

2º Seminario de Inteligencia Sanitaria e Innovación en Atención Primaria Aplicación de la Inteligencia Sanitaria, 11 de Junio 2010

Jorge Casas Requejo

Introducción. El papel directivo

Dentro de las Organizaciones sanitarias españolas publicas, el papel de Gerente de un Hospital o de un Área Sanitaria, ha sido desde su creación una figura controvertida.

En los grandes hospitales nacionales, buques insignia de una determinada forma de hacer política sanitaria, el gerente ejerce una necesaria representación institucional y es esta en gran medida una de sus mayores responsabilidades, a mas de sus innegables capacidades de directivo, siendo su equipo de colaboradores el que recoge y soporta la antorcha de la gestión dura y diaria.

El resto de centros y áreas suelen tener en el gerente realmente a un mando intermedio, dicho esto sin ningún ánimo peyorativo.

De hecho los mandos intermedios son la piedra angular de la organización¹. Ocupan una posición clave en el sistema de trabajo, porque a ellos les corresponde planificar, ejecutar y controlar a los equipos..... canalizar la estrategia, asumir los objetivos y conseguir que los equipos lleven a cabo una actuación orientada a las metas.....son los que más conflictos tienen, asociados al desarrollo de su función,.....El buen gestor de equipo es una persona que ha elegido serlo,..... no solamente es necesario su compromiso y lealtad hacia la compañía y su equipo,..... implicación, y que la organización proporcione un programa de desarrollo de habilidades,.....dotarle de las suficientes capacidades que permitan su desarrollo efectivo. Solamente así se conseguirá dotar a la organización de verdaderos agentes propiciadores y ejecutores de los cambios a que obliga nuestro entorno.

Un importante numero de Políticos, Directores, Subdirectores y hasta cargos técnicos y de gabinete, se sitúan sobre la cabeza del gerente para "dirigir" la empresa. Este a su vez sustenta la responsabilidad de su propio equipo, con el que cuenta para llevar a cabo los objetivos, y se apoya en el esfuerzo de los profesionales que dirige para llevar a cabo su gestión. En último termino, la población de referencia de su centro habrá de ser desde el punto de vista sanitario su principal ocupación.

Es llamativo que a lo largo de las distintas normas jurídicas que han propiciado el desarrollo de nuestra sanidad publica actual, desde el Real Decreto 137/84 de Estructuras Básicas de Salud, la Ley 14/1986 General de Sanidad, el Real Decreto

347/1993, de Organización de los Servicios Territoriales del Insalud, variedad de leyes y normas autonómicas y hasta la LOPS de 2003, de alguna manera recogen estas características definidas anteriormente, e incluso propone establecer mecanismos de evaluación periódica del desempeño y de los resultados que supongan la confirmación o remoción del directivo.

Pues bien, esta figura, clave en muchos aspectos del desarrollo empresarial, motor a nivel meso de la inteligencia sanitaria, sigue en muchos casos a expensas de ser nombrado o cesado por motivos totalmente extraprofesionales.

La explotación inteligente de información

Impulsar la innovación en el sector sanitario resulta hoy una obligación insoslayable para dar respuesta a los dos grandes desafíos: mejorar la calidad de la asistencia y reducir los costes operacionales.

La Inteligencia Sanitaria, obligatoriamente se nutre de un sistema de información sólido, eficaz y eficiente. Debe dar una correcta interpretación al curso actual de los hechos y, según su tendencia, prevenir acontecimientos futuros. Debe tener la capacidad de anticiparse a las amenazas y reconocer las oportunidades que se avecinan o que ya están presentes en forma inicial. Debe incluir los datos de la respuesta social a los problemas de salud, incluyendo información de los sistemas administrativos y de soporte. Debe considerar, en suma, la complejidad del proceso salud-enfermedad, incorporando los elementos informativos que permitan un conocimiento adecuado de los determinantes de la situación de salud

La integración de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) es cada vez más necesaria, evitando así la pérdida de tiempo de los profesionales, localizando registros o tomando decisiones clínicas con información inexacta.

Aunque la incertidumbre sea de alguna manera un compañero habitual en nuestro camino y debamos trabajar con ella, cualquier herramienta que la disminuya debe ser una obligación para el gestor, así tomará decisiones con mayor evidencia y probablemente más ajustadas

Las organizaciones sanitarias se han centrado en la explotación inteligente de la información que manejan, para poder tomar las decisiones más acertadas en cada momento e incrementar la satisfacción de los pacientes.

Uno de los principales objetivos de una organización sanitaria es suministrar a todos los profesionales de los diferentes centros el acceso a resultados, diagnósticos y pruebas de laboratorio comunes. De este modo, reducirán sus costes y mejorará la atención a los pacientes.

Un paso fundamental es la creación de una plataforma de información sanitaria que promueva la normalización de los datos y garantice el cumplimiento de las normas de seguridad y auditoría. Un repositorio central de información clínica que permita minimizar la entrada redundante de datos. En un entorno transaccional que favorezca la interoperabilidad entre aplicaciones, la utilización de un sistema integrado, facilitaría la creación de informes administrativos, la contribución a la investigación con informes de resultados en diversas áreas como: el registro, la gestión de personal, las órdenes clínicas o la gestión organizativa, con la seguridad de que están utilizando un modelo de datos único e íntegro.

Las medidas y capacidades del sistema de alta seguridad en una plataforma de este tipo resultan esenciales. El acceso a la información debe estar basado en roles, con mecanismos de autenticación y autorización y encriptación de los datos. La finalidad última de toda solución de inteligencia sanitaria, en sus aspectos informativos, debe tener como guía el facilitar la privacidad, autenticidad, integridad y no rechazo de los datos, cumpliendo los exigentes requerimientos legales en privacidad y seguridad para la información sanitaria.

Las posibilidades de utilización gerencial de la inteligencia sanitaria

Es fundamental tener autonomía organizativa; es impensable el llevar a cabo propuestas innovadoras con el corsé normativo o, aun peor, con el de la "oportunidad política"

La ausencia de perfil profesional en el directivo hace de éste en muchos casos un autodidacta, con gran coste personal, y de su equipo, en el aprendizaje. Tal vez como consecuencia de esto y de los frecuentes cambios en la organización, que remueve personas o cambia objetivos y planes, cuando no estructuras completas, la función directiva adolece de una pobre incentivación, no solo económica sino de mayor trascendencia social y personal, por lo que la elección de esta vía de desarrollo profesional carece de atractivo para los mejores en gran número de casos ².

En algunas ocasiones los gestores tienen la oportunidad (independencia) y la visión estratégica de trabajar con el apoyo técnico necesario para hacer uso real de la

inteligencia sanitaria, por ello es importante poder contar con un equipo de trabajo designado por uno mismo y que esté dispuesto a trabajar en la sombra de la organización. En esta línea de pensamiento, la mayor parte de los cambios en la gestión de las organizaciones sanitarias en las que he estado se han producido desde el *sistema en la sombra (the shadow system)*. La innovación y los planteamientos críticos y creativos, a menudo proceden de ese lado oscuro, y es imprescindible aumentar su capacidad de influencia para fortalecer la inteligencia del sistema.

Esto se suele plasmar en la puesta en funcionamiento o mejora de procesos clave dentro de la organización (genera cultura y confianza, motiva pero al mismo tiempo no se asegura continuidad y tiene escasa trascendencia).

Una de las herramientas de gestión y correa de transmisión para la inteligencia sanitaria fue y aun lo es, aunque más desvirtuado, los Contratos de Gestión o Contratos Programa y homólogos³.

Si bien en un primer momento surgen como necesidad de relacionar y vincular la utilización y consumo de recursos, con los resultados obtenidos de los mismos, con el tiempo se fue desarrollando el estilo directivo participativo por objetivos, la mejora continua de los sistemas de información y el desarrollo de una contabilidad de costes.

Al requerir este procedimiento, entre otras cuestiones, el negociar la fijación de unos objetivos, establecer un método de seguimiento, valorar el grado de cumplimiento de los objetivos y premiar la consecución de dichos objetivos, ha supuesto una transparencia de las obligaciones y objetivos, ha posibilitado profundizar en la autonomía de los profesionales, en la descentralización de la gestión y una aceptable estrategia de participación y vehículo relacional entre la actividad y el presupuesto asignado.

Su puesta en funcionamiento, fue un ineludible empujón para el desarrollo de instrumentos necesarios como:

CARTERA DE SERVICIOS EN ATENCION PRIMARIA

MANUAL DE CRITERIOS DE ASIGNACION DE RECURSOS

MANUAL DE IMPUTACION DE COSTES

PROGRAMA DE USO RACIONAL DE LOS MEDICAMENTOS

TARJETA SANITARIA INDIVIDUAL

SISTEMA DE INCENTIVACION

En resumen, Sistemas de información claves para la toma de decisiones con la mayor probabilidad de “lograr la combinación de información, conocimiento basado en la experiencia y actitud que facilita la selección del curso de acción óptimo en cada contexto y situación”.

Después de un periodo de letargo y descrédito, al ser utilizados en gran medida solo como un sistema de medida de indicadores y cobro de incentivos, exentos de participación y crítica, parece que pueden regresar a un régimen de descentralización real con la participación de gestores y profesionales en un mismo plano.

Un proyecto todavía no planteado es realizar un Contrato único entre Primaria y Hospitalaria, que obligaría a que los instrumentos comentados anteriormente fueran realmente de uso e interés común, así como favorecer la comunicación y el conocimiento entre los profesionales. Únicamente en aquellos Servicios de Salud con Gerencias Únicas esto es una realidad.

La importancia de la evaluación en la aplicación de inteligencia sanitaria

Hay sobradas pruebas de la gran variabilidad en la equidad en el acceso a los servicios, en la eficiencia técnica y en la calidad de servicios prestados por las autoridades de salud locales (a nivel meso). Es indudable que una mejor utilización de los recursos puede llevar a más y mejores servicios, y mientras que la evaluación formativa puede contribuir a ello, el desafío es involucrar a profesionales de la salud en el ejercicio de evaluación⁴

Coast⁵ ya puso de manifiesto a través de entrevistas cualitativas con profesionales de la salud en el Reino Unido, que en un nivel meso el proceso de toma de decisiones se caracteriza por: "Un sistema de equívocos, que implica a un complejo conjunto de interacciones, en el que hay un buen número de obstáculos". La toma de decisiones implica posponer, aplazar y transferir decisiones difíciles.

Es necesario un enfoque más detallado y riguroso de prioridades a nivel meso. Los responsables en la toma de decisiones intentan establecerlas de manera idónea, y carecen de consenso sobre qué valores deben guiar sus decisiones. Una forma de abordar este problema consiste en determinar lo que todas las partes interesadas entienden por establecer prioridades con éxito. En este sentido es interesante en trabajo de Sibbald⁶ que desarrolla un marco conceptual para establecer las más adecuadas.

Mientras a los gestores intermedios se les ha dado una mayor responsabilidad en el establecimiento de prioridades, carecen de la fuerza y del conocimiento necesario para lograr las soluciones a largo plazo en el cuidado de la salud. En este sentido la economía puede ser una herramienta valiosa para el establecimiento de prioridades y ya se ha filtrado en la jerga utilizada por los gestores. Sin embargo, aunque la mayoría de los

conceptos son comprendidos y compartidos, es necesario el salto a la adopción de estos conceptos en la práctica de la toma de decisiones.

Los obstáculos para el uso extensivo de la evaluación económica en la toma de decisiones pueden estar relacionados con tres factores: políticos e institucionales, culturales, y factores metodológicos asociados a la evaluación económica misma⁷.

En los últimos años y especialmente en el Reino Unido, ha habido un aumento en el uso de la evaluación económica. Sin embargo, todavía no contamos con datos sobre su influencia exacta en la toma de decisiones a nivel local.

En diversos estudios sobre el uso de la evaluación económica como herramienta de toma de decisiones en el National Health (NHS) a nivel meso, se afirma que aunque el Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica (NICE) proporciona la guía principal de evaluación económica a nivel local, seguir su orientación, a menudo se considera perjudicial para conseguir las necesidades locales⁸.

Realmente la evaluación económica no está muy considerada a la hora de su aplicación en el ámbito local, y aunque los que toman las decisiones parecen entender los “conceptos económicos”, el proceso de toma de decisiones se aparta de estos principios en la práctica habitual.

Hay dos razones por las que la evaluación económica no se utiliza de forma habitual en el ámbito local:

- 1.- la mayoría de las decisiones de gestión están más relacionadas con la contratación de personal adicional y la compra de nuevos equipos y tecnologías, que con la elección de los medicamentos o de otras actividades que generalmente son las publicadas en las evaluaciones económicas.
- 2.- falta de concienciación sobre el enfoque de evaluación económica para la toma de decisiones.

Estos dos factores apuntan a una falta de libertad en la toma de decisiones a nivel local y a la incompreensión de cómo se puede lograr el establecimiento de prioridades en la práctica habitual.⁹

Son necesarias nuevas herramientas destinadas a ayudar tanto a los investigadores como a los responsables en la toma de decisiones que tratan de desarrollar procesos

para el establecimiento de prioridades, por lo que necesitan adoptar un enfoque interdisciplinario y de colaboración.^{10 11}

Conclusión:

La preocupación del día a día del gestor/político intermedio está lejos del necesario planteamiento a medio/largo plazo. Le falta en muchos casos conocimiento, pero en la mayoría adolece de:

- 1.-continuidad en el tiempo
- 2.-perfil profesional
- 3.-autoridad
- 4.-independencia
- 5.-evaluación de su proyecto

Se necesita un estudio más detallado y riguroso de las prioridades a nivel local. Mientras se les ha dado una mayor responsabilidad a los gestores intermedios en el establecimiento de prioridades, éstos carecen del poder necesario y del conocimiento para que se consigan las soluciones a largo plazo a los problemas en la atención de la salud. La economía puede ser un activo valioso para el establecimiento de prioridades y ya se ha filtrado en la jerga utilizada por los gestores, pero todavía debe realizarse el salto a la adopción de estos conceptos en la práctica.

Referencias

- ¹ Martrat Sanfeliú, Frederic. Mandos intermedios: receta contra el mal de altura. Capital Humano, nº 210, pág. 52, Mayo, 2007.
- ² Díaz CA. Evaluación de los sistemas Sanitarios. Instituto Universitario Fundación Isalud. Chaco. Documento.2002
- ³ Atención Primaria en el INSALUD: Diecisiete años de experiencia MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD. Subdirección General de Atención Primaria. Subdirección General de Coordinación Administrativa. Madrid, 2002
- ⁴ Amado C.A.d.E.F., Santos S.P.d. Challenges for performance assessment and improvement in primary health care: The case of the Portuguese health centres. Health Policy 2009; 91:43–56.
- ⁵ Coast J. Citizens, their agents and health care rationing: an exploratory study using qualitative methods. Health Economics 2001; 10:159–74.
- ⁶ Sibbald SL, Singer PA, Upshur R, Martin DK. Priority setting: what constitutes success? A conceptual framework for successful priority setting. BMC Health Services Research 2009; 9:43. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/9/43>
- ⁷ Eddama O, Coast J. A systematic review of the use of economic evaluation in local decision-making. Health Policy 2008; 86:129–41.
- ⁸ Eddama O, Coast J. Use of economic evaluation in local health care decision-making in England: A qualitative investigation. Health Policy 2009; 89:261–270
- ⁹ Vuorenkoski L , Toiviainen H, Hemminki E. Decision-making in priority setting for medicines—A review of empirical studies. Health Policy 2008; 86:1–9. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com>
- ¹⁰ Peacock S, Mitton C, Bate A, McCoy B, Donaldson C. Overcoming barriers to priority setting using interdisciplinary methods Health Policy 2009; 92; 124–132
- ¹¹ Mitton C, Donaldson C. Health care priority setting: principles, practice and challenges. Cost Effectiveness and Resource Allocation 2004, 2. Disponible en: <http://www.resource-allocation.com/content/2/1/3>