

Tecnología y organización en sanidad: el reto de la innovación

Juan del Llano Señarís

Fundación Gaspar Casal

Las principales innovaciones organizativas en sanidad

Los cambios en los patrones demográficos, sociales y epidemiológicos han llevado a que hoy en día cada decisión terapéutica o de cuidado esté influida al menos por tres factores: el conocimiento médico, la opinión de los pacientes y las políticas o estrategias de las autoridades sanitarias. La gestión clínica está adquiriendo importancia por su capacidad para hacer converger estos tres puntos de vista, a menudo tan distantes. Su mayor hito ha sido el intentar equilibrar la tensión entre recursos limitados y expectativas ilimitadas.

Actualmente, los servicios de salud no sólo se ocupan de mejorar los indicadores de morbilidad y mortalidad, sino que cada vez conceden más importancia a su faceta de prestación de servicios y, por lo tanto, a la mejora de la satisfacción de los pacientes (1). El énfasis hay que ponerlo en la personalización del servicio frente a la producción ciega y muda de actividad asistencial "per se".

Las principales innovaciones organizativas vienen de la mano de los procesos de descentralización administrativa, ineludibles en organizaciones como un hospital, donde, por la gran especialización, el poder, como en todas las burocracias profesionales, está en la base, y lo que se precisa, por tanto, es no "secuestrar" la capacidad de decisión a aquellos niveles en los que se dispone de la información relevante. Además, las especiales características de distribución de información y de necesidades de decisión, deben hacer avanzar hacia diseños organizativos que no violenten esta estructura imponiendo formas organizativas tan inadecuadas como poco efectivas. Así, la autoridad y la responsabilidad para tomar decisiones estará más cercana al lugar donde se producen las relaciones clínicas y donde se cuenta con la mejor información. En consecuencia, es en el estamento clínico donde se ha de distribuir la carga de trabajo, donde los recursos de la organización son más productivos y donde se asignan más eficientemente a empleados tareas ajustadas a sus competencias. De este modo se conseguirá un mejor autogobierno, una mayor responsabilidad y una mayor transparencia en la rendición de cuentas.

Sin embargo, estas innovaciones han de verse precedidas de cambios institucionales en el ámbito de lo público, donde la dependencia del pasado aconseja una estrategia de radicalismo selectivo: transformaciones escogidas, de gran alcance, sobre un frente clave y reducido para no incentivar la formación de grandes coaliciones de bloqueo; y permitir la formación paulatina de coaliciones de apoyo (2).

Otra importante innovación organizativa es la integración de niveles asistenciales (hospital y atención primaria o viceversa). Para ello es preciso entender su taxonomía, estudiando con detenimiento los costes de transacción del empeño y analizando sus determinantes principales: mejora de ingresos, más tiempo libre, mejor reparto de la carga de trabajo, interés del paciente, interés de la sociedad, mejor reputación entre iguales/colegas, mayor satisfacción intelectual. Asimismo han de tenerse en cuenta otros determinantes menores: aumento en la autonomía de gestión, mejoras de comunicación, premisas de mejora de clima y condiciones de trabajo, más oportunidades de innovar, menor frustración en la relación de los generalistas con los especialistas...

Las principales innovaciones tecnológicas en sanidad

El progreso científico está extendiendo las posibilidades de tratar enfermedades de todo tipo. El desarrollo bio-tecnológico dirigido al cáncer, la demencia, el Alzheimer o los accidentes (a través del uso de materiales biocompatibles) ocupará un primer plano a partir del avance de las tecnologías de la información, de las comunicaciones y los sensores (3). Asimismo están en curso otras innovaciones como nuevas formas de diagnóstico por la imagen (digitalización), la cirugía microscópica junto al uso de reproducciones virtuales, los nuevos medicamentos que incorporarán progresos farmacogenómicos y genéticos. Por tanto, existirá una preocupación creciente por solventar cuestiones como el acceso a estas innovaciones (quiénes y en qué condiciones), es decir, si será posible su utilización por todos gratuitamente (4); así como la compatibilización de dichos avances con la autonomía del paciente y la necesaria re-orientación de la formación de pregrado y postgrado del médico y otros profesionales en materias que giren en torno al uso efectivo, apropiado y eficiente de dichos recursos.

En esta vertiente del desarrollo tecnológico, el incremento de los costes contribuye a que la inflación por la asistencia sanitaria crezca, fundamentalmente por el precio de los medicamentos, de una manera más rápida que la inflación general. Estas nuevas tecnologías, independientemente de sus "outcomes", añaden costes al incrementar la intensidad en el cuidado médico, al expandir las oportunidades de proveer de servicios a más pacientes. Aunque algunas nuevas tecnologías puedan reducir los costes unitarios para pacientes particulares, a menudo incrementan el gasto neto en salud por aumentar el volumen total. Así, estas tecnologías son utilizadas por pacientes con enfermedades sintomáticas moderadas o por otros pacientes que previamente estaban muy enfermos para ser tratados.

El desarrollo de la gestión de la información, los cambios demográficos y el envejecimiento son cuestiones asociadas al incremento en costes. La calidad en el cuidado, la mejora en el acceso y la mayor satisfacción de los pacientes son objetivos a perseguir, a ser posible, junto a un crecimiento moderado de los costes.

Este entorno cambiante supone que la evaluación de tecnologías sea cada vez más requerida junto al crecimiento de programas de garantía de calidad. Las cuestiones claves serán determinar quiénes ejecutarán las futuras evaluaciones, qué métodos han de ser utilizados y cuál será el impacto de las nuevas regulaciones para las compañías farmacéuticas y tecnológicas. Seguramente asistiremos a intentos de conciliar el crecimiento del gasto sanitario con una mayor calidad asistencial a través de la investigación de resultados en salud ("outcomes"). La estrategia investigadora debiera dirigirse no sólo al favorecimiento de redes públicas para la evaluación de tecnologías sino también a la diseminación de buenas prácticas que sean legitimadas a través de criterios de coste efectividad (5).

La síntesis de ambas innovaciones

La innovación tecnológica en el ámbito sanitario está ya provocando innovación organizativa, en términos de ingeniería de procesos asistenciales,

EDITORIAL

transferencias de derechos de decisión a los médicos, cambios en la integración de niveles asistenciales y un mayor énfasis en la prevención, etc... El desarrollo de determinadas tecnologías permite el abordaje más eficiente de determinadas enfermedades a través de la prevención, la continuidad del cuidado, la educación sanitaria, etc... Entre dichas enfermedades se encuentran algunas como la hipertensión, la diabetes y el asma.

Además, razones epidemiológicas y demográficas determinarán la convergencia entre los servicios sociales y los servicios médicos en un futuro cercano. Comenzaremos a observarlo con la atención integral al anciano.

Se requieren condiciones previas para conjugar con éxito la innovación tecnológica y organizativa. Entre dichas condiciones cabe resaltar: decisión firme desde la cúspide, definición explícita de esfuerzo común, mentalidades abiertas dispuestas a asumir el cambio de paradigma, enfoque de cultura de equipo, uso de recompensas individuales y corporativas junto a oportunidades de financiación. Existen obstáculos para dicho éxito, como son: el peso histórico y el poder del paradigma prevalente, la tensión en la fijación de territorios y jerarquías, el horizonte de corto plazo, la capacitación, la formación, la financiación y la inversión adecuadas en recursos humanos (6).

Las prioridades

Buena parte de los recursos destinados a la investigación para la salud provienen de aportes del sector público, por tanto conviene que la sociedad conozca, reflexione y participe en las decisiones sobre las prioridades de su asignación.

El mercado se ocupa del enfoque más reduccionista, obviamente relacionado con la cuenta de resultados. Hay un mercado potencial cada vez mayor, por el avance biotecnológico, de productos de la medicina preventiva, pero las empresas siguen invirtiendo mucho más dinero en la medicina orientada a las enfermedades. La investigación está todavía bastante condicionada por las inclinaciones de los investigadores. El atribuir a cada nueva tecnología las cualidades de neutralidad e inevitabilidad, significa que los muchos intereses concretos que tanto tienen que ganar con la rápida aceptación y difusión de dicha tecnología, se libran de tener que ponderar los méritos o la sabiduría de su contribución o lo apropiada que ésta pueda ser. Las tecnologías no son ni independientes de los sistemas de valores ni inevitables.

Lo cierto es que muchos de los productos y de los procesos de la incipiente revolución biotecnológica son potencialmente beneficiosos. Si no lo fuesen no encontrarían mercado. Las empresas no están para ofrecer productos y servicios que la gente no quiere. Y aquí está precisamente el meollo de la cuestión. No se trata simplemente de la motivación de los científicos o de las empresas que financian la investigación. La sociedad con sus expectativas, actitudes y preferencias establecerá los parámetros culturales del tipo de futuro que, como civilización, planeemos. La discusión tendrá que ser tan profunda como amplia pues suscita preguntas fundamentales sobre la naturaleza de la ciencia, los tipos de nuevas tecnologías que introducimos en el mercado y el papel del comercio en los íntimos asuntos de la biología (7).

Pongamos un ejemplo. Hasta que no apareció la hormona del crecimiento, nadie había dicho que ser bajo -no enano- fuese una enfermedad. Se ha convertido en una enfermedad sólo desde que se dispone de una ma-

nipulación (la hormona del crecimiento) y porque médicos y aseguradoras, para justificar sus actos, tienen que considerarla como tal. Estamos tocando dos temas: la comercialización de fármacos que mejoran el bienestar y la calidad de vida, y la gradual redefinición de qué significa estar sano. Hay muchos más ejemplos: alopecia, disfunción eréctil, timidez...

Establecer prioridades en investigación requiere decidir sobre la base de evidencias, valores, riesgos y beneficios junto a información procedente de la evaluación, que no suele ser precisamente ni profusa ni de calidad cuando existe.

El escrutinio público sobre el destino de 3,5 billones de pesetas, presupuesto para el año 2001 de los Institutos Nacionales de Salud estadounidenses, la efectividad y los criterios que guían su asignación, han propiciado ejercicios de priorización. Los principales criterios empleados han sido las necesidades de salud de la población, la calidad científica de la investigación, el logro potencial de resultados, la diversificación de líneas y la disponibilidad de infraestructuras adecuadas. Persisten problemas del tipo de adecuar la ponderación de dichos criterios y debatir alternativas que permitan decidir a sus beneficiarios potenciales, el conjunto de la ciudadanía, y no sólo de los actuales, así como equilibrar intereses legítimos pero minoritarios con otros más generales (8).

La exigencia de transparencia en el empleo de los recursos públicos y la participación democrática en la formulación de prioridades, no es tarea fácil. Requiere inteligencia y el convencimiento de que no existen ni fórmulas ni mecanismos perfectos.

¿Será posible seguir introduciendo nuevas tecnologías biomédicas y contener el crecimiento de los costes sanitarios junto a un acceso más equitativo? ¿Qué papel le quedará al Estado en el manejo de estos temas de política pública?

Agradecimientos: a Ricard Meneu, Vicente Ortún y Pilar Núñez-Cortés por sus comentarios y sugerencias.

Juan del Llano Señarís
Fundación Gaspar Casal
fgcasal@terra.es

(1) Gené J. Gestión Clínica en Atención Primaria: finalmente Alma Ata tenía razón. *Quaderns CAPS* 1998; 27: 53-56.

(2) Ortún V. La capacidad de resolución constituye la mejor expresión clínica de la eficiencia (entrevista). *Salud* 2000-2001; 82: 3-6.

(3) del Llano J. Innovación tecnológica e innovación organizativa en atención primaria: ¿qué es antes el huevo o la gallina? *Cuadernos de Gestión* 2001; 7: 1-8.

(4) del Llano J. La Sanidad en España: la dificultad de todo, para todos y gratis. *Med Clin (Barc)* 1999; 112: 496-8.

(5) López-Casasnovas G. Investigación y Desarrollo en España. Madrid, Fundación Privada Vila Casas, Nº 6; 2000.

(6) Artells JJ. Estrategia y asignación de recursos en la investigación biomédica. *Gac San* 2000; 14: 391-7.

(7) Rifkin J. El siglo de la biotecnología. Barcelona, 1999. Crítica.

(8) Meneu R. Establecimiento de prioridades sociales en la investigación y difusión de tecnologías sanitarias. *Pasajes: revista de pensamiento contemporáneo*. 2001 (en prensa).