

Converger o Concentrar... ¿no es lo mismo?

Luis Francisco Torres Pérez. Doctor en Ciencias de la Salud. Enfermero Hospital Virgen de la Victoria

Ana María Leal Valle. Enfermera Hospital Virgen de la Victoria

Gestión Sanitaria o Mercado de la Salud

Para empezar es necesario citar a Ortún que en un artículo publicado en el ya lejano 2002, hacía la siguiente reflexión: “En el mundo de las organizaciones públicas y de aquéllas sometidas a una débil intensidad competitiva, no cabe una actitud darwinista (darwinista en el sentido de esperar de un mercado apenas existente la evolución hacia formas organizativas más aptas). La regulación y la ejecución de esa regulación a través de la política sanitaria han de propiciar los cambios con vistas a evitar que la competencia destructiva ponga en peligro la continuidad en el suministro de los servicios públicos”(1).

Este análisis se realizaba en pos del afianzamiento y desarrollo de un Sistema Nacional de Salud (SNS) considerado por algunos como serio candidato a ser patrimonio de la Humanidad (Declaraciones del Presidente Lula Da Silva a semanario O Globo).

Cuán lejos queda todo eso ya desde la perspectiva actual, la crisis propició atravesar el Rubicón de los recortes en salud, y la Ley de Medidas Urgentes de 2012 fue el aldabonazo que puso fin a un ciclo, que podría denominarse como expansivo.

Las reformas trajeron consigo, no solo recortes, sino nuevas directrices y nuevos modelos de organización, y conceptos profundamente acendrados en la médula del Estado del Bienestar, como la salud, también fueron revisados, reacondicionados.

La dicotomía podar o talar -con objeto de poder salvar lo posible del SNS-, y la necesidad de afinar con objeto de minimizar el impacto de la desinversión sanitaria, hicieron aflorar iniciativas en el ámbito de la economía de la salud que han sido tan extendidas como controvertidas(2).

En sanidad el concepto de Desinversión aparece con fuerza ligada al ámbito tecnológico hace más de una década, canalizando la necesidad de eliminar lo ineficiente, y evitar en lo posible la fascinación por las novedades técnicas. Para Elshaug(3) significa retirar parcial o totalmente



recursos de tecnologías, medicamentos, procedimientos o prácticas existentes, al aportar escaso o nulo valor en relación al coste que supone.

Pero la popularización del término tiene que ver con la creciente necesidad de controlar los gastos crecientes en sanidad; en Inglaterra, desde 2006 aparece una recomendación del Chief Medical Officer al Departamento de Salud que fomenta esta política: "...Se solicitará al NICE que elabore guías para la desinversión, que permitan eliminar aquellas intervenciones que no ya son apropiadas, efectivas o que no aportan valor por el dinero gastado". La base de datos del NICE de recomendaciones de no realización de intervenciones por falta de evidencia de efectividad tiene en la actualidad un desarrollo amplio, incluso dentro de los acuerdos de las unidades de gestión clínica en nuestra comunidad autónoma(2).

Junto a la desinversión, otro término ligado a la economía de mercado –sobre la que en pocos años hemos realizado un máster acelerado- irrumpió con inusitada fuerza, la Concentración. Todos aceptamos al realidad de que en épocas de crisis los débiles y los pequeños fenecen, y que son los grandes y poderosos los que imperan. Esta forma de selección natural se lleva aplicando desde tiempo inmemorial a la industria. Las épocas de bonanza se caracterizan por la diversidad y la variedad, las de carestía por la supervivencia, por el imperio del darwinismo de Adam Smith. La Concentración ataca de raíz los problemas de la empresa. Reduce el gasto corriente, minimiza los costes marginales, aumentando la competitividad al poder bajar el coste por unidad o aumentar el margen comercial, facilita la selección de personal –lo que lleva a la reducción- al contar con una plantilla "duplicada", reduce cargos directivos al agrupar órganos de decisión(4). En fin una cohorte de ventajas que hace incompresible –según la doctrina de Chicago- que dicha solución no se tome constantemente. Como ejemplo de las estrategia de concentración, tal vez la más conocida es la deslocalización, económicamente efectiva aunque con unos efectos secundarios demoledores tanto social como culturalmente(4).

Por su cobertura y orientación era un modelo de una robustez y capacidad de respuesta incontrovertible, pero cuyo talón de Aquiles era también evidente, y como este, potencialmente letal, su financiación. Sin entrar en conflictos entre Bismark y Beveridge, la reorganización de la cartera de servicios y la cobertura tuvo consecuencias inmediatas, y a largo plazo que aun se están valorando, pero además las estrategias organizativas, tampoco fueron inocuas(5).

Y hete aquí que dicha solución fue asumida como factible para tratar de dar respuesta al marasmo en el que nos encontrábamos, ya que a nadie se le oculta que a nivel de nuestra Comunidad –y de todas- el gasto sanitario es la parte del león del presupuesto trasferido, por lo que una gestión acertada de esta partida, significan el éxito o fracaso de una administración...y en los inicios de la segunda década del XXI, la situación no era crítica, sino calamitosa.

En este escenario incierto, se determinó que los buques insignia del Sistema sanitario Público Andaluz, se integraran con otros centros hospitalarios en su área de influencia. Constituyéndose así el primer y segundo hospital en tamaño del estado español, generando organizaciones sanitarias de una complejidad y tamaño desconocidos hasta ahora.



Y de esta manera la deriva hacia la efectividad clínica, que ya se había iniciado, se unía la “efectividad” en la gestión económica, con vistas a garantizar una asistencia sanitaria sostenible, en consonancia con el nuevo paradigma económico, conservando en lo posible el modelo universal y garantista que nos caracterizaba y que mayoritariamente demanda la ciudadanía.

A la vuelta de casi un lustro de crisis, se podría entender que lo conseguido santifica las medidas, aun traumáticas, que en su momento se tomaron. Pero algunas dudas asaltan a los analistas, nadie pone en duda el movimiento hacia la efectividad clínica como elemento nuclear en la toma de decisiones, pero los fenómenos de concentración no presentan una valoración positiva tan unánime.

Poco son los investigadores y las publicaciones que han abordado la concentración que en la Sanidad Pública han tenido lugar en los últimos años, y menos aun desde la perspectiva del modelo sanitario imperante en Europa, y singularmente en nuestro país. De nuevo tenemos que acudir a fuentes secundarias, y al Reino Unido donde los movimientos de concentración (unión entre centros) en la sanidad privada y en la –famosa- colaboración público-privada han sido recientemente analizados. Movimiento empresarial que en tiempos de Blair, auspiciado por la famosa tercera vía, potenciaba la unión entre organizaciones o empresas proveedores de cuidados y que muchos investigadores denominaron como “Merge-Manía”.

Los resultados, con ser solo parcialmente extrapolables a nuestro entorno, coinciden significativamente en dos aspectos: en los escasos beneficios a nivel de gestión sanitaria que comporta la unión, y en la reducción en la competencia entre unidades, lo que al final redundaba en una contracción en la oferta(6).

Si proyectamos sobre el SSPA estas afirmaciones, con todas las prevenciones de conocer lo exótico del planteamiento, nos encontramos como organizaciones que hasta ahora se habían desarrollado como “competidoras”, con cartera de servicios no complementarias. Que poseían líneas de desarrollo diseñadas para acceder a nichos de crecimiento clínico e investigador singulares -impulsados por los Poderes Públicos-, se veían abocadas a la unión. Desde una perspectiva meso y simplificadora, ponía a Unidades (UGC que se internaban en una fase de madurez productiva una vez superada la fase de génesis) que hasta ahora competían por dar servicio de elevada calidad y valor añadido –diferencial- a trabajar juntas, con un corto periodo de adaptación. Desde la independencia casi forzada a la federación obligatoria sin etapa de transición.

Lejos del rigor de análisis sistemático lo que se puede señalar que junto con algunos resultados económicos modestos, hay incertidumbres destacables en cuanto a los efectos indeseables que lleva aparejada esta reducción en la oferta. Quizás el más relevante, y probablemente extrapolable a nuestro medio sea la reducción en la accesibilidad, que algunos relacionan con una reducción en la cartera de servicios y en paralelo con una reducción de la oferta. Hay autores que correlacionan dicho efecto con el incremento en las listas de espera y la dificultad para acceder a determinados servicios a los pacientes complejos(6)(7).



Como un corolario sencillo de lo anterior se podría afirmar que la calidad de los hospitales mejora cuando compiten por comparación(8)(9). De hecho, a nivel organizativo en NHS ha dejado en suspenso el proyecto de convergencia ante la ausencia de resultados positivos en la población(7).

El Cuidado: La Tercera Dimensión

No es objetivo del presente trabajo analizar los resultados que ha aportado la concentración sanitaria, sino abundar en un efecto colateral que hasta ahora no ha sido analizado, muy posiblemente por el área de conocimiento que se ve implicada.

Los Cuidados, como siempre con una visión diferente y con frecuencia ignorada, se ubican en una posición ambigua, por dos razones, la primera por su transversalidad, que se opone a la verticalidad de las UGC. Un ejemplo palmario es la posición del paciente ectópico en una unidad –fenómeno que no se puede considerar extraño- que consume recursos cuidadores estimables pero invisibles a la UGC de referencia. Y por otro los criterios de efectividad obligan a compartir recursos y optimizar coberturas que de nuevo se internan más en la senda de una unidad integral de gestión de cuidados que subcontrata servicios de asistencia a las diferentes UGC que a la compleja autogestión, término tan deseable como inalcanzable desde una perspectiva vertical de servicio. Con esta visión integral de centro, parecía como que los fenómenos de concentración serían una deriva naturalmente aceptada.

Pero una acompañante de la convergencia fue la alteración de los escenarios, y la crisis “cultural” concomitante al maridaje, sino forzado, si a todas luces inesperado.

Las condiciones de contorno no solo afectan a las funciones matemáticas, sino dramáticamente a la provisión de cuidados, que se desarrollan en un escenario físico y organizativo. Y esto se vio contundido por políticas institucionales sobre las que se carecía totalmente de control.

Todos los aspectos de la provisión de servicios se vieron afectados de una u otra manera pero las organizaciones sanitarias se caracterizan por su capacidad de adaptación y las enfermeras, singularmente, se caracterizan por poseer una plasticidad casi infinita.

Las UGC han encajado con mayor o menor éxito o adhesión esta orientación a la “intercentralidad”, pero el Cuidado como elemento transversal se ha alineado con las directrices institucionales, ya que las enfermeras se alinean –se identifican- con las directrices institucionales de manera natural(10).

La Convergencia ofrece clara ventajas en lo referente a dos aspectos cruciales para el Cuidado y capacidad de ofertar una atención sanitaria excelente al Ciudadano: la Continuidad de Cuidados y la reducción en la Variabilidad de la Práctica Enfermera.

Trabajar juntos y compartir el liderazgo, facilita la homogenización de la asistencia y el flujo horizontal del conocimiento(11). Un desiderátum antiguo señalaba la posibilidad de que los centros que comparten liderazgo y objetivos alineen su práctica clínica y acaben generando un producto de calidad garantizada.



Pero el contexto es determinante para la generación del cuidado como hace años demostró Aitken con su propuesta de hospitales magnéticos. Centros de referencia que atraían a profesionales y a pacientes (con posibilidad de elegir efectivamente) con resultados económicos destacables y constantes(12).

Este magnetismo no se puede generar artificialmente de manera instantánea(12), la imantación artificial obliga a un aporte constante de energía difícilmente costo-eficiente. Además los polos opuestos, las organizaciones impulsadas hacia la competencia por el mismo nicho, tienden a repelerse de manera permanente.

Incluso aunque la ganancia potencial para ambas organizaciones esté clara, y el plan de convergencia se haya pactado, se haya desplegado en tiempo y con un amplio consenso, las dificultades con este punto de partida son enormes(13). Si la situación inicial dista de estos presupuestos ideales, difícilmente se pueden alcanzar resultados en un tiempo corto o medio.

El Cuidado en una dimensión que no suele tener relevancia a la hora de los planteamientos estratégicos a nivel macro, amén de la dimensión económica –que nadie puede ignorar como factor crítico-, en la dimensión terapéutica y diagnóstica que caracteriza la provisión de asistencia hospitalaria, existe una dimensión transversal cohesionadora que participa decididamente en ambos planos, pero que tiene un papel secundario cuando no inexistente. Los profesionales relacionados directamente con el cuidado son la fuerza de trabajo mayoritaria en el centro, y por su posición en el sistema funcionan como fulcro entre la organización y el paciente(14).

Hay un artículo clásico ya en lo referente a convergencia en el entorno anglosajón, cuyo título se acerca a nuestro refranero, “Más Grande pero No Mejor”, sin duda el gigantismo sanitario no ha demostrado con claridad la mejora en la asistencia, pero se puede concluir con certeza que lo que no garantiza es el ahorro y una mejora gobernanza.

Pero desde la óptica de la integralidad, la continuidad y la reducción en la variabilidad, para aquellas áreas de conocimiento con una visión transversal y alineadas con la organización, supone un desafío interesante.

Un final o un principio

La puesta en marcha del Plan Integral de Cuidados de Andalucía (PiCuida) supone una nueva singladura para esta área de conocimientos, y la capacidad de incidir mejor en las instituciones sanitarias, sobre todo los hospitales, pasa por la existencia de Direcciones de Cuidados alineadas y potentes. En este caso el tamaño parece una ventaja competitiva con respecto a la competencia por adquirir cuotas de poder dentro de la organización, que permitan desplazar al los Cuidados de la periferia al centro de la escena estratégica, ya que a nivel clínico nadie niega su trascendencia.

Alternar esto con el mantenimiento de la personalidad y las estructuras de las organizaciones más o menos convergentes, es realmente el desafío. Los niveles asistenciales formalmente establecidos son artificiales para el ciudadano, sus necesidades requieren ser satisfechas no fragmentadas. Pasar de los Cuidados Paralelos (cuando no contradictorios) a los coordinados y



por fin integrados, pasa sin duda por un realineamiento estratégico, que sin duda es más fácil si los líderes son compartidos, pero sobre todo por un nuevo rol de la enfermera en el sistema.

Y para ello es necesaria la autonomía, la participación, la democratización de las organizaciones y la simetría en el reparto de poder. Y todo ello pasa por liderazgos cercanos y el reconocimiento de los hechos diferenciales inherentes a la cultura de cuidado imperante en el entorno.

La gestión macro exige un posicionamiento reforzado para las áreas de conocimiento con un rol emergente, la Enfermería lo es sin duda, pero los resultados clínicos relevantes, la evolución en la práctica clínica, y en general la mejora sobre la provisión de asistencia a la población pasa por el escenario meso y microgestor. Y esto pasa por las organizaciones naturalmente desarrolladas con una trayectoria y un fondo cultural establecido. El Cuidado es sumamente sensible al escenario donde se presta y a las interacciones de los diferentes actores, y esto es hablar de proximidad y cercanía. Es un tópico comúnmente aceptado lo “amable” que son los hospitales de pequeño tamaño tanto para los profesionales como para los usuarios.

Sin duda la situación es compleja, y lo es más para aquellos que parten de una posición más débil. Los profesionales del cuidado han sufrido intensamente la crisis, recortes económicos, incremento de horarios, movilidad, precariedad, y un sinnúmero de vicisitudes. El reposicionamiento del Cuidado en las organizaciones, mediado o no por cambios estratégicos, requiere de un renacimiento de aquellos aspectos que fueron eliminados o aplastados por la crisis, sin por ello tener que transitar de nuevo por senderos inútiles. Y gran parte de este éxito recae en los gestores, especialmente en los responsables del Cuidado. De su generosidad, amplitud de miras y compromiso depende que la puesta en marcha de la maquinaria cuidadora nos recolocque en una posición ventajosa o no.

Esta tercera dimensión que representan los cuidados entre la organización y la ciudadanía requiere de una revolución a nivel de los gestores. Revolución que no renacimiento, hay que internarse en nuevas sendas, iluminadas por la transparencia, desde la política de contratación a la gestión de personas, por la simetría responsable, que garantice la equidad en el acceso a recursos en función de las realidades diferenciales, y sobre todo por el impulso del liderazgo enfermero. Solo a través de la provisión de un cuidado excelente se podrán romper todos los techos de cristal que limitan en asalto de la enfermera al poder organizativo, gerencia, dirección de UGC, etc. Y para ello han de proveer un producto de valor diferenciado, capaz de incidir en los resultados de salud de la población y que deja huella en los sistemas de información. Todo ello pasa por una gestión inteligente y una gobernanza –en lo que a cuidados se refiere- capaz de trabajar en equipo, manteniendo las peculiaridades organizativas y las culturas –modos de prácticas- que producen resultados excelentes.



Bibliografía

1. Fullsdef.PDF - paper24.pdf [Internet]. [citado 19 de octubre de 2015]. Recuperado a partir de: http://www.upf.edu/pdi/vicente-ortun/_pdf/paper24.pdf
2. Hughes DA, Wood EM, Tuersley L. NICE recommendations: why no disinvestment recommendations to offset investment decisions? *BMJ*. 2015;350:h2656.
3. Elshaug AG, Hiller JE, Tunis SR, Moss JR. Challenges in Australian policy processes for disinvestment from existing, ineffective health care practices. *Aust N Z Health Policy*. 31 de octubre de 2007;4:23.
4. Dafny LS, Lee TH. The good merger. *N Engl J Med*. 28 de mayo de 2015;372(22):2077-9.
5. Repullo JR. [Changes in the regulation and government of the health system. SESPAS report 2014]. *Gac Sanit SESPAS*. junio de 2014;28 Suppl 1:62-8.
6. Gaynor M, Laudicella M, Propper C. Can governments do it better? Merger mania and hospital outcomes in the English NHS. *J Health Econ*. mayo de 2012;31(3):528-43.
7. Kmietowicz Z. Hospital merger is blocked because of failure to prove patient benefits. *BMJ*. 2013;347:f6326.
8. Bloom N, Propper C, Seiler S, Van Reenen J. «The Impact of Competition on Management Quality: Evidence from Public Hospitals». *Rev Econ Stud* [Internet]. 2015 [citado 19 de octubre de 2015];82(2). Recuperado a partir de: [http://research-information.bristol.ac.uk/en/publications/the-impact-of-competition-on-management-quality-evidence-from-public-hospitals\(4efea67c-2ab2-4937-83b0-b9de7957c970\).html](http://research-information.bristol.ac.uk/en/publications/the-impact-of-competition-on-management-quality-evidence-from-public-hospitals(4efea67c-2ab2-4937-83b0-b9de7957c970).html)
9. 01-39 Maq. - gestion50.pdf [Internet]. [citado 20 de octubre de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.iiss.es/gcs/gestion50.pdf>
10. Foxcroft DR, Cole N. Organisational infrastructures to promote evidence based nursing practice. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003;(4):CD002212.
11. Flodgren G, Rojas-Reyes MX, Cole N, Foxcroft DR. Effectiveness of organisational infrastructures to promote evidence-based nursing practice. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;2:CD002212.
12. Stimpfel AW, Sloane DM, McHugh MD, Aiken LH. Hospitals Known for Nursing Excellence Associated with Better Hospital Experience for Patients. *Health Serv Res*. 15 de septiembre de 2015;
13. Pallotto EK, Chuo J, Piazza AJ, Provost L, Grover TR, Smith JR, et al. Orchestrated Testing: An Innovative Approach to a Multicenter Improvement Collaborative. *Am J Med Qual Off J Am Coll Med Qual*. 19 de octubre de 2015;
14. Ceballos K, Waterman K, Hulett T, Makic MBF. Nurse-driven quality improvement interventions to reduce hospital-acquired infection in the NICU. *Adv Neonatal Care Off J Natl Assoc Neonatal Nurses*. junio de 2013;13(3):154-63; quiz 164-5.

