
FORO DE TRANSFORMACIÓN SANITARIA:

La implementación de sistemas locales de salud



Con el patrocinio de:



Los contenidos del presente Informe, Foro de transformación sanitaria:
La implementación de sistemas locales de salud a excepción de las imágenes,
cuyos derechos son propiedad de sus propietarios) están sujetos a una licencia **Creative Commons de
Atribución-NoComercial-SinDerivar 4.0 Internacional**.
Se permite la reproducción, distribución y comunicación pública siempre que se cite la autoría
(DBS Health) y no se haga un uso comercial. Puede consultarse la licencia completa en:
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>

01
Agenda común: La
Transformación Sanitaria

02
Algunas experiencias
internacionales de avance

03
Resultados preliminares

04
¿Cómo podemos acelerar el
paso hacia la implementación
de microsistemas en España?

05
Principales procesos de gestión
e innovación organizativa a
desarrollar para facilitar la
implementación de sistemas
locales de salud

06
Priorización de procesos de gestión

07
La clave está en la
implementación. Agentes
implicados y sus principales
barreras en la implementación de
sistemas locales de salud

08
Principales conclusiones

01

Agenda común: la transformación sanitaria

Los pasados días 25 y 26 de septiembre de 2014 tuvo lugar el tercer encuentro del Foro de Transformación Sanitaria. En esta nueva edición, el tema en torno al cual giró la reflexión y el aprendizaje fue: La implementación de sistemas locales de salud.

Como grupo, seguimos adelante con la idea de compartir entre todos lo que vamos aprendiendo al avanzar en nuestros procesos de transformación y reflexionar sobre cómo podemos seguir mejorando.

Sabemos que la sostenibilidad del sistema sanitario está en entredicho por razón de los enormes cambios que le acechan (demográficos, epidemiológicos, clínicos, económicos...). En este contexto de toma de decisión estratégica, hay países que deciden invertir más recursos económicos en su sistema

“La mayoría de los países avanzados están apostando por una estrategia que combina abordar una profunda transformación del modelo asistencial con la dotación adicional de recursos económicos.”

de salud, pero no abordan procesos estratégicos ambiciosos de transformación de su modelo asistencial para hacerlo más eficiente.

Este escenario es el que se ha seguido en España en los últimos años previos a la crisis. Los ciclos económicos de bonanza lo han permitido y, a pesar de tener señales claras para el cambio, por parte de algunos de los factores citados (a modo de ejemplo, las proyecciones demográficas y epidemiológicas), no hemos sido capaces de acometer con éxito el proceso de transformación del modelo asistencial, todavía muy anclado en un modelo de atención fragmentado orientado a la atención de pacientes con patología aguda. Mientras cambiaba el entorno del sector, la Sanidad no lo hacía.

Sin embargo, en el actual contexto de cambios y retos, la mayoría de los países avanzados están apostando por una estrategia que combina abordar una profunda transformación del modelo asistencial con la dotación adicional de recursos económicos, siempre y cuando el contexto lo haga posible. En España, para la mayoría de las CCAA la transformación ya es inevitable tanto por razones de calidad como de sostenibilidad.

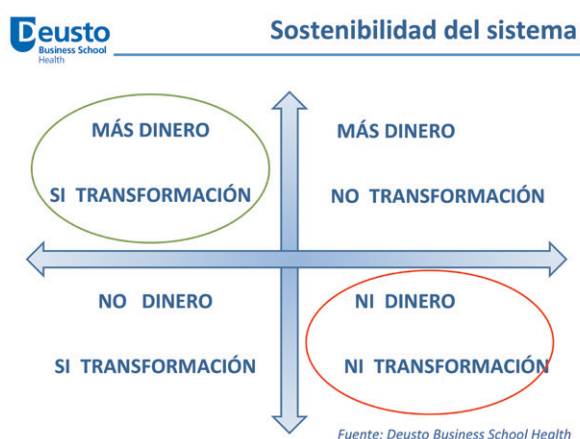
En cualquier caso, no se conseguirá el objetivo deseado de hacer sostenibles nuestros sistemas sanitarios si sólo se añaden más recursos económicos sin abordar un profundo proceso de transformación del modelo asistencial, además de ser poco probable por razón del escenario de crisis económica que estamos viviendo y los aprendizajes que nos está dejando esta crisis.

Por lo tanto, parecen observarse 4 opciones posibles según se combine la dotación de recursos económicos y el proceso de transformación del modelo asistencial:

- **Ni dinero ni transformación:** Es el peor escenario posible ya que la sostenibilidad del sistema se vería gravemente amenazada.
- **Más dinero sin transformación:** En este escenario la sostenibilidad del sistema queda en entredicho por los enormes cambios que le acechan. El sistema no podrá dar respuesta a estos cambios de manera indefinida mediante el aumento de recursos económicos, por lo que la transformación del modelo asistencial resulta indispensable.
- **Transformación sin dinero:** A pesar de que este escenario es mejor que el anterior, la falta de apoyo económico dificultará el éxito del proceso de transformación

ya que todo cambio necesita de una inversión o impulso económico inicial para su desarrollo.

- **Transformación y dinero:** Es el mejor de los 4 escenarios posibles para la sostenibilidad del sistema



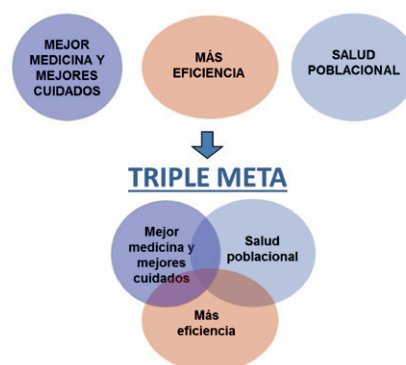
Los procesos de transformación son complejos. Implican no sólo preparar u orientar el sistema sanitario hacia una mejor gestión de los pacientes, sino además prepararlo para que esa gestión pueda realizarse en clave poblacional y del modo más eficiente posible.

Hoy en día estos tres objetivos clave: mejor prestación de cuidados y gestión de pacientes; mejores resultados poblacionales en salud y más eficiencia, se encuentran "separados o desalineados" en el sistema. Diferentes agentes abanderan la consecución de cada uno de ellos. Así, los expertos en lo que denominamos la Salud Pública han orientado sus intervenciones hacia la consecución de mejores resultados poblacionales; los clínicos se esfuerzan día a día en mejorar la prestación y la calidad de la medicina y en procurar una gestión adecuada de los pacientes y los gestores y directivos del sistema han puesto el foco de sus decisiones en la obtención de eficiencias.

Se hace necesario alinear estos objetivos, si bien, hacerlo es complejo pero también inevitable si se quiere conseguir un sistema de salud sostenible y de calidad. Es un proceso a medio plazo.

Cada vez más se observa que los países y entornos locales que están iniciando apuestas estratégicas por transformar sus sistemas de salud y orientarlos hacia las nuevas necesidades utilizan como marco estratégico la TRIPLE META, para ensamblar los tres objetivos anteriores en todos los niveles del sistema. Es decir, que los diferentes agentes orienten el conjunto de sus actuaciones hacia la consecución de la TRIPLE META.

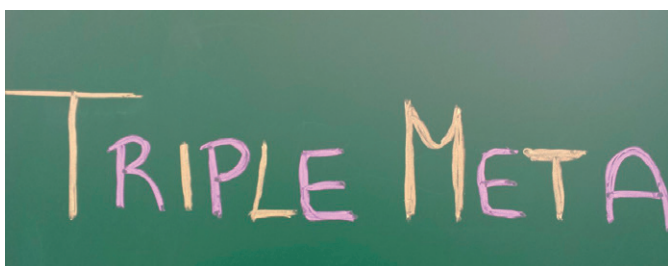
Deusto Business School Health Marco de la transformación: Objetivo final



No cabe duda que este marco de trabajo requiere además el **desarrollo de métricas y nuevos marcos de medición y evaluación** que vayan permitiendo monitorizar los avances que se vayan dando en esta dirección.

Pero además de acompañar a este marco de gestión estratégica con un modelo de evaluación, también se observa una tendencia general en los sistemas más avanzados por favorecer e impulsar la creación de **algún tipo de organización local de prestadores de servicios y cuidados** que pueda implementar dicho marco de trabajo. Es decir la búsqueda de este alineamiento de objetivos requiere una organización local nueva. El desarrollo de la Triple Meta en nuestras organizaciones es sinónimo de la transformación del modelo asistencial actual.

"Se observa una tendencia general en los sistemas más avanzados por favorecer e impulsar la creación de algún tipo de organización local de prestadores de servicios y cuidados."



Esta organización local de los proveedores es lo que se denomina de manera general como **“sistemas locales de salud”**.

La presunción general que existe tras este movimiento es que la TRIPLE META no se puede alcanzar con el actual modelo organizativo que presentan la mayoría de nuestros sistemas sanitarios basado en la gestión de estructuras. La TRIPLE META no se alcanza desde un modelo de gestión de estructuras fragmentadas. Es, por tanto, necesario pasar a algún tipo de modelo de funcionamiento “conectado” basado en la gestión de “sistemas.”

Este rumbo de movimiento empieza a tener cada vez más iniciativas y experiencias probándose y su máxima expresión de apoyo político se evidencia con afirmaciones del tipo: “vamos a desarrollar nuevas estructuras u organizaciones que trabajen de modo más coordinado e integrado”.

Estos Sistemas están empezando a **incorporar una batería organizada de procesos gerenciales y organizativos** que les permita dotarse de la capacidad necesaria para poder organizarse y prestar los servicios teniendo como objetivo la consecución de la TRIPLE META.

En este punto es necesario reforzar la idea de que la generación de nuevas estructuras “per se” no es garantía del cumplimiento del objetivo final (TRIPLE META). Por ejemplo, la creación de estructuras únicas de gestión en nuestro país y en otros no ha sido suficiente para cambiar el modelo asistencial. Es necesario hacer mucho más.

Así, la gran mayoría de entornos que están avanzando en este recorrido están procurando crear nuevas condiciones organizativas para que cada ámbito geográfico pueda asumir la responsabilidad con el cumplimiento de los objetivos de la TRIPLE META¹.

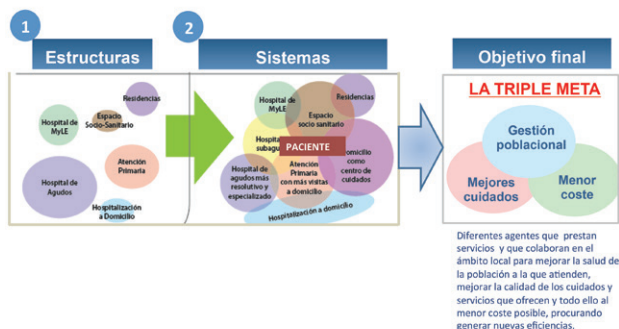
Esto significa que existen miles de cómo posibles para organizarse en cada contexto local y que la velocidad del movimiento va a venir determinada, en gran medida, por las posibilidades que existan de explorar diferentes experiencias en la misma dirección de las que aprender y sacar conclusiones para avanzar más rápido.

Por tanto, podría resultar de interés proponer el desarrollo de algún tipo de regulación o norma general que amparara la TRIPLE META como marco estratégico para la definición del nuevo modelo organizativo del sistema nacional de salud pero en ningún caso parece apropiado proponer una regulación o norma que determine el modo en el que esta debe conseguirse. La razón para realizar esta afirmación es que hay múltiples evidencias en contextos diferentes que con modelos distintos están consiguiendo los resultados buscados.

La mayoría de la ciudadanía piensa que en nuestros sistemas sanitarios trabajamos coordinados e integrados. Cuando hacen uso de ellos, constatan que esto no es así. Como responsables de los sistemas sanitarios no podemos aceptar tanta descoordinación y debemos aprender de las experiencias que se están desarrollando para cambiar esta realidad.

Deusto Business School Health

El rumbo de los Sistemas locales de Salud



Fuente: Deusto Business School Health

¹. P. Arratibel, R. Bengoa. 2014. IMPLEMENTANDO LA TRIPLE META: «LECCIONES» DESDE EL ÁMBITO DIRECTIVO. Papeles de la Economía Española.

02

Algunas experiencias internacionales de avance

¿Son teóricos todos estos avances? No lo parece si miramos a nuestro entorno. Podemos ver en la lista siguiente la forma que están tomando los sistemas locales de salud en diferentes países. Todos ellos se están moviendo rápido en la dirección de cambio que ha sido descrita.



Algunos sistemas locales de salud desarrollándose

Sistemas locales de salud

Irlanda Norte:	"Integrated Care Partnerships"
Escocia:	"Managed clinical networks"
Holanda:	"Care Groups"
U.S.A:	"Accountable Care Organizations" (ACO)
Inglaterra:	"Integrated care pioneers"
Nueva Zelanda:	«Locality clinical partnerships» (LCP)
CCAA:	"Áreas integradas, microsistemas, ecosistemas..."

.....

Fuente: Deusto Business School Health

02.1. IRLANDA DEL NORTE²

En Irlanda del norte se han creado diecisiete redes de colaboración entre proveedores formadas por médicos, enfermeras, farmacéuticos, trabajadores sociales, especialistas del hospital, otros profesionales de la salud y los sectores voluntarios y comunitarios, así como los usuarios de servicios y cuidadores. Se denominan Integrated Care Partnerships (ICP).

Estos partenariados locales constituyen una nueva forma de trabajar en el servicio de salud irlandés para transformar el modelo de provisión/prestación de servicios. Estos grupos multiagente participan en el diseño y coordinación de los servicios sanitarios y de atención social conjuntamente en cada entorno local.

Así, los responsables de la coordinación y el funcionamiento de estos ICP responden a un nuevo perfil de líder o directivo que necesita incorporar a su gestión diaria nuevos conocimientos y capacidades que tienen poco que ver con los adquiridos y desarrollados hasta el momento para la gestión de diferentes estructuras (hospitales, centros de salud, etc.). Estas personas, cada vez más, buscan puntos de encuentro para compartir experiencias con los líderes y directivos de sistemas locales de salud en otros contextos (conocer más sobre cómo se gobiernan, cómo desarrollan la actividad conjuntamente, cómo consiguen trabajar más y más salud poblacional, etc.).

02.2. ESCOCIA³

En Escocia existen 24 Managed Clinical Networks (MCN). Se trata de grupos formados por profesionales de la salud y organizaciones de atención primaria, secundaria y terciaria, que trabajan de manera coordinada para garantizar una prestación clínica eficaz y de alta calidad en Escocia.

² <http://goo.gl/CGACsF>

³ www.nsd.scot.nhs.uk/

Estos grupos son diferentes en función de la enfermedad a gestionar o el tipo de paciente al que prestan cuidados.

Una vez ha existido en Escocia un caldo de cultivo favorable para una prestación clínica eficaz y de alta calidad a través del trabajo realizado por los MCN, el impulso a este proceso de transformación se ha llevado a cabo a través del desarrollo de una ley que establece una organización y gestión conjunta de las capacidades del ámbito social y del sanitario. Para ello la ley establece la determinación de un responsable único que gestiona un presupuesto conjunto para la prestación simultánea de las actividades propias del área sanitaria y social.

El caso escocés es un ejemplo en el que se ha tratado de eliminar uno de los principales motivos de fragmentación que existen hoy en los sistemas sanitarios, esto es, la existencia de presupuestos y responsables diferentes para el desarrollo del espacio sanitario y del espacio social.

El ejemplo de Escocia también nos sirve para reflexionar sobre la conveniencia o no de utilizar una función estratégica clave del sistema sanitario, esto es, la regulación, para dar impulso a un proceso de transformación complejo que se haya iniciado de un modo más “soft”, así como, para identificar los elementos sobre los que aporta valor llevar a cabo dicha regulación (a modo de ejemplo: definición de un presupuesto único para la gestión sanitaria y social conjunta, condicionada al cumplimiento de objetivos de salud compartidos) y los elementos para los cuales una regulación no añade tanto valor porque coarta la proliferación de innovaciones e iniciativas de interés para el avance del proceso (a modo de ejemplo: la regulación de un modelo organizativo único para todos los sistemas locales).

02.3. INGLATERRA⁴

En Inglaterra se seleccionaron catorce áreas locales para actuar como piloto, con el fin de llevar a cabo una gestión eficiente de los servicios prestados, fomentando la colaboración sociosanitaria para mejorar en prevención y evitar ingresos hospitalarios, favoreciendo la integración de cuidados centrados en el paciente. Estas áreas locales se denominan Integrated care pioneers (ICP).

Para conseguir este objetivo se creó la figura del gestor de cuidados cuyas principales responsabilidades se resumen en: eliminar las barreras que impiden la integración, contribuir al desarrollo de conocimientos técnicos, detectar necesidades y realizar un apoyo activo al sector.

De la revisión de esta experiencia, además de conocer y aprender de las claves de su implementación, se puede concluir que en España disponemos de una ventaja comparativa que presenta nuestro sistema sanitario en relación al inglés para poder avanzar más rápido en la implementación de sistemas locales: la situación de los profesionales de atención primaria. En el caso inglés, los médicos de atención primaria son profesionales autónomos contratados por el sistema. En nuestro caso, los profesionales de atención primaria son asalariados del propio sistema.

Muchas de las experiencias de configuración de sistemas locales de salud van tomando forma geográfica allí donde la instalación de las estructuras sanitarias existentes lo permiten. En este sentido, la lógica geográfica de atención que existe en España es un elemento facilitador adicional para la configuración de sistemas integrados locales.

02.4. HOLANDA⁵

El sistema holandés es un sistema de mercado donde compiten las compañías de seguro y los proveedores de asistencia. En este contexto se produce un efecto paradójico. Por un lado se promueve la competencia lo cual tiende a fragmentar a los proveedores que se disputan contratos y por otro, desarrollan un modelo colaborativo por medio de los Pioneer sites en integración de servicios.

Las compañías de seguros o los compradores de servicios, están empezando a dar señales en el mercado de la provisión pidiendo a los proveedores cuidados completos para determinados grupos de pacientes, a modo de ejemplo, los cuidados que precisan todos los pacientes diabéticos.

Así, poco a poco, están desarrollando sus mecanismos de compra y están pidiendo a los proveedores que se organicen como mejor consideren pero que trabajen juntos para mejorar los resultados en salud de los pacientes.

⁴ <https://www.gov.uk/enabling-integrated-care-in-the-nhs>

⁵ JN Struijs et al. 2012. Three years of bundled payment for diabetes care in the Netherlands
JN Struijs. 2012. Integrating care by bundled payments Lessons from the Netherlands

Este modelo se inició en el año 2010 y fue aprobado para su aplicación en tres patologías concretas: diabetes, EPOC y gestión cardiovascular.

Los prestadores de servicios en Holanda son entidades formadas por profesionales de la salud, frecuentemente solo médicos generales, que bien ofrecen servicios de cuidados para la atención de una patología o bien los subcontratan a otros proveedores. Se denominan Care Groups.

El rol de la administración sanitaria en un modelo de mercado es ejercer y desarrollar la función de regulación para que los seguros puedan competir.

Otro aprendizaje que se extrae del caso holandés es que el movimiento hacia la configuración de sistemas locales de salud se va a tener que producir tanto en el sistema sanitario público como en el privado. Lo que hay detrás de este cambio o transformación es la búsqueda de nuevos modelos de gestión de pacientes, es decir, la mejora de las trayectorias de cuidados de los pacientes en el sistema. En el caso del ámbito privado el objetivo será mejorar la trayectoria de cuidados de sus asegurados.

Para hacer este recorrido tanto unos como otros, aseguradores públicos y aseguradores privados, tendrán que solicitar a sus prestadores de cuidados y servicios que busquen fórmulas para trabajar de un modo conjunto por y para la mejora del cuidado de los pacientes.

Por otro lado, es cierto que el aseguramiento y provisión privados no han sentido tradicionalmente la responsabilidad de llevar a cabo intervenciones de ámbito poblacional y, por tanto, este objetivo incluido en la TRIPLE META es el menos atractivo, a priori, para el ámbito privado. No obstante, poco a poco van a tener que ir adquiriendo esta función puesto que uno de los requisitos para la obtención de eficiencias derivadas de un modelo de gestión diferente reside en la necesidad de actuar sobre un volumen suficiente de personas que permita, precisamente, la generación de dichas eficiencias.

Por tanto, la TRIPLE META es un instrumento o marco estratégico que también es aplicable al ámbito del aseguramiento privado para ahorrar costes y fidelizar clientes.

02.5. AUSTRALIA⁶

En Australia también desarrollan programas de demostración en los Local Health Demonstrators (LHD). Existe un presupuesto para promoverlos vía un fondo de planificación e innovación.

Simultáneamente el ministerio nacional y los ministerios regionales invierten en una batería de herramientas y sistemas de información para apoyar los proyectos (a modo de ejemplo, HealthNet sirve para mapear los diferentes identificadores de pacientes en diferentes organizaciones y así crear una foto única en una comunidad). Sobre esa base estratifican el riesgo en forma poblacional.

El modelo australiano se caracteriza por tener un sistema de atención primaria de salud fuerte y eficaz al unir la práctica general financiada por la Commonwealth y los servicios de atención primaria y comunitaria financiados por el estado.

Cuenta con 20 sedes de servicio operativas repartidas por el país. En este sistema de atención primaria están implicados los siguientes agentes: los farmacéuticos, los servicios dentales públicos, profesionales de la salud privada, otras agencias gubernamentales y organizaciones no gubernamentales.

Es interesante destacar que algunos de los países están conformando sus sistemas locales de salud desde el ámbito de primaria y otros los están desarrollando como una evolución desde el ámbito hospitalario. Deberemos observar ambos modelos y sacar los aprendizajes que mejor aplicabilidad tengan a nuestros contextos.

⁶ <http://www.health.nsw.gov.au/healthone/pages/default.aspx>

02.6. NUEVA ZELANDA⁷

En Nueva Zelanda se está avanzando desde un modelo asistencial articulado en torno a silos a un modelo de integración asistencial basado en enfoques de colaboración interprofesional e inter-organizacional.

Como ejemplo, la experiencia de Counties Manukau district constituye una nueva forma de trabajar en el servicio de salud en Nueva Zelanda para transformar el modelo de provisión y prestación de servicios.

Hay cuatro redes establecidas entre un hospital y los clínicos de atención primaria para trabajar conjuntamente en la provisión de cuidados de salud en la comunidad del paciente.

02.7. EEUU⁸

En EEUU la reforma conocida como Obama Care consiste en una primera fase en aumentar la cobertura sanitaria de personas estadounidenses que hoy no disponen de ningún seguro de salud. Entre quince y diecisiete millones de personas tienen hoy cobertura sanitaria desde que se inició la reforma.

Si bien este es el principal objetivo de la reforma (la cobertura sanitaria), detrás del cumplimiento de este objetivo surge la necesidad de avanzar hacia la configuración de sistemas locales de salud por las mismas razones de calidad, sostenibilidad y enfoque poblacional.

No es viable a largo plazo para la economía americana que su gasto sanitario (17 %) siga creciendo como en el pasado. Es inevitable también la reforma allí.

Por ello, en EEUU se está incentivando la creación de ACOs

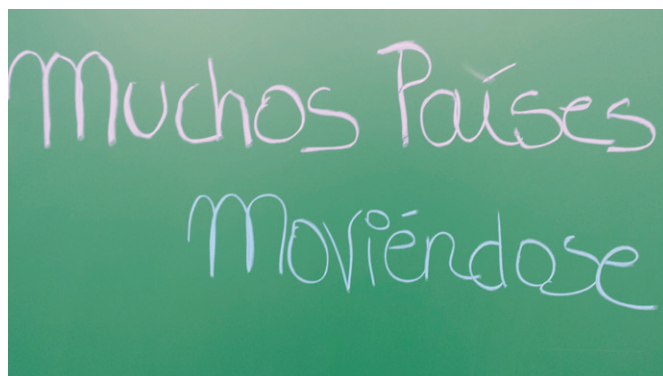
(Accountable Care Organizations). Se trata de grupos de médicos, hospitales u otros proveedores de salud que se unen voluntariamente para ofrecer cuidados coordinados y de alta calidad a su población de referencia.

Entre los objetivos de las ACOs figuran los siguientes:

- Situar al paciente en el centro de las decisiones clínicas.
- Realizar más actividad en casa que en los hospitales.
- Promover la prevención y detección temprana.
- Buscar avances en salud poblacional: aumentar la capacidad de gestionar datos poblacionales.
- Ofrecer mejores cuidados a un menor coste.

En paralelo, están modificando los sistemas de financiación con el objetivo de frenar el crecimiento del gasto. Así, se está frenando el gasto en parte por la reducción del pago por acto y la definición de nuevos acuerdos financiador-provisor en función de resultados.

En definitiva, los objetivos que se están imponiendo a las ACOs para su desarrollo son los de la TRIPLE META. Actualmente hay más de 400 ACOs funcionando en 49 estados.



⁷ <http://www.countiesmanukau.health.nz/achievingbalance/System-Integration/system-integration-home.htm>

⁸ Robert A. Berenson. 2011. Accountable Care Organizations in Medicare and the Private Sector: A Status Update.
Andrew J. Barnes. 2014. Accountable care organizations in the USA: Types developments and challenges.
<http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/ACO/index.html?redirect=/ACO/>
<http://innovation.cms.gov/initiatives/aco/>

03

Resultados preliminares

En primer lugar resulta interesante observar que estos países no concentran sus esfuerzos políticos en recortar, sino en transformar.

En segundo lugar los beneficios potenciales de estas transformaciones no están únicamente orientados a la contención de gasto sino que se alinean con el desarrollo de innovación local, de mejoras de resultados clínicos, mejora de seguridad clínica y de la experiencia del paciente en el sistema.

Los resultados que empiezan a visualizarse en las experiencias más avanzadas se presentan alineados con las tres dimensiones de la TRIPLE META. Como se ha explicado anteriormente, el objetivo final no es la creación de la organización, el partenariado o el sistema local de salud en sí mismo (la estructura organizativa), sino la obtención de resultados en las tres dimensiones de la TRIPLE META.

A modo de ejemplo, las ACOs americanas, desarrollando una gestión diferente de los pacientes atendiendo más en casa y en el entorno comunitario del paciente vs. en el hospital, y habiendo empezado a implementar esta dirección de cambio sólo para algunas patologías o problemas de salud, todavía, empiezan a obtener resultados muy prometedores.

Los datos publicados muestran⁹, según los diferentes indicadores de resultados evaluados, mejoras en salud poblacional (más y más detección precoz: de caídas, tabaquismo, etc.); mejor control de presión sanguínea, más y más actividad de promoción y educación de la salud etc.

En términos generales se estima que la mejora de salud poblacional que están obteniendo las ACOs se sitúa en torno a un 15%. Por lo que respecta a las mejoras de indicadores de calidad clínica y mejoras de los servicios y cuidados, las mejoras se sitúan en torno al 19%.

Sin embargo, donde se empiezan a visualizar los resultados más esperanzadores es en el área de la eficiencia. Hasta 417 millones de dólares de ahorro se han contabilizado en las ACOs pioneras que han participado en el nuevo modelo de búsqueda de eficiencias y que en total cubren a una población de 5,6 millones de americanos. La relación entre resultados (417 mill. \$) y población sobre la que se ha obtenido (5,6 mill.) es muy interesante.

Bien es cierto, que estas mejoras de eficiencia que están consiguiendo controlar el crecimiento del gasto sanitario, no sólo se han producido como consecuencia de una nueva organización de los prestadores de servicios más coordinada e integrada¹⁰. En el caso americano, ha resultado clave el nuevo sistema de pago. Así, muchas ACOs han eliminado el tradicional pago por acto que ha caracterizado al modelo americano por una asignación de los recursos en función de resultados, pudiendo participar los miembros de las ACOs de las ganancias o eficiencias encontradas con diferentes modelos de reparto y asunción de riesgo.

“Todos estos países no concentran sus esfuerzos políticos en recortar, sino en transformar.”

Este último punto es clave para la reflexión. Si volvemos al contexto español podría ser tentador en el actual momento de escasez de recursos, implementar este modelo con el objetivo de encontrar eficiencias. Sin embargo, estas eficiencias se van a descubrir en cada sistema local de salud por los profesionales que participan en la búsqueda de nuevos y mejores modelos de atención de los pacientes (mejores trayectorias de cuidados).

⁹. <http://goo.gl/9ujKSu>

¹⁰ En 2014, entre las 32 Pioneer ACO, los costos de Medicare solo aumentaron un 0,3% en comparación con el 0,8% de incremento de los pacientes de pago por servicio.
<https://www.pinterest.com/pin/385198574351946573/>

Si estos entornos, los sistemas locales de salud y los profesionales que los constituyen, no reciben o no pueden participar de las eficiencias que encuentren porque el sistema las retiene en el centro (departamentos y consejerías de salud) para hacer frente a los presupuestos anuales, se correría el riesgo de “desincentivar” el propio modelo de funcionamiento.

Guardando las distancias es lo que ha ocurrido en España con la gestión clínica, donde las experiencias que se han dado no han logrado retener las eficiencias de gestión encontradas en las propias unidades de gestión clínica. En el caso de los sistemas locales de salud, el funcionamiento de los sistemas de financiación y reversión de las eficiencias encontradas debería ejecutarse al nivel de la organización geográfica local correspondiente, esto es, del sistema local de salud (microsistema, área integrada, ecosistema, etc.).

Volviendo al caso americano, las ACOs pioneras que han participado en el modelo que permite la retención de las eficiencias encontradas han podido retener parte (de media 50%) de las mismas para mejorar muchos de los procesos y las herramientas que es necesario poner en marcha en una ACO para poder prestar un nuevo modelo de atención a los pacientes (tecnología, activación de pacientes, definición de métricas y sistemas de evaluación, etc.). Este tipo de medidas también han sido contempladas en España¹¹.



¹¹ Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. Acuerdo por el que se regula la constitución, organización y funcionamiento de los sistemas locales integrados de salud-microsistemas. 26 Septiembre 2012.

04

¿Cómo podemos acelerar el paso hacia la implementación de microsistemas en España?

La implementación de un cambio de esta naturaleza no se puede completar en un periodo temporal corto (a modo de ejemplo, los cuatro años que duran hoy en España los ciclos políticos). Sin embargo, estamos todos de acuerdo en que esta es la dirección de cambio necesaria para poder asegurar la sostenibilidad de nuestro sistema de salud.

Asimismo, hemos constatado que si existe determinación y valentía en abordar este cambio, los primeros resultados pueden conseguirse en un periodo temporal corto. De hecho, en España se dan algunas condiciones que nos hacen ser más que optimistas en la velocidad con la que puede acometerse el proceso, por ejemplo, la organización geográfica de nuestros sistemas sanitarios y sus actuales estructuras organizativas que facilitan este movimiento. En EEUU, hay tantos modelos organizativos diferentes como ACOs y sin embargo, a pesar de este hándicap empiezan ya a observarse algunos resultados.

Para avanzar más rápido, deberíamos ser capaces de priorizar en nuestros contextos sanitarios cuál/es de las dimensiones de resultados de la TRIPLE META queremos priorizar en el corto plazo y desarrollar las herramientas y los procesos de gestión necesarios para que los sistemas sanitarios locales puedan avanzar.

A modo de ejemplo, de los resultados preliminares que están obteniéndose en los países y sistemas avanzados, se concluye que de las tres dimensiones de resultados que busca la TRIPLE META parece que la dimensión de eficiencia es la que obtiene resultados más rápido.

“Si existe determinación y valentía en abordar este cambio, los primeros resultados pueden conseguirse en un periodo temporal corto.”

Siempre y cuando no descuidemos el avance alineado en las tres dimensiones, se podría trabajar de un modo especial las herramientas que es necesario desarrollar para permitir que los sistemas locales puedan obtener eficiencias en el corto plazo.

Hasta el momento, la mayoría de las comunidades autónomas están avanzando en esta dirección, pero por separado, no juntas. Desde el Foro de Transformación Sanitaria nos proponemos seguir trabajando juntos y aportar valor en esta dirección de cambio compartiendo de forma continua el conocimiento entre todos.

04.1. ACELERANDO EL PASO

Así, el paraguas que en cada comunidad autónoma está dando soporte a este nuevo movimiento organizativo (los sistemas locales de salud) están siendo las Estrategias de Cronicidad o los Planes de Cronicidad. La mayoría de comunidades tienen una estrategia o un plan de cronicidad, sin embargo, ¿somos capaces hoy de saber si la salud de la población está mejorando como consecuencia de la implementación de estas estrategias o planes? ¿Y los cuidados y los servicios que se ofrecen? ¿Y las eficiencias derivadas de todo ello?

La respuesta es sencilla: no lo sabemos. **En España existe muy poca cultura evaluativa de las intervenciones de gestión e innovación organizativa que se llevan a cabo.**

Generalmente cuando se implementa una estrategia de gestión, los directivos perciben que las cosas han mejorado por razón de la intervención que desarrollan. Pero, ¿tienen esta misma sensación el resto de actores del sistema sanitario sobre sus intervenciones?

A menudo constatamos que no. Cuesta mucho sensibilizar, comunicar y generar nuevas adhesiones a muchas de las intervenciones de gestión. Especialmente frustrante resulta cuando se constata entre el nivel micro del sistema (los clínicos) que no perciben en su día a día con la misma intensidad las consecuencias de las intervenciones de gestión e innovación organizativa.

Adicionalmente podemos afirmar que las intervenciones de gestión que es necesario desarrollar sobre nuestros sistemas sanitarios para prepararlos para abordar un cambio tan complejo, no cuentan con los mismos incentivos que están teniendo otros elementos que también van a jugar un rol importante en el proceso de implementación de sistemas locales de salud. A modo de ejemplo, la tecnología.

Hoy, la tecnología ha alcanzado un nivel de desarrollo tal que podría introducirse en los sistemas sanitarios sin problema. Sin embargo, la realidad que observamos casi a diario es que esa tecnología no es capaz de implementarse con escala en nuestros sistemas de salud. Observamos multitud de proyectos piloto que finalmente no llegan a escalar.

Esta dificultad de escalabilidad, en parte, se debe a que **el modelo organizativo que debe ser capaz de asumir este desarrollo tecnológico no está maduro**. Tenemos organizaciones inmaduras para absorber las nuevas herramientas.

“Los incentivos están hoy puestos en el desarrollo tecnológico en mayor intensidad que en el desarrollo de intervenciones y procesos de gestión.”

¿Y qué es lo que va hacer madurar a las organizaciones?

La implementación de **nuevas intervenciones y procesos de gestión e innovación organizativa. Sin embargo, los incentivos están hoy puestos en el desarrollo tecnológico en mayor intensidad que en el desarrollo de intervenciones y procesos de gestión.**

La buena noticia es que, hoy, la mayoría de las intervenciones de gestión e innovación organizativa que precisan nuestros sistemas sanitarios ya las conocemos y sabemos que se pueden hacer.

Esta realidad nos hace reflexionar e identificar un área de trabajo clave para impulsar más velocidad al proceso de transformación en el que estamos inmersos: **la comunicación y sensibilización**. En este sentido, el Foro de Transformación Sanitaria se marca como objetivo ser un agente activo en la difusión y sensibilización de las claves de la implementación de la transformación sanitaria, en general, y de los sistemas locales de salud, en particular.

Asimismo, se hace necesario alinear con este objetivo a los diferentes niveles del sistema, el nivel macro (el nivel de planificación y financiación del sistema), el nivel meso (representado por los gerentes de las organizaciones sanitarias) y el nivel micro (el de los clínicos y el personal de enfermería, entre otros).

“Un área de trabajo clave para impulsar más velocidad al proceso de transformación es: la comunicación y sensibilización.”

Para realizar esta tarea de alineamiento, se identifican dos líneas de trabajo a reforzar: por un lado, **la identificación de más y más personas con una visión general de la transformación y de la implementación de sistemas locales de salud (ENSAMBLADORES)**, y por otro, **la formación específica a diferentes niveles del sistema** para ir generando la capacidad necesaria en cada nivel para abordar con éxito este cambio.

Con la primera iniciativa, conseguiremos crear una masa crítica suficiente en España de personas con visión de sistema y capacidad para liderar estos cambios. Con la segunda, generaremos nuevas capacidades en función de la tipología de herramientas y procesos de innovación organizativa que sea necesario incluir en nuestros sistemas sanitarios para avanzar más rápido.

Otro elemento diferencial de su velocidad de avance en todos los países y sistemas de referencia, ha sido la modificación de sus **sistemas de compra y financiación y pago a los diferentes prestadores de servicios**.

¿Por qué ocurre con mucha frecuencia que los niveles meso y micro no notan muchas de las políticas o intervenciones de gestión e innovación que se definen desde el nivel macro? Sencillamente porque no se han modificado en paralelo al desarrollo de las intervenciones de gestión los criterios y objetivos de la asignación económica correspondiente.

Se puede decir que es “un acto de fe” pretender que los diferentes agentes del sector se alineen y trabajen activamente por el desarrollo de algunas de estas políticas de gestión o innovación organizativa cuando los parámetros que estamos usando hoy para evaluar el desempeño de estos agentes y asignar los recursos van en otra dirección.

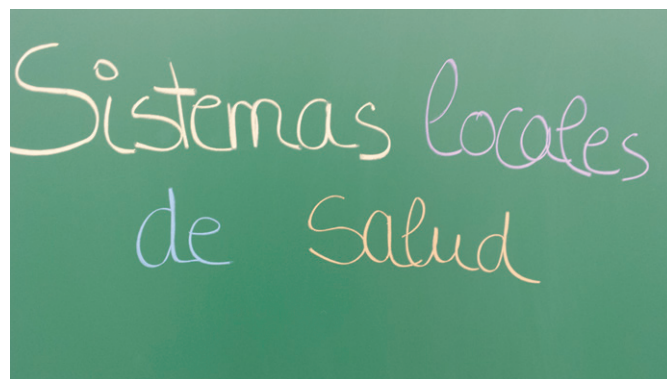
A modo de ejemplo, ¿cuáles son los indicadores de medición que se utilizan para evaluar los resultados de los contratos programa, de los acuerdos de gestión o en los controles de gestión de la asignación presupuestaria a nuestras diferentes estructuras sanitarias (hospitales, centros de primaria, etc.)?

La mayoría de estos indicadores son los clásicos de gestión que hemos estado desarrollando y mejorando los últimos 30 años.

Sin embargo, cabe preguntarse si los objetivos que tenemos hoy son medibles y evaluables con estos parámetros o si por el contrario, va a ser necesario incluir nuevos elementos de medición. ¿Estamos contratando o asignando los recursos en función de una mejor trayectoria de cuidados para los pacientes según nivel de riesgo, por ejemplo?

“Es necesario identificar más y más personas con una visión general de la transformación y de la implementación de sistemas locales de salud (ENSAMBLADORES).”

la financiación y la asignación de los recursos es una polea que en España no se ha desarrollado lo suficiente y sin embargo se identifica como crítica para aumentar la velocidad de avance hacia la implementación de la transformación sanitaria.



05

Principales procesos de gestión e innovación organizativa a desarrollar para facilitar la implementación de sistemas locales de salud.

Son múltiples los procesos de gestión que es necesario desarrollar o introducir en el sistema sanitario para lograr evolucionarlo hacia la TRIPLE META y la configuración de sistemas locales de salud.

Así, parece que va a ser necesario desarrollar e introducir **herramientas y sistemas de información que faciliten el trabajo conjunto entre diferentes profesionales**. En este sentido, la **historia clínica electrónica unificada y la receta electrónica**, entre otros, se consideran pilares necesarios y fundamentales.

Otro elemento de conexión que va a ayudar en el proceso es **el desarrollo de nuevos roles profesionales** que sean nexo de unión entre niveles asistenciales (primaria y especializada), como

pueden ser los **roles de enfermería** y entre el sector salud y otros sectores como, por ejemplo, el sector social (reforzando el rol del **trabajador social**).

Igualmente se necesita desarrollar herramientas que faciliten la **gestión de la salud poblacional**. Nos referimos a **procesos de estratificación poblacional según riesgo en salud** que permiten definir intervenciones más adaptadas y focalizadas en grupos poblacionales concretos.

Otro elemento clave es la definición de **procesos que estimulen y permitan el trabajo conjunto entre profesionales sanitarios** (la participación y colaboración). En este sentido, la identificación de poblaciones diana, la definición de rutas de atención compartidas por todos los prestadores de servicios, los planes de cuidados y el desarrollo de la propia prestación se consideran espacios de trabajo en los que promover el trabajo conjunto de los profesionales clínicos que los realizan.

En este tipo de procesos de cambio complejos también es fundamental **desarrollar una métrica, un marco evaluativo** que incluya indicadores que se puedan medir y nos ayuden a monitorizar el grado de avance en el cumplimiento de la TRIPLE META. Lógicamente estos indicadores deberían ser únicos para todos los sistemas locales de salud, evitando la tradicional diferenciación entre indicadores de atención primaria, atención especializada, etc. Esta métrica debe estar implementada en los instrumentos ordinarios de gestión y contratación de servicios (contrato programa, acuerdos de gestión, consejos de dirección, etc.).

Por otro lado, se considera crítico por parte de los niveles directivos y planificadores, el ser capaces de **comunicar muy bien las razones del cambio** y los objetivos que se persiguen. En este punto es fundamental saber conectar las razones para el cambio con las necesidades y las mejoras que la nueva propuesta representa para los pacientes.

A modo de ejemplo, la trayectoria de un paciente por el sistema sanitario es, hoy, francamente mejorable. Todo el esfuerzo que se está realizando con la incorporación de nuevas intervenciones de gestión e innovación organizativa, se orienta a mejorar dicha trayectoria de cuidados. Estos procesos de comunicación son críticos para promover el “liderazgo de capas” **y poder identificar líderes que sean altavoz**. Adicionalmente es crítico para **buscar aliados y tejer redes de alianzas con otros stakeholders** del sistema sanitario (asociaciones de pacientes, sociedades científicas, colegios profesionales, organizaciones, empresas, oficinas de farmacia, residencias, otras estructuras del espacio sociosanitario, etc.).

Otra de las funciones clave que deben potenciarse desde los niveles directivo y planificador es la **identificación de las principales barreras organizativas** que van a impedir el desarrollo de las distintas intervenciones de gestión e innovación organizativa. A menudo, centramos los esfuerzos en definir las intervenciones de gestión y no solemos dedicar mucho tiempo a identificar las posibles barreras y menos aún, a tratar de gestionarlas para minimizar su impacto.

En definitiva, la estrategia de desarrollo de nuevos procesos de gestión e innovación organizativa para crear la capacidad que los diferentes provisos/prestadores de servicios necesitan para descubrir e implementar nuevos modelos organizativos que mejoren las trayectorias de cuidados de los pacientes, es una **estrategia multipolea**.

“Debemos ser capaces de asumir y aceptar esta heterogeneidad que nos va a permitir aprender más rápido unos de otros.”

En su implementación, vamos a ir constatando que cada comunidad autónoma y cada sistema local de salud, va a ir definiendo y desarrollando diferentes procesos de gestión e innovación organizativa. La diferencia, es que podemos integrar todos ellos bajo una visión común: la transformación sanitaria para situar al paciente, verdaderamente, en el centro del sistema.

Estamos hablando de una transformación muy profunda que no va a tener la misma velocidad en todas las comunidades autónomas. Sin embargo, somos conscientes de ello y por ello nos une la visión compartida de dirección de cambio.

Cada vez que hagamos un “corte transversal” veremos que unos van más avanzados en unos procesos que otros, pero que todos vamos caminando en la misma dirección.

Debemos ser capaces de asumir y aceptar esta heterogeneidad que nos va a permitir aprender más rápido unos de otros. Los que estén más avanzados en unos procesos serán espejos para los que los van a iniciar. Se abre, por tanto, un periodo de riesgo que creemos que tenemos que saber gestionar en beneficio del conjunto.

06 Priorización de procesos de gestión.

Como ya se ha señalado, son muchos los procesos de gestión que debemos no sólo definir sino implementar para que el movimiento sea rápido. En este sentido, es recomendable jerarquizar y priorizar dichos procesos en cada contexto.

Esta afirmación está muy ligada al impulso político que en cada contexto se le dé a la transformación. Una cosa es que una comunidad autónoma tenga una estrategia de cronicidad o de transformación hacia un nuevo modelo que permita poner al paciente en el centro del sistema, y otra bien diferente es que esa estrategia sea una prioridad o “LA” apuesta política.

Hay un momento en el desarrollo de este proceso de cambio en el que para lograr avanzar **es necesario un impulso político decidido con la visión de la transformación**, o lo que es lo mismo, **“hacer política sanitaria de la transformación”**. ¿Se puede llevar a cabo una transformación tan profunda sin un relato político y un compromiso firme que le dé cobertura? **El propio relato es un instrumento más de gestión y uno de los más poderosos para alinear a diferentes agentes con el proyecto de cambio.**

Las personas que formamos parte del Foro de transformación sanitaria estamos convencidos de que este es el movimiento necesario para conseguir los cambios en nuestros sistemas de salud que los hagan más sostenibles en el tiempo. Pero, ¿cuáles de los procesos de gestión que debemos desarrollar consideramos urgentes (primer nivel de priorización) y cuáles necesarios (segundo nivel de priorización)? ¿Podemos sacar alguna conclusión como grupo que ayude a aquellos que están iniciando el camino?

El ejercicio de priorización que hacemos como grupo, ha utilizado criterios científicos, esto es, resultados que estamos constatando en todas las comunidades autónomas en las que se están implementando algunos de los procesos de gestión necesarios y otros criterios que son menos robustos todavía en evidencia y resultados logrados (por ser recientes y precisar más tiempo para evidenciar resultados) y que se basan en el conocimiento y la experiencia que han vivido las personas que forman parte del Foro de transformación sanitaria. Asimismo, hemos seguido como criterio de priorización de los procesos de gestión la obtención de eficiencias para el sistema.

“Es necesario un impulso político decidido con la visión de la transformación: “hacer política sanitaria de la transformación”.”

Así, el Foro considera que en un **primer nivel de priorización** deben situarse los siguientes procesos: **la historia clínica unificada, los nuevos modelos de financiación que alineen los incentivos del sistema con la dirección de cambio pretendida, la estratificación poblacional¹², empoderar a los pacientes de un modo organizado y estructurado para que puedan ser co-decisoros en las decisiones que afectan a su salud¹³, fomentar espacios y proyectos que permitan la participación de los profesionales¹⁴ y mejorar la coordinación sociosanitaria.**

En un **segundo nivel**, se sitúan las intervenciones para conseguir **telecuidados, empoderar a las asociaciones y organizaciones pertenecientes al tercer sector** para poder establecer alianzas y colaboraciones que ayuden a generar más capacidad para el sistema y la **reorientación**

de la política de inversiones reconduciendo parte de la capacidad instalada en cada comunidad autónoma para el cuidado y atención de pacientes agudos hacia nuevas estructuras que den servicio a las nuevas demandas: los cuidados de subagudos.

“Primer nivel de priorización: la historia clínica unificada, los nuevos modelos de financiación, la estratificación poblacional, empoderar a los pacientes, fomentar espacios y proyectos que permitan la participación de los profesionales y mejorar la coordinación sociosanitaria.”

En definitiva:

- Hoy **sabemos qué hay que hacer** para transformar nuestros sistemas sanitarios hacia la consecución de la TRIPLE META y la implementación de sistemas locales de salud.
- Entendemos que este **es el camino para garantizar la sostenibilidad de nuestro sistema sanitario.**
- **Otros sistemas sanitarios de referencia para nosotros lo están haciendo.**
- **No sabemos a menudo por dónde empezar, pero si tenemos cierta jerarquía en los nuevos procesos**

¹² En este punto se matiza que se desconoce el ahorro que puede existir detrás de una intervención de gestión como esta, pero hoy se sabe que un 5% de los pacientes consumen más de un 35% del gasto y por tanto, iniciar nuevos procesos y modelos de gestión para estos pacientes crónicos complejos va a redundar en una mejora de los cuidados y servicios que perciben estas personas, además de en un ahorro para el sistema como consecuencia de las eficiencias que descubra un nuevo modelos de gestión más integrado y coordinado.

¹³ Además de ser positivo para los pacientes y para el sistema porque permite desarrollar un modelo de gestión y relación entre los agentes diferente, la evidencia muestra que es más barato para el sistema. Un paciente empoderado cuesta entre un 8-21% menos al sistema sanitario (Health Affairs, 2013).

¹⁴ Algunos de los miembros del Foro consideran fundamental la definición de algún proceso de gestión que permita la incentivación o desincentivación de profesionales. Otros consideran que una incentivación económica deja de ser tal pasado un periodo de tiempo y se convierte en una necesidad básica que ya no presenta ese efecto motivador. Sin embargo, ambas visiones comparten que es necesario descubrir procesos de gestión que permitan mejorar la participación de los profesionales.

de gestión e innovación organizativa que es necesario incorporar a nuestros sistemas para hacerlos madurar y prepararlos para estos cambios tan complejos.

- Asimismo la transformación sanitaria es un proceso de cambio que debe **realizarse con todos los agentes** que forman parte del sistema. La transformación sanitaria es un cambio para todos, por lo que requiere cambios en las funciones de todos ellos.

“Segundo nivel de priorización: telecuidados, empoderar a las asociaciones y organizaciones pertenecientes al tercer sector, reorientación de la política de inversiones reconduciendo parte de la capacidad instalada hacia los cuidados de subagudos.”

Debemos, por tanto, trabajar con los diferentes agentes del sistema procurando la mayor contribución de cada uno en su ámbito de gestión (pacientes y sus asociaciones, administración sanitaria, profesionales, directivos, sindicatos, industria, Universidades, medios de comunicación.....).

Y, ¿cuáles son las principales barreras que nos están esperando en la implementación de este proceso de cambio?
¿Cuáles son **los agentes del sistema con los que más tenemos que trabajar para alinearnos** en esta visión de cambio?

07

La clave está en la implementación. Agentes implicados y sus principales barreras en la implementación de sistemas locales de salud.

Avanzar en el proceso de transformación del sistema sanitario hacia la TRIPLE META en general y la configuración de sistemas locales de salud, en particular, requiere llevar a cabo cambios profundos en todos y cada uno de los agentes del sistema para lograr su implementación real.

“Cuanta más transparencia añadamos al proceso, más fácil será el alineamiento de los agentes clave.”



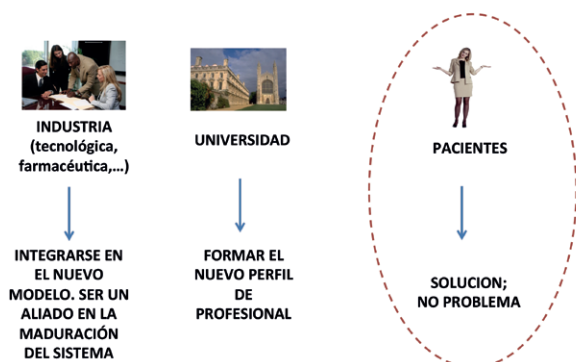
CAMBIOS PARA TODOS! UN LIDERAZGO DIFERENTE !



“El cambio debe de hacerse
“con” los profesionales, no
“sobre” los profesionales.”



¡CAMBIOS PARA TODOS, UN LIDERAZGO DIFERENTE !



07.1. LOS PACIENTES Y SUS ASOCIACIONES

Empezando por el agente clave y nuclear en este proceso de cambio, **los pacientes y sus asociaciones**, creemos que es necesario llevar a cabo un cambio cultural. La cultura actual todavía está muy centrada en lo agudo y en la tecnología. Debemos explicar al paciente qué representa este cambio y las razones que subyacen al mismo para que puedan ser un actor activo en el proceso de cambio. En cualquier caso, se considera a los pacientes un aliado clave para abordar el proceso de transformación general y la implementación de sistemas locales de salud, en particular.

Los pacientes y sus asociaciones cada vez están más preparados para asumir un rol más activo vs. el tradicional rol pasivo desarrollado en parte por la asimetría de la información que caracteriza a la relación médico-paciente.

Sin embargo, los desarrollos tecnológicos, los cambios sociales y demográficos que se han dado en los últimos treinta años, sitúan hoy a los pacientes en una posición diferente, donde el nivel de interlocución con el sistema se ha empoderado. Además, conocemos cómo informar, formar y empoderar a los pacientes de un modo más organizado en el conocimiento y gestión de su salud.

En este sentido, se propone avanzar en explorar maneras organizadas de **recoger la voz de los pacientes, instrumentalizar su voz y canalizarla permitiendo modular la definición estratégica de los procesos de gestión que se vayan a implementar. De este modo lograremos incorporar su expectativa y, así, damos legitimidad al relato.**

Sin embargo, **este proceso no será inmediato y rápido**. En la mayor parte del país no existen mecanismos que permitan co-decidir con los pacientes, muchas veces ni siquiera en las decisiones clínicas. Por tanto, debemos hacer este recorrido en fases para garantizar el éxito.

A modo de ejemplo, en algunas comunidades autónomas se han iniciado procesos estructurados para fortalecer la comunicación y el trabajo conjunto con los pacientes a través de las asociaciones de pacientes. Así, se está avanzando desde el conocimiento de las expectativas de los pacientes hacia la **apertura y transparencia de información**. Este

Va a ser necesario trabajar con todos y cada uno de estos agentes.

movimiento implica reforzar nuevamente la transparencia, ofreciendo información (resultados), facilitando formación para que puedan adquirir más capacidad de interlocución y apoyando permanentemente este movimiento.

Así, hay que ir desarrollando poco a poco los espacios de relación con los pacientes. Aunque se han producido muchos avances, todavía hay mucho recorrido de mejora en la visualización de estructuras y puntos de contacto permanente con los pacientes y sus asociaciones: a modo de ejemplo, la creación de estructuras de atención al ciudadano y las asociaciones, la formalización de espacios para el trabajo conjunto (por ejemplo, foro de pacientes o asociaciones), la creación de escuelas de salud para ciudadanos, los consejos asesores de ciudadanos, etc.

07.2. LOS PROFESIONALES Y SU FORMACIÓN

Las Universidades hoy siguen formando el perfil de profesional sanitario clásico y sin embargo, el nuevo contexto demanda un perfil profesional que cada vez va a requerir, además de un profundo conocimiento científico y técnico, más y más conocimientos y habilidades de gestión y liderazgo para poder participar a nivel local en la búsqueda del nuevo modelo organizativo que permita mejorar las trayectorias de atención de los pacientes.

En este sentido, el Foro de transformación sanitaria opina que las Universidades deberían contribuir en esta dirección desde el momento actual. Hoy la formación del nuevo perfil profesional la están copando principalmente las estructuras docentes de postgrado y es más difícil influir y modificar hábitos y conductas una vez los profesionales han sido formados en la dirección clásica ("clínicos omnisciencia").

Por ello, es necesario fomentar el desarrollo de ámbitos de trabajo en el nivel de postgrado que ayuden a desarrollar capacidad en el sector sanitario y social, especialmente en el espacio de atención compartido entre ambos niveles.

Es necesario, también, trabajar el nivel de pregrado y grado, sin embargo, se observan más dificultades para conseguir avances en este nivel. Sin descuidar este ámbito, por cuestión de necesidad y viabilidad se considera prioritario a corto plazo trabajar procurando influir en la formación de postgrado.

No obstante, en relación al nivel de grado, se propone trabajar en el corto plazo identificando líderes en los ámbitos universitarios que sean sensibles a la transformación y los cambios que se quieren implementar y ayuden a ir creando un estado de opinión interna favorable al desarrollo de nuevas competencias profesionales, en las propias Universidades.

En la medida en la que se den las condiciones para avanzar un poco más, a modo de ejemplo, crear una cátedra, organizar cursos de verano, crear opinión mediante el liderazgo de algún catedrático, etc., éstas deberían aprovecharse.

07.3. LA INDUSTRIA TECNOLÓGICA Y FARMACEÚTICA

En el primero de los casos, la industria tecnológica, en el actual contexto de definición del nuevo modelo asistencial está teniendo un nivel de desarrollo muy rápido y avanzado. A menudo se acercan a los sistemas sanitarios con propuestas de solución concretas y muchas veces, desde los sistemas sanitarios no tenemos la capacidad suficiente para gestionar estas situaciones. La industria ha realizado inversiones significativas y dispone de muchos incentivos para promover la incorporación tecnológica en los sistemas de salud. Sin embargo, los sistemas sanitarios todavía no están suficientemente maduros para absorber estos cambios.

La industria farmacéutica por su parte, ha interiorizado que se está dando un cambio de paradigma en el sector, pero todavía no se ha situado claramente en este cambio. Está descubriendo cuál es su nuevo modelo de negocio, evolucionando desde la clásica visión "de negocio" a otra "de socio aliado" en este proceso de transformación. Tampoco es fácil realizar este movimiento, máxime cuando muchas de las últimas políticas y reformas sanitarias le han dado a la industria farmacéutica en su línea de flotación.

En este contexto, se hace difícil prever el impacto general que se dará en el sector farmacéutico. El consumo farmacéutico experimentará aumentos en algunos casos derivados del devenir epidemiológico y en otros casos probablemente se reduzca. Sin embargo, dentro del sector se observan múltiples vías de trabajo, a modo de ejemplo, la mejora de la adherencia, el desarrollo de nuevos fármacos, etc.

En ambos casos, en la colaboración con la industria tecnológica y la industria farmacéutica se hace necesario acelerar el paso del actual modelo organizativo. Es fundamental que las organizaciones sanitarias y las industrias puedan interactuar con la misma capacidad.

07.4. LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Los medios de comunicación son un agente importante en estos procesos de cambio. Sin embargo, hay que ser conscientes de que en España los medios de comunicación presentan grandes sesgos políticos, hecho que dificulta enormemente la construcción de una relación estable que favorezca el traslado a la ciudadanía de las claves de la transformación sin el consiguiente sesgo.

Asimismo es necesario conocer que los medios de comunicación se caracterizan por su diversidad. Existen medios generalistas y los medios especialistas.

Otra característica de los medios de comunicación es que suelen utilizar una “cara visible” que representa a un grupo o un agente del sistema. Esto conlleva que a menudo se realicen generalizaciones de visiones o situaciones muy particulares. No suelen hablarse de colectivos profesionales sino de personas individuales que generalizan opiniones.

También es cierto que desde el ámbito político se invierte mucho tiempo en “reaccionar” ante noticias u opiniones que se vierten desde los medios de comunicación, sin realizar una gestión estratégica proactiva de la realidad que se quiere comunicar.

Va a ser necesario definir estrategias de gestión adaptadas a cada uno de los agentes clave del sistema. Y también gestionar la implementación del cambio con cada agente. Sin embargo, en el caso de los medios de comunicación en la medida que logremos conectar con otros agentes clave de opinión como son las Universidades, las sociedades científicas, etc., es más probable que contemos con su colaboración.

07.5. LOS SINDICATOS

No existe esta misma percepción con otros agentes del sistema, a modo de ejemplo, los sindicatos. A priori se percibe a este grupo como un agente que va a manifestar una postura contraria con algunas de las propuestas. Se entiende que es un grupo cuyo objetivo es maximizar el valor para sus afiliados y que el nuevo modelo de sistemas locales de salud podría romper el circuito de poder establecido en las actuales estructuras sanitarias. Por ello, se considera fundamental hacer un esfuerzo especial por hacer asumible y positivo el relato de la transformación para este grupo.

En este sentido, se considera fundamental trabajar con ellos la idea nuclear de un proceso de transformación: fortalecer el sistema sanitario que tenemos para hacerlo más sostenible. Detrás de esta afirmación existe una apuesta por reforzar el sistema sanitario público que hoy conocemos y en este punto es de esperar que tengamos a los sindicatos como aliados en el camino.

También es cierto, que la historia reciente y las experiencias vividas ponen de manifiesto que desde los niveles directivos del sistema se ha tenido poca cultura de explicar y comunicar los cambios a los agentes afectados: profesionales sanitarios, sindicatos, directivos y gerentes del nivel meso, pacientes...

Cuanta más transparencia añadamos al proceso, más fácil será el alineamiento de los agentes clave.

Además, para poder avanzar en el cambio, va a ser necesario trabajar y gestionar una estrategia de relación a largo plazo con este grupo. De esta forma, no deberían existir resistencias para adherirse al relato, a la necesidad de cambio del actual modelo asistencial para garantizar su sostenibilidad.

Las barreras podrían surgir cuando las estrategias impliquen algún tipo de cambio en las funciones de algunos roles profesionales o sea necesario movilizar a algunos perfiles profesionales que en el nuevo contexto, deban desempeñar unas funciones algo diferentes a las que venían desarrollando hasta el momento.

En este sentido, va a ser clave descubrir junto con ellos alternativas que satisfagan, en la medida de lo posible, a todas las partes. A modo de ejemplo, quizás deba trabajarse la movilidad focalizada en las nuevas jubilaciones.

Es fundamental incorporarlos en los diferentes grupos de trabajo que se vayan desarrollando en relación con el cambio de modo que puedan conocer sus claves con el tiempo suficiente para poder realizar propuestas y aportaciones.

En cualquier caso, la urgencia del cambio va a exigir la toma de decisiones rápidas y en algunos casos es previsible identificar algunas barreras concretas en relación a este grupo profesional. En la medida de lo posible, sería bueno anticiparlas.

07.6. LA ADMINISTRACIÓN

Otro agente fundamental lo constituyen el grupo de profesionales que trabajan en la Administración. Normalmente este grupo está acostumbrado a desarrollar una serie de funciones que vienen repitiéndose durante mucho tiempo atrás.

Acometer un cambio de la naturaleza definida, requiere dejar de hacer muchas de las cosas que se venían haciendo hasta el momento y empezar a desarrollar otras nuevas.

Hay veces en que el grupo planificador macro (el nivel político) está en clave de cambio y sin embargo, a la maquinaria de la administración le cuesta mucho ponerse en esta clave. Por ello, es fundamental poder identificar si la máquina de la administración es receptiva al cambio o no.

En el primero de los casos, estará alineada la determinación y decisión política con el grupo de personas que la tienen que implementar en la Administración. En el segundo de los casos, probablemente sea necesario proteger o generar nueva capacidad si realmente se quiere llevar el cambio de un modo rápido. La otra alternativa es desarrollar un nuevo modelo de evaluación que se alinee con el cambio y que permita evaluar a los profesionales de la Administración en relación con dicho cambio.

Esto último, si bien es una línea de trabajo necesaria, no es menos cierto que precisa de un tiempo de desarrollo amplio, sobre todo en un Administración que está organizada y es evaluada en base al desarrollo de funciones (bastante establecidas) y no en base a su desempeño en la implementación de procesos complejos de cambio.

07.7. LOS PROFESIONALES

¿Y qué está pasando con **los profesionales**? ¿Son un agente aliado en este proceso de cambio? ¿Los estamos gestionando como tal? La respuesta es SI en general. Sin embargo debemos de ser conscientes de que existen algunos grupos que puedan ver peligrar la actual “zona de confort” derivada de un modelo de funcionamiento implementado y consolidado durante muchos años y es necesario invertir tiempo en argumentar las razones para el cambio y explicar la visión o el relato del cambio.

En este punto se considera clave comunicarles lo anterior y permitir que sean un agente activo del cambio, que puedan disponer de margen de maniobra para proponer y desarrollar las intervenciones. Probablemente la **urgencia del cambio** que el Foro de transformación sanitaria siente **para poder mantener la sostenibilidad del sistema**, todavía no ha sido percibida con la misma intensidad por parte del grueso de los profesionales, a pesar de haber sufrido algunas señales claras como, por ejemplo, una reducción salarial.

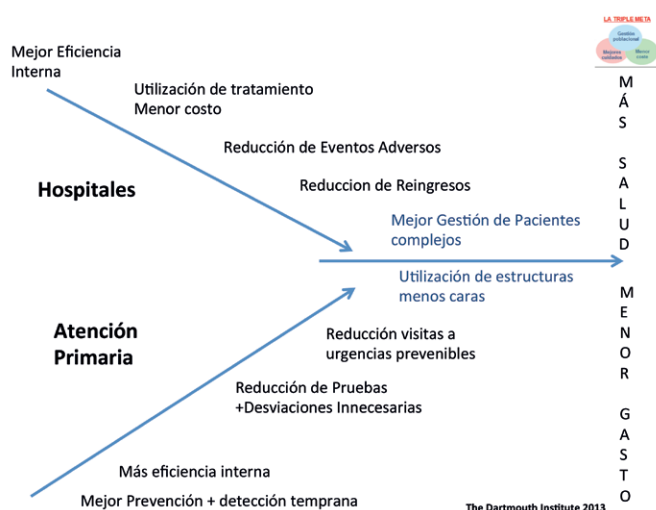
Adicionalmente, en la visión del cambio que compartimos, los profesionales consiguen que el paciente esté mejor atendido y sea el centro del modelo. En general, las personas queremos hacer bien las cosas y este cambio, viene a mejorar el trabajo de los profesionales sanitarios¹⁵. **La motivación intrínseca de este grupo profesional es altísima y es necesario canalizarla en la dirección del cambio. El cambio debe de hacerse “con” los profesionales, no “sobre” los profesionales.**

Cada vez tenemos más evidencia que nos muestra que es mejor desarrollar los cambios “con” los profesionales que “sobre” los profesionales. Pero, ¿cómo se puede llevar esto a cabo?

Permitiendo que los profesionales puedan participar en el diseño, desarrollo y ejecución de los procesos de gestión e innovación organizativa que se lleven a cabo

En definitiva, tenemos que ir avanzando en crear las condiciones para pedir comportamientos, pero no ser prescriptivos en el modo de conseguir los resultados de dichos comportamientos. A modo de ejemplo, tenemos que avanzar en explicitar qué tipo de comportamientos y acciones esperamos que lleven a cabo los clínicos y que se alineen con el cumplimiento de la TRIPLE META.

¹⁵. NHS Staff Management and Health Service Quality (West and Dowson).



Sin embargo, debemos permitir a los profesionales que sean ellos quienes identifiquen prácticas concretas en cada entorno. Para ello, es necesario situar a los profesionales en un nuevo marco de relación y participación donde si se identifican e implementan comportamientos alineados con los objetivos buscados, se desencadene un circuito de incentivos y desincentivos que alimente el proceso.

07.8. DIRECTIVOS Y MESOGESTORES

Y, ¿qué opinión tenemos de los **directivos**? ¿Son un aliado en este proceso o por el contrario son una barrera?

El Foro de transformación sanitaria considera que los directivos **son parte de la solución**. El conocimiento técnico profundo de las claves de la transformación por parte de los directivos es una piqueta de cambio clave y de gran credibilidad. Sin embargo, también es cierto que un porcentaje importante de este perfil profesional, todavía, no está sensibilizado con el cambio y manifiestan algunas resistencias al mismo.

La implementación de sistemas locales de salud significa un cambio profundo en su cultura de gestión. Hasta el momento, han estado muy centrados en la gestión de estructuras y pasar a una cultura de gestión de sistemas despierta muchos miedos naturales (¿va a peligrar mi puesto?). Además, la urgencia del contexto económico ha

monopolizado el desarrollo de su función en la “gestión de la crisis y el corto plazo” de un modo muy intensivo y absorbente, dejando muy poco tiempo para poder desarrollar las nuevas funciones que demanda el nuevo escenario de la transformación sanitaria.

La cultura de gestión no ha estado ejerciendo funciones de ensamblaje, de visión de conjunto, en definitiva, “gestión sistémica”, sino más bien “gestión global de estructuras sanitarias”. La disciplina de gestión no ha enseñado a colaborar sino más bien a competir.

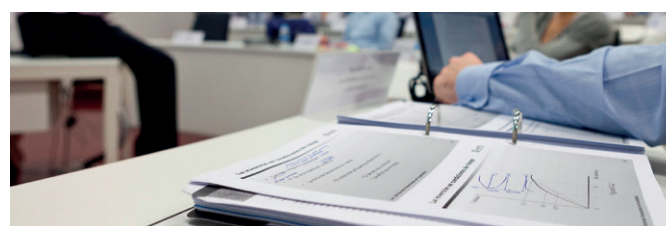
Debería abordarse este cambio como un cambio profundo en los roles y funciones del directivo y apoyar su desarrollo de un modo corporativo. El nuevo escenario toca en la línea de flotación de un colectivo que ha forjado una gran experiencia en los últimos años y que sin duda, tiene una gran capacidad para aportar en este proceso de cambio, pero que también se enfrenta a múltiples barreras que dificultan este cambio de rumbo, a modo de ejemplo, la temporalidad de los nombramientos y su vinculación política.

Una de las funciones claves a desarrollar por parte de los directivos en el proceso de transformación es conseguir una mayor participación de los profesionales en este cambio.

Y, ¿por qué hoy los directivos y mesogestores en muchos casos no están alineados con conseguir esta mayor participación de los profesionales? Porque nuestras organizaciones no tienen los sistemas de incentivos alineados con ello.

Mientras se trabaja este aspecto, es necesario ir consiguiendo líderes resonantes en cada contexto que sean punta de lanza y capten nuevos agentes activos de cambio. Sin embargo, esta tarea debe realizarse seleccionando muy bien quiénes son los líderes clave de la organización.

A modo de ejemplo, en la definición de la transformación que se inició en el País Vasco en el año 2009¹⁶ se priorizó el liderazgo en el ámbito de primaria para posteriormente extenderlo al ámbito hospitalario.



¹⁶. Gobierno Vasco. 2010. Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi.

07.9. LIDERAZGO POLÍTICO

Por último, ¿qué percepción tiene el grupo respecto al colectivo de **consejeros y líderes** que hoy están siendo punta de lanza de este cambio tan complejo?

Como ya se ha manifestado, se considera necesario el apoyo político explícito con el proceso para conseguir los resultados. Pero se observa igualmente un factor de riesgo importante en relación a este grupo: la temporalidad en sus cargos.

No se observa a ningún responsable político que vaya en contra del relato de la transformación. Sin embargo, podrían llegar a convertirse, en algunos casos, en una "barrera pasiva" por no insuflar la energía necesaria. En términos generales todos quieren estar dentro del marco de la transformación, pero este deseo debería convertirse en una apuesta decidida.

Es necesario ganar la confianza de los consejeros. Un consejero sólo no puede abordar este cambio. Es clave, por tanto, que su equipo de trabajo esté sensibilizado y comprometido con el cambio y ayude en el desarrollo de este liderazgo "sin fisuras". De esta cohesión, del liderazgo compartido y del impulso permanente que se le dé desde el nivel político va a depender en gran medida el éxito de un proceso de transformación sanitaria.

¿Y qué podemos hacer para que en las diferentes comunidades autónomas exista un liderazgo político más explícito y visible en relación con la transformación del modelo asistencial?

Observamos que en muchos casos se conoce el discurso y se comparte, pero no se ha interiorizado lo suficiente como para hacer del cambio el relato de la legislatura o el programa sanitario de gobierno. En algunos casos, se cree que la transformación es "una moda más".

Para avanzar y contar con un liderazgo político más explícito es necesario comunicar que detrás de este movimiento de cambio existe un amplio nicho de eficiencias. Es necesario comprender muy bien las claves de este proceso hasta hacer propio el discurso y elevarlo a primera división de la estrategia política.

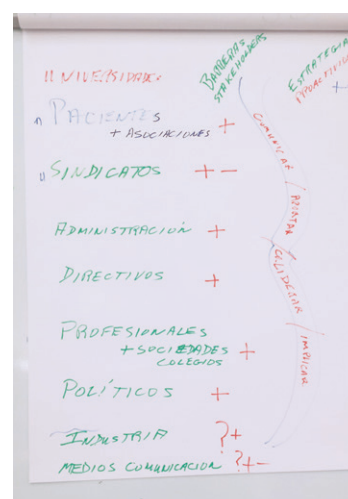
Los miembros del Foro se proponen como objetivo contribuir a explicar y convencer las razones que hay detrás del cambio para que los líderes políticos puedan elevar esta estrategia a una prioridad en su agenda política.

Por otro lado, hemos desarrollado un sistema sanitario que es capaz de absorber muchos recursos (probablemente tenga una capacidad infinita). Si no somos capaces de realizar cambios en las asignaciones no seremos capaces de provocar grandes cambios en los modelos de funcionamiento.

Asistimos a un debate polarizado sobre la necesidad de incorporar más recursos al sistema para garantizar su sostenibilidad. Bien es cierto que quizá sea necesario incorporar más recursos y se puede afirmar que hoy el sistema sanitario ya emplea una proporción importante de sus recursos, en torno al 8% del PIB, si bien, se debería analizar si estos recursos están capturados donde realmente añaden valor o si por el contrario se deben acometer algunos cambios preliminares que reorienten esta asignación.

En síntesis, se recomienda trabajar con todos los grupos de influencia en una triple dirección:

- Comunicar el relato del cambio que se va a desarrollar en cada entorno local.
- Liderar el cambio y buscar la implicación de todos los agentes.
- Procurar un liderazgo compartido que permita incluir las acciones de avance en los objetivos prioritarios de cada grupo: permitir a cada grupo cierto margen de maniobra en el desarrollo de proyectos de gestión e innovación organizativa. Será necesario identificar para cada proyecto los agentes clave y diferenciales para gestionar su implicación.



08

Principales conclusiones.

- La TRIPLE META es el marco estratégico para abordar un cambio en el modelo asistencial (la transformación sanitaria).
- En todos los países donde se ha iniciado la transformación de sus sistemas de salud en busca de la TRIPLE META, se identifican recursos concretos asignados para ello.
- Es difícil la priorización de los diferentes procesos de gestión e innovación organizativa que es necesario acometer sobre el sistema. Se trata de una estrategia multipolea que debe concretarse en cada entorno.
- En todos los países que están avanzado en la implementación de sistemas locales de salud se identifican algunas **características comunes en su diseño**:
 - Algún tipo de estructura legal o administrativa que permita la relación de los sistemas locales de salud con la administración o el asegurador principal para la asignación de los recursos.
 - En todos se observa algún tipo de enfoque de integración. Como tónica general se observa el refuerzo de la atención primaria, el entorno comunitario y los servicios sociales.
 - Todos los sistemas locales de salud tienen un tamaño poblacional suficiente: cierto volumen para poder manejar tipologías de pacientes a escala.
 - Todos están trabajando en identificar nuevas formas de prestación eficiente (modelo de prestación que integra la participación de los pacientes y busca mejoras en salud).
 - En todos los ejemplos se están explorando modelos de compartición de los ahorros conseguidos.
- La métrica es fundamental para poder operativizar lo anterior: una métrica orientada a la medición de resultados.
- Todos avanzan con paso firme en la definición de sistemas de responsabilidad (Accountability local) hacia los niveles de arriba y hacia la comunidad: TRANSPARENCIA.
- Asimismo, en todos los sistemas locales de salud se pueden identificar una batería de funciones clave:
 - Procesos de cuidados horizontales (cruzar estructuras asistenciales).
 - Nuevos modelos de pago y asignación de recursos.
 - Desarrollo de sistemas de información e infraestructura tecnológica.
 - Desarrollo de capacidad para mejorar los procesos de cuidados.

Miembros del Foro de Transformación

Albert Ledesma

Director del Plan Interdepartamental de Atención e Interacción Social y Sanitaria. Cataluña

Joan Carles Contel

Programa de Prevención y Atención a la Cronicidad. Comité Operativo del Plan Interdepartamental de Atención e Interacción Social y Sanitaria. Cataluña

Ester Sarquella

Comité Operativo del Plan Interdepartamental de Atención e Interacción Social y Sanitaria. Cataluña

José M^a Pino Morales

Director General de Asistencia Sanitaria. Castilla y León

Antonio Alemany

Director General de Atención Primaria. Madrid

Ana Miquel

Gerente Adjunta de Planificación y Calidad en la Gerencia de Atención Primaria. Madrid

José Ramón Hevia

Jefe de Servicio de Promoción de la Salud y Participación. Asturias

Oscar Suarez Álvarez

Técnico de la Dirección General de Salud Pública. Asturias

Rafael Navarro Ortega

Subdirector General Planificación y Ordenación Sanitaria. Cantabria

M^aIsabel de Frutos Iglesias

Subdirectora de Asistencia Sanitaria. Cantabria

Carlos León Rodríguez

Director Gerente Servicio Cántabro de Salud. Cantabria

Nieves Domínguez González

Xerente SERGAS. Galicia

Julio García Comesaña

Subdirección Xeneral De Ordenación Asistencial e Innovación Organizativa. Galicia

Juan José Garrido

Dirección General de Salud Pública. Extremadura

Juanjo Rubio

Gerente del Servicio Navarro de Salud. Navarra

Antonio Villacampa Duque

Director General de Planificación y Aseguramiento. Aragón

Ángel Sanz Barea

Gerente del Servicio Aragonés de Salud. Aragón

Antonia M^a Pérez Pérez

Directora de Programas Asistenciales. Canarias

María José Avilés Martínez

Subdirección General de Planificación y Gestión Sanitaria. Valencia

Juan Bautista Gómez Peñalba

Gerente del Departamento de Salud. Valencia

Juan Manuel Beltrán Garrido

Subdirección General de Actividad Asistencial. Valencia

Alberto Anguera Puigserver

Gerente de Atención Primaria. Baleares

Deusto Business School Health**Rafael Bengoa**

Director de DBS Health y asesor internacional en reformas de sistemas de salud.

Patricia Arratibel

Responsable de Proyectos, gestión y coordinación. DBS Health.



Bilbao
Hermanos Aguirre 2
48014 Bilbao
Tel. +34 944 139 480

Donostia- San Sebastián
Mundaiz 50
20012 - San Sebastián
Tel. +34 943 326 460

Madrid
Castelló 76,
28006 Madrid
Tel: +34 91 577 61 89

Email: aida.jerezlu@deusto.es
www.dbs.deusto.es/health

