

## Alianzas estratégicas: hacer de la necesidad virtud



### Strategic alliances: Make the need virtue

Sra. Directora:

La realidad del sector sanitario en este momento es compleja, especialmente en el ámbito hospitalario. Diferentes factores estructurales están condicionando la actuación de los profesionales y la resolución de cara a los ciudadanos.

Por una parte, la falta de profesionales de diferentes especialidades, unas más que otras, y por diferentes motivos que se escapan al análisis en esta carta, pero básicamente por el desequilibrio oferta-demanda no previsto en su momento. Por la otra, el resultado de la planificación sanitaria en los años 80 y 90 que favoreció la dispersión de centros sanitarios con carteras de servicios similares, especialmente en los hospitales generales básicos y de referencia, fruto de decisiones que más tenían que ver con criterios territoriales que de coste-efectividad y un cierto rechazo al hecho de compartir recursos por miedo a perder cuota de complejidad, lo que ponía en un momento dado a las alianzas en tela de juicio.

El modelo de gestión EFQM<sup>1</sup> en todas sus versiones, y de nuevo en la versión del año 2013, fija como uno de sus criterios facilitadores las alianzas, en su subcriterio 4a.

Modelos de acreditación de centros sanitarios como el impulsado por el *Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya*<sup>2</sup>, basados precisamente en el modelo EFQM, exigen de alguna manera cumplir los estándares previstos en el capítulo de alianzas.

Otro factor que despertaba si más no suspicacias era la posibilidad de prestamismo profesional. La Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias salva esta posibilidad siempre que se cumplan los requisitos previstos en la misma, permitiendo y promoviendo que los profesionales sanitarios, sin perder la vinculación con la institución que los ha contratado, puedan prestar servicio en otras entidades en el marco de una alianza estratégica o un programa de gestión compartida.

En este punto pues, la realidad de algunos hospitales catalanes es la de dejar servicios descubiertos o insuficientemente cubiertos, lo que genera indefectiblemente un aumento de las listas de espera o el tránsito de pacientes a otros hospitales de referencia, a menudo sin una planificación y una derivación ordenadas. Por otra parte, las diferentes condiciones laborales de determinados hospitales según sus posibilidades presupuestarias o su tipología jurídica tienen como consecuencia un *turnover* importante de profesionales y, a menudo, un cierto «filibusterismo» donde el profesional va al mejor postor. En una comunidad autónoma como Catalunya coexisten diversos convenios laborales para el mismo sector. Además, la elevada presión asistencial por la falta de profesionales condena los aspectos de docencia e investigación al ostracismo, lo cual cierra el círculo vicioso de desmotivación, *burnout* y cambio de hospital.

Ante este panorama, la necesidad de buscar sinergias con otros proveedores del entorno y con el terciarismo para mantener unos niveles adecuados de calidad en la atención a los pacientes, mantener los servicios básicos, y mantener

un mínimo nivel de satisfacción en los profesionales, acaba siendo una necesidad perentoria.

Nuestra experiencia de alianzas entre el *Consorti Sanitari del Maresme* (CSdM), una organización sanitaria integral con una población de referencia cercana a los 300.000 habitantes, y el hospital terciario de referencia del sector sanitario Barcelonès Nord i Maresme, el Hospital Universitario Germans Trias i Pujol (HUGTIP) de Badalona, se inició en el año 2014, estableciendo un convenio de colaboración para la prestación de Cirugía Plástica mediante el desplazamiento de un profesional del HUGTIP al hospital de Mataró y dio un paso más en junio de 2015 mediante la creación de un programa de gestión compartida del proceso de atención urológica. Esta colaboración consistía en la coordinación territorial del ámbito por parte del jefe de servicio de Urología del HUGTIP, la ordenación de flujos de complejidad en los dos hospitales, el nombramiento de un nuevo jefe de servicio de Urología en el CSdM propuesto desde el hospital de referencia y un plan de tutela y formación de los especialistas del CSdM en técnicas quirúrgicas poco consolidadas en aquel entonces, especialmente la cirugía laparoscópica urológica u otros requerimientos de cirugía urológica compleja no terciaria, mediante el desplazamiento de especialistas senior del HUGTIP. A su vez, esta colaboración permite al HUGTIP actuar como centro de referencia del terciarismo del Maresme Central evitando la derivación a otros centros terciarios de Barcelona, mejorando la accesibilidad y el confort de la población atendida. Por otra parte, el HUGTIP no podría absorber sin la colaboración del CSdM todo el redireccionamiento de flujo de pacientes si no quiere ver afectada negativamente la accesibilidad de los pacientes a las intervenciones no terciarias.

Los resultados prácticamente 4 años después son que las colaboraciones quirúrgicas han disminuido en número al aumentar la curva de aprendizaje de los especialistas del CSdM y los flujos de patologías se han ordenado con una atención más precoz y dirigida al hospital terciario. En un primer análisis, se ha pasado de alrededor de 20 procedimientos quirúrgicos complejos por año que no se han derivado al HUGTIP a 6 en el año 2017.

En este tiempo, se han empezado a tejer otras colaboraciones en otras disciplinas a partir del mismo modelo colaborativo y de las que podremos dar cuenta en otras comunicaciones con resultados más consolidados.

Por tanto, y a modo de conclusión, rescatando el viejo aforismo «hacer de la necesidad, virtud», delante de la necesidad, hay que aprovechar las ventajas legítimas de las colaboraciones en una clara estrategia *win-win*, más aún cuando las alianzas estratégicas están perfectamente validadas por modelos de gestión sobradamente reconocidos como el modelo de la EFQM y además, exigidos por los modelos de acreditación, en este caso, el modelo catalán.

### Bibliografía

1. Modelo EFQM de excelencia [consultado 4 Feb 2019]. Disponible en [www.efqm.org](http://www.efqm.org)
2. Acreditació de centres d'atenció hospitalaria aguda a Catalunya [consultado 4 Feb 2019]. Document d'estàndards 2013. Disponible en [http://salutweb.gencat.cat/web/.content/\\_serveis/Acreditacio-de-centres-sanitaris/Concepte-historia/documentacio/manual.acreditacio2.pdf](http://salutweb.gencat.cat/web/.content/_serveis/Acreditacio-de-centres-sanitaris/Concepte-historia/documentacio/manual.acreditacio2.pdf)

J.M. Ibáñez-Romaguera<sup>a,\*</sup> y O. Estrada-Cuxart<sup>b</sup>

<sup>a</sup> *Consorci Sanitari del Maresme, Mataró, Barcelona, España*

<sup>b</sup> *Gerencia Territorial Metropolitana Norte, Institut Català de la Salut, Badalona, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [josepmariaibanez@gmail.com](mailto:josepmariaibanez@gmail.com)  
(J.M. Ibáñez-Romaguera).

<https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2019.04.004>  
2603-6479/

© 2019 FECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## Paliativos domiciliarios. ¿Cuál es el futuro?



### Home palliative care. Which is the future?

Sra. Directora:

Avedis Donabedian (Beirut 1919-2000), escribió en 1966: *Evaluación de la calidad de la atención médica*<sup>1</sup>. Esta publicación representó un hito en el estudio y la valoración de la calidad del proceso asistencial al desagregarlo en: estructura, proceso y resultado, que me servirá para reflexionar sobre la actividad actual de un equipo de paliativos a domicilio y su posible futuro.

La estructura o lugar físico donde residen los enfermos en el final de vida acontece en:

- Domicilios donde la persona logra mantener un cierto control de la situación, pero a medida que la enfermedad progresa y, por tanto, pierde fuerza física, sus decisiones pasan a depender de terceras personas sin las cuales el paciente no podría permanecer en su casa y son las que finalmente tienen la última palabra.
- Hospitales de agudos o corta estancia que suelen disponer de unidades de hospitalización a domicilio y, en ocasiones, de cuidados paliativos (CP). Está claro que asistiremos a un incremento de este tipo de recursos por los beneficios que conlleva.
- Hospitales de cuidados intermedios (HCI) o media estancia con unidades de CP para ingresos inferiores a los 60 días, tiempo suficiente para controlar la sintomatología y ser, entonces, derivados/as al domicilio, a una residencia geriátrica o a un hogar para enfermos en final de vida: un *domum* paliativo, si antes no se ha producido el óbito. Estancias superiores a las 4 semanas supondrán un coste difícilmente asumible por una institución con financiación pública.
- Residencias geriátricas que se están adaptando a esta nueva demanda, ofertando una atención profesionalizada en CP que ofrezca garantías a sus residentes para que todas las necesidades clínicas estén cubiertas y puedan ser satisfechas dentro de la excelencia que se pide cuando se paga por ello.

Y, finalmente dispondremos de los ahora llamados *hospices* en el mundo anglosajón y que aquí podemos llamar hogar para enfermos en final de vida o *domum paliativo*, ya desarrollados en el Reino Unido desde los primeros años del siglo xx (St. Joseph Hospice en 1905) y luego extendidos hacia otras partes del mundo impulsados por la visión

de Cicely Saunders a través del movimiento *hospice*. Son centros dedicados exclusivamente al cuidado de enfermos en situación terminal, tiene características peculiares que le diferencian de otros lugares de asistencia: horarios ininterrumpidos de visitas, permitiéndolas a familiares de corta edad e incluso de animales domésticos, decoración personalizada, jardines y espacios comunes con actividades abiertas a otras personas de la comunidad. Se asemeja pues a una residencia, pero centrada en la atención a personas con un pronóstico de vida limitado. En España aún no están desarrollados, solo CUDECA en Benalmádena, Málaga, desde 1990, y en Asturias la Fundación Alba entre 2001 al 2007.

Dentro de la estructura incluimos a los «profesionales sanitarios» con formación específica y capacitación personal para atender enfermedades oncológicas e insuficiencias de órganos.

Los CP están evolucionando hacia una medicina paliativa al incrementarse sustancialmente el cuerpo de conocimientos científicos con una labor específica en un tiempo concreto de la vida de las personas, y este hecho está recogido en su reconocimiento como especialidad, desde 1987 en el Reino Unido..., y como subespecialidad o área de capacitación específica en otros países de nuestro entorno. España es el único país de Europa occidental en el que no se reconoce siquiera como área de capacitación, aunque algunas comunidades como Extremadura (2011) y Castilla y León (2019) han singularizado este tipo de puestos sanitarios.

Hablemos ahora del proceso asistencial: cuando este se puede desarrollar en el domicilio nos permite conservar la idiosincrasia de la persona atendida y de aquellos que la cuidan. Hacer posible una estancia en el domicilio descansa en 3 pilares:

1. El deseo de la persona enferma y familia de permanecer en casa representa el sentido de continuidad de la vida cotidiana que todos quieren dar a ese tiempo, sin rotura con su entorno físico y emocional. En ocasiones se rompe esta continuidad debido a que los cuidadores son incapaces de mantener la atención que supuestamente se ven obligados a dar. Dependemos de terceros. Es por esto que es muy importante empoderar al paciente y ofrecerle otras alternativas al ingreso hospitalario que termina siendo el recurso más utilizado cuando la convivencia previa se ha desgastado o cuando la persona se siente insegura de sí misma o del cuidado proporcionado.
2. La capacidad de cuidado del paciente por el entorno.
3. Los equipos de CP domiciliarios que lo hacen posible: gestores de los recursos disponibles del sistema sanitario para la atención en el domicilio y con capacidad para derivar al paciente hacia el HCI o de agudos cuando