

REFLEXIONES SOBRE EL SISTEMA SANITARIO *(Jesús Fernández Sanz)*

La pirámide demográfica de las sociedades avanzadas ha cambiado radicalmente en el curso de las últimas cinco o seis décadas. El fenómeno que algunos han denominado la "democratización de la supervivencia" hace que las cohortes de las sociedades desarrolladas, con una baja natalidad, conserven la mayor parte de sus efectivos hasta edades avanzadas. El desarrollo de la efectividad de los tratamientos sanitarios es un claro contribuyente a la supervivencia pero también a la transformación de problemas agudos en crónicos. La enfermedad crónica pasa a ser el primer patrón de morbilidad e incluso de mortalidad en nuestras sociedades.

Este cambio demográfico trae aparejado, junto con el aumento de la esperanza de vida, un nuevo patrón epidemiológico: el de la cronicidad. La mayor parte de la carga de asistencia sanitaria en un país desarrollado se deriva actualmente a la atención a enfermedades crónicas.

Es evidente, por obvia, la correlación entre la patología (número de enfermedades crónicas) y la utilización del sistema sanitario. Pero aparte de los datos de hospitalización, pocas veces se han descrito con detalle datos españoles. Según el INE, la hiperfrecuentación (número elevado de visitas) se encuentra muy concentrada y estrechamente relacionada con el número de condiciones crónicas de los pacientes. La relación de este fenómeno con el uso de servicios es evidente: más del 70% de la actividad sanitaria está ya dedicada a la atención a pacientes crónicos. Sin embargo, solemos infravalorar el problema cuando nos centramos en considerar el fenómeno de la cronicidad como un problema de aumento de la demanda asistencial. El verdadero problema es que el cambio de paradigma epidemiológico hace que unos servicios y unos profesionales formados para atender a pacientes agudos se enfrentan con una demanda dominada por el paciente crónico. La diferencia entre ambos paradigmas que describe R. Bengoa (*Innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía para avanzar*) se salda con un fracaso muy importante de los servicios sanitarios: el incumplimiento en los seguimientos de los tratamientos y recomendaciones constituye el claro exponente de la inadecuación de un modelo.

Disponemos desde los años 90 de una creciente y ya masiva evidencia a favor de un cambio radical en el modelo asistencial, para enfrentarnos a la "epidemia" de la cronicidad con modelos proactivos y altamente innovadores y una redistribución radical de los roles y las competencias profesionales. Esta evidencia es tanto conceptual (elaboración de los diferentes modelos de crónicos o Chronic Care Model) como operativa, en base a la extensión de los esquemas de *disease management* y *case management*.

El hecho de que estos modelos, ampliamente descritos y conocidos, estén siendo implantados con tanta lentitud es un buen reflejo de las dificultades que tiene un cambio de modelo, que afecta a la esencia de la cultura y de la organización sanitaria. Su situación en el centro de la agenda sanitaria en los

últimos años constituye, al menos, una garantía de que están siendo abordados. Sabemos que se trata de uno de los retos más importantes de las organizaciones sanitarias, que no puede ser resuelto con la simplicidad con la que en ocasiones se intenta abordar.

Por tanto, ¿debe ser el Hospital quien ocupe el lugar central del Sistema Sanitario?. Esta pregunta da pie a las múltiples reflexiones del modelo de atención sanitaria. La preocupación por la viabilidad del sistema sanitario pone en cuestión el actual modelo hospitalocentrista. Lo que es evidente es que el rol del hospital en el sistema que hemos conocido no es sostenible. Y no es sostenible porque el modelo se ha desarrollado con una elevada ocupación del espacio del resto de elementos del sistema, lo que conlleva unos costes difícilmente soportables por el conjunto:

- El hospital se ha consolidado como “la mejor” opción técnica de respuesta a los problemas de salud. Ello ha generado una gran capacidad de atracción de los profesionales (contribuyendo al desequilibrio en competencias y capacidad de atracción de profesionales por parte de los otros actores sanitarios) y de los pacientes (generando frecuentaciones inadecuadas derivadas de la presión del paciente, independientemente de la capacidad real de resolución de la atención primaria).
- La inadaptación de nuestro modelo tradicional del hospital ha sido un claro contribuyente al “atrapamiento” de los pacientes crónicos en el hospital. En este caso, la atención no es sólo menos eficiente sino que es claramente inapropiada (un enfoque de paciente agudo para un paciente con enfermedades crónicas, un enfoque especializado para un paciente pluripatológico...). La consulta o las urgencias hospitalarias no son, evidentemente, el mejor entorno para generar un paciente proactivo, formado y capaz de manejar autónomamente su enfermedad y sus cuidados.
- En conjunto, el crecimiento hospitalario se ha realizado a costa de otros elementos del sistema y teniendo como eventos adversos buenas dosis de duplicidades, desintegración y descoordinación de la atención integral al paciente.

Las experiencias de reforma sanitaria basadas en la atención primaria como Gatekeeper y la aparición de las Organizaciones Sanitarias Integradas (OSI) han puesto por primera vez desde hace varios años en cuestión el rol central del hospital en el sistema sanitario. ¿Vamos hacia un escenario en que el hospital dejará de ser central en los sistemas sanitarios desarrollados? Es difícil, porque existe demasiado capital físico y humano instalado de manera estructural, entendemos por tanto, que esa decisión debe llevar soluciones alternativas y coherentes sobre nuestras estructuras hospitalarias.

Estas reflexiones transmiten que una organización en la que se concentran distintas plataformas asistenciales y tecnológicas, así como los niveles de conocimiento y especialización que actualmente tienen los hospitales,

difícilmente será desplazada por otros actores. Pero estas competencias y capacidades del hospital no deben otorgarle un puesto de mayor importancia o de centralidad en el sistema sanitario, sino que deben estar a disposición del propio sistema y del conjunto de actores (atención primaria, atención sociosanitaria). En lugar de hablar sobre qué actor debe ocupar el espacio central del sistema sanitario, la clave debería estar en cómo podemos poner a disposición del paciente los recursos pertinentes en el momento adecuado.

Dicho de otra forma, antes el hospital era la etapa final del proceso asistencial (que podía acabar en un episodio agudo) y, en cambio, hoy el hospital está dentro del proceso y forma parte de la trayectoria del paciente, pero no necesariamente se encuentra al final, ni es el recurso más importante, ni ocupa el rol central o la cúspide de la pirámide. Sin embargo, el hospital sí puede cooperar y colaborar para proveer y transformar sus recursos en múltiples plataformas o dispositivos de atención territorial. Este nuevo rol del hospital se puede observar en múltiples iniciativas, que podemos agrupar en dos grandes modelos:

- Las iniciativas de integración: Los límites tan claros entre atención primaria y especializada del sistema español empiezan a convertirse en fronteras cada vez más borrosas alrededor del proceso del paciente. Desde la perspectiva económica ya no se trata de minimizar costes, sino de rediseñar todo el proceso del paciente en base a la evidencia y establecer puentes que fomenten la transferencia de conocimientos y la visión compartida del paciente (especialistas de enlace). La vía clínica se convierte en el eje de integración alrededor del proceso del paciente.
- Las iniciativas de cooperación territorial: las experiencias de los hospitales, solos o en alianza con otros proveedores, han generado el desarrollo de iniciativas de atención a pacientes crónicos complejos que requieren hospitalización, pero con enfoques y recursos diferentes de los hospitales de agudos. El excedente de camas causado por la búsqueda de la eficiencia tiende a ser compensado mediante la creación de servicios intermedios entre el hospital y la atención residencial. Por la evolución del hospital se ha ido creando un conjunto de servicios para pacientes subagudos, de larga estancia, paliativos, sociosanitarios, etc. En muchos casos, la causa ha sido la reorientación de edificios obsoletos o la asociación con otros actores del sector.

El hospital ha sido, tradicionalmente, una organización con un funcionamiento bastante independiente del resto de los hospitales. Es cierto que la planificación hospitalaria en una región o en un país se ha basado en la estructuración de la oferta de hospitales por niveles de proximidad/complejidad: hospital comarcal, hospital general, gran hospital general y docente, hospital universitario y terciario.

Sin embargo, la presión sobre la sostenibilidad económica del sistema sanitario, la complejidad y elevado coste de las nuevas tecnologías sanitarias, y la necesidad de organizar flujos de pacientes crónicos a nivel de un territorio han generado la necesidad de mayor cooperación entre los hospitales. Esta nueva

organización de la oferta del hospital en cooperación con otros hospitales y con visión territorial puede adoptar las formas siguientes:

- Desarrollo de servicios de diagnóstico compartidos entre distintos hospitales.
- Servicios asistenciales de ámbito territorial, que dan servicio a varios hospitales.

Todos estos cambios y las dudas que surgen en el camino de su solución generan una fuente de incertidumbres que nos obligan a realizar un buen diagnóstico de situación. Entendemos que una buena idea podría ser, **crear un observatorio de la crisis en sanidad.**

Los cambios en los sistemas sanitarios, como consecuencia de las dificultades económicas de nuestro país, se están produciendo con una velocidad nunca vista en épocas anteriores.

Ante esta situación, es necesario que la Administración aporte datos recientes y objetivos, que nos permitan evaluar a los profesionales y a la sociedad civil cómo están impactando los recortes en la calidad de la asistencia sanitaria.

Los ajustes en el gasto, aplicados de manera lineal e indiscriminada, no ayudan a lograr la sostenibilidad de los Sistemas de Salud. Hay que sustituir el enfoque de “contención de gasto” por el de invertir en aquellas actuaciones que aporten “mayor salud” con un menor coste.

Los profesionales seguro que están dispuestos a colaborar y a través de diferentes órganos y organizaciones, plataformas, asambleas o reuniones, han ofrecido diversas propuestas, nunca escuchadas en estos últimos tres años. Pero también deben ejercer la obligación deontológica de rechazar y denunciar los recortes desproporcionados, que provoquen pérdidas de la calidad asistencial en la atención a los pacientes.

Hay una especial preocupación por cómo están afectando estos recortes a la formación, la calidad y la investigación médica, por no hablar del deterioro y disminución de la oferta de los MIR, EIR, FIR, etc...

Se debe llamar la atención a todos los implicados en la sanidad pública para que los recortes que están aplicando en el corto plazo no impidan hacer las reformas necesarias a medio y largo plazo que trate enfermos y no enfermedades, que facilite la comunicación y la empatía entre el profesional y su paciente, con un mayor liderazgo clínico del conocimiento y que permita formar a los ciudadanos desde la colaboración y la responsabilidad. Si no sabemos adónde nos dirigimos, será difícil definir el modelo de profesional y organización que necesitamos.

La situación actual, tras las medidas adoptadas de manera lineal en los últimos años, obligan a repensar y establecer claramente una adecuada cartera de

servicios del Sistema Nacional de Salud. Los recortes de sueldo y aumento de horas de trabajo no son la solución a medio y largo plazo y si un riesgo para la disminución de la calidad asistencial prestada.

Ante estos hechos, podríamos hacer un plan de acción y su consiguiente seguimiento para poner el foco en aquello que consideramos muy importante y monitorizarlo con un modelo de observatorio de salud con las siguientes acciones:

- Potenciar la medicina preventiva, invertir en promoción y prevención de la salud y profundizar en el conocimiento de la morbi-mortalidad de la población y disponer de los indicadores de salud adecuados.
- Educación para la salud, para reducir la demanda inapropiada de servicios y las visitas sucesivas innecesarias.
- Aplicación de evidencia científica y conocimiento, disminuyendo la variabilidad clínica y reduciendo las pruebas diagnósticas inútiles y redundantes.
- Desarrollar la T.I.C., la telemedicina y la implicación de los profesionales en la eficiencia que suponen las tecnologías.
- Minimizar la medicina defensiva y generar cultura y conocimiento de uso adecuado de los recursos públicos.
- Controlar el gasto farmacéutico
- Estudio de necesidades de camas hospitalarias de crónicos, sociosanitarias y agudos. Cambio en la gestión del recurso cama/paciente.
- Desarrollar en diferentes ámbitos Unidades de Asistencia Domiciliaría e incrementar la accesibilidad entre niveles con la figura de médico hospitalario consultor.
- Aumentar las competencias de la atención primaria desviando el centro de la asistencia sanitaria del recurso hospitalario.

Como conclusiones al conjunto de reflexiones aquí descritas podríamos enumerar:

1. La sostenibilidad económica de los sistemas sanitarios está atravesando un difícil momento.
2. Tiene vital importancia responder a la transición demográfica y epidemiológica, del paciente agudo al crónico.
3. Estamos ante un nuevo paciente más informado, activo, crítico y exigente.
4. Se ha realizado un importante camino hacia la innovación y personalización de las tecnologías sanitarias.
5. Existe una modificación del perfil de profesional y de sus competencias.
6. Las fronteras entre niveles asistenciales se van diluyendo, gracias a la evidencia científica y los perfiles profesionales.