

Empantanados

Rafael Bengoa*

Entorno externo cambiante, entorno interno empantanado

En España, por primera vez, pronto habrá más pensionistas que jóvenes de menos de 16 años. Los “baby boomers”¹ son una cuarta parte de la población Europea. En los EEUU, en las próximas 24 horas, habrá 4.100 personas más diagnosticadas con diabetes, 230 amputaciones, 120 pacientes que empiezan con fallo renal y 55 nuevos ciegos debidos a su diabetes.² En Europa las estadísticas indican la misma tendencia.

Por otro lado, los factores de riesgo que desencadenan muchas de las enfermedades crónicas están en aumento. Por ejemplo, en EEUU y en Europa se calcula que la expectativa de vida podría reducirse en cinco años en las dos próximas décadas si los niveles de obesidad actual continúan creciendo. En estas condiciones se estima que 1 de cada 4 personas nacidas hoy pueden desarrollar una diabetes durante su vida.

Las consecuencias sobre el sistema de salud son previsible. En el sistema de salud, el 80% de las consultas de Atención Primaria y el 60% de los ingresos hospitalarios son de pacientes con enfermedades crónicas.

Es evidente que estamos ante el reto sanitario más importante de estas décadas. En este contexto, la simple extensión del modelo actual será una oportunidad perdida. El modelo actual está diseñado para atender a las enfermedades agudas y no podrá con la epidemia de crónicos. El poder del contexto nos obliga a buscar un nuevo camino.

Las enfermedades crónicas, el envejecimiento de la población, los avances tecnológicos, la epidemia de la obesidad -todos ellos en gran medida empujados por

fuerzas externas al sistema de salud- no son continuas. Todas ellas se mueven a un ritmo mayor que el de las organizaciones internas del sector. Se debe reconocer que el entorno externo al sistema de salud ya no es lineal ni continuo ni lo será en las décadas que siguen.

No todos los problemas están afuera del sistema de salud. Es importante analizar también la organización internamente porque estos retos internos son más controlables que los externos.

Internamente el sistema de salud y social actual está concebido y desarrollado con una presunción de continuidad. En grandes líneas sigue organizado de la misma forma que hace décadas con independencia de los cambios demográficos y epidemiológicos habidos en los últimos años. En estas condiciones, no debe extrañar que las organizaciones internas al sistema de salud y socio sanitario -los hospitales, centros de salud, centros de asistencia social- estén continuamente con la sensación retraso, de tener que ponerse al día.

Internamente, el sistema de salud está empantanado. En un doble sentido. Sigue enfocando todos sus esfuerzos en un modelo asistencial centrado en lo agudo mientras que el nuevo entorno externo le exige cambios y en segundo lugar, los responsables del sector siguen privilegiando un estilo liderazgo y modelo de gestión centralizado que no da más de sí.

Los factores que conforman el entorno interno de una organización son la cultura de la organización, los recursos, los sistemas de incentivos y desincentivos, la existencia o no de visión, la estructura organizativa, las normas y el estilo de liderazgo y de gestión.

Este artículo se detiene en este último apartado, el

* Director Kroniker³: Observatorio Internacional para la Calidad y Gestión en Enfermedades Crónicas
Correspondence to: rafben1@yahoo.com

del estilo de liderazgo y de gestión, por considerarse uno de los más ignorados y sin embargo más influyente en el sector de la salud.

Empantanados en un modelo de agudos

En términos organizativos, el reto de los próximos años será conseguir la migración del sistema de salud actual centrado en enfermos agudos a uno centrado en los pacientes agudos y crónicos. Este cambio se resume en la figura 1 y se desarrolla más extensivamente en otros documentos.⁴

¿Cual es la situación hoy? Conocemos la epidemia de enfermos crónicos, sabemos que el sistema está excesivamente centrado en lo agudo, la fragmentación entre niveles asistenciales es evidente y los pacientes crónicos están a menudo fuera del radar del sistema de salud. Entre otras cosas, la consecuencia probada de esta situación es que no reciben el tratamiento y los cuidados adecuados en un 55% de los casos y el 50% de la medicación no se toma correctamente.⁵

Hoy	Mañana
<ul style="list-style-type: none"> • El paciente aparece • El paciente es tratado • El paciente es dado de alta • El paciente desaparece de la pantalla del radar 	<ul style="list-style-type: none"> • El paciente aparece o se busca • El paciente es tratado por equipo multidisciplinar • El paciente es dado de alta con un tratamiento y plan preventivo • El paciente es activo y recibe apoyo continuo del sistema • El paciente es socio-sanitario • El paciente continúa en la pantalla del radar con monitorización remota y su historia clínica electrónica

Figura 1
Fuente: R. Bengoa (Observatorio Kroniker)

Por otro lado, sabemos en gran medida qué hacer para corregir esta situación. Conocemos los modelos que se podrían aplicar; conocemos los resultados en salud y en gestión que aportan esos modelos y es creciente la demanda de cambio por parte de los profesionales y usuarios.

La intención de estos cambios es asegurar que el paciente no desaparezca de la pantalla del radar del sistema de salud pudiendo así conectar continuamente con él, hacer un seguimiento más directo de su evolución a menudo usando la gestión del caso por profesionales especializados, mandarle recorda-

torios preventivos y educar al paciente de forma estructurada y organizada. En otras palabras, el enfermo crónico pasa de ser invisible a visible para el sistema de salud.

Existen diversos modelos para organizar la medicina de esta forma más proactiva siendo los modelos de Gestión de Enfermedades Crónicas (McColl Institute en Seattle. USA) y el modelo de la pirámide de riesgo de Kaiser Permanente (estratificación del riesgo) los más influyentes en Europa y EEUU, Australia y Canadá.⁶

Se puede concluir que conocemos “porqué” tenemos que cambiar y también “qué” hacer para avanzar hacia un modelo asistencial más equilibrado para los enfermos crónicos. Sin embargo, al sistema de salud en nuestro país le está costando iniciar el camino del cambio.

¿Qué está impidiendo avanzar ?

¿Empantanados en un modelo de liderazgo?

La transformación descrita es un reto clínico y de organización asistencial así como un reto de liderazgo y de modelo de gestión.

Este artículo sugiere una línea de avance para iniciar este cambio sobre la base de lo que ha permitido avanzar esta agenda en otros países y en algunas organizaciones en España.

Se propone avanzar en dos grandes líneas de actuación:

- A. Replantear el **modelo de liderazgo y de gestión**
- B. Gestionar “**sistemas**”, no estructuras.

Replantear el modelo de liderazgo y de gestión

En grandes líneas, uno puede dirigir el sistema sanitario de varias formas:

- Desarrollando una gestión de arriba-abajo centralizada.
- Usando incentivos de mercado animando la competencia entre centros y profesionales para aumentar la eficiencia y la calidad.
- Posibilitando mayor elección y más voz a los ciudadanos para que ayuden a dar forma al sec-

tor desde abajo.

- Desarrollar la capacidad de liderazgo local por los profesionales y usuarios del sistema.

De las cuatro líneas de actuación mencionadas más arriba, en España nos hemos concentrado en la primera una gestión de arriba-abajo centralizada. Probablemente estemos entre los mejores del mundo en este tipo de gestión en la actualidad.

Las otras tres opciones de gestión del sector -más voz y elección, más competencia e incentivos y el desarrollo de un liderazgo local- más bien brillan por su ausencia en nuestro país.

En ciertos países de nuestro entorno, especialmente en Suecia y Inglaterra, se está dando forma a las cuatro líneas de actuación buscando un equilibrio en la forma de gestión del sector público, usando más de una polea de cambio.

Es cierto que aún subsisten dudas sobre la utilización de incentivos de mercado es una línea de trabajo que produce los resultados esperados en eficiencia y calidad en el sector público. Mientras los estudios determinan si esto es así, se sugiere en este artículo que podríamos concentrarnos sobre las otras dos líneas de actuación que complementarían a la forma de gestión centralizada prevalente en el sector en los últimos años. Concretamente podríamos dar más voz y elección a los usuarios y desarrollar la capacidad de liderazgo local por los profesionales.

Las Comunidades Autónomas (CCAA) han adoptado en general un modelo de gestión centralizado en los últimos años. Probablemente esto ha sido acertado en los momentos posteriores a la descentralización del Insalud, momento en el que una CCAA necesitaba organizar sus recursos, regular y establecer estándares, reforzar las inspecciones, desarrollar sistemas de gestión estandarizados y exigir mayor rendimiento al sistema de salud.

Sin embargo, nos hemos quedado empantanados en ese modelo de gestión. Es probable que esa forma de actuación haya sido útil pero es evidente que ya no consigue generar confianza ni aprovechar la energía del sector. Entre sus limitaciones, este estilo de gestión centralizado de arriba-abajo burocratiza el sec-

tor, implica a menudo una microgestión política de los proveedores y sofoca la energía y la ambición de mejora de los profesionales en la red.

Consecuentemente, en la actualidad, el estilo de liderazgo en el sector en España no se está aprovechando del capital intelectual de los profesionales del sector. El entorno interno del sistema de salud y especialmente el estilo de liderazgo y de gestión directa ejercido en el sector actúa como un importante freno al cambio inhibiendo el uso efectivo de las capacidades de la organización para hacer frente a estos nuevos retos externos.

A partir de ahora, una de las claves será repensar el papel de los órganos de decisión centrales⁸ para poder afrontar este nuevo reto.

¿Por qué cambiar lo que ha funcionado? Principalmente porque los retos externos a los que se enfrenta el sistema hoy en día son más dinámicos y los retos internos (mejora de calidad, crónicos, fragmentación, seguridad del paciente...) son muy complejos, más complejos que los retos hace 10-20 años. Para manejar esa nueva complejidad se requiere un liderazgo diferente que ejercite un modelo de gestión del sector que consiga este cambio cultural. Los cambios de los últimos años se han conseguido con una colaboración clínica de los profesionales pero no se ha solicitado su colaboración real en el liderazgo compartido del sector.

Este es el reto de los próximos años: una colaboración mayor de los profesionales y de los usuarios. Esa colaboración no se conseguirá con un modelo de gestión de intervención directa sino con un liderazgo que permita que los profesionales construyan desde abajo y que apoye a esos profesionales creando capacidad de liderazgo local.

Los directivos del ámbito central tienen un papel fundamental en esta transformación y se puede aprender de aquellas organizaciones que han conseguido este cambio en otros países. La reforma organizativa descrita más arriba es más evidente en los países y organizaciones que han ejercido un proceso más colaborativo con los profesionales del sector y en aquellas organizaciones en las que se le da una

voz creciente al usuario.^{9,10,11}

La complejidad del cambio se hace más evidente con un ejemplo.

En ciertos estudios recientes se indica que el 75% de los re-ingresos hospitalarios son evitables¹² (dentro de los 30 días de alta). Esto significa un 13% de los ingresos en un hospital actual siendo un alto porcentaje de estos pacientes enfermos crónicos que reingresan continuamente.

La evidencia científica indica que esta situación se puede corregir con una serie de mejoras:

- Disminuyendo las complicaciones durante la estancia hospitalaria
- Mejorando la comunicación en el proceso de alta hospitalaria
- Promoviendo una monitorización estrecha con el paciente
- Ejerciendo una participación activa por los pacientes
- Mejorando la comunicación y colaboración con la atención primaria después del alta.

Es decir, consiguiendo una mayor continuidad de la atención integrando procesos asistenciales y asegurando que el paciente esté en el radar durante todo el proceso. Este cambio exige una participación activa de los usuarios y de los profesionales.

La pregunta que hay que hacerse es si esta clase de mejoras se pueden conseguir con un sistema centralizado de gestión o con uno que potencie a los profesionales, a los usuarios y a los gerentes del ámbito operativo. Es decir, activando el liderazgo local en general.

La complejidad del cambio necesario en el sector implica mayor sofisticación en la gestión del sistema con el fin de conseguir que los profesionales y los usuarios jueguen un papel mucho más estratégico que en los últimos años. Es evidente que es un cambio cultural complejo. No hay varita mágica y es un cambio a medio plazo.

Esta forma más descentralizada de liderar no implica perder los beneficios logrados en los últimos años con una gestión directa y centralizada. Tampoco implica volver al pasado, a un sistema en el que los

profesionales no rinden cuentas ni reportan.

Al contrario, supone en primer lugar, solicitar de diversas formas la participación de los profesionales y usuarios/pacientes en procesos de mejora en sus sistemas locales sin imponer un modelo único y dejando un margen de maniobra a los profesionales y gerentes locales para que busquen “su” mejora. En el terreno de la calidad, la seguridad del paciente y los nuevos modelos de gestión en enfermedades crónicas, la evidencia actual indica que los cambios más importantes y sostenidos se han dado en aquellas organizaciones que permiten que el cambio venga de abajo, de los responsables y profesionales y usuarios en primera línea.¹³

En segundo lugar, el nivel central debe fortalecer la capacidad de cambio de todos los actores en esos sistemas locales por medio de unos instrumentos de apoyo en formación en gestión y liderazgo. Los responsables locales deben saber entre otras cosas, cómo movilizar equipos, construir redes, involucrar la comunidad en los cambios y conectar las iniciativas locales con las estrategias generales perseguidas por la organización central. Para avanzar en esta capacitación de los equipos locales en liderazgo será necesario fortalecer la educación y desarrollo de esos equipos y disponer de un sistema de capacitación y de apoyo continuo en el sector.

En tercer lugar, en un esquema descentralizado, los directivos centrales pueden reforzar los incentivos que promuevan que los equipos locales experimenten con sus mejoras facilitando recursos, analizando y comparando los resultados y diseminando las lecciones a otros equipos de la red.

La fuerza de esta forma de liderazgo y de gestión más descentralizada reside en aprovechar el capital intelectual de la red y abandonar la falsa ilusión de que es posible diseñar un modelo único de actuación en toda un país o comunidad autónoma. No existe una única forma de conseguir la meta de mejora, sino múltiples formas de avanzar. La variación organizativa no es un problema, sino todo lo contrario, es enriquecedora.

Aunque es probable que este cambio hacia un mayor

liderazgo clínico local suponga una tolerancia mayor a la incertidumbre, un riesgo intrínseco en un proceso de cambio de este calado, no parece que existe alternativa a seguir un proceso mucho más colaborativo a partir de ahora. En este esquema los directivos no “dirigen” ni intervienen en el sentido clásico sino que facilitan y posibilitan mejoras locales al crear un contexto más receptivo para esos cambios.

Gestionar “sistemas”, no estructuras

Existe más y más evidencia de que la fragmentación del sistema de salud y social en estructuras y compartimientos estancos es un modelo organizativo incompatible con una buena atención al paciente crónico.¹⁴ Esto no sería un gran problema si los enfermos crónicos fueran una minoría. Esto no es el caso ya que en Europa los estudios indican una tendencia con un 60% de adultos con al menos una enfermedad crónica.

En esta fragmentación del sector en sus componentes (hospitales, atención primaria, servicios sociales) subyace una lógica de gestión por estructuras en lugar de una gestión de “sistema”.

Se gestionan los diferentes componentes pero debemos preguntarnos quien maneja la visión de conjunto. ¿Cuántos gerentes en España gestionan un sistema integrado de salud y cuántos gestionan una estructura?

La consecuencia de esta fragmentación y gestión por estructuras incide directamente en los servicios prestados y en la calidad de los mismos. Ciertas tecnologías o medicamentos no son prestados al 50% de pacientes crónicos y es la principal causa de insatisfacción de los enfermos crónicos.⁹ En el estudio descrito más arriba, en el cual se indica que el 75% de los re-ingresos hospitalarios son evitables¹⁵ con una batería de intervenciones integradoras, se hace patente la necesidad de integrar un “sistema” que hoy está fragmentado.

Estos datos apuntan a la necesidad de replantear el modelo organizativo actual¹⁶ recuperando la visión de sistema no solo en el ámbito estratégico de una CCAA sino también en el ámbito operativo permi-

tiendo que en el ámbito local se puedan también desarrollar sistemas integrados de salud.

El cambio hacia una mejor organización para los enfermos crónicos es, cada vez más estratégico en el sentido de que condiciona una gran parte de la financiación y provisión del sector. Por ello los responsables estratégicos actuales del sistema de salud podrían jugar un papel fundamental para crear las condiciones de cambio. Una de sus actuaciones estratégicas más importantes será recuperar la visión de sistema por medio de ciertas actuaciones.

Las actuaciones que promueven una organización más sistémica podrían ser:

- Investigar, desarrollar conocimientos y poner mayor énfasis en la investigación de servicios de salud. Los avances en intervenciones médicas, tecnológicas y de medicamentos son importantes pero deben ser complementadas por avances en el conocimiento en nuevas formas de organización y gestión de los servicios.
- Promover el uso de los nuevos modelos de gestión de enfermedades crónicas.^{17, 18} Son modelos que defienden que las interacciones entre los elementos de un sistema son más importantes que la acción diferenciada de sus partes. En este sentido, son modelos integradores. No son marcos de trabajo a seguir al pie de la letra, sino marcos intelectuales de razonamiento para los responsables del sector del ámbito central y local.
- Experimentar con presupuestos integradores con el fin de contratar servicios integrados solicitando a los equipos locales prestadores que propongan paquetes integrados de servicios integrando la atención primaria, especializada, y servicios sociales.
- Permitir y animar la experimentación local creando condiciones para que ámbito local pueda buscar “sus” mejores soluciones. Una forma de activar la iniciativa local es proporcionar recursos y facilidades para que los equipos locales inicien pruebas pilotos de gestión de sistemas. Esto permitirá pasar de un obsesión por la gestión de estructuras a la organización de sistemas locales

de salud.

- Usar mejor el potencial creativo local como un instrumento de cambio. Las experiencias internacionales y nacionales indican que las mejores prácticas son el resultado de experiencias de demostración locales y no de los “diseñadores” organizativos centrales. Los gerentes, los profesionales de la salud y los usuarios en primera línea son los que deben de recibir apoyo para tener la capacidad organizativa para mejorar sus ámbitos de trabajo. Necesitan un marco de trabajo y unas reglas de juego y un mayor grado de libertad para probar nuevas formas de actuación. Cuando se dan las condiciones estratégicas indicadas más arriba por los responsables del sector, los equipos locales de salud estarán en mejor posición (y disposición) para especificar la forma del cambio en su ámbito operativo y se sentirán legitimados para empezar a organizar un “sistema” integrado local.
- Proporcionar instrumentos y nuevos métodos de trabajo más integradores y colaborativos. Son métodos que ayudan a gestionar el trabajo en equipo. Se están utilizando en numerosas organizaciones en el mundo. Los instrumentos que han sido particularmente útiles en la organización operativa de un sistema de salud son los modelos de gestión de enfermedades crónicas y aquellos proporcionados por el método de Avances Innovadores (*Breakthrough Series*).

Un nuevo perfil de liderazgo

Dentro de 7 años, habrá más muertes que nacimientos en Europa.²¹ Este declive demográfico tendrá muchos efectos sobre todos los sectores siendo el sector social y de la salud de los más impactados. Serán necesarios muchos cambios estructurales en el país.

Sin embargo, este no ha sido el único declive, internamente nos hemos quedado empantanados en un modelo de gestión de sector público que no podrá hacer frente a los nuevos retos. Ese modelo de gestión centralizado de los últimos años ha añadido valor pero no usa bien el talento y la energía de la red asistencial.

También exige varios cambios estructurales dentro del sector.

El primer cambio será del modelo de liderazgo. A partir de ahora, la complejidad de los cambios necesarios exigen complementar esta forma de actuación con otras formas de gestión más enfocadas al desarrollo del liderazgo y capacidad local, transformando el nivel central en una entidad menos gestora y más estratégica definiendo y evaluando los resultados esperados y contribuyendo a la diseminación rápida de las mejoras prácticas conseguidos por los equipos y sistemas locales de salud y socio-sanitarios.

El segundo cambio será de orden psicológico. El cambio de modelo de gestión requiere una actitud diferente en el ejercicio del poder y un nuevo perfil de liderazgo. En gran parte, el éxito del cambio dependerá del estilo de gestión individual de los líderes del sector. El líder de este cambio tendrá que ser más humilde en el ámbito central reconociendo que la innovación puede venir de abajo. Por otro lado tendrá que ser más valiente aceptando la variabilidad que esta forma de actuación implica y incentivando la innovación y el pleno desarrollo local.

1. Generación nacida en los años sesenta.
2. Vinicor F. DOC News. January 1, 2006. Volume 3 Number 1 p. 1 2006 American Diabetes Association.
3. Observatorio Internacional para la Calidad y Gestión en Enfermedades Crónicas. Kroniker.com (Bilbao)
4. R. Bengoa y R. Nuño. Curar y Cuidar. Innovación en la Calidad y la Gestión de las enfermedades crónicas. Un Guía Práctica para Avanzar. 2008
5. Dunbar-Jacob J Schlenk E 2001: Patient adherence to treatment regimens. Pharmaceutical Journal Vol. 267. Nov.24. 2001
6. c.f. website : Kroniker.com
7. Johan Hjertqvist, "The Health Care Revolution In Stockholm. Timbro Hälsa, 2002. (Suecia)
8. Piat W. Diverse Missions, Competition and Collaboration, CIHE. 2001 (UK)
9. Ministerio, Conserjerías, Servicios Centrales de Gestión.
10. Wagner EH. Quality improvement in chronic illness care: a collaborative approach. Jt Comm J Qual Improv. 2001;27(2):63-80.
11. Ovreveit J, Staines A 2007. Sustained Improvement. Findings from an independent case study of the Jonkoping improvement program. Quality Management in health care, 16, nº1 , pp.68-83 .
12. Irani M, Dixon M, Dean J. Care closer to home: past mistakes, future opportunities. Journal Royal Society of Medicine

- ne.2007.;100:75-77
13. Kings Fund. UK and Medicare Payment Advisory Commission study. USA.2007.
 14. Schoen C, Osborn R, Huynh PT, Doty M, Davis K, Zapert K, Peugh J. Primary care and health system performance: adults' experiences in five countries. *Health Aff (Millwood)*. 2004;Suppl Web Exclusives:W4-487-503.
 15. Kings Fund. UK and Medicare Payment Advisory Commission study. USA.
 16. Vogeli C, Shields AE, Lee TA, Gibson TB, Marder WD, Weiss KB. Multiple chronic diseases: prevalence, health consequences, and implications for quality, care management and costs. *J Gen Intern Med*. 2007;22(suppl 3):391-5
 17. Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing care for patients with chronic illness. *Milbank Quarterly*. 1996;74:511-544.
 18. Epping-Jordan JE, Pruitt SD, Bengoa R, Wagner EH. Improving the quality of health care for chronic conditions. *Qual Saf Health Care*. 2004; 13:299-305
 19. R. Bengoa y R. Nuño. Curar y Cuidar . Innovación en la Calidad y la Gestión de las enfermedades crónicas. Un Guía Práctica para Avanzar. 2008
 20. Ver “Avances Innovadores” (Breakthrough Series) en: www.kroniker.com
 21. Eurostat 2008

Full text in Spanish at www.risai.org