

El proceso asistencial y los retos del siglo XXI.

Dr. Ginés Madrid

La visión con la que voy a abordar sobre los retos del proceso asistencial, corresponde exclusivamente a la perspectiva de un profesional de la asistencia, con 25 años de experiencia en este complicado aunque gratificante mundo de las jefaturas de servicio, que cree aún disponer modestamente de una buena dosis de entusiasmo aunque modulada por el escepticismo, que siempre es una excelente combinación para huir de la rutina y para poner a las cosas el valor que realmente les corresponde. Van a quedar, por tanto, otras perspectivas seguramente más interesantes de otros actores del proceso asistencial mucho más cualificados que yo.

Estamos inmersos en un entorno cada vez más exigente (revolución tecnológica, mercados amplios y muy cualificados, búsqueda de la excelencia, imperativo de la eficiencia) que nos obligan a una flexibilidad organizativa y de actuación para convertir el conocimiento en servicios útiles para el usuario. Nos enfrentamos pues a un proceso de transición de un sistema jerarquizado e integrado hacia modelos horizontales y descentralizados orientados al usuario y comprometidos con la calidad y la eficiencia.

El proceso asistencial ha sido siempre la línea argumental de los profesionales sanitarios a lo largo de buena parte del siglo pasado, tenía, como las buenas películas, muy pocos actores y se basaba en una relación interpersonal en la que los problemas, en buena medida, se resolvían con las 3 preguntas clásicas (qué le pasa, desde cuando y a qué lo atribuye) y con muy escaso apoyo tecnológico.

En muy pocos años el proceso asistencial ha ido evolucionando en complejidad, fundamentalmente como consecuencia de la evolución tecnológica y de la globalización del conocimiento y, por supuesto por una clara y creciente exigencia social.

Hemos pasado pues de una relación interpersonal, basada en la confianza, la sinceridad y la empatía y un conocimiento clínico generalista que nos permitía ver al paciente como un todo, a otro escenario, completamente diferente, en donde la eclosión de la tecnología ha ido pareja, seguramente por inducción, con una pérdida preocupante de habilidades clínicas. Y todo ello desde las múltiples perspectivas superespecializadas desde las que actualmente observamos a un paciente y su enfermedad.

Frente a todo este cambio, vemos cómo han evolucionado los conceptos pero no lo han hecho, en la misma medida, los actores (profesionales, organizaciones, administraciones etc.).

Los retos quizás deberían empezar por su nueva reformulación. El proceso se sustenta en 5 pilares fundamentales, pacientes, profesionales, tecnología, organizaciones y administraciones entre las cuales, si bien hay un objetivo común, las relaciones están llenas de conflictos. Los conflictos son consecuencia de nuestro tiempo y no solo no van a desaparecer sino que se van a reciclar para dar paso a otros nuevos. El maestro Diego Gracia decía, acerca de ellos en una reciente conferencia pronunciada en Murcia: "Los conflictos no son un buen indicador para medir la calidad de las relaciones humanas, porque una sociedad con conflictos no hay que verla, ni mucho menos, como una sociedad carente de buenas relaciones sino, muy al contrario, como una sociedad reivindicativa, exigente y consciente de sus derechos y deberes y de los nuevos roles de sus miembros".

En una actividad dinámica como es el proceso asistencial, y con profesionales ambiciosos siempre van a existir conflictos de valores, de intereses y también de funciones; tanto positivos (hacer), como negativos (no hacer).

Los conflictos a los que nos enfrentamos pueden ser de dos dimensiones, Conflictos competitivos (repartir la tarta o destruir la tarta) que, en definitiva, son conflictos estériles que

dificultan el trabajo en equipo, destruyen las relaciones interpersonales e impiden que la organización funcione correctamente, y Conflictos cooperativos en los cuales el objetivo es "crear valor" para todas las partes (construir un pastel nuevo, más grande y más apetitoso para todos). Supone negociar. En una primera fase significa hacer renunciaciones y en una segunda fase representa ventajas tanto individuales, profesionales y para la organización y los pacientes.

A partir de ahora y cuando hable del proceso asistencial, me quiero referir no solo al concepto clásico orientado más a las actividades específicas propias de un Servicio determinado (Proceso Propio) "Actividad o conjunto de actividades, mutuamente relacionadas o que interactúan entre sí, y que tienen como salida un producto" (definición ISO) o "Secuencia de actividades que van añadiendo valor mientras se genera un producto o servicio a partir de determinadas aportaciones" (Definición EFQM). No obstante lo anterior, la permeabilización del conocimiento, la horizontalización de las organizaciones e incluso el uso compartido de algunas tecnologías, son circunstancias que propician una interacción mucho más fluida entre profesionales, y que me lleva también a referirme a otra forma de entender en proceso (Proceso Compartido) "Proceso es un escenario bien real o bien virtual en el que interactúan diferentes profesionales aportando sus conocimientos y habilidades, para el manejo multidisciplinar de patologías complejas y prevalentes, todo ello con lealtad, sin ningún tipo de subordinación y pensando sobre todo en el fin antes que en los medios".

A partir de aquí pretendo repasar los cambios que intuyo se habrán de producir en los diferentes actores del Proceso Asistencial para que éste se pueda adaptar a las exigencias de los nuevos tiempos.

Profesionales

Por un lado tenemos profesionales excelentes bajo el punto de vista técnico. Nunca como hasta ahora había habido tanto conocimiento. Pero ¿lo estamos gestionando adecuadamente?. Tampoco, como hasta ahora, y esta es una de las grandes paradojas, habíamos tenido tanto conocimiento estéril, en la medida en que no sabemos convertirlo en servicios útiles para el ciudadano. Esto nos lleva a una situación de desmotivación causada por la falta de reconocimiento y de otros incentivos positivos.

Deberemos afrontar cambios profundos en la formación de nuestros jóvenes profesionales, a los que hasta ahora y utilizando modelos demasiado convencionales, estamos formando en aspectos puramente técnicos, siguiendo en muchos casos todavía el modelo Flexner, que data de comienzos del siglo XX. Es fundamental que introduzcamos otros aspectos en su formación reglada, cuales son conocimientos en bioética, médico-legales, de metodología para la investigación, organización y gestión de servicios etc. que contribuirán, sin duda, a formar nuevos perfiles profesionales, con una formación integral y en situación de afrontar y resolver los retos asistenciales del futuro en cualquier nivel asistencial en que se encuentren.

El libro blanco de las profesiones sanitarias en Cataluña, publicado en Barcelona en 2003, hacía especial énfasis en cuanto a los profesionales sanitarios, en los siguientes aspectos: Los profesionales sanitarios están atrapados, entre la prestación de servicios que espera la sociedad y los estándares de práctica clínica y eficiencia que exige la organización sanitaria. Este conflicto genera angustia y frustración.

Los sistemas formativos y las organizaciones asistenciales tendrán que dejar a un lado las actuales estructuras por especialidades, con el fin de incorporar las necesidades formativas y organizativas que posibiliten el trabajo en equipos interdisciplinarios y multiprofesionales.

El perfil del profesional del futuro precisará de nuevos requerimientos, cuales son: adquirir el compromiso con el aprendizaje permanente para conseguir la excelencia; mostrar dedicación y servicio a los intereses del paciente; tener conciencia de la repercusión de sus decisiones en relación con la distribución y uso de los recursos; tener una buena capacidad de trabajo y una actitud positiva, en el seno de equipos interdisciplinarios y multiprofesionales y, en fin, tener capacidad para liderar la gestión clínica

Organizaciones

Podríamos resumir al hablar de las organizaciones, que han cambiado mucho las cosas, pero no tanto la forma de hacerlas.

Partimos de unas organizaciones muy verticales y, por tanto, poco flexibles, en donde el concepto empresa sigue prevaleciendo sobre el negocio. Profesionales muy acostumbrados al individualismo y con poca experiencia en el trabajo en equipo. En donde lo que prevalece, por encima de todo son los medios y no los fines. Donde prima todavía demasiado el concepto de protagonismo sobre el de subordinación y se nos escapa lo más importante, los fines. El conocimiento se ha permeabilizado y no es patrimonio de nadie. Hemos de aprender a trabajar con otros profesionales y a compartir con ellos el éxito y el fracaso. Hemos de preparar a los jóvenes especialistas a convivir y trabajar en armonía con otra serie de profesionales que aparecerán en el escenario asistencial y que, incluso, podrían adquirir más presencia, influencia y notoriedad.

El liderazgo, como motor de las organizaciones, tendrá que ejercerse cada vez más cerca de la base de la organización y deberá tener en cuenta, para ser efectivo, razones, valores y emociones. Hemos de aprender que la toma de decisiones, al margen de los valores, conducen al fracaso.

Habremos de cambiar nuestra forma convencional de gestionar el conocimiento, entendido este como la capacidad de los profesionales para resolver problemas. La gestión del conocimiento implica su identificación, explotación y mantenimiento.

Las innovaciones relacionadas con la organización y la asignación de tareas y responsabilidades en los equipos de trabajo tendrán que basarse en la idea de que la capacidad resolutoria es la cualidad que aporta más eficiencia clínica y organizativa

Tecnología

La tecnología que debería haberse convertido en el mejor aliado del profesional, ha terminado superándolo y, lo que es peor, que la confianza de los pacientes hacia los profesionales, ha ido disminuyendo, en beneficio de aquella. Vemos, cada vez más, cómo la tecnología ejerce un efecto mágico en las expectativas del ciudadano. Bien por planteamientos mediáticos inapropiados, bien por intereses en promover su uso o por otras razones, lo cierto es que el ciudadano no considera concluido un acto médico de calidad, salvo que medien las pruebas diagnósticas más modernas.

No hemos sabido gestionar adecuadamente nuestra alianza estratégica con la tecnología, incluso me atrevería a decir que hemos salido perdiendo los profesionales. Un reto será, por tanto, recuperar el protagonismo frente a las "máquinas". Llegados a este punto habremos de concluir en que nuestra alianza con la tecnología, que conforme significa la palabra alianza define una situación de beneficio mutuo, se ha mostrado, en muchos casos, como una amenaza porque ha restado protagonismo a los profesionales en el contexto del acto médico

Otro tema con el que nos vamos a encontrar es la discusión sobre el liderazgo tecnológico y quien lo debe ostentar. No cabe duda que las alianzas entre el sector público y privado pueden y deben ser estratégicamente beneficiosas para ambas partes. Dicho esto, no puedo por menos que mostrar mi preocupación personal por el cambio de tendencia en los últimos años que nos podría llevar a un progresivo empobrecimiento del sector público, con una pérdida del liderazgo tecnológico que siempre ostentó.

Otro aspecto que deberemos resolver es la búsqueda de nuevos modelos de financiación tecnológica. Los caducos modelos de plan de necesidades hace mucho tiempo que se mostraron incapaces para afrontar los retos de una tecnología en plena progresión. Los periodos de amortización y de obsolescencia tecnológica se encuentran cada vez más lejos y no se ajustan a las necesidades actuales. Deberemos estar preparados para adoptar nuevas fórmulas administrativas de gestión que, probablemente sometidas a derecho privado, nos permitan generar activos que a su vez nos proporcionen un actualización tecnológica permanente.

El uso y el abuso de la tecnología habrá de estar, cada vez más modulado por la evidencia científica. La evaluación de tecnología sanitaria es una asignatura pendiente y no tiene fácil solución por varias causas; en primer lugar porque su evolución es permanente y continua y demasiado

rápida, perpetuándose a si misma y con escasa perspectiva de tiempo para su adecuada evaluación; pero también, por la gran cantidad de intereses comerciales que la rodean y que estimulan e inducen hacia un uso en muchas ocasiones inapropiado e innecesario.

Administraciones

A las que cabe la responsabilidad tanto de la planificación como de la financiación del proceso asistencial, habrán de sufrir también cambios sustanciales e incluso arriesgados en beneficio del propio proceso.

Quizás el primero, porque es la que más sufrimos desde nuestros puestos de responsabilidad en el proceso asistencial, es la política de personal. O bien los preceptos que rigen en la mayoría de nuestros hospitales se hacen más flexibles y generosos o, por el contrario, el moderno proceso asistencial no dejará de ser, en buena medida, una entelequia. Los procesos requieren de agilidad, flexibilidad y coordinación, circunstancias, a todas luces, impensables con las actuales políticas de personal.

El hospital del mañana se entenderá como un centro corporativo formado por un conjunto de negocios (servicios, unidades, procesos etc.) que vivirán de su cuenta de explotación y contribuirán a cubrir los costes indirectos del centro corporativo, en la medida en que estos les ayuden a sus fines (Proyecto de Investigación sobre la reinención del Hospital).

Las nuevas aportaciones legislativas, vinculadas a los aspectos sociosanitarios y de dependencia tendrán un impacto considerable en determinados procesos en los que estén involucradas determinadas especialidades (neurología, ortopedia, medicina, geriatría), y obligará, sin duda, a que las administraciones públicas encajen el modelo tradicional con las nuevas realidades, de la forma más operativa y eficiente posible.

El continuo asistencial sigue sin resolver, después de años de controversia y de iniciativas en muchos casos estériles, la fractura primaria-especializada sigue siendo un hecho indiscutible, que solo se ha visto parcialmente soslayado por iniciativas personales o grupales. La gestión territorial, hasta ahora con escasos resultados, la financiación capitativa u otras fórmulas habrán de dar solución a un problema que se presenta como un auténtico desafío.

La cuestión “hacer o comprar” parece que se decantará hacia una compra de servicios que no sean estratégicos o que aporten poco valor al producto final. Pero ello, habrá de hacerse preservando la calidad y garantizando el menor impacto posible en el desarrollo del proceso asistencial, por medio de acreditaciones, auditorias y otro tipo de controles.

Las administraciones habrán de profundizar en la cultura de la gestión del riesgo asistencial, de manera que se desarrollen entornos asistenciales en los que la seguridad de los pacientes sea un valor prioritario. Y esto es todavía más necesario en el caso de los procesos en los que interaccionan profesionales con diferentes perspectivas.

Como también adelanta el excelente documento sobre la reinención del Hospital, anteriormente citado, la preocupación fundamental del Hospital girará en torno al concepto “negocio”, que subordinará al concepto “empresa”. El negocio consiste en identificar quienes son los clientes potenciales, qué necesidades y expectativas tienen, y a diseñar los productos o servicios que puedan dar respuesta a esas necesidades y hacérselas accesibles. La empresa, sin embargo, es aquel lugar que permite que el negocio pueda llevarse a cabo día a día. El negocio genera valor y la empresa debe velar por la sostenibilidad de dichos valores. En suma vamos hacia un modelo en el que se colocarán las actividades gerenciales al servicio de las asistenciales, todo ello, naturalmente, una vez aseguradas una visión y misión compartidas y unos valores coincidentes tras el correspondiente proceso de negociación y pacto. Se podría concluir que “sostenibilidad sin valor no sirve, pero valor sin sostenibilidad tampoco”.

Ciudadanos

Ciudadanos y ciudadanos bien informados. Una vez que seamos capaces de digerir y de asumir que el paternalismo pertenece al pasado, nuestras relaciones serán sin duda mucho más fluidas. Así se ha venido comprobando en otras latitudes en donde el principio de autonomía y de respeto mutuo ha sido el hilo conductor de las relaciones médico-paciente. Habremos de profundizar en una

información adecuada, clara y concisa para con nuestros pacientes de manera que “el paciente bien informado” nunca sea una amenaza y sí, al contrario, una oportunidad. El día, seguramente no muy lejano, en que el ciudadano esté representado en los órganos de decisión de los hospitales habremos ganado un excelente aliado.

Además de una elevada competencia técnica, las cualidades que los ciudadanos esperan hallar en los profesionales sanitarios son de tipo relacional y de actitud. La ausencia de trato personalizado y de información, el uso indiscriminado de la alta tecnología, la falta de respeto por la intimidad, la falta de tiempo y de seguimiento, son vistos por el ciudadano como elementos que distorsionan la relación. Por ello, implicar, mantener informados, mejorar la comunicación, dar consejo y soporte, obtener consentimiento para los procedimientos, respetar el punto de vista y aceptar que pueden producirse situaciones adversas, son objetivos que tendrán que caracterizar la relación entre los profesionales y los pacientes.

Resumen

El proceso asistencial, en el futuro, se va a debatir entre la sostenibilidad y los valores. Una cosa sin la otra tiene muy poco futuro.

Serán precisos o incluso imprescindibles cambios sustanciales en el perfil y la actitud de los profesionales para acometer los retos que nos esperan.

Habremos de recuperar el protagonismo y con ello el reconocimiento social que estamos perdiendo, frente a la penetración de la tecnología.

La innovación, el conocimiento, el talento y la actitud seguirán siendo activos fundamentales en el proceso asistencial del futuro.

El paciente y la sociedad en general, serán al fin y a la postre nuestros mejores aliados.
