

Año 5, número 12 ■ Mayo-agosto 2016

CONEXIÓN[®]

ISSN: 2322-6420

Revista de la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral - Acemi



**Innovación
en salud**

Tendencias en modelos de prestación: deshospitalización y desmedicalización de la atención

Ramón Abel Castaño*

Dos tendencias centrales

En la prestación de servicios de salud, la deshospitalización y la desmedicalización de la atención son dos tendencias centrales que están cambiando sustancialmente la forma como se producen estos servicios en el mundo. Muchas razones pueden esgrimirse para explicar estas tendencias, pero la más relevante es el hecho de que la atención hospitalaria se ha vuelto progresivamente más costosa, debido a los costos de la tecnología y del recurso humano que se concentran en este escenario de atención. Esta tendencia hace que los pagadores traten de evitar el hospital, aplicando estrategias proacti-

vas o estrategias restrictivas. Entre las estrategias proactivas se incluyen la prevención de los episodios agudos, el acceso temprano al servicio de urgencias en aquellos casos no evitables, la gestión del período transhospitalario para minimizar ineficiencias, el alta temprana a escenarios alternativos y el acompañamiento al paciente

* MD PhD, Consultor en servicios de salud.

durante el período posagudo para evitar reingresos. Entre las estrategias restrictivas se incluyen las barreras de acceso a estos escenarios, lo cual es más factible cuando se trata de necesidades no urgentes.

Por el lado de la desmedicalización, aunque el médico sigue siendo el tomador de decisiones clave en el diagnóstico y en el tratamiento, y en ocasiones, el que realiza un procedimiento, también es claro que hay una tendencia hacia la progresiva sustitución de este con mano de obra menos calificada e incluso con procesos automatizados, en aquellas actividades o tareas que son estandarizables y delegables.

Adicionalmente, las redes sociales y la mayor disponibilidad de información en internet permiten que los pacientes obtengan cada vez más información por su cuenta sin tener que depender del médico. Este fenómeno, conocido como la “democratización de la información”, se convierte en un reto interesante al modelo tradicional de paternalismo médico.

George Halvorson, ex CEO de Kaiser Permanente, plantea que se pueden lograr reducciones de costos mediante el mejoramiento de la calidad en la atención. Pero

también plantea que la manera de reducir aún más los costos es trasladando la atención cada vez más lejos del escenario hospitalario, e incluso del consultorio médico (Abelson, 2013).

Por su parte, Robert Wachter, en su libro *The Digital Doctor*, hace una aseveración que pone a pensar sobre cómo será el futuro de los hospitales: “Los pacientes irán a los hospitales para cirugías mayores y otros procedimientos, enfermedades críticas o estudios en casos con incertidumbre clínica sustancial.” (Wachter, 2015, p. 258). Plantea el autor que un paciente que esté simplemente “algo enfermo” o que requiera un procedimiento modesto (incluyendo un parto) podrá ser atendido en un contexto menos costoso. En consecuencia, los hospitales ya no tendrán UCI como un escenario aparte, sino que cada cama estará conectada a los recursos que se requieran.

En relación con la desmedicalización, Eric Topol (2015) prevé en su libro *The Patient Will See You Now* el fin del paternalismo médico, como consecuencia de los cambios disruptivos que algunas tecnologías biomédicas están causando, así como las tecnologías de información y comunicación que permiten un

mayor acceso de los pacientes a información que se consideraba bajo el dominio exclusivo del cuerpo médico. También un mayor acceso a la historia clínica por parte del paciente y la publicidad directa al consumidor permiten su mayor involucramiento en las decisiones clínicas, lo cual es un elemento clave del concepto de “servicios centrados en el paciente.” No en vano, David Cutler (2013) plantea que el recurso más subutilizado en los sistemas de salud es el paciente mismo.

Factores subyacentes

Ahora bien, para que la deshospitalización y la desmedicalización puedan avanzar rápidamente, es necesario que la medicina de precisión avance para reducir la incertidumbre y hacer más estandarizables las decisiones clínicas de diagnóstico y tratamiento. De este modo, se logra que los resultados clínicos sean más predecibles, al tiempo que se reduce la asimetría de información, pues será más factible para el paciente o el pagador comparar resultados entre un prestador y otro. Esta comparación permitirá que las fuerzas de mercado operen como en otros sectores de la economía, puesto que los pacientes y pagadores tendrán más información sobre resultados relevantes para seleccionar prestadores con base en la relación entre valor y dinero, y excluir del mercado a prestadores que generan poco valor por el dinero.

En la misma línea de las tecnologías en salud, surge el concepto del “sí cuantificado” (*quantified self*) como producto de la proliferación de dispositivos sensores y de monitoreo, que pueden ser implantables, vestibles o periféricos. También proliferan las aplica-

Las redes sociales y la mayor disponibilidad de información en internet permiten que los pacientes obtengan cada vez más información por su cuenta sin tener que depender del médico.

ciones para teléfonos inteligentes que permiten el autodiagnóstico y la medición de innumerables parámetros de la vida diaria, y las tecnologías para el diagnóstico directo por parte del paciente que utilizan pruebas de laboratorio o dispositivos. Todas estas tecnologías abren un abanico de posibilidades de telemonitoreo, telesalud, teleasistencia y autocuidado, que permiten separar cada vez más la atención de los pacientes de los escenarios tradicionales del hospital y del consultorio médico (Meskó, 2015).

En el ámbito comunitario, que es donde transcurre más del 99,9 % de la vida de nuestros pacientes, también están ocurriendo cambios que son necesarios para hacer posible la desmedicalización y deshospitalización de la atención médica. Por ejemplo, las comunidades virtuales de pacientes, que han emergido gracias a la facilidad que brinda internet, representan la versión moderna de los grupos de apoyo entre personas que comparten los mismos intereses y necesidades. Un ejemplo de la versión antigua de estas comunidades es el de Alcohólicos Anónimos, pero hoy en día estas comunidades virtuales son incontables, y emergen con la misma rapidez que los grupos de Facebook y con las más diversas características.

Las comunidades virtuales permiten el surgimiento del concepto de *crowdsourcing*, según el cual las personas pueden encontrar por su cuenta, sin recurrir a expertos, las soluciones a sus preguntas (Cohen, 2013). El *crowdsourcing* en salud permite un mayor empoderamiento del individuo y de la comunidad, pues refuerza la tendencia a la democratización de la información, con lo cual contri-

buye al proceso de desmedicalización y deshospitalización de la atención médica. Muchos críticos de esta tendencia señalan que las redes de pacientes y el *crowdsourcing* pueden prestarse para divulgación de información falsa o para fines comerciales de algún actor específico. Aunque este riesgo es real y es motivo de preocupación en la actualidad, es claro que un proceso de maduración de esta figura deberá llevar a que se controlen adecuadamente estos riesgos, tal como ha ocurrido en otras épocas de la historia con la investigación científica o con los medios de comunicación.

Ahora bien, aunque las redes de pacientes son importantes, en cuanto crean entornos autónomos que no solo activan al paciente sino que lo hacen más efectivo en su autocuidado, más allá de estas redes, los pacientes necesitan de sus cuidadores primarios, quienes, la mayor parte de las veces, no son expertos en lidiar con los retos del cuidado en casa y en comunidad. Frente a esta necesidad, empiezan a emerger las redes de apoyo familiar y comunitario, o redes de cuidadores, como un sustituto cada vez más necesario para apoyar al paciente y, de este modo, hacer posible la deshospitalización y desmedicalización de la atención. En la medida en que las comunidades se em-

poderen para resolver las necesidades de sus individuos, tanto los sanos como los enfermos, los dos escenarios tradicionales (hospital y consultorio médico) dejarán de recibir a los pacientes menos complejos, porque se podrán manejar más efectivamente en la comunidad, y al mismo tiempo se concentrarán en los episodios más agudos o complejos y en las etapas más complejas y menos delegables de los procesos de atención.

La activación de las comunidades no es un asunto trivial para los países desarrollados. Estos países están enfrentando un problema de costos crecientes en la atención de los adultos mayores, pues su progresiva participación en la pirámide poblacional está marcando tendencias insostenibles en los costos del cuidado de largo plazo. Por ello, han entendido que las familias y comunidades deben tomar un rol cada vez más activo en este asunto (Britnell, 2015). Paradójicamente, los países desarrollados están buscando lecciones aprendidas en los países en desarrollo y, en especial, en los países más pobres, puesto que en estos solo hay hospitales disponibles en las grandes ciudades. Por esta razón, las comunidades deben ser más recursivas para organizar la atención de enfermos y adultos mayores en su contexto local a

Para que el POTC y la telesalud puedan explotar todo su potencial disruptivo, es necesario que se desarrollen en modelos de prestación diferentes a los tradicionales.

base de redes de cuidadores informales (Crisp, 2012).

Los sistemas europeos han empezado a moverse claramente en esta tendencia. El modelo socio-sanitario en España es un ejemplo muy claro en el que se han dado directrices desde el Ministerio de Sanidad para que las comunidades autónomas fortalezcan las redes de apoyo locales, y se realicen una financiación y una atención coordinada con los diferentes actores públicos en el ámbito local. Esto permite que los pacientes con enfermedades crónicas tengan una atención más integral y proactiva —no solo desde la perspectiva biomédica sino desde las demás esferas que afectan la enfermedad crónica—, y con ello, que se reduzcan los costos de la atención intramural al tiempo que se mejora la calidad de vida de los pacientes (Gobierno de España, 2011).

El POCT y la telesalud como respuestas

Las tecnologías disruptivas son aquellas que cambian radicalmente un sector o una industria, pero más allá de la tecnología por sí misma, los cambios radicales ocurren porque estas tecnologías permiten desarrollar nuevos modelos de negocio que generen mayor valor por el dinero. En la prestación de servicios de salud, los modelos tradicionales del hospital general y el consultorio médico, con una visión hospital-céntrica y doctor-céntrica, están cada vez más expuestos a innovaciones disruptivas que, haciendo uso de la tecnología, harán posible la deshospitalización y la desmedicalización de la atención.

Las tecnologías de diagnóstico en el punto de atención (POCT, por sus siglas en inglés) están generando

grandes oportunidades para llevar el diagnóstico *in vitro* a donquiera que se encuentre el paciente (Jani & Peter, 2013). Por su parte, la telemedicina, aunque entró en escena hace varias décadas sin alterar radicalmente la industria de la salud, está empezando a emerger con un potencial disruptivo cada vez mayor, gracias a las tecnologías de monitoreo remoto basadas en nanotecnología, a la transmisión inalámbrica, al mayor ancho de banda y a los dispositivos móviles inteligentes de uso cada vez más generalizado. Estas tecnologías permiten llevar a cabo mediciones y seguimientos confiables como no se había logrado antes (Topol, 2012).

Pero para que estas dos tecnologías puedan explotar todo su potencial disruptivo, es necesario que se desarrollen en modelos de prestación diferentes a los tradicionales del consultorio médico y del hospital general. Aunque en estos modelos tradicionales tienen un rol importante para generar ganancias en eficiencia, ciertamente es en el contexto de nuevos modelos de prestación donde se pueden desdoblarse de una manera mucho más efectiva (Castaño, 2014). Es claro entonces que estas tecnologías *per se* no son las que van a generar las disrupturas que tanto necesita el sector prestador, sino que requerirán de modelos de prestación diferentes para que puedan llegar a ser realidad la verdadera deshospitalización y la desmedicalización de la atención.

Referencias

Abelson, R. (2013, 20 de marzo). The face of future health care. *The New York Times*. [Disponible en <http://www.nytimes.com/2013/03/21/business/>

[kaiser-permanente-is-seen-as-face-of-future-health-care.html?pagewanted=all&_r=2](http://www.nytimes.com/2013/03/21/business/kaiser-permanente-is-seen-as-face-of-future-health-care.html?pagewanted=all&_r=2)].

Britnell, M. (2015). *In search of the perfect health system*. Palgrave.

Castano, R. (2014). Towards a framework for business model innovation in health care delivery in developing countries. *BMC Medicine*. 12:233.

Cohen, J. (2013). *How crowdsourcing fuels healthcare innovation*. [Disponible en <http://www.healthbizdecoded.com/2013/06/how-crowdsourcing-fuels-healthcare-innovation/>].

Crisp, N. (2012). *Turning the world upside down*. The Royal Society of Medicine Press.

Cutler, D. (2013). Why medicine will be more like Walmart. *MIT Technology Review*. [Disponible en <http://www.technologyreview.com/news/518906/why-medicine-will-be-more-like-walmart/>].

Gobierno de España, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011). *Libro blanco de la coordinación socio-sanitaria en España*.

Jani, I. & Peter, T. (2013). How point-of-care testing could drive innovation in global health. *N Engl J Med*, 368(24), pp. 2319-2324.

Meskó, B. (2015). *My health upgraded*. Webicina Kft.

Topol, E. (2012). *The Creative Destruction of Medicine*.

Topol, E. (2015). *The Patient Will See You Now*. Basic Books.

Wachter, R. (2015). *The Digital Doctor: hope, hype and harm at the dawn of medicine's computer age*. McGraw Hill. ■