



informe

amphos proyecto

análisis y mejora de procesos hospitalarios

abbvie



índice de contenidos

1. PRESENTACIÓN	7
2. ANTECEDENTES	11
3. OBJETIVOS Y MÉTODO DE TRABAJO	19
3.1. Objetivos	19
3.2. Método de trabajo	19
3.2.1. Momento de cambio	20
3.2.2. Participación	20
3.2.2.1. Coordinador técnico del proyecto	21
3.2.2.2. Grupo de lanzamiento	22
3.2.2.3. Grupos de trabajo	22
3.2.2.3.1. Coordinación de grupos de trabajo	22
3.2.2.3.2. Participantes en los grupos de trabajo	22
3.2.2.4. Funciones de enlace	23
3.2.2.5. Propuestas colectivas	23
3.2.3. Funciones de apoyo	23
3.2.4. Dinámica de consenso	23
3.2.5. Cronología de los trabajos	23
3.2.6. Vía libre para realizar el informe	23
4. PARTICIPANTES	25
4.1. Coordinación técnica	25
4.2. Coordinación de grupos	25
4.3. Gerentes integrados en grupos de trabajo	25
4.4. Gerentes en funciones de enlace	26
4.5. Otros participantes	27
4.5.1. Profesionales de AbbVie	27
4.5.2. Profesionales de planificación y desarrollo consultores S. L. (P y D Consultores)	27
4.5.2.1. Equipo principal	27
4.5.2.2. Equipo de apoyo y secretaría técnica	27
4.6. Refrendo de Sedisa y Ande	27
5. FUNDAMENTOS	31
5.1. Tomando perspectiva	31
5.1.1. Hospital empresa	31
5.1.2. Recursos humanos	32
5.1.3. Cobertura de las necesidades de los ciudadanos	33
5.1.4. Ordenación de servicios	34
5.1.5. Progreso institucional	35
5.2. Nuevos modelos. Nuevos paradigmas	36
5.3. Líneas de trabajo	36
5.3.1. La acción del hospital. Nuevo marco	37
5.3.2. El nuevo papel del hospital	37
5.3.3. Información, innovación y progreso técnico-científico	37
5.3.4. Los nuevos marcos de gestión y administración	38
5.3.4.1. Autonomía de gestión	38
5.3.4.2. Profesionalizar la gestión	38
5.3.4.3. Propiedad	39



5.3.4.4. Transparencia.	39
5.3.4.5. Simplificación administrativa vs. desburocratización.	39
5.3.5. Navegar contracorriente.	39
5.4. Regulación y desregulación.	40
5.5. Libertad de elección.	41
5.6. Gestión de personal.	41
5.7. El valor del sector de la salud.	41
6. PROPUESTAS	47
6.1. Hacia un nuevo modelo de hospital: del RD 521/87 al Hospital Empresa.	47
6.1.1. Cambio global en el marco de financiación y gestión.	48
6.1.2. Regular la producción (actividad).	49
6.1.3. Revisión de la organización de prestación de servicios e impulso de la gestión clínica.	50
6.1.4. Nuevos diseños de las estructuras organizativas.	51
6.1.5. Los resultados institucionales: nuevos marcos de transparencia.	52
6.1.6. Nuevos modelos de colaboración en la gestión del hospital.	54
6.2. Gestión de personas. Atraer y retener talento, conocimiento y competencias.	55
6.2.1. Cambio de modelo de gestión de personal: de estatutario hacia laboral.	56
6.2.2. Gestionar recursos humanos.	57
6.2.3. Selección y contratación de personal.	58
6.2.4. Jornada laboral.	59
6.2.5. Jubilación.	61
6.2.6. Carrera profesional.	62
6.2.7. Formación continuada.	62
6.2.8. Desarrollo de funciones docentes.	64
6.2.9. Ordenación de las profesiones sanitarias.	65
6.2.10. Reforma de las funciones de prevención de riesgos laborales y salud laboral.	66
6.3. Un nuevo marco de procesos asistenciales integrados. Trabajar con el ciudadano.	67
6.3.1. Orientación de la acción hacia el ciudadano.	68
6.3.2. Integración de niveles y subsistemas asistenciales.	69
6.3.3. Promoción de los autocuidados.	70
6.3.4. Atención a patologías crónicas.	71
6.3.5. Diseño de intervenciones para procesos de alto impacto.	73
6.3.6. Diseño de intervenciones de alta resolución.	74
6.3.7. Diseño de sistemas de actuación ante urgencias leves.	75
6.3.8. Medicina personalizada.	76
6.4. Ordenación de servicios. Los sistemas de referencia. El terciarismo.	76
6.4.1. Ordenación de las prestaciones sanitarias.	77
6.4.2. Ordenación de recursos: servicios de referencia.	78
6.4.3. Integración de la gestión de niveles asistenciales.	79
6.4.4. Libre elección.	80
6.5. Progreso institucional. Investigación y docencia. Progreso tecnológico.	81
6.5.1. Criterios de incorporación (y sustitución) de tecnologías.	82
6.5.2. Adquisición y renovación de equipos.	83
6.5.3. Desarrollo de las tecnologías de la información y comunicaciones (TIC).	83
6.5.4. Vías de generación de recursos.	85
6.5.5. Venta de servicios a terceros.	86
6.5.6. Desarrollo de I+D+i.	87
7. VOCACIÓN INSTITUCIONAL DE ABBVIE:	89
Continuidad de la colaboración en el desarrollo de proyectos de gestión sanitaria.	89



PRESENTACIÓN Y ANTECEDENTES





El fomento del valor del hospital y el apoyo la gestión integral y eficiente de la salud, favoreciendo la calidad asistencial al paciente, con el consiguiente beneficio para la sociedad. Estos son los objetivos con los que Abbott puso en marcha el Proyecto Amphos: Análisis y Mejora de Procesos Hospitalarios.

Este proyecto continúa actualmente impulsado por AbbVie.*

Amphos aspira a contribuir, de forma activa y responsable, a la sostenibilidad de la Sanidad Española. Ha nacido con la convicción de que invertir en la optimización de los recursos, los procesos y la gestión, genera un mayor rendimiento para el sector: las Administraciones, la Industria, los profesionales sanitarios y sobre todo, como razón de ser del propio Sistema, el paciente.

El Proyecto Amphos ha sido definido para alcanzar tres metas:

- Identificar las posibilidades de mejora en la gestión hospitalaria de recursos materiales, profesionales y organizativos
- Elaborar propuestas de mejora de la eficacia de la cartera de servicios hospitalarios.
- Difundir las propuestas a la sociedad española para su evaluación y su posible aplicación en los servicios de salud.

Para convertir estos objetivos en una realidad, el proyecto Amphos se ha constituido con 60

*El 1 de Enero de 2013 AbbVie se fundó como una empresa biofarmacéutica global independiente.



presentación

Directores Gerentes de Hospitales Públicos Españoles, representantes de los principales centros hospitalarios de nuestro país, coordinados por el Dr. José Luis de Sancho, uno de los gestores de la salud con mayor experiencia de España.

Este grupo de Directivos de Hospitales, con sus aportaciones como profesionales de la gestión, ha revisado los procesos hospitalarios actuales, ha identificado diversas áreas de perfeccionamiento, y ha propuesto un conjunto de recomendaciones orientadas a la mejora de la eficiencia del sistema y la calidad asistencial.

Los participantes se organizaron en grupos de trabajo, cada uno de los cuales abordó una determinada área temática específica.

- Un nuevo marco de acción del hospital caracterizado por la autonomía de gestión y la transparencia.
- Un nuevo papel del hospital, como una parte más de un conjunto integrado por los distintos actores del sistema.
- Regulación del funcionamiento de la sanidad pública y, al mismo tiempo, desregularización de los aspectos limitantes de la capacidad de adaptación de las instituciones a su propio entorno.
- Libertad de elección del usuario.
- Cambios en el marco de gestión de los recursos humanos.
- Valorización del sector sanitario, como fuente de riqueza y en términos de balance social.

Tras más de treinta reuniones, discusiones y puesta en común de muy diversos puntos de vista, se ha generado un documento de consenso con propuestas concretas, divididas según los grupos previamente establecidos.

A lo largo de los últimos años se han elaborado excelentes documentos de diagnóstico sobre la situación del sistema sanitario español, y Amphos no ha pretendido desarrollar uno más. El propósito de este ejercicio ha sido la identificación, desde dentro del Sistema, del tratamiento óptimo para la mejora de la gestión hospitalaria, proponiendo nuevos modelos que sostengan un sistema sanitario dinámico y vulnerable al contexto económico en el que se enmarca.

Es nuestro deseo que este documento contribuya a afianzar el futuro de nuestra Sanidad, una fuente principal de prosperidad para el país, y a la que hay que considerar como la inversión más trascendental que puede hacer una Sociedad.

Esteban Plata

Presidente AbbVie España



2

antecedentes



En Enero de 2011, bajo el patrocinio de Abbott, se publicó el “Informe Bernat Soria” cuyo objetivo era establecer recomendaciones sobre el papel que debería jugar la industria farmacéutica para garantizar la calidad de Sistema Sanitario Español y contribuir a su sostenibilidad.

El citado Informe pretendía ser el inicio de un camino en el que Abbott, en colaboración con los distintos agentes del Sistema de Salud, se interesa en la mejora de la gestión del mismo y fue realizado sobre una base de amplia participación, con 30 personas que, procedentes de diferentes colectivos profesionales del sector sanitario y de asociaciones de pacientes, se integraron en Grupos de Discusión, que trabajaron con entera libertad, bajo la coordinación del propio Bernat Soria y con la colaboración, en la función de moderadora, de la periodista Olga Viza.

Sus contenidos también recibieron la colaboración activa de otras 6 personalidades significativas de la política, la administración sanitaria y otros sectores, a través de un proceso estructurado de entrevistas, así como la aportación de otros 15 participantes que realizaron funciones de soporte y de apoyo técnico al proceso de elaboración.

El Informe Bernat Soria presenta un diagnóstico del Sistema Nacional de Salud que creemos que conserva su vigencia y, aunque su contenido está permanentemente accesible (ver www.informebernatsoria-abbott.com), reflejamos a continuación algunas de sus principales conclusiones.

- Existe un sentimiento general de orgullo por el Sistema Nacional de Salud. Las características más valoradas del mismo son su equidad, solidaridad y universalidad y la calidad de sus profesionales.
- El Sistema Nacional de Salud se percibe como:



antecedentes

- Un valor estratégico, soporte del Estado, necesario para el desarrollo de una adecuada actividad económica.
 - Fuente directa de riqueza por el retorno de la inversión (aproximadamente de un 40%).
 - Potenciador de la diversificación de la actividad industrial (biotecnología, farmacéutica, servicios...).
 - Generador empleo de alta calidad no deslocalizable.
-
- Los estudios sitúan a la sanidad pública española entre las cinco o siete más eficientes de los países más desarrollados observándose:
 - El gasto público en salud en España (9% del PIB) se encuentra por debajo de la media europea (9,7%), y es notablemente inferior al de países como Francia, Alemania o Austria.
 - Los indicadores de calidad sanitaria son superiores a otros países que realizan una mayor inversión en sanidad. España ocupa la 4ª posición en el ranking de países cuyo sistema médico evita más muertes por año, por detrás de Francia, Japón y Australia.
-
- A pesar de ello, el Sistema muestra sus claroscuros:
 - La prevención sanitaria es un tema pendiente: España es el penúltimo país en inversión en prevención sanitaria de la OCDE (Health at a Glance: OECD Indicators. 2005 Edition) a la que destinó un 1,4% de su gasto sanitario (media del 3,1%).
 - Se ha realizado un uso indiscriminado y abusivo de los recursos sanitarios.
 - Han fallado las acciones de educación sanitaria y de formación, tanto sobre los pacientes como sobre los profesionales.
 - Algunos colectivos y recursos del Sistema no han ocupado el rol de servicio en el que realmente podrían ser útiles (oficinas de farmacia como ejemplo).
 - Existe variabilidad en las prestaciones y coberturas entre los distintos Sistemas Regionales de Salud (percibida como falta de equidad).
 - La Administración Central es vista como un regulador excesivamente politizado, que establece relaciones con el resto de los **stakeholders** del Sistema según sus intereses. Falta por tanto cohesión en la acción del SNS.
 - El paciente no siempre ha sido protagonista del sistema y especialmente cuando se muestra más activo y requiere no solo más y mejor información sino participar en las decisiones sobre sus procesos. Al mismo tiempo, el paciente no se ha sentido corresponsable de su estado de salud lo que aparece como necesidad tanto más evidente cuando, como se ha dicho, demanda participar en las decisiones sobre su salud.

- La regulación del marco laboral lleva a una gran rigidez en los modelos de contratación y dificulta establecer incentivos y penalizaciones en función del desempeño de cada profesional, lo que impide trabajar en nuevas mejoras de la eficiencia.
- Existe un modelo de gestión poco eficiente y sensible a mejoras, que revierte contra los intereses de los agentes sanitarios y el ciudadano. Los gestores del Sistema Nacional de Salud opinan que el modelo de gestión se ha quedado anticuado y que necesita renovarse ya que:
 - Se percibe como excesivamente burocratizado y funcionarial.
 - Hay un desaprovechamiento de los recursos en distintas áreas de gestión, susceptible de mejora.
 - Se reclama una mayor eficiencia en la gestión de los recursos humanos (profesionales sanitarios).
 - Hay un distanciamiento entre los profesionales sanitarios y gestores hospitalarios que los propios gestores señalan como negativo e invitan a una redistribución de las competencias de la gestión.
- La Industria Farmacéutica tiene mala imagen (en España y en el mundo) a pesar de que:
 - Investigan, diseñan, producen y comercializan medicamentos que, finalmente, son herramientas terapéuticas que ayudan a evitar la enfermedad, curarla, o impedir su progreso, contribuyendo así a la mejora de la salud y de la calidad de vida.
 - Es un sector competitivo e innovador que produce importantes beneficios para el país y su economía:
 - Exporta por valor de 8.100 millones de euros, que representa el 5,1% del total de las exportaciones españolas del año 2010.
 - Genera empleo cualificado: 40.000 empleos directos (50% titulados universitarios) y 160.000 puestos de trabajo indirectos.
 - Punta de lanza de la I + D + i (más de 1.000 millones de euros anuales y el 20% de toda la inversión de la industria española.
- La Industria Farmacéutica se percibe como un negocio falto de transparencia en sus actividades y en sus relaciones con los diferentes agentes involucrados. Aun a pesar de que el sector farmacéutico trabaja en un marco perfectamente regulado por una estricta normativa, se requiere de él más y mejor información y cambios que incluyen:



antecedentes

- En relación con los pacientes un mayor acceso a la información (patologías y tratamientos) y más formación (adherencia al tratamiento).
- En relación con las administraciones sanitarias y los gestores se plantea mantener un diálogo transparente y diversificar los interlocutores sin enfocarse tanto en los profesionales sanitarios.
- En todos los casos se plantea la necesidad de una distribución más clara de los recursos que la Industria Farmacéutica destina a promoción de sus productos, labores de formación y otros programas.

El Informe Bernat Soria presenta sus conclusiones bajo una premisa básica: *No será posible acometer ninguna acción efectiva de manera unilateral. El único camino que puede garantizar y contribuir a la sostenibilidad del Sistema Sanitario conlleva necesariamente la implicación y el compromiso de los múltiples agentes que en él intervienen.* En ello se incide en el desarrollo de las mismas que se presentan en 4 áreas (cuadro siguiente):

Informe Bernat Soria. Áreas de conclusiones

- Alianzas entre agentes.
- I + D + i.
- Fomento de la formación.
- Transparencia y acceso a la información.

Si hubiera que entresacar de ellas aquellas con valor para el nuevo proceso que se inicia, pensaríamos en las siguientes:

- La necesidad de alianzas entre todos los agentes implicados en el funcionamiento del Sistema Sanitario, con la sostenibilidad del mismo como fondo, y específicamente la necesidad de un gran Pacto por la Sanidad.
- El impulso de la I + D + i en la que el Sector Farmacéutico tienen preeminencia en nuestra sociedad, contribuyendo a la mejora de la posición de España en el desarrollo, producción y venta de medicamentos, y su orientación a la cobertura de las necesidades reales.
- La participación de la Industria Farmacéutica en labores preventivas desarrollando labores de educación sanitaria y de promoción de la salud.
- Desarrollar políticas institucionales de transparencia y acceso a la información, facilitando el acceso al conocimiento de los objetivos y actuaciones de la Industria a los distintos agentes participantes del Sistema Sanitario.





MÉTODO DE TRABAJO Y PARTICIPANTES

3

objetivos y método de trabajo

Con el Proyecto Análisis y Mejora de Procesos Hospitalarios (AMPHOS), AbbVie pretende profundizar más en los aspectos más relacionados con la gestión y la eficiencia de dicho sistema y, en especial, con el ámbito hospitalario, y llegar a identificar propuestas concretas orientadas a la mejora del mismo.

3.1. OBJETIVOS.

El citado Proyecto AMPHOS, protagonizado plenamente por las gerencias y, a través de ellas por las direcciones de los hospitales, persigue como objetivo general canalizar las opiniones de éstas sobre las oportunidades de mejora de los procesos hospitalarios y sobre las medidas a tomar para hacerlas efectivas. Dentro de ese gran objetivo general se han fijado las tres metas adicionales que se detallan en el cuadro siguiente.

Proyecto AMPHOS.
Metas perseguidas con su redacción.

- Detección y localización de las posibilidades de mejora en la gestión de medios materiales, profesionales y organización (entendida en su más amplia acepción).
- Elaboración de propuestas a aplicar con objetivos de mejora de la efectividad y eficiencia sin menoscabo de la calidad de los servicios.
- Transferencia de las ideas y propuestas a la sociedad española para su análisis y evaluación y la consideración de su posible aplicación en los servicios de salud.

La esperanza es que el resultado del trabajo técnico citado contribuya a la mejora de la eficiencia en la gestión sanitaria y, si cabe, a su través, al sostenimiento del Sistema Sanitario.

3.2. MÉTODO DE TRABAJO.

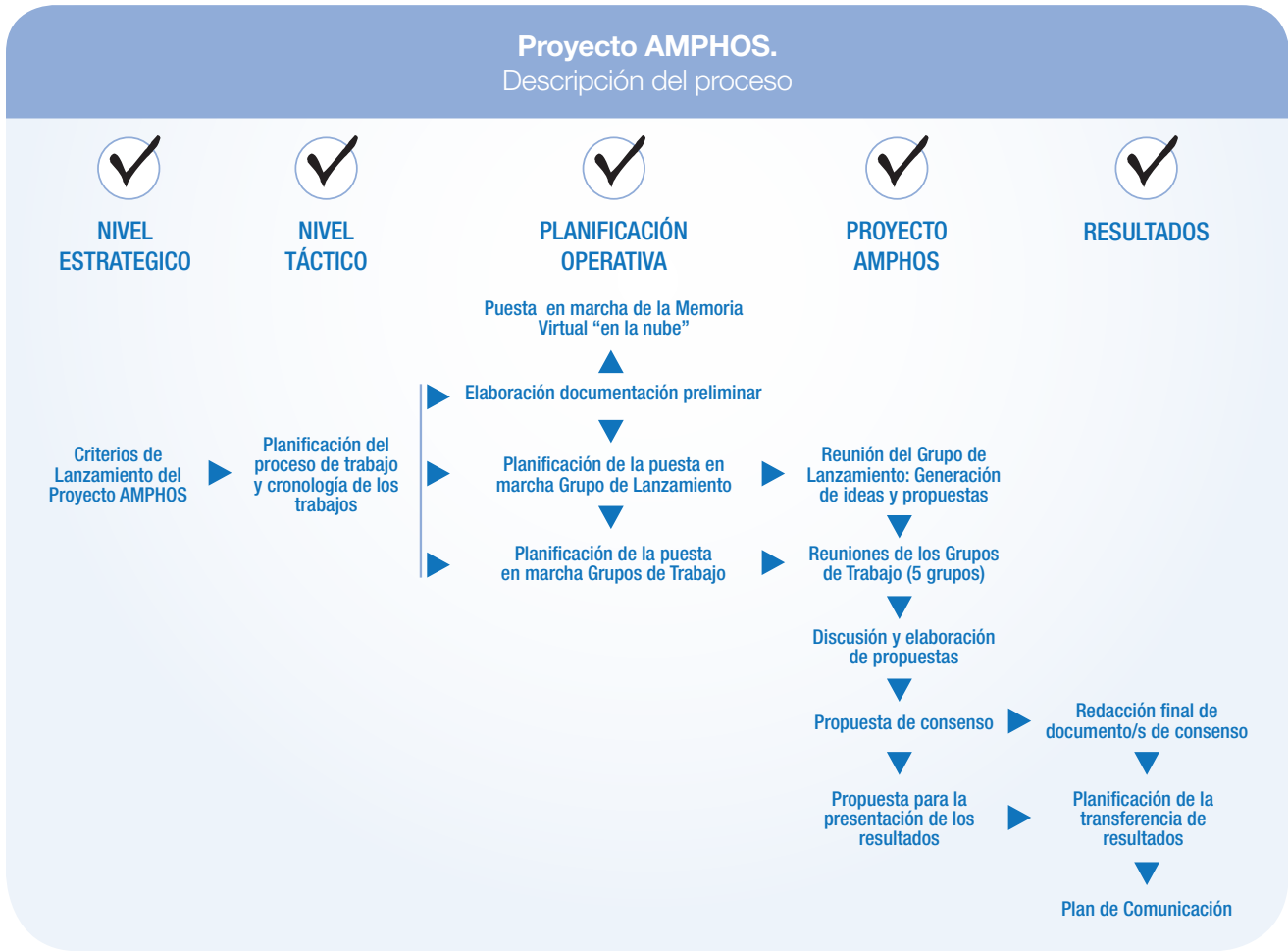
Las bases de partida para el diseño de la metodología de trabajo del Proyecto AMPHOS han sido tres:

- Obtener la participación de un grupo lo suficientemente grande de gerentes que, procedentes de distintos territorios y responsabilizándose de centros de distintas dimensiones y características funcionales y con distintos modelos de gestión, permitieran disponer de una amplia gama de opiniones y, por tanto, de una variabilidad de las aportaciones técnicas que contribuyesen a la riqueza al proceso.
- Los trabajos se desarrollarán en un marco que permita la expresión de las opiniones personales con absoluta libertad e independencia.
- Las propuestas resultantes (ideas, acciones y requerimientos para llevarlas a la práctica) deberán ser resultado del consenso del conjunto de los participantes.

Una visión general del proceso de planificación seguido en la elaboración del Proyecto AMPHOS se muestra en el cuadro siguiente.



objetivos y método de trabajo



3.2.1. MOMENTO DE CAMBIO.

La planificación y el desarrollo del Proyecto AMPHOS han coincidido con un momento especialmente duro en el mundo de la gestión hospitalaria.

Al inicio del proceso del desarrollo de AMPHOS se producían cambios en los servicios centrales de los servicios regionales de salud que dieron lugar a cambios en la orientación de la gestión de los hospitales que, a su vez, se trasladaron a los gerentes de los hospitales y a sus direcciones en forma de instrucciones para tomar medidas que permitiesen mejorar la gestión económica de sus centros.

No se ha considerado que de ello se derivase ningún problema, sino, al contrario, grandes ventajas ya que, es precisamente en esos momentos de cambio cuando los directivos se ven obligados a reexaminar sus organizaciones y a poner en cuestión todo su funcionamiento para conseguir ganar eficiencia.

3.2.2. PARTICIPACIÓN.

En el proceso han participado en conjunto de 60 directores gerentes. En el capítulo 4 de este documento figura su relación.

Todos y cada uno de ellos han jugado un papel específico en el proceso de acuerdo con los siguientes roles:

3.2.2.1. COORDINADOR TÉCNICO DEL PROYECTO.

El Coordinador Técnico del Proyecto se ha ocupado de presidir las reuniones y dar continuidad a todo el proceso de desarrollo del Proyecto AMPHOS.

Específicamente se ha ocupado de:

- 1. Realizar la supervisión técnica de proceso, homogeneizando los contenidos del trabajo de los distintos Grupos y evitando solapamientos en las actividades entre ellos.
- 2. Promover que se aborden todos los procesos susceptibles de ser analizados en el funcionamiento de la organización hospitalaria.
- 3. Elevar a definitivos los documento de los trabajos de Grupo.





objetivos y método de trabajo

3.2.2.2. GRUPO DE LANZAMIENTO.

Para el inicio del proceso se ha constituido un Grupo de Lanzamiento de 14 miembros que se han encargado de:

1. Lanzar el proyecto, estableciendo las ideas y propuestas de partida para el inicio del proceso y poniendo a disposición del mismo sus conocimientos, su creatividad y, finalmente, su capacidad de liderazgo.
2. Ayudar a la selección de Gerentes que se integraron en los Grupos de Trabajo.
3. Colaborar en el desarrollo de las propuestas del Proyecto y la formulación en la acción de las mismas, bien sea como miembros de los Grupos de Trabajo en los que asumirán el papel de Coordinador del Grupo (5 gerentes), bien a través de funciones de dirección de Grupos de Enlace (8 gerentes).

3.2.2.3. GRUPOS DE TRABAJO.

A partir de las ideas surgidas en el Grupo de Lanzamiento, y una vez realizados su análisis y clasificación, se ha procedido a agrupar las mismas en cinco áreas temáticas, cada una de las cuales ha sido abordada por un Grupo de Trabajo:

- Grupo 1. Hacia un nuevo modelo de hospital: del RD 521/87 al hospital empresa.
- Grupo 2. Gestión de personas. Atraer y retener talento, conocimiento y competencias.
- Grupo 3. Un nuevo marco de procesos asistenciales integrados. Trabajar con el ciudadano.
- Grupo 4. Ordenación de servicios. Los sistemas de referencia. El terciarismo.
- Grupo 5. Progreso institucional. investigación y docencia. Progreso tecnológico.

3.2.2.3.1. COORDINACIÓN DE GRUPOS DE TRABAJO.

Cada Grupo de Trabajo ha sido dirigido por uno de los gerentes que formaron parte del Grupo de Lanzamiento, que realizó las siguientes funciones:

1. Impulsar los trabajos de su Grupo aportando su conocimiento y experiencia.
2. Actuar como garante del orden en el diálogo en su seno, dirigiendo los trabajos hacia la búsqueda de consensos.
3. Seguir la elaboración de los documentos de trabajo y asegurarse que el contenido de los mismos refleja lo hablado en las reuniones.
4. Analizar, validar y llevar al Grupo de Trabajo las propuestas de cambios realizadas por otros miembros del Grupo en el contenido de los documentos.

3.2.2.3.2. PARTICIPANTES EN LOS GRUPOS DE TRABAJO.

Se constituyeron cinco Grupo de Trabajo que han integrado un total de 52 gerentes.

Los citados gerentes han llevado a cabo las labores de desarrollo de las propuestas incluyendo las siguientes tareas:

1. Conocer, analizar, discutir y valorar las ideas lanzadas por el Grupo de Lanzamiento.
2. Concretar las ideas y propuestas seleccionadas, mediante la discusión en pleno de las mismas y elaborar las propuestas finales, incluyendo las recomendaciones precisas para su aplicación práctica.
3. Elaborar los documentos descriptivos de las propuestas con:
 - Descripción de la idea.
 - Propuesta (con breve descripción de la acción).
 - Repercusiones de la propuesta en términos de resultados esperados.
 - Implicaciones de la puesta en práctica de la propuesta.

3.2.2.4. FUNCIONES DE ENLACE.

Ocho gerentes de los integrados en el Grupo de Lanzamiento han realizado funciones de enlace.

Esa función ha servido para someter las ideas y propuestas surgidas del funcionamiento de los distintos Grupos, al tamiz de experiencia y conocimiento de los directores de área de los hospitales, ya que los Gerentes con esa función las han debatido en sus hospitales con sus equipos de dirección, aportando a los Grupos de Trabajo propuestas para completarlas o mejorarlas.

3.2.2.5. PROPUESTAS COLECTIVAS.

El proceso ha sido diseñado de un modo que permitiese que todos los Gerentes, con independencia de su función concreta en la dinámica de trabajo, pudiesen conocer, analizar y opinar sobre cualquier propuesta elaborada en ámbitos distintos a aquel en el que el específicamente colaboran.

Para ello, se ha dispuesto una “memoria virtual” en la que ha estado expuesta permanentemente la documentación sobre el Proyecto, accesible a todos los participantes en el Proyecto AMPHOS.

De este modo, las propuestas surgidas son colectivas, del conjunto de los Gerentes.

3.2.3. FUNCIONES DE APOYO.

A lo largo de todo el proceso se ha contado con el apoyo de profesionales del área de Gestión Sanitaria de AbbVie y de Planificación y Desarrollo Consultores S. L. (P y D Consultores).

Gestión Sanitaria de AbbVie ha dado soporte logístico al proceso. Por su parte, P y D Consultores ha desarrollado funciones relativas al diseño, planificación y seguimiento del Proyecto AMPHOS.

3.2.4. DINÁMICA DE CONSENSO.

Todas las propuestas que se presentan han nacido de la interacción y el diálogo.

El contraste de pareceres, que ha existido, en ningún caso se ha transformado en disyuntivas que hayan tenido que ser solventadas mediante procedimientos distintos que la matización a la búsqueda de consenso.

Por tanto, no forma parte de la historia del Proyecto AMPHOS la elección entre opciones y el voto.

3.2.5. CRONOLOGÍA DE LOS TRABAJOS.

Los trabajos se han prolongado desde el 29 de Septiembre de 2011 al 16 de Abril de 2012, en una dinámica que, por razones expuestas en el apartado 3.1 ha sido pausada pero intensa.

3.2.6 VÍA LIBRE PARA REALIZAR EL INFORME

AbbVie ha creado las condiciones para que los Directores Gerentes de los Hospitales que han participado en el proyecto, se sintieran completamente libres para el desarrollo del mismo.

Las opiniones expresadas son las de los autores y no representan necesariamente las de AbbVie.

4

participantes y refrendo

En el desarrollo de los trabajos han participado los siguientes miembros:

4.1. COORDINACIÓN TÉCNICA.

- De Sancho Martín, José Luis. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

4.2. COORDINACIÓN DE GRUPOS.

- Hoyos García, Melchor. Hospital Universitario La Fe
- Martínez de Pancorbo González, Carmen. Hospital Universitario 12 de Octubre
- Pascual Fernández, César. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla
- Pérez Rielo, Antonio. Hospital Regional Universitario Carlos Haya
- Soto Bonel, José. Hospital Clínico San Carlos

4.3. GERENTES INTEGRADOS EN GRUPOS DE TRABAJO.

- Alcaraz Quiñonero, Manuel. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca
- Barroeta Urquiza, Joseba. Empresa Pública de Emergencias Sanitarias de la Junta de Andalucía (EPES)
- Bermejo Pareja, Rosa. Hospital Infanta Sofía
- Berraondo Zabalegui, Iñaki. Organización Sanitaria Integrada de Bidasoa
- Blasco Perepérez, Sergio. Hospital General Universitario de Valencia
- Burón Llamazares, Juan Luis. Complejo Asistencial Universitario de León
- Cueto Serrano, Mercedes. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria
- De la Puente Andrés, Manuel. Hospital Universitario de Fuenlabrada
- De Rosa Torner, Alberto. Grupo Ribera Salud
- Del Castillo Rey, Manel. Hospital Sant Joan De Déu
- Domínguez Fernández, Arturo. Hospital Comarcal Valle de los Pedroches
- Esperalba Iglesias, Joaquim. Consorcio Sanitario del Maresme. Hospital de Mataró
- Fernández Rodríguez, Carlos. Hospital Clínico Universitario de Valladolid
- Feliu Román, Xavier. Fundación Hospital Son Llàtzer
- Gallego Lizana, Juan Antonio. Corporación Sanitaria Parc Taulí
- García Cubillo, María. Agencia Pública Empresa Sanitaria Hospital de Poniente
- Garrido Martín, Modoaldo. Hospital Universitario Fundación Alcorcón
- Gómez Derch, César. Hospital Universitario Severo Ochoa de Leganés
- Gómez Roig, Ángel. Hospital General Universitario de Ciudad Real
- González Álvarez, José Manuel. Área de Gestión Integrada de Pontevedra
- González González, Mario. Hospital Universitario Miguel Servet



objetivos y método de trabajo

- Granados Ulecia, Cristina. Hospital Universitario de Guadalajara
- Iribarren Udobro, Ignacio. Complejo Hospitalario de Navarra
- Llera Fueyo, José Manuel. Hospital de Cabueñes
- López Moreno, Joaquín. Hospital General Universitario de Elche
- López Puech, Ignacio. Hospital Universitario de Canarias
- Maldonado González, Javier. Hospital Universitario Ramón y Cajal
- Marqués Espí, Juan Antonio. Hospital General Universitario de Alicante
- Martínez Jover, Ignacio. Hospital de Torrejón de Ardoz (Ribera Salud)
- Montero Moreno, Alfonso. Hospital Universitario Río Hortega.
- Moral Bantuille, Desamparados. Hospital de Sagunto
- Nuevo Lara, Emiliano Antonio. Complejo Hospitalario de Jaén.
- Núñez Masid, Eloína. Área de Gestión Integrada de Ourense, Verín y O Barco
- Ortiz de Valdivielso, Miguel Ángel. Complejo Asistencial de Burgos
- Pantoja Zarza, Carmen. Hospital Universitario Infanta Leonor.
- Pané Mena, Olga. Parc de Salut Mar. Hospital Nuestra Señora del Mar
- Pastor Navarro, Vicente. Hospital Universitario Doctor Peset
- Pérez Blanco, Juan José. Hospital Universitario Central de Asturias
- Raventós Monjo, Jaume. Hospital Universitario del Vall d'Hebrón
- Sánchez Hernández, José Miguel. Hospital Universitario Doctor Negrín
- Soriano Paredes, Francisco. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo
- Soley Bach, Pere. Gerencia Territorial Metropolitana Norte.
Hospital Universitario Germans Trias i Pujol
- Torres Moreno, Joaquín. Hospital Universitario Virgen de la Macarena
- Verde Remeseiro, Luis. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago
- Vidorreta Gómez, Joseba. Hospital San Juan de Dios de Santurtzi
- Urda Valcárcel, Tomás. Hospital Universitario Virgen de la Victoria.

4.4. GERENTES EN FUNCIONES DE ENLACE.

- Achutegui Basagoiti, Gregorio. Hospital Universitario Cruces
- Álvaro de la Parra, Juan Antonio. Gerente Hospitales Capio de Madrid
- Ballester Zárrega, Julen. Hospital Universitario Basurto
- Corbella Virós, Xavier. Hospital Universitario de Bellvitge
- Gámez Poveda, Alfonso. Empresa Pública Hospital Alto Guadalquivir
- García Iglesias, Alfredo. Complejo Hospitalario A Coruña
- Martínez Hernández, Joaquín. Clínica La Luz
- Pérez-Santamarina Feijoo, Rafael. Hospital Universitario La Paz

4.5. OTROS PARTICIPANTES.

En la dinámica de trabajo han participado además:

4.5.1. PROFESIONALES DE ABBVIE.

- Alonso Ortega, Verónica. Jefe de Proyectos Estratégicos. Área de Gestión Sanitaria.
- Bañares Cañizares, Antonio. Director de Gestión Sanitaria y Relaciones Institucionales.
- Pérez Pérez. María Jesús. Gerente de Proyectos Estratégicos. Área de Gestión Sanitaria

4.5.2. PROFESIONALES DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO CONSULTORES S. L. (P Y D CONSULTORES).

El equipo de trabajo ha estado integrado por:

4.5.2.1. EQUIPO PRINCIPAL.

- Lago Alvarado, María. Periodista.
- Lago Piñeiro, Carlos. Socio. Economista. Control del Proyecto.
- Tardáguila Montero, Jesús Manuel. Socio. Médico. Director del Proyecto.

4.5.2.2. EQUIPO DE APOYO Y SECRETARÍA TÉCNICA.

- Oliva Sangines Gonzalez. Ingeniero Industrial. Organización.
- Luis López Rivas. Ingeniero Técnico Industrial. Organización.
- Nerea Lodeiro Sobrino. Apoyo Administrativo.

4.6. REFRENDO DE SEDISA Y ANDE

La Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA) y la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería (ANDE) han asumido el consenso de los participantes como propio y, por tanto, refrendan su contenido



FUNDAMENTOS

5

fundamentos

Al comenzar el Proyecto AMPHOS se decidió prescindir de la realización de un trabajo diagnóstico profundo. En los últimos años todo el Sistema Sanitario en general y los hospitales en particular han sido objeto de permanente revisión y poco hay que añadir a lo ya dicho. Todo el sector sabe cuál es el origen de los problemas. Y ese “todo” incluye no solo a los gestores sino a los profesionales y, casi se podría decir que, a la sociedad en general, al menos a través de los agentes y medios que los representan y crean sus opiniones.

¿Qué puede hacer un grupo amplio de gerentes de hospitales para conseguir mejorar los problemas del Sistema Sanitario? La convicción es que se hace necesario tomar perspectiva e iniciar un camino de elaboración de propuestas que permitan mejorar los procesos hospitalarios y, a través de ello, provocar las mejoras en el funcionamiento de las instituciones y, sobre esa base, comenzar un saneamiento que lleve a la mejora.

5.1. TOMANDO PERSPECTIVA.

En el capítulo 2 ya se han descrito algunas de las preocupaciones globales de todos los agentes del Sistema, incluyendo a los gestores hospitalarios. Desde el punto de vista de la dirección hospitalaria, es necesario completar ese diagnóstico con las especificaciones propias, para con ello establecer el campo o campos en los que desarrollar el trabajo.

En Septiembre de 2011 quedaron definitivamente establecidas las áreas clave en las que centrar el trabajo.

5.1.1. HOSPITAL EMPRESA.

La organización hospitalaria pública se gestiona de acuerdo con criterios propios de las Administraciones Públicas, aun con singularidades, derivadas de que la mayor parte de su red nació a partir del sistema de Seguridad Social.

Ello supone que, de nuevo mayoritariamente, sus esquemas de gestión -de red y de centro- sean homologables a los de la Administración Pública y disten mucho de los modelos empresariales, aunque los hospitales son empresas y, además, muy grandes. Por ello hay problemas relevantes en la organización que incluyen:

Proyecto AMPHOS.

La organización hospitalaria. Síntesis diagnóstica

- Marco de gestión propio de la Administración Pública caracterizado por su rigidez y con escasas posibilidades de gestionar los aspectos claves en cualquier empresa (gestión económica y de recursos humanos).
- En muchas ocasiones el criterio político es dominante en la gestión frente al criterio profesional.
- Nuevos diseños organizativos dificultados aun a pesar de un entorno fuertemente dinámico que obliga a constantes cambios en las organizaciones.
- Oferta de servicios no regulada. Demanda de servicios alista. No operan los mecanismos de mercado (ni siquiera de mercado regulado, salvo excepciones). Criterios técnicos frecuentemente sustituidos por criterios políticos en el desarrollo de la oferta y en la demanda de servicios.
- Falta de transparencia en los resultados institucionales y de sus áreas/servicios.



5.1.2. RECURSOS HUMANOS.

Los criterios de gestión del personal son similares a los propios de función pública aun, de nuevo, con las singularidades derivadas de que la mayor parte de su red nació a partir del sistema de Seguridad Social, lo que hace que gran parte de su regulación responda a los tres “estatutos” (de personal médico, de personal sanitario no facultativo y de personal no sanitario de la Seguridad Social) que regían en aquella. De hecho, si cabe, las rigideces propias de la gestión estatutaria, son aún mayores que las propias de otras Administraciones Públicas.

Los problemas más relevantes creados por esta situación son los que se establecen en los cuadros siguientes dedicados a gestión de recursos humanos y a formación, carrera y profesiones sanitarias.

Proyecto AMPHOS.

Los recursos humanos. Gestión de recursos humanos. Síntesis diagnóstica

- Marco de seguridades para el personal.
- Definiciones de funciones cerradas de escasa flexibilidad.
- Condiciones de contratación y retribuciones rígidas. Imposibilidad de contratar en condiciones que garanticen el desempeño adecuado (perfil para puesto a cubrir). Falta espacio para dar cabida a las variantes necesarias para el funcionamiento de las organizaciones y las necesidades de los profesionales.
- Gestión limitada casi a labores de administración. No tiene cabida una auténtica gestión de recursos humanos. Dificultades para la gestión de vacaciones y permisos, del absentismo y de las jubilaciones. Impacto negativo de la actividad de servicios de salud laboral funcionalmente penalizados por la proximidad.
- Horarios rígidos, no ajustados a las necesidades de funcionamiento de la organización, lo que dificulta el uso de los recursos institucionales y penaliza la ordenación de la asistencia conforme a las necesidades y demandas de los usuarios.

Proyecto AMPHOS.

Los recursos humanos. Carrera, formación y profesiones sanitarias. Síntesis diagnóstica

- El desarrollo de la carrera profesional ha sido erróneo y ha supuesto una oportunidad perdida. Actualmente, en la mayor parte de los casos se encuentra bloqueada. La carrera se ha asociado a conceptos como antigüedad y productividad (y retribuciones). Ha dado lugar a una enorme demanda -ficticia- de formación y su gestión se ha burocratizado. En ocasiones casi se ha convertido en un “escalafón”.
- La docencia y formación no han sido reconocidas como actividades que precisan de dirección al máximo nivel. En general, las estrategias institucionales no han existido y la programación de actividades ha respondido a esfuerzos individuales.
- La Formación continuada no se ha orientado hacia su verdadero objetivo de mantener y hacer progresar las capacidades y habilidades de los profesionales y ha tenido carácter preeminentemente curricular y a efectos de reconocimiento en términos de “carrera”.
- La docencia no se ha ajustado a las posibilidades formativas reales de los hospitales y, además, mantiene los problemas derivados de la interacción con organizaciones distintas (docentes) que no reconocen debidamente la actividad como institucional.
- Siguen sin establecerse condiciones de flexibilidad y versatilidad que permitan adaptar las profesiones (existentes o nuevas) a un entorno fuertemente dinámico y exigente en áreas técnicas y, aun dentro de ellas, reconocer la necesidad de especialización, secundaria a troncalidad, que requiere entrenamiento y capacitación especiales.

5.1.3. COBERTURA DE LAS NECESIDADES DE LOS CIUDADANOS.

Nuestras organizaciones siguen buscando la calidad técnica cuando lo que realmente se precisa es diseñar y ejecutar nuestros servicios para cubrir las necesidades y expectativas de los ciudadanos y, especialmente, permitir que ellos los reciban en condiciones de proximidad a su medio, evitando al máximo los desplazamientos, el ingreso o institucionalización.

Las instituciones de asistencia sanitaria aún no han reconocido que las demandas de los ciudadanos se basan en el conocimiento y todavía no han tomado en consideración debidamente la exigencia de participación de los mismos en el proceso y en las decisiones que se han de tomar en el curso del mismo.

Los problemas más relevantes que observamos son:

Proyecto AMPHOS.

Necesidades de los ciudadanos. Síntesis diagnóstica

- La acción del sistema es fragmentada: es la suma de la acción de los niveles y subsistemas asistenciales (y dentro de ellos en unidades/servicios especializados) que se coordinan a través de esquemas de petición de servicios e interconsulta. Esa fragmentación desconcierta al ciudadano que demanda procesos horizontales y continuos y, si cabe, protagonizado/acompañado por un profesional.
- El sistema no ha atendido a las demandas de los pacientes crónicos y pluripatológicos (y pacientes frágiles o en riesgo) en los que los fenómenos descritos en el punto precedente se agravan y se extreman y que, además, consumen más recursos.
- El desarrollo de políticas enfocadas a definir actuaciones sistemáticas que permitan abordar procesos de alto coste o alta demanda, o bien para resolver con efectividad determinados procesos que precisan de diagnóstico temprano, han sido muy limitadas y poco extendidas.
- Las unidades/servicios de las instituciones tienden a considerarse resolutivos aisladamente, lo que conlleva una clara tendencia a autoalimentar su actividad, sin dar altas.
- No se han impulsado políticas preventivas, a través de herramientas de educación sanitaria y promoción de la salud, encaminadas hacia el fomento de la prevención primaria y de los autocuidados en los enfermos.
- No se han considerado suficientemente las posibilidades que las redes sociales, la telemática y otras tecnologías tienen para dar soporte a actividades del sistema sin necesidad de motivar desplazamientos de los pacientes o para realizar a éstos indicaciones sobre el punto más adecuado de asistencia.

Además de todo ello, debe considerarse que la generalización de la denominada “medicina personalizada” obligará a las instituciones a dedicar gran cantidad de recursos en los próximos años para cubrir las necesidades de estudios y análisis y medicamentos específicos que serán necesarios.



5.1.4. ORDENACIÓN DE SERVICIOS.

En general el desarrollo de las prestaciones sanitarias y de los servicios/unidades que les dan soporte se ha producido de modo desordenado sin que haya respondido ni a criterios de necesidad ni de eficiencia. En algunos casos, los servicios/unidades ni siquiera reúnen condiciones funcionales para garantizar su viabilidad técnica y operativa y la calidad mínima de sus prestaciones.

Además observamos la situación que se describe en el cuadro adjunto.

Proyecto AMPHOS.

Ordenación de servicios. Síntesis diagnóstica

- La ordenación de prestaciones/servicios/unidades ligadas a las características del centro y a su posición en la red no ha funcionado adecuadamente. Se han desarrollado prestaciones/servicios/unidades para poblaciones muy inferiores a las necesarias al mismo tiempo que se vaciaban de actividad servicios/unidades ya existentes.
- En gran parte los problemas descritos en el punto precedentes han sido resultado de intereses espurios y han tenido el grave efecto de hacer perder la perspectiva de red y de sistema jerarquizado y ordenado.
- No se han considerado las necesidades de financiación singular necesarias para prestaciones/servicios/unidades de referencia o en casos de excepcionalidad epidemiológica o enfermedades raras, y el sistema tampoco ha tomado en consideración la necesidad de que la financiación acompañe a los pacientes desplazados a centros de referencia.
- La ordenación de los servicios se ha guiado por criterios de separación de niveles y de estos respecto de los subsistemas asistenciales, que han trabajado coordinadamente solo mediante solicitudes de servicios cruzadas entre ellos, no reconociendo la realidad del continuo asistencial. Por expresarlo de otro modo han vivido de espaldas.
- Finalmente no se ha considerado la posibilidad de contemplar la libre elección (en los lugares en que, por la disponibilidad y el territorio, la opción es viable) aun a pesar de que es evidente que los usuarios están cada vez más informados y que desean intervenir en las decisiones asistenciales que les afectan.

5.1.5. PROGRESO INSTITUCIONAL.

Los defectos en la ordenación de las prestaciones sanitarias y de los servicios/unidades que se describían sintéticamente en el punto anterior, se reflejan en la adquisición y uso de los equipos, sistemas, materiales y tecnologías hospitalarias que se puede afirmar que frecuentemente no han respondido a una planificación según necesidades.

Es llamativo que ha existido un despliegue de agencias destinadas a la evaluación de tecnologías, y que éstas han realizado un esfuerzo considerable, aunque su trabajo no ha sido adecuadamente coordinado.

Además observamos la situación que se describe en el cuadro adjunto.

Proyecto AMPHOS.

Progreso institucional. Desarrollo tecnológico. Síntesis diagnóstica

- Ha existido una clara tendencia a la centralización de la adquisición de equipos, sobre todo de la tecnología médica y mobiliario clínico, en un intento de alejarla de la influencia de los clínicos usuarios.
- La normativa en vigor en materia de contratos del Estado ha abierto abanicos para la adquisición/incorporación de medios, si bien su uso ha quedado limitado por la imposibilidad de gestionar con modelos empresariales. Específicamente algunos caminos, como la constitución de empresas mixtas o los contratos de riesgo compartido, son de muy difícil aplicación en la actualidad.
- El desarrollo de las Tecnologías de la Información y Comunicaciones (TIC) ha sido insuficiente y desigual aunque es unánime la visión de estas herramientas como esenciales en la gestión institucional y en la consecución de su eficiencia. Además, las adquisiciones realizadas, especialmente en software y su implantación han resultado insatisfactorios.
- Los niveles de integración de la informática departamental y de la de gestión y de ésta con la correspondiente a los servicios centrales, y la interconexión dentro de los centros de la red de hospitales y aun de éstos con los sistemas de atención primaria está mal resuelta o no existe.
- La situación es aún peor en lo que se refiere a la transferencia de información entre centros de distintas comunidades autónomas. No existen criterios para el manejo común/transferencia de la información.
- Hasta ahora, en la práctica clínica, los sistemas de telemedicina no son más que una esperanza y las aplicaciones no han traspasado el telediagnóstico.

Por otra parte, hasta ahora el movimiento económico de los hospitales públicos se ha producido a través de entidades interpuestas (fundaciones e institutos o similares) ante las dificultades para conseguir que los beneficios de las actividades generadoras de recursos reviertan en el hospital. Sin embargo, las labores de investigación (patentes), docencia o formación pueden ser canales importantes para generar recursos para el hospital que éste no ejecuta directamente por las dificultades inducidas por la vía administrativa. De facto, el interés por facturar servicios asistenciales a pacientes cubiertos por financiadores distintos de Servicio de Salud ha sido bajo.



En el cuadro siguiente sintetizamos la situación observada en esta materia.

Proyecto AMPHOS.

Progreso institucional. Vías de generación de recursos. Síntesis diagnóstica

- Los fondos económicos para las actividades susceptibles de actuar como generadoras de recursos se vienen reduciendo en los pasados años y se reducirán aún más y solo podrán sobrevivir las actividades con “marchamo de calidad”.
- Los criterios de acreditación de calidad son actualmente bastante laxos, pero probablemente crezcan en rigor y serán necesarios para atraer a los financiadores.
- Actualmente gran parte de las actividades de investigación o docencia, son realizadas al margen de la universidad, la industria y las instituciones y la idea de crear clúster, parques empresariales o similares que generen el atractivo de la concentración de esfuerzos, parece alejada de la realidad de los hospitales.
- La venta de servicios a terceros no forma parte de las realidades del sistema salvo en algunas instituciones singulares por su estatus y propiedad, incluso en situaciones en las que existen capacidades remanentes y falta de compromiso con la misión propia del hospital.
- La I+D+i tiene una influencia decisiva en el reconocimiento del hospital. Sin embargo es una actividad que no es suficientemente transparente y probablemente se desarrolla sin compensar los costes reales que inducen en el funcionamiento hospitalario.

5.2. NUEVOS MODELOS. NUEVOS PARADIGMAS.

Antes de describir las propuestas es necesario dejar establecida una convicción general: no vale más de lo mismo y es imprescindible establecer nuevos modelos en los que apoyarse. Si la aplicación de un modelo concreto, con el que se lleva más de 30 años trabajando, ha dado lugar a los problemas actuales cabe preguntarse: ¿merece la pena conservarlo?

Con carácter general se detecta la necesidad de variar determinados preceptos básicos del modelo que suponen un cambio de paradigmas en la gestión hospitalaria.

Aunque sin renunciar a proponer novedades, se ha intentado que esos nuevos paradigmas nazcan de modelos visibles y existentes en el entorno, que permiten constatar que hay organizaciones con muchísimos menos problemas que otras, que resultan menos dañadas por un entorno de crisis, que en el momento de abordar su propia crisis lo hacen de modo menos traumático y con menor repercusión social.

5.3. LÍNEAS DE TRABAJO.

Se ha considerado la necesidad de disponer de algunas ideas-fuerza sobre las que orientar el nacimiento de las propuestas a incluir en el Proyecto AMPHOS.

Cada una de esas ideas, de por sí, da soporte al diseño de actuaciones específicas, pero en realidad es su interacción la que origina la mayoría de las propuestas que se presentan. Esas ideas son:

5.3.1. LA ACCIÓN DEL HOSPITAL. NUEVO MARCO.

Es imprescindible considerar la acción del Sistema Sanitario como una combinación de actividades que afectan al conjunto de la sociedad y a cada individuo de los que la componen y cuya expresión se materializa en la mejora del estado de salud general o particular.

En ese sentido se considera que la acción hospitalaria no solo debe ser soporte de acción curativa sino de la paliativa y rehabilitadora y, además, contemplar objetivos y acciones preventivas y de promoción de la salud.

La acción del hospital, en cualquiera de sus formas, está cambiando muy rápidamente y seguirá una evolución que, para los participantes en este Proyecto, vendrá determinada por un paciente mejor informado y que formará parte de grupos en la comunidad que manejarán información técnica.

Esos pacientes, con más conocimiento, demandarán servicios de calidad que solo se podrán hacer compatibles con marcos de coste-efectividad, desarrollando nuevas formas de trabajo, basadas en la definición de procesos y, posiblemente, en formas más sistematizadas de práctica clínica.

Alcanzar esos marcos de coste-efectividad solo será posible con la transformación del hospital en último recurso y la promoción de condiciones que permitan la prestación de servicios fuera del mismo.

Deberá evitarse que el hospital autoalimente su actividad o que cuando lo haga, responda a estándares establecidos en los procesos y en las definiciones de praxis (tomará fuerza la figura del alta hospitalaria) y desarrollar e impulsar sistemas que permitan consumir recursos menos costosos trasladando actividades a niveles de complejidad y coste inferiores y acercando la acción al medio del paciente.

5.3.2. EL NUEVO PAPEL DEL HOSPITAL.

Con el horizonte descrito anteriormente el hospital de agudos tendrá que realizar un nuevo papel dentro del conjunto del Sistema Sanitario.

El rol del hospital ha de variar desde su posición central actual a ser parte de un conjunto de acción distribuida entre los distintos actores del sistema en los que cada uno de ellos intervendrá de acuerdo con nuevas pautas a fijar en el inmediato futuro.

El ordenamiento de la asistencia y de las labores relacionadas con la salud pública y salud comunitaria, debe contemplar la acción del sistema como un continuo en el que precisamente el hospital –por el elevado coste de su acción– se convertirá en el último recurso que solo actuará, protocolizadamente, cuando sea necesario.

Es por ello, que el hospital deberá redefinirse en primer término en su función y, posteriormente, en sus características estructurales (recursos humanos y medios materiales) para prestar una asistencia:

- De alto nivel, dependiente de medios muy especializados, en un ambiente tecnológicamente avanzado.
- Con objetivos de alta, compartiendo, pero no protagonizando, la responsabilidad de asistencia con los restantes agentes (atención primaria y subsistemas asistenciales) involucrados en el desarrollo de las labores preventivas, curativas y rehabilitadoras dentro del sistema.

5.3.3. INFORMACIÓN, INNOVACIÓN Y PROGRESO TÉCNICO-CIENTÍFICO.

Las TIC, tal y como se entienden actualmente, se harán omnipresentes en la prestación de servicios, superándose definitivamente la fase clínico-administrativa, para integrar cada vez más modelos de soporte de la práctica clínica.



Con el impulso de las TIC, es previsible que se extiendan definitivamente formas asistenciales que aún no se han generalizado, a pesar de lo mucho que se ha hablado de ellas (telemedicina) y progresen formas de asistencia basadas en dispositivos y sistemas móviles y personales.

También se generalizarán modelos de trabajo que permitirán el registro completo de las actividades desarrolladas y que incluirán elementos de predicción y posiblemente, de simulación de respuesta/s.

Por otra parte, existen evidencias que muestran como en los próximos años, de nuevo, la medicina cambiará de la mano de la innovación hacia patrones que centrados en la genética llevarán parejos nuevos modelos de praxis predictiva (desde predicción del riesgo de enfermedad al pronóstico) y de modelos terapéuticos, en lo que se viene a denominar “medicina personalizada”.

Posiblemente el componente predictivo lleve parejos cambios de actitud en el paciente “bien informado” al que se hacía referencia anteriormente. Aparecerá la necesidad de promover condiciones que le den amparo en la interpretación de la realidad.

5.3.4. LOS NUEVOS MARCOS DE GESTIÓN Y ADMINISTRACIÓN.

Anteriormente se ha hecho referencia a la necesidad de nuevos modelos y nuevos paradigmas para el funcionamiento de los hospitales. Es quizá en la gestión y administración de las instituciones en donde se ve con mayor claridad la necesidad de ese cambio ya que si no probablemente vuelva a suceder lo que ya ocurrió.

Existen para ello algunos elementos que se desde los ámbitos de gestión se consideran clave en la elaboración de las propuestas de futuro:

5.3.4.1. AUTONOMÍA DE GESTIÓN.

Es imprescindible dar comienzo a un proceso en el que los proveedores de servicios sanitarios, progresivamente, vayan siendo dotados de autonomía de gestión real, pasando a trabajar con esquemas de gestión y presentación de resultados similares a los de cualquier sociedad mercantil.

No debe olvidarse que en nuestro país los hospitales son grandes empresas, tanto por los presupuestos que manejan como por el número de los trabajadores. Es evidente que en muchas provincias de España, y no solo en las más pequeñas, el/los Hospital/es es/son la/s mayor/es empresa/s.

5.3.4.2. PROFESIONALIZAR LA GESTIÓN.

Este aspecto está íntimamente relacionado con la autonomía de gestión citada anteriormente, ya que es requisito “sine qua non” para que aquella funcione.

Es urgente que los directivos del ámbito sanitario sean y se comporten como directivos empresariales, conozcan su profesión, hayan sido formados y entrenados en su ejercicio y hayan demostrado sus capacidades en el desempeño de su misión.

Ni que decir tiene que se considera que su nombramiento y remoción también debe responder a criterios empresariales y nunca a ideario.

En este aspecto, la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA) se ha pronunciado reiteradamente respecto a la necesidad de profesionalización de la gestión hospitalaria y, próximamente, presentará un informe específico sobre el tema. En este Proyecto, no cabe sino remitirse al contenido del mismo.

5.3.4.3. PROPIEDAD.

Las propuestas incluidas en el Proyecto AMPHOS parten de la idea de que la propiedad de los hospitales no tiene por qué ser modificada.

La titularidad pública es compatible con modelos empresariales en los que el ejercicio de la propiedad, incluyendo el control y seguimiento de las actividades y por supuesto, los resultados, es realizado desde los máximos órganos de gobierno institucionales como en las sociedades mercantiles.

Finalmente, en este Proyecto se ha considerado que la prestación de servicios de asistencia será realizada por proveedores públicos o privados indistintamente y que unos y otros participarán en la cobertura de las responsabilidades de aseguramiento públicas y privadas, sin más requisitos que los de existencia de los correspondientes contratos (en cualquiera de sus formas).

5.3.4.4. TRANSPARENCIA.

Es necesaria la transparencia en todos los aspectos de la gestión, pero particularmente en todo lo que se refiera a los elementos que permitan interpretar los resultados empresariales tanto en lo que se refiere a la gestión de la actividad desarrollada y la calidad de los servicios producidos, como a la gestión económico-financiera.

La presentación de resultados debe responder a esquemas empresariales sin perjuicio de la singularidad necesaria para la presentación de algunos resultados específicos del Sistema Sanitario. Los resultados así expuestos son interpretables por todos los agentes con interés en el funcionamiento empresarial.

5.3.4.5. SIMPLIFICACIÓN ADMINISTRATIVA VS. DESBUROCRATIZACIÓN.

Es imprescindible que en los próximos años se revisen, modifiquen (simplifiquen, homogeneicen, sistematicen e informaticen) y, en su caso, se supriman los procedimientos administrativos que no aportan valor a la cadena de servicio del hospital.

Ineludiblemente la revisión de los procedimientos administrativos deberá realizarse en el momento en que se inicie la definición de procesos, pero en cualquier caso es necesario que, con independencia de ello, se proceda a la revisión de, al menos, los procedimientos relativos a tramitación (informes, farmacia, transporte, prestaciones...) y a procedimientos clínico-administrativos comunes (petición y solicitud de servicio, interconsulta...).

5.3.5. NAVEGAR CONTRACORRIENTE.

Al finalizar el apartado 5.3.4 se manifiesta un sentimiento de navegar contra corriente, ya que la situación que se está produciendo es justamente la inversa.

Se piensa que el único modo de mantener la situación bajo control es la capacidad de vigilancia e intervención desde marcos políticos y se deslegitima a las fórmulas de gestión distintas a la gestión pública directa en marco presupuestario.

En ese marco los gestores de las instituciones públicas se convertirán en meros tramitadores y trasladarán los problemas hacia arriba. Se podrá ver cómo se activan los mecanismos de protección personal frente a la irrealidad de los presupuestos.

Puede ser un planteamiento equivocado, pero esto ya se ha vivido. Precisamente, la visión de los gestores sobre la situación actual es que fue originada por la aplicación de criterios similares a los que ahora se quieren extremar. Además, las medidas limitantes de la oferta de servicios, vistas desde la experiencia de gestión, solo tendrán una eficacia temporal y decaerán en cuanto la presión de los ciudadanos, de los profesionales, de la industria, y de sus representantes y, por supuesto, de los medios de comunicación social, ponga en cuestión esas prácticas.



5.4. REGULACIÓN Y DESREGULACIÓN.

Desde la perspectiva de los gestores, y se verá en las propuestas que se presentan, es necesario la regulación del funcionamiento de la sanidad pública en algunos aspectos y al mismo tiempo la desregulación en otros.

La primera afecta, con carácter general, a la necesidad de ordenar el sistema desde la perspectiva de lo que debe hacer y los medios que deben utilizarse para hacerlo.

En este sentido es básico que:

- Se puedan reconocer las actividades financiadas por el sistema y los modelos de intervención que son admisibles y los criterios usados en su selección (esencialmente los de eficacia y efectividad o, si se prefiere de coste/efectividad, y seguridad). Así, se propone que se elimine de las prestaciones del sistema toda actividad o intervención que no sea coste-efectiva, que no suponga beneficio real para la salud de la población o del individuo o este sea dudoso, o cuyo riesgo sea alto en relación con el beneficio esperado.
- Se revisen los modelos de ordenación del conjunto de las prestaciones del Sistema Nacional de Salud no directamente asistenciales, permitiendo que dichos modelos se ajusten a las realidades actuales y sean más eficientes y, por supuesto, más equitativas. En este aspecto, aunque la preeminencia de la farmacia es evidente no deben olvidarse las restantes prestaciones (ortoprótesis o transporte sanitario como ejemplos).
- Se establezcan criterios de desarrollo, funcionales y estructurales, incluyendo las definiciones de uso y demanda de servicios y medios, basados en las necesidades reales, evitando los problemas de planificación y errores de dimensionado de servicios/unidades/medios, que tantas veces finalizan en duplicidades o en la creación de estructuras prescindibles.
- Se fijen criterios de autorización y acreditación, y auditoría, independientes, que permitan disponer de garantías de que no existirán desviaciones con respecto a las regulaciones establecidas para el conjunto del sistema.

Por su parte la desregularización que se propone afecta esencialmente a preceptos que son limitantes de la capacidad de adaptación de las instituciones a un entorno constantemente cambiante. Es por ello que, al hacer referencia a la desregulación se señala especialmente a:

- La capacidad organizativa y de diseño institucional que debe permanecer en el ámbito de la gestión empresarial sin más intervenciones que las de constatación del cumplimiento de lo regulado.
- La posibilidad, al amparo de la capacidad descrita anteriormente, de buscar soluciones de colaboración:
 - Con otros hospitales (interhospitalarias) y con otras instituciones públicas (universidades, servicios sociales...) en el desarrollo de servicios compartidos.
 - Con sociedades mercantiles, privadas o públicas, en cualquiera de sus formas (subcontratación, sociedades mixtas, riesgo compartido...) o nuevas fórmulas que en derecho fuesen posibles.

Es necesario reseñar que no se realiza mención alguna a aspectos económicos y de la gestión de personal ya que a ellas se dedican los capítulos siguientes y, por otra parte, las ideas expuestas anteriormente respecto a los nuevos marcos de gestión y administración se refieren ya a la necesidad de cambio de modelo en todos estos aspectos.

Se considera, además, que ese nuevo marco regulatorio debe tener aplicación general en todo el Estado. En ese sentido, cabe referir que debe ponerse fin a la desgraciada vivencia de que el desacuerdo en los órganos responsabilizados de la coordinación del Sistema Nacional de Salud haya llevado a la deficiente situación actual.

Finalmente, se piensa que es urgente poner empeño en que se utilicen adecuadamente las capacidades de las potentes estructuras técnicas de los servicios centrales de los Servicios de Salud de las CCAA y del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en el fin de alcanzar propuestas regulatorias únicas.

5.5. LIBERTAD DE ELECCIÓN.

Se parte de la convicción de que la libertad de elección del usuario es un camino imparable.

Las experiencias puestas en marcha parecen positivas y, aun sin perjuicio de su evaluación de detalle a medio plazo, parece claro que ese será el camino en el futuro. El ejercicio de este derecho debe (tiene que) llevar parejas penalizaciones y compensaciones económicas para el cedente y el receptor.

5.6. GESTIÓN DE PERSONAL.

Existe la certeza de que, progresivamente, se debe cambiar el marco de gestión de los RRHH en el sistema.

No es posible seguir gestionando el sistema en el marco de rigidez actual, en el que el personal estatutario goza de un estatus casi funcionarial, teniendo que avanzarse hacia marcos que permitan mayor flexibilidad y capacidad de adaptación a las necesidades de cada momento.

La interpretación de ese cambio parte del nacimiento de estructuras de gestión “realistas” de los recursos humanos de los centros (hoy mayoritariamente se encargan de la gestión administrativa del personal) que habrán de encargarse de gestionar la progresiva adaptación de la fuerza humana, estable a lo largo de demasiado tiempo, a las necesidades de funcionamiento y trabajo actuales, y de reconducir hábitos y actitudes provocadas por la seguridad de la falta de penalización hacia modelos de desempeño más activos, incluyendo las adaptaciones necesarias para cubrir las nuevas necesidades.

Por supuesto, se considera imprescindible que se den progresos reales en las fórmulas contractuales y organizativas que permitan otros modelos de ordenación de la/s actividad/es de los profesionales y su ajuste a los requerimientos de los ciudadanos y de la organización.

Para finalizar debe advertirse que, en materia de recursos humanos, el estudio y la planificación de las acciones es imprescindible y, en este sentido, la falta de planificación ha llevado a vaivenes de la disponibilidad de profesionales con muy graves efectos en la estructura de personal de las instituciones (la pirámide de edad de nuestros trabajadores más cualificados puede llevarnos a situaciones críticas en poco tiempo) y que ahora se puede caer en la tentación de prescindir de los últimos (contratados eventuales) con resultados casi seguro que peligrosos a corto-medio plazo.

5.7. EL VALOR DEL SECTOR DE LA SALUD.

En la sociedad se percibe al conjunto del sector de la salud como fuerza de gasto en nuestra economía. Desgraciadamente esta idea se extiende cada día más entre los representantes de los ciudadanos y los medios de comunicación social. Los argumentos para esa conclusión, que se quieren elevar a categoría de demostración, son los errores, calificados en ocasiones de despilfarro, de los años de bonanza.

Sin lugar a dudas el sistema sanitario en general y los proveedores de servicios sanitarios en particular, tienen que reconocer errores, identificar los mecanismos de decisión que han llevado a ellos y evitarlos en el futuro. En este sentido deben analizarse y valorarse los orígenes de inversiones innecesarias, del diseño y puesta en marcha de actividades ineficaces e inefectivas, y de ineficiencias en la prestación de servicios. También se debe explorar el modo de maximizar la productividad que tienen las acciones que acompañan a las asistenciales.

Pero ello no es óbice para que el sector sanitario se reconozca a sí mismo como fuente de riqueza y probablemente una de las más importantes del país y que deba considerarse de forma permanente que la misma debe ser objeto de impulso y promoción ya que es un vector que polariza la generación de riqueza.



fundamentos

En este aspecto no cabe ninguna duda de que, agregando al movimiento económico directo el impulso que se origina en los sectores productivos relacionados (farmacéutico, biotecnológico, equipamiento biosanitario, de conocimiento, de prestación de servicios...), tanto sea en producción como de I+D+i, se trata de un sector económico de la mayor relevancia en términos de la riqueza del país.

Además, es necesario que se exponga el valor de ese conjunto en términos de balance social, es decir, de cómo las aportaciones de los ciudadanos al conjunto se revierten a la sociedad en términos de empleo y transferencia económica, sin olvidar el impacto de la acción sanitaria en la economía del conjunto a través de la mejora del estado de salud de los trabajadores, algo no siempre recordado ni valorado.

En alguna medida el sector sanitario no es “estado de bienestar” sino “sustrato del bienestar”.





PROPUESTAS



6

propuestas



6.1. HACIA UN NUEVO MODELO DE HOSPITAL: DEL RD 521/87 AL HOSPITAL EMPRESA.

Desde el punto de vista gerencial consideramos 6 cambios básicos:

- Cambio global en el marco de financiación y gestión.
- Regular la producción.
- Revisión de la organización de prestación de servicios e impulso de la gestión clínica.
- Nuevos diseños de las estructuras organizativas.
- Los resultados institucionales: nuevos marcos de transparencia.
- Nuevos modelos de colaboración en la gestión del hospital.

Cada uno de ellos se describe en las páginas siguientes:



propuestas

6.1.1. CAMBIO GLOBAL EN EL MARCO DE FINANCIACIÓN Y GESTIÓN.

Es imprescindible establecer nuevos modelos de financiación de los centros, que necesariamente han de ser parte de un cambio global en la gestión, que pasará por dotar a los mismos de autonomía real de gestión. Por supuesto, dicha autonomía no solo habrá de ser económico-financiera sino alcanzar a todos los aspectos con influencia en los resultados globales de la institución.

Sugerimos que los cambios lleven a modelos de gestión similares a los de las sociedades mercantiles, sin perjuicio de la existencia de mecanismos excepcionales de auditoría y control como garantía de funcionamiento del sistema público.

6.1.1.1. PROPUESTA DE ACCIÓN:

1. El cambio deberá ser progresivo y asumido por cada centro de acuerdo con sus circunstancias particulares, alcanzando sucesivamente a la distintas áreas de gestión y contemplando el saneamiento previo o, al menos, un marco temporal para viabilizar su funcionamiento con autonomía.
2. La idea central es que los centros trabajen en un marco estable de compra de servicios, usando para ello modelos de compra ajustados a las necesidades de cada Servicio de Salud (incluyendo, cuando se considere el caso, sistemas de “cápita”) y que el “dinero acompañe al paciente” cuando fuera necesario cubrir servicios no disponibles en los centros.
3. Sin perjuicio de lo expuesto anteriormente, los sistemas de compra deben ser lo suficientemente flexibles para ser capaces de dar soporte a las múltiples situaciones que se dan en los centros/servicios comprometidos de una u otra forma con el servicio público.
4. El nuevo marco deberá permitir que las instituciones puedan establecer vías de captación de ingresos alternativas a las del servicio sanitario público por cualquiera de las actividades a las que fuera capaz de dar soporte.

6.1.1.2. RESULTADOS ESPERADOS:

1. Esta propuesta supone que los centros sean gestionados de modo similar a las sociedades mercantiles y que tengan que asumir progresivamente riesgos e incertidumbres y también que sean capaces de convertir en progreso institucional y en beneficios para sus profesionales las eficiencias propias, o transferir a su propiedad pública sus beneficios.

6.1.1.3. IMPLICACIONES:

1. La puesta en marcha de esta propuesta obliga a desarrollar normativa de soporte, tanto a nivel Estatal como en las distintas Comunidades Autónomas.
2. Las direcciones de los centros habrán de asumir el riesgo vinculado a la obtención o no de los resultados esperados.

6.1.1.4 OBSERVACIONES:

1. Al observar nuestro entorno, y examinando los resultados de los centros públicos de gestión tradicional (y el comportamiento diferencial de aquellos cuyos modelos se acercan a los de las sociedades mercantiles) y la magnitud del problema de la deuda, nos parece llegado el momento de buscar nuevos paradigmas.
2. Para ello, será necesario vencer las posibles reticencias a aceptar estos cambios por parte de las Consejerías de Economía y Hacienda, siendo recomendable la creación de foros o comisiones de seguimiento, o bien estableciendo comisiones de trabajo mixtas de estas consejerías con las de Sanidad, a fin de aplicar medidas coherentes con el Sistema Sanitario y no exclusivamente de carácter económico.

6.1.2. REGULAR LA PRODUCCIÓN (ACTIVIDAD).

Es imprescindible acabar con la incertidumbre sobre el qué se puede hacer en los hospitales (cartera de servicios) y qué se debe hacer (cuánto) estableciendo un marco de producción (actividad) de referencia.

6.1.2.1. PROPUESTA DE ACCIÓN:

1. Definir la cartera de servicios/prestaciones financiables a través del sistema nacional de salud.
2. Establecer objetivos claros de carácter funcional y productivo y de medición de los resultados, estableciendo modelos de transferencia de riesgo en función de ellos. En este sentido se considera deseable:
 - La separación de la función de compra y provisión y su puesta en práctica real (más allá de los “contratos programa”) como mecanismos para crear una dinámica favorable para la adecuada planificación y gestión de recursos, especialmente si se establecen marcos plurianuales con un horizonte de mayor estabilidad que los actuales.
 - Diseñar nuevos modelos de evaluación de los resultados de gestión usando como medida las nuevas formas de definición de la producción (procesos), con independencia del modelo de pago (que puede llegar a materializarse por procedimientos *per cápita*).

6.1.2.2. RESULTADOS ESPERADOS:

1. Cabe esperar que la inercia alcista de la producción se rompa en el momento en el que exista un marco definido para la misma y transferencia de riesgos para los que no sean coste-efectivos.
2. También es esperable que, cuando exista un marco regulado y más o menos estable de compra de servicios pueda regularse adecuadamente la oferta rompiendo las desigualdades actuales en la distribución y cualificación.

6.1.2.3. IMPLICACIONES:

1. Probablemente la aplicación práctica de esta propuesta lleve a la necesidad de desarrollar un análisis y evaluación preliminar de la situación desde la perspectiva mercado, hasta este momento ausente en la mayoría de los sistemas de salud.

6.1.2.4 OBSERVACIONES:

1. El crecimiento de la actividad dista de ser recomendable en sí mismo. Por el contrario, es necesario romper con la tradición (y obsesión) de hacer crecer la producción y pasar a trabajar con criterios de coste-eficiencia.



propuestas

6.1.3. REVISIÓN DE LA ORGANIZACIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS E IMPULSO DE LA GESTIÓN CLÍNICA.

Es imprescindible promover una revisión de la organización de prestación de servicios focalizando la misma de acuerdo con las necesidades del paciente y estableciendo los mecanismos de coordinación y seguimiento que hagan efectivo el trabajo desarrollado. Se considera que el desarrollo de la gestión clínica es un elemento crucial para alcanzar esos objetivos y realizar un trabajo de calidad y eficiente.

6.1.3.1. PROPUESTA DE ACCIÓN:

1. El diseño de la estructura de gestión clínica de cada institución debe ser una responsabilidad compartida de clínicos y gestores, aplicada a la situación concreta del mismo, aun sin perjuicio de la existencia de un marco de aplicación común.
2. El nacimiento y extensión de la gestión clínica conllevará un nuevo diseño global de la organización, en la que deberán desarrollarse nuevas visiones de las funciones de dirección y mando.
3. La puesta en marcha de la gestión clínica conllevará:
 - El establecimiento de una organización propia de cada unidad de gestión clínica (órganos de dirección, estructura de prestación de servicios, modelos generales de trabajo...).
 - La definición de objetivos para cada unidad. El establecimiento de las herramientas de medición de dichos objetivos y de los indicadores en los que se sustentará.
 - La existencia de un marco de explotación en el que tengan fiel reflejo los resultados en términos de cuentas y de balance social.
 - La definición de procesos, sean o no completados por definiciones de práctica clínica, que permitan orientar el trabajo hacia la consecución de resultados definidos.
 - La repercusión de los resultados -positivos o negativos- en las remuneraciones percibidas por los profesionales.

6.1.3.2. RESULTADOS ESPERADOS:

1. Cambios organizativos, que romperán los modelos organizativos vigentes en la prestación de los servicios.
2. Mejora de los indicadores y resultados asistenciales.
3. Mejora de los resultados económicos y de la eficiencia.

6.1.3.3. IMPLICACIONES:

1. La gestión clínica requiere de transferencia de riesgos/beneficios a los profesionales que la llevan a cabo, así como de flexibilidad en la gestión de recursos humanos capaz de amparar nuevos diseños organizativos y nuevos modelos de liderazgo. Por ello es deseable una flexibilización de la normativa que agilice la implantación de dichos cambios.
2. También es necesario considerar un cambio en la formación específica en gestión y administración de los profesionales que deben liderar y participar en la gestión clínica (que quizá debiera de extenderse a la formación básica de las profesiones sanitarias).
3. Finalmente, se debe desarrollar un marco normativo que permita que los profesionales o, en su caso, sociedades mercantiles, gestionen, con independencia, y asumiendo la incertidumbre (consecución de beneficio o asunción del riesgo de pérdida), las partes de la actividad que pudiera interesar.

6.1.4. NUEVOS DISEÑOS DE LAS ESTRUCTURAS ORGANIZATIVAS.

Es necesario poner fin a las rigideces del modelo de gestión basado en el Real Decreto 521/87 (Reglamento de Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales) y permitir la evolución de nuestras organizaciones hacia nuevos diseños, especialmente considerando las necesidades derivadas de:

1. El nacimiento y puesta en marcha de nuevas formas de gestión clínica que suponen la puesta en marcha de marcos de integración funcional y responsabilidad compartida.
2. La creación y puesta en marcha de sistemas multihospital u otros posibles modelos de colaboración entre centros e instituciones.

6.1.4.1. PROPUESTA DE ACCIÓN:

1. Los nuevos modelos a establecer deben disponer de flexibilidad para adaptarse a la realidad de trabajo y funcionamiento de cada centro y, la regulación que se establezca para ellos debe ser la mínima indispensable para armonizar el marco de gestión del Servicio de Salud.
2. En lo que respecta a los niveles superiores de la organización (dirección y mandos superiores), deberá promoverse la adaptación de los organigramas a las nuevas realidades derivadas de las necesidades de dirigir nuevos ámbitos de gestión clínica y nuevas fórmulas de prestación de servicios (finalmente nuevas unidades de negocio).
3. Igualmente las funciones, capacidades y responsabilidades de los cargos (y sus denominaciones) deberán ser ajustados a los nuevos marcos de trabajo y de autonomía de gestión, estableciéndose, al mismo tiempo, los beneficios y riesgos inherentes a su actividad.
4. Además, en el futuro, al menos en algunas áreas de especial relevancia (focalizadas a prestar servicios de áreas especialmente significadas por su especialización o por el volumen de atención demandada) parte de las responsabilidades de gestión habrán de ser trasladadas a figuras equivalentes a los “product manager” de algunas sociedades mercantiles, lo que, conjuntamente con el nacimiento de unidades de gestión clínica de gran autonomía, motivarán la necesidad de revisar y ajustar los modelos de mando actual basados en jefaturas y mandos intermedios.

6.1.4.2. RESULTADOS ESPERADOS:

1. De las acciones anteriores cabe esperar más eficiencia y mejores resultados asistenciales.

6.1.4.3. IMPLICACIONES:

1. Es necesario derogar el RD 521/87 y que las nuevas normas relativas a la organización de los hospitales tengan rango inferior y sean fácilmente modificables, permitiendo la adaptación con facilidad a los entornos cambiantes.
2. Es previsible la necesidad de acciones de reingeniería de procesos asistenciales y más participación de la enfermería en los mismos.

6.1.4.4 OBSERVACIONES:

1. Es previsible que en los próximos años se haya de cambiar el rol y la posición de la enfermería en la estructura de dirección y mando de nuestras instituciones, que habrá de asumir papeles de dirección y gestión de algunas unidades, al mismo tiempo que deberá integrarse en equipos dirigidos y gestionados por otros profesionales.



propuestas

6.1.5. LOS RESULTADOS INSTITUCIONALES: NUEVOS MARCOS DE TRANSPARENCIA.

Es imprescindible establecer mecanismos de transparencia en la presentación de resultados de las instituciones sanitarias (y de cada una de sus unidades/servicios) que permitan sustentar sistemas de premios e incentivos para los mejores y, al mismo tiempo, establecer referencias de productos, servicios y procesos para las organizaciones peor posicionadas.

El establecimiento de dichos mecanismos requiere fijar, de forma previa, objetivos medibles –de actividad, de calidad y de resultados– y sería adecuado que los mismos sean resultado de procesos de consenso, estableciendo criterios uniformes para el conjunto del sistema de salud, favoreciendo la comparación de resultados y permitiendo crear entornos caracterizados por la certeza, la confianza y seguridad en los resultados presentados.

6.1.5.1. PROPUESTA DE ACCIÓN:

1. Es aconsejable crear una central de resultados que gestione la información de los centros y ponga a disposición del conjunto la misma de modo operativo para el comprador y los distintos proveedores.
2. Los mecanismos a establecer permitirán que los gestores de la red de centros y de cada uno de ellos, así como los gestores de servicio/unidad, puedan realizar su evaluación y establecer los incentivos de modo transparente.
3. Los resultados deberían expresarse no solo en términos de producción y calidad en todas las actividades realizadas sino en términos de “balance social” incluyendo el modo en que cada agente transfiere la riqueza a la sociedad que lo financia.
4. Sería ideal que la presentación de resultados de los hospitales se produjese en los mismos modelos en los que se exponen los resultados empresariales (cuenta de pérdidas y ganancias, balance y memoria) y se hiciesen igualmente públicos, si bien ello obliga a avanzar en el camino de la autonomía de gestión y la conversión de los hospitales en empresas cambiando el modelo, mayoritariamente utilizado, de contabilidad presupuestaria a sistemas de contabilidad general ajustadas al Plan General de Contabilidad.
5. Finalmente, los acuerdos de los órganos colegiados de administración (consejo de administración o equivalentes existentes en algunos hospitales) en cuanto que establecen las políticas institucionales, deben ser publicados en el contexto de las políticas de transparencia a las que se hace referencia anteriormente.

6.1.5.2. RESULTADOS ESPERADOS:

1. Cabe esperar que un sistema de transparencia como el propuesto suponga un cambio cultural importante ya que, de un lado los resultados mostrarán ineficiencias y/o déficits de calidad que permitirán a los compradores seleccionar y obligarán a los proveedores a evolucionar y de otro, los ciudadanos, a través de sus agentes de compra de servicios, también seleccionarán los servicios de mayor calidad y mejores resultados.
2. Pensamos que los cambios propuestos conllevan la existencia de modelos de mayor responsabilidad de los gestores y, por tanto, llevan a mayor profesionalización al mismo tiempo que suponen menor riesgo de desviaciones en la presentación de resultados.
3. Igualmente asumimos que las propuestas realizadas de mayor transparencia responden a una demanda ciudadana.

6.1.5.3. IMPLICACIONES:

1. Deberá cambiarse la normativa reguladora de la gestión de los hospitales (como se incide en otras propuestas en otras áreas).

6.1.5.4 OBSERVACIONES:

1. En gran medida, en los últimos años, las labores de investigación e innovación se han vuelto mucho más transparentes que las restantes actividades del hospital impulsadas tanto por la existencia de mecanismos de financiación central con controles transparentes y por la generalización de la medición del índice de impacto en las publicaciones científicas, como por la conveniencia de las fundaciones e institutos encargados de su gestión de presentar balances de sus actividades, aunque aún no se conozcan plenamente los resultados, en términos de patentes, de esas investigaciones.



propuestas

6.1.6. NUEVOS MODELOS DE COLABORACIÓN EN LA GESTIÓN DEL HOSPITAL.

Es necesario convertir a algunos de los proveedores de los hospitales en colaboradores en la producción de servicios o en la prestación directa de los mismos. Ello permitirá reducir riesgos, ganar eficacia y mejorar la eficiencia, con beneficio mutuo para las partes.

La colaboración citada puede extenderse a todo tipo de servicios, incluyendo los de actualización de equipamiento, renovación de la planta física e incluso a proyectos de investigación, desarrollo e innovación, relacionada o no, con la prestación de servicios

6.1.6.1. PROPUESTA DE ACCIÓN:

1. La colaboración citada requiere de transparencia y lealtad entre el hospital y las sociedades mercantiles afectadas, requisito sin el cual la colaboración no será viable.
2. Indudablemente la transparencia y lealtad citadas presuponen el fin de acciones comerciales y de la existencia de beneficios para profesionales del hospital (o para terceros) al margen de los acuerdos entre las entidades que los suscriben.
3. En el caso de la prestación de servicios en ámbitos en que son requeridas tecnologías avanzadas y de alto coste de adquisición y/o que requieren personal de alta cualificación, se considera que las sociedades de economía mixta son un sistema de excelente operatividad ya que permiten agilizar la adquisición de equipamiento (y su renovación y actualización), así como optimizar su uso a través de la mayor flexibilidad en la gestión de RRHH.

6.1.6.2. RESULTADOS ESPERADOS:

1. Mejor conocimiento entre partners.
2. Garantizar la actualización e innovación del sector y evitar la obsolescencia.
3. Generación de condiciones que permitan fomentar la agrupación de sociedades e instituciones en clúster que impulsen el sector salud y que sirven para el desarrollo de productos de valor que pueden convertir al sector sanitario en vector económico y de progreso.

6.1.6.3. IMPLICACIONES:

1. La situación de deuda de los hospitales puede llevar a que proyectos de colaboración como los expuestos se conviertan en inviables.
2. Probablemente resulte necesario promover cambios en las formas de la compra pública que permitan la innovación.

6.1.6.4. OBSERVACIONES:

1. Probablemente la aplicación de esquemas de proveedor-colaborador tal y como se describe en esta propuesta, tenga dificultades de aplicación en marcos en los que la intervención de los Servicios de Salud lleva a la centralización de la compras de bienes o servicios, o, al menos, obligará a considerar enfoques distintos de la misma con menor intervención profesional en la decisión y, por tanto, con separación de la responsabilidad del cliente profesional en la gestión del suministro requerido.

6.2. GESTIÓN DE PERSONAS. ATRAER Y RETENER TALENTO, CONOCIMIENTO Y COMPETENCIAS.

Cualquiera de los procesos analizados en otros apartados de este trabajo pierde valor sin tomar en consideración la necesidad de establecer nuevos marcos de gestión de los recursos humanos en el sistema. Es por ello que es en este apartado en el que se presentan mayor número de propuestas.

Es deseable que la puesta en práctica de las medidas que se proponen conlleve un proceso previo de negociación, búsqueda de acuerdos y, en su caso, de consensos, que las hagan ejecutables en marcos libres de conflicto.

Las propuestas que se describen en los apartados sucesivos, incluyen las siguientes:

- Cambio de modelo de gestión de personal: de estatutario hacia laboral.
- Gestionar recursos humanos.
- Selección y contratación de personal.
- Jornada laboral.
- Jubilación.
- Carrera profesional.
- Formación continuada.
- Desarrollo de funciones docentes.
- Ordenación de las profesiones sanitarias.
- Reforma de las funciones de prevención de riesgos laborales y salud laboral.



propuestas

6.2.1. CAMBIO DE MODELO DE GESTIÓN DE PERSONAL: DE ESTATUTARIO HACIA LABORAL.

Se considera preciso hacer avanzar el sistema de relaciones laborales, desde el tradicional sistema “estatutario” (basado en los estatutos de personal médico, de personal sanitario no facultativo y de personal no sanitario de la SS), al régimen laboral general.

6.2.1.1. PROPUESTA DE ACCIÓN:

1. Progresivamente eliminar las singularidades del régimen estatutario, acompasándolo al proceso de conversión de los hospitales en instituciones con personalidad jurídica propia y autonomía de gestión.
2. Aplicar al personal de los hospitales las ventajas que el régimen laboral general tiene en lo que respecta a la posibilidad de singularizar el trato a los profesionales y, también, de trasladarles los riesgos derivados de sus incumplimientos, así como de las restantes normas que regulan dicho régimen.

6.2.1.2. RESULTADOS ESPERADOS:

1. Más flexibilidad en la contratación laboral.
2. Capacidad disciplinaria real.
3. Posibilidad de ligar retribuciones a desempeño.

6.2.1.3. IMPLICACIONES:

1. Conveniencia del acuerdo del CISNS.
2. Necesidad de negociación con las centrales sindicales.
3. Necesidad de cambios legislativos.

6.2.1.4. OBSERVACIONES:

1. La experiencia de la negociación colectiva en los hospitales con marcos laborales, en los que la misma se establece con negociadores marcados por su carácter “político”, ha llevado a experiencias en las que realmente el personal laboral acumula derechos muy superiores a los de los colectivos estatutarios (generando agravios entre profesionales cuando se da convivencia de los dos modelos) y no pocas dificultades de gestión.
2. Se considera que esa experiencia podría cambiarse con la profesionalización de los cuadros directivos y el alejamiento de la propiedad de la negociación directa.

6.2.2. GESTIONAR RECURSOS HUMANOS.

Desarrollar las políticas de recursos humanos que permitan gestionar los intereses institucionales y los de los trabajadores en un marco justo y equitativo en el que los derechos y deberes sean reconocidos por todos, y establecer las condiciones que permitan promocionar al hospital como lugar atractivo para el profesional, en el que se reconozca y compense el talento y las ganas de trabajar.

6.2.2.1. PROPUESTA DE ACCIÓN:

1. Establecer medidas que permitan garantizar la conciliación de la vida familiar con el trabajo y, especialmente, estudiar la posibilidad de promocionar/desarrollar actuaciones que sirvan de apoyo a políticas activas de promoción de la natalidad y de los cuidados familiares.
2. Desarrollar medidas que permitan evitar el absentismo y la búsqueda de soluciones personales a medida para conseguir puestos de trabajo en los que se considera que se dan condiciones más favorables para el desarrollo del trabajo.

6.2.2.2. RESULTADOS ESPERADOS:

1. Mejora de la satisfacción de los profesionales.
2. Aumento de la productividad.
3. Disminución absentismo

6.2.2.3. IMPLICACIONES:

1. Es conveniente revisar el alcance de la acción de los servicios actuales de personal del hospital para mejorar su estructura y funcionamiento.
2. Podrá resultar necesario revisar las condiciones (funcionales y de adscripción) en las que desarrollan su actividad los servicios de control.



propuestas

6.2.3. SELECCIÓN Y CONTRATACIÓN DE PERSONAL.

Es imprescindible flexibilizar el modelo de selección y contratación de personal para asegurar el ajuste entre profesional y puesto.

En primer término, en la selección del personal, es necesario poder establecer criterios que permitan asegurar que la competencia y capacitación son las correctas, como medio para asegurar que la función desarrollada se ajusta a las necesidades de la organización y, además, que se producen condiciones de partida para estimular un desempeño correcto de la misma (competencias).

Además, es necesario simplificar los modelos de contratación, estableciendo las condiciones que permitan dar cierta estabilidad a los afectados en el marco de derechos equivalentes a los amparados por la legislación laboral.

6.2.3.1. PROPUESTA DE ACCIÓN:

1. Permitir que los hospitales definan detalladamente los perfiles profesionales (conocimientos, entrenamiento/capacitación, competencias, etc.) en los procesos de selección, tanto para personal eventual como definitivo.
2. Poner fin a los procesos de selección masivos o sistematizados basados en criterios generales de aplicación a amplios colectivos, sin un reconocimiento real de las necesidades de funcionamiento institucional.
3. La administración habrá de establecer criterios que permitan evitar la “endogamia” como problema asociado a la selección basada en perfiles y hacer una apuesta por la transparencia.

6.2.3.2. RESULTADOS ESPERADOS:

1. Se conseguirá tener el mejor profesional para cada puesto y eliminar el serio problema –frecuente en los eventuales- de que el tiempo del contrato sea solo tiempo de entrenamiento.
2. Aumento eficiencia.

6.2.3.3. IMPLICACIONES:

1. Necesidad de cambios legislativos.

6.2.3.4 OBSERVACIONES:

1. Estos objetivos presentan serias dificultades de cumplimiento por la fuerte presión sindical.

6.2.4. JORNADA LABORAL.

Flexibilizar los horarios de trabajo de los profesionales de modo que se puedan ajustar a conveniencia de las organizaciones y de los profesionales con los objetivos de:

- Acomodar los horarios de asistencia programada a las demandas de la población.
- Servir a la reordenación de la asistencia urgente y continuada y permitir su racionalización y ajuste a las necesidades reales.
- Permitir que los profesionales puedan ajustar su trabajo a sus preferencias personales y, especialmente, buscar la conciliación con la vida familiar.

6.2.4.1. PROPUESTA DE ACCIÓN:

1. Establecer nuevas fórmulas de contratación adecuadas a las necesidades reales de la actividad con flexibilización de horarios y de localización, así como utilización de fórmulas de contratación a tiempo parcial o con discontinuidad.
2. Romper la homogeneidad de la jornada laboral, diseñando jornadas ajustadas a las necesidades reales de la población y permitiendo, dentro de lo posible, el ejercicio de las opciones personales de los profesionales, incluyendo posibles modelos de trabajo basados en contratos de tiempo parcial.
3. Establecer mecanismos que permitan ajustar las jornadas contratadas a las necesidades derivadas de la producción de servicios en áreas concretas y establecer procedimientos que permitan impulsar la dedicación específica de los profesionales.
4. Establecer nuevas fórmulas que permitan la reordenación de la asistencia urgente y continuada y la optimización de los recursos humanos destinados a estas tareas.

6.2.4.2. RESULTADOS ESPERADOS:

1. Cabe esperar no solo una mejora de la productividad, transferida a la eficiencia institucional, y de la satisfacción de los profesionales, sino, y muy especialmente, una mejora del servicio ofertado a la población.

6.2.4.3. IMPLICACIONES:

1. Necesidad de decisión política global del SNS en el seno del CISNS.
2. Necesidad de cambios legislativos.



propuestas

6.2.4.4. OBSERVACIONES:

1. En pocos años se prevé que superen los 55 años grandes colectivos de profesionales médicos y de enfermería. Por otra parte en los colectivos más jóvenes de profesionales se observa una profunda feminización. Ambos aspectos determinan un contexto de RRHH que, en términos de gestión de las jornadas laborales y de la cobertura de funciones de asistencia continuada debe ser evaluado cuidadosamente.
2. En principio, estas propuestas afectarían a las denominadas “jornadas extraordinarias”, si bien, queremos dejar constancia de que estas no sólo no son intrínsecamente negativas, sino que puede ser un mecanismo de gran valor y utilidad en el desarrollo de la actividad institucional cuando sean adecuadamente utilizadas.
3. La flexibilización de los horarios, conjuntamente con medidas –absolutamente necesarias– de reordenación del sistema de atención urgente, tanto a nivel hospital como de red, podrían mejorar notablemente la eficiencia del sistema de atención urgente actual.

6.2.5. JUBILACIÓN.

Establecer modelos de jubilación que permitan el ajuste de la misma en función de criterios de utilidad real del personal.

6.2.5.1. PROPUESTA DE ACCIÓN:

1. Homogeneizar los criterios de jubilación en el conjunto del SNS.
2. Establecer una regulación básica común que sea incontestable en los tribunales. Como parte de ella debe establecerse:
 - Jubilación obligatoria a la edad establecida en la legislación laboral.
 - Excepcionalidad, basada en criterios objetivos de necesidad, con posibilidad de:
 - Prolongación de la vida activa en casos en que fuese previsible un rendimiento óptimo con plena conservación de capacidades y aptitudes que permitan el mantenimiento de un adecuado desempeño de la función.
 - Prolongación derivada de la necesidad de cubrir los plazos requeridos para alcanzar la jubilación siempre que se diesen circunstancias para garantizar el desempeño.
 - Prejubilación, cuando se diesen circunstancias de excesos de capacidad o de déficits de productividad.

6.2.5.2. RESULTADOS ESPERADOS:

1. La jubilación a la edad legal como norma, sin posibilidad de prórroga, salvo excepciones, lleva a ahorros netos en los centros, aun sustituyendo al personal jubilado en todos los casos.
2. La jubilación a la edad legal facilitaría la incorporación al sistema de profesionales jóvenes, dinámicos y bien formados que, de no acceder de manera ágil tras su periodo de formación, podrán ver mermadas las capacidades y habilidades adquiridas en su residencia, habiendo supuesto un gasto en su formación que podría perderse en todo o en parte.

6.2.5.3. IMPLICACIONES:

1. Desarrollar la regulación básica común citada en el punto 2 de las propuestas.
2. Es necesario acompañar la definición de marcos normativos en materia de jubilación con el análisis y planificación de las necesidades de nuevos profesionales, acompasando unas a otras y contemplando las necesidades derivadas de las variaciones de demanda.

6.2.5.4. OBSERVACIONES:

1. En los próximos años cabe esperar un contexto enteramente nuevo en las profesiones sanitarias que, en términos de gestión, debe ser evaluado cuidadosamente: de un lado la llegada masiva a edades avanzadas de generaciones de médicos muy numerosas y, por otra parte, la profunda feminización de la profesión.



propuestas

6.2.6. CARRERA PROFESIONAL.

Es imprescindible revisar la carrera profesional ya que, en su formulación actual, no es útil para sus fines lo que ha llevado a que, en términos generales, esté bloqueada en su aplicación.

6.2.6.1. PROPUESTA DE ACCIÓN:

1. La carrera debe entenderse como un reconocimiento conjunto de las capacidades y competencias de los profesionales (incluidas las de gestión clínica) y del desempeño (incluyendo la fidelidad a la institución).
2. La posición en la carrera debe repercutir en la retribución y en la posición funcional del afectado entre los profesionales de la organización. Sin embargo creemos que:
 - Es imprescindible desligar la carrera profesional de la posición en la institución. El avance en la carrera no debe suponer progreso en la posición orgánica de los profesionales y, a su vez, la disponibilidad de grados superiores dentro de la carrera no debe suponer, por sí misma, ventajas para ocupar posiciones de jefatura o mando.
 - Debe desligarse la carrera de la antigüedad, que son conceptos distintos con reconocimientos distintos.
 - Igualmente la productividad es, en general, un concepto retributivo independiente de la carrera profesional, aunque como parte del desempeño puede ser reconocida por ésta.
3. En consecuencia la carrera debe distanciarse del concepto escalafón entendido como “lista de los individuos de una corporación, clasificados según su grado, antigüedad, méritos, etc.”
4. La parte de evaluación debe ser desburocratizada atribuyendo capacidades de decisión en la evaluación del profesional a los responsables orgánicos de las unidades en las que prestan sus servicios.

6.2.6.2. RESULTADOS ESPERADOS:

1. Convertir la carrera profesional en el instrumento de reconocimiento de los conocimientos y las competencias del profesional útiles para la institución y, a la inversa, en el instrumento de atracción hacia la institución de los profesionales con los conocimientos y las competencias que le den valor añadido.

6.2.6.3. IMPLICACIONES:

1. Es necesario revisar la normativa reguladora de la carrera profesional para que, sin perjuicio de la singularidad de cada servicio de salud, exista un tronco básico común para todo el estado.

6.2.7. FORMACIÓN CONTINUADA.

Los hospitales deben fomentar la formación continuada de sus profesionales.

Esa formación debe orientarse tanto al mantenimiento de las capacidades y habilidades propias de cada profesional en relación con el desempeño de su puesto como al progreso de las mismas en relación con el estado del arte de la práctica profesional.

La formación continuada se ha de entender tanto desde la perspectiva del adiestramiento técnico y científico como desde la del desarrollo de capacidades en organización.

6.2.7.1. PROPUESTA DE ACCIÓN:

1. Detección de las necesidades de formación preferiblemente a través de la evaluación del desempeño por competencias, necesidades sentidas por los distintos servicios, líneas estratégicas del centro y otras fuentes.
2. Diseño de un Plan de Formación y Desarrollo Profesional que contemple:
 - El alcance de la formación y las actividades que se han de desarrollar tanto en el propio centro (con medios propios o ajenos) como en otros lugares.
 - La financiación del Plan, detallando los recursos disponibles tanto propios como de partners y empresas colaboradoras del hospital. Deben considerarse alianzas estratégicas con las universidades, otros centros sanitarios, colegios profesionales, escuelas, etc.
 - Los procedimientos de selección de participantes otorgando amplias capacidades a los gestores de unidades/servicios sobre todo en la formación para el puesto.
 - Desarrollo y Gestión del Plan, incluyendo los mecanismos de evaluación y balance del mismo. La evaluación se debe realizar desde diversas perspectivas, tanto en satisfacción y motivación de los profesionales, como en resultados: mejoras de los perfiles competenciales, adquisición de nuevas habilidades y mejora de los resultados del hospital.
3. La formación continuada, que debe abarcar a todas las categorías del hospital, debe ser también una forma de reconocimiento a la labor de los profesionales y servir a su incentivación.
4. Debe evitarse el uso de la formación continuada como elemento exclusivamente curricular.

6.2.7.2. RESULTADOS ESPERADOS:

1. Mejora de las competencias y habilidades de los trabajadores del hospital, con mejores resultados de la atención que prestamos a los ciudadanos.
2. El acceso a la formación interna o externa es una potente herramienta de incentivación de los profesionales y puede y debe usarse también como elemento de recompensa.

6.2.7.3. IMPLICACIONES:

1. A lo largo de los años el Sistema Nacional de Salud ha hecho dejación de la obligación de desarrollar la formación continuada de sus profesionales, delegando implícitamente esta tarea (al menos en el área sanitaria) en las empresas suministradoras del hospital. Es fundamental transparentar las relaciones con las empresas suministradoras y que su desarrollo responda a criterios de interés institucional.

6.2.7.4. OBSERVACIONES:

1. Debe plantearse una asignación presupuestaria anual para la formación continuada en proporción razonable al Presupuesto global asignado al hospital y tener más en cuenta las necesidades de formación acordes con la estrategia y prioridades del centro.



propuestas

6.2.8. DESARROLLO DE FUNCIONES DOCENTES.

Los hospitales deben planificar, desarrollar y evaluar sus actividades docentes para mejorar la formación de los futuros profesionales en ciencias de la salud y utilizar sus capacidades para formar profesionales en otras áreas en que es plataforma idónea para dicha formación.

Debe considerarse que la función docente (en formación profesional y en la formación de grado y postgrado) la realiza el hospital en sí mismo y, por tanto, el desarrollo de funciones docentes debe formar parte de la actividad de todas las unidades y servicios y de todos los profesionales del mismo.

Ambos aspectos deben tener su reconocimiento en la organización hospitalaria, enmarcando adecuadamente esta función y dejando perfectamente establecidas las responsabilidades orgánicas y funcionales en su desarrollo, evaluando periódicamente los resultados.

6.2.8.1. PROPUESTA DE ACCIÓN:

1. Incluir la función docente en las estrategias del hospital y reconocer dicha función en el organigrama del centro, siendo aconsejable que el responsable de dirigir la misma sea miembro del comité de dirección.
2. Desarrollar un mapa estratégico en el que se identifiquen los objetivos y acciones clave para la consecución de las estrategias institucionales en esta materia y, dentro del mismo, establecer:
 - La financiación de las actividades docentes, diseñando las medidas necesarias para garantizar su sostenibilidad/autofinanciación (incluida la venta de servicios).
 - Los recursos humanos, materiales y técnicos apropiados a las necesidades docentes.
3. Desarrollar un Plan de Calidad (mejora continua) en docencia, con establecimiento y revisión periódica de indicadores, estableciendo y desarrollando las iniciativas necesarias para su consecución.
4. Diseñar mecanismos flexibles que permitan que la relación entre instituciones docentes y el hospital (y sus profesionales) tenga reconocimiento mutuo.

6.2.8.2. RESULTADOS ESPERADOS:

1. Mejora de la satisfacción de los de los profesionales implicados en la docencia.
2. Mejora de la formación de los futuros profesionales de las ciencias de la salud.
3. Satisfacción de las necesidades y expectativas formativas de los discentes.
4. Mejor formación en salud de la población.
5. Excelencia del centro. Atraer talentos.

6.2.9. ORDENACIÓN DE LAS PROFESIONES SANITARIAS.

Detectamos la necesidad de realizar una revisión funcional de las profesiones sanitarias que permitan conseguir el deseable ajuste de la capacitación de los profesionales a las funciones que han de desarrollar y, al mismo tiempo, el ajuste de los perfiles profesionales para garantizar la versatilidad y flexibilidad en el desarrollo del trabajo.

6.2.9.1. PROPUESTA DE ACCIÓN:

1. Desarrollar un marco de regulación más abierto que contenga definiciones de menor rigidez y con menos limitaciones, considerando la necesidad de cambio y reformulación del rol de cada profesional o de su carrera para adaptarse a los cambios de un entorno fuertemente dinámico.
2. Contemplar la especialización como un hecho dinámico posterior a la adquisición de conocimientos troncales amplios que garanticen la versatilidad de las profesiones (para el desarrollo de funciones generalistas o transversales sin dificultad), sin menoscabo del necesario entrenamiento y capacitación imprescindibles para el desarrollo de algunos puestos de trabajo.
3. Posibilitar la existencia de nuevas profesiones que puedan ser precisas como consecuencia de la necesidades de desarrollo de la actividad sanitaria (en especial de la hospitalaria) o de la evolución de los paradigmas con los que esta se presta.

6.2.9.2. RESULTADOS ESPERADOS:

1. Facilitar la gestión de las instituciones consiguiendo el mejor ajuste de los profesionales a los puestos a desarrollar.
2. Evitar los conflictos derivados de la especialización y de la compartimentación excesiva de las funciones de las profesiones sanitarias.

6.2.9.3. IMPLICACIONES:

1. Se requiere un estudio sosegado de las necesidades de futuro y la revisión de LOPS.



propuestas

6.2.10. REFORMA DE LAS FUNCIONES DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES Y SALUD LABORAL.

Es necesario establecer modelos de desarrollo de las unidades de prevención de riesgos laborales que permitan que las mismas trabajen libres de la presión social y que sus pronunciamientos sean libres y efectivos.

6.2.10.1. PROPUESTA DE ACCIÓN:

1. Las unidades de prevención de riesgos deberían ser externas al hospital, quedando los profesionales que prestan los servicios en ellas, libres de las presiones derivadas de la convivencia con los afectados por sus decisiones.
2. La titularidad de esas unidades de prevención externas podrá ser pública o privada a conveniencia de la organización.
3. En materia de medicina laboral, desde posiciones externas podrían actuar como sistemas de auxilio en el seguimiento de la I.T. más allá de su actuación en los accidentes de trabajo y enfermedad profesional.

6.2.10.2. RESULTADOS ESPERADOS:

1. Mejora de la gestión en el seguimiento de enfermedad profesional y accidente de trabajo.
2. Emisión de informes de petición de ajustes o cambio de puesto de trabajo más realistas.

6.2.10.3. IMPLICACIONES:

1. Reordenar el funcionamiento de las unidades existentes.

6.3. UN NUEVO MARCO DE PROCESOS ASISTENCIALES INTEGRADOS. TRABAJAR CON EL CIUDADANO.

Se presentan a continuación 8 propuestas que afectan a los modelos de trabajo en la prestación de servicios y, especialmente, a los caminos que creemos que deberán ser desarrollados a corto plazo tanto para ser eficientes como para garantizar la satisfacción de los ciudadanos que financian el sistema de salud.

Dichas propuestas son:

- Orientación de la acción hacia el ciudadano.
- Integración de niveles y subsistemas asistenciales.
- Promoción de los autocuidados.
- Atención a patologías crónicas.
- Diseño de intervenciones para procesos de impacto.
- Diseño de intervenciones de alta resolución.
- Diseño de sistemas de actuación ante urgencias leves.
- Medicina personalizada.



propuestas

6.3.1. ORIENTACIÓN DE LA ACCIÓN HACIA EL CIUDADANO.

Los servicios de salud deben orientar su acción hacia la satisfacción del ciudadano.

Los Servicios de Salud deben buscar no solo la excelencia técnica sino la calidad percibida, que será un elemento de legitimación de las organizaciones.

6.3.1.1. PROPUESTA DE ACCIÓN:

1. Se considera como eje esencial la atención en proximidad al domicilio y, siempre que sea posible, evitando la hospitalización (muy especialmente en el paciente crónico) para lo que es deseable el desarrollo de intervenciones de potenciación de los sistemas alternativos en régimen de día o ambulatorio y los de apoyo en proximidad a la residencia del paciente.
2. En algunos tipos de patologías –singularmente en las crónicas- es conveniente la existencia del “gestor de casos” que se ocupa de la información al paciente (clínica y sobre la evolución de su proceso) y del seguimiento del mismo, si bien su puesta en marcha debe ser realizada en el marco de “procesos” perfectamente definidos.
3. Debe apostarse decididamente por la creación de condiciones para el control de la información que recibe el paciente, fomentando el nacimiento de agrupaciones en las que el mismo pueda recibir información cualificada, utilizando para ello la potencialidad de las redes sociales y la figura del “paciente experto”.
4. Sería deseable crear un observatorio de buenas prácticas en el caso de procesos de alta relevancia en la comunidad bien sea por su prevalencia o por los resultados que las intervenciones tendrían en ellos.

6.3.1.2. RESULTADOS ESPERADOS:

1. Mejor cobertura de las necesidades de los pacientes al mismo tiempo que mayor nivel de satisfacción ciudadana.
2. Menos burocracia para el paciente.
3. Mejora de la adherencia del paciente a los tratamientos y al seguimiento de su proceso.
4. Disminución de uso de recursos sanitarios.

6.3.1.3. IMPLICACIONES:

1. Necesidad de consenso entre Servicios de Salud en el seno del CISNS.
2. Desarrollar ámbitos para la participación ciudadana en las Áreas de salud.
3. Desarrollar funciones de control de la información en las redes sociales.

6.3.2. INTEGRACIÓN DE NIVELES Y SUBSISTEMAS ASISTENCIALES.

Es necesaria la integración de la acción de los distintos niveles asistenciales (primaria y especializada) y de éstos con los subsistemas (emergencias, salud mental y socio-sanitario) y, aun más allá, superar la fragmentación de la acción de cada una de las organizaciones asistenciales sobre el paciente, de modo que su asistencia se base en procesos horizontales y continuos.

6.3.2.1. PROPUESTA DE ACCIÓN:

1. Poner en marcha modelos de actividad centrados en el paciente.
2. Dichos modelos deberían basarse en la definición de procesos que ha de acometerse progresiva y decididamente, iniciándose en aquellos de mayor relevancia tanto asistencial (pacientes crónicos, con pluripatología, frágiles...) como económica (procesos de larga duración, de alto consumo de recursos...).
3. El desarrollo de los procesos asistenciales integrados requiere de:
 - Un enfoque integrador de las labores preventivas, de promoción de la salud y de asistencia, y de ejecución multidisciplinar.
 - La existencia de un “gestor del paciente” que se ocupe de la continuidad de la asistencia al paciente (especialmente en el paciente crónico y pluripatológico).
 - El soporte de las TIC tanto en lo que se refiere al registro de la/s actividad/es clínicas y administrativas (HC única) como a su control (sistema de información).

6.3.2.2. RESULTADOS ESPERADOS:

1. La puesta en práctica de estas medidas debería servir no solo para cambiar la cultura de la fragmentación actual de la asistencia, sino rompiendo barreras entre los profesionales, permitiendo modificar algunos de los aspectos más negativos de la organización asistencial (especialmente las duplicidades de actividades) e involucrando decididamente a los pacientes en la gestión de sus procesos (sistemas de autocuidados).

6.3.2.3. IMPLICACIONES:

1. Es necesario insistir en que el desarrollo de los nuevos modelos de asistencia integrada sustentados en procesos requieren de un esfuerzo constante y decidido en inversiones en TIC.

6.3.2.4. OBSERVACIONES:

1. El desarrollo de procesos permitiría modos de cuantificación de la actividad basados en los mismos y no en altas o procedimientos. Ello implica que la unidad funcional del sistema se trasladaría hacia el conjunto de la acción sobre el paciente.
2. La integración de procesos podría afectar a otras instituciones colindantes con el sistema, como las residencias de la tercera edad o la escuela.
3. La enfermería debe tener un papel central en la gestión de pacientes en los modelos de trabajo basados en los procesos integrados y asumirá un papel más activo en los trabajos asistenciales, incluyendo nuevas actuaciones diagnósticas y terapéuticas.



propuestas

6.3.3. PROMOCIÓN DE LOS AUTOCUIDADOS.

Es necesario promover los autocuidados de los pacientes, entendiendo dentro de estos el conjunto de acciones de promoción de la salud que permitan corresponsabilizarse en la conservación de la salud y reducir las demandas de asistencia, con independencia de que el vehículo del conocimiento necesario sea los profesionales sanitarios u otros agentes (singularmente en pacientes cualificados capaces de crear las condiciones para hacer comprensivas y más cercanas sus propuestas a otros pacientes).

6.3.3.1. PROPUESTA DE ACCIÓN:

1. Los servicios de salud deben potenciar las acciones de prevención (tanto primaria como secundaria) a través de sus propios profesionales.
2. Igualmente deben promover la creación las redes de usuarios y pacientes (especialmente los afectos de patologías crónicas) como mecanismo idóneo de información, formación y promoción de la salud.
3. Finalmente los servicios de salud y los centros de él dependientes deben dar soporte a las citadas redes de usuarios y ejercer la tutela técnica de los contenidos de su información para garantizar la autenticidad de los mismos.

6.3.3.2. RESULTADOS ESPERADOS:

1. Cambiar la cultura asistencial actual corresponsabilizando al paciente en que es posible prevenir y retrasar la progresión la enfermedad y/o comorbilidades asociadas, a partir de los autocuidados. Consecuentemente, conllevará a un menor uso de los recursos sanitarios.
2. Detección precoz de patologías crónicas, pudiendo ejercer un efecto positivo sobre la morbilidad a largo plazo y un ahorro de costes tanto para el paciente como para el sistema sanitario.

6.3.3.3. IMPLICACIONES:

1. El uso de las TIC y las redes sociales serán decisivos en su extensión.

6.3.4. ATENCIÓN A PATOLOGÍAS CRÓNICAS.

Es deseable establecer procesos (incluyendo diseño de intervenciones) que aborden la gestión integrada de los pacientes afectados por enfermedades crónica creadoras de demandas reiteradas y con gran repercusión en los costes que soporta el sistema sanitario.

Es conveniente recordar que muchas de estas patologías tienen implicaciones laborales, en forma de IT, que suponen un alto coste para las empresas, por lo que a la deseable integración de niveles y subsistemas asistenciales, deberían sumarse las empresas a través de sus intermediarios de asistencia.

En el punto final de este apartado se presenta la relación de procesos que deben de tenerse en especial consideración para el desarrollo de la presente propuesta.

6.3.4.1. PROPUESTA DE ACCIÓN:

1. Se propone establecer procesos definitorios de la acción para las patologías crónicas más relevantes.
2. Dichos procesos deben contemplar específicamente la intervención multidisciplinar y la necesidad de aproximar la atención al paciente a su medio residencial habitual y, en todo caso, el dirigir la acción hacia evitar la intervención del hospital.
3. Como continuación de lo anterior, los procesos deben definir el “alta” hospitalaria y, en caso necesario, organizaciones de respuesta específicas tanto en lo que se refiere a intervención clínica como complementaria (telefónica, parasanitaria, social...).
4. Desarrollar y operativizar estrategias de atención a crónicos desde el ámbito político de las Consejerías y Servicios de salud e impulsar su puesta en práctica incluyéndolas en los contratos (en cualquiera de sus formas) que regulan las relaciones entre órganos de compra y prestadores de servicios.

6.3.4.2. RESULTADOS ESPERADOS:

1. Mejor seguimiento del paciente crónico.
2. Programas multidisciplinarios con un mayor rol de la enfermería.
3. Mayor participación de especialidades hasta ahora exclusivamente hospitalarias.
4. Reducción de la dependencia del hospital de los pacientes crónicos y, consecuentemente, disminución de la actividad hospitalaria.
5. Reducción bajas laborales y aumento producción enfermo crónico.

6.3.4.3. IMPLICACIONES:

1. Es imprescindible un amplio desarrollo de las TIC.
2. Es necesario fomentar programas formativos para profesionales y de los pacientes (“paciente experto”).
3. Desarrollar guías de práctica clínica con participación de las sociedades científicas.



propuestas

6.3.4.4. OBSERVACIONES:

1. Actualmente, las enfermedades crónicas son, además del principal motivo de muerte y discapacidad, la primera causa de gasto sanitario en nuestro país con el 72% del total (suponen el 80% de las consultas a atención primaria y el 60% de los ingresos hospitalarios). Los costes en los pacientes con más de una enfermedad crónica llegan a multiplicarse por seis.
2. El envejecimiento de la población y el aumento de la prevalencia de estas patologías en los últimos años demandan la necesidad de un cambio en los sistemas sanitarios. Nuestro país, junto a Italia y Japón está a la cabeza en envejecimiento de la población a nivel mundial, estimándose que para dentro de 40 años cerca del 35% de la población española superará los 65 años. Constituyen por tanto un problema sanitario de primer nivel, con un alto impacto sobre la calidad de vida, productividad y estado funcional de los pacientes, que por su magnitud pueden comprometer la sostenibilidad de los sistemas sanitarios.
3. Ya existen iniciativas de desarrollo de procesos específicos orientados a la cobertura de las necesidades de pacientes crónicos en diversas CC.AA. y también existen alternativas TIC para el seguimiento de estos pacientes.

6.3.4.5. RELACIÓN DE PROCESOS MÁS SIGNIFICATIVOS A ABORDAR:

1. Procesos de mayor interés:
 - Diabetes mellitus
 - Insuficiencia cardiaca
 - Cardiopatía isquémica
 - EPOC
 - Insuficiencia renal crónica
 - Hepatopatía crónica (cirrosis)
 - Enfermedad inflamatoria intestinal (enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa)
 - Lumbalgia
 - Artrosis
 - Artritis reumatoide
 - Enfermedades desmielinizantes (esclerosis múltiple)
 - Epilepsia
 - Extrapiramidalismos (párkinson)
 - Enfermedades mentales
 - Cáncer (pulmón, colon, mama, próstata)
2. Se considera que las actuaciones de definición de procesos e intervención deben de extenderse al enfermo frágil y geriátrico y a aquellas condiciones que conllevan elevado riesgo de enfermedad (HTA, obesidad, hipercolesterolemia...)

6.3.5. DISEÑO DE INTERVENCIONES PARA PROCESOS DE ALTO IMPACTO.

Es necesario seleccionar procesos de alta demanda y/o elevado coste para el sistema y diseñar intervenciones específicas para los mismos.

El diseño contemplará que las actuaciones que se han de desarrollar sean resultado de la acción integral de los dos niveles básicos (atención primaria y especializada) y de los subsistemas asistenciales y hacen que debamos insistir en la necesidad de una gestión integrada del conjunto.

6.3.5.1. PROPUESTA DE ACCIÓN:

1. Desarrollar un proceso de selección de las patologías de mayor relevancia por su demanda y/o coste y proceder a realizar el análisis asistencial, funcional y económico de las mismas.
2. Realizar un diseño de intervención sobre la base de la definición de los procesos que se acompañe de:
 - La protocolización de las actividades que se han de desarrollar como parte del mismo.
 - El diseño de un sistema de alertas que permita reorientar la acción de los profesionales involucrados.
 - Establecer las condiciones de coste-beneficio de la aplicación de las terapias, incluyendo el impacto en calidad de vida de acuerdo con el estado previo del paciente.

6.3.5.2. RESULTADOS ESPERADOS:

1. Mayor eficiencia en la atención sanitaria.
2. Mejora de la asistencia prestada al paciente.

6.3.5.3. IMPLICACIONES:

1. El desarrollo de los nuevos modelos asistenciales requiere de un esfuerzo constante y decidido en inversiones en TIC que deben ser vistas a la luz de los resultados de los estudios coste-eficiencia a los que se hace referencia en el último punto de la propuesta.

6.3.5.4 OBSERVACIONES:

1. Ver también el apartado dedicado a la alta resolución.



propuestas

6.3.6. DISEÑO DE INTERVENCIONES DE ALTA RESOLUCIÓN.

El establecimiento de procedimientos de trabajo que permitan ser resolutivos debe ser un objetivo global de todas las instituciones. Secundariamente es conveniente que se definan procesos de alta resolución de carácter ambulatorio o en régimen de hospital de día para los procedimientos en los que se estima que puede conseguirse beneficios para el paciente con un diagnóstico temprano y el consiguiente inicio de la terapéutica. Con todo se considera necesario orientar la aplicación de los procesos de alta resolución de acuerdo con las circunstancias individuales de cada paciente, requisito sin el cual, los beneficios percibidos (y reales) pueden ser muy limitados.

6.3.6.1. PROPUESTA DE ACCIÓN:

1. Los procesos de alta resolución deben ser orientados por los profesionales de Atención Primaria, que, cuando sea posible, desarrollarán todas las actividades preliminares sobre el paciente, susceptibles de ser ejecutadas con sus capacidades de indicación.
2. La selección de procesos de alta resolución debe responder a las necesidades reales de los pacientes y no a las facilidades de la organización para resolver determinadas patologías. Es por ello, que el diseño de la alta resolución debe enfocarse:
 - Hacia la atención a pacientes crónicos y en riesgo.
 - Hacia procesos de elevado coste cuyo manejo se beneficie de un marco de acción perfectamente definido.
 - Hacia procesos concentrados en centros de referencia.
3. La aplicación de la alta resolución debe garantizar la equidad en el acceso, atención y resolución.
4. Los protocolos de actuación en las patologías más prevalentes deben ser elaborados por el MSPSI para unificar las actuaciones en los Servicios de Salud.

6.3.6.2. RESULTADOS ESPERADOS:

1. Mayor resolutiveidad del sistema sanitario.
2. Reducción de las estancias hospitalarias.
3. Mejor accesibilidad y confortabilidad para los pacientes.
4. Disminución del número de consultas y duplicidad de pruebas complementarias.
5. Mayor rapidez en el inicio de los planes terapéuticos, consiguiendo mejores resultados y a menor coste.

6.3.6.3. IMPLICACIONES:

1. La definición de procesos, debería de acompañarse en la medida de lo posible de formas de definición de praxis (del conjunto de sus partes o de las más relevantes de ellas) que permitan que las respuestas de la organización ante ellos sea, sino estándar, al menos homogénea y de calidad.
2. Supone un compromiso de las CC.AA. y a los profesionales en la aplicación de pautas de actuación homogéneas.

6.3.6.4. OBSERVACIONES:

1. Debemos de llamar la atención en que, de facto, lo que es deseable es ser resolutivos más que diseñar actuaciones específicas para atender determinada casuística, si bien es verdad que la protocolización de intervenciones, en determinados grupos de patologías, sobre todo cuando su resolución se acompaña de marcos de multidisciplinariedad, solo puede ser beneficiosa.
2. Ver también el apartado dedicado a la alta resolución.

6.3.7. DISEÑO DE SISTEMAS DE ACTUACIÓN ANTE URGENCIAS LEVES.

Es necesario diseñar actuaciones específicas para la asistencia de los pacientes que demandan asistencia sanitaria urgente para patologías leves.

6.3.7.1. PROPUESTA DE ACCIÓN:

1. Diseñar un sistema de atención inmediata para las demandas de urgencias leves que permita discriminar por niveles de complejidad la atención de estos procesos, movilizandolos recursos adecuados para cada patología. Este diseño debería contemplar el desarrollo de:
 - Un sistema de triaje específico (sustentado sobre el uso de las TIC) para diferenciar los requerimientos de asistencia.
 - El sistema anterior podría también actuar como medio de resolución en los casos de las patologías más leves.
2. Tanto en el triaje como en el proceso resolutivo se ha de otorgar papeles más relevantes a la enfermería.
3. Facilitar el acceso de los ciudadanos a centros con dotación básica de recursos y próximos a los lugares de trabajo para procesos agudos de baja complejidad (similares a los “walking center” del NHS). En cualquier caso, todo el sistema de triaje y resolución de la patología urgente leve, formará parte de un modelo de atención integrada de los dos niveles asistenciales.
4. Concienciación de la sociedad sobre un uso racional de los recursos sanitarios.

6.3.7.2. RESULTADOS ESPERADOS:

1. La atención rápida de estos procesos en los lugares próximos al centro de trabajo o de su domicilio permitiría disminuir la utilización de otros servicios de urgencias hospitalarios, con la consiguiente reducción de costes.
2. Por otra parte, facilitaría la labor de los médicos de atención primaria y de los especialistas de los centros de especialidades que se ven desbordados por demandas urgentes que acuden sin cita previa y enlentecen y sobrecargan la consulta diaria.
3. Uso racional de los recursos sanitarios.

6.3.7.3. IMPLICACIONES:

1. Supone planificar e implantar una red de atención a las urgencias diferente a la actual.
2. Sería necesario un cambio de cultura en los ciudadanos, con la implicación de utilización adecuada de los recursos sanitarios, por lo que es necesario hacer hincapié en la educación sanitaria.
3. Para los profesionales habría que volver a valorar de forma adecuada la importancia de la realización de una buena historia clínica.



propuestas

6.3.8. MEDICINA PERSONALIZADA.

Entendemos el término “medicina personalizada” (o individualizada, o posgenómica) como aquella que persigue ajustar el tratamiento de un paciente concreto a sus circunstancias (individualidad genética, constitucional y química) en relación con su/s enfermedad/es y con su diagnóstico “molecular”. Ello permite una mejor precisión en la prescripción y administración de cada fármaco que a su vez puede llevar a mayores eficacias y menores riesgos.

Para ella, recomendamos establecer una estrategia desde la autoridad sanitaria estatal, consensuada con los servicios de salud, que establezca un marco de regulación para el desarrollo de la “medicina personalizada”.

Ello permitirá trasladar equitativamente a la sociedad y de modo coste efectivo los beneficios de la medicina personalizada en la precisión en la prescripción y administración.

6.3.8.1. PROPUESTA DE ACCIÓN:

1. La aplicación de estos nuevos tratamientos debe ser progresiva y, en todo caso, regulada previo análisis preliminar por agencia cualificada, en el que se expongan las ventajas de su aplicación respecto a tratamientos preexistentes.
2. La puesta en marcha de acciones en materia de medicina personalizada debería hacerse efectiva en marcos de contratos con riesgo compartido, ligado a los resultados, al menos mientras la evidencia científica no haya permitido establecer claramente que los tratamientos son, sin duda, coste-eficientes.

6.3.8.2. RESULTADOS ESPERADOS:

1. Ventajas derivadas de individualizar los tratamientos en los resultados finales (curación, mejora de la supervivencia, aumento del número de años vividos libres de incapacidad,...) y la reducción de efectos secundarios al dirigirse contra dianas terapéuticas identificadas mediante test diagnósticos moleculares.

6.3.8.3. IMPLICACIONES:

1. Los costes de la medicina personalizada son elevados al menos en la fase de desarrollo actual en nuestro entorno.
2. La industria farmacéutica multinacional implantada en nuestro país debería implicarse en escenarios de riesgo compartido en el desarrollo de la medicina personalizada.

6.3.8.4. OBSERVACIONES:

1. Es necesario establecer los criterios –uniformes- que el sistema debe usar para su desarrollo con criterios coste-beneficio.

6.4. ORDENACIÓN DE SERVICIOS. LOS SISTEMAS DE REFERENCIA. EL TERCARISMO.

Se presentan 4 propuestas que afectan a la ordenación de los servicios en el Servicio Nacional de Salud, incluyendo:

- Ordenación de las prestaciones sanitarias.
- Ordenación de recursos: servicios de referencia.
- Integración de la gestión de niveles asistenciales.
- Libre elección.

6.4.1. ORDENACIÓN DE LAS PRESTACIONES SANITARIAS.

Es imprescindible ordenar y coordinar las prestaciones sanitarias y el desarrollo y mantenimiento de los servicios/ unidades que han de desarrollarlos, y guiarlas por la búsqueda de la eficiencia y la mejora de los resultados de salud.

6.4.1.1. PROPUESTA DE ACCIÓN:

1. Es necesario establecer carteras de servicios uniformes para cada tipo de recursos y definir el tipo de unidades/ servicios que han de darle cobertura.
2. El desarrollo de nuevos servicios/unidades debe ser regulado y estar ligado a su viabilidad.
3. Posiblemente sea necesario establecer mecanismos de “uso tutelado” de determinadas prestaciones como elemento lógico de seleccionar los recursos que pueden abordarlas.
4. En la definición de las condiciones para el desarrollo de nuevas unidades/servicios y nuevas prestaciones, o el cambio de la regulación de las que existiesen, deben participar las agencias de evaluación de tecnologías sanitarias dependientes de las Comunidades Autónomas, que habrán de trabajar adecuadamente coordinadas. Sus propuestas habrán de fijar criterios de planificación, teniendo carácter de regulación común del sistema sus decisiones y revisiones.

6.4.1.2. RESULTADOS ESPERADOS:

1. Cabe esperar que lo anterior permitirá racionalizar la estructura de la oferta, evitando la natural tendencia a la búsqueda de la relevancia institucional en función de los servicios disponibles y las prestaciones desarrolladas.
2. Lo anterior llevará a ajustar el número de servicios a las necesidades asistenciales reales.
3. Evitar duplicidades de prestaciones de servicios.

6.4.1.3. IMPLICACIONES:

1. Es necesario alcanzar acuerdos que permitan coordinar a las agencias de evaluación de tecnologías sanitarias y dar carácter normativo para el sistema a las propuestas emitidas por ellas.
2. Será preciso realizar estudios de necesidad/mercado de demanda de población de determinadas prestaciones sanitarias.



propuestas

6.4.2. ORDENACIÓN DE RECURSOS: SERVICIOS DE REFERENCIA.

Aconsejamos desarrollar de nuevos modelos de ordenación que permitan racionalizar los recursos del sistema, compartiéndolos y asegurando su capacidad para prestar servicios de calidad.

6.4.2.1. PROPUESTA DE ACCIÓN:

1. La asistencia prestada por servicios/unidades de referencia o en casos de excepcionalidad epidemiológica (enfermedades raras) debe ser financiada de modo singular y, al menos en parte, por recursos que acompañen al paciente y que puedan ser transferidos con el mismo.
2. A los efectos de lo citado en el punto 1 anterior, se sugiere la existencia de tarifas “ad hoc” que, al menos en enfermedades raras y enfermedades que requieran tratamientos de complejidad excepcional, debería regularse con carácter central para todo el sistema, sugiriéndose también que, para estas situaciones, se definan modelos de tratamientos considerados adecuados.
3. La excepcionalidad que pudiera requerirse para el tratamiento y manejo adecuado de situaciones singulares (epidemiológicas o sociales) debe quedar establecido en el momento de la puesta en marcha del servicio/unidad o ser parte de los antecedentes de su acreditación (ver punto 4 siguiente).
4. Debe existir un mecanismo acreditador, independiente, que establezca el cumplimiento de los requisitos de apertura/mantenimiento de cada servicio/unidad, como garantía de la calidad de la oferta. Dicho mecanismo deberá atender a la cobertura de los mínimos necesarios para el desarrollo de la actividad y, especialmente, al mantenimiento de la capacitación y habilidades de los profesionales.

6.4.2.2. RESULTADOS ESPERADOS:

1. Mejora de la eficiencia del sistema y de la seguridad y calidad de los servicios prestados.
2. Mejora de las actividades de docencia e investigación.

6.4.2.3. IMPLICACIONES:

1. Esta propuesta requiere de una planificación previa de los recursos establecida por la autoridad sanitaria en base a criterios objetivos de necesidad y viabilidad (económica y/o social).

6.4.3. INTEGRACIÓN DE LA GESTIÓN DE NIVELES ASISTENCIALES.

Es necesario el desarrollo de nuevos modelos de administración y gestión integral de los niveles de atención primaria y especializada que también han de incluir a los conocidos como subsistemas asistenciales (salud mental, asistencia socio-sanitaria, emergencias médicas...).

6.4.3.1. PROPUESTA DE ACCIÓN:

1. La unión ha de ser, en primer término, administrativa y de gestión, pero ha de reflejarse en la organización y funcionalidad del sistema a través de la existencia de modelos de definición de praxis (procesos).
2. La integración de niveles y subsistemas conlleva la existencia de transparencia en la información que, a su vez, debe llevar a evitar algunos de los problemas relevantes del trabajo sectorizado tales como la incomunicación e incomprensión entre los profesionales, la duplicidad de pruebas, la receta inducida, etc.

6.4.3.2. RESULTADOS ESPERADOS:

1. Del modo anterior puede conseguirse la racionalización de los procesos asistenciales, el mejor ajuste del lugar de la asistencia a las necesidades del paciente y una efectiva mejora del nivel de salud de la población.
2. Adicionalmente se estima que la integración puede conllevar mejoras en la gestión de RRHH y de la adquisición de bienes y servicios.



propuestas

6.4.4. LIBRE ELECCIÓN.

En general, los modelos de libre elección son deseables y se sugiere su aplicación en la elección de servicios.

En principio la libre elección debe quedar acotada al nivel de Comunidad Autónoma, si bien puede contemplarse su extensión, a medio plazo, al desplazamiento de pacientes hacia los servicios de referencia de su elección.

6.4.4.1. PROPUESTA DE ACCIÓN:

1. Se sugiere la aplicación de la libre elección cuando se den circunstancias que lo hagan posible (existencia de alternativas en territorios no excesivamente extensos) y cuando hubiera sido completada y plenamente aplicada la ordenación territorial de la asistencia.
2. La libre elección, que mejora la percepción del usuario del sistema respecto a éste y le transfiere sensación simultánea de libertad y seguridad, debe conllevar un sistema de financiación que acompañe al paciente.
3. Es necesario establecer mecanismos de control, al menos en los momentos iniciales de aplicación de la libre elección, que permitan preservar la equidad y que el paciente desplazado no dispone de ninguna forma de trato singular con respecto al resto de los pacientes, especialmente en lo que respecta a listas de espera, así como la eficiencia (la libre elección no puede conllevar la multiplicación de demandas de asistencia).
4. Se sugiere la creación de un observatorio de la evolución del papel de “agente” de distintos actores del sistema en la libre elección y de la motivación de origen del desplazamiento.

6.4.4.2. RESULTADOS ESPERADOS:

1. Mejora del nivel de satisfacción de los ciudadanos.

6.4.4.3. IMPLICACIONES:

1. Es necesario que la transferencia de la información clínica-administrativa del paciente sea fácil, bien en soportes personales (tarjeta sanitaria) bien estableciendo modelos de acceso a la documentación o transferencia de la misma que haga posible que la institución receptora disponga de información plena sobre el paciente y se evite la repetición de pruebas y procedimientos.

6.4.4.4. OBSERVACIONES:

1. La necesidad de nuevos modelos de integración de niveles y subsistemas asistenciales (salud mental, asistencia socio-sanitaria, emergencias médicas...) se basa tradicionalmente en modelos de ordenación de la asistencia de base territorial. Se considera necesario establecer su posible convivencia con los modelos de libre elección.

6.5. PROGRESO INSTITUCIONAL. INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA. PROGRESO TECNOLÓGICO.

Se presentan las siguientes 6 propuestas:

- Criterios de incorporación (y sustitución) de tecnologías.
- Adquisición y renovación de equipos.
- Desarrollo de las tecnologías de la información y comunicaciones (TIC).
- Vías de generación de recursos.
- Venta de servicios a terceros.
- Desarrollo de I+D+i.



propuestas

6.5.1. CRITERIOS DE INCORPORACIÓN (Y SUSTITUCIÓN) DE TECNOLOGÍAS.

Se propone el desarrollo de criterios de adquisición, uso, progreso y sustitución de los equipos, sistemas, materiales y tecnologías a aplicar en los hospitales.

6.5.1.1. PROPUESTA DE ACCIÓN:

1. Se deben de establecer criterios de planificación de uso (sobre bases científicas) y, a partir de ello, de necesidad de adquisición de equipos y sistemas de alta tecnología, novedosos o sometido a rápido progreso bien sea de las prestaciones bien de los elementos que le dan soporte.
2. De igual manera deben establecerse criterios objetivos que permitan establecer la obsolescencia y los plazos de reposición.
3. De ambos aspectos debería ocuparse un sistema de evaluación de las nuevas tecnologías basado en el trabajo coordinado y unificado de las agencias existentes.
4. Finalmente, se considera aconsejable:
 - Promover condiciones que permitan establecer los precios públicos de los equipos y de sus principales complementos/prestaciones adicionales, como ocurre en la mayoría de los sectores comerciales.
 - Establecer un observatorio central que se ocupe de seguir las ventas realmente realizadas y ponerlas a disposición de los interesados con la colaboración de las distintas CCAA.
 - El establecimiento de un mecanismo/sistema de comparación de usos y efectos en la atención sanitaria.

6.5.1.2. RESULTADOS ESPERADOS:

1. Conseguir que la extensión de las tecnologías y su uso se produzca de acuerdo con parámetros medibles y controlables, evitando adquisiciones incontroladas de equipos innecesarios que, frecuentemente, incentivan la demanda.

6.5.1.3. IMPLICACIONES:

1. Es necesario implicar a la industria en la colaboración institucional.

6.5.1.4. OBSERVACIONES:

1. Se ha de aumentar el papel evaluador de las Agencias o incentivar la creación de una Agencia única, tipo NICE.

6.5.2. ADQUISICIÓN Y RENOVACIÓN DE EQUIPOS.

La función de adquisición y renovación de equipos debe ser establecida como una función hospitalaria en todos sus aspectos, sin perjuicio del control de los servicios centrales de la propiedad.

6.5.2.1. PROPUESTA DE ACCIÓN:

1. Convertir la responsabilidad de compra en una función gerencial del hospital-empresa y reservar la centralización de las funciones de compra para los concursos de economía de escala.
2. Trasladar esa responsabilidad gerencial en la compra a los usuarios finales de los equipos a través de los sistemas de riesgo/beneficio inherentes a los modelos de gestión clínica.
3. Ampliar las posibilidades de disposición de equipos y sistemas, posibilitando el uso de todas las modalidades de adquisición (desde el alquiler a la compra) y dentro de ellas con diversos alcances (desde solo equipo hasta servicio, incluyendo mantenimiento, reposición y actualización).
4. Deben considerarse especialmente las nuevas formulaciones en la disposición de equipos y sistemas basadas en “contratos de riesgo compartido” (cuando fueran posibles marcos para colaborar con un socio tecnológico), incluyendo en su caso el posible uso de sistemas de “pago capitativo”.

6.5.2.2. RESULTADOS ESPERADOS:

1. Evitar los errores que las compras centralizadas crean por falta de ajuste a las necesidades reales de la empresa y, muy especialmente, por no reconocer como esenciales los servicios a prestar en proximidad (por ejemplo el mantenimiento).
2. Minusvaloración de los efectos de los incentivos a la compra ejercidos sobre los profesionales (mediante una cadena de responsabilidad auténtica).
3. Eliminar, en la medida de lo posible, la compra de elementos (o prestaciones) superfluos, trasladando al proveedor la responsabilidad de la producción de servicios y su calidad.

6.5.2.3. IMPLICACIONES:

1. Es imprescindible la puesta en marcha de modelos de gestión clínica y de gestión de recursos humanos que permitan establecer mecanismos de riesgo/beneficio reales.

6.5.2.4. OBSERVACIONES:

1. Se considera complicado desarrollar estos cambios por la tendencia centralizadora de los Servicios de salud y la resistencia a ceder protagonismo a los gestores de la actividad.

6.5.3. DESARROLLO DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES (TIC).

Las Tecnologías de la Información y Comunicaciones (TIC) son una herramienta esencial en el progreso institucional e imprescindibles para conseguir una gestión integral y eficiente de los procesos hospitalarios y, como tales, debe promoverse su desarrollo y potenciación.

Además son vitales en la “transparencia” del sistema, facilitando la coordinación entre los diversos actores que participan en el proceso asistencial.



propuestas

6.5.3.1. PROPUESTA DE ACCIÓN:

1. Debe darse un salto definitivo en el desarrollo y extensión de las TIC basado en:
 - La homogeneización de criterios para el manejo común/transferencia de la información.
 - El abordaje “integral” e “integrador” de los diversos ámbitos de la gestión hospitalaria y, especialmente, la creación de condiciones para la transferencia de información entre los sistemas centrales de gestión y los departamentales.
2. Para conseguir lo anterior se considera necesario potenciar las compras e inversiones en informática de acuerdo con criterios uniformes y homogéneos que contemplen la realidad futura de integración de niveles asistenciales y subsistemas.
3. Igualmente se considera necesario, promover un marco regulador que establezca los estándares que permitan la transferencia de información entre los distintos Servicios de Salud o, que, al menos, a nivel estatal, se disponga de medios para garantizar que la información pueda ser transferida.
4. Potenciar el desarrollo final de los sistemas de telemedicina traspasando el límite del telediagnóstico.

6.5.3.2. RESULTADOS ESPERADOS:

1. Historia clínica electrónica de acceso “universal” y útil en la transferencia de información con independencia de donde se encuentre el paciente.
2. Que dicha información accesible a través de la TIC permita la atribución del coste de la prestación al responsable de su abono, previa autorización si fuese precisa (atención no urgente).
3. Que la Historia Clínica única del paciente y su disponibilidad, con los controles de seguridad adecuados, sean accesibles al paciente en todo momento (vía web) y al profesional con ocasión de la atención sanitaria demandada.
4. Sistemas departamentales fácilmente integrables.
5. Evitar duplicidades de pruebas, tratamientos, efectos secundarios de tratamientos o empeoramiento del paciente por falta de información.

6.5.3.3. IMPLICACIONES:

1. Necesidad de inversiones por los Servicios de Salud.
2. Necesidad de un mayor papel coordinador del MSPSI a través del CISNS.

6.5.3.4. OBSERVACIONES:

1. La realidad es que el desarrollo de las TIC es incompleto y es notoria la falta de coordinación entre los sistemas empleados en distintos Servicios de Salud y aun dentro de ellos, entre centros y servicios.

6.5.4. VÍAS DE GENERACIÓN DE RECURSOS.

El hospital debe actuar como generador de recursos en todas las áreas propias de su actividad y en aquellas otras conexas con ellas, en las que existen posibilidades u oportunidades de comercialización de sus servicios, con el único límite de su viabilidad en condiciones de mercado.

6.5.4.1. PROPUESTA DE ACCIÓN:

1. Se pondrán en marcha medios que permitan alcanzar acuerdos de colaboración mercantil con los diversos agentes tradicionalmente intervinientes en el desarrollo de actividades encaminadas a consolidar los efectos económicos de labores de investigación (patentes), docencia o formación.
2. Igualmente, se deben articular procedimientos que permitan facturar, cobrar y, en su caso, abonar los servicios especiales que lo requieran a los profesionales que colaboren en el desarrollo de esas actividades (cuando las mismas no formen parte de las englobadas en sus contratos).
3. Los dos aspectos anteriores obligan a marcos de mayor autonomía de gestión o a realizar estas funciones a través de entidades interpuestas bien sean fundaciones, institutos u empresas con capacidad para ejecutarlas, si bien estas han de compensar al hospital por su impacto en su actividad y/o en sus costes.
4. Debe ser objetivo de los gestores de los hospitales crear condiciones que permitan imprimir a sus actividades “marchamo de calidad” y, en ello deben considerarse elementos esenciales:
 - La/s acreditación/es de calidad.
 - El establecimiento de marcos de colaboración con la universidad, la industria y las instituciones en asociaciones, clúster, parques empresariales o similares que generen el atractivo de la concentración de esfuerzos en la misma dirección.

6.5.4.2. RESULTADOS ESPERADOS:

1. Se espera generar recursos vía venta de servicios.
2. Optimizar el rendimiento y recursos de las instalaciones hospitalarias.
3. Incrementar el valor del hospital.

6.5.4.3. IMPLICACIONES:

1. Necesidad de cambios normativos que permitan llevar a cabo las acciones propuestas.

6.5.4.4. OBSERVACIONES:

1. Para la generación de riqueza se consideran esencialmente dos vías:
 - En investigación e innovación a través de las patentes, de la venta de servicios en el mercado o de la extensión de proyectos (spin-off).
 - Como empresa “experta en salud” prestando su experiencia en la venta de servicios tales como formación, docencia, asesoría, aseguramiento... en ciencias de la salud o en áreas en las que el hospital es plataforma idónea para la formación de profesionales (ingeniería, economía, área social, etc.).
2. Hace falta una madurez de la sociedad para poder plantear la venta de servicios (presentar al hospital como empresa de conocimiento que genera valor económico para la propia sociedad).



propuestas

6.5.5. VENTA DE SERVICIOS A TERCEROS.

En hospitales públicos existen áreas de trabajo que, una vez cumplidos sus objetivos de servicio público, disponen de capacidades excedentarias. Dichas capacidades derivan del exceso en la capacidad instalada consecuencia del modelo organizativo actual con producción concentrada en horario de mañana. Deben usarse las citadas capacidades remanentes para dar soporte a actividades de venta de servicios a terceros.

6.5.5.1. PROPUESTA DE ACCIÓN:

1. La venta debe ser analizada centro a centro y ser resultado de un proceso de planificación de detalle, siendo sus resultados expuestos claramente, en términos de balance social.
2. La venta de servicios propuesta deberá realizarse en servicios en los que no pueda identificarse compromiso alguno de producción con la misión propia del centro, requisito imprescindible para legitimar dicha venta.
3. Los precios de venta que se establezcan deben ser justos y reconocer la totalidad de los costes de producción, evitando que puedan ser considerados “predatorios”, basados en costes marginales y, por tanto calificables genéricamente como “dumping”. Esto solo dañaría al sector privado de proveedores lo que, finalmente, no beneficia a nadie.

6.5.5.2. RESULTADOS ESPERADOS:

1. La venta de servicios puede ayudar a financiar a los hospitales.
2. Cabe esperar la recuperación de la inversión en tecnologías.

6.5.5.3. IMPLICACIONES:

1. Para la puesta en marcha de la venta de servicios es imprescindible que los ingresos derivados de ello repercutan –en todo o en parte- en las instituciones y, por supuesto, que existan mecanismos para facturar. No se considera compatible esta venta con el modelo de caja única imperante.
2. Los trabajos de los profesionales que fueran necesarios para la venta de servicios deberán poder desarrollarse sin recurrir a sistemas de pago de servicios tipo “peonadas” que tantos efectos adversos ha causado en el sistema.
3. Por tanto, se precisarían cambios normativos tanto en el régimen económico de las instituciones como en el régimen laboral.
4. Cabe esperar una fuerte resistencia profesional a la puesta en marcha de ventas de servicios directas por y como consecuencia de intereses interpuestos.

6.5.5.4. OBSERVACIONES:

1. Posiblemente las capacidades instaladas excedentarias se incrementen a medio plazo si se produce un ajuste realista de la producción hospitalaria actual a las “necesidades reales de la población”.
2. Las ventas de servicios podrían ser realizadas a terceros países cuyas infraestructuras se muestran insuficientes, además de mercados locales de carácter privado (particulares, empresas, seguros, mutuas patronales,...).
3. Es posible que algunas de las ventas de servicios puedan ser canalizadas a través de las fundaciones existentes en alguno de los hospitales sobre todo en la medida en que dichas ventas sean posibles de acuerdo con su objeto.

6.5.6. DESARROLLO DE I+D+I.

Es deseable la existencia de las condiciones que permitan desarrollar y potenciar la I+D+i en nuestros hospitales que debe ser considerada como un área de negocio independiente, aunque tenga una influencia decisiva en el reconocimiento del hospital y de la calidad de sus restantes servicios.

Ese desarrollo de la I+D+i debe basarse en reglas de mercado y solo sobrevivir en condiciones de explotación y balance positivas, aunque en parte, los ingresos provengan de subvenciones o aportaciones altruistas. La conclusión en publicación, y el impacto de la misma, debe ser considerada un beneficio marginal.

6.5.6.1. PROPUESTA DE ACCIÓN:

1. Para investigar es necesario disponer de instrumentos apropiados para gestionar los recursos de investigación. La posición ideal para el fomento de la I+D+i se producirá en marcos de autonomía de gestión de los centros.
2. Las unidades de investigación deben compensar los costes que inducen en el funcionamiento hospitalario y compensarlo en su valor real.
3. Debe potenciarse la innovación que a medio plazo, será fuente de recursos para los centros y probablemente uno de los soportes esenciales de la investigación no financiada o subvencionada con fondos públicos o mecenazgos que, por otra parte, tenderán a disminuir en tiempos de crisis.
4. Deben establecerse mecanismos de acreditación independientes de los recursos de investigación sobre las bases que establezca la normativa de las administraciones públicas.
5. La investigación debe basarse en una orientación decidida en el marco de cada unidad investigadora, sin perjuicio de la existencia de cauces que permitan canalizar la creatividad.

6.5.6.2. RESULTADOS ESPERADOS:

1. Mejora de la competitividad en la captación de fondos públicos y privados destinados a la investigación.
2. Mayor eficacia y eficiencia investigadora de los Centros.
3. Atraer talentos. Más satisfacción de los profesionales investigadores.
4. Progreso económico en el área sanitaria y mejora de la imagen de la sanidad de España.

6.5.6.3. IMPLICACIONES:

1. Requiere de compromisos públicos de apoyo a la política de desarrollo de la I+D+i.
2. Necesidad de sinergias con partners públicos y privados: Institutos de investigación CSIC, parques (o clúster) tecnológicos, industria farmacéutica y de la tecnología... La universidad debe ocupar un papel destacado en la búsqueda de sinergias en I+D+i.
3. Se hace imprescindible la captación de fondos privados a través de instituciones o de figuras como el fund-raising (mecenazgo).

6.5.6.4. OBSERVACIONES:

1. Posiblemente a medio plazo el desarrollo de la investigación responda a criterios de mercado y solo una parte de la actividad sea de financiación pública y/o altruista (mecenazgo) destinada a dar cobertura a líneas sin resultado de aplicación comercial.



vocación institucional de AbbVie:

VOCACIÓN INSTITUCIONAL DE ABBVIE: CONTINUIDAD DE LA COLABORACIÓN EN EL DESARROLLO DE PROYECTOS DE GESTIÓN SANITARIA.

AbbVie cree en la conveniencia de seguir impulsando proyectos en materia de gestión sanitaria, siendo su intención examinar los resultados del Proyecto AMPHOS y colaborar con el Sistema Nacional de Salud en el desarrollo y puesta en marcha de mejoras en la gestión y administración del mismo, de cara a su sostenibilidad.

Consecuentemente, los resultados del Proyecto AMPHOS servirán para trazar nuevas líneas de trabajo con respecto al papel de la Industria Farmacéutica en el mantenimiento de la calidad y sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, como lo hicieron previamente las recomendaciones establecidas en el Informe Bernat Soria.



Con el aval de

