

Reflexiones a propósito de la externalización de la resonancia magnética y el caso de la Comunidad Valenciana

Reflections about of outsourcing of magnetic resonance and the case of the Community of Valencia

Sr. Director:

Diario Médico, en fecha de 29 de enero de 2009 ha publicado como “Reportaje del Día” un tema de permanente actualidad que titula: “¿Y si externalizamos las resonancias magnéticas?”. Hace más de 10 años, la autoridad sanitaria de la Comunidad Valenciana tomó la decisión política de externalizar una de las tecnologías más innovadoras de diagnóstico por imagen, la resonancia magnética (RM), con la única excepción del Hospital Doctor Peset de Valencia.

Las razones que llevaron a esta decisión de privatización de las RM fueron, según la propia Consejería de Sanidad, la reducción de las listas de espera, la mejora de la eficiencia en costes y la contribución a la “sostenibilidad”.

La experiencia en este largo ciclo de gestión sanitaria ha mostrado que los objetivos que se establecieron para justificar política y técnicamente esta decisión no han conseguido, sino al contrario, los resultados esperados.

Esta modalidad de externalización radical de tecnologías sanitarias nucleares o de competencias tecnológicas esenciales, como es el caso de las RM, genera efectos que ninguna organización pública estratégicamente bien orientada puede permitirse¹. A título meramente enunciativo señalamos algunos efectos técnica y socialmente más indeseables desde una visión integrada de los servicios sanitarios:

1. Corte del ciclo de innovación tecnológica en el sector sanitario público, máxime por la naturaleza disruptiva de la RM (se pierde oportunidad de aprender y de innovar en una dimensión fundamental, y además se pierde la capacidad de saber qué y a cuánto contratar).
2. Ruptura del *continuum* de difusión tecnológica en el área radiológica central de diagnóstico por imagen (se separa un brazo tecnológico de la matriz fundamental de los estudios por imagen).
3. Disfunción organizativa irreversible en el modelo de experiencia y aprendizaje interno de las unidades de diagnóstico por imagen; estos servicios han sido una comunidad de prácticas tecnológicas cuyo diseño de trabajo cooperativo interprofesional ha venido contribuyendo históricamente al proceso de consolidación de las competencias centrales distintivas integradas en la cadena de soporte de los centros hospitalarios.
4. Acorde con la teoría del capital humano, desinserción en la base de conocimiento tecnológico y declive de las competencias esenciales (profesionales, tecnológicas y organizativas).
5. Ineficiencias técnicas por la desintegración funcional de los procesos de valor tecnológico del servicio central de radiodiagnóstico.

6. Incertidumbre en el gobierno de profesionales sanitarios de la propia especialidad, como consecuencia de la descapitalización humana, tecnológica y social.
7. Incremento de los costes de transacción^{2,3}.
8. Pérdida de capital social (Robert Putnam) por dilución de las redes integradas como base del modelo de trabajo competente⁴.
9. Desajuste estratégico en el modelo de contingencia del factor humano especializado, lo que imposibilita fidelizar el capital intelectual y fortalecer la posición de ventaja competitiva pública⁵.
10. Tendencia a la sobreutilización tecnológica por indicaciones inapropiadas, lo que genera simultáneamente un círculo perverso en términos de ineficiencia, pérdida de calidad e inequidad.

A pesar de estas evidencias, que han mostrado que el modelo de externalización radical sostenida no es el más apropiado para el interés general ni para la mejora de la calidad y la eficiencia de los procesos avanzados radiológicos de diagnóstico por imagen, como es el caso de la RM, el pertinaz “frenesí” privatizador sigue siendo una de las señas de identidad de la política sanitaria de esta comunidad autónoma, alentada por intereses económicos bien conocidos en el sector.

Es más, con una visión vanguardista, las tendencias académicas sobre la modernización de las administraciones públicas no avalan este tipo de iniciativas de desintegración de la cadena de valor tecnológica y consiguiente descapitalización de activos estratégicos o nucleares. En este contexto, la denominada “nueva gestión pública”, que aboga por formas innovadoras organizativas para adaptarse a las nuevas corrientes y transformaciones tecnológicas y sociales, así como al dinamismo cambiante de las sociedades modernas, no contempla como virtuosas estas rupturas del ciclo tecnológico y de gestión del conocimiento en los procesos y servicios públicos (Behn, 1995⁶ y 1998⁷).

Desde esta misma orientación innovadora para el rediseño organizativo y tecnológico, está avanzando en un marco conceptual y operativo la denominada “gestión basada en la evidencia”, que considera que los procesos de discontinuidad tecnológica y los resultados obtenidos con este tipo de estrategia deben ser evaluados para seleccionar pruebas consistentes que ayuden a sustentar las decisiones con criterios bien fundamentados en la evidencia (Sutton y Pfeffer, 2006)⁸.

Para la Asociación Internacional de Outsourcing, los modelos de cooperación productiva entre el sector público y privado, así como diversas formas de alianzas estratégicas entre redes hospitalarias para obtener economías de escala, mejorar las bases de conocimiento e incrementar productividades como fruto del trabajo y aprendizaje cooperativo, podrían ser también alternativas razonables frente a la ruptura de los ciclos tecnológicos en entornos radiológicos disruptivos.

En una perspectiva de posicionamiento profesional en el sector sanitario, las diferentes sociedades científicas a nivel internacional y nacional (Sociedad Española de Radiología Médica) consideran más virtuosa la integración de los equipos radiológicos en los centros hospitalarios para una más apropiada gestión de la cartera de procesos y servicios,

mayor racionalidad en el uso y las aplicaciones de estas tecnologías sanitarias de diagnóstico por imagen y mejor interfaz profesional y organizativa con los microsistemas clínicos, lo que permite obtener resultados de efectividad y eficiencia más relevantes.

Conviene señalar que la eficiencia del modelo no puede evaluarse sólo, ni principalmente, por datos de coste por estudio. Cuando se externaliza una prueba diagnóstica, la empresa que las realiza está activamente interesada en aceptar cualquier solicitud (indicada o no tanto), a diferencia de cuando un recurso está internalizado.

En efecto, cabría considerar que parte del sueldo de los radiólogos en plantillas públicas va a cuenta de ser los vigilantes de la buena indicación frente a la natural tendencia de los clínicos de tener otra “fotografía” que incrementa marginalmente su discriminación diagnóstica. Si hacemos muchas RM, los costes fijos se reparten entre más unidades y el precio unitario del estudio puede ser menor. Pero como la tendencia es el uso excesivo e inapropiado, haremos más cantidad de estudios y es muy posible que al final acabemos pagando más porque hacemos también muchas más. La clave reside en el coste por unidad de efecto (hallazgos en las RM que tienen efecto significativo en el curso diagnóstico y el plan terapéutico de las enfermedades). El que sea difícil hacer el cálculo no significa que no sea éste el problema esencial.

Pero, junto con esto, la eficiencia debe juzgarse en términos de medio plazo; podría ser que unas economías aparentes realizadas hoy, significaran una merma de efectividad y eficiencia en pocos años. Porque la eficiencia no es el sumatorio de costes de intervenciones; eficiencia es la capacidad de alterar el curso natural de la enfermedad a un coste razonable y respetando la autonomía y preferencias del paciente, y esto es lo contrario a concebir la asistencia como una acumulación de intervenciones y un amontonamiento atolondrado de decisiones fragmentadas e insensatas.

Para restaurar la racionalidad clínica, la eficiencia y la calidad, se necesita que los clínicos y los servicios centrales formen una comunidad de conocimiento y aprendizaje armónica y reflexiva, y esto es muy difícil de concebir cuando no existe un marco profesional, organizativo y físico de interacción. En otros términos, considerar fuera de la cadena de valor o de las competencias esenciales las actividades de diagnóstico por imagen lleva a una pérdida neta de valor para la organización, deteriora los activos de conocimiento y nos aleja de las “políticas basadas en la evidencia” que previenen de este tipo de decisiones sobre la base de la naturaleza y los costes de las transacciones implicadas⁹.

Lo vemos en ejemplos internacionales. Así, en un mercado claramente competitivo y abierto en el sector sanitario de Estados Unidos, ningún hospital del Top-50 (Health Grades, Inc. Nasdaq: HGRD)¹⁰ ni del Best Hospitals¹¹ ha externalizado tecnologías nucleares innovadoras de diagnóstico por imagen, al entender que ello conllevaría la pérdida de ventajas competitivas que aporta un modelo radiológico integrado.

Las experiencias del Hospital Doctor Peset confirman lo anterior y refuerzan la necesidad de una visión integradora de la cadena de valor tecnológica en el entorno de la radiología hospitalaria.

Por consiguiente, sólo queda pensar que, ante tan abrumadora evidencia a favor de un modelo integrativo de la tecnología radiológica de los centros hospitalarios, las razones para mantener una estrategia continuada de externalización radical o privatización deben ser de otra naturaleza y nada mejor; por transparencia democrática (buen gobierno), la autoridad sanitaria debería explicarlas a la comunidad científica y a la propia sociedad.

Bibliografía

- Oteo LA. Sistema Nacional de Salud: externalización, integración y custodia de competencias y activos esenciales. *Rev Adm Sanit.* 2008;6:245–68.
- Marini G, Street A. A transaction cost analysis of changing contractual relations in the English NHS. *Health Policy.* 2007;3:17–26.
- Repullo JR. Externalización, eficiencia y calidad (primera parte). Público y privado en la sanidad.. *Rev Calid Asist.* 2008;23:83–7.
- Kiechel W. The new capital thing. *Harv Bus Rev.* 2000:149–54.
- Delery JE, Doty H. Modes of theorizing in strategic human resource management: Tests of universalistic, contingency and configurational performance predictions. *Acad Manage Rev.* 1996;39:802–35.
- Behn RD. The big questions of public management. *Public Administration Review.* 1995;55:313–24.
- Behn RD. The new public-management paradigm and the search for democratic accountability. *International Public Management Journal.* 1998;1:131–64.
- Sutton RI, Pfeffer J. Evidence-based management. *Harv Bus Rev.* 2006;84:62–74.
- Repullo JR. Externalización, eficiencia y calidad (segunda parte). Análisis de costes y efectos potenciales de las políticas de externalización.. *Rev Calid Asist.* 2008;23:131–5.
- Página web de Health Grades, Inc. (HGRD) [consultado 17/8/2009]. Disponible en: <http://www.healthgrades.com/>
- Top American Hospitals-US News Best Hospitals [consultado 17/8/2009]. Disponible en: <http://health.usnews.com/health/best-hospitals>

Luis A. Oteo-Ochoa^a y J.R. Repullo-Labrador^{b,*}

^aDepartamento de Desarrollo Directivo y GSS, Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España

^bDepartamento de Planificación y Economía de la Salud, Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España

*Autor para correspondencia.
Correo electrónico: jrepullo@gmail.com
(J.R. Repullo-Labrador)