

Aportar el valor de la salud a las personas, la misión de las organizaciones sanitarias⁰

Jordi Varela

Director Gerente del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona
jvarela@santpau.cat

resumen

Las organizaciones sanitarias tendrían que reconducirse hacia las actividades que aporten valor añadido a la salud de las personas. Se debería seguir el lema de M. Porter: "Better health per dollar spent" (Mejora de la salud por cada dólar pagado). Por eso se proponen 5 líneas de trabajo para dejar de hacer cosas sobrantes como reducir la demanda inapropiada, la actuación desproporcionada, las pruebas diagnósticas inútiles o redundantes y las visitas sucesivas innecesarias, además de mejorar la gestión de camas. Para poder hacer efectivo este nuevo paradigma, se propone adoptar nuevos instrumentos que tengan como eje el valor salud.

PALABRAS CLAVE

valor, salud, reducir, demanda, profesionales

abstract

Health organisations should readdress their efforts towards those activities that contribute to people's well-being. They should follow Michael Porter's motto: Better health per dollar spent. In order to do so they propose 5 work lines to cut down unnecessary activities like reducing inadequate demand, unreasonable intervention, useless or redundant diagnostic tests and unnecessary consecutive appointments, apart from improving the bed management. In order to achieve this new paradigm a new series of means based on health should be implemented.

KEYWORDS

value, health, reduce, demand, professionals

Las organizaciones sanitarias tendrán que mejorar siempre en la línea de la eficacia y de la eficiencia de sus actividades. Esta parece una afirmación en la que todos estaríamos de acuerdo, pero si se quiere ir más allá y se pretende conseguir la mejora continua en la efectividad de sus acciones, a las organizaciones sanitarias sólo les queda el camino de reorganizarse sobre la base del proceso clínico y de las necesidades de la salud de las personas. El objetivo de estas organizaciones ya no parece, por tanto, que tenga que ser sólo el rendimiento de sus estructuras (más pacientes dados de alta, más pacientes atendidos en urgencias, más pacientes visitados en primaria) sin otras consideraciones. Por otra parte, muchas enfermedades han visto reducida la mortalidad, pero en cambio han aumentado la morbilidad, sin ofrecer nunca al paciente que las sufre la posibilidad de sanarse del todo; y por este motivo la epidemiología de la discapacidad y de la dependencia se ha disparado. Esta tendencia añadida a la del envejecimiento constante de la población no hace más que generar tensiones en las demandas que reciben las organizaciones sanitarias en todas sus puertas de acceso.

Los procesos clínicos de enfermedades agudas, hacia lo que están tan bien orientados los hospitales, requieren habilidades profesionales, especialización y a menudo tecnología, pero casi contradictoriamente, a las organizaciones sanitarias les resulta más difícil mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas o degenerativas, ya que en estos episodios hace falta la implicación del propio paciente, el cual tiene que llegar a entender qué le pasa y cuáles son las conductas que tendría que adoptar y, si en esto se fracasa, ya

se sabe ampliamente lo que ocurre: el paciente crónico se convierte en un adicto consumidor de servicios sanitarios, muchos de ellos innecesarios o redundantes.

Las organizaciones sanitarias tendrían que reflexionar internamente sobre el valor que aportan en términos de salud a los pacientes que atienden

Las organizaciones sanitarias tendrían que reflexionar internamente sobre el valor que aportan en términos de salud a los pacientes que atienden. Por este motivo se tendrían que abrir líneas de trabajo que serían las bases de un plan estratégico para obtener el siguiente paradigma: todo lo que no va en la dirección de conseguir los objetivos del plan de salud individualizado de cada persona y el plan de salud colectivo de las comunidades con las que se trabaja, es sobrante; y de nada vale trabajar mucho, o incluso trabajar bien, si no se va en la dirección adecuada.

Para poder ajustar las actividades de los centros sanitarios, reduciendo aquellas que son sobrantes o innecesarias y centrándose en las que aportan valor salud a las personas, se propone actuar en cinco líneas de trabajo:

Línea 1. Reducir la demanda inapropiada

El objetivo de esta línea es evitar que los enfermos con patologías crónicas o los pacientes con fragilidad geriátrica

frecuenten las puertas del sistema con peticiones de servicios que no son los más apropiados para ellos o para ellas. En estos momentos, la percepción de los propios enfermos y de sus familias es que, ante cualquier empeoramiento o cualquier nueva situación clínica, lo mejor es ponerse en manos expertas, y así es como las consultas de atención primaria se saturan con facilidad, o los servicios de urgencias de los hospitales se ven desbordados por unas tipologías de enfermos para los cuales no disponen de los instrumentos ni las orientaciones que hacen falta: rehabilitación, convalecencia, atención enfermera próxima, por ejemplo.

Hay que prestar atención a las experiencias que se están publicando, sobre todo en EE.UU., sobre las ACO (Accountable Care Organizations). Estos programas pretenden que equipos mixtos de profesionales, procedentes tanto de hospital como de primaria, expertos en determinadas patologías crónicas, trabajen juntos para mejorar la calidad de vida de determinados grupos de pacientes difíciles de manejar y muchos consumidores de servicios sanitarios.^{1,2,3,4}

Línea 2. Reducir la actuación desproporcionada

Estudios recientes indican que la proximidad de la muerte es el trazador principal de los costes sanitarios. El gasto en la provisión de servicios sanitarios en el último año de la vida de las personas en los países del primer mundo se calcula que es 13,5 veces superior a la del consumo estándar. Y si se precisa todavía más, en los pacientes ingresados en los hospitales, en el último mes de la vida, los costes son 8,6 veces superiores que los ingresos hospitalarios de los mismos pacientes en los últimos seis meses de vida.^{5,6,7}

Con estos datos, tanto clínicos como gestores sanitarios nos hemos de preguntar si no malgastamos de una manera desproporcionada en recursos en los pacientes que ya no tienen expectativas

de vivir mucho tiempo más. Sin entrar en debates éticos, si sólo nos centramos en términos de ajuste entre la actuación y los beneficios de salud obtenidos, en este campo tendríamos que ser un poco más precisos:

¿Tenemos en los centros sanitarios unos protocolos bien definidos que permitan a pacientes, familias y profesionales tomar la decisión del momento en que es más adecuada la práctica paliativa que no la curativa? Quizás en el campo de la oncología se han hecho bastantes avances, pero probablemente todavía tenemos un recorrido de mejora muy grande en el campo de la geriatría.

¿Por qué tantas personas de edades muy avanzadas mueren en servicios de urgencias y en salas de hospitalización? ¿No sería más apropiado que la experiencia de los servicios de Pades se extendiese a la geriatría, y así las familias no se verían forzadas a enviar a los abuelos a urgencias en los últimos momentos de la vida? ¿No es más ajustado, en estas edades, morir en casa con el apoyo de cabecera de una enfermera que no en un box de urgencias esperando los resultados de una analítica que no aportará nada?

¿Hemos trabajado bastante los criterios de cómo abordar las fases finales de las enfermedades degenerativas? ¿Por qué nos obstinamos en tratar con agresividad terapéutica inapropiada, incluso quirúrgica, determinados enfermos que de manera natural ya no tienen ningún futuro debido al avanzado estado de su enfermedad degenerativa o crónica?

Línea 3. Reducir las pruebas diagnósticas inútiles o redundantes

La literatura médica muestra, de una manera extensa, que las pruebas diagnósticas inútiles o redundantes pueden ser eliminadas sin disminuir en absoluto la calidad de la atención sanitaria. Se entiende como prueba inútil no la que es inútil por ella misma, ya que se supone que de estas no hay (o no tendría

que haber), sino que su uso es inadecuado. Es inútil aquella prueba que se indica cuando ya se sabe que no aportará nada nuevo al proceso diagnóstico o de seguimiento de una patología. Se entiende como prueba redundante aquella que se mantiene a pesar de la introducción en el mercado de nuevas pruebas que aportan más datos o son más precisas.^{8,9,10,11,12} Se trata de aquello tan verídico que se dice: que, en sanidad, las novedades nunca sustituyen las antigüedades, sino que se acumulan.

Pensemos en las pruebas preoperatorias indiscriminadas que se hacen sin tener en cuenta ni la edad ni la carencia de comorbidades de los pacientes que tienen que ser operados. O las pruebas de control de pacientes con enfermedades crónicas o cancerosas. ¿En qué se basan estas pautas? ¿Hay evidencia científica de la periodicidad con que se tienen que hacer? Respecto a las pruebas redundantes, el asunto es bastante complicado, ya que algunos clínicos están instalados en prácticas bastante defensivas, al mismo tiempo que están absortos por la gran cantidad de medios que los hospitales modernos les ofrecen.

Línea 4. Reducir las visitas sucesivas innecesarias

El área de consultas externas del Hospital de Sant Pau (Barcelona) atiende 356.000 visitas cada año, pero sólo un 22% de ellas son primeras visitas y, por este motivo, el Hospital ha diseñado un plan destinado a reducir 23.000 visitas de seguimiento anuales, de las que se podrían considerar *a priori* que son innecesarias. Es una responsabilidad de los especialistas de hospital establecer planes de seguimiento y formativos de pacientes que tendrían que ser seguidos mejor desde el ámbito de la atención primaria, en lugar de acompañarlos innecesariamente desde las instancias hospitalarias, hecho que comporta diversos efectos indeseables: desarraigo de estos pacientes respecto a la aten-

ción primaria, sobreprotección por parte de los especialistas y un exceso de pruebas diagnósticas redundantes.

Línea 5. Mejorar la gestión de camas

A pesar de la introducción de programas ambulatorios sofisticados, como la cirugía mayor sin ingreso, las endoscopias terapéuticas digestivas o la hemodinámica cardíaca intervencionista, el uso de la cama hospitalaria continua siendo el recurso más costoso del sistema sanitario. No en vano el uso de la cama de hospital arrastra diversos sistemas complejos como curas de enfermería continuadas, especialistas variados, guardias médicas, uso intenso de recursos diagnósticos y terapéuticos, sin olvidar todo lo que implica el sistema hotelero coadjunto. Por tanto, cada estancia innecesaria es un lastre para las finanzas del centro, tanto si obedece a ingresos que no se tendrían que haber producido como a estancias que se alargan en pacientes que ya tendrían que estar en casa o en otro recurso más ligero.

Para avanzar de una manera sostenida en la mejora de la gestión de las camas hospitalarias, hace falta comparar los datos propios con una extensa base de datos que permita obtener indicadores ajustados por complejidad (en base a la codificación del sistema GRD). De esta manera se puede saber si las desviaciones en estado medio, tanto del hospital como de los servicios médicos, corresponden a una diferencia en la complejidad de los casos tratados, o bien a una diferencia en la práctica de la gestión de las camas hospitalarias.

Los hospitales están, pues, obligados a prepararse para un futuro con menos camas, pero con un uso mucho más cuidadoso de lo que ahora todavía se hace, a pesar de las evidentes mejoras en los últimos tiempos, y esto no se conseguirá sin un trabajo de orientación todavía más intenso hacia la sintomatología geriátrica, hacia la problemática social de los pacientes, hacia la mejor coordinación con la atención primaria y hacia

una red bien aprovechada de recursos sociosanitarios.

Instrumentos para conseguir la reorientación de las organizaciones

Con las cinco líneas de trabajo propuestas, las organizaciones sanitarias estarían en mejor disposición de ser un recurso más bien adaptado al nuevo paradigma: trabajar sólo en las acciones que pueden aportar más salud a los pacientes y a las comunidades, o como dice Michael Porter: "Better health per dollar spent".¹³ Pero si no somos bastante hábiles encontrando los instrumentos, todo eso sólo quedaría como una retórica que iría sucumbiendo a la propia inercia de las ineficiencias instaladas y a las diversas tensiones que actores con intereses diferentes hacen incidir en el sistema de salud.

Los instrumentos que se tendrían que desplegar serían los siguientes:

El valor salud como instrumento. La aseguradora (eso vale tanto para las públicas como para las privadas) tendría que poner el valor salud y el paciente en el centro de interés. Los instrumentos necesarios para conseguirlo están muy bien definidos por Kaiser Permanente¹⁴ pero también por otras mutuas y, actualmente, las reformas del Reino Unido¹⁵ y del País Vasco¹⁶ también apuntan en la misma dirección, a pesar de que ninguna de ellas tiene la trayectoria ni los instrumentos tan bien engrasados como Kaiser Permanente. Hablamos, pues, de estratificación de la población por riesgos en salud y por condiciones crónicas ya adquiridas, de planes de salud individualizados en base a esta estratificación, de implicación de los propios enfermos (en el caso de Kaiser, con reducciones o penalizaciones en las pólizas) y de los profesionales en conseguir los objetivos de financiación basados en buena parte en la obtención de los objetivos marcados. En resumen: estratificación, implicación de los pacientes y desincentivación del consumismo innecesario.

El liderazgo clínico y una nueva financiación. El liderazgo clínico es imprescindible para el nuevo paradigma. Por tanto, el futuro pasa por adentrarse en las experiencias cooperativas de profesionales, con más competencias que las entidades de base asociativa que ahora conocemos. No en vano, Permanente es una cooperativa de médicos que, en su día, después de años de negociaciones, consiguió un acuerdo sólido y global con la aseguradora Kaiser. Ahora también vemos como en el Reino Unido pretenden que los grupos de médicos de cabecera tengan funciones en la compra de servicios (*commissioning*) que se derivan de sus propias decisiones. El liderazgo clínico tiene que ser, por tanto, el eje trazador del cambio, de acuerdo con una financiación en "bundles" que los implica en los resultados que de ellos se espera, y con una visión de responsabilidad transversal, sobre todo sobre los grupos de pacientes crónicos de más difícil seguimiento.

El *benchmarking* tiene que ser desarrollado en grandes bases de datos y tiene que ser explotado con criterios profesionales para permitir la mejora continua de los recursos, siguiendo la línea ya conocida de las bases de datos de los GRD y de su gran aportación a la mejora en la gestión de camas. Ahora sólo toca hacerlo extensivo a todos los parámetros imprescindibles para poner el valor salud en el centro de todas las acciones de las organizaciones sanitarias. Tendríamos que estar atentos al despliegue de un modelo de medición de resultados clínicos (*outcomes*) que Michael Porter ha publicado recientemente¹⁷ con la clara intención de que sea una base de medida para un futuro modelo de financiación basado en la salud obtenida (tiempo para la recuperación, complicaciones, errores terapéuticos, recaídas, consecuencias a largo plazo, etc.) más que en la actividad hecha.

Comisiones profesionales independientes (de la Dirección, se entiende) para el ajuste de las actuaciones clínicas.

En la misma línea que las comisiones de calidad, se tendrían que crear comisiones internas que tendrían por objeto asesorar a la Dirección sobre medidas internas a tomar para reducir el malgasto de recursos en acciones que no llevan valor añadido en términos de la salud de los pacientes, de acuerdo con los puntos tratados en este artículo: demanda inapropiada, actuaciones desproporcionadas, pruebas innecesarias, visitas redundantes, estancias no justificadas o de otras líneas que se pudiesen proponer. Se trata de alertar y desplegar programas internos que permitan ajustar de manera satisfactoria los gastos a las capacidades de incidir en la salud de las personas.

A manera de conclusiones

El principio de afinar el gasto sanitario a las acciones que llevan valor añadido es fácil de decir, pero muy complejo de conseguir, dado que en el campo en que se mueve el sector salud hay muchos actores y muchos intereses diversos que, aunque sean lícitos, no todos apuntan en la dirección del lema "portuario": "Better health per dollar spent".

En el artículo se apuntan cinco líneas de trabajo para evitar algunas fugas de las organizaciones sanitarias actuales en actividades que no aporten supuestamente valor añadido a la salud de las personas, o que incluso sería mejor que se evitasen. También se propone el despliegue de cuatro instrumentos que serán seguro los que marcarán el futuro y servirán para hacer posible el avance hacia sistemas sanitarios menos dispersos y más concentrados en lo que se supone que se tiene que hacer.

Para acabar, y ya casi fuera del tema tratado, las tendencias actuales apuntan que, para obtener buenos resultados y evitar gastos innecesarios, se tendría que transferir la financiación de la compra de servicios al profesional que maneja el plan de salud del paciente, para que él mismo pueda decidir qué servicios ofrece directamente y cuáles

tendrían que comprar. Este nuevo modelo fusiona funciones con el objetivo de implicar más a los actores (financiero, proveedor y paciente) en torno a la mejora del proceso clínico y el consumo de recursos más ajustados a las necesidades reales. Si esta es la tendencia de los nuevos paradigmas, se aconsejaría, evidentemente, revisar el modelo sanitario catalán, que, como se sabe, tiene como seña de identidad (al menos en el plano teórico) la separación de funciones entre comprador y proveedor, además de un tercer agente (el Departamento de Salud), que es quien planifica.

NOTAS Y REFERENCIAS

BIBLIOGRÁFICAS:

0. Este artículo es una adaptación del artículo del mismo autor: "Reconducir las organizaciones sanitarias hacia su autentica misión: aportar valor salud a las personas", que aparecerá en la revista "El Referent" de la Fundació Unió (Unió Catalana d'Hospitals).

1. Ham C, Dixon J, Chantler C. Clinically integrated systems: the future of NHS reform in England?. *BMJ*. 2011; 2(342): 740-2.
2. Curry N, Ham C. Clinical and service integration. The route to improve outcomes. London: The King's Fund; 2010.
3. Rittenhouse DR, Shortell SM, Fisher ES. Primary Care and Accountable Care. Two essential Elements of Delivery-System Reform. *N Engl J Med*. 2010; 361(124): 2301-3.
4. Shortell SM, Casalino LP. Health Care Reform Requires Accountable Care Systems. *JAMA*. 2008; 300(1): 95-7.
5. Seshamani M, Gray AM. A longitudinal study of the effects of age and time to death on hospital costs. *J Health Econ*. 2004; 23(2): 217-35.
6. Polder JJ, Barendregt JJ, van Oers H. Health care costs in the last year of life—the Dutch experience. *Soc Sci Med*.

- 2006; 63(7): 1720-31.
7. Kardamanidis K, Lim K, Da Cunha C, Taylor LK, Jorm LR. Hospital costs of older people in New South Wales in the last year of life. *Med J Aust*. 2007; 187(7): 383-6.
8. Stiell I, Wells G, Laupacis A, Brison R, Verbeek R, Vandemheen K, et al. Multicentre trial to introduce the Ottawa ankle rules for use of radiography in acute ankle injuries. Multicentre Ankle Rule Study Group. *BMJ*. 1995; 311(7005): 594-7.
9. Bachmann LM, Kolb E, Koller MT, Steurer J, ter Riet G. Accuracy of Ottawa ankle rules to exclude fractures of the ankle and mid-foot: systematic review. *BMJ*. 2003; 326(7386): 417.
10. Keay L, Lindsley K, Tielsch J, Katz J, Schein O. Routine preoperative medical testing for cataract surgery. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 2. Art. No.: CD007293. DOI: 10.1002/14651858.CD007293.pub2.
11. Bates DW, Boyle DL, Rittenberg E, Kuperman GJ, Ma'Luf N, Menkin V, et al. What proportion of common diagnostic tests appear redundant? *Am J Med*. 1998; 104(4): 361-8.
12. Van Walraven C, Raymond M. Population-based study of repeat laboratory testing. *Clin Chem*. 2003; 49(12): 1997-2005.
13. Porter ME, Teisberg EO. How physicians can change the future of health care. *JAMA*. 2007; 297(10): 1103-11.
14. Kaiser Permanente [web]. Pleasanton: Kaiser Permanente; 1995- [acceso 9 junio 2011]. Disponible en: <https://members.kaiserpermanente.org/kpweb/aboutus.do>
15. NHS. Equity and excellence: liberating the NHS. July 2010. London: Department of Health; 2010.
16. Osakidetza. Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi. Julio 2010. Vitoria: Gobierno Vasco; 2010.
17. Porter ME. What Is Value in Health Care?. *NEJM*. 2010 Dec 23; 363(326): 2477-81.