

EL FUTUR DE LES ORGANITZACIONS SANITÀRIES

CARLOS OBESO

ESADE, Barcelona

INTRODUCCIÓ

Saber cap on van les organitzacions sanitariohospitalàries és, en part, un exercici d'endevinació i, en part, una extrapolació de la situació actual.

Certes tendències encara són impredecibles: per exemple, el paper que l'assistència primària tindrà en el futur en el conjunt sanitari. Altres tendències són més fàcils de preveure, com ara l'accentuació de la tecnificació de la medicina.

De totes les possibles variables que influiran en el futur de les organitzacions, sembla que, contràriament a la que es va esdevenir en la revolució industrial, no substitueix solament força per màquina, sinó, i fonamentalment, cervell per màquina, i que, tal i com ja s'està comprovant àmpliament, desplaça l'home del treball. No és, per tant, una tecnificació innocent.

Ja vivim en una societat en què s'accentua la falta de treball i en què el treball que queda es dualitza: els uns, molt pocs, necessiten tenir uns nivells professionals molt alts; els altres, la majoria, veuen com el seu treball es degrada i es fa més precari.

Caldrà veure fins on afectarà la sanitat i les seves organitzacions aquesta tendència i com ho farà, encara que els signes més determinants ja són entre nosaltres. I aquesta qüestió és la primera que tractaré. Però, per fer-ho, partiré d'un supòsit: que a la nostra societat en general i a la sanitat en particular comencen a conviure dues tendències aparentment antagòniques, però en el fons complementàries.

D'una banda, la tendència cap a la societat i les organitzacions del coneixement, en què l'avantatge competitiu es troba precisament en la capacitat de l'organització de concebre i produir constantment nous coneixements. De l'altra, la tendència creixent cap a la burocratització dels serveis. En aquests dos eixos és on em mouré en aquesta ponència.

LA TECNIFICACIÓ DE LA MEDICINA

L'aparició dels antibiòtics en la dècada dels anys trenta i el desenvolupament tecnològic a partir dels quaranta van possibilitar que la medicina fos capaç no tan sols de diagnosticar, sinó també, i sobretot, de guarir.

El desenvolupament revolucionari que ha experimentat la medicina a partir d'aleshores podria semblar, tanmateix, que estigués arribant als seus propis límits. Un informe de l'OMS de l'any 1992 indicava que no hi havia cap evidència que s'estigués produint una millora substancial en la salut de la població pel fet que s'invertís més en medicina.

Crisi aparent de la medicina perquè les bases científiques en què s'ha basat la seva pràctica estan experimentant un canvi profund amb enormes incògnites de futur.

La nova revolució científica bàsicament se sustenta en quatre pilars: biogenètica, informàtica, telecomunicacions i robòtica. Aquesta combinació perfila un ampli camp de possibilitats diagnòstiques i terapèutiques, però també canvis profunds en allò que entenem per exercici de la medicina i la seva organització. A continuació n'assenyalo algunes.

(i) La gestió de la informació mèdica es multiplicarà exponencialment a escala mundial. Aquesta capacitat més gran significarà poder contrastar protocols, resultats de la pràctica mèdica i diagnòstics. La telepatologia n'és un bon exemple. Ben aviat, uns ordinadors connectats a càmeres digitals instal·lades en microscopis reduiran de setmanes a hores el temps necessari per diagnosticar malalties greus. Aquesta tècnica permet connectar entre si els millors cervells mèdics del món, que poden examinar diapositives de sang i teixit, i oferir segones opinions d'una manera gairebé instantània.

Les conseqüències són fàcils de veure:

a) el procés diagnòstic es pot accelerar notablement i reduir l'ansietat del pacient;

b) a més, la qualitat del mateix procés diagnòstic pot millorar;

c) tanmateix, donarà més poder al pacient sobre el metge: sempre li quedarà l'opció de demanar diagnòstics alternatius sense necessitat de viatjar, i sempre podrà dubtar de la saviesa del metge. En tot cas, exposarà el metge a un continu contrastament dels seus coneixements.

(ii) La telecomunicació, d'altra banda, possibilitarà el fet de diagnosticar i tractar a distància, com ja s'està experimentant en cirurgia; cosa que pot provocar, entre d'altres, els efectes següents:

a) Una globalització de l'assegurament assistencial ara com ara molt centrat en el concepte de nació. Si un cirurgià català opera des de Catalunya un pacient francès a França, cal canviar el concepte de proveïdor. Avui dia ja s'admet, i encara més a Catalunya, que hi ha d'haver una diferenciació entre finançador i proveïdor. De moment admetem que, en el sistema públic, el finançador ha de ser nacional. També ho ha de ser el proveïdor?

b) Una redefinició del concepte d'hospital. De quin hospital parlem quan a

un malalt de Madrid, per exemple, li faci el diagnòstic o l'operi per via satèl·lit un cirurgià des d'Austràlia?

(iii) La combinació de teràpia dirigida per imatges i robòtica també està revolucionant la pràctica quirúrgica. El gran avenç serà permetre al cirurgià «veure» el pacient real durant l'operació més enllà de la fotografia radiològica. Alhora, la robòtica i altres avenços permetran la no-violació del cos, cosa que encara no passa amb l'endoscòpia. S'està experimentant, per exemple, amb teràpia per ultrasons per tractar càncers de pit o cervell.

(iv) La tendència a la separació física entre el metge o el cirurgià i el malalt és conseqüència del punt anterior. La cibernètica pot ésser més precisa i dúctil que les mans del cirurgià. De fet és el que està passant en la indústria manufacturera més avançada, en què l'operari ja no veu ni toca el que produeix. El que veu, el que utilitza, són els subsistemes de gestió de l'aparell productiu, i algun fet similar es pot estar produint o es pot arribar a produir en medicina.

És bona o dolenta aquesta tendència a la ruptura de la relació personal metge-pacient? Depèn de moltes coses. Si es demostra de veritat que millora la qualitat assistencial, és possible que el malalt prefereixi renunciar a una part d'aquesta relació personal. D'altra banda, les noves generacions sembla que van creixent en aquesta nova cultura no personalitzada en què realment es prefereix l'eficàcia del servei enfront de la calidesa. Òbviament, amb un cost.

És possible que aquesta situació d'impersonalitat generi patologies socials per falta de comunicació. S'emfasitza avui dia la necessitat que el metge «escolti» el malalt. La pregunta és si aquest «escoltar» ha d'anar més enllà del que és necessari per establir un bon diagnòstic i així cobrir, a més, deficiències que el conjunt de la societat no cobreix. Seria com demanar que el metge o el sistema sanitari es convertissin en el bon samarità, o que el sistema sanitari s'apartés de la tendència general a la impersonalitat.

(v) La revolució multimèdia té, al seu torn, un altre efecte important: va fent obsoletes, a poc a poc, les competències professionals o, en tot cas, exigeix incorporar-hi noves competències. En una paraula, el metge o el cirurgià del futur no podran continuar sent analfabets tecnològics. I això afecta la seva formació tant a l'hospital com a les facultats. Per això, Sir Ronald Oxburgh i Richard Kitney, del Bragit Centre i de l'Imperial College, respectivament, estan planejant la creació d'una nova facultat de medicina que produeixi llicenciats capaços d'utilitzar les noves joguines que IBM, Sprint, HP, Toshiba i altres els estan preparant, i de gaudir-ne. Ciència-ficció? No, per suposat. Almenys si no entenem que aquestes empreses inverteixen per a la seva pròpia diversió. El futur de la medicina està en gran part en mans de les grans corporacions, tant si ens agrada com si no.

(vi) Adquirir nous coneixements significa que els que en tenen d'antics només de manera parcial podran continuar exercint la seva autoritat pel coneixement. El coneixement es dilueix i cada vegada es distribueix menys per la línia jeràrquica. De fet ja passa una cosa semblant. El gran poder dels

primers caps de servei s'ha anat democratitzant, perquè tenir el monopoli del coneixement cada vegada és més difícil. Òbviament, aquesta situació planteja, i plantejarà encara més en el futur, el paper dels caps de servei.

(vii) Però, a més, la ciència i la tecnologia modernes estan difuminant cada cop més els seus límits, i això també afectarà la pràctica de la medicina. La distinció entre el que és farmàcia del que és biologia, física o medicina, o el que són les mateixes especialitats mèdiques, es pot diluir com a element de demarcació.

Ja és possible veure que el futur exercici de la medicina haurà de ser multidisciplinari, i això trenca evidentment i de nou el criteri organitzatiu per serveis que ha imperat i que encara domina.

(viii) Finalment, si la tècnica va imposant la seva llei usurpant saber, és possible que en el futur necessitem menys metges i infermeres i que aquests, en part, siguin substituïts per tècnics multimèdia. De fet, l'avanç de la tecnologia sempre ha respost a la mateixa lògica: suprimir la mà d'obra, i encara més si aquesta és cara. No hi ha cap raó perquè no ocorri a la pràctica sanitària i, de fet, és molt possible que sigui així.

La robòtica, per exemple, està en plena evolució. Ofereix des de la possibilitat d'inserir petits robots teledirigits en la irrigació sanguínia fins a determinar i col·locar posteriorment les pròtesis òssies per mitjà del Robocop dissenyat per IBM. Els resultats preliminars obtinguts indiquen que la recuperació dels pacients utilitzant el Robocop és més ràpida. Però, a més, és tan senzill d'utilitzar que ho pot fer un tècnic no mèdic. És una bona notícia per als metges? D'una banda és bona perquè comporta alliberar coneixement per dedicar-lo a tasques més complexes, però d'altra banda és dolenta perquè cal que aquestes tasques més complexes existeixin i es vulgui pagar perquè es duguin a terme. En cas contrari comportarà substitució de mà d'obra cara per una altra de més barata.

Com a resum, i després d'analitzar els impactes organitzatius de la revolució multimèdia en l'organització sanitària, puc assenyalar el següent:

a) Ràpida obsolescència del saber professional i necessitat urgent de generar plans de formació continuada. Formació que sembla que haurà d'integrar, alhora, coneixements professionals clàssics i capacitats d'entendre i utilitzar els sistemes multimèdia.

b) Ruptura gradual del concepte d'hospital entès com un centre físic, i ampliació del concepte d'hospital virtual, en xarxa, on el diagnòstic i el tractament es poden fer des de centres allunyats físicament del lloc on es trobi el malalt.

c) Ruptura gradual del concepte jeràrquic basat en el saber, tenint en compte la complexitat d'aquest saber i la dificultat de monopolitzar-lo.

d) Ruptura de les línies de demarcació professionals i tendència a la creació de grups multidisciplinaris.

e) Pèrdua de poder del metge enfront del malalt, pel fet que aquest tindrà més possibilitats d'elegir qui vol que el tracti i, fins i tot, com vol que se'l tracti.

f) Canvi possible del concepte de sistema nacional de salut, amb fronteres nacionals ben delimitades i desenvolupament gradual cap a un sistema que, encara que sigui de finançament públic nacional, pot comportar un nombre variat i divers de proveïdors, tant dins del país com fora.

g) Reducció gradual de la mà d'obra mèdica i d'infermeria, que serà substituïda per tecnologia i servidors de dita tecnologia, que no hauran de ser necessàriament metges o infermeres.

De la mateixa manera com està succeint en la indústria en general, aquestes tendències comportaran que en els centres sanitaris, independentment de la forma que adoptin, el nucli professional sigui molt professionalitzat, i que el coneixement sigui la base del seu desenvolupament. Perquè es produeixi aquest desenvolupament del coneixement, sembla necessari que canviïn els sistemes de valors. En aquest nucli professional els valors han de permetre:

- diversitat d'opinions,
 - promoure la iniciativa, la no-homogeneïtzació, la diversitat de criteris.
- I no s'han d'imposar des de dalt.

Perquè sigui així, els valors que predominin han de ser valors d'orientació que promoguin com un fet normal i bo:

- l'educació continuada,
- la llibertat,
- la democràcia,
- la diversitat,
- la descentralització,
- la col·laboració i
- la comunicació.

En definitiva, es tracta de trencar una tradició jeràrquica de l'organització sanitària i promoure una cultura més democràtica.

LA BUROCRATITZACIÓ DE LA MEDICINA

Davant de les promeses de les modernes tecnologies amb totes les seves capacitats, també s'està introduint el fenomen de la burocratització de la pràctica sanitària.

La majoria de serveis d'avui dia estan burocratitzats. Per això entenc la tendència a homogeneïtzar el tracte amb el pacient.

La burocratització respon a quatre característiques:

- l'eficàcia econòmica (donar el millor amb uns recursos determinats, cosa que exigeix definir prèviament què és «el millor»)
- el càlcul de les activitats (tota actuació professional ha de poder ser «monedariada»)
- la predicció dels comportaments professionals.

La medicina de masses, conseqüència de la universalització i la gratuïtat de l'assistència, sembla que exigeix organitzacions burocràtiques que responguin

a aquests quatre principis abans enunciats. No cal ser gaire observador per adonar-se que és el camí per on van i per on aniran cada vegada més els nostres serveis sanitaris. En aquest sentit, la meua tesi és que les modernes tecnologies multimèdia no han nascut per canviar aquesta tendència, sinó per reforçar-la.

Mentre hi hagi moltes hèrnies, moltes cataractes, molts càncers, etc. que s'hagin de tractar amb un cost baix relatiu i amb certa celeritat, la burocratització s'anirà imposant.

Alguns efectes ja els tenim aquí: impersonalitat en el tracte, transformació del professional en una part de la cadena de producció, consciència de costos i comptabilitat.

Un dels efectes organitzatius més importants és l'atenció que es presta, cada vegada més, als processos assistencials. No és casualitat, i està succeint també en la indústria. Deixant de banda els avantatges indiscutibles d'enfocar l'organització cap als processos i, en última instància, cap als clients més que no pas cap al servei del professional, la lògica última és permetre un control de procediments més gran (protocol·lització estàndard) i un control de l'activitat millor. La conseqüència és que pot permetre proporcionar més medicina a més persones, amb un cost inferior i més de pressa, amb estàndards apreciables de qualitat tècnica, encara que probablement no siguin de qualitat humana.

Qui pot pagar les conseqüències, i en part les està pagant, i si és bo o no que les pagui és el que discutiré a continuació.

Està pagant les conseqüències perquè la protocol·lització de procediments i l'èmfasi en la productivitat a la llarga poden empobrir el desenvolupament professional. Les està pagant en part i les pagarà encara més en el futur perquè la protocol·lització és la porta de la tecnificació i de l'estalvi en mà d'obra. Les està pagant, en fi, perquè el que a la facultat de medicina van dir que fari té poc a veure amb el que en realitat està fent.

LA CONVIVÈNCIA DE DOS MONS

Tenim, en definitiva, dos mons en marxa: un que fa una crida a la més gran i més complexa tecnificació del saber; un altre que la fa a favor de la rutina, la congelació o la degradació del coneixement i la substitució del metge i la infermera.

Podeu congeniar tots dos mons? S'ha d'intentar. En primer lloc, cal acceptar, almenys de moment, un fet: la força laboral en el món sanitari disminuirà, i és possible que en una mesura força notable. Està passant en tots els sectors i no hi ha cap raó perquè no sigui així en la sanitat. Els efectes d'aquest món de treball molt qualificat, però petit, enfront d'un món de treball precari, però també cada vegada més reduït, encara s'han de veure.

Sobre el que ara faré una reflexió per tal d'acabar aquesta ponència és sobre la manera de fer conviure les nostres organitzacions amb el desenvolupament del coneixement. Per això proposo alguns temes de discussió.

En primer lloc, caldrà acceptar que en els nostres hospitals continuarà la producció en massa o, fins i tot, s'accentuarà. I que, amb més o menys multimèdia, algú l'haurà de fer. També caldrà acceptar, alhora, que aquesta producció en massa exigeix una adequació professional constant a les noves possibilitats que el mercat tecnològic ens oferirà.

Enfront d'aquesta situació, en la indústria s'estan donant dues respostes: Una és dedicar-se només a la producció en sèrie i deixar a l'individu la responsabilitat de formar-se a fi d'adequar-se als nous avenços del coneixement. Si les persones que estan contractades a l'organització no avancen al ritme adequat, es busca en el mercat de treball algú que tingui les capacitats necessàries i se'ls acomiada sense que importi l'edat ni els serveis prestats. L'altra és que l'organització es preocupi d'aquesta formació continuada del seu personal. Cosa que implica una filosofia de contracte indefinit fins i tot quan a la nostra societat ja no hi ha res que sigui indefinit.

Aquesta segona resposta planteja problemes importants, per exemple, en les formes de remuneració: què cal remunerar, més productivitat i més coneixements? Òbviament, es pot dir que totes dues coses. Però el problema no està en si és possible o no ho és, sinó que es troba en l'èmfasi que vulguem donar en productivitat sobre coneixements. Val a dir que, ara per ara, quan en el nostre sector es parla de pagar el millor, d'individualitzar la remuneració, etc. es pensa fonamentalment en termes de productivitat.

Tanmateix, premiar el millor no és fàcil. La pregunta és: el millor respecte a què? Perquè la pràctica professional té moltes variants i totes poden ser igual d'importantes, pel fet que són complementàries. A més, en un món organitzatiu que cada dia descansa més en la multidisciplinarietat, en equips que canvien segons el problema, etc. parlar del «millor» és una tasca complexa.

En segon lloc, un altre problema que ens planteja aquesta dualització de coneixement i burocratització és el paper de les estructures hospitalàries. Segons el meu parer, donar resposta a aquesta dualitat significa alterar l'actual estructura jeràrquica basada en els serveis.

Només a tall d'apunt, diria que puc entreveure les estructures hospitalàries de futur sota el prisma d'una doble realitat, com si fossin dues empreses: d'una banda, la que produeix i es responsabilitza dels resultats davant del malalt i que respon al concepte d'organització per productes; d'una altra, la que crea coneixement, per mitjà dels serveis actuals o uns altres de més heterogenis, i el posa en venda. Per a qui? Fonamentalment, però no únicament, per als directors de procés o de producte, que d'una manera o altra hauran de tenir la capacitat de «comprar» o «no comprar» als serveis la mà d'obra qualificada que necessitin.

Perquè aquest model funcioni, cal que hi hagi una interrelació molt estreta entre ambdues estructures per evitar tant l'excessiu «productivisme» com l'excessiu «cientifisme». Aquest model exigeix una rotació dels professionals i una combinació de remuneracions que tingui en compte totes dues lògiques: en una es premia el que se sap, en l'altra, el que es produeix.

En aquest sentit, la carrera professional potser no s'ha de regular excessivament. Ha de ser el mateix professional qui gestioni la seva carrera i decideixi on vol estar, durant quant de temps i per on vol dirigir els seus coneixements. La complexitat actual és excessiva perquè ens vulguem dotar de mecanismes de carrera o de mobilitat excessivament rígids i regulats des de dalt.

Però tot això només són apunts. El futur desenvolupament de les nostres organitzacions sanitàries encara s'ha d'inventar. El que no podem fer és esperar que algun tècnic «extern» ens defineixi com han de ser aquestes organitzacions. L'element bàsic per generar aquest futur organitzatiu amb el mínim de costos humans possible implica una democratització més gran de les nostres estructures actuals en què la participació dels graus d'interès, necessàriament conflictius en molts casos, trobi un marc de discussió adequat per exposar i discutir els seus models organitzatius. És un repte difícil, però necessari.