospitales deberán estar unificados por áreas/provincia, etc., de manera que se puedan realizar compras centralizadas, concursos públicos, expedientes administrativos... Esto es de un gran impacto económico favorable y contribuye a homogeneizar la práctica y las indicaciones clínicas.

Capítulo 2

Gobernanza y liderazgo



Gobernanza y liderazgo

Uno de los retos de la gestión de las organizaciones públicas en el siglo XXI es la confianza profesional en los gestores. Abordarlo es importante porque puede repercutir en el grado en que apoyan los profesionales (y también la ciudadanía) la actuación de las organizaciones públicas, sobre todo, en situaciones críticas. Posiblemente, las tres líneas de trabajo más importantes en los próximos años serán: la gobernanza, la gestión del desempeño y la rendición de cuentas.

Las sociedades democráticas han buscado durante mucho tiempo fórmulas para pedir cuentas del desempeño a los responsables de las organizaciones públicas para buscar garantías de que la autoridad pública genera algún valor y obtiene un resultado social querido colectivamente. Quieren asegurarse de que reciben servicios correctos y que quienes los reciben son tratados de manera respetuosa y justa en sus relaciones individuales. Esta vía hace necesario construir un sistema útil de rendición de cuentas que pueda merecer la legitimidad y acreditar objetivamente el logro de resultados y apoyar el aprendizaje continuo.

Por tanto, el gobierno de los hospitales del futuro debería estar constituido por tres tipos de órganos: **órgano de gobierno, equipo de dirección y órgano de participación.**

Gobernanza. El órgano de gobierno

El órgano de gobierno debe asumir **funciones de gobierno**, no de gestión. Su principal misión debería ser asegurar la planificación, el sentido corporativo, los valores, la transparencia, la rendición de cuentas. La dirección tendría que actuar según las directrices del órgano de gobierno. Para garantizar esa alineación entre dirección y el órgano de gobierno, este debería designar a la persona que se hace cargo de la gerencia y ratificar al equipo directivo.

El órgano de gobierno debe tener una presidencia escogida por la propiedad. Sin embargo, es una premisa básica que los hospitales del futuro cuenten con órganos de gobierno **independientes** del poder político o agente pagador que, sobre todo en el sector público, garantice la posibilidad de tomar decisiones ajenas a intereses electoralistas o populistas. También se reclama una gobernanza independiente de intereses corporativos, profesionales o populares. Y existen varias propuestas sobre cómo conseguir esta autonomía.

Algunos expertos plantean que la **personalidad jurídica propia**, sujeta al derecho privado, podría facilitar la gestión autónoma de los hospitales, independientemente de si son públicos o privados. Sin embargo, expertos gestores de otras entidades que gozan de este privilegio, señalan que la personalidad jurídica no garantiza la no interferencia de la propiedad en la gestión.

Otra opción para promover la autonomía de los hospitales es la de crear órganos de gobierno con **«calidad organizativa»**, esto es, constituidos por un colectivo (consejo, comisión) de miembros con conocimiento y opinión para tomar decisiones de forma autónoma, seleccionados de forma transparente y con carácter rotatorio.

Existe consenso en que habría que incluir en los órganos de gobierno representantes de los diferentes grupos de interés (*stakeholders*) del hospital, como la administración o la propiedad (en hospitales privados), la sociedad civil y el colectivo de profesionales. Es importante que en la gobernanza participen profesionales sanitarios, para garantizar que el conocimiento clínico y la estrategia del hospital estén plenamente alineados.

Por otro lado, se considera conveniente que estos órganos de gobierno, donde los servicios sanitarios tienen una organización **territorial**, asuman su labor más allá del hospital y ejerzan la gobernanza sobre los servicios sanitarios de una determinada zona (área sanitaria, ente provincial, etc.). En este tipo de órganos de gobierno sería beneficioso tener representantes de la población y de la administración del territorio.

La gobernanza territorial aporta grandes ventajas (adaptación a cada realidad, cercanía...) pero se necesitan modelos de toma de decisiones supraterritoriales que garanticen criterios de equidad, acceso, etc. a determinados servicios de referencia. Se plantea la convergencia o concentración más allá del territorio, pero siempre evitando la «centralización política» que impida adaptar los hospitales a las necesidades de las poblaciones que atienden. Existe un constante debate entre concentración o divergencia de servicios.

Asimismo, es bueno que estos órganos cuenten con códigos éticos que fortalezcan la cultura basada en valores como mejor manera de promover el comportamiento ético en las organizaciones de servicio público por parte de sus responsables.

El órgano de dirección

El equipo de gestión o dirección de los hospitales tendría que definir las **líneas estratégicas** y los objetivos, comunicarlos a la organización, evaluar de forma continuada los resultados y proponer medidas de mejora.

La dirección de los hospitales se debería realizar mediante el modelo de gestión clínica. Las direcciones de las unidades de gestión clínica tendrían que participar activamente en una estructura matricial en que la dirección fuera responsable de definir «el qué» (proyecto, cartera de servicios y resultados esperados) y «con qué» (recursos asignados); las unidades de gestión clínica concretarían el «cómo» (estándares de calidad), asumiendo la evidencia y la eficiencia de las medidas que se abordan. La comunicación y el acuerdo entre los ámbitos directivo y asistencial en esta propuesta son cruciales.

Se debería establecer un nuevo modelo de dirección, no ya participativo, donde la dirección o gerencia contara con la presencia de profesionales cualificados o líderes clínicos que

demandaran información y a quienes da cuentas, sino «implicativo», donde los líderes clínicos se implicaran en la gestión de sus áreas y compartieran una visión global del hospital. La dirección de los hospitales del futuro debe realizarse de forma integradora, consiguiendo la implicación y el compromiso de los y las profesionales de forma que estos conozcan, participen y se identifiquen en el diseño del proyecto de gestión del hospital.

Estos órganos de dirección deberían ser coherentes —en el caso de los hospitales públicos— con las prioridades establecidas por la administración sanitaria, para garantizar en todo momento que la estrategia de éstos responde a la política establecida por la legítima autoridad pública. Esta sintonía con los intereses de la administración debería hacerse a través del diálogo y de la rendición de cuentas de los equipos directivos ante su órgano de gobierno, presidido por un representante de la propiedad o la administración.

El órgano de participación

En principio el órgano o los órganos de participación deberían tener entre sus funciones principales:

- Facilitar información relevante de los grupos de interés (profesionales sanitarios, pacientes, autoridad local, instituciones aliadas, comunidad, etc.).
- Realizar recomendaciones que permitan incorporar una perspectiva externa en la toma de decisiones.

Deberían estar definidas **las formas de participación**: quiénes (profesionales, ciudadanía, pacientes, etc.) y cómo (comisiones de participación, etc.). La modalidad de participación debería garantizar la independencia de la representación de la propiedad o la administración. En estos momentos —y en el futuro más— las redes sociales tendrán un papel importante en el proceso de participación.

Muchas voces señalan que las sensibilidades recogidas a través de los órganos de participación deben servir para tomar decisiones de calidad, informadas y equilibradas e independientes de intereses corporativos profesionales, populistas, etc.

Perfil del directivo

En general, las personas que ocupen puestos directivos de los hospitales del futuro tienen que ser **profesionales**. Deben tener una visión sistémica, con orientación a los resultados, capacidad para el análisis de datos y toma de decisiones, con capacidad para seleccionar a su equipo. También deben tener una visión poblacional de la zona en la que trabajan y buscar el beneficio para esa población, además de para el paciente concreto.

Quienes asumen responsabilidades de gestión **no necesariamente** tienen que **tener experiencia asistencial**, si bien ese papel puede aportar elementos muy importantes y deseables de liderazgo profesional. Por su parte los o las **gestoras clínicas** (responsables de unidades de gestión clínica...) sí que deben ser **«líderes de la clínica»** y contar con el reconocimiento del personal subordinado.

Teniendo en cuenta estos perfiles, en los hospitales del futuro sería deseable contar con dos tipos de gerencia, ambas compuestas por:

- a. **Un perfil de profesional con experiencia** y deseablemente liderazgo clínico, **apoyado por expertos en gestión** (profesionales de determinadas áreas como: económica, recursos humanos, informática, etc.).
- b. **Un perfil de profesional de la gestión apoyado por profesionales con experiencia clínica**, que aporten el conocimiento de los procedimientos gestionados.

La gerencia debería tener la suficiente «capacidad y autonomía» para configurar equipos y tomar decisiones sobre cartera de servicios, inversiones, establecer alianzas y acuerdos y política de personal. También debería poder tener un tiempo de estabilidad suficiente para desarrollar las estrategias que ha planeado con su equipo.

Las unidades de gestión deben tener un «equipo motor» con representación de los diferentes tipos de profesionales que la integran y un claro líder clínico, apoyado por la mayoría de los y las profesionales de la unidad.

Algunas capacidades deseables en la persona que se vaya a seleccionar para ocupar un puesto directivo serían:

- Formación directiva.
- Formación especializada en dirección de centros sanitarios.
- Formación en gestión clínica.
- Experiencia en gestión sanitaria.
- Experiencia asistencial.
- Orientación a resultados.
- Liderazgo y capacidad para motivar.
- Optimismo.
- Capacidad de diálogo.
- Capacidad para gestionar los errores.
- Capacidad para afrontar la frustración.

- Capacidad de innovación y de asunción de riesgos.
- Comportamiento ético y basado en valores.
- Conocimiento de innovación y tecnología.

En esta línea, expertos de empresas de todo el mundo han planteado la importancia de los valores, concretamente los estándares de ética, de actuar con justicia, sin engaños y generando un entorno de confianza. Asimismo, plantean que la comunicación constante y abierta es básica, compartiendo objetivos con el equipo, transmitiendo adecuadamente las metas y las estrategias y buscando caminos comunes; la transparencia, la participación, compartir (también a través de las redes sociales), buscar opiniones en cualquier lugar, la honestidad y la humildad. Elementos esenciales por valorar son la capacidad para generar confianza y no instaurar el miedo como forma de trabajo habitual, apertura a nuevas ideas, con innovación y creatividad, que facilite, permita y promueva el cambio.

Profesionalizar la gestión

La «**profesionalización de la gestión**» es uno de los elementos fundamentales del buen gobierno futuro de los hospitales públicos. Hay que profesionalizar la gestión, con elementos de formación específica en gestión directiva y aprendizaje experiencial.

Ya en el Informe de SEDISA 2013 (Sociedad Española de Directivos de la Salud) sobre la profesionalización de los directivos de la salud se habla de un nuevo perfil de los/as directivos hospitalarios, caracterizado básicamente por disponer de la necesaria cualificación profesional en gestión general de empresas y específica en gestión hospitalaria, poseer un profundo conocimiento del sector, de la realidad sanitaria y hospitalaria, disponer de dotes de liderazgo, etc.

«Creo firmemente en la **profesionalización de la gestión** de hospitales y en directivos con la formación necesaria y con competencias suficientes para gestionar una de las empresas más complejas que existen.»

«Respecto de la gestión, es necesaria la **profesionalización de la función directiva** y su separación del ciclo político, y una mayor estabilidad de los equipos directivos, imprescindibles para consolidar proyectos.»

«Los directivos para **predecir el futuro** de los hospitales, lo mejor es que lo **creen.**»

Proceso de selección

Las gerencias de los hospitales del futuro deberían ser **designadas** por los órganos de gobierno para transmitir su visión y valores a la dirección de los hospitales. Existe debate sobre si deberían ser contratadas mediante procesos transparentes que respeten los principios de igualdad, mérito y capacidad.

«Los directivos deben ser profesionales seleccionados con el criterio “de los mejores”».

Quienes reclaman un modelo selectivo, plantean la conveniencia de procedimientos reglados que contengan: las competencias necesarias según el tipo de centro, atribuciones, condiciones de empleo y cese, reconocimiento de trayectoria directiva, código de conducta y evaluación de resultados.

Remuneración económica

El modelo retributivo que se propone es el de **remuneración «no lineal»**, basado en la compensación de la responsabilidad, carga de trabajo, etc., y en una carrera profesional de gestión que permita compensar y mantener en el sector a profesionales directivos excelentes.

Formación en gestión

La profesionalización de la función directiva debe llevar aparejada una formación específica. Habrá que diferenciar entre la formación necesaria para gerencias de la necesaria para responsables de gestión o servicios generales, y de la necesaria para direcciones clínicas.

Algunas voces señalan la importancia de contar para el futuro con una **formación de gestión sanitaria pregrado**, incorporando, según el perfil directivo, elementos de gestión al currículo formativo de las profesiones sanitarias o a través de la fórmula de **«escuela de directivos»** o «escuela de negocios».

Pero, sobre todo, se plantea la necesidad de establecer una **formación especializada postgrado en gestión sanitaria**. Esta formación debería primar los mecanismos de aprendizaje experiencial, proponiendo la creación «de algo así como un “**MIR de gestión sanitaria**”» para profesionales con perfiles de gestión (economía y dirección de empresas).

Además, como algunas personas expertas plantean que **el hospital más grande del mundo estará en internet**, los conocimientos y habilidades sobre el mundo 2.0 serán básicos. Asimismo, el nuevo **papel del paciente y su empoderamiento** hará necesario trabajar desde otra perspectiva la atención que se dará en el hospital. Conocer los elementos básicos de la toma de decisiones compartida, de las relaciones profesional-paciente y sobre la participación de los pacientes y su empoderamiento serán elementos básicos para la

formación directiva del futuro. Las **habilidades de comunicación** necesitarán formación específica.

Se defiende el mantenimiento de la otra vía de formación especializada utilizada en la actualidad, se trata de la **formación en gestión de profesionales sanitarios**. La formación permanente en gestión de los mandos intermedios es una necesidad y a su vez una oportunidad. Ofrece un **banquillo de directivos** que se pueden incorporar a las grandes tareas de dirección.

Capítulo 3

Papel de las y los profesionales sanitarios/as en la gestión de los hospitales



Papel de los y las profesionales sanitarios/as en la gestión de los hospitales

Si de alguien será el futuro de nuestros hospitales es de las Personas, así, con P mayúscula: la P de Paciente, la P de Profesional y la P de Personas. Mucho se ha escrito y dicho sobre situar al paciente en el foco de nuestra actividad, pero eso sólo se conseguirá si los profesionales del hospital se olvidan de trabajar por y para ellos mismos y se centran en mirar a los pacientes y a sus compañeros como personas; lo que unos pocos han venido a llamar la humanización de la sanidad.

Si tomamos la cita del escritor francés, Anatole France (1844-1924), podríamos decir que si **«El futuro está oculto detrás de los hombres que lo hacen»**, en el caso del futuro de los hospitales, todavía con más razón: está oculto detrás de los y las profesionales que hoy en día trabajan en ellos.

Participación en el hospital

Las personas que ejercen la profesión sanitaria son un elemento decisivo en la gestión del hospital. Constituyen el núcleo del proceso de producción hospitalario, y esto debe reflejarse en la estructura organizativa como estrategia básica de articulación de los profesionales dentro de la gestión clínica.

La gestión clínica de éxito se basa en una adecuada gestión de los profesionales que trabajan en las unidades clínicas. El capital de fondo de un equipo es el compromiso de sus miembros, generando un juego social donde el líder debe ayudar a generar motivación a partir de generar confianza, reconocer el esfuerzo, hacer sentir que las personas aportan al conjunto del grupo y que tienen un proyecto en el que todos se sientan partícipes. Por tanto, los profesionales deben participar directamente no solo en la toma de decisiones aisladas sino en la gestión en general, con la creación de espacios reglados similares a los comités de dirección estratégica, que permitan participar en un proyecto y las decisiones de futuro.

El 96 % de los trabajadores afirma que el bienestar laboral influye en su rendimiento, aumentando su productividad. Del mismo modo, los factores emocionales son los que más importancia tienen para su bienestar laboral, seguidos de los factores físicos, sociológicos y organizacionales. Por tanto habrá que incidir en las dimensiones del bienestar laboral identificadas como más relevantes para los empleados, que son: las condiciones laborales (*modelo de relación laboral, salario, estabilidad, conciliación vida profesional - vida personal, etc.*); la organización y los procesos; el clima laboral y emocional; la formación y desarrollo profesional y personal; el liderazgo (*relaciones entre los líderes de las unidades y el equipo, junto a la gestión del equipo de trabajo, la toma de decisión y de reconocimiento, la participación*) y la comunicación interna. Y trabajar para minimizar la desmotivación (el desconocimiento, la incertidumbre, la amenaza, el conflicto, la tensión), quitando miedos, estableciendo metas claras, diseñando una imagen de futuro concreta, a partir de unos valores entre los que la autonomía

profesional tiene que tener un papel central. Es necesario, por tanto, atender la motivación de los profesionales cuidando especialmente el respeto profesional, la coherencia de los sistemas de evaluación del desempeño y el sentido de pertenencia y el orgullo de trabajar en el hospital. Para ello es necesario compartir el modelo de hospital que quieren los profesionales y necesita la comunidad.

Ante la *desmotivación* de los equipos, es necesario trabajar, entre otros aspectos, el clima emocional y el liderazgo. En el *modelo contrastado de los cuatro círculos* de McClelland (1975), junto con el perfil de motivaciones básicas y los requerimientos del puesto, el clima de un equipo está condicionando entre un 30 % y un 40 % sus resultados, y el 60 %-70 % lo marca el tipo de liderazgo. Si observamos las dimensiones de liderazgo mejor evaluadas de los responsables de las unidades de gestión clínica, estas son el grado de información, la definición clara de las funciones, las oportunidades de participación y el apoyo que confieren. Por otra parte, el clima emocional se puede agrupar en tres núcleos: Relaciones Interpersonales, Idea de Proyecto Compartido y Sensación de Ser Valorado por los Demás. Existe por tanto una relación entre liderazgo de una unidad y el clima emocional que dicen los profesionales de la misma, en el sentido de que los profesionales demandan que quien les lidere, refuerce, apoye, dé confianza, informe y potencie la participación.

La implicación de los profesionales sanitarios en la gestión hospitalaria aumenta, además, en la medida en que acceden a la información de los resultados económicos y sobre salud, gracias a las Tecnologías de Información y Comunicación, que cumplen una función clave, pues posibilitan el intercambio ágil, preciso y sistemático de dicha información. Sobre todo, si se le da difusión y publicidad a los informes a través de Internet e intranet y se abren a consulta profesional todos los documentos sobre políticas y proyectos que afecten a la actividad clínica, ofreciendo la posibilidad de dar respuesta a los mismos. Por tanto, elementos clave son la comunicación y la motivación de las personas que actúan como mandos intermedios, junto al impulso que pueden dar las nuevas tecnologías a la comunicación, creándose redes profesionales.

Los/as profesionales deben sentirse corresponsables de la calidad asistencial y de los resultados de su hospital. Para ello es fundamental su participación activa en la gobernanza del centro, que puede lograrse revitalizando las estructuras de participación ya existentes (*juntas facultativas, técnico-asistenciales, diferentes comisiones, y otras*) o con nuevos espacios de participación, donde las nuevas tecnologías tienen que facilitarlos.

Asimismo, es muy importante profesionalizar y disponer de equipos de dirección adecuados en competencias y liderazgo. La clave de éxito en los hospitales estará en la posibilidad de generar una alianza estratégica entre profesionales y gestores. La confianza y el compromiso de ambos será el elemento clave de futuro. El papel de las direcciones asistenciales es muy importante en este proceso.

Las direcciones de unidades clínicas

El papel de la dirección de unidades clínicas es el elemento nuclear para desarrollar equipos de alto rendimiento, por lo tanto, es decisiva la selección, las competencias requeridas y la evaluación de las personas que ejerzan esta función. El gobierno de los hospitales se debe realizar mediante el modelo de gestión clínica, y los perfiles directivos de dichas unidades deben cumplir las características de experiencia asistencial previa que les permita conocer el hospital en profundidad, buena valoración de los pacientes, formación en gestión, independencia y liderazgo reconocido por el personal del hospital, optimismo, capacidad para el diálogo y habilidad para dinamizar las relaciones entre las unidades de gestión. Parece importante mantener la actividad asistencial durante su desempeño como directores/as de unidades clínicas y conseguir tener mayor autonomía de gestión en el liderazgo de su unidad, con una cercanía a los profesionales, basada en dar más flexibilidad y tiempo para que puedan ofrecer una atención más personalizada a los pacientes, recibiendo reconocimiento a su labor y que tengan tiempo para investigación, formación y docencia.

Junto con ello, es importante que la información que reciben los profesionales sea clara y fluida: es esencial que toda la plantilla conozca y participe de los objetivos que el hospital tiene que cumplir y, por lo tanto, los que cada persona debe asumir. Deben articularse estructuras de comunicación estables entre los líderes clínicos y la dirección corporativa del hospital. La información debe ser relevante y fácilmente accesible para políticos, gestores, profesionales sanitarios y el público general.

Las tecnologías de la información pasarán a ser aliadas de los profesionales como simplificadoras de burocracia, y facilitadoras de la práctica asistencial segura.

Los equipos de las unidades de gestión pueden tener un carácter multi e interdisciplinar. En ellos deben estar representadas todas las profesiones que integran la gestión hospitalaria, tanto en procesos como en recursos, y con un claro elemento de liderazgo clínico, que debe estar apoyado por el resto. Las áreas de gestión clínica multiespecialidad condicionarán nuevos modelos de gestión menos jerárquicos. Estos modelos deben estar ligados a incentivos en relación con el desempeño, lo que facilitará el compromiso con la organización y la predisposición a encaminar el aprovechamiento de los recursos a cumplir los objetivos. Es planteable involucrarse también en la gestión económica. En definitiva, son necesarias personas que se corresponsabilicen en la gestión de manera más explícita, en equipos multidisciplinares y por procesos integrados, y todo eso retribuido parcialmente por el valor que aporta su actividad y de acuerdo con la dirección por objetivos pactada.

Paralelamente a este carácter multidisciplinar y con el fin de aumentar la calidad de la gestión, las personas más dinámicas e innovadoras podrían disponer de autoridad intermedia y autonomía tanto para liderar equipos transversales (*los de calidad, formación, seguridad, etc.*) como para la gestión en el liderazgo de las unidades asistenciales, con incentivos ligados a los logros alcanzados por los individuos y el grupo. Debe garantizarse, pues, cierta autonomía incluida en el marco de la gestión clínica, para fortalecer, además, la implicación personal, la motivación y el compromiso con la organización.

El modelo de gestión clínica debe desarrollarse sobre la base de la confianza entre gestores y profesionales; compartir valores y estar de acuerdo en la misión y visión del hospital y las unidades.

El marco de la gestión clínica incluye evaluación de objetivos (calidad, accesibilidad, costes, etc.) consensuados por las partes (negociados). El clínico debe sentir que lo que se evalúa es importante y mide el valor de su actividad, y por ello debe participar en una negociación para determinar cuáles deben ser los objetivos por evaluar. La evaluación del desempeño se fundamentará sobre la evaluación de resultados (asistenciales y organizacionales) y no de proceso.

Perfil profesional

En las unidades de gestión clínica de los hospitales, cada persona, cada talento, tiene una serie de capacidades, conocimientos, actitudes y aptitudes, un conjunto de habilidades que los hacen destacar en un campo y no en otro, que los hacen más o menos valiosos para nuestros proyectos y objetivos organizacionales. En este sentido, la contratación inteligente es muy clara: elegir el talento que necesitemos realmente, sin conocimientos de más, ni de menos. Por ello, figuras como la polivalencia pueden ser de utilidad para construir los equipos de profesionales en los hospitales del futuro.

Una segunda clave importante de la contratación inteligente es utilizar las redes sociales para valorar al candidato que se va a entrevistar de una forma diferente y complementaria al clásico currículum que nos llega por correo o a las listas rígidas que se crean tras un proceso actual de Oferta Pública de Empleo. Echar un vistazo al perfil personal de un candidato en Facebook, Twitter o LinkedIn nos permitirá atisbar en las ideas, gustos y disgustos de esa persona y obtendremos un conocimiento extra que nos dará mucha más información para poder decidir si esa persona encajará, o no, en un equipo de trabajo.

«Todo el mundo es un genio, pero si juzgas a un pez por su habilidad de trepar un árbol pasará el resto de su vida creyendo que es un idiota».

Einstein

Para la contratación de profesionales, podría plantearse un modelo diferente al de la selección por bolsa, y los perfiles, en general, podrían cumplir algunas características como alineamiento con objetivos y visión de la organización, compromiso con los resultados e implicación en la calidad de estos, predisposición y experiencia para el trabajo colaborativo, garantía del adecuado uso de recursos, prioridad en el paciente, incorporación de innovaciones, especialmente TIC, proactividad por una gestión participativa en el contexto de su nivel, competencias para aplicar la gestión en el día a día, capacidad para la investigación, conocimiento de nuevas tecnologías e implicación en la innovación, la investigación y la docencia.

Para minimizar la captura de la organización por parte de los empleados, se puede pedir la dedicación exclusiva (*prioritaria aunque posiblemente no como condición obligada por la diversidad de situaciones y especialidades*), y también se puede buscar la temporalidad y revalidación de los nombramientos (*con participación profesional*).

Millennials

Pensando en el futuro y en nuevas generaciones es importante pensar en las características de los *millennials*. Hoy existen en España 8.153.429 personas que caben en un concepto llamado *Millennials*, que, aunque con discrepancias, se refiere a todas esas personas que nacieron entre los años 1980 y 2000. Encontrar una forma de gestionar a toda una generación como los Millennials se asemeja a la idea de plantar un naranjo y un rosal en la misma parcela, con las mismas horas de sol, los mismos cuidados y el mismo abono ¡y esperar que los dos den fantásticas manzanas!

¿Cuál es la clave para gestionar con éxito la generación de los *millennials*? Seguramente es exactamente la misma que para gestionar el resto de generaciones («generación X», «baby boom», etc.): un alto índice de personalización en la gestión y mucho más liderazgo que gestión, de forma que las personas encuentren «su mejor versión» para trabajar de una forma excelente, rompiendo la idea del café para todos, que se ha impuesto desde la era de la revolución industrial hasta hace bien poquito.

La personalización en el tipo de liderazgo, la gestión de las diferencias individuales, de las motivaciones personales siempre ha sido y seguirá siendo la clave para sacar lo mejor de cada generación. Si bien es cierto, este factor se acentúa de manera notable en los *millennials*, la generación más joven y alejada de modelos de gestión de personas más propias de la revolución industrial, por dos motivos fundamentales:

- La educación que evoluciona (*aunque más despacio de lo deseado*) para adaptarse a los nuevos modelos productivos, desarrollando tanto las aptitudes «aspectos de conocimiento» como las actitudes «aspectos de comportamiento».
- Nacer en un mundo global y conectado que les permite beber de las fuentes culturales de otros países en tiempo real, consiguiendo muchos más criterios, para conformar su propio concepto del «trabajo».

Algunas características diferenciales son: son nativos digitales, se caracterizan por dominar la tecnología como una prolongación de su propio cuerpo, donde casi todas sus relaciones básicas cotidianas están intermediadas por una pantalla, siendo para ellos, realidad y virtualidad dos caras de la misma moneda; tienen la visión de trabajo de forma descentralizada, en cualquier momento y desde cualquier lugar (prefieren trabajar desde casa, no se sienten cómodos con los horarios de oficina, buscan opciones de Home Office o en su caso son emprendedores que buscan abrir sus propias empresas); son *multitask*, lo que

significa que ofrecen la posibilidad de realizar tareas en paralelo de diferente naturaleza, para mantener su motivación y sus ganas de aprender acorde a sus expectativas; son exigentes por su preparación (los cursos de postgrado y máster los acercan desde edades tempranas al mundo laboral, por lo que el *millennial* exigirá responsabilidades desde el inicio); son extremadamente sociales (un 88 % de los *millennials* tiene perfiles en redes sociales, que son una parte íntegra de su vida social, al comentar y compartir en ellas); y buscan esa misma interconectividad en su puesto de trabajo, además de sentirse conectado con el mundo y poder compartir sus avances profesionales, por lo que el trabajo en equipo, compartir y co-crear con otros ya sea en entornos físicos o virtuales es su entorno natural y llevarles a un puesto individualista puede sacarles de su zona de confort. **Además, exigen personalización y nuevos valores** (los *millennials* no buscan exclusivamente un trabajo seguro, como ocurría en otras generaciones, sino que tiene entidad propia y forma parte de su identidad, por ello buscan una organización con una misión y unos valores acordes a los suyos). Son autosuficientes y autónomos, y quieren sentirse protagonistas. **Valoran la participación y la colaboración, prefieren compartir a poseer**, y exigen nuevos valores como la transparencia, la sostenibilidad y el compromiso social porque, para ellos, un trabajo debe tener un propósito bien definido, ya que les gusta tener claro el granito de arena que están aportando a la sociedad, y por tanto al mundo.

Por todo esto, es importante que los hospitales con *millennials* sepan implicar a sus empleados, permitiéndoles aportar sus ideas en la creación y el desarrollo de sus productos y sentirse parte de la marca. Un hospital o líder clínico que no haya digitalizado su forma de trabajar y comunicarse olerá a rancio para un *millennial*. Por tanto, las estrategias de Employer Branding, la Responsabilidad Social Corporativa y la Comunicación Interna toman con ellos un peso muy relevante.

Lean Healthcare

Debemos repensar los hospitales para poder construir unos hospitales del futuro más eficientes, y para ello, podemos ayudarnos de metodologías que propugnan el «menos es más» y la utilización del sentido común, como puede ser la metodología Lean.

El sistema *Lean manufacturing* ha sido el espejo en donde se han mirado miles de empresas industriales y de servicios para mejorar sus operaciones y sus procesos de producción. Esta revolución ha llegado a la sanidad con el nombre de Lean Healthcare o Lean Sanidad, a diversos centros hospitalarios de los Estados Unidos, como el Virginia Mason Hospital o el Park Nicollet Hospital y en Europa el National Health Service Británico.

En España cada vez son más los hospitales en los que se está implantando esta metodología, siguiendo la estela de los que se pueden considerar pioneros en estas lides, obteniendo mejoras sustanciales en los parámetros críticos de su actividad gracias a ello. Pero es necesario recalcar la importancia de que «no puede existir Lean si no se empieza por tener en cuenta a las personas», incidiendo también en la mejora que supone para la calidad y la seguridad del

paciente, dado que «una de las bases es la mejor gestión del tiempo, tanto de esperas como de estancias, lo que reduce las posibilidades de sufrir un evento adverso».

Por tanto, son ya muchos los hospitales y servicios que están redefiniendo sus procesos basándose en los principios Lean enunciados por Womack & Jones. La idea central de la metodología Lean es eliminar todo lo que no aporta valor, pero quien debe definirlo es el usuario o cliente final; en el caso de los hospitales, el paciente. Así que lo más importante es hablar con el paciente y tener muy claro cuáles son sus necesidades y expectativas.

Gestión del conocimiento y entornos personales de aprendizaje

Las redes sociales se han establecido como herramientas indispensables en la empresa para conectar con los clientes, mejorar las ventas o consolidar las marcas. En nuestro caso, el de las organizaciones sanitarias, estaríamos hablando de trabajadores, representantes sindicales, asociaciones de pacientes, etc.

El progreso de una empresa consiste en asegurarse un lugar en el mercado y mantener un buen equipo de trabajo, eficiente y preparado para afrontar las necesidades futuras. Para cumplir con este segundo objetivo hay que fomentar la comunicación interna de la empresa y es aquí donde las redes sociales pueden ser de gran utilidad. Diseñadas para construir una comunidad, facilitan la comunicación del personal de una compañía y la transmisión de ideas y valores.

Estar continuamente abierto a descubrir y aprender nuevas cosas, conservando la ilusión y el interés por lo que nos rodea, estando atentos al entorno, ser detector de tendencias y estar en constante proceso de reinención como trabajador y como persona.

Esto, hoy en día, en la era de las redes sociales y la web 2.0, no es otra cosa que crear los propios **Entornos Personales de Aprendizaje** (Personal Learning Environment). Un PLE es el conjunto de herramientas, servicios y conexiones entre personas que empleamos para alcanzar diversas metas vinculadas a la adquisición de forma autónoma de nuevas competencias.

En estos días en que la información fluye por la redes sociales, en estos tiempos de **infoxicación**, definir una buena red que ayude y facilite centrar los esfuerzos y conversaciones hacia aquello que realmente interesa; es fundamental saber categorizar y priorizar para poder llegar a ser más productivos.

En la actualidad, estableciendo las adecuadas conductas de colaboración y participación, estos canales pueden convertirse en la forma ideal de mantenerse al día, no sólo informativamente hablando, sino en el mantenimiento de las aptitudes y capacidades profesionales necesarias para el puesto de trabajo y el desarrollo personal.

Un PLE está diseñado para estimular el aprendizaje a través de la inmersión en una comunidad, y no a través de una presentación de hechos, y ahí va a estar la clave: en estimular el aprendizaje y el conocimiento a través de la comunidad.

Por tanto, si queremos que el futuro de los hospitales se parezca en algo a lo que hoy en día pensamos o nos atrevemos a imaginar que podrán ser, tenemos que empezar a involucrar a los profesionales: tanto en el ámbito de la gestión como en el emocional. Solo con un fuerte sentimiento de pertenencia a las organizaciones y la vinculación de las personas de la organización con su misión, visión y valores, se conseguirá.

Capítulo 4

Papel de la ciudadanía en la gestión de los hospitales.
Participación de los y las pacientes
en su proceso asistencial



Marco conceptual

En una sociedad avanzada como la nuestra, los sistemas públicos persiguen el reconocimiento y la legitimidad social a través de la mejora de la calidad de los servicios que prestan, orientándose hacia las necesidades de la ciudadanía y siendo capaces de solucionar sus problemas y de responder a sus **expectativas**. Las expectativas individuales están conectadas a través de una red de líneas paralelas y cruzadas con dos temas principales: el deseo de más calidad en la relación entre profesionales sanitarios y paciente (empatía, comprensión, competencia terapéutica) y la demanda de soluciones a los impedimentos y problemas estructurales que los/as pacientes perciben en el sistema sanitario y, más concretamente, en el hospital.

Las expectativas de los y las pacientes van cambiando a lo largo del proceso de atención. **Sobre las unidades de hospitalización**, los/as pacientes desean que haya una buena gestión para recibir una respuesta rápida a sus problemas de salud, que exista coordinación entre el personal sanitario que los atienden, con competencia técnica y buen trato. Pero además, también quieren que se cuiden los detalles, como el confort y la intimidad en las habitaciones, la comida, la atención personalizada, los horarios de atención, el ruido, etc. En el futuro merecerá una atención especial que la tecnología esté presente en el día a día de los centros y que llegue a los domicilios y que faciliten la autogestión de la enfermedad.

En este entorno encontramos declaraciones y decálogos que nos deben hacer reflexionar acerca del papel de la ciudadanía. Por ejemplo, el **decálogo de pacientes de la Declaración de Barcelona de las asociaciones de pacientes**, que incluye aspectos como información de calidad contrastada respetando la pluralidad de las fuentes, decisiones centradas en el/la paciente, consideración hacia los valores y la autonomía del paciente informado, relación médico-paciente basada en el respeto y la confianza mutua, entrenamiento específico y formación en habilidades de comunicación para profesionales, participación de pacientes en la determinación de prioridades en la asistencia sanitaria, democratización formal en las decisiones sanitarias, reconocimiento de sus organizaciones como agentes de la política sanitaria y mejora del conocimiento que tienen los y las pacientes sobre sus derechos básicos y garantías de su cumplimiento.

En función de estas expectativas y a partir de los aspectos definidos por las personas expertas, en el futuro de la gestión hospitalaria el papel de la ciudadanía y la participación de los/as pacientes en su proceso asistencial son básicos. Uno de los **retos del sistema sanitario** es sin duda el empoderamiento del paciente, que, según Luís Gabilondo, implica trabajar bajo tres modelos:

I. Modelo de práctica asistencial

Un modelo de práctica asistencial más humano y menos medicalizador, que preste una atención más integral y preventiva, prescribiendo estilos de vida, activos en salud, enlaces

web que fomenten la salud. Es decir, una prescripción social, pensando más en las necesidades de los/as pacientes, prestando más atención a los cuidados y al apoyo emocional, y diferenciando riesgos según enfermedades y necesidades de cuidados.

Esto implica propiciar una actitud más participativa; un paciente más activo con respecto a un paciente menos activo, reingresa menos en el hospital a los 30 días de darle el alta, sufre menos errores médicos, tiene mejor comunicación con los profesionales que lo atienden y, al mismo tiempo, tiene una mayor coordinación y mayor confianza en el sistema sanitario. Y, a la vez, respetar la autonomía del paciente, sin olvidar que los valores de cada persona son muy diferentes y que sus prioridades cambian según las circunstancias vitales de cada momento.

En definitiva, las recomendaciones para la práctica asistencial se centran en la necesidad de hospitales que ofrezcan una atención médica segura y eficaz, de alta calidad, sostenible 24 horas al día, 7 días a la semana, con equipos profesionales estables que garanticen un ambiente eficaz en el que educar y formar a partir de relaciones efectivas entre profesionales, otros servicios de salud y equipos de atención social, en un equilibrio adecuado de atención coordinada expresamente y de manera integral en torno a las necesidades del paciente.

2. Modelo de organización de los hospitales

El modelo de organización de los hospitales pretende fomentar la responsabilidad colectiva del cuidado de los y las pacientes en todas las profesiones y todos los equipos. Se recomiendan nuevas formas de trabajo, tanto en el hospital como entre el hospital y la comunidad, dando prioridad al cuidado de pacientes con necesidades clínicas urgentes.

Esto conlleva romper con un modelo de sobreespecialización que, aunque mejora la calidad técnica de las tareas, hace que los procesos y circuitos sean artificialmente complejos, generando problemas de coordinación y continuidad e incorporando actos con escaso valor añadido, con una gestión excesivamente centrada en la productividad y muy poco en la eficiencia global del proceso, perdiendo así la visión completa de servicio final al paciente. La clave es pensar en una organización centrada en el y la paciente, y no en la tarea.

Además, es importante que las unidades clínicas sean evaluadas por los propios pacientes y que conlleve un plan de mejora de la unidad para responder a los planteamientos de los/as pacientes.

3. Modelo de participación de la ciudadanía

Un nuevo modelo de participación de la ciudadanía que favorezca la inclusión de pacientes en comités y grupos técnicos, que fomente espacios de relación y encuentro entre clínicos y pacientes, que refuerce y reformule los órganos de participación. Este modelo permite el

empoderamiento de los y las pacientes y se apoya en las asociaciones para fomentar la autoayuda, la promoción de cuidados y el fomento del voluntariado en el centro.

Por tanto, los hospitales del futuro diseñarán una «carta de ciudadanía» que ponga al paciente en el centro de todo el hospital y que tenga en cuenta su perspectiva, la del personal y la del sistema sanitario en su conjunto.

Este triple modelo gira en torno a la mayor intervención de la ciudadanía en todo lo concerniente a la gestión hospitalaria. Veamos con más detalle los aspectos tratados en el marco teórico.

Propiciar la participación de la ciudadanía

El papel de los/as pacientes en relación a los servicios de salud está cambiando y cambiará más aún en los próximos años de manera muy significativa, tomando ellos y ellas las riendas de su salud. Se seguirán estudiando las necesidades y expectativas de la ciudadanía, y los hospitales deberán estar preparados para atender las preferencias del paciente, dentro de un rango de posibilidades guiadas por criterios de eficiencia y basadas en evidencias.

Se incorporará la experiencia de los y las pacientes. La ciudadanía tendrá un papel activo en el funcionamiento de los hospitales, especialmente en lo referente al diseño de servicios, así que deberá estar presente en los sistemas de participación social del hospital, como consejo asesor de la dirección. Su función deberá ser conocer lo que hace el hospital, los resultados que obtiene, los planes futuros y con ello aportar ideas y asesorar al equipo directivo. Ya existen experiencias con estructuras de participación en los centros sanitarios, pero se deberá redirigir su actividad, haciéndola más flexible y adecuada a las nuevas exigencias de los/as pacientes.

Los profesionales también deberán adaptarse a este nuevo perfil de pacientes, con una formación adecuada a nuevas necesidades y expectativas. Se impulsarán modelos de participación en los procesos de toma de decisiones sobre políticas sanitarias y en el establecimiento de prioridades en salud, donde estén presentes todos los agentes sanitarios: asociaciones profesionales y de pacientes, empresas de tecnologías sanitarias, pero muy especialmente la participación ciudadana.

Fomentar la toma de decisiones compartida

Los modelos de decisiones compartidas se convertirán en una forma central (no la única) de relación no jerárquica profesional-paciente, donde tanto a unos como a otros se los considere expertos y basada en la participación y el respeto mutuo, y no en la jerarquía y el paternalismo.

La opinión y la experiencia de los y las pacientes se incorporarán a las guías de práctica clínica y a los protocolos de actuación de decisión compartida con el/la paciente. Además de ayudar a los/as pacientes en este nuevo escenario, será necesario ayudar a los/as profesionales aportando formación en técnicas de comunicación efectiva con los y las pacientes y sus familiares, y formación en técnicas de decisión clínica compartida, técnicas para favorecer el autocuidado de los/as pacientes, además de la entrevista motivacional.

En este entorno, las nuevas fórmulas de atención y de acceso —además de información y comunicación «ligadas a las nuevas tecnologías»— tendrán un papel cada vez más importante, ya que la mayoría de pacientes, tras una consulta concreta, desean cada vez más poder dar su opinión a las propuestas de tratamiento que surgen, y que necesitan expresar, preguntar, negociar las decisiones y ser considerados como conocedores de su enfermedad.

Facilitar información de calidad a los y las pacientes

El derecho de los/as pacientes a recibir información sobre su salud es el resultado de múltiples factores: el aumento de enfermedades crónicas, el progresivo envejecimiento de la población, el interés de los y las profesionales sanitarios por compartir la responsabilidad de las decisiones tomadas y el incipiente movimiento ciudadano y asociativo que reclama una información de calidad en asuntos de salud.

Una relación exitosa entre profesional sanitario/a y paciente se basará en la generación de confianza, asociada a la satisfacción que produce en los/as pacientes la disponibilidad del personal para escucharles e informarles con lenguaje adaptado a la ciudadanía.

Es fundamental aumentar el conocimiento de los y las pacientes, ya que un paciente informado es un colaborador activo en su proceso de recuperación, lo que permite reducir los costes en visitas a urgencias, a consultas externas y en cumplimiento terapéutico, además de que pueden tomar decisiones de mejor calidad.

Para que los/as pacientes puedan tener un papel activo en la toma de decisiones deben poder acceder a información clínica relevante relacionada con su salud a través de portales de salud interactivos, los cuales deben permitir el uso de correo electrónico seguro entre pacientes y sus profesionales referentes, gestión de citas de visitas y acceso de cada usuario a su propia historia clínica. Se impulsará la generación de puntos de información en la red que faciliten información segura con la correspondiente solvencia técnica y profesional. La implantación de la teleasistencia, la telerrehabilitación o la toma de datos médicos sin necesidad de desplazarse al centro de salud o a un hospital supone ya un avance significativo y muy positivo en la situación vital de los y las pacientes.

Además, deberán disponer de herramientas que permitan el seguimiento continuo de los/as pacientes por profesionales especializados en gestión de casos, que les faciliten la información personalizada. La telemedicina será fundamental en este nuevo escenario donde

los medios actuales incrementarán su protagonismo: páginas webs, asociaciones de pacientes, redes sociales, dispositivos móviles, *apps*, etc.

Redefinir los centros en función de las personas con enfermedades crónicas. Conocer la perspectiva de los y las e-pacientes

El continuo aumento de la esperanza de vida lleva a un incremento importante de pacientes con enfermedades crónicas y pluripatológicas. Será necesario aprovechar las hospitalizaciones de los y las pacientes crónicos/as complejos/as y geriátricos frágiles para elaborar planes terapéuticos individualizados de manera multidisciplinar, incorporando al equipo habitual de planta profesionales comunitarios y de atención primaria que sean necesarios.

Los hospitales deberían definir los criterios de ingreso de pacientes crónicos y frágiles para ofrecer la mejor solución a sus necesidades.

Un elemento fundamental del uso de Internet es el contacto con grupos en foros, *blogs* o plataformas que les ofrecen apoyo emocional y social, principalmente finalizado el tratamiento y después de las consultas con profesionales sanitarios. Internet y las redes sociales pueden ayudar (bien gestionados) a mejorar la información que reciben los y las pacientes.

Si las redes sociales y páginas webs pueden ser de gran ayuda para pacientes y familiares, las comunidades de pacientes virtuales se han convertido en una herramienta más en la lucha contra las enfermedades crónicas. Esta forma de gestionar la relación con el/la paciente podría suponer un importante ahorro al sistema sanitario, reduciendo el tiempo de espera de información entre las consultas y atenuando situaciones de incertidumbre o ansiedad gracias a la información que reciben, por ejemplo, de otras personas afectadas.

Basar la atención y la participación en unos principios éticos

La profesionalidad será un valor cada día más relevante y debería tener un gran peso en las relaciones entre profesionales sanitarios y pacientes. Pero entendida esta no solo como conocimiento experto, sino como competencia y compromiso. Es decir, capacidad de resolver problemas al paciente y compromiso con el bien y el interés del paciente. Es imprescindible que en el futuro los hospitales incorporen a la práctica clínica los principios de bioética que ayuden a recuperar la unidad perdida entre la ciencia y las humanidades: no hacer daño y hacer el bien, respetar a los/as pacientes, su autonomía y no discriminar a nadie.

En el futuro, a estos principios debería incorporarse el compromiso con el sistema de salud, que implica: la buena colaboración con los miembros de las profesiones sanitarias, el

principio de justicia (uso correcto de los recursos públicos), la igualdad de oportunidades y la no discriminación.

El modelo de paciente de los próximos años y los valores de las sociedades liberales actuales condicionarán el futuro. La ciudadanía exigirá libertad para decidir y el derecho a recibir la información sobre lo que ocurre. Esto incluye la no discriminación por ninguna circunstancia y a aprender a aceptar la diferencia, respetar distintas formas de comportamiento. Todo apunta a la necesidad de cuidar la relación de confianza con el y la paciente.

Los hospitales deben dotarse de mecanismos para incorporar a la práctica clínica los sistemas de deliberación relacionados con los dilemas éticos más importantes, prestar más atención a los aspectos más humanos de la asistencia y cuidar de forma muy especial la formación de profesionales en general y, en particular, del personal médico interno residente y de enfermería en formación.

Capítulo 5

Seguridad del/de la paciente



Seguridad del/de la paciente

Como puso de manifiesto el Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización (ENEAS 2005), en España un 8,4 % de los pacientes que ingresan en un hospital sufre un evento adverso. De igual modo, el Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud (APEAS 2008) mostró que la realidad del fenómeno en el ámbito de la atención primaria en España es más moderada: un 1,2 % de los pacientes padece un evento adverso.

En un artículo publicado en mayo de 2016 en el *British Medical Journal of Medicine*, se afirma que los errores médicos son ya la tercera causa de muerte en los EE.UU. de América.

Los grandes cambios de futuro necesarios para mejorar la situación actual de la seguridad del paciente se basan en las siguientes ideas: una asistencia sin fallos no es solo una utopía, sino una exigencia ética; una asistencia sin daños nos conduce directamente a unos buenos resultados clínicos; y una asistencia libre de eventos adversos es de menor coste, o sea, más eficiente clínica y económicamente.

Menos hospitalización, más ambulatorización

En los hospitales, el estudio ENEAS mostró que los eventos adversos están relacionados con el uso de la medicación, la realización de procedimientos y las infecciones nosocomiales. En atención primaria, el estudio APEAS mostró que los eventos adversos están relacionados con medicación, cuidados, comunicación, diagnóstico, gestión y otras causas.

En el futuro se conseguirá una atención más segura logrando que, siempre que sea posible, el paciente no reciba la asistencia en el hospital sino que la asistencia se acerque al paciente. Con esta finalidad se desarrollarán nuevas estrategias y modos de asistencia reduciendo de forma significativa los ingresos en el hospital, limitando la estancia hospitalaria al mínimo imprescindible. Se potenciará la atención y los cuidados domiciliarios y, cuando el paciente precise de asistencia en el hospital, se prestará en hospitales de día médico y quirúrgico.

Se identificará entre la población de cobertura del hospital las personas diana, con patologías susceptibles de requerir múltiples ingresos, para actuar de forma preventiva, mejorando y ampliando la red de enfermería de gestión de casos, actuando sobre la cronicidad y progresando en la cultura de los autocuidados.

Disminución de la variabilidad, ajuste de los procesos, vías y guías clínicas

Con independencia de velar por la seguridad de las infraestructuras, las instalaciones, las tecnologías, la identificación, etc., lo fundamental pasa por la excelencia de la actuación

profesional (no basta hoy en no incurrir en maleficencia, pues la ciudadanía exige excelencia). Esto implica, por un lado, la gestión del conocimiento (aptitudes y actitudes) y, por otro, la estandarización de la práctica clínica según la evidencia científica a través de guías de práctica clínica, vías clínicas y protocolos. También serán relevantes los sistemas de reconocimiento profesional centrados en la gestión de la clínica para reducir su variabilidad, y la comprensión clara por parte de los profesionales que deben responder no solo a las necesidades sino también a las expectativas de la ciudadanía. Se han de introducir mecanismos de estandarización e «industrialización» de la atención sanitaria, de forma que se evite hacer lo que no hay que hacer.

Se implantarán mecanismos para eliminar las brechas de seguridad del paciente subyacentes en los sistemas proveedores de la asistencia. En la medida en que se pueda, se promoverá el trabajo por procesos, ya que la estandarización de las actividades ayuda a construir seguridad en la práctica clínica y a crear rutinas más seguras y sistemáticas.

El futuro inmediato se va a caracterizar por el desarrollo de nuevas herramientas e iniciativas que irán orientadas a reducir el margen de error en los procesos asistenciales en el que se provocan los eventos adversos y con ello una mayor seguridad para el paciente o, lo que es lo mismo, una mejora ostensible en los resultados clínicos finales.

La tecnología intangible disponible hoy para el análisis y la mejora de los procesos, o sea, las herramientas tales como el Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE) o el LEAN, son solo embriones de los instrumentos futuros que van a ser desarrollados gracias a los avances tecnológicos.

Tecnologías de la información y la comunicación

Las TIC son muy útiles en la disminución de los problemas de seguridad, y lo serán más aún en el futuro. La introducción de nuevas tecnologías o nuevas técnicas estará avalada por la evidencia, las agencias de evaluación y una casuística suficientemente significativa. Las tecnologías y la sociedad están evolucionando hacia sistemas de inteligencia artificial cada vez más sofisticados que funcionarán como asistentes activos en la toma de decisiones clínicas basadas en las propuestas que se generen a partir del fenómeno *big data*. Además, las TIC posibilitan la colaboración intensiva tanto sincrónica como asincrónica entre profesionales, independientemente de los límites físicos y que permiten a pacientes y usuarios acceder a sus datos de salud en cualquier momento y lugar.

Las nuevas tecnologías harán cada vez más segura la asistencia, pero, al mismo tiempo, incorporarán sus propios tipos de fallos y los eventos adversos consecuentes. Las historias clínicas en soporte electrónico son un ejemplo de nuevas tecnologías con un impacto extraordinario en la seguridad del paciente. Las guías SAFER (Safety Assurance Factors for Electronic Health Record Resilience), que permiten evaluar la calidad tecnológica de una historia electrónica, su uso en la atención de los pacientes y cómo mejorarla, son un ejemplo

que ilustra bien el hecho de que, incluso el progreso que supone la utilización de una historia clínica electrónica, conlleva al mismo tiempo sus propios problemas de seguridad del paciente. Este «rizar el rizo» tecnológico es, sin duda, una avanzadilla de la que se van a beneficiar en primera instancia los pacientes y también las segundas víctimas de los eventos adversos, los profesionales sanitarios.

Visión estratégica

La eficiencia clínica va seguida de una eficiencia económica, de manera que las mejoras futuras en la seguridad del paciente van a suponer una notable reducción de los costes unitarios de la asistencia, precisamente por disminución de los costes innecesarios, lo que redundará en beneficio de los pacientes y de la sostenibilidad del sistema sanitario.

Por ello, la seguridad clínica será una línea estratégica y pasará a ser un área de atención prioritaria por parte de los gestores, en todas las instituciones; será una pieza clave en la estrategia de cualquier hospital. Se incorporará a la agenda directiva del centro y de las unidades. Todos en el hospital deben saber que el tema ocupa y preocupa a la dirección. Esto conducirá a la creación de comisiones, comités o grupos de mejora de seguridad que monitorizarán los resultados y velarán por el cumplimiento de los estándares mínimos recomendables para garantizar esta seguridad. En los contratos programa / contratos de gestión del hospital y en los acuerdos de gestión clínica con los servicios, se irán introduciendo paulatinamente objetivos de seguridad del paciente dirigidos, muy especialmente, a la reducción de la mortalidad evitable, las infecciones nosocomiales, los eventos adversos relacionados con procedimientos invasivos y con la medicación.

El papel de los observatorios de seguridad del paciente será fundamental porque aportarán información sobre los tipos de fallos que generan los eventos adversos y las acciones que muestren utilidad para su prevención o corrección. Algunos de los datos se incorporarán a los sistemas de información y a los mecanismos de gestión de riesgos.

Las nuevas generaciones de profesionales van a desarrollar su trabajo en un entorno en el que se habrán superado estándares de calidad en algunos procesos clínicos, como la tasa de infección nosocomial o las muertes evitables. Los hospitales del futuro se prepararán para alcanzar unos resultados en que estos y otros eventos adversos solo se presentarán excepcionalmente, cada varios miles de episodios asistenciales. Esta afirmación puede hacerse porque comienzan a aparecer evidencias de que el empleo de herramientas dirigidas a la detección de los fallos en los procesos, de sus causas y la aportación de acciones preventivas o correctoras de los mismos, es útil para mejorar los resultados clínicos. Este nuevo enfoque en el abordaje de los resultados clínicos —nunca antes realizado de una forma sistemática y con herramientas diseñadas específicamente para ello— va a permitir alcanzar resultados clínicos formidables y espectaculares en el devenir de la asistencia a los pacientes.

Se establecerán y aplicarán planes de seguridad específicos para cada servicio clínico y se adoptarán las decisiones convenientes para generar, generalizar y mantener una cultura de seguridad en la organización y entre pacientes. Los planes de seguridad serán diseñados con metodología apropiada y abarcarán a todas las fases de los procesos clínicos.

Formación y cultura de seguridad

Se extenderán el conocimiento y la formación en seguridad del paciente. Será fundamental destinar programas de formación acreditada, específicamente dirigidos tanto a los estudiantes de ciencias de la salud, como a los profesionales. La adquisición de las competencias adecuadas será un requisito previo para poder participar directamente en la atención a pacientes.

Los hospitales van a realizar un gran esfuerzo en definir, documentar y mejorar de forma continuada sus procesos de prestación de la asistencia para, con el ajuste de estos, irse aproximando a los resultados conseguidos en el sector industrial en lo concerniente a la disminución de la aparición de eventos adversos.

Se dispone ya de instrumentos para medir la cultura de seguridad, que permiten identificar qué aspectos deben mejorarse y orientar las acciones de mejora, formativas o no, para mejorarla.

Participación de los/las pacientes

En el futuro los pacientes se involucrarán en su propio autocuidado. Existe un debate importante sobre la participación de los pacientes en su propia asistencia como controladores de la calidad del proceso a que son sometidos, lo que, sin duda, va a tener consecuencias muy favorables en la evitación de fallos y eventos adversos.

Los y las profesionales como segundas víctimas

Hoy se acepta que, junto al paciente (la primera víctima directa de un evento adverso), los profesionales que han participado en el episodio asistencial que tuvo consecuencias negativas para el enfermo, son también víctimas de ese acontecimiento y precisan de ayuda para ayudarles a superar la experiencia. Por ello, en los modelos futuros de la asistencia, se desarrollarán políticas y procedimientos de apoyo a los profesionales que se vean envueltos en incidentes graves de seguridad.

Capítulo 6

Medidas de mejora de la eficiencia Evaluación de resultados y desempeño



Evaluación de resultados y desempeño de los hospitales

Evaluar el impacto que el sistema sanitario genera en los niveles de salud de la sociedad tiene como propósito final mejorar su desempeño. La orientación a la eficiencia, la equidad, la transparencia, el benchmarking o la incentivación de la calidad, son algunos de los fundamentos básicos para la evaluación. Y el desarrollo de los sistemas de información y de las tecnologías de la información es clave en todo el proceso de mejora continua.

Medir adecuadamente el desempeño de los hospitales supone dar respuesta a tres cuestiones básicas: ¿es capaz de evaluar si restituye la salud de sus pacientes?, ¿qué aporta el hospital a la mejora del mapa de riesgo de la población?, y ¿realiza lo anterior con rentabilidad desde el punto de vista social?

El grupo de expertos ha propuesto, con distinto grado de consenso, un conjunto de propuestas dirigidas a la **evaluación de los resultados** de los hospitales. Estas se han agrupado en dos dimensiones de mejora: de la evaluación en sí misma y de los elementos que han de configurarla, por una parte, y de los diseños de los sistemas de información, de su transparencia y publicidad, por otra.

Asimismo, se ha dedicado un espacio propio de trabajo y reflexión a uno de los ejes esenciales que guía y orienta, de forma transversal, el desempeño de los sistemas sanitarios, la **eficiencia**, identificando ocho áreas clave prioritarias para orientar la reforma de los hospitales a todos los niveles: macro, meso y micro.

Mejora de la evaluación

Resulta complicado avanzar en la medida del desempeño sin antes incorporar todos aquellos elementos clave de la actuación de los hospitales: efectividad, eficiencia, calidad, satisfacción o profesionales, entre otros.

El primero de ellos es la **efectividad**. A las medidas clásicas, como las tasas de mortalidad, hay que incorporar otras medidas de resultado, en salud individual o colectiva, y de cambio o transiciones de estados de salud, tras las intervenciones a nivel individual, en **registros de información**. Medidas que, sin duda, son de utilidad a la autoridad sanitaria y a los profesionales sanitarios para comparar servicios, evaluar y mejorar la práctica clínica.

También es necesario profundizar en el estudio de la **eficiencia**. Detectar márgenes de mejora o identificar bolsas de ineficiencia (pruebas duplicadas, utilización innecesaria de urgencias, reingresos, hospitalizaciones evitables, etc.); realizar estudios de costes unitarios con metodología actual de contabilidad analítica y medir la adecuación de las actividades asistenciales (ajuste entre el nivel asistencial en el que es atendido y el perfil del paciente, medicamentos de bajo/alto valor, medidas de sobrediagnóstico o sobreactuaciones terapéuticas, etc.), son algunas de las propuestas identificadas por los expertos. En hospitales terciarios es relevante evaluar productividad o volumen de actividad (pacientes atendidos en

distintos procedimientos) ponderada con la complejidad atendida, especialmente con grandes poblaciones de referencia. Igualmente, es importante incluir indicadores de proceso y de actividad apropiados para la actividad quirúrgica, ambulatoria, hospitalización, urgencias, etc.

El otro elemento, la mejora de la evaluación de la **calidad** de la atención sanitaria, conlleva, no sólo la adecuación de los resultados y procesos a estándares compartidos basados en la evidencia, sino además la incorporación de esta información a la historia clínica del paciente.

Por su parte, la percepción o valoración externa de los grupos de interés (opinión social, de los agentes financiadores, etc.), tanto del hospital como de sus profesionales, no tiene por qué coincidir con la productividad o los objetivos conseguidos. Así, conviene evaluar la **satisfacción** del paciente con dimensiones como accesibilidad, confortabilidad, seguridad, etc., para lo que se pueden emplear las redes sociales o notificaciones para interactuar con los/as usuarios/as de los servicios hospitalarios.

Evaluar el desempeño de los **profesionales**, conlleva utilizar medidas no sólo de productividad, sino aquellas otras relacionadas con la mejora del clima laboral de la organización y todas aquellas dirigidas a la mejora de la motivación de profesionales (personas que disfrutan de medidas para la conciliación, profesionales que realizan actividades docentes, formativas o investigadoras, etc.).

Además de las mencionadas, se señalaron otras variables a incorporar en la evaluación del desempeño de un hospital, tales como:

- La continuidad de la atención: información adecuada al alta hospitalaria y acceso a la historia clínica del paciente desde los diferentes puntos de interacción de éste con el sistema sanitario.
- La seguridad: incidencia de efectos adversos o de eventos adversos graves, mortalidad prematura o prevenible, entre otros.
- La equidad o accesibilidad: ratios de utilización de recursos y necesidades; medidas desagregadas de resultados en salud; accesibilidad (tiempos de espera, percepción de los pacientes respecto a la facilidad de acceder a los servicios que necesitan), etc.

Mejora del diseño de sistemas de información; transparencia y publicidad

Existe un alto grado de consenso en la importancia del adecuado diseño de los sistemas de información que permitan a los responsables tomar decisiones para mejorar la evaluación del desempeño de los hospitales. Entre las propuestas de mejora destacan las dirigidas al desarrollo de modelos de medición sencillos y automatizables relacionados con resultados en salud; el diseño de cuadros de indicadores que reflejen tanto la evolución propia del centro como su comparación con otros hospitales; la inclusión de datos centrados en problemas «macro», como hospitalizaciones inadecuadas, estancias desproporcionadas o seguridad; la

inclusión de indicadores sobre problemas específicos de salud suficientemente prevalentes; la identificación de soluciones derivadas de la complejidad y necesaria exhaustividad en los procedimientos de codificación con los problemas que de ello derivan (incentivos, asignación de tareas, adecuada financiación del centro etc.); el empleo de TIC: megabases de datos, metabuscadores, alarmas por exceso o déficit en tiempo real, instrumentos de evaluación del impacto-viabilidad-recursos de nuevas propuestas, etc.; y la generación de sistemas de explotación de datos adaptados a los intereses de clínicos y directivos.

Se sugiere la creación de un ***banco de buenas prácticas*** sobre evaluación, donde compartir herramientas, experiencias, etc., y la creación de una ***agencia externa de evaluación independiente*** que mida indicadores asistenciales, proporcione sistemas de información públicos transparentes y compartidos, y permita la comparación entre hospitales.

Las mejoras propuestas han de contar con un efectivo traslado en la información disponible de los servicios hospitalarios, mediante **indicadores** (actuales y precisos) y su reflejo en **cuadros de mando**, que faciliten el efectivo control y seguimiento de sus objetivos, y la corresponsabilidad en la gestión del centro.

Para la adecuada medición del desempeño de los hospitales es necesario que los cuadros de mando del conjunto del hospital, de servicios/áreas/unidades de gestión clínica, así como de su grado de cumplimiento, sean públicos (webs de libre acceso). La **comparabilidad** es un potente incentivo a la competencia entre unidades y hospitales (benchmarking), ya sea por imagen externa o reputación frente a la ciudadanía y otros agentes de interés, ya sea porque se establezcan premios a los centros en base a los resultados, por ejemplo.

Finalmente, varios expertos han efectuado las siguientes propuestas orientadas a ampliar la información y mejora de la utilidad proporcionada por los cuadros de mando, incorporando:

- Resultados no asistenciales (sostenibilidad, gestión del conocimiento, compras, energía, hostelería, cocina, etc.)
- Indicadores de seguridad del paciente.
- Indicadores más concretos o precisos «mortalidad a los 60 días del alta», «reingresos por distintos motivos en x tiempo»; se conseguiría una medición rigurosa de todos los parámetros clínicos.
- Indicadores que midan la solvencia económica.
- Criterios homogéneos y unificados que permitan la comparación.

La autoridad sanitaria, o un organismo independiente y altamente cualificado, debería ser el responsable de gestionar la comparación entre hospitales y/o el seguimiento/evolución de los objetivos incluidos en los acuerdos de gestión clínica y cuadros de mandos y/o conjunto mínimo básico de datos.

Medidas de mejora de la eficiencia

Las estrategias y medidas dirigidas a la mejora de la eficiencia de los hospitales en el futuro ubican las reformas en los tres niveles básicos de actuación: macro, meso y micro gestión.

A nivel **macro** resulta imprescindible un marco regulatorio homogéneo y el desarrollo de estrategias conjuntas y alineadas, lo que implica, al menos, centralizar ciertas decisiones: la definición de la cartera de servicios -para evitar duplicidades-, la generación de criterios de calidad o la difusión de las mejores experiencias de gestión de los centros. La asignación de funciones ejecutivas al Consejo Interterritorial del SNS o la creación de una Agencia de Evaluación de la Eficiencia, a nivel estatal, permitiría una efectiva evaluación por comparación, transparente y con criterios explícitos. No debe olvidarse que la eficiencia de los hospitales debe evaluarse en un marco institucional que garantiza o, al menos, aspira éticamente a un acceso universal e igualitario a la asistencia sanitaria, y altos estándares de calidad para todos los ciudadanos españoles, con independencia de su clase social y lugar de residencia.

A nivel **meso**, se señalan como medidas efectivas el establecimiento de procesos centralizados y más seguros, el desarrollo de estrategias concretas de abordaje de la cronicidad o la internalización de los costes medioambientales en la medida de la eficiencia hospitalaria.

Finalmente, a nivel **micro** han mostrado ser medidas efectivas, en términos de mejora en la eficiencia de los hospitales, el uso adecuado y eficiente de los recursos sanitarios —fármacos, estancias hospitalarias—, con especial mención a la alta tecnología o a la farmacia y el rediseño de servicios, como los laboratorios centralizados; estrategias que deben potenciarse en el futuro próximo. Una cuestión fundamental, si bien resulta extraordinariamente compleja, es la alineación de los y las profesionales (y unidades) con los objetivos de la organización. No se dispone de un diagnóstico o una estrategia consensuada y validada empíricamente sobre herramientas clave para esta alineación, tales como el pago por rendimiento o resultados, el diseño de la carrera profesional, o el marco de relaciones laborales más adecuado.

Los aspectos estratégicos identificados para la mejora de la eficiencia de los hospitales se engloban en las siguientes áreas clave:

- Revisión del modelo de financiación.
- Autonomía de gestión de los centros hospitalarios: nuevas fórmulas organizativas.
- Reforma del actual modelo de centros de referencia.
- Búsqueda de alternativas a la hospitalización tradicional, aumento de la capacidad resolutoria de la atención.
- Control de la calidad asistencial.

- Gestión clínica y corresponsabilidad.
- Valor de las decisiones clínicas.
- Gestión de profesionales.

Revisión del modelo de financiación

Una de las actuaciones necesarias en el actual modelo de prestación de la asistencia sanitaria pasa por la revisión del modelo de financiación de los hospitales. Conceptualmente, lo ideal sería avanzar hacia un modelo que combinara la financiación per cápita, ajustada por riesgo y necesidades poblacionales a nivel de área sanitaria, con el pago por casuística a nivel hospitalario.

El sistema de financiación de los hospitales debe considerar las características específicas de la oferta (cartera de servicios, intensidad tecnológica, etc.). Asimismo, y de forma explícita, incorporar la asunción de compromisos ligados a estrategias prioritarias en salud, orientándose a medio plazo (y en la medida en que los sistemas de información lo permitan) a sistemas de pago en función de los resultados de salud, no de procesos ni de presupuestos.

Otro elemento crucial es el traslado de **riesgo financiero** al centro, concretamente aquel que sea responsabilidad de los directivos y profesionales del hospital, mientras que el riesgo no controlable, como la cartera de servicios o la morbilidad de la población, debe ser cubierto por el asegurador. El hecho es que, dado el carácter universal y sistema de financiación del Sistema Nacional de Salud (SNS), existe una responsabilidad fiduciaria por parte del Estado que limita, de forma significativa, el traslado de riesgos a los hospitales financiados públicamente con independencia de la propiedad y forma de gestión del mismo. Esta cuestión es relevante en las fórmulas de Colaboración Pública Privada (CPP), que se plantean como una forma atractiva para conseguir la sostenibilidad del sistema y amortiguar el gasto que supone la innovación, pero que, sin un traslado efectivo de riesgos, se convierten en un mecanismo para privatizar beneficios y socializar pérdidas.

Finalmente, debe impulsarse una mayor utilización de acuerdos de riesgo compartido con la industria farmacéutica, vinculados a resultados en salud, o acuerdos de financiación del gasto farmacéutico hospitalario con la aseguradora pública en casos de «riesgo catastrófico» por asumir la financiación de terapias para el tratamiento de enfermedades raras, por ejemplo.

Autonomía de gestión de los centros hospitalarios: nuevas fórmulas organizativas

La gestión de los hospitales del futuro ha de contar con mayor **flexibilidad**. La búsqueda de la eficiencia implica una capacidad real de decisión y autonomía de gestión del presupuesto de gastos, además del acceso a sistemas de información sobre actividad y costes, la gestión de incentivos monetarios, desarrollo de planes estratégicos corporativos, etc.

Los expertos proponen fomentar la coexistencia de distintas fórmulas de gestión de hospitales públicos y privados, y contrastar, de forma continua y mediante comparación, el grado de eficiencia alcanzado por cada uno de ellos. Esta opción exige que todos los hospitales, independientemente de su titularidad y forma jurídica, estén sometidos a un **marco regulatorio y de control** similar (comisiones, transparencia, seguridad...). Para ello es imprescindible desarrollar instituciones de evaluación, independientes del poder político, y sistemas de transparencia y rendición de cuentas que fomenten el uso eficiente de los recursos públicos.

El desarrollo de distintas formas de CPP, particularmente los modelos de **Iniciativas de Financiación Privada (PFI)**, que externalizan las actividades no sanitarias, y sobre todo las concesiones sanitarias, que externalizan el conjunto de la actividad sanitaria, han generado un fuerte rechazo social, y han estado presididas por un alto grado de opacidad y «cercanía» entre empresas adjudicatarias y poder político. El acusado deterioro de la ética pública resulta particularmente importante para modelos de gestión «como las concesiones sanitarias administrativas o contratos a largo plazo como los PFI, donde se invierte en activos fijos con un largo plazo de recuperación de los mismos» sin que exista evidencia robusta de sus resultados ni de una transferencia efectiva de riesgos del financiador público a estos centros. Como se ha mencionado anteriormente, sin un efectivo traslado de riesgos, podría darse el peor de los escenarios en términos de eficiencia: los beneficios se privatizan y las pérdidas se socializan.

Para paliar los conflictos entre interés público y beneficios privados, en un sector como el sanitario, donde los fallos del mercado dificultan la armonización entre eficiencia privada y social, debe impulsarse la participación del **sector no lucrativo o social** que, a priori, combina la mayor flexibilidad de las empresas privadas con la ausencia de la búsqueda de beneficios y la asunción de valores coherentes con los principios normativos que definen al SNS.

Sea cual fuere la solución o conjunto de propuestas, el sector público ha de liderar el proceso, anticipándose al rápido cambio tecnológico y las nuevas exigencias de la demanda derivadas del cambio de demográfico.

Reforma del actual modelo de centros de referencia

La configuración de los centros hospitalarios y su infraestructura puede resultar determinante en la mejora de la eficiencia, fundamentalmente por cómo condicionan la prestación de la asistencia y configuran la relación entre los profesionales.

Así, ha de replantearse el actual **modelo de centros de referencia** con una redimensión adecuada de los hospitales, una redistribución de los servicios en función de su grado de complejidad y la consiguiente desinversión (o reinversión). Si bien su justificación radica en la probada eficiencia de la especialización del centro, ha de cuestionarse el coste de

oportunidad en la utilización de los recursos, y el margen de mejora en los resultados clínicos como consecuencia de la proliferación de este modelo.

Se hace necesario concentrar procedimientos de alta complejidad y baja incidencia en centros especializados de referencia (terciarismo), con profesionales formados, y disposición de medios específicos (tecnología punta, robótica, etc.). Es conocido que los procedimientos menos complejos son también menos costosos en hospitales más pequeños, fundamentalmente por los gastos de amortización, mayores en centros grandes. En consecuencia, se debe desarrollar una red de hospitales para procedimientos de baja complejidad, de tal manera que en los hospitales grandes se concentrarán los procedimientos y actuaciones más complejas.

Búsqueda de alternativas a la hospitalización tradicional, aumento de la capacidad resolutive de la atención

El actual modelo de atención sanitaria se concentra en procesos crónicos de elevada prevalencia y complejidad media/baja, que requieren de modelos alternativos de asistencia, sobre todo aquellos que priorizan la atención ambulatoria especializada (con consultas de alta resolución, cirugía mayor ambulatoria, etc.) adaptados a cada territorio.

Un modelo de atención que ha de verse reforzado por un papel predominante de la **atención domiciliaria** (sistemas apoyados en TIC -telemonitorización, teleasistencia, etc.), sistemas de continuidad de cuidados (estructuras funcionales que se organicen en torno a los procesos con profesionales de ambos niveles asistenciales en equipos interdisciplinarios) y el refuerzo o empoderamiento de la Atención Primaria. Esta última habría de contar también con mayor capacidad de decisión en la asignación presupuestaria para la compra de servicios destinada a los hospitales desde el primer nivel de salud. Para ambos niveles, AP y AH, han de diseñarse actuaciones que permitan mejorar la capacidad discriminatoria de la consulta o el tipo de visita estándar, como medida claramente optimizadora de los recursos sanitarios.

Es fundamental situar al paciente en el sitio adecuado en función de su problema de salud, para atenderlo con los medios adecuados, en el menor tiempo posible y con la seguridad necesaria. Es ineficiente que los hospitales diseñados para atender problemas agudos atiendan, en su mayor parte, procesos crónicos. Sin embargo, los sistemas de compra han incentivado la actividad de los hospitales, por lo que patologías que se deberían tratar en otros niveles asistenciales son secuestradas con frecuencia a nivel hospitalario. El futuro de los hospitales deberá tener en cuenta un **nuevo sistema de compra**: orientado a la territorialidad y a la integración de los procesos asistenciales. El dinero debe seguir al paciente. En este sentido, será clave una asignación territorial que distribuya los recursos según cada proceso y el nivel donde se resuelva de forma más eficiente.

Control de la calidad asistencial

Existen problemas para integrar la calidad en las medidas de eficiencia habituales, de forma que no se dispone de una metodología totalmente consensuada y con soporte empírico que integre estas dos dimensiones del proceso asistencial. Es, por tanto, una necesidad ineludible integrar la mejora de la calidad asistencial como un aspecto clave del proceso de mejora de eficiencia hospitalaria.

La necesidad de avanzar en la gestión por procesos, ha incorporado progresivamente en la cultura sanitaria la importancia del control de calidad de las actividades internas, a través de nuevas técnicas que permiten alinear el proceso con las estrategias y los principios de la organización, así como incorporar la experiencia de los clientes/pacientes/usuarios. Metodologías como las *TIC*, *Lean* —que permite la identificación de duplicidades y el ahorro de costes o el *Design Thinking*— que aplica técnicas de diseño para generar ideas innovadoras para entender y dar solución a las necesidades reales de los/as usuarios/as son cada vez más utilizadas en el ámbito sanitario con el fin de hacer coincidir las necesidades de las personas con lo que es tecnológicamente factible, financieramente viable, y que aporta valor al proceso.

Gestión clínica y corresponsabilidad

Desarrollar en profundidad la gestión clínica supone trasladar mayor corresponsabilidad y compromiso a los profesionales sanitarios, tratando de alinear los objetivos de los profesionales con los objetivos de la organización, por ejemplo, a través de pactos de consumo y publicación de los resultados clínicos y económicos. En este sentido, descentralizar el presupuesto en **unidades de atención a procesos**, autogestionadas por personal sanitario, permite implicar a éste directamente en la gestión económica y de los recursos, trasladándoles información concreta, individual y precisa sobre los aspectos esenciales que determinan el gasto -uso de fármacos, criterios de ingreso en hospital, gestión de la estancia hospitalaria, adquisición y uso de nuevo material, resultados clínicos, etc.-

Mecanismos que deben tener efecto directo en la evaluación de la actividad y los outputs que se generan y, por ende, en el sistema retributivo y la financiación de las propias unidades, que podrían incorporar criterios de coste-efectividad.

Actuaciones que no son factibles si la organización no pone a disposición de los agentes información y conocimiento de coste por proceso y los resultados en salud. Los hospitales, y la propia organización sanitaria, han de mejorar en **transparencia**, ofreciendo feedback para establecer objetivos de mejora y cierto benchmarking.

No obstante, se requiere prudencia con la utilización de los incentivos económicos o la incorporación de las medidas de coste-efectividad. Los primeros, por su potencial e incompatibilidad con la motivación intrínseca de los profesionales sanitarios; los segundos, por sus fuertes asunciones éticas utilitaristas, que pueden entrar en conflicto con otras perspectivas, como la ética de las capacidades o la regla del rescate.

Valor de las decisiones clínicas

La calidad asistencial y la corresponsabilidad de la gestión clínica han de tener presente el valor de las actuaciones sanitarias, según la evidencia existente. Para trabajar en esta línea se propone la generación de **herramientas de soporte a las decisiones clínicas**, que podría ser liderada por una entidad independiente, similar al NICE británico, que ofreciera orientaciones sobre la adecuación de las actividades diagnósticas y terapéuticas. De forma complementaria, la producción de evidencia y conocimiento deben ser financiadas con fondos públicos que garanticen la ausencia de conflictos de intereses.

Sin duda, racionalizar la asistencia y la actividad especializada, priorizando según las necesidades de la población atendida (urgencias, exploraciones, visitas, intervenciones, gestión de listas de espera), deben ser todas ellas medidas dirigidas a incrementar la eficiencia de las decisiones clínicas.

Gestión de profesionales

La gestión de los recursos humanos en las organizaciones sanitarias se presenta como elemento clave en la alineación de los objetivos a todos los niveles. Es fundamental un cambio sustantivo del actual **marco de relaciones laborales** de naturaleza funcional para afrontar el futuro de los hospitales con esperanzas de que se cumplan las expectativas de los ciudadanos. Debe iniciarse un proceso encaminado a la des-funcionalización de los profesionales y la mejora de sus condiciones de trabajo (por ejemplo, los ratio profesional/consulta, incluido el personal de enfermería). Igualmente deben afrontarse profundos cambios en la actual regulación del actual mercado de trabajo, donde la conservación del puesto de trabajo no puede ser único objetivo.

Esta des-funcionalización no implica una laboralización que, en las actuales circunstancias, implicaría un aumento de la precariedad laboral, lo que se traduciría, no solo en peores condiciones laborales de los profesionales, sino en peores resultados para los pacientes y la población en general.

Ante el dilema entre funcionalización frente a laboralización se propone la necesaria regulación de un estatuto que contemple las sanciones, despidos y movilidad pero que garanticen la estabilidad laboral.

Así, deben articularse mecanismos que incorporen **flexibilidad** y permitan una **efectiva gestión de los recursos humanos**, superando la rigidez de la función pública y pudiendo utilizar adecuadamente herramientas de gestión de profesionales para poder alinear la actividad de los profesionales hacia los resultados deseados:

- Sistemas de selección y contratación basados en perfiles específicos según necesidades y valores de los centros.

- Mapas de competencias para el desarrollo profesional y las contrataciones.
- Modelos de retribución variable ligados a resultados.
- Aumento de la capacidad de elección de los pacientes.
- Flexibilidad en los horarios etc.

Una **gestión profesionalizada**, con alto grado de autonomía y de responsabilidad, según los resultados obtenidos, donde la mejora en las condiciones de trabajo y el cuidado por la satisfacción profesional son piezas fundamentales del éxito. De hecho, las propuestas incluyen la mejora de las condiciones de trabajo (horarios, estabilidad, promoción de la exclusividad en el personal sanitario, trato y «factor humano»), revisión de las líneas y niveles retributivos o la activación de la carrera profesional.

La priorización de la **carrera profesional**, como incentivo económico de prestigio y a largo plazo, permite discriminar positivamente frente a la evaluación por desempeño o los incentivos económicos. En ese sentido, hay que señalar la limitada utilidad de las bolsas de trabajo en los actuales procesos de selección y reselectión, cuando son los profesionales sanitarios quienes proyectan incertidumbre en los hospitales, así como la necesidad de incrementar la movilidad de los profesionales entre los centros. Los mecanismos de selección del propio MIR, por ejemplo, sin procedimientos ni bolsas de trabajo, puramente automáticos, son capaces de determinar el conjunto de valores (no monetarios) que forman parte del hospital y que, en definitiva, residen y conforman un grupo humano.

Los incentivos económicos pierden relevancia en sectores, como el sanitario, donde hay elementos importantes no tangibles, tan presentes en las profesiones sanitarias y tan difíciles de cuantificar. La evidencia empírica disponible no parece responder a las desmedidas expectativas puestas en el pago por resultados (Pay for performance; P4P). Y se pone de manifiesto la existencia de dos problemas centrales: la dificultad de medir el desempeño médico y la erosión que, sobre la motivación intrínseca, puedan ejercer sistemas retributivos con fuertes incentivos al rendimiento. Estos constituyen los dos polos sobre los que gira el debate de cómo diseñar sistemas de retribución para la profesión médica. Las alternativas propuestas pasan por incentivos bajos o moderados. Asimismo, y para evitar que el incentivo económico desplace la motivación intrínseca, se puede ajustar por riesgo, diferenciando entre profesionales que se dedican a actividades rutinarias de aquellos que ponen mucho esfuerzo en la realización de una sola.

El hecho es que hay que explorar **mecanismos de incentivos complementarios** a los monetarios, como el reconocimiento profesional, la flexibilidad en la actividad, o el tiempo para investigación, docencia y formación. Se necesita dotar al profesional de suficiente autonomía para gestionar sus procesos y recursos, pero que pase por un compromiso compartido y por una corresponsabilidad en los resultados, articulada mediante unas condiciones previamente pactadas.

La nueva era epidemiológica de la cronicidad señala también la importancia del **papel de enfermería** en la posible mejora de la eficiencia de los hospitales y los nuevos roles a desempeñar como gestores de casos, seguimiento de crónicos, apoyo a la promoción de la salud de los ciudadanos, etc.

Por consiguiente, la mejora en la gestión de profesionales se basa en un conjunto articulado de reformas e innovaciones complejas que reformule el pacto social de los profesionales sanitarios con la sociedad, preservando e impulsando la motivación intrínseca, potenciando el sentimiento de pertenencia a la organización, y la corresponsabilidad en la gestión de recursos y resultados. El mix de herramientas a utilizar para conseguir estos resultados debe ser contingente e instrumental en función de la evidencia disponible en cada momento. No es un proceso fácil, sino sujeto a importantes incertidumbres, pero esencial para cualquier mejora significativa en el funcionamiento de los hospitales que busque el equilibrio entre la generación de valor y la sostenibilidad.

Capítulo 7

Papel de las Nuevas Tecnologías



Papel de las TIC

La migración hacia un modelo basado en las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación es imparable en todos los ámbitos institucionales, sociales y asistenciales. La incorporación de los avances tecnológicos va a provocar uno de los mayores cambios en la transformación de los hospitales. Su integración debe ser absoluta aunque deberán incorporarse de manera progresiva. Se vislumbra que la promesa de futuro del «hospital 4.0» o del «e-health» es grande y conllevará un cambio en lo que hoy entendemos por «asistencia sanitaria».

Y es que, en el futuro, el hospital no será como lo entendemos hoy. No será un edificio lleno de profesionales, de equipos, de quirófanos, de camas y de tecnología avanzada. En el futuro el hospital estará fuera del hospital, cada casa será una parte de este hospital, incluso cada centro de salud, o cada vehículo. La movilidad, la tecnología cercana y sencilla de transportar, el abaratamiento de los equipos de monitorización o incluso el «*do it yourself*» permitirán que un trozo del hospital esté donde cada paciente, familiar o profesional quiera que esté. Los robots que ya utilizan los niños en el colegio o proyectos como Arduino nos indican que las cosas están cambiando, y el sistema sanitario no tiene más remedio que adaptarse y aprovechar la potencia de estos cambios.

Hay cientos de ejemplos, aunque se pueden agrupar en cuatro bloques:

1. tecnología orientada al tratamiento y al diagnóstico,
2. tecnología orientada a la información y la prevención,
3. tecnología orientada al seguimiento y la monitorización, y
4. tecnología orientada a la planificación y la investigación.

Sin embargo, existe un cambio de paradigma que a medio plazo transformará radicalmente la atención sanitaria, ya que:

- El paciente tendrá un acceso creciente a la información sobre su estado de salud y su patología. Se ha empezado por la historia clínica y el siguiente paso serán las notas clínicas.
- La historia clínica, como gran base de datos, no será alimentada exclusivamente por los profesionales. Probablemente, se tendrá que analizar cómo desde otros sistemas, servicios sociales, vivienda e incluso desde hospitales privados, etc., se puedan grabar y consultar datos de interés. Y, por supuesto, el paciente y los *wearables* o *apps* que utilice para la monitorización de su estado de salud, podrán registrar datos directamente en la historia clínica.
- Más información implica **mayor seguridad y calidad en la asistencia**. Habrá un cambio en las tareas, en la distribución de funciones; se trabajará de forma diferente, pero el objetivo principal son la seguridad y la calidad.

Estos tres ámbitos se enmarcan en un conjunto de aplicaciones identificadas de las TIC en el sector salud que son la **telemedicina**, los **sistemas de información**, la **gestión de la medicación**, la **ayuda a la toma de decisiones clínicas**, el **big data**, los **sistema de avisos**, la **prevención**, la **formación**, la **simulación**, la **gestión del conocimiento**, el **autocuidado y hábitos saludables**, la **investigación y medición de resultados**, las **decisiones compartidas**, las **comunidades virtuales**, la **gamificación**, la **robotización** o el **crowd sourcing**.

Estas aplicaciones identificadas de las TIC se pueden enmarcar en las **Áreas Prioritarias de Actuación para la Contribución de las TIC** en la optimización del sistema de salud y la atención al paciente emergente, y por tanto de los hospitales, que son:

1. Implantación de interoperabilidad de bases de datos para facilitar el acceso a la información, integrada y compartida.
2. Búsqueda de evidencias de los resultados en salud a través de programas de investigación sobre el impacto de las TIC.
3. Inclusión de la implantación de las TIC en las estrategias de crónicos como un elemento fundamental en la atención a la cronicidad.
4. Diseño de programas de desarrollo e implantación de TIC en salud con perspectivas a medio-largo plazo que facilite a los gestores y directivos de la salud integrarlo y analizarlo con base en presupuestos anuales.
5. Establecimiento de indicadores de calidad y eficiencia para poder evaluar las experiencias que se realicen en el ámbito nacional y autonómico.
6. Formación de los profesionales por parte de las organizaciones en torno al acceso y uso de las TIC y de sus beneficios.
7. Diseño de programas vinculados al uso de las TIC que fomenten el autocuidado y hábitos saludables de los pacientes.
8. Diseño de programas de telemedicina.
9. Establecimiento de corriente de opinión y formación en torno a las TIC que rompa con la resistencia al cambio en el sector sanitario.
10. Actuación frente a la rigidez de las estructuras sanitarias.

Cada nivel requerirá, a su vez, un tipo diferente de tecnología, por lo que el concepto de TIC se ramifica en Tecnologías de la Información y Comunicación, Tecnologías Diagnósticas, Tecnologías Terapéuticas, Tecnologías Organizativas, Sistemas de soporte mediante inteligencia artificial y aprendizaje automático, Genómica y otras ómicas para medicina personalizada, Biotecnología y biología sintética o Cirugía robótica e impresión 3D.

Y esto pasa en un entorno donde **las TIC pueden ser un motor de cambio en la redefinición del modelo de atención al paciente emergente** a través de una serie de contribuciones:

- en el **modelo de atención**, al poder las TIC condicionar o modular el enfoque a través del cual se intervendrá sobre el paciente para mejorar su salud;
- en el **proceso de atención**, ya que las TIC podrán optimizar los procesos en los cuales los profesionales interactúan con los pacientes;
- en las **competencias**, al poder ofrecer nuevas formas de incorporar conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para desempeñar una función dentro del sistema de salud;
- en la **accesibilidad**, al poder facilitar el acceso de los recursos tanto al paciente como a los profesionales;
- en **resultados, en salud y económicos**, ya que permitirán conocer los resultados de las intervenciones que realizamos en salud;
- en **visibilidad**, ya que la tecnología hace y hará cada vez más visible a profesionales, entidades o proyectos;
- en **comunicación**, ya que las TIC constituyen y constituirán un instrumento fundamental para intercambiar información y conocimiento entre los distintos agentes;
- en la **integración**, ya que permiten y permitirán comunicar sistemas y herramientas e integrarlos con una finalidad común;
- en el **conocimiento**, para transformar la información en conocimiento con una tecnología que permita integrar y procesar la información generada;
- en la **seguridad**, ya que hay y habrá múltiples aplicaciones para mejorar la seguridad de los pacientes a partir de la gestión de una gran cantidad de datos a tiempo real;
- en la **implicación del paciente**, formalizando los canales de participación del paciente para que éste pueda participar y aportar valor añadido en la toma de decisiones a la vez que se responsabiliza de su estado de salud junto a los profesionales y
- en la **financiación**, ya que una mayor capacidad de procesar la información permitirá nuevas modalidades de financiación de productos y servicios.

Parece necesario que para alcanzar este nivel de motor de cambio en estos diferentes ámbitos es con voluntad política y financiación y con un plan estratégico plurianual, con objetivos, con financiación para cada proyecto, distribuyendo programas a cada servicio de salud, y todo en un marco de reutilizar el trabajo ya realizado, decidir estándares para su uso en todo

el país, utilizar sistemas interoperables y no caer en la vieja trampa de resolver el mismo problema varias veces. Para ello, debe ser el Ministerio de Sanidad, en estrecha colaboración con las CC.AA., el responsable de realizar dicho plan, definiendo muy bien los medios y los fines que persigue, desde telemedicina hasta inteligencia artificial. Por supuesto, debe existir un órgano que coordine y haga un seguimiento del plan, revisando la ejecución presupuestaria y responsabilizándose de la libre distribución de los proyectos, evitando la creación de silos tecnológicos.

Desde el punto de vista económico, la utilización de las nuevas tecnologías debe estar relacionada con la evidencia científica y con resultados en salud. El retorno de las inversiones será un punto por tener en cuenta para decidir las adquisiciones. Por su propia naturaleza innovadora, en continua evolución, las TIC engendran continuamente nuevos avances y nuevas versiones que superan a las anteriores. Esto impone un nuevo ritmo, más acelerado, en la evaluación de las mismas y en la formación de las y los profesionales especializados. En la evaluación previa a su incorporación en el hospital, como durante su uso clínico, habrá que poner en marcha sistemas de detección, seguimiento y corrección sistemática de los fallos.

Aunque las TIC comportan innovación tecnológica y alta tecnificación de la atención, esta deberá reservarse para los casos en que su utilización aporte valor, a fin de hacer sostenible el sistema. En este sentido, hay que realizar estudios de coste/beneficio previos, para poder establecer la línea divisoria entre lo alcanzable y lo no alcanzable en el país, región u hospital en cada momento. Debe existir evidencia de las mejoras pretendidas con su utilización e implantar aquellas que sean realmente útiles. Las tecnologías que superen el umbral no podrán ser financiadas públicamente, salvo las excepciones que el decisor imponga. En los centros solo se deberían adquirir aquellas innovaciones que realmente tengan interés científico demostrado, y que sean asequibles económicamente para el hospital. Por otro lado, la tecnología puede suponer de entrada un mayor gasto en inversión, pero ayudará a controlar los costes a medio-largo plazo. Es decir, se tenderá al desarrollo de una estrategia global que ligue el beneficio empresarial a los resultados reales en su aplicación. Habrá que identificar qué tecnología va a ser necesaria, cómo se implanta, a qué se renuncia, qué merma supondría en otras áreas del sistema, etc.

Es necesario que sean evaluadas y que la Agencia de Evaluación se implique analizando su impacto y productividad. Esto afectará así mismo a la visión anualizada de los contratos programa y de gestión, que deberán ser cuando menos trienales y orientarse más a la cartera de servicios, las tecnologías, reposición de equipos, adquisición de competencias nuevas y desarrollo de la organización con colaboración y alianzas de red para procedimientos de alta especialización.

Al mismo tiempo, se deberá tener la capacidad de «desinvertir» en aquellas tecnologías que demuestren no ser útiles. Serán necesarios modelos rápidos de adopción-uso-eliminación. Habrá que aportar evidencia científica para no dejarse arrastrar por la fascinación tecnológica, que ya acarrea sobrediagnósticos y actuaciones excesivas; ni por las presiones comerciales a las que se hallan sometidos algunos/as facultativos/as. El sistema debe cambiar y orientarse

hacia una comisión de expertos que decida lo que tiene interés científico demostrado y supone un valor añadido en el hospital, y que posteriormente la dirección del centro decida si el impacto económico es asumible o no. Todo ello manteniendo siempre presente el componente ético de las decisiones.

Comunicación con el/la paciente y entre profesionales

Uno de los terrenos en los que más se ha avanzado, quizás sea la comunicación con el paciente y entre profesionales. Se lleva años trabajando con herramientas síncronas y asíncronas, desde foros y blogs, hasta mensajería instantánea, comunidades virtuales, correo electrónico, webs, *apps*, etc. No hay ninguna herramienta mejor que otra, y el ritmo lo marca la propia sociedad, ya que el sistema sanitario debe adaptarse periódicamente a la herramienta más utilizada y que cumpla el necesario binomio utilidad/seguridad. Durante años, el pensamiento predominante era que la comunicación en línea iba a implicar una menor afluencia a las consultas, pero la evidencia todavía no apoya esta afirmación. Este modelo innovador de comunicación permitirá eliminar ciertas tareas de índole más burocrática y dedicar el encuentro con el paciente a asuntos importantes, que requieran escucha y atención plena.

De hecho, estas herramientas están cambiando ya el proceso asistencial clásico y pueden ser el elemento clave en el futuro de la atención sanitaria porque se están estableciendo nuevas formas de contacto y comunicación entre los/as pacientes y el sistema sanitario basados en la historia clínica electrónica, la conexión en red, la telemedicina, los telecuidados, las aplicaciones sanitarias para móviles, la adherencia terapéutica seguida en red, el seguimiento domiciliario con la telemonitorización, la ayuda en la toma de decisiones, la interoperabilidad completa de sistemas (empezando por primaria y hospital), etc. En definitiva, la capacidad de relacionarse con los pacientes en tiempo real sin necesidad de desplazamiento, va a permitir el afloramiento de nuevas formas de atención desde los hospitales. La atención virtual podrá permitir que todos los agentes que intervienen en la atención compartan más información y, con ello, la participación del/de la paciente podrá ser más activa.

La forma de relacionarse profesionales y pacientes podrá verse modificada radicalmente por el aumento del número de visitas no presenciales. Las TIC podrán ir rompiendo progresivamente el esquema presencial de consulta, además la realidad virtual podrá permitir al médico/a y al enfermero/a una visita más sencilla y próxima a los/as pacientes y al mismo tiempo podrán mejorar la efectividad clínica y dar lugar a una asistencia cada vez más precisa, más segura y con mejoras importantes en los resultados clínicos. Sin embargo, seguirá siendo necesario centrar las herramientas en las personas, sin perder la visión holística, a fin de articular las costumbres y hábitos de los/as pacientes con las oportunidades del sistema sanitario.

El acceso a la información sanitaria está ya favoreciendo una mayor autonomía del/de la paciente y su consiguiente empoderamiento. Se podrá acceder a los diagnósticos y

tratamientos en línea y los/as ciudadanos/as podrán pedir perfiles de riesgo de enfermedad y consultar cómo actuar. Parece claro que se crearán plataformas colaborativas pacientes/profesionales, además de redes sociales tutorizadas para el autocuidado, comunidades virtuales, historias clínicas compartidas, aplicaciones *wearables* que permitan un seguimiento más exhaustivo y más eficiente, ya que estas son soluciones para las que la tecnología ya está más que preparada.

Entre profesionales los cambios que se auguran pueden ser también alentadores, al mismo tiempo que pueden suponer un gran reto porque el intercambio de datos romperá los monopolios locales. El trabajo en equipo, la colaboración interprofesional se fortalecerá al compartir la información, el acceso a datos e imágenes, la disponibilidad inmediata de los mismos, el registro y la información en red, así como las prestaciones o la prescripción. Y todo ello, se verá claramente en los hospitales en el futuro.

La historia clínica

Los hospitales del futuro llegarán a ser un gran centro de información con una enorme cantidad de datos de pacientes que habrá que gestionar, lo cual exige una revisión a fondo de los conceptos de privacidad y utilización de datos almacenados, de las nuevas perspectivas de lo que se considera privado, la confidencialidad, la autonomía de la persona, etc. En este sentido ha de garantizarse un sistema con un centro de procesamiento de datos seguro.

Y si hemos hablado de hospital como gran base de datos de salud que nutrirá a todos sus satélites, lógicamente es esencial (y casi una obligación) utilizar todos los datos. Este cambio se va a notar cada vez más en el cambio en los ensayos clínicos, ya que con los datos de la vida real la información será más completa, sin sesgo y ofreciendo resultados mucho más fiables. Será posible realizar el mismo ensayo en cada territorio y que no será necesario extrapolar resultados de otros países o de otras zonas. Además, con datos reales la planificación sanitaria podrá ser mucho más rigurosa, evitando que la política influya en ciertas decisiones estratégicas o de localización de servicios sanitarios y en concreto de hospitales. Y no solo eso, el diseño de servicios o dispositivos concretos tanto en atención primaria como en hospitales, casi a medida, podrá ser posible ya que el mapa de problemas de salud será casi real.

Por otra parte, el acceso a datos de la historia clínica y a los diagnósticos y notas de los profesionales, podrá permitir poner en marcha sistemas avanzados de ayuda a la toma de decisiones asistenciales que permitirán mejorar la fiabilidad y precisión de las decisiones de cada profesional. Incluso, el paso del tiempo pondrá en marcha ciertos sistemas inteligentes que tomarán decisiones casi autónomas en momentos concretos. La robotización de la sanidad no creemos que llegue, pero con sistemas como los actuales, tal vez sea conveniente incluir sus ventajas y utilidades en los procedimientos sanitarios. Todo ello en un marco muy estricto de evaluación, confidencialidad y eficiencia.

Y se nos plantean algunas cuestiones: ¿qué impacto tendría este arsenal tecnológico en pacientes y profesionales?, ¿habría mejoras sustanciales en la atención y en la gestión del conocimiento? Sin duda, la respuesta es sí. Y la tendencia de futuro probablemente va a tender hacia ello, tanto en el caso del o de la paciente, de los/las profesionales y en el ámbito del conocimiento.

1. En el caso del/de la **paciente**, las mejoras podrán llegar a través del conocimiento de la patología o el empoderamiento del mismo (y no significa hablar de autocuidado), ya que se trata de una parte del presente más reciente. La experiencia del paciente será, sin duda, mucho más positiva, con servicios a medida, seguimiento a domicilio con herramientas de monitorización en el móvil, en la televisión o incluso en los electrodomésticos, con una comunicación más fluida, sencilla y completa, pudiendo elegir el canal más adecuado a cada momento. Por otra parte, las mejoras en seguridad y calidad asistencial tendrán una incidencia directa en el paciente.
2. En el caso de los/las **profesionales**, la revolución tiene un triple eje:
 - Investigación (uso masivo de datos).
 - Diagnóstico (sistemas de ayuda en la toma de decisiones).
 - Conocimiento.
3. En este ámbito del **conocimiento**, es importante comentar que los libros y las aulas pasarán lentamente a la historia, la capacidad de generación y difusión de conocimiento por parte de cada profesional tenderá al infinito, y las redes de colaboración permitirán que se pueda filtrar y seleccionar el conocimiento más adecuado para cada patología y paciente. Respecto al aprendizaje, los cursos tradicionales se centrarán en aspectos presenciales de la atención sanitaria, pero los nuevos modelos de aprendizaje serán inmersivos, usando el vídeo, los juegos y los entornos virtuales de formación.

Por tanto, la implantación de las TIC abre un amplio abanico de consideraciones que habrá que tener en cuenta en la toma de decisiones y que van más allá de la mera tecnología:

- mejoras en la asistencia
- cambios en la relación con los/as pacientes
- limitaciones en su financiación
- aspectos éticos en su adquisición
- definición de un uso adecuado, etc.

Si bien ya existen islas profundamente informatizadas en el sistema sanitario, queda mucho camino por recorrer antes de que estén incorporadas en todos los procesos asistenciales y a todos los niveles de la organización hospitalaria.

Aunque su evolución en los próximos años es prácticamente impredecible, su uso actual tiene ya un gran impacto en la calidad de la asistencia, los avances posibles en genómica, proteómica, farmacogenómica, bioinformática, las nuevas tecnologías de imagen y la medicina regenerativa señalan cambios importantes y útiles para mejorar la práctica clínica en los próximos años.

En definitiva, es deseable un cambio de cultura en los hospitales que permita aunar la investigación, la asistencia y la gestión para posibilitar una atención de calidad con un fuerte liderazgo clínico, así como la incorporación de las nuevas tecnologías con criterios racionales. Todo ello será decisivo para el modelo de funcionamiento y la eficiencia del sistema sanitario del futuro y de los hospitales en concreto.

Capítulo 8

Continuidad asistencial y cronicidad



Integración de Atención Primaria y Hospitalaria

La transformación del sistema sanitario debe responder a las nuevas necesidades de las personas, marcadas, en gran medida, por el envejecimiento, la cronicidad y la dependencia. Una organización diseñada para tiempos pasados, caracterizada por la fragmentación asistencial y con la mirada puesta en los problemas internos y no en las demandas de los pacientes, no puede satisfacer las expectativas actuales. La persona es el eje sobre el que deben girar los cambios en el sistema sanitario que debe superar la separación existente entre la atención primaria y la hospitalaria.

El futuro de la relación entre atención primaria y especializada para mejorar la continuidad asistencial pasa por la integración de la gestión de ambos ámbitos en una sola organización que gestione de forma unificada personas y recursos.

Las organizaciones sanitarias integrales (OSI), teniendo en cuenta su enfoque poblacional en un ámbito geográfico definido, constituyen una referencia importante y una forma de abordar los problemas sociales relacionados con el envejecimiento, las enfermedades crónicas y la dependencia.

La integración de la asistencia permite una gestión del proceso asistencial horizontal. Mejora la continuidad y coherencia en su cuidado, evitando duplicidades e ineficiencias. Facilita la colaboración entre profesionales, el trabajo en equipo, el consenso de protocolos de actuación e información clínica, y todo ello bajo una dirección única y conjunta, en lo que supone además una optimización de recursos y costes.

Para alcanzar esta integración se proponen distintas fórmulas, unas veces como excluyentes y otras como complementarias. En los modelos complementarios se plantean que algunas propuestas (por ejemplo, áreas de salud, gestión por procesos) son niveles de un mismo modelo de atención. En otros casos se plantea que el liderazgo o protagonismos deben estar en función del tipo de procesos o problema de salud atendido (protagonismo de atención primaria en procesos crónicos y de especializada en procesos agudos o muy tecnificados). La integración no parece plantear problemas en los hospitales de proximidad o comarcales, pero hay dificultades cuando hablamos de hospitales terciarios donde no hay experiencias de éxito reconocibles. El nivel de integración dependerá de las circunstancias y posibilidades locales.

Las áreas de salud

Dentro de las distintas formas de unir los niveles asistenciales están, en primer lugar, las áreas sanitarias, cuya integración, como hemos comentado, no está exenta de dificultades, por lo que será necesario potenciar elementos que faciliten dicha integración y que permitan una continuidad asistencial sin fisuras.

En este sentido, pues, lo que sigue son los elementos clave en la relación atención primaria / hospital y las condiciones óptimas para garantizar un continuum asistencial:

- a) La gobernanza con gerencia única (primaria + hospital), a nivel de área y protagonismo de atención primaria.
- b) La asignación presupuestaria territorial capítativa ajustada según riesgo. El modelo de asignación se basará en dos tipologías de variables: variables demográficas que caractericen la estructura de la población (distribución por edad y sexo, dispersión, nivel de renta, etc.) y variables que midan la morbilidad atendida (mediante agrupadores de casuística como los grupos de riesgo clínico, GRD) para adaptar los recursos al estado de salud de la población y fomentar una mejor gestión de los riesgos asociados. Para llegar a esto, un elemento clave son los sistemas de información. Fuera de este modelo de contratación estarían los procedimientos terciarios y de alta complejidad, así como los programas de especial interés que requieran una consideración específica porque se traten de actividades relacionadas exclusivamente con un territorio concreto definido.
- c) El convenio o contrato programa de área o territorio: la asignación de recursos se debe traducir en los contratos con las unidades proveedoras de cada área, los cuales deben incluir incentivos vinculados al cumplimiento tanto de los objetivos fijados para cada unidad proveedora como de los definidos en el área. Los objetivos territoriales deben ser transversales y dinámicos y estar relacionados principalmente con resultados en salud, resolución, accesibilidad, integración y satisfacción, para cuyo cumplimiento serán necesarias la participación y la cooperación entre diferentes entidades proveedoras y niveles asistenciales.

Es relevante destacar que los incentivos deben transmitirse a los proveedores y de estos a los profesionales, y que han de tener un peso suficientemente significativo como para animar a los proveedores a realizar estos cambios. Es importante que profesionales de distintos niveles compartan ciertos objetivos comunes de proceso, como palanca de cambio que facilite la coordinación.

- d) Atención primaria es la que debe decidir los servicios que necesita y «comprar» la atención especializada necesaria. El incremento de la capacidad resolutoria de la atención primaria puede facilitarse mediante diversas acciones, como el acceso a pruebas diagnósticas y a otros profesionales, o la protocolización de las relaciones con la atención especializada. Los contratos de servicios de atención primaria deben incorporar un procedimiento que les confiera un poder creciente sobre la compra de servicios intermedios determinados (por ejemplo, transporte programado, derivaciones a la atención especializada, etc.). Su finalidad es ir dotando la atención primaria de una capacidad resolutoria creciente.
- e) Una atención primaria resolutoria que asuma el control de ciertos procedimientos (ej. anticoagulación).

- f) La gestión de las listas de espera de forma conjunta. En la priorización de la lista de espera debe poder influir el profesional sanitario de atención primaria.
- g) Los procesos asistenciales definidos de forma clara y consensuada por todos los ámbitos asistenciales que participan en el mismo, aprovechando elementos facilitadores como los espacios de interconsulta entre niveles, la historia clínica única o compartida, los objetivos comunes, el consenso de guías de práctica clínicas y procedimientos.
- h) La integración de los servicios debería estar liderada por el actor principal en cada uno de los procesos.
- i) Las consultas externas deberían estar fuera del hospital e integradas en los recursos estructurales de la atención primaria.
- j) La gestión de casos como elemento clave en la integración de la atención que recibe el paciente, en especial en la transición entre niveles y en la integración de los recursos sociosanitarios del territorio.
- k) La coordinación con los servicios sociales será un elemento primordial en la continuidad asistencial entre niveles y la integración de la atención sanitaria con la atención social. Como se comenta en el punto anterior, el papel de la figura de gestora de casos será importante para la coordinación de los recursos existentes en el territorio.
- l) La integración de la atención hace necesaria que la información también sea transversal, y que todos los agentes que participan en torno al paciente, sanitarios y sociales, compartan la misma información, incluyendo al propio paciente.

Integración por procesos

Una segunda forma de integrar los niveles asistenciales es integrar la atención por procesos. En este modelo de gestión integrada por procesos el protagonismo lo tienen los equipos multidisciplinares (distintos niveles, distintos sectores) ligados a procesos.

Cada vez más, los especialistas van acercándose hacia los centros de atención primaria y los profesionales de la atención primaria acuden a los hospitales para hacer un seguimiento más directo del paciente. Lo sociosanitario ha de incorporarse a este proceso para garantizar el seguimiento de los pacientes.

Integración en torno a Atención Primaria

En el tercer escenario de integración de servicios se propone que el protagonismo lo debe tener atención primaria, siendo el hospital un nivel de apoyo y de proximidad en la atención

cercana al domicilio de cada paciente. Es necesario, pues, acabar con el hospitalocentrismo y reforzar el papel de atención primaria como *gatekeeper* (vigilantes de proximidad de la salud de las personas).

En este sentido, una serie de intervenciones pueden ayudar a que se produzcan avances en atención primaria: a) algoritmos diagnósticos y de gestión mediante estratificación poblacional; b) herramientas de comunicación con especialistas rápidas y ágiles basadas en sistemas de información compartidos —historia clínica, otras nuevas tecnologías—; c) formación de AP en genómica y proteómica; d) gestión de recursos por parte de Atención Primaria; e) Los hospitales «terciarios» deberían fusionarse en un nodo central regional para convertirse en recursos a disposición de las necesidades de las unidades locales lideradas por atención primaria; f) traslado a los centros de primaria tecnología resolutiva g) contrato de gestión compartido —cumplimiento de objetivos compartidos entre AP y AE—; h) reforzar el apoyo sanitario y social local que permita a los/as pacientes permanecer en sus domicilios.

Cooperación y coordinación

La cooperación como garantía del seguimiento de pacientes o continuidad asistencial.

Esta idea hace hincapié en fórmulas de gestión asistencial y no de gestión económico-administrativa común. Sin embargo, las herramientas propuestas son similares, señalando la importancia de las de comunicación (facilitadas por las tecnologías de la información y la comunicación) entre niveles (Urgencias, AP, AE) y entre sectores (centros sociosanitarios, etc.). En este modelo de cooperación para la continuidad asistencial, la gestión por procesos con guías clínicas y planes de cuidados compartidos es otra herramienta destacada.

Cronicidad

La verdadera innovación puede ser dejar de pensar en un sistema de enfermedad(es) y pensar en un sistema de salud y bienestar. Los hospitales sin duda van a cumplir una función importante en ese sistema, pero esa importancia deberá estar más caracterizada por el valor que aportan en términos de resolución de necesidades de salud, y en menor medida por su enorme capacidad de atracción de talento, poder, conocimiento, reputación, tecnologías y presupuesto.

En un contexto de sociedad sobreenviejada y con altísima prevalencia de cronicidad y multimorbilidad, el modelo de hospital de agudos que conocemos tiene que cambiar. Existen estimaciones realizadas para Canadá que indican que el 70 % de la actividad que se hace actualmente en los hospitales puede hacerse en la comunidad. Para España esa estimación es probablemente exagerada, pues llevamos décadas desarrollando la hospitalización a domicilio y la ambulatorización de procesos con gran éxito y somos un país con un ratio de camas por población muy reducido en términos comparados (en la línea de otros países con Sistema

Nacional de Salud como Suecia y Reino Unido y alejado de los esquemas hospitalocéntricos de Centroeuropa).

Pero seguimos ingresando en exceso a pacientes mayores que se relacionan con el sistema por la puerta de Urgencias (un 5 % o menos que causan el 50 % de las hospitalizaciones no programadas), las tasas de reingresos y de hospitalizaciones evitables son mejorables, las complicaciones por infecciones y eventos adversos intrahospitalarios prolongan las estancias, el hospital de agudos es el entorno de fallecimiento más habitual pese a no ser el preferido ni el deseable, y un largo etcétera.

La debilidad de los servicios sociales y de las infraestructuras sociosanitarias alimenta esta forma de funcionar que es ineficiente, y con importantes riesgos de seguridad para el paciente mayor.

Afortunadamente, se están probando modelos de continuidad de cuidados para pacientes pluripatológicos que reducen la frecuentación de hospital (ingresos y urgencias) en muchos casos en torno al 30-40 %, reducen eventos adversos y evitan sufrimiento y pérdida de tiempo para los pacientes y cuidadores. Estos modelos iniciados con trabajos pioneros se están consolidando en muchos hospitales de agudos de España y son un ejemplo paradigmático de mejora de resultados para el perfil de pacientes que más está aumentando, que es el pluripatológico. Además de ser ejemplo de coordinación/integración entre «generalistas» en la comunidad y en el hospital, estas experiencias están llevando a reconfigurar las formas de trabajo del hospital y el papel consultor de otras especialidades, así como el trabajo de enfermería.

Sin duda, esta línea de trabajo se va a consolidar. Otras tienen gran respaldo técnico, pero dificultad de ejecución. Hay evidencia innegable en favor de la mejora de seguridad y reducción de morbimortalidad ligada a la concentración de la alta complejidad en hospitales de excelencia, pero la opacidad de resultados y la venta a la población de un modelo de hospital de cercanía lastran estos avances.

Pese a lo cual, en los próximos años cabe prever el aumento de centros de alta especialización, que deberían ser polos de atracción de talento, tecnología e innovación para seguir avanzando en el abordaje los procesos oncológicos, las terapias personalizadas, las cirugías más avanzadas, etc. Esa concentración de recursos y conocimiento junto con la hibridación de tecnologías ha de jugar un papel importante en el desarrollo económico de su entorno. El hospital del futuro ha de ser un foco de innovación, más allá de ser activo en investigación y docencia.

En paralelo, debería crecer la inversión en dispositivos intermedios, no de agudos, cubriendo el abanico de necesidades sociosanitarias con intensidad de cuidados variable y que permitan reducir la carga sociosanitaria y de problemas de salud no agudos en el hospital de agudos.

Asimismo, todos tenemos en mente el domicilio como centro de cuidados y es algo en lo que se viene y se seguirá avanzando, pero no perdamos de vista los problemas de vivienda

en los colectivos de mayor privación social, que son quienes, en términos relativos, más utilizan la sanidad pública.

El auge de las TIC nos lleva a pensar en modelos de «hospitales conectados», experiencias como el Hospital Líquido de Sant Joan de Deu en Barcelona son paradigmáticas. Muchas consultas e interconsultas van a ser no presenciales. También van a surgir múltiples experiencias de monitorización remota de crónicos combinada con teleasistencia avanzada en las cuales va a ser clave un adecuado escalado de la intensidad de recursos, evitando que estas iniciativas pivoten sobre el recurso más caro, que es el hospital. Se va a incorporar «inteligencia» a las habitaciones, a los *workflows*, a las herramientas de ayuda a la decisión médica, la robótica va a irrumpir con mayor fuerza... pero la clave es que haya inteligencia en las decisiones de incorporación de esas tecnologías más allá de la fascinación que producen.

En definitiva, el perfil epidemiológico y demográfico conduce a repensar el sistema actual de fragmentación entre el campo sanitario y el social para ir alumbrando un sistema de salud y bienestar que brinde una respuesta integral a las necesidades sociosanitarias de las personas sin obligar a navegar por un océano de ventanillas, despachos, instituciones y especialidades.

Aún no está claro quién quiere, sabe y puede liderar este cambio. En el ámbito del paciente pluripatológico y otras muchas innovaciones en manejo de la cronicidad han surgido de los profesionales clínicos. Pero cambios de gran calado como el desarrollo del abordaje poblacional, la toma de decisiones importantes sobre planificación e inversión de recursos, la introducción de una agenda de valor que reemplace las métricas de actividad por las de resultados, necesitan la implicación compartida con otros agentes del sector.

Más allá de disrupciones digitales, hay que reflexionar sobre la disrupción estratégica que es optimizar el uso del hospital y de los profesionales que allí trabajan. Esa disrupción es en gran parte organizativa y de gestión de personas: ¿disponemos de contextos y de reglas que permitan un verdadero trabajo en redes integradas con equipos multidisciplinares?; ¿es posible innovar desde los profesionales de primera línea?; ¿existen incentivos —económicos o no— para que los clínicos piensen en clave poblacional?; ¿permite un modelo burocrático-funcionario y enormemente politizado el trabajo de gestores profesionales?

Si pensamos en un horizonte de diez años, el hospital del futuro ya está entre nosotros; tenemos enormes oportunidades de *benchlearning* y los congresos son una de ellas. Aprendamos de otras experiencias y hagámoslo con la perspectiva de los pacientes, de sus cuidadores y de los familiares.

Capítulo 9

El papel del sector privado



Marco de futuro para la sanidad privada en España

En España gastamos en sanidad un 8,8 % de nuestra riqueza¹⁴⁰. Es un montante que se corresponde con nuestra realidad económica, y se sitúa en torno a la media de los países de nuestro ámbito. Supone 2898 dólares per cápita ajustados por capacidad de pago, y se corresponde con la cifra que cabría esperar por nuestra riqueza y por las características de un sistema sanitario tipo Sistema Nacional de Salud¹⁴¹. Del total del gasto sanitario, un 71,5 % se corresponde con gasto sanitario público. El resto, un 28,5 %, es gasto sanitario privado¹⁴².

Una primera pregunta es **¿se mantendrá este peso en el futuro?** Es un tema que suscita un fuerte debate; ¿es negativo este volumen relativo de la sanidad privada en España? Hay expertos, como Vicente Navarro¹⁴³, que argumentan que un sistema sanitario donde una gran parte de las clases medias optan por ser atendidas en la sanidad privada, pierde un importante impulso de exigencia de servicio. Defiende que la población con más recursos busca en el ámbito privado menores tiempos de espera y una mejor hostelería, y que ambos retos se solucionarían con mayores recursos para la sanidad pública.

Por otra parte, hay otra literatura que avala que los patrones de utilización de servicios públicos son menores en la población con doble cobertura (pública y privada) que en la población con cobertura exclusivamente pública¹⁴⁴. Se han realizado diversas estimaciones sobre el ahorro en el gasto público sanitario que supone el doble aseguramiento. Parece claro que el ciudadano que se trata en la medicina privada evita acudir a la pública por el mismo proceso. Aunque podamos admitir que el uso de la sanidad privada coexiste con el recurso a la pública en determinadas circunstancias, se produce una menor carga asistencial en la pública. El IDIS¹⁴⁵ calcula un ahorro por paciente entre 525 y 1091 euros anuales, en función de que se haga un uso compartido o exclusivo de la sanidad privada. Vamos a situar la cifra más probable en el entorno de los 525 euros año, dado que las encuestas del propio Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad¹⁴⁶, indican que el 80 % de los pacientes con

¹⁴⁰ OECD. (2015). Health at a Glance 2015: OECD Indicators. (OECD, Ed.). Retrieved from <http://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm>

¹⁴¹ López Casanovas, G. (2010). Las cifras del gasto sanitario en su comparativa. Errores y omisiones. *Gestión Clínica Y Sanitaria*, 12(1), 27–29.

¹⁴² Fundación IDIS. (2016). Sanidad Privada. Aportando Valor. Análisis de situación 2016. Retrieved from <https://www.fundacionidis.com/es/informes/sanidad-privada-aportando-valor-an%C3%A1lisis-de-situaci%C3%B3n-2016>

¹⁴³ Navarro, V. (2007). La sanidad española. La Situación Social En España II. Navarro V (coordinador). Madrid: F. Largo Caballero-E. Biblioteca Nueva, 293–316.

¹⁴⁴ Nicolás, Á. L. (2001). Seguros sanitarios y gasto público en España: un modelo de microsimulación para las políticas de gastos fiscales en sanidad. *Papeles de Trabajo Del Instituto de Estudios Fiscales. Serie Economía*, (12), 1–36.

¹⁴⁵ Fundación IDIS. (2016). Sanidad Privada. Aportando Valor. Análisis de situación 2016. Retrieved from <https://www.fundacionidis.com/es/informes/sanidad-privada-aportando-valor-an%C3%A1lisis-de-situaci%C3%B3n-2016>

¹⁴⁶ Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad. (2012). Barómetro de la sanidad privada. Madrid. Retrieved from http://www.fundacionidis.com/wp-content/uploads/2012/05/InformeIDIS_Barometro.pdf

doble aseguramiento hace un uso mixto de la sanidad pública y la privada. Aun situándonos en el estrato más bajo del cálculo, el ahorro generado para el sector público por la doble cobertura se sitúa en los 4200 millones de euros al año, siempre en el extremo más prudente del intervalo. Este desplazamiento de gasto supone en torno al 6,4 % de nuestro gasto sanitario público. Si desapareciera de un plumazo la sanidad privada en España, ¿podría generarse un aumento de recursos similar sin un aumento inmediato de la presión fiscal, o sin una reducción drástica de otros servicios públicos? No obstante, el argumento antes citado de Vicente Navarro tiene valor.

No deberíamos conformarnos con que una parte importante y exigente de la sociedad abandone, al menos parcialmente, la sanidad pública. Pero no mediante el recurso de prohibir la sanidad privada, sino apostando por la competencia. El argumento de que la baja capacidad de los servicios sanitarios públicos para proporcionar servicios de calidad en el ámbito de la experiencia del paciente (hostelería, instalaciones, citas, tiempos de espera) es un problema de recursos es discutible. El gasto público sanitario en España pasó de un 4,8 % del PIB en 2002 a un 6,8 % en 2009, en un periodo en el que la riqueza nacional creció a un ritmo muy alto. Se invirtieron cuantiosos recursos en sanidad, pero la propia estructura de poder y grupos de presión existente en el sector llevó el aumento de recursos lejos de mejorar estos servicios al paciente. Los recursos se derivaron hacia otros usos, todos ellos respetables, pero la mayoría de las veces más relacionados con el bienestar de los trabajadores y el interés político que con la mejora en el servicio al paciente. Si acaso se consiguió una fuerte mejora de las infraestructuras, aunque su ubicación y dimensionamiento no siempre respondían a criterios de necesidad sanitaria. Un sistema sanitario, público y privado, más transparente, con mayores dosis de libre elección y en sana competencia, podría mover los recursos hacia donde se ofrezca la máxima calidad y los mejores servicios.

El futuro del seguro privado en España

También podemos destacar que el seguro sanitario en España, que tiene 7,4 millones de asegurados y que ha mantenido un crecimiento del 3,1 % anual en el periodo 2011-2014, se enfrenta a grandes retos de futuro. Por una parte, con una fuerte presión de los costes de los servicios al alza, favorecida por el mayor poder de compra ejercido por grupos hospitalarios privados más concentrados¹⁴⁷. Por otra, un sector con una fuerte competencia, que muchas veces se centra en el precio de las pólizas. El futuro va en la línea de favorecer cambios disruptivos en el sector. El cliente de las compañías de seguros, cada vez mejor informado, no va a querer productos homogéneos. El ciudadano que demanda sanidad privada lo hace, en su gran mayoría, buscando la complementariedad con un sistema público que le ofrece la

¹⁴⁷ Ramírez, J. P. (2014). El sector hospitalario privado, entre la concentración y el interés internacional. Retrieved May 20, 2016, from <http://www.gacetamedica.com/noticias-medicina/2014-04-17/politica/el-sector-hospitalario-privado-entre-la-concentracion-y-el-interes-internacional/pagina.aspx?idart=830792>

máxima confianza en cuanto a su calidad asistencial. El sector asegurador va a evolucionar en su cartera de productos, aprovechando las posibilidades que aportan las nuevas tecnologías para ofrecer coberturas a medida de cada posible cliente, y complementando las coberturas de seguros con servicios complementarios a las mismas. Irrumpirán con fuerza las políticas que premien a los clientes que mantengan hábitos de vida saludable (que aportan menor riesgo individual) respecto a los que incurran en conductas de riesgo. La promoción de la salud puede ser un determinante de los costes de las pólizas de seguros. La prevalencia de enfermos crónicos y pluripatológicos supone un nuevo reto para diseñar servicios y coberturas adecuados para estos pacientes. En el ámbito del seguro privado, aparecerán organizaciones que premien e incentiven a los pacientes que mantengan conductas responsables, que orienten sus hábitos hacia la prevención. Se incentivará la reducción del gap entre el estado de salud de una persona y la mejor situación a la que esta podría llegar en función de sus circunstancias personales.

La concertación de servicios

Hemos de destacar igualmente el elevado peso actual de la concertación de servicios desde el sector público hacia el privado. Podemos estimar que un 11,6 % del gasto sanitario público¹⁴⁸ se dedica a conciertos con entidades privadas. Podemos considerar esta cifra como un factor de complementariedad entre la sanidad pública y la privada. Cuando se producen desbordamientos de capacidad en el sector público, especialmente en patologías poco complejas o en pruebas diagnósticas, el sector privado puede ofrecer estos servicios con una buena calidad y a precios muchas veces por debajo del coste de producción de un hospital público. No obstante, hemos de alertar sobre las políticas a veces desenfrenadas de tiempos de garantía de listas de espera poco realistas que se han llevado a cabo y que llevaron a cifras de concertación elevadísimas, coincidiendo con reducciones significativas en el rendimiento de los quirófanos de los hospitales públicos remitentes. No hemos resuelto adecuadamente el puente permanente que existe en los recursos humanos sanitarios. En muchas ocasiones, los profesionales que prestan servicio en el centro público por la mañana, lo hacen en el privado por la tarde. No es una situación deseable. Dando por sentada la ética intachable de la inmensa mayoría de los profesionales de la sanidad, no es una situación que se consentiría en otros sectores de la sociedad. Es un tema pendiente de resolver, con muchas soluciones en falso en el pasado, pero una fuente de problemas para el futuro hasta que pueda ser adecuadamente regulado.

En el futuro, desde algunos foros se plantea que el sector privado puede trabajar en el sector público mediante contratación de procedimientos o procesos diagnósticos o terapéuticos específicos («también procedimientos poco frecuentes o muy especializados»), para

¹⁴⁸ Fundación IDIS. (2016). Sanidad Privada. Aportando Valor. Análisis de situación 2016. Retrieved from <https://www.fundacionidis.com/es/informes/sanidad-privada-aportando-valor-an%C3%A1lisis-de-situaci%C3%B3n-2016>

complementar la asistencia sanitaria pública («atención a procesos de media-larga estancia, reducción de listas de espera, acceso a pruebas diagnósticas, servicios o tecnologías que no se tienen en la red pública o sufren averías, etc.»).

Esta contratación debe hacerse mediante conciertos específicos o compra de servicios por concurso público y con seguimiento periódico de las condiciones de contratación. A los conciertos se les podría dar el formato de un contrato programa con las mismas premisas y exigencias («mismos criterios de coste-efectividad y coste-oportunidad») y con la supervisión y el control que se ofrecen en los servicios públicos. Se abrirán vías de colaboración nuevas, como posibles aportaciones a la gestión clínica desde las empresas proveedoras de bienes y servicios, que con seguridad generarán debates constructivos en el futuro.

Se planteará con más fuerza la cuestión de si debe darse preferencia o no a la contratación de entidades sin ánimo de lucro o fundaciones, cuya naturaleza, valores y objetivos podrían dar lugar a un mayor consenso social. Quizá el debate real debería orientarse hacia los valores y la trayectoria de las entidades que colaboran, más que a su naturaleza jurídica. La limitación de beneficios en los conciertos a un tope razonable y la reinversión de los excedentes adicionales en la mejora del servicio podrían ayudar en este sentido. Se deberían plantear en todo caso instrumentos de contratación a largo plazo que permitan, en función de las necesidades del sector público, plantear colaboraciones estables y duraderas en el tiempo. Estas deberán estar basadas en la respuesta a las necesidades reales del sector público, fruto de una rigurosa planificación, así como a una definición clara de la cartera de servicios y las tecnologías que se deban incorporar en la colaboración.

¿Privada dentro de la pública?

Ha sido un tema de larvado debate desde hace décadas. En una sociedad donde nadie cuestiona que una persona pueda dormir en un hotel de cinco estrellas o en un barrio marginal en función de su renta, nos planteamos grandes reservas al habilitar zonas con niveles más altos de atención hotelera en hospitales públicos para los pacientes que quieran pagar por ello. Es aceptado por todos que en estos casos debe estar garantizado que la atención sanitaria tiene que ser idéntica con independencia de la planta donde duerma el paciente. Las reservas se plantean en este sentido: ¿no se dará preferencia en la asignación de quirófanos al paciente que paga?, ¿o en la elección del especialista de mayor renombre? Será no obstante un debate por plantear en los próximos años. En un entorno de fuertes presiones del gasto al alza y de no menos exigentes limitaciones presupuestarias, la posibilidad de generar ingresos extraordinarios por la hostelería en los hospitales públicos puede ser un tema por considerar.

Un esfuerzo de transparencia

Otro ámbito de actuación y de discusión en la prestación sanitaria privada en España es la que se realiza mediante la concesión de la gestión de un hospital o área sanitaria pública a un prestador de servicios privado. Desde el inicio de la puesta en marcha de este modelo, ya por el año 1998, las concesiones conocidas como «modelo Alzira» fueron objeto de una polémica extrema. Han coexistido grandes defensores y grandes detractores. IASIST elaboró un informe¹⁴⁹ en el que analizaba algunos indicadores tanto de eficiencia como de calidad en dos grupos de hospitales: hospitales con gestión tradicional y hospitales con «nuevas formas de gestión», incluyendo en estas a fundaciones, consorcios y concesiones, con resultados claramente mejores en el grupo de las nuevas formas de gestión. Arenas¹⁵⁰ analiza los costes per cápita en los departamentos valencianos gestionados por concesiones respecto a los gestionados de forma tradicional, y encuentra diferencias significativas a favor de las concesiones, aunque la diferencia se reduce del 22,6 % al 11,7 % si se eliminan hospitales de gran y de muy pequeño tamaño, que podrían con seguridad distorsionar las comparaciones. No obstante, quedaría por profundizar en el análisis para ver si el distinto tamaño de los centros puede generar parte de estas diferencias. Meneu y Peiró¹⁵¹ afirman que el coste per cápita por la hospitalización es un 7,5% mayor en las concesiones valencianas que en los departamentos gestionados de forma tradicional en esta comunidad. Se trata como vemos de una medición parcial de una parte de la actividad con una metodología muy específica. Es necesario un esfuerzo de transparencia, tanto desde la gestión pública como privada, que nos permita evaluar experiencias, conocer las ventajas e inconvenientes de cada modelo, y copiar lo que se hace bien y corregir lo que se hace mal. Evaluar para mejorar es lo menos que se merecen los pacientes, ajenos a las estériles confrontaciones políticas sobre modelos de gestión cuyos resultados desconocen tanto los críticos como los acérrimos defensores.

Una versión menos contestada de la colaboración entre el sector público y el privado son los proyectos de colaboración llamados de «bata gris», en los que se concede la construcción y a veces equipamiento de un centro sanitario junto con la gestión a largo plazo de los servicios generales. Este modelo tiene entre sus principales problemas la gestión de algunos comportamientos políticos, que podrían ser tendentes a generar proyectos megalómanos no acordes con las prioridades sanitarias y sí con los objetivos personales de algún responsable. El hecho de inaugurar ahora y pagar después, puede a veces llevar a proyectos no adecuadamente sustentados. Por tanto, es necesario basar los proyectos en necesidades sanitarias bien argumentadas por criterios sanitarios, y a partir de ahí desarrollar el proyecto concesional. Las principales ventajas aportadas por la literatura se basan en la existencia de

¹⁴⁹ IASIST. (2012). Evaluación de resultados de los hospitales de España según su modelo de gestión.

¹⁵⁰ Arenas Díaz, C. A. (2013). Eficiencia de las Concesiones Administrativas Sanitarias de la Comunidad Valenciana. SEDISA s.XXI, 1–13.

¹⁵¹ Meneu, R., & Peiró, S. (2012). Eficiencia en la gestión hospitalaria pública: directa vs privada por concesión — Nada es Gratis. Retrieved May 19, 2016 from: <http://nadaesgratis.es/sergi-jimenez/eficiencia-en-la-gestion-hospitalaria-publica-directa-vs-privada-por-concesion>

penalizaciones sobre la no disponibilidad y la no calidad de los servicios, que, junto con una gestión a largo plazo, podrían aportar mayores niveles de calidad y eficiencia. Las críticas tienen que ver con los posibles mayores costes de la financiación privada respecto a la emisión de deuda pública, y con los posibles problemas que podría generar un concesionario sin vocación de gestión de servicios a largo plazo. También es necesario resolver en las licitaciones el hecho de que las necesidades de servicios serán distintas y cambiantes a lo largo del tiempo. En estos modelos de gestión también sería deseable una mayor dosis de transparencia sobre los recursos invertidos y la evolución de los precios pagados a la concesionaria a lo largo del tiempo.

Colaboración para mejorar

Como vemos, son grandes los retos de futuro a los que se enfrenta la sanidad privada en España, además de otros muchos que son comunes con la pública. Nuestra sanidad privada es un sector que mantiene más de 240.000 puestos de trabajo al año. Participan en él empresas de distinto tamaño e historia, la mayoría de ellas con un nivel de compromiso ético y social. Juntas, sanidad pública y privada conforman uno de los mejores sistemas sanitarios del mundo, y un sector económico generador de riqueza en España no solo de forma directa, sino como factor decisivo para atraer millones de visitantes cada año que son clave para nuestro bienestar global.

