



II CONGRESO DE LA ORGANIZACIÓN ESPAÑOLA DE HOSPITALES Y SERVICIOS DE SALUD – OEHS "Las Redes de atención a la salud al servicio de las personas"

Las organizaciones sanitarias. El futuro que viene



23 y 24 junio

Real Sitio de San Ildefonso, Segovia

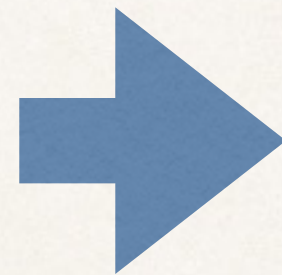
Hilo argumental

- ❖ Una mirada hacia el pasado
- ❖ Los nuevos paradigmas
 - ❖ La industrialización de la medicina
 - ❖ El triple objetivo
 - ❖ La asistencia integrada
- ❖ Los cambios en las organizaciones sanitarias
 - ❖ Los cambios pendientes
 - ❖ Los cambios que vienen
- ❖ Sanidad: la mayor oportunidad de negocio de la historia de la Humanidad

Una mirada hacia el pasado

Temas abordados por las organizaciones sanitarias públicas en España

- ❖ Autonomía hospitales
- ❖ Análisis de costes
- ❖ Presupuesto prospectivo
- ❖ Cuenta de resultados por centros



Una cierta disposición a introducir cambios de calado, incluso asumiendo un cierto conflicto

En este campo, las transferencias representaron un cierto retroceso

- ❖ Desapareció el INSALUD como tampón técnico
- ❖ Hegemonía de las Consejerías

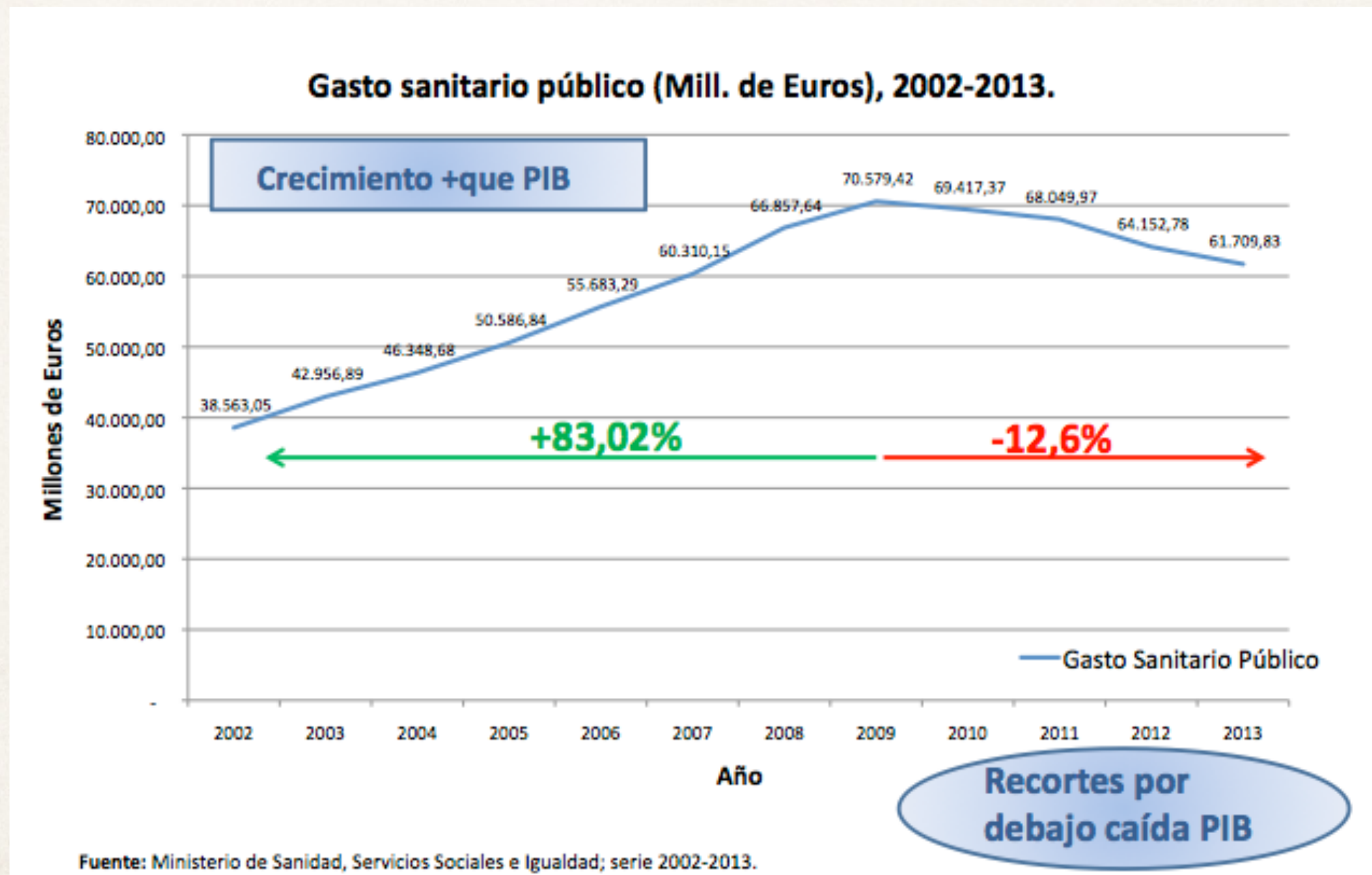
Qué se pide a los Gerentes

- ❖ Paz social
- ❖ Buena imagen
- ❖ Dedicación y visibilidad de entrega
- ❖ Honradez absoluta y apariencia de...
- ❖ Cumplir el presupuesto, sobre todo Cap. Personal
- ❖ Resultados en indicadores de acceso: Listas de espera

❖ Qué no nos van a pedir: más salud y más calidad de vida de nuestra población



Gran descenso del gasto sanitario público en España como consecuencia de la crisis

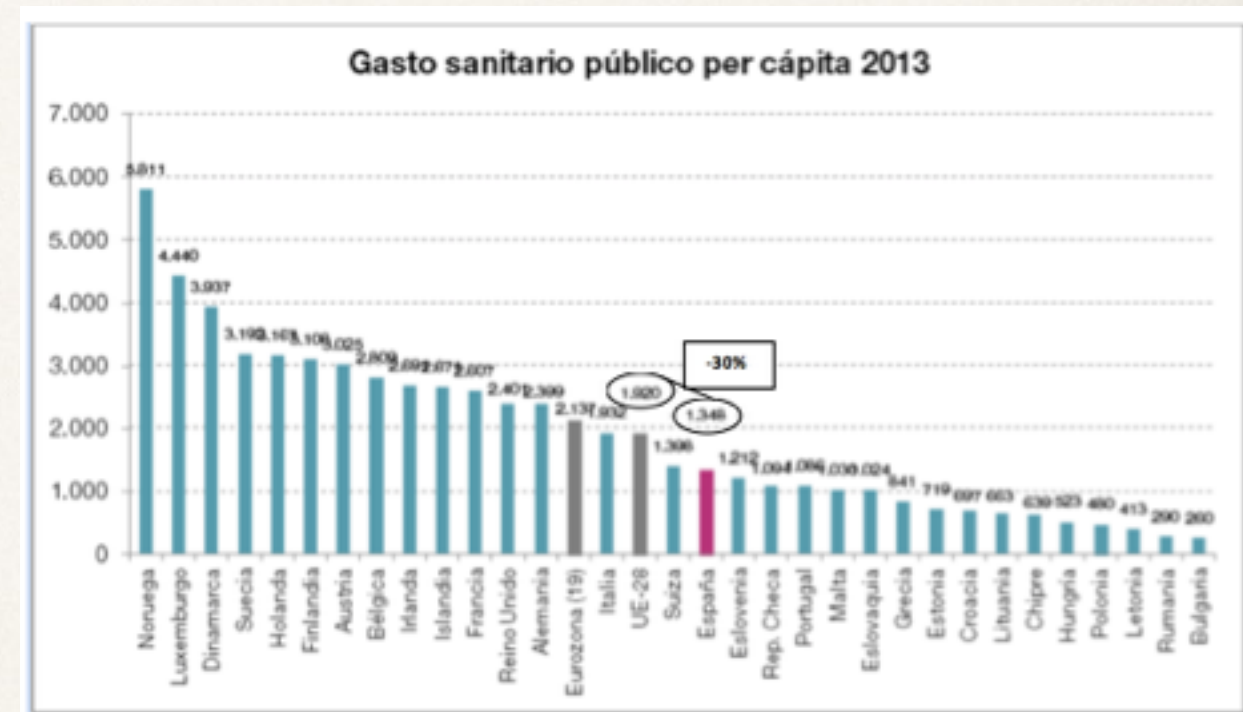
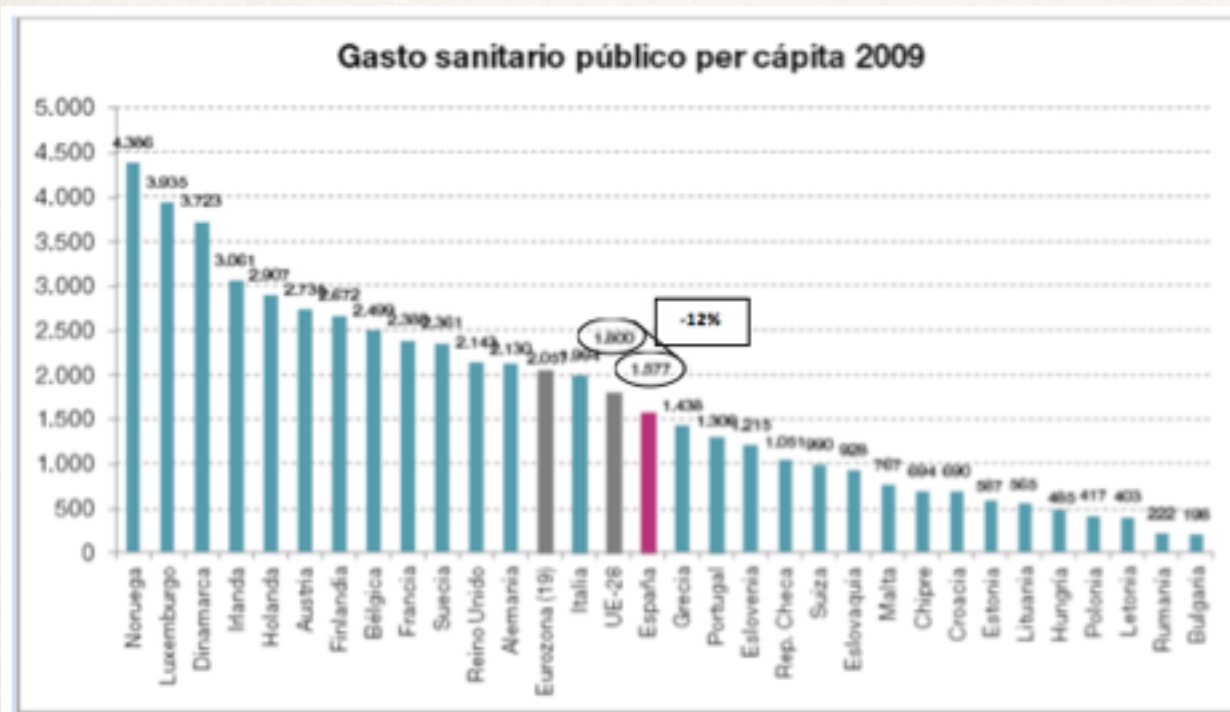


¿Cómo se logró esta reducción?

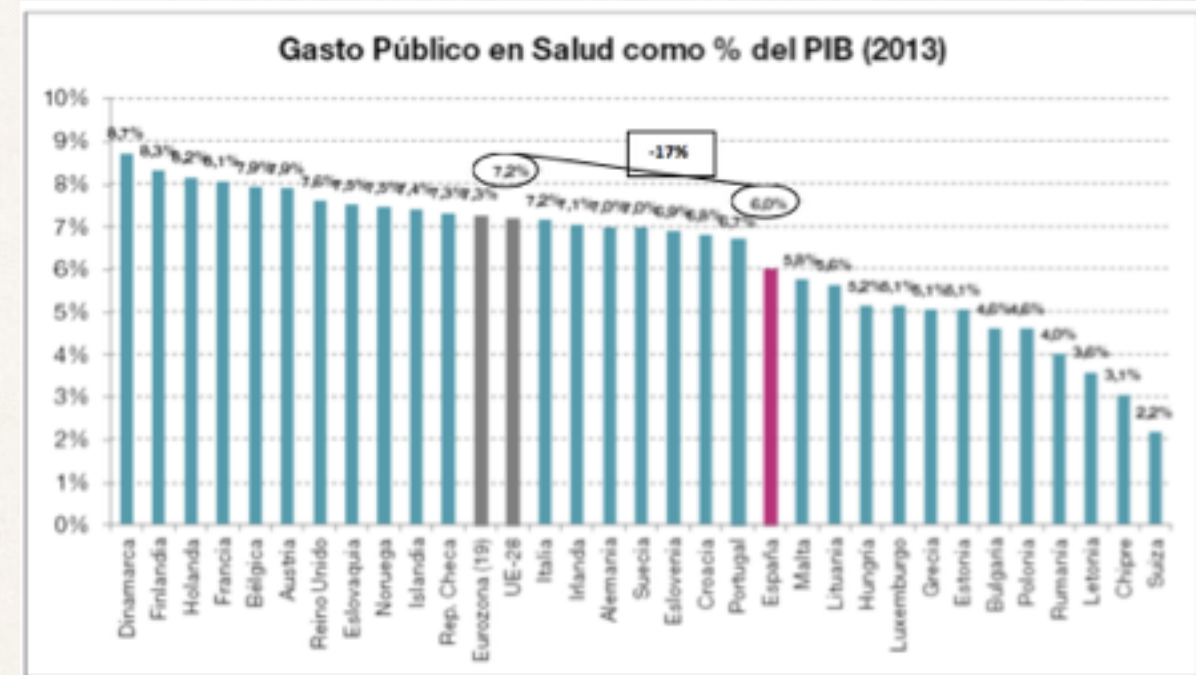
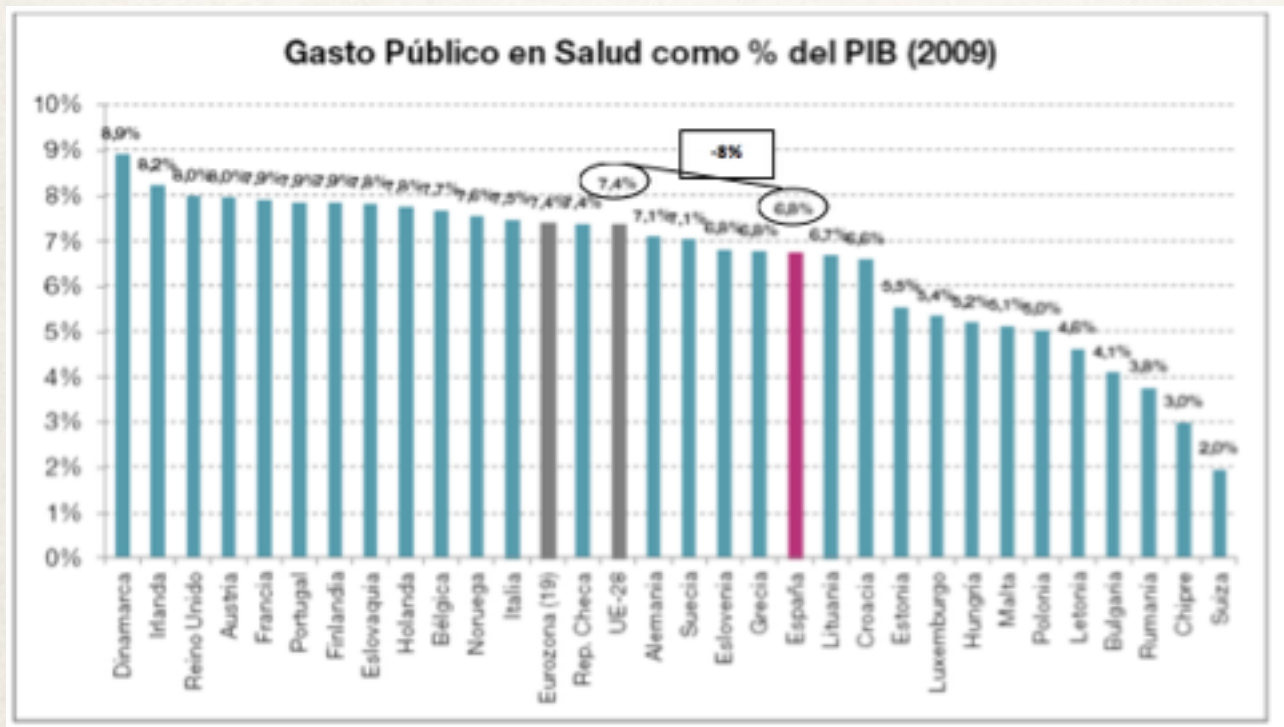
- ❖ Acciones sobre el personal
- ❖ Acciones sobre la industria farmacéutica
- ❖ Congelación de las inversiones

Ausencia de reformas estructurales

Nos hemos distanciado de Europa en el gasto público *per capita*



También nos hemos distanciado de Europa en gasto sanitario público en salud como % del PIB



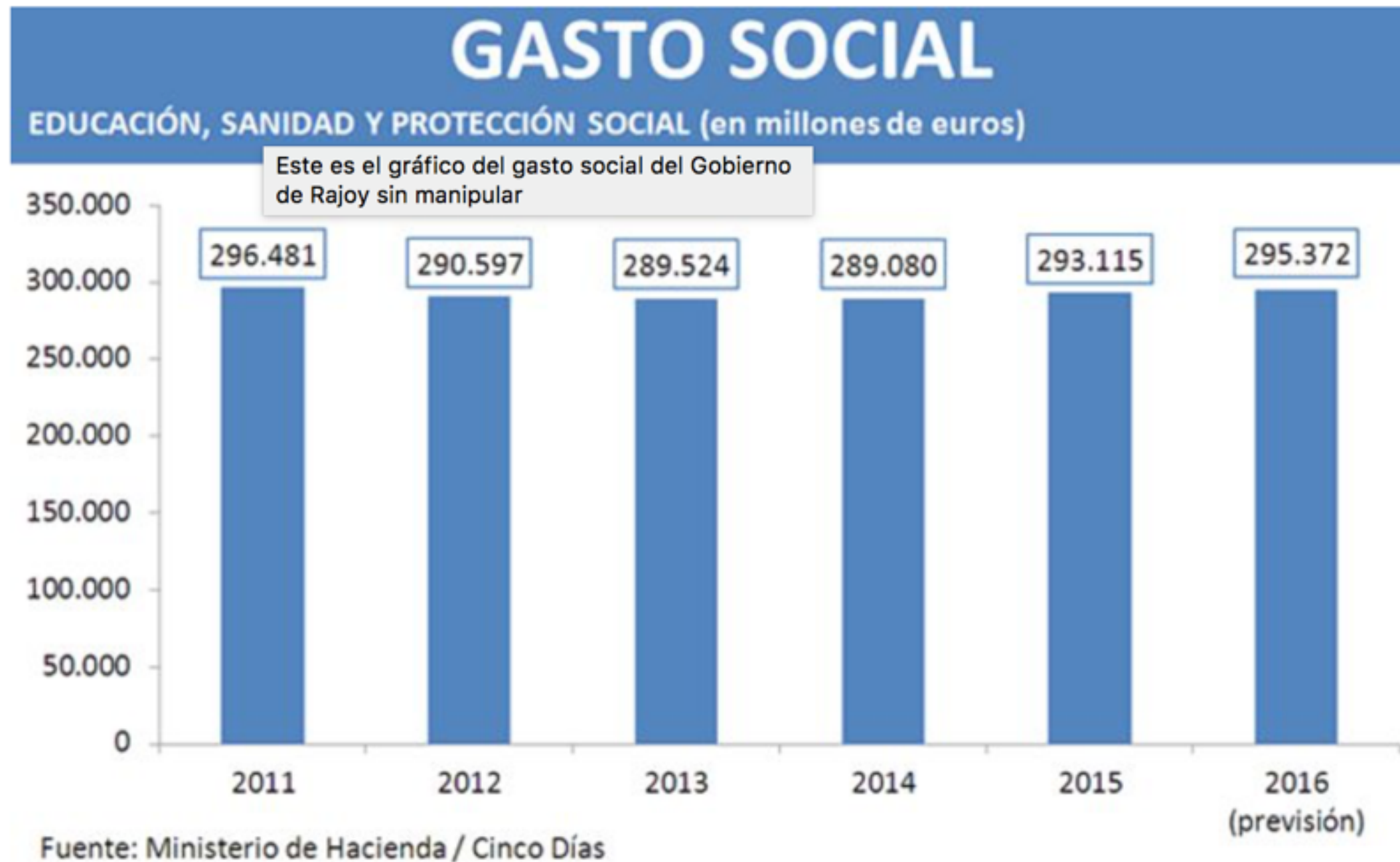
Conclusión: hemos cambiado de liga en sanidad

- ❖ **Sanidad ha perdido peso en el gasto público**
 - tanto en gasto sanitario público en términos absolutos
 - como en gasto sanitario per capita
 - como en gasto público en sanidad como % del PIB
 - como en su peso relativo en el gasto público
- ❖ **Esto ha hecho que cambiemos de liga, pasamos de estar en la media de los países de la UE-28 a estar en la cola**

Situación del sistema sanitario tras la crisis

- ❖ **Cierto grado de deterioro**
 - ❖ Aumento de las listas de espera
 - ❖ Problemas cobertura determinados colectivos
 - ❖ Problemas graves de mantenimiento de las inversiones
 - ❖ Grave deterioro de todo lo relacionado con la I+D

Lo que se ha modificado son los componentes del gasto social



Ausencia de una reacción racional del sector



[RECOPIACIÓN DE ARTÍCULOS]

AFEM anuncia un recurso administrativo contra la privatización hospitalaria y su suspensión cautelar

Por Mi salud no es un negocio (fuente: Mi salud no es un negocio)

En el transcurso de una asamblea extraordinaria, el presidente de la Asociación de Facultativos Especialistas de Madrid (AFEM), Pedro González, anunció la interposición de un recurso contencioso administrativo contra los pliegos de licitación de los seis hospitales públicos a privatizar.

Público.es Iniciar sesión Registrarse

Portada Opinión Internacional Política Actualidad **España** Dinero Ciencias Cultura Deportes Motor

Madrid Catalunya Andalucía Más Comunidades

Sindicatos sanitarios de Madrid convocan cuatro días de huelga

Médicos y enfermeros pararán el 26 y 27 de noviembre y el 4 y 5 de diciembre en contra del plan de la Comunidad que, aseguran, supondrá la pérdida de más de mil puestos de trabajo.

Público.es Iniciar sesión Registrarse

Portada Opinión Internacional Política Actualidad **España** Dinero Ciencias Cultura Deportes Motor

Madrid Catalunya Andalucía Más Comunidades

600 jefes de servicio, contra el plan de privatización de la Sanidad en Madrid

Han expresado, mediante una carta al consejero Javier Fernández Lasquetty que el nuevo modelo de gestión conllevará "una falta de equidad en el acceso a las prestaciones sanitarias de los pacientes".

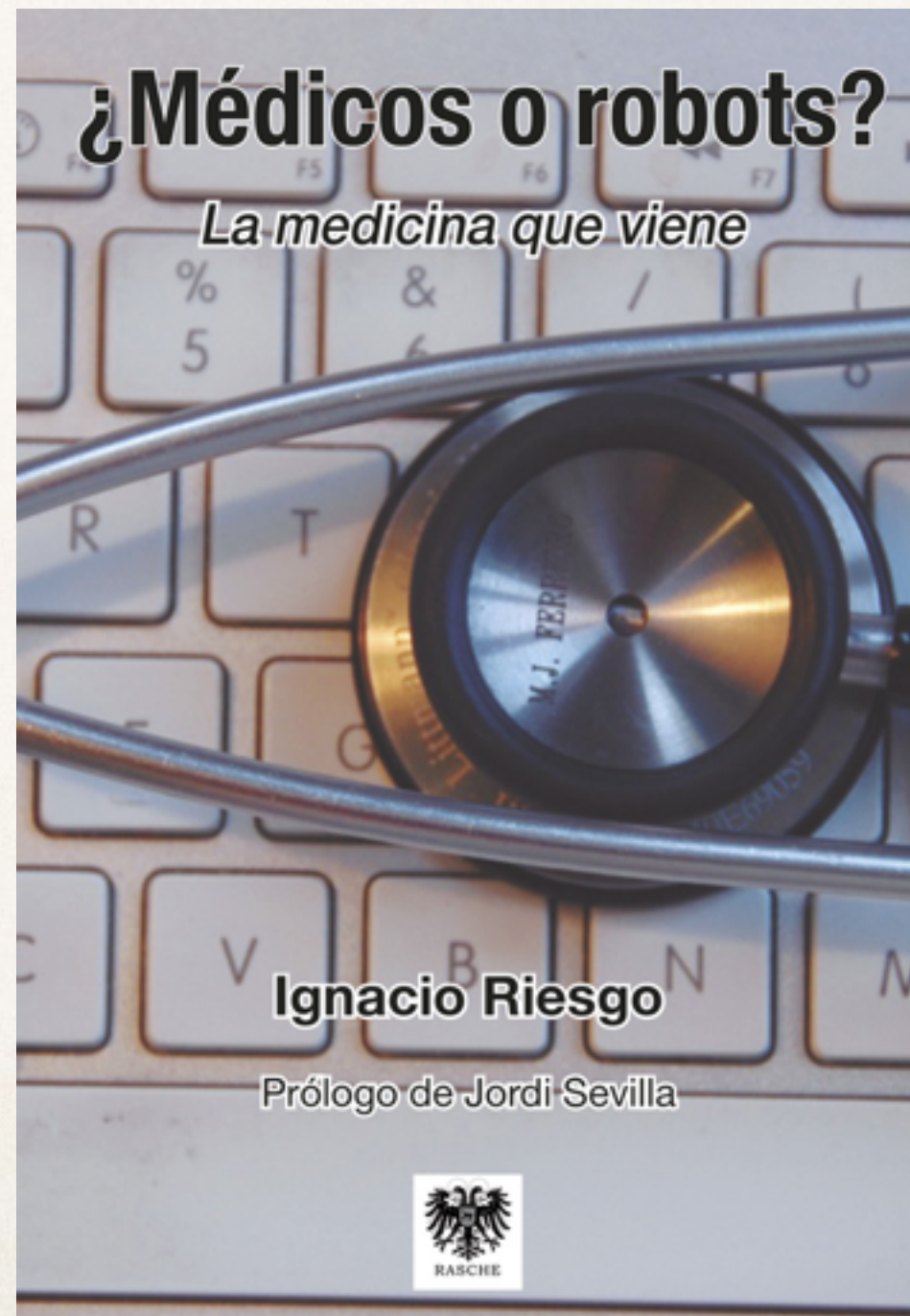
EFE | Madrid | 23/11/2012 09:53 | Actualizado: 23/11/2012 09:55

Me gusta 392

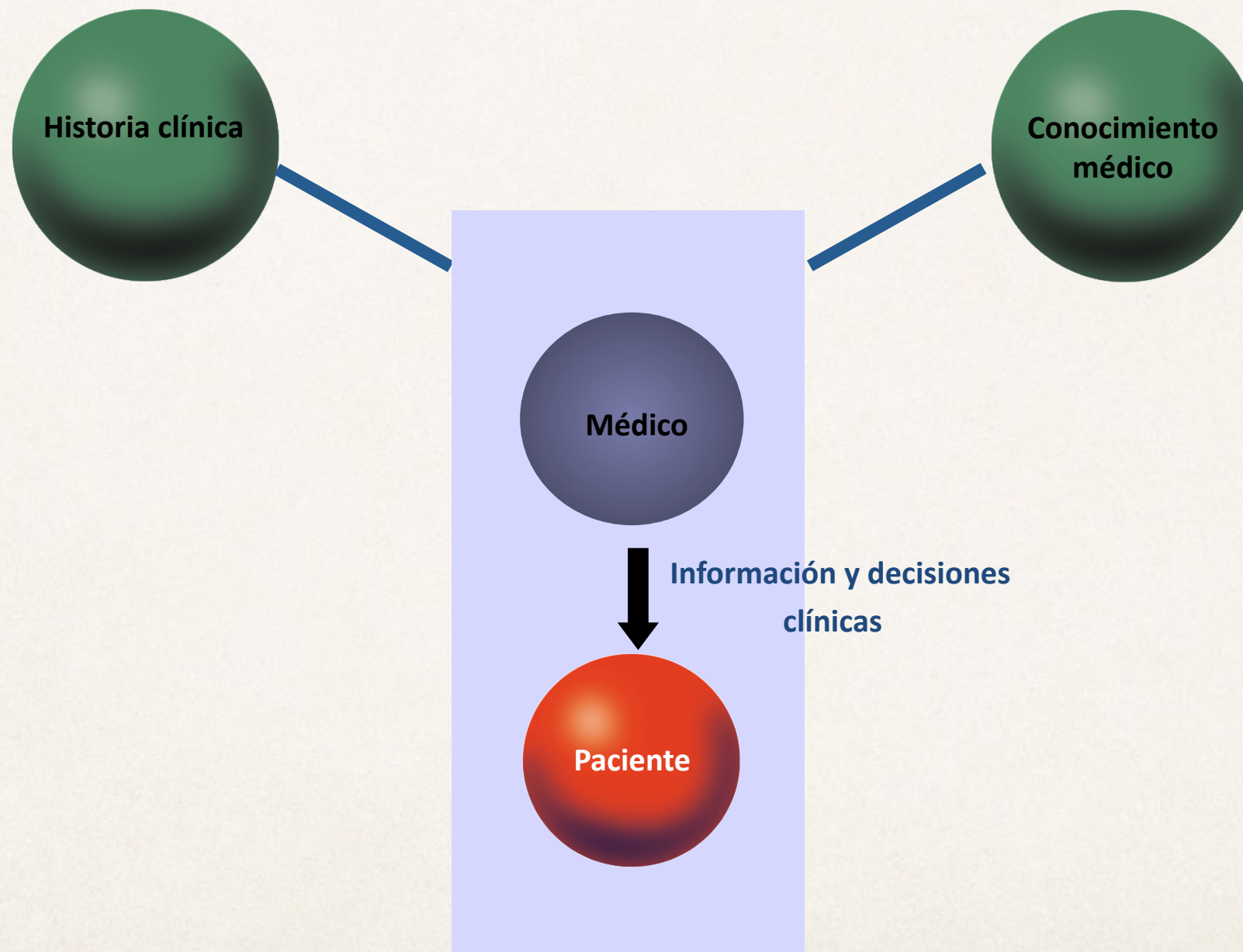


Los nuevos paradigmas

1º paradigma: La industrialización de la medicina



La relación médico-enfermo



La relación médico-enfermo: una actividad artesanal

- Actividad escasamente normalizada
- Con escaso soporte tecnológico
- Que depende en gran medida de las características individuales del artesano

REFLECTIONS

Health Care Becomes an Industry

Darius A. Rashtgar, MD

Department of Medicine, Johns Hopkins
Bayview Medical Center, Baltimore, Md

ABSTRACT

The delivery of health care is in the process of "industrialization" in that it is undergoing changes in the organization of work which mirror those that began in other industries a century ago. This process is characterized by an increasing division of labor, standardization of roles and tasks, the rise of a managerial superstructure, and the degradation (or de-skilling) of work. The consolidation of the health care industry, the fragmentation of physician roles, and the increasing numbers of nonphysician clinicians will likely accelerate this process. Although these changes hold the promise of more efficient and effective health care, physicians should be concerned about the resultant loss of autonomy, disruption of continuity of care, and the potential erosion of professional values.

Ann Fam Med 2004;2:79-83. DOI: 10.1177/1093818



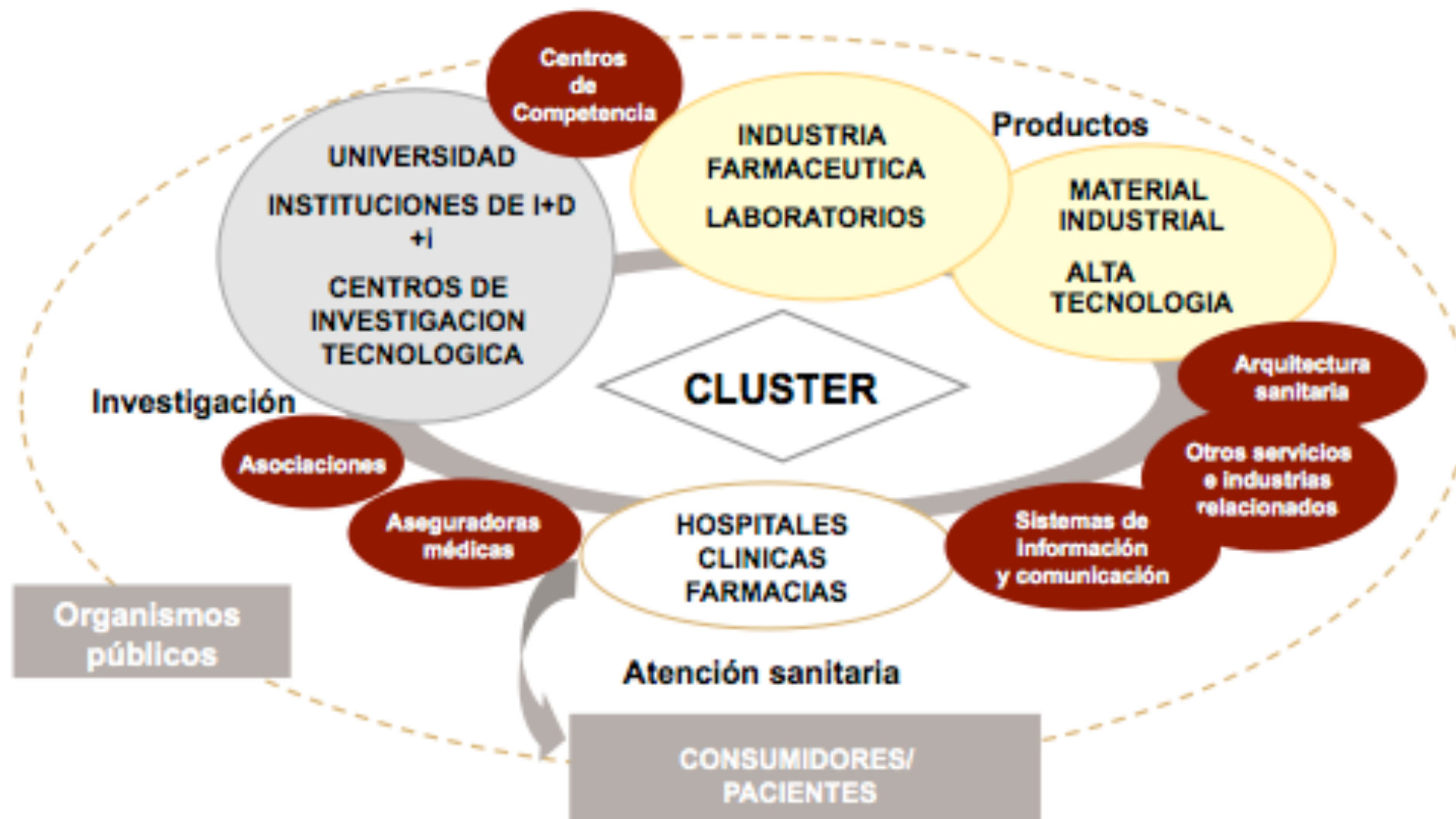

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

Perspective

Cottage Industry to Postindustrial Care — The Revolution in Health Care Delivery

Stephen J. Swensen, M.D., M.M.M., Gregg S. Meyer, M.D., Eugene C. Nelson, D.Sc., M.P.H., Gordon C. Hunt, Jr., M.D., M.B.A., David B. Pryor, M.D., Jed I. Weissberg, M.D., Gary S. Kaplan, M.D., Jennifer Daley, M.D., Gary R. Yates, M.D., Mark R. Chassin, M.D., M.P.P., M.P.H., Brent C. James, M.D., M.Stat., and Donald M. Berwick, M.D., M.P.P.

El sector sanitario: un gran sector industrial



La relación médico-enfermo: una relación muy concurrida



Consecuencias de las revoluciones industriales

- ❖ Unos servicios de calidad predecible
- ❖ Una mucha mayor capacidad de producción
- ❖ Abaratamiento de los productos
- ❖ Servicios accesibles a nuevas capas de la población

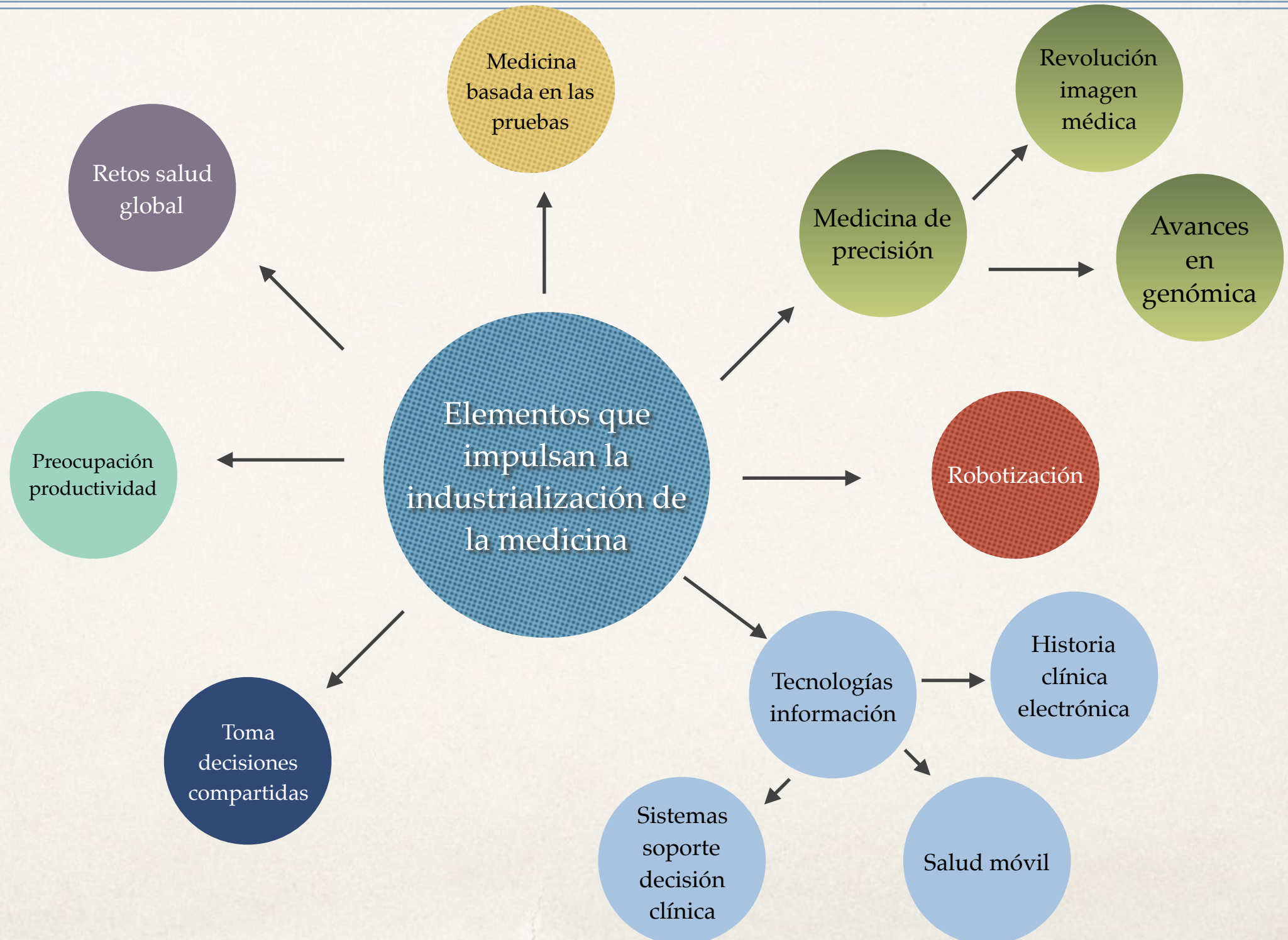
Elementos básicos de la industrialización de la medicina

**Estandarización
de procesos**

**Incorporación
de tecnología**

**Cambio roles
profesionales**

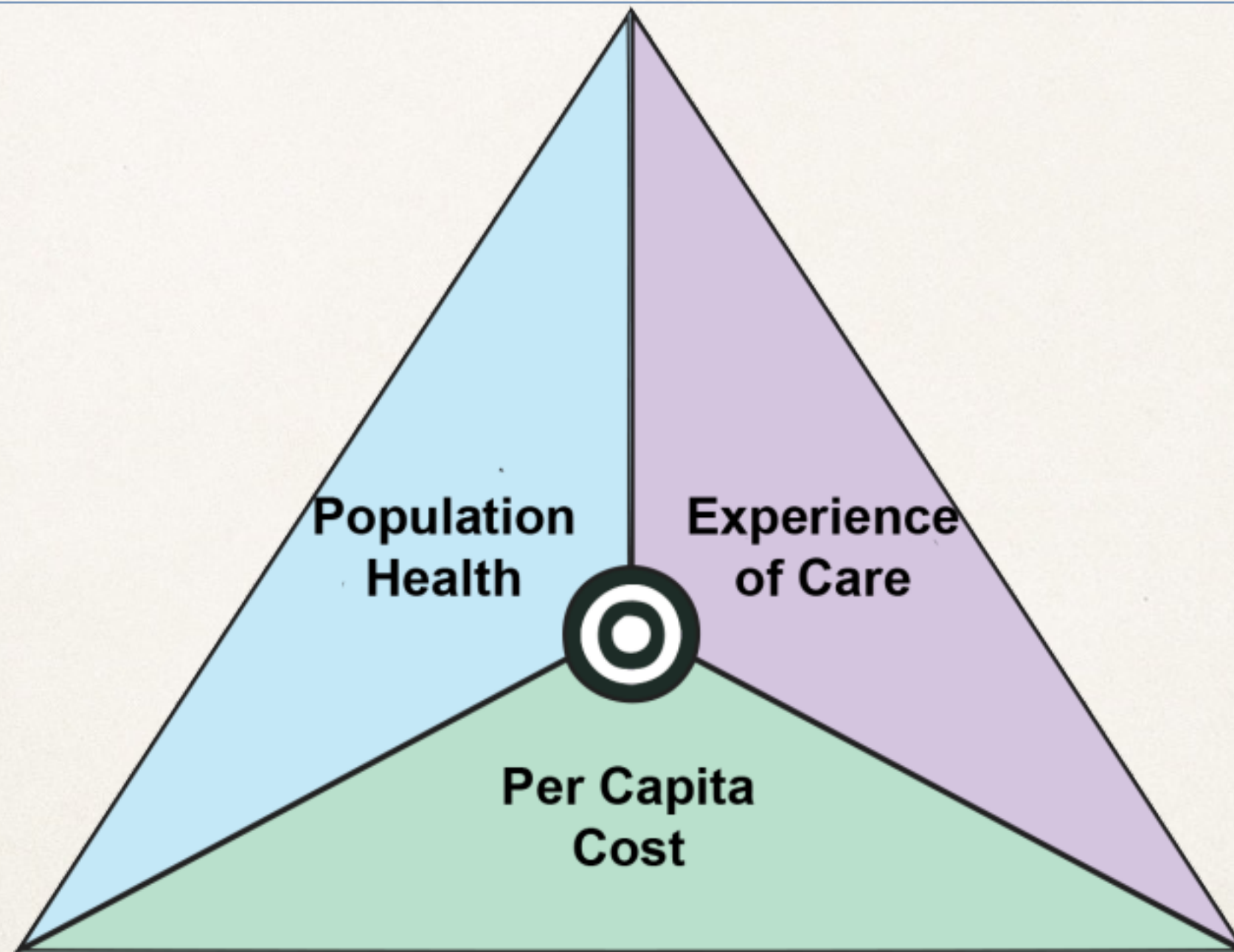
7 elementos impulsores de la industrialización de la medicina



Impacto sobre los distintos actores del sistema sanitario

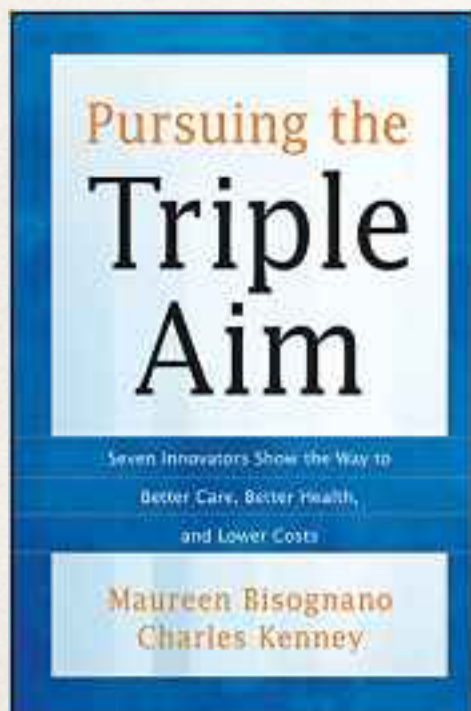
- Sobre los profesionales
- Sobre las organizaciones sanitarias
- Sobre los pacientes
- Sobre las Administraciones sanitarias

2º paradigma: El triple objetivo



IHI Triple Aim

Best practices en el Triple Aim



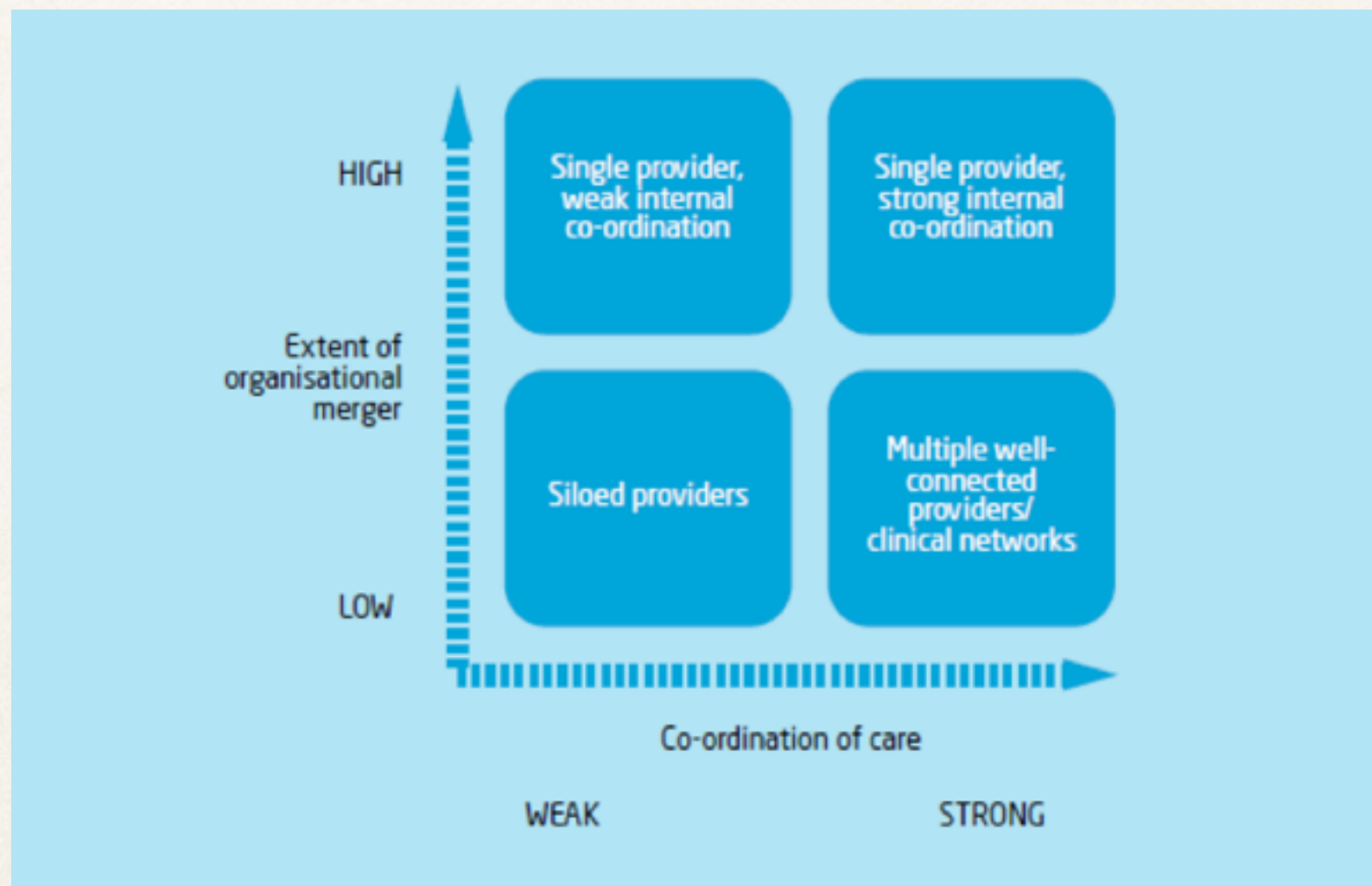
3° paradigma: Atención integrada (Integrated care)

- ❖ El envejecimiento de la población y el aumento de prevalencia de enfermedades crónicas requiere un nuevo enfoque, lejos del actual énfasis en la atención aguda, para evolucionar hacia la prevención, auto-cuidados, mejores estándares de atención primaria y atención que esté bien coordinada e integrada

Formas claves de atención integrada

- ❖ **Atención integrada entre servicios sanitarios, sociales y otros proveedores** (integración horizontal);
- ❖ **Atención integrada entre atención primaria, servicios comunitarios, hospitales generales y hospitales de referencia** (integración vertical);
- ❖ **Atención integrada en un sector asistencial** (ejemplo: atención mental con servicios profesionales y redes);
- ❖ **Atención integrada entre servicios curativos y preventivos;**
- ❖ **Atención integrada entre proveedores sanitarios y pacientes**, para dar apoyo a la decisión clínica compartida y los auto-cuidados;
- ❖ **Atención integrada basada en herramientas de gestión de base poblacional.** Este es el enfoque más ambicioso.

La integración sin coordinación asistencial no lleva a la atención integrada



Las limitaciones de la gestión clínica

Activos

- Ciertas unidades punteras
- Liderazgo médico
- Mejor trabajo en equipo de médicos y enfermeras
- Mayor implicación del médico en la gestión de recursos
- Cultura de “contrato” y compromiso de actividad y calidad, con unos recursos dados
- Reconocimiento del hospital como “burocracia profesional” (Mintzberg)

Pasivos

- Poco énfasis en la efectividad y el valor para los pacientes
- Excesiva insistencia en la eficiencia, como base de la justificación
- Autonomía médica mal entendida
- Caciquismo médico
- Infravaloración de la gestión general
- Determinadas ambiciones organizativas difíciles de lograr, lo que lleva a la frustración
- Incentivos mal planteados
- Se apoya demasiado en las especialidades médicas y no tanto en los procesos integrados
- Ha representado un obstáculo para la introducción de otras innovaciones

Los cambios en las organizaciones sanitarias

Los cambios pendientes

- ❖ Autonomía de gestión
- ❖ Superación del régimen estatutario
- ❖ Gobernanza
- ❖ Profesionalización de la gestión

Los cambios que vienen

Artículo especial

Las reformas necesarias en los hospitales: 10 recomendaciones para mejorar la eficiencia, la calidad y la efectividad

Need for changes in hospitals: 10 recommendations to improve efficiency, quality and effectiveness

Jordi Varela

Med Clin (Barc). 2016;146:133-7



Los 10 cambios que vienen en las organizaciones sanitarias

1. Repensar la organización para adaptarla a las nuevas tendencias sobre la atención centrada en el paciente
2. Más énfasis en la continuidad asistencial
3. Gestión de base poblacional (PHM)
4. Diseño de procesos clínicos e industrialización de procesos protocolizables
5. Un papel más central de las tecnologías
6. Cambios en el lugar de atención y cierto desplazamiento de los hospitales
7. Reorientar los hospitales hacia la fragilidad geriátrica
8. Liderazgo ampliado e implicación de los médicos en la gestión
9. Redefinir roles profesionales
10. Repensar las relaciones público/privado

1. Repensar la organización para adaptarla a las nuevas tendencias sobre la organización centrada en el paciente (I)

- ❖ Revisar las guías para favorecer la decisión clínica compartida

- ❖ Acceso de los pacientes a su propia documentación

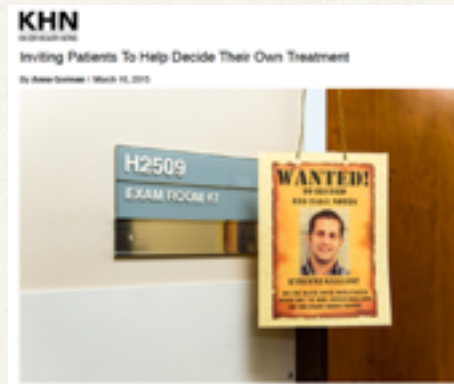
- ❖ Grabación de las consultas

Head To Head

Should doctors encourage patients to record consultations?

BMJ 2015;350:doi:10.1136/bmj.g7645 (Published 08 January 2015)

Cite this as: BMJ 2015;350:g7645



The Optimal Practice of Evidence-Based Medicine Incorporating Patient Preferences in Practice Guidelines

Victor M. Montori, MD, MSc^{1,2,3}; Juan Pablo Brito, MBBS^{1,2,3}; M. Hassan Murad, MD, MPH^{1,2,3}



Editor's Choice

Doctors on the record

BMJ 2014;348:doi:10.1136/bmj.g2098 (Published 13 March 2014)
Cite this as: BMJ 2014;348:g2098

- ❖ Formación de médicos / enfermeras decisión clínica compartida

Shared Decision Making and Motivational Interviewing: Achieving Patient-Centered Care Across the Spectrum of Health Care Problems

Glyn Elwyn, MD, PhD^{*}
Christine Delandorf, MD, MAS^{*}
Ronald M. Epstein, MD^{*}
Katy Mannix, MS^{*}
James White, PhD^{*}
Dominick L. Frosch, PhD^{1,2,3}

ABSTRACT

Patient-centered care requires different approaches depending on the clinical situation. Motivational interviewing and shared decision making provide practical and well-described methods to accomplish patient-centered care in the context of situations where medical evidence supports specific behavior changes and the most appropriate action is dependent on the patient's preferences. Many clinical consultations may require elements of both approaches, however. This article describes these 2 approaches—one to address ambivalence to medically

1. Repensar la organización para adaptarla a las nuevas tendencias sobre la organización centrada en el paciente (II)

- ❖ Materiales de apoyo al diálogo entre profesionales y pacientes (decision aids)
- ❖ Hospitalizaciones de pacientes crónicos y complejos: planes terapéuticos individualizados multidisciplinarios
- ❖ Activar programas de voluntariado
- ❖ Conjunto de indicadores por condiciones clínicas que interesan a los pacientes



2. Más énfasis en la continuidad asistencial

The King's Fund

Ideas that change
health care

Lessons from experience

Making integrated care happen at scale and pace

March 2013

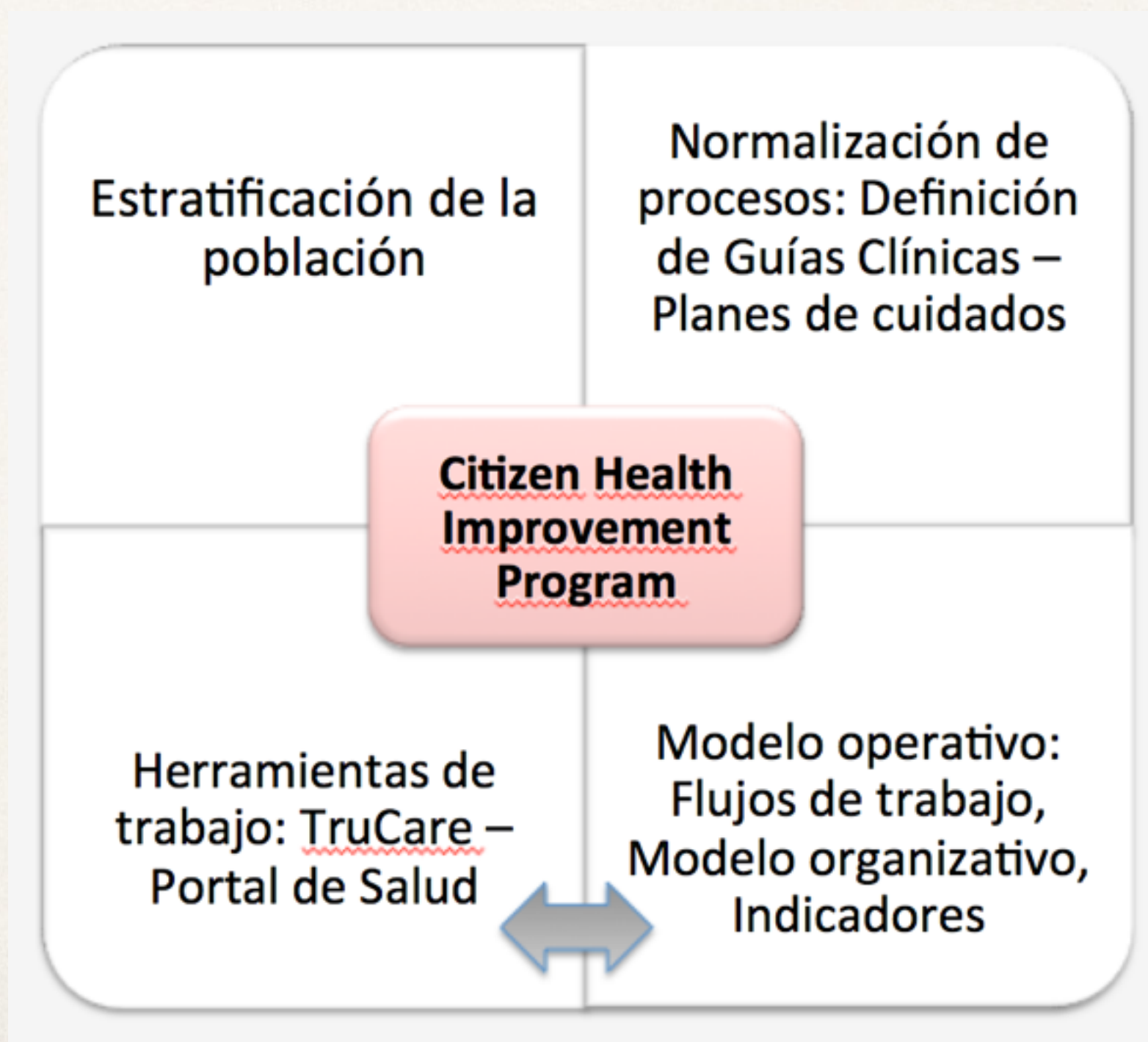
Authors

Chris Ham
Nicola Walsh

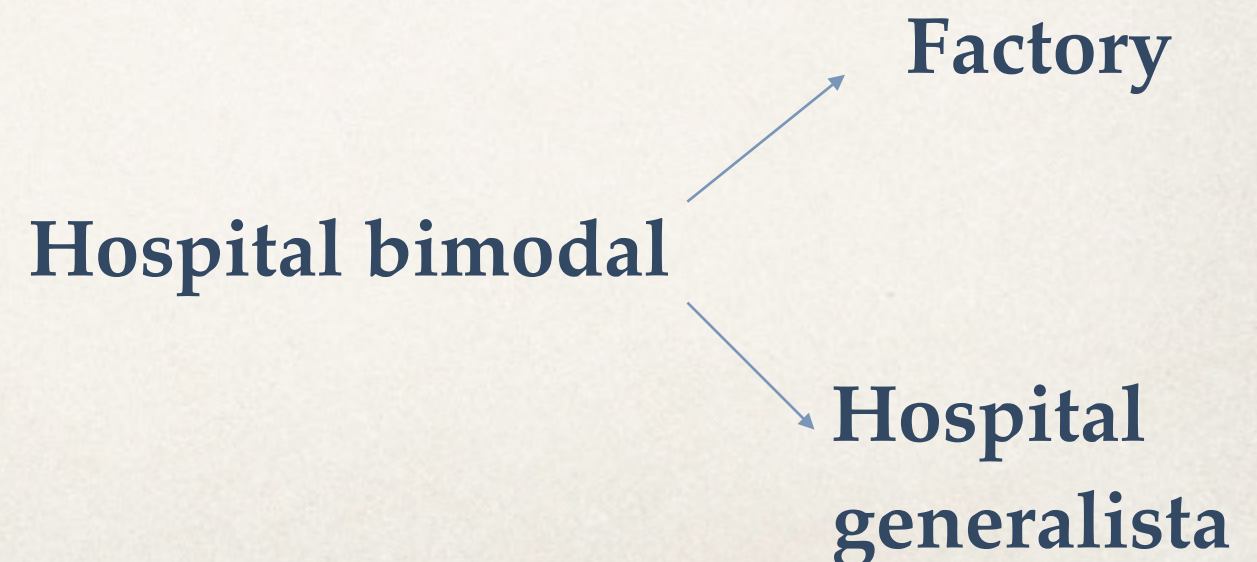
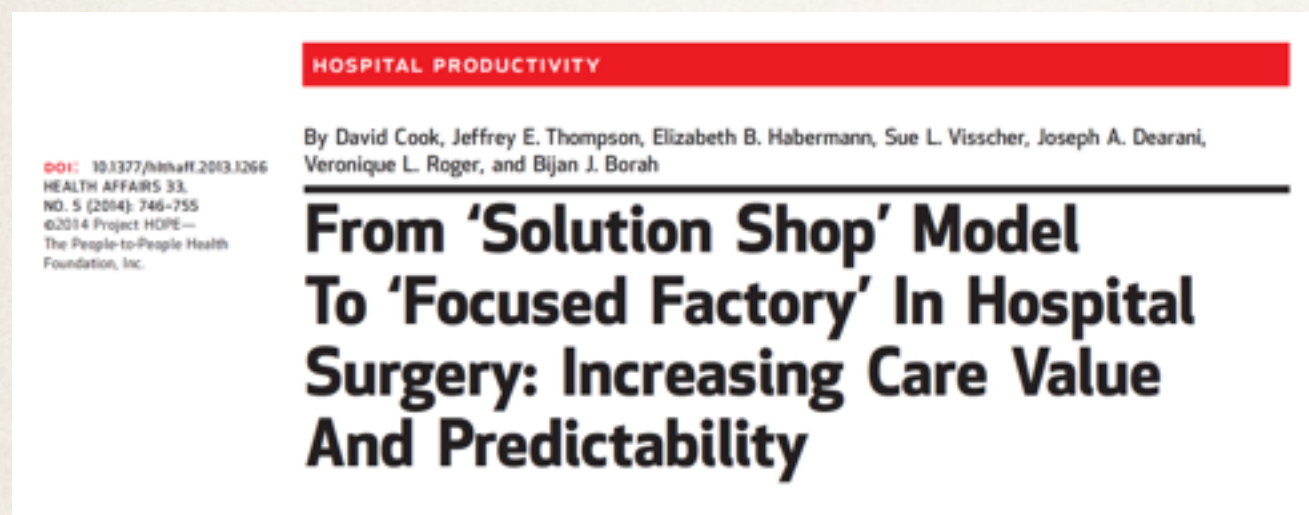
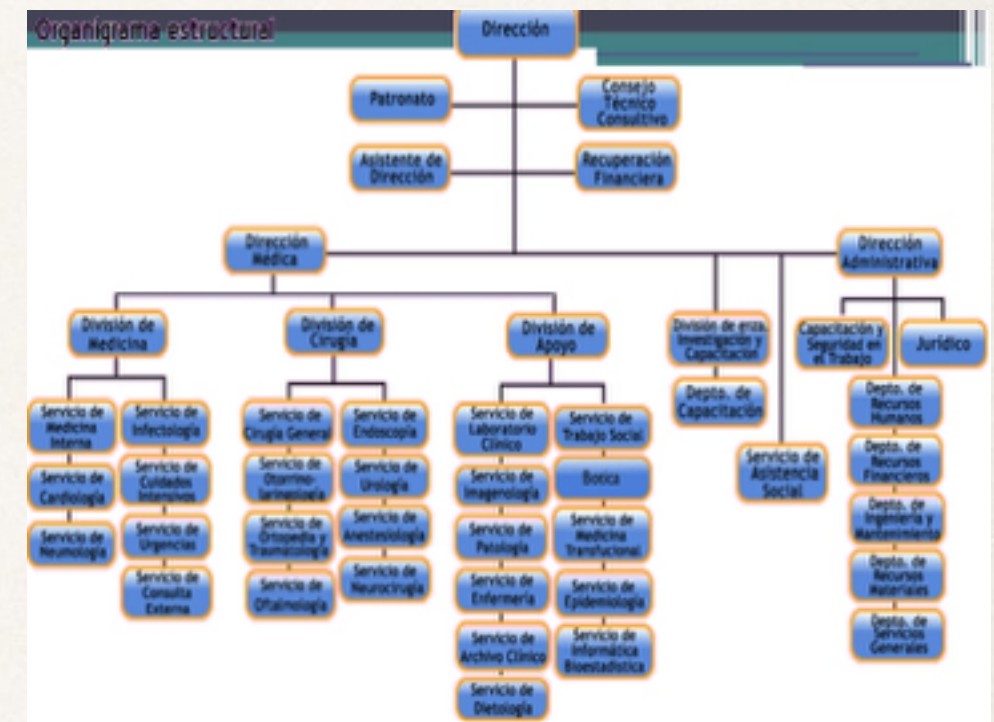
Why integrated care matters

The King's Fund has been instrumental in making the case for integrated care (Ham and Curry 2011; Ham et al 2011; Goodwin et al 2012). Our argument is that the current fragmented services fail to meet the needs of the population and that greater integration can improve the patient experience and the outcomes and efficiency of care. This case was accepted by the NHS Future Forum, and the government in its response made commitments to promote integration. The challenge now is to convert policy intentions into meaningful and widespread change on the ground.

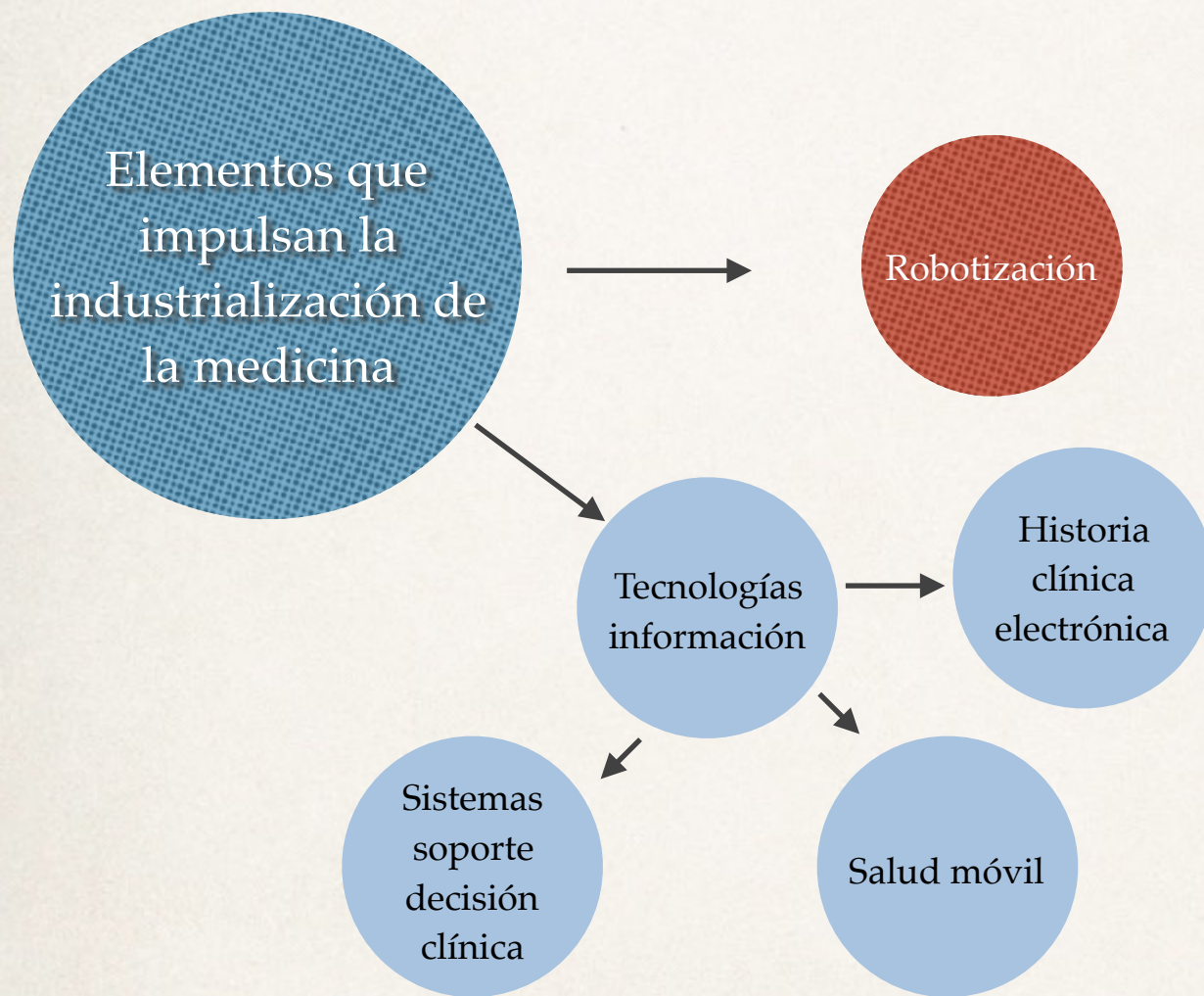
3. Gestión de base poblacional



4. Diseño de procesos clínicos e industrialización de procesos protocolizables



5. Un papel más central de las tecnologías



6. Cambios en el lugar de atención y cierto desplazamiento de los hospitales

- ❖ Hospitales: concentración conocimiento y tecnología, para tratar pacientes, ingresados o no
- ❖ Entorno más caro, presión de los pagadores

Atención
primaria

Atención
domiciliaria

Instituciones
sociales y
comunitaria



Hospital



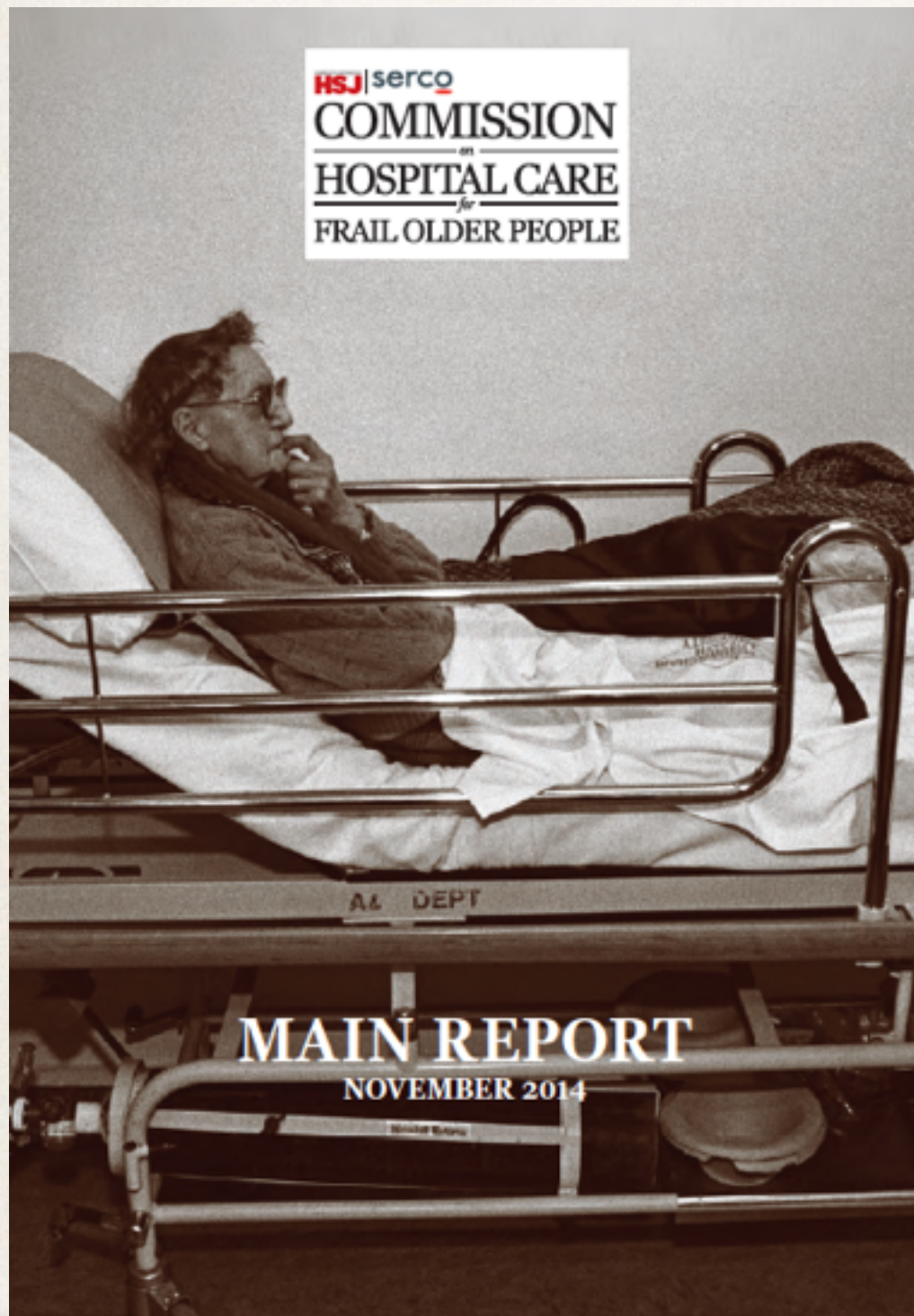
Atención
primaria

Atención
domiciliaria

Instituciones
sociales y
comunitaria

Seguimiento
temporal
especialista

7. Reorientar los hospitales hacia la fragilidad geriátrica



- ❖ Servicios de urgencias, metodología geriátrica y precisos con los criterios de ingreso
- ❖ Evaluación global con plan individualizado
- ❖ Personal plantas: habilidades de comunicación con personas mayores
- ❖ Pautas preventivas, complicaciones más comunes: úlceras, delirio, infecciones, caídas, deshidratación, desnutrición, tromboembolismo

8. Liderazgo ampliado e implicación de los médicos en la gestión

Harvard
Business
Review

CHANGE MANAGEMENT

Engaging Doctors in the Health Care Revolution

by Thomas H. Lee, MD and Toby Cosgrove, MD

FROM THE JUNE 2014 ISSUE

PERSPECTIVE

ETHICAL PHYSICIAN INCENTIVES

Ethical Physician Incentives — From Carrots and Sticks to Shared Purpose

Nikola Biller-Andorno, M.D., Ph.D., and Thomas H. Lee, M.D.

MOTIVATION	HOW TO APPLY IT	EXAMPLE
To engage in a noble shared purpose	Appeal to the satisfaction of pursuing a common organizational goal.	The Cleveland Clinic reinforced its commitment to compassionate care by launching a same-day appointment policy.
To satisfy self-interest	Provide financial or other rewards for achieving targets.	At Geisinger Health System, 20% of endocrinologists' compensation is tied to goals such as improving control of patients' diabetes.
To earn respect	Leverage peer pressure to encourage desired performance.	Patients' ratings of University of Utah physicians are shared both internally and on public websites to drive improvements in patient experience.
To embrace tradition	Create standards to align behaviors, and make adherence a requirement for community membership.	At the Mayo Clinic, a strict dress code and communication rules signal the "Mayo way of doing things."

(See also Nikola Biller-Andorno and Thomas H. Lee, "Ethical Physician Incentives—From Carrots and Sticks to Shared Purpose," *New England Journal of Medicine*, March 2013.)

9. Redefinir roles profesionales

Vinod Khosla: Machines will replace 80 percent of doctors

SCIENCE / 04 SEPTEMBER 12 / by LIAT CLARK



- ❖ Tareas que pueden ser hechas por una máquina (herramientas de soporte a la decisión clínica, robots)
- ❖ Tareas que pueden ser hechas por otros profesionales
- ❖ Tareas específicamente médicas no delegables

10. Repensar las relaciones público/ privado

**Sistema Público:
reformas**

**Sistema Privado:
modernización**



**Colaboración
público/privada**

Dos visiones del SNS

Visión monolítica del sistema

- Toda la provisión pública
- Todo el personal estatutario
- Monopolio asistencial

- Papel de la asistencia privada meramente complementario

Una visión más plural

Manteniendo los principio básicos del SNS:

- Financiación predominantemente pública
- Cobertura universal

- Sector público renovado
- Concesiones y nuevas formas de colaboración público / privadas reguladas
- Mutualismo Administrativo

- La creación de un tejido empresarial privado dispuesto a aportar valor al sistema público y comprometido con el mismo

Sanidad: la mayor oportunidad de
negocio de la historia de la humanidad

Gran crecimiento global del gasto sanitario

2014

❖ 6,5 “trillions” USD

2020

❖ 12 “trillions” USD

Una increíble disparidad del gasto sanitario

	Estados Unidos	OCDE (sin Estados Unidos)	Resto del mundo
Población	312 millones	932 millones	5.800 millones
Gasto total en sanidad	$3,0 \times 10^{12}$ dólares	$2,7 \times 10^{12}$ dólares	$0,8 \times 10^{12}$ dólares
Gasto per cápita estimado	9.500 dólares	3.000 dólares	90 dólares

Muchas gracias

Ignacio Riesgo

ignacio.riesgo@icloud.com

