

Cuadernos Gestión Sanitaria



Número 1

La innovación en la gestión de las organizaciones sanitarias

FUNDACIÓN GASPAR CASAL

1st ed. ISBN - 978-84-606-8593-7

D.L. M-17946-2015

LA INNOVACIÓN EN LA GESTIÓN DE LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS

Autores:

Pedro García Fernández, ingeniero industrial, Profesor MADS, Universitat Pomeu Fabra y Fundación Gaspar Casal

María Luisa Martín del Burgo Carrero, economista, Profesora MADS, Universitat Pomeu Fabra y Fundación Gaspar Casal

Dirección:

Juan E. del Llano Señarís, médico, Profesor MADS, Universitat Pomeu Fabra y Fundación Gaspar Casal

Madrid, 10 Abril 2015

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. LA INNOVACIÓN EN LAS ORGANIZACIONES: LA GESTIÓN DEL CAMBIO
3. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA ESTRUCTURA ORGANIZATIVA DE LA SANIDAD ESPAÑOLA
 - Ley Sobre el Servicio General de Sanidad de 28 de Noviembre de 1855
 - Ley de Accidentes de Trabajo de 30 de enero de 1900
 - Ley de 25 de noviembre de 1944, de Bases de Sanidad Nacional
 - Ley de 28 de Diciembre de 1963, sobre Bases de la Seguridad Social
 - Decreto 2065/1974, de 30 de mayo por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social
 - Transición a la Ley General de Sanidad
 - Ley General de Sanidad, marco legal del actual Sistema Nacional de Salud
 - Informe de la Comisión de Evaluación y Análisis del SNS (Informe Abril)
4. INNOVACIÓN EN LOS MODELOS DE ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS
 - 4.1 Organización Vertical Vs Horizontal
 - 4.1.1. Organización vertical
 - 4.1.2. Organización horizontal
 - 4.1.3. El modelo poblacional como factor determinante en el establecimiento de la organización horizontal frente a la vertical
 - 4.2. Ejemplos de Organización Horizontal
 - El Hospital Universitario Clínic de Barcelona
 - Las Organizaciones Sanitarias Integradas (OSSIS): El caso del País Vasco
 - Las Unidades de Gestión Clínica
 - Gestión Clínica en Atención Primaria. Servicio Andaluz de Salud: "Haciendo Gestión Clínica en Atención Primaria"
 - 4.3. Gestión directa vs gestión indirecta
 - 4.3.1. Conceptos básicos: gestión directa, gestión indirecta, externalización
 - 4.3.2. Claves estratégicas en la externalización de los servicios sanitarios
 - 4.3.3. Ejemplos de Externalización
 - Colaboración Público – Privada en la gestión de centros sanitarios
 - Colaboración Público – Privada en la gestión de los servicios no sanitarios
 - Innovación organizativa en atención primaria a través de la gestión indirecta. El caso de las EBAS catalanas
 - 4.4. Alianzas Estratégicas

4.4.1 Conceptos básicos

4.4.2 Ejemplos de Alianzas Estratégicas

- Hospital del Mar y el Hospital de Sant Pau
- Fundación Hospital l'Esperit Sant

5. COMPONENTES CLAVES DE LA ORGANIZACIÓN

5.1. Los recursos humanos

5.1.1 Conceptos básicos

5.1.2 Ejemplos de Desarrollo de Carrera Profesional

- Hospital General Universitario Gregorio Marañón.
- L'Hospital Clínic de Barcelona

5.2. La tecnología

5.2.1 Conceptos básicos

5.2.2 Ejemplos de Estrategias Tecnológicas

- Organizaciones Sanitarias Integradas: Modelos Organizativos y Alianzas Estratégicas con el Entorno
- Hospital Sant Joan de Déu. El hospital Líquido
- Innovación, Tecnología y Farmacia. Acuerdos de Riesgo Compartido.

5.3. Los Recursos Económicos

5.3.1 El gasto sanitario

5.3.2 Ejemplo de Análisis Micro de Estrategia de Gestión Económica: Hospital Universitario Doce de Octubre

6. CONCLUSIONES

7. BIBLIOGRAFÍA

1. INTRODUCCIÓN

Los directivos de las organizaciones sanitarias españolas se encuentran ubicados actualmente en un escenario de cambio y tendencias sin precedentes. La mayor demanda de prestaciones sanitarias asociadas al envejecimiento de la población, el desarrollo de nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas, así como la mayor exigencia de incrementos en la calidad de vida por parte de los ciudadanos, son, entre otros, elementos generadores de tensiones presupuestarias y desequilibrios funcionales considerables; fruto de ello, se puede hoy observar un entorno en el que los cambios organizativos son no sólo deseables, sino imprescindibles, cuando no la consecuencia prácticamente "determinista" de las fuerzas operantes.

El presente trabajo plantea cuestiones generales en torno a innovación organizativa en el sistema sanitario español, sin establecer soluciones cerradas sobre la mayor o menor idoneidad de los distintos modelos organizativos adoptados a lo largo de la evolución del mismo. Porque la pretensión principal del texto es tratar las cuestiones claves de la innovación desde un enfoque práctico, brindando, a partir de una previa exposición teórica de conceptos, una serie de consideraciones útiles a la hora de tomar decisiones ante determinados escenarios. Algunos ejemplos asociados a los conceptos expuestos complementan las diferentes secciones que componen el trabajo.

A pesar de la miscelánea de áreas abordadas que el lector va a ir descubriendo, existe un hilo conductor en el trabajo, a modo de "tema central", en el que se plantea de forma reiterada, aunque no siempre claramente explícita, cómo la innovación en las organizaciones genera en muchas ocasiones resistencias por parte de algunos de los actores implicados en las secuencias del proceso innovador, lo cual constituye un elemento de distorsión en dicho proceso. El gestor ha de afrontar, no sólo el cambio "per sé", sino la gestión de las reacciones que tal cambio produce. Así, la lógica final en torno a "qué camino elegir y por qué", es fruto de un conjunto de elementos que van más allá de cuestiones exclusivamente técnicas.

2. LA INNOVACIÓN EN LAS ORGANIZACIONES: LA GESTIÓN DEL CAMBIO

El diccionario de la Real Academia de la Lengua define el término de innovación como ***“Acción o efecto de mudar o alterar las cosas introduciendo novedades”*** y en una segunda acepción como ***“creación o modificación de un producto o servicio y su introducción en un mercado”***.

Una definición más adecuada al tipo de innovación que se aborda en el ámbito organizativo a nivel sanitario es la que ofrecen Michael A. West y James L. Farr (1990) [1]:

"Innovación es la secuencia de actividades por las cuales un nuevo elemento es introducido en una unidad social con la intención de beneficiar la unidad, una parte de ella o a la sociedad en su conjunto. El elemento no necesita ser enteramente nuevo o desconocido a los miembros de la unidad, pero debe implicar algún cambio discernible o reto en el statu quo."

Es decir, que, cuando se habla de innovación organizativa en una estructura, se ha de tener presente que para generar innovación- sobre todo en las organizaciones sanitarias y dadas sus particularidades- se necesita que las ideas que quieren ser implementadas generen valor añadido; pero además es preciso que se produzcan cambios en los paradigmas establecidos, entendiendo estos últimos como aquellas experiencias, creencias y valores que afectan la forma con que los individuos perciben la realidad y la forma en que responden a esa percepción. Y más importante aún, hay que asumir que se han de producir cambios en las situaciones en las que algunas de las partes implicadas, o todas ellas, se hallan en equilibrio.

Atendiendo a la tipología de la innovación [2] se puede distinguir entre la innovación en productos / servicios, procesos, organización y mercado (**tabla 1**).

Sea cual sea la tipología de la innovación, esta puede ser disruptiva (se produce un cambio de forma brusca) o incremental (se introducen ligeros cambios sobre los elementos existentes). En todos los casos, el fruto de la innovación en el mercado sanitario debería ser el incremento en la eficiencia del sistema.

TIPOLOGÍA DE INNOVACIÓN	CARACTERÍSTICAS
Producto / Servicio	Cambios o mejoras en las características que difieren sustancialmente del producto / servicio previo, aportando valor a sus usuarios.
Proceso	Utilización de nuevos métodos o procedimientos, que entrañen cambios en las formas de trabajo individual o colectivo, o transformaciones en la organización de la producción o

	modificaciones en la provisión de servicios, reformando las propias actividades y/o las competencias profesionales.
Organización	Transformaciones de las organizaciones y/o de los modelos de gestión para obtener mejoras en productividad, eficiencia y calidad.
Mercado	Versatilidad en el posicionamiento estratégico de los productos / servicios para facilitar su visibilidad, diferenciación, alcance e impacto.

Tabla 1. Segmentación de la innovación en la gestión. Elaboración propia.

Dado que la disrupción afecta sistémicamente a buena parte de los integrantes de la organización, la innovación producida de esta manera tiene un potencial destabilizador que supone un desafío para la gestión del cambio y una resistencia en las propias instituciones, en los reguladores, en las empresas sanitarias, en las corporaciones profesionales y en la industria del sector sanitario.

Así, parece razonable pensar que la innovación en materia organizativa ha de estar enfocada bajo el prisma de la estrategia de modulación del cambio y teniendo muy en cuenta que el éxito dependerá de los comportamientos y acciones que se suponga van a emprender los *stakeholder*¹ de la organización (**figura 1**).

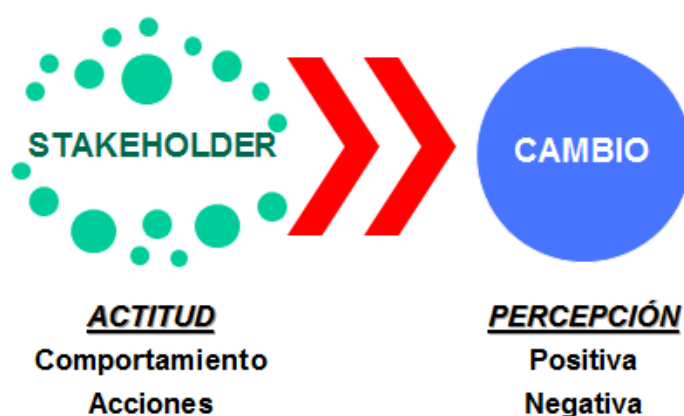


Figura 1. Actitud y percepción del cambio. Elaboración propia

¹ Stakeholder es toda persona individual, grupo, organización o similar, de carácter público o privado, capaz de afectar con sus acciones la estrategia de una organización concreta, o que puede verse afectado por las decisiones tomadas por esta última.

Porque el cambio como diferencia entre dos hechos objetivos (ruptura del statu quo), supone, para casi todos, abandonar o al menos modificar una zona de confort y un miedo al fracaso, al rechazo y/o a la pérdida de poder.

En esta situación, las innovaciones organizativas han de monitorizarse para diseñar y reconducir el camino óptimo hacia la aceptación del cambio, controlando los hitos de la actitud ante el mismo (**figura 2**), y percibiendo la posición en el “mapa de stakeholders” (**figura 3**).

La innovación puede llegar a ser por ello un proceso de bastante complejidad, exigente en tiempo y recursos de diferentes tipos.

En el caso concreto de España, cuando se habla de innovaciones organizativas en el sector sanitario, sorprende que algunas de las propuestas en torno a las mismas se contemplen en la historia ya no tan reciente de nuestra organización sanitaria, y sin embargo a fecha de hoy aún no se hayan llevado a cabo o sólo lo hayan hecho tímidamente y en casos aislados.

También es notable la dificultad en la evaluación de las consecuencias que dichas innovaciones han tenido y la comparación de los diferentes modelos organizativos que se han implantado en las diferentes comunidades autónomas. Como se menciona a lo largo del texto, existen debates abiertos en torno a la conveniencia o la bondad de ciertas fórmulas organizativas frente a otras, lo que evidencia que las mismas no sólo son complejas en su diseño e implantación, sino también en su evaluación.



Figura 2. Actitud ante el cambio en la organización. Elaboración propia

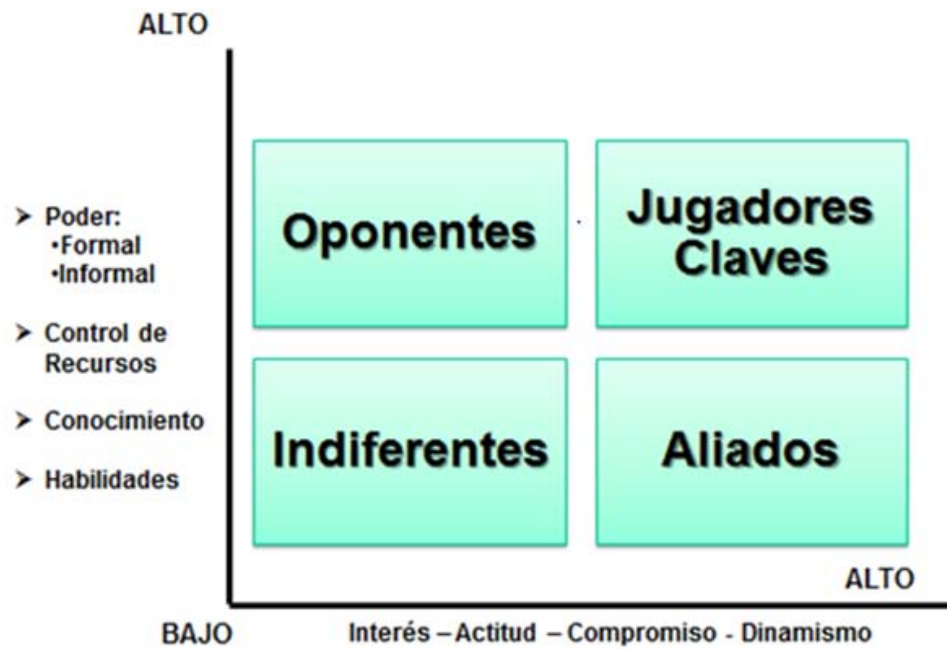


Figura 3. Mapa de Stakeholders. Elaboración propia

3. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA ESTRUCTURA ORGANIZATIVA DE LA SANIDAD ESPAÑOLA [3]

En este apartado se pretende hacer una revisión no exhaustiva de la historia de la sanidad española, donde se pueden constatar distintos hitos que configuran el marco de los cambios organizativos y que en todo momento fueron considerados como innovadores al menos en la concepción de la filosofía de intentar adaptar las estructuras organizativas a la realidad de las necesidades demandadas por la sociedad y que por lo general han ido a la zaga como consecuencia de la falta de acuerdos políticos a la hora de su implementación. Así lo refleja una de las leyes más relevantes en la historia de nuestra sanidad:

"De todos los empeños que se han esforzado en cumplir los poderes públicos desde la emergencia misma de la Administración contemporánea, tal vez no haya ninguno tan reiteradamente ensayado ni con tanta contumacia frustrado como la reforma de la Sanidad.

Es, en efecto un dato histórico fácilmente verificable que las respuestas públicas al reto que en cada momento ha supuesto la atención a los problemas de salud de la colectividad han ido siempre a la zaga de la evolución de las necesidades sin conseguir nunca alcanzarlas, de manera que se ha convertido en una constante entre nosotros la inadaptación de las estructuras sanitarias a las necesidades de cada época."

Preámbulo de la Ley General de Sanidad (Ley 14/1986 de 25 de Abril).

- **Ley sobre el Servicio General de Sanidad de 28 de Noviembre de 1855**

La Ley de 28 de noviembre de 1855 "Sobre el Servicio General de Sanidad", promulga la responsabilidad del Estado en la atención a los problemas sanitarios que afectan a la colectividad, siendo el órgano responsable la Dirección General de Sanidad dependiente del Ministerio de la Gobernación.

- **Ley de Accidentes de Trabajo de 30 de Enero de 1900**

Esta Ley basada en el modelo Bismarck, permite adoptar en España el Sistema de Seguros Sociales como modelo de Seguridad Social caracterizado por los siguientes rasgos, entre otros:

- *Establecimiento de un régimen de seguros a favor de los trabajadores de la industria.*
- *Financiación mediante cuotas obligatorias pagadas por empresas y trabajadores a unos fondos públicos.*
- *Prestaciones sociales a ciudadanos no adscritos a este régimen se cubren mediante el sistema impositivo o por seguros privados.*

A partir de la publicación de esta ley comienza el desarrollo paulatino de los seguros obligatorios a través de otras normativas posteriores, como, por ejemplo, **el Seguro de Accidentes de Trabajo obligatorio para empresarios (1932), y el Seguro Obligatorio de enfermedad (1942).**

- **Ley de 25 de Noviembre de 1944, de Bases de Sanidad Nacional**

Esta ley introduce la Dirección General de Sanidad como órgano supremo de decisión en el ámbito sanitario. La búsqueda de una mayor eficiencia del sistema, se basará en el reconocimiento y mejora de la coordinación de centros y organizaciones previas a esta ley. Ejemplos de ello serán:

- El establecimiento de la relación de la Sanidad Pública con el Seguro Obligatorio de Enfermedad (gestionado por el Instituto Nacional de Previsión, dependiente del Ministerio de Trabajo, y cuya finalidad pretende establecer un sistema de cobertura de los riesgos sanitarios a través de una cuota vinculada al trabajo).
- La asunción desde las Corporaciones Locales de aquellas funciones asistenciales de carácter individual, encargándose de atender a los núcleos “pobres” de población, a través de un esquema benéfico de profesionales médicos dependientes de las Diputaciones.
- El Estado, en su función asistencial se limita a desarrollar las funciones asistenciales tradicionales, prestando una asistencia individual sólo cuando la enfermedad que padece el individuo se considere de “trascendencia social” (tuberculosis, lepra, enfermedades mentales, etc.).

- **Ley de 28 de Diciembre de 1963, sobre Bases de la Seguridad Social**

Trascurridos casi cuarenta años y ante la insuficiencia en el nivel de protección establecido a partir de los seguros obligatorios, se aprueba en 1963 la Ley sobre Bases de la Seguridad Social, destacando, como factor innovador de esta Ley, el inicio de los cambios enfocados a modernizar el concepto de Seguros Sociales hacia el concepto de Seguridad Social.

- **Decreto 2065/1974, de 30 de mayo por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social**

A partir de la publicación de este decreto, el Seguro Obligatorio, integrado en el Instituto Nacional de Previsión (INP), irá asumiendo un mayor número de patologías dentro de su cuadro de prestaciones, fundamentado en el incremento del número de personas y colectivos que entran a formar parte del esquema del Seguro Sanitario, hasta convertirse en gestor autónomo de una estructura sanitaria extendida por todo el territorio nacional.

“A través de la Seguridad Social, el Estado español garantiza a las personas que por razón de sus actividades están comprendidas en el campo de aplicación de aquélla y a los familiares o asimilados que tuvieran a su cargo la protección adecuada en las

contingencias y situaciones que en esta Ley se definen y la progresiva elevación de su nivel de vida en los órdenes sanitario, económico y cultural.”

Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social

Desde el punto de vista de la organización, la asistencia sanitaria plantea elementos innovadores que se pueden resumir en la figura 4.

Área Asistencial	Alcance	Relaciones Laborales
Extra Hospitalaria	Medicina general	Contrato de dedicación parcial vinculado con el INP.
	Especialidades médicas y quirúrgicas	Retribución en función del número de beneficiarios titulares del derecho a la asistencia: “cartillas” médicas.
Hospitalaria	Distribución territorial	Contratación con carácter funcional
	Estructura jerarquizada de servicios asistenciales	Dedicación completa y retribución mediante sueldo fijo.

Figura 4. Elementos innovadores de la asistencia sanitaria desde el punto de vista organizativo. Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social (1974).

- **Transición a la Ley General de Sanidad**

En la transición política española surgirán una serie de hitos normativos que paulatinamente irán instaurando el marco que dará lugar al acontecimiento más innovador en la sanidad española: la Ley General de Sanidad de 1986.

Las etapas preliminares pueden resumirse en:

- Creación en 1977 del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, que cambia su denominación por Ministerio de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social en Mayo de 1981, y en diciembre del mismo año, por el de **Ministerio de Sanidad y Consumo**.
- **Real Decreto de agosto de 1978**, por el que se configura el Mapa Sanitario del Territorio Nacional con el fin de eliminar las duplicidades existentes en la utilización y organización de los recursos asistenciales
- **Real Decreto 2318/78, del 15 de septiembre**, en el que se establece la Tesorería General de la Seguridad Social como titular de todo el patrimonio de la Seguridad Social.
- **Real Decreto – Ley 36/1978 de 16 de Noviembre**, de Gestión Institucional de la Seguridad Social, la Salud y el Empleo, por el cual desaparece el Instituto Nacional de Previsión como organismo responsable de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social.

Se crean así mismo los Institutos Nacionales, adscritos al Ministerio de Sanidad y Consumo:

- **Instituto Nacional de la Salud (INSALUD)** responsable de la administración y gestión de los servicios sanitarios.
- **Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS)** responsable de la administración y gestión de las prestaciones económicas del Sistema de Seguridad Social.
- **Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO)** responsable de la gestión de servicios complementarios de las prestaciones del Sistema de Seguridad Social.

-**Transferencias en materia sanitaria.** En aplicación del Título VII de la Constitución Española, se transfieren las competencias de sanidad a las siguientes Comunidades Autónomas:

1981.- Comunidad Autónoma de Cataluña. Servicio Catalán de Salud. CatSalud.

1984.- Comunidad Autónoma de Andalucía. Servicio Andaluz de Salud. SAS.

1984.- Comunidad Autónoma del País Vasco. Servicio Vasco de Salud. OSAKIDETZA.

- **Real Decreto 137/84 Sobre Estructuras Básicas de Salud**, marco de la reforma de la Atención Primaria de Salud, donde se refleja la constitución de los equipos de Atención Primaria, funciones y organización.

- **Ley General de Sanidad, marco legal del actual Sistema Nacional de Salud**

Es en 1986 donde se establece uno de los hitos fundamentales de innovación organizativa de la sanidad española: la aprobación de La Ley General de Sanidad (Ley 14/1986 de 25 de abril), vigente hasta la fecha, y que surge como respuesta a las necesidades de reforma reclamadas desde distintos ámbitos y enmarcada en los requerimientos presentados en la Constitución Española de 27 de Diciembre de 1978.

"La presente Ley tiene por objeto la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43 y concordantes de la Constitución."

Ley General de Sanidad (Ley 14/1986 de 25 de abril). Título preliminar-Capítulo único- Artículo 1º. Apartado 1

A partir de esta ley se implantará, en el marco del Estado del Bienestar, el Servicio Nacional de Salud (SNS) cuyos pilares serán la universalización del derecho a la salud, la financiación vía impuestos y el papel de la Administración Central de órgano supremo de coordinación, mientras que las Comunidades Autónomas serán los organismos responsables de la gestión de los servicios sanitarios. Tanto el Estado como las Comunidades Autónomas y las demás Administraciones públicas competentes organizarán y desarrollarán todas las acciones sanitarias dentro de una concepción

integral del sistema sanitario. De esta forma y una vez realizado el proceso de transferencias que finaliza en el 2001, desaparece el INSALUD y el mapa sanitario español (**figura 5**) queda constituido por 16 Servicios de Salud dependientes de las Comunidades Autónomas y un Servicio de Gestión (Ceuta y Melilla) dependiente del Ministerio de Sanidad. La coordinación entre los distintos Servicios de Salud la Administración estatal se articulará por medio del *Consejo Interterritorial del SNS*.



Figura 5. Sistemas autonómicos de salud 2001. Elaboración propia

- **Informe de la Comisión de Evaluación y Análisis del SNS (Informe Abril)**

En el inicio de la década de los 90 se detectan profundos cambios sociales y sanitarios que se habían generado como consecuencia de las variaciones demográficas, los nuevos comportamientos sociales y el aceleramiento progresivo en la tecnología asistencia, los cuales estaban produciendo tensiones crecientes en el factor económico de sostenimiento del sistema sanitario derivado de la implantación del SNS.

En este escenario se podía constatar que el SNS había permitido una mejora sustancial de la salud de la población y una fuerte corrección de las desigualdades sociales. El dispositivo implantado y previsto se configuraba con una amplitud óptima, no sólo por el factor de instalaciones sino por la cobertura a la totalidad de la población española. Y todo ello con un esfuerzo económico y calidad técnica y profesional que lo equiparaba a los países del entorno europeo.

Sin embargo el SNS con recursos económicos cada vez más limitados, presentaba una pérdida de eficiencia, de equidad y de calidad. Según una encuesta internacional, encargada por la Comisión de Evaluación y Análisis del S.N.S., el nivel de satisfacción de los servicios sanitarios se situaba en el noveno lugar de once países consultados. En la misma quedaba reflejada que los ciudadanos reclamaban reformas en el Sistema.

Así, el llamado "Informe Abril"² recogía una serie de recomendaciones, algunas controvertidas, para la superación de las deficiencias detectadas.

Entre algunas de las de las recomendaciones destacan:

- Separación de la financiación (pública) de la provisión de servicios (pública y privada) para mejorar la eficiencia.

- El área de salud como unidad básica de responsabilidad en la estructura descentralizada del sistema, administradora del presupuesto asistencial y mediante la "compra" de servicios a los proveedores.

1. En las unidades de provisión de asistencia sanitaria y de propiedad pública se debería impulsar una verdadera autonomía financiera y patrimonial. Para ello los hospitales y otros centros, podrían transformarse en sociedades estatales sometidas al derecho privado.
2. La Comisión recomienda modificar la vinculación laboral del personal. El personal de nueva incorporación se contrataría directamente por cada centro, a discreción del mismo pero previamente habilitada y acreditada por algún tipo de organismo o agencia ajena al centro.
3. La introducción de nuevas prestaciones básicas debería ser reglada con dotación presupuestaria. Debería crearse el concepto de "prestación adicional" y "complementaria", cofinanciadas por el usuario.
4. La insuficiencia de medios adecuados para la atención de enfermos crónicos y personas de edad avanzada, lleva a su atención en hospitales de agudos, con elevado coste y sin recibir la asistencia que realmente precisan. Por ello la Comisión recomienda diferenciar los costes de lo que debiera haberse resuelto en otro ámbito y distinguiendo el coste de los mayores de 75 años, "cuarta edad", que requieren una particular atención estadística.
5. De cara a la reducción de la presión en los servicios de urgencias, transferir a los Centros de Salud como puntos adicionales de atención urgente dotados de medios de diagnóstico. En caso de no se consiguiera mejora, habría que aplicar prudentes medidas económicas disuasorias.

² En junio de 1990, Fernando Abril Martorell fue nombrado presidente, a propuesta de Felipe González, de la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud, creada por el Ministerio de Sanidad, que produjo el denominado Informe Abril para diseñar la reforma del sistema sanitario español.

La revisión histórica de innovaciones organizativas en la sanidad española que se ha presentado en esta sección ha ofrecido los principales hitos del siglo XX, tanto a nivel de legislación como de recomendaciones de expertos. Es cierto que en el transcurso del siglo XXI también están aconteciendo cambios de considerable calado. Sin ir más lejos, el **Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones**, ha supuesto una nueva visión en cuanto a la financiación y cobertura del SNS no exenta de resistencias y detractores, al igual que en su momento las hubo con algunas de las reformas ya mencionadas.

La dificultad a la hora de ofrecer una síntesis de la revisión histórica de la sanidad española radica principalmente en que, como ya se ha indicado, en el ejercicio 2001 se realizan las transferencias a todas las comunidades autónomas, con lo que la legislación en torno a temas organizativos que afecta al desarrollo de cada servicio sanitario es particular y difícil de resumir. Sí se puede decir que, transcurridos los años, y de forma general, cada Comunidad Autónoma ha realizado una lectura actualizada del Informe Abril y una adaptación a sus características políticas.

4. INNOVACIÓN EN LOS MODELOS DE ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS

4.1. Organización Vertical Vs Horizontal

Una de las controversias más repetidas a lo largo de las últimas décadas y más aún desde la aparición del Real Decreto 521/1987, por el que se aprueba el Reglamento sobre Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales gestionados por el INSALUD, ha sido la planteada por la valoración, en términos de eficiencia, de las estructuras organizativas verticales frente a las horizontales. El siguiente capítulo tiene como finalidad ilustrar las características básicas de las mismas, sin conclusión expresa sobre cuál de las dos fórmulas es realmente más eficiente. Sería conveniente, a partir de las bases expuestas en esta sección y dado que la tendencia actual se dirige de estructuras de carácter predominantemente vertical hacia la estructura horizontal, que el lector reflexionase en torno a cómo habría de gestionarse el cambio, y cómo sería el mapa de stakeholders (ver figura 3) que habría que afrontar para llevar a cabo una transformación real de la estructura. También sería adecuado hacer un análisis en profundidad sobre las experiencias ya existentes, si estas experiencias han sido evaluadas, y, en caso afirmativo, si la “innovación” ha sido exitosa en cuanto a proceso de implantación y resultados finales.

4.1.1. Organización vertical

Podríamos representar a las organizaciones verticales, también denominadas piramidales, como estructuras implantadas generalmente en el ámbito de la administración pública y basadas en el concepto jerárquico del poder, de la autoridad como factor clave en la toma de decisiones e iniciativas ejecutivas. Así, algunos de los rasgos que caracterizan las organizaciones verticales serían:

- El trabajo se divide en funciones, departamentos y tareas.
- La persona y su trabajo individual es la unidad de consecución de resultados.
- Se prima la excelencia funcional.
- Jerarquización de cada unidad o área de actividad.
- La función directiva asigna tareas, las mide, evalúa, controla y premia los resultados.

Como ejemplo de organización vertical podemos emplear la estructura propuesta en el Real Decreto 521/1987, de 15 de abril, por el que se aprueba el reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de los hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud, aún en vigor en muchos de los centros hospitalarios españoles. Dicha propuesta se resume a través del organigrama de la **figura 6**.

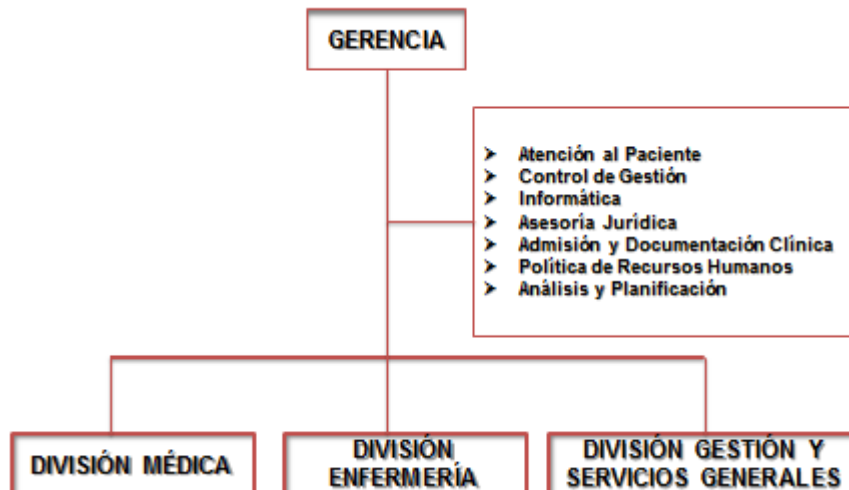


Figura 6. Ejemplo de organización vertical (I). Elaboración propia

Así, la estructura directiva descrita en el Decreto se compone de:

- La Comisión de Dirección, que es un Órgano colegiado de Dirección del hospital presidido por el Director Gerente, e integrado por los Directores Médico, de Enfermería y de Gestión y Servicios Generales, y el Subdirector Gerente y Subdirectores de División, si los hubiere.

La Comisión de Dirección tiene, entre otras, las funciones de planificación e instrumentación de programas de dirección por objetivos, incluyéndose el análisis y propuestas de presupuesto anual y la política del hospital, el seguimiento de la actividad asistencial, y el estudio de medidas para el mejor funcionamiento de los servicios asistenciales.



Figura 7. Ejemplo de organización vertical (II). Elaboración propia

- La División Médica, a cuyo frente un existirá un Director Médico, que tiene, entre otras funciones, la dirección, supervisión, coordinación y evaluación del funcionamiento de los servicios médicos y otros servicios sanitarios del hospital, proponiendo al Director Gerente, en su caso, las medidas necesarias para el mejor funcionamiento de dichos servicios.

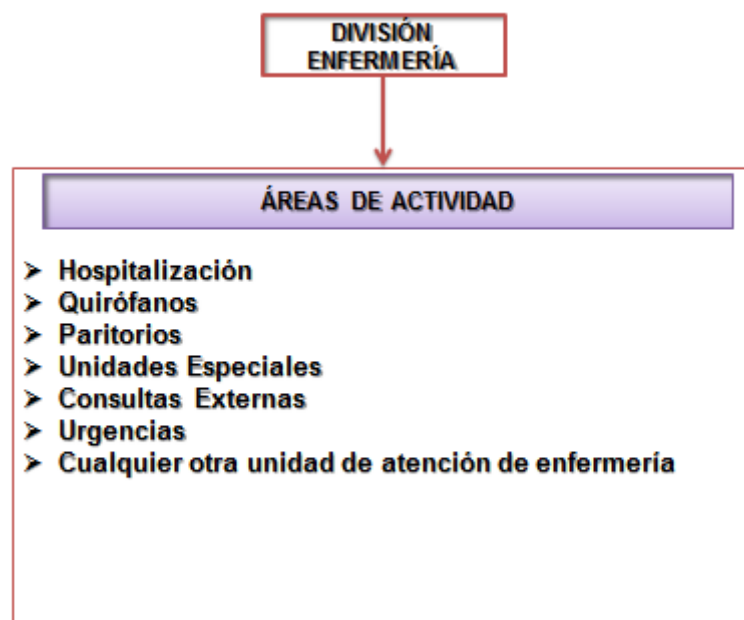


Figura 8. Ejemplo de organización vertical (III). Elaboración propia

- La División de Enfermería (**figura 8**), responsabilidad de un Director de Enfermería, a quien corresponderán las funciones de dirigir, coordinar y evaluar el funcionamiento de las unidades y servicios de la División de Enfermería y las actividades del personal integrado en los mismos.

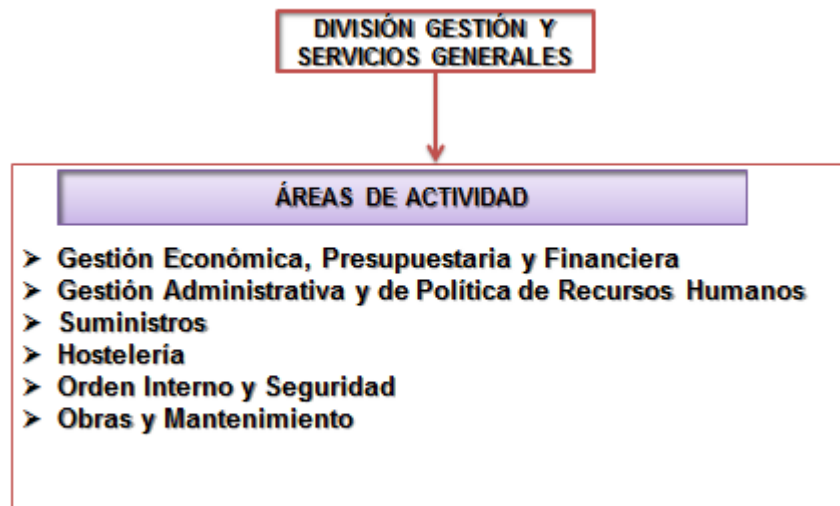


Figura 9. Ejemplo de organización vertical (IV). Elaboración propia

- La División de Gestión y Servicios Generales (**figura 9**). Esta División ha de proporcionar al resto de las Divisiones del hospital el soporte administrativo y técnico específico, así como los servicios generales necesarios para el cumplimiento de sus objetivos. A su frente se halla un Director de Gestión y Servicios Generales, al que corresponden las funciones de dirección, coordinación y evaluación del funcionamiento de las unidades y servicios de la División de Gestión y Servicios Generales y las actividades del personal integrado en los mismos.
- Por debajo de cada uno de los Directores de División mencionados se hallan otros mandos intermedios que asumen funciones específicas propias de las diferentes áreas de actividad.

4.1.2. Organización horizontal

Frente a la estructura vertical, se presenta la denominada organización horizontal o plana, basada en la eliminación de la naturaleza jerárquica y el refuerzo de la colaboración como elemento de equilibrio y aplanamiento del poder dentro de las estructuras.

Los factores característicos de la organización horizontal se pueden resumir en:

- El trabajo se organiza en torno a procesos o flujos de trabajo.
- Los procesos se determinan con la función de responder a las necesidades de clientes y proveedores.
- El trabajo de las personas se organiza formando equipos en torno a varios procesos.
- El perfil del profesional se define por su capacidad de realizar múltiples tareas, adaptación al trabajo en equipo y capacidad de mejora continua.
- Los equipos asumen la responsabilidad de gestión, compartiendo riesgos.
- La función directiva se enfoca en la mejora continua.
- Se premia el desarrollo de capacidades individuales y el trabajo en equipo.

Bajo esta estructura, un hospital se transforma en un modelo de “hospital mall” (negocio de negocios).

Una representación del organigrama bajo la fórmula de organización horizontal estaría representada en la **figura 10**. En este organigrama se representan distintos bloques estructurales que configuran el esquema general de la organización basada en el proceso. Pasamos a continuación a explicar la estructura horizontal a partir de los diferentes tipos de bloques de procesos: bloques de procesos claves, de apoyo, y de soporte. A pesar de ser conceptualmente diferentes, mantienen cierto paralelismo en cuanto a que cada uno de estos tipos de bloques de procesos tiene una actividad definida multiproducto (hospitalización, consultas, pruebas diagnósticas....), entidad organizativa propia, ubicación identificable, recursos propios no transferibles, tanto humanos (profesionales sanitarios) como materiales, y un único responsable de la consecución de los objetivos de la unidad. Además de los enumerados, los bloques de procesos directivos cierran este esquema de estructura horizontal. Pasamos a continuación a la breve descripción de cada uno de ellos.

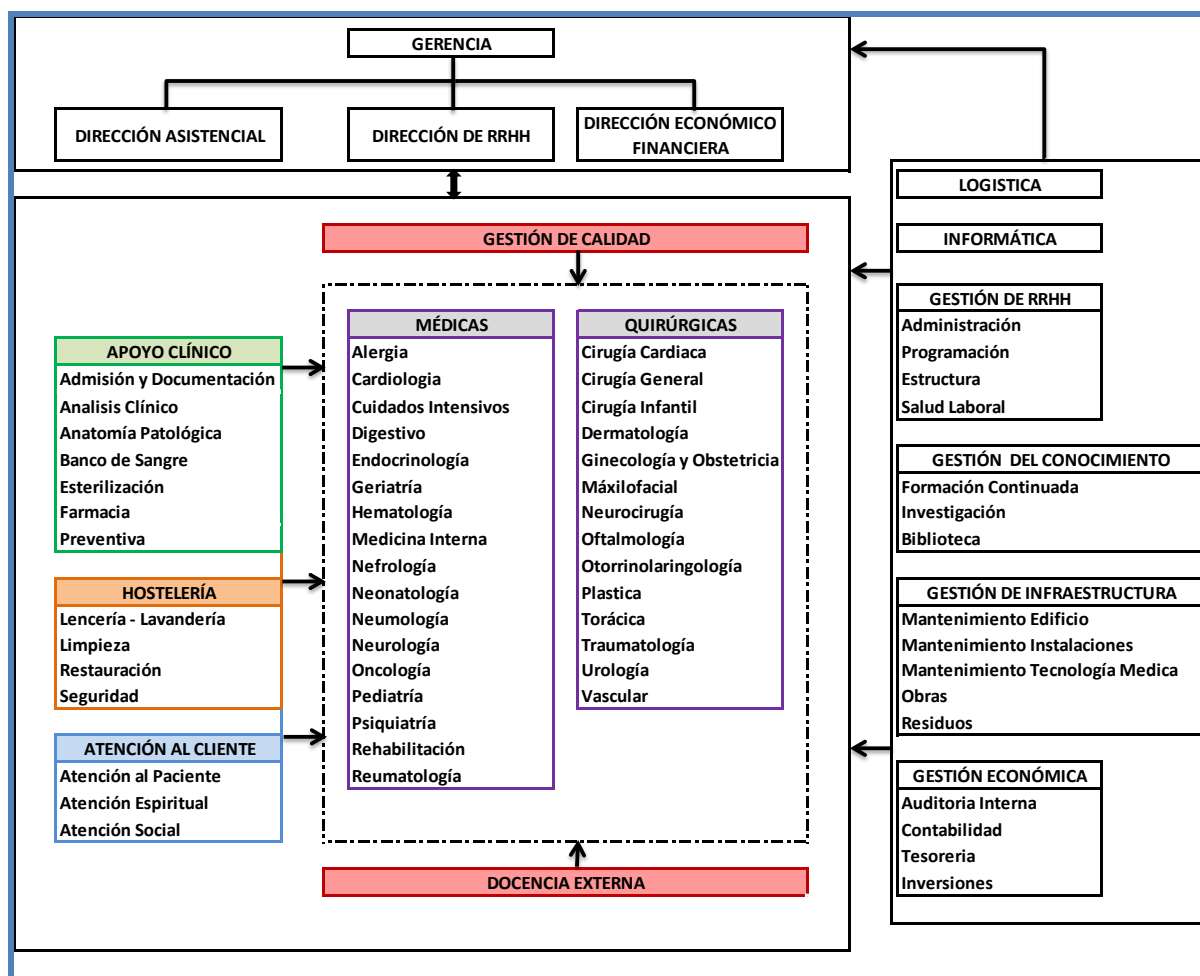


Figura 10. Ejemplo de organización horizontal. Elaboración propia

- **Bloque de procesos claves**

Configurado por aquellas unidades de responsabilidad finalistas que corresponden a los servicios médicos, responsables del proceso asistencial y que determinan los ingresos de los pacientes y las altas. El bloque estaría representado en cada centro por las especialidades que definan su cartera de servicios (**figura 11**).

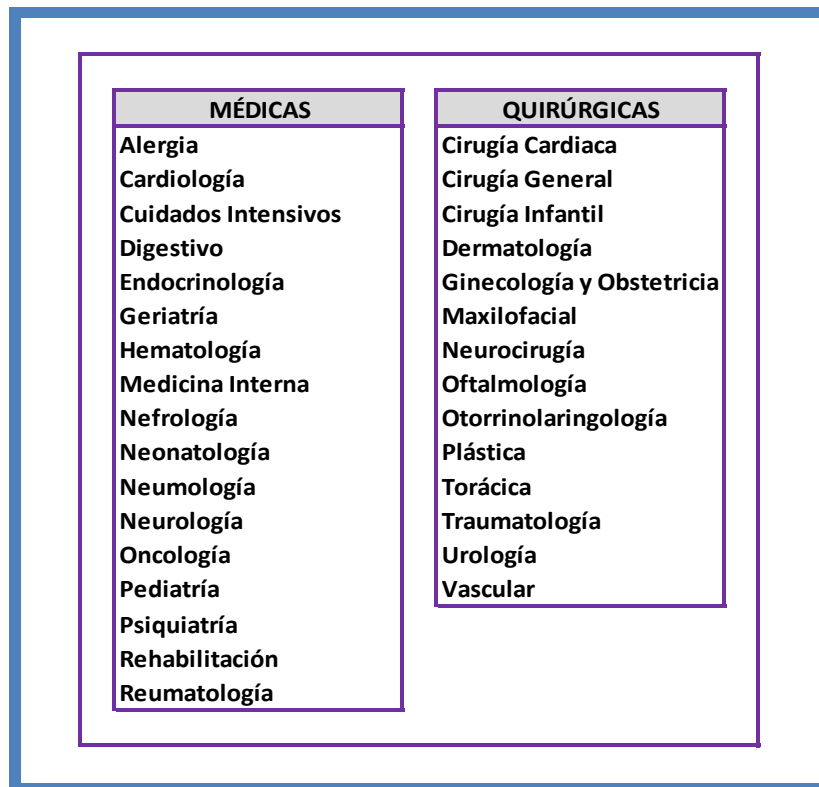


Figura 11. Bloque de procesos claves (organización horizontal). Elaboración propia

- **Bloque de procesos de apoyo**

Configurado por aquellas unidades de responsabilidad intermedia que corresponden a los servicios que son los responsables de dar apoyo a los procesos claves. Este bloque estaría representado por los elementos que aparecen en la **figura 12**.

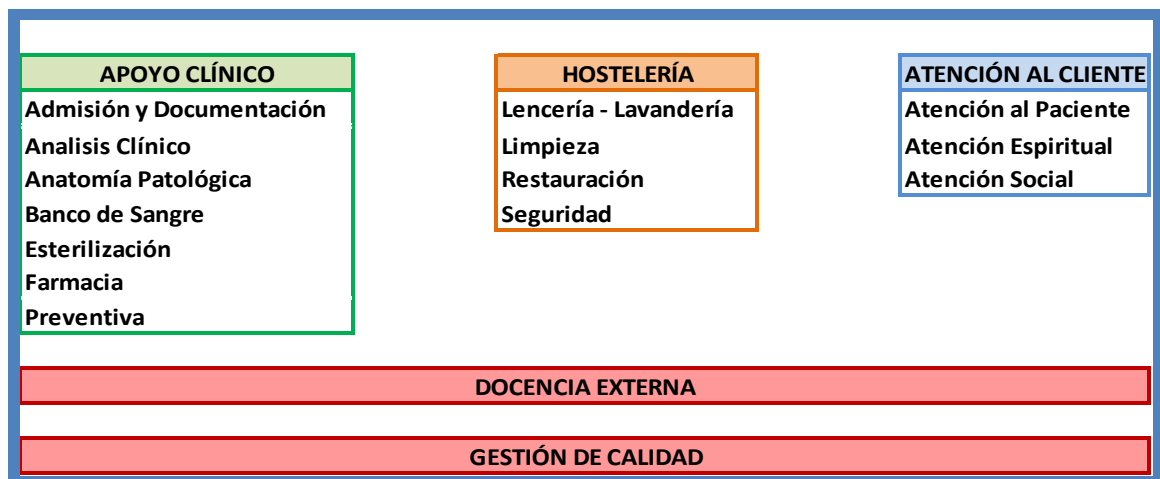


Figura 12. Bloque de procesos de apoyo (organización horizontal). Elaboración propia

- **Bloque de procesos de soporte**

Configurado por aquellas unidades de responsabilidad estructural que corresponden a los servicios que son los responsables de dar soporte funcional tanto a los procesos claves como a los procesos de apoyo (**figura 13**).

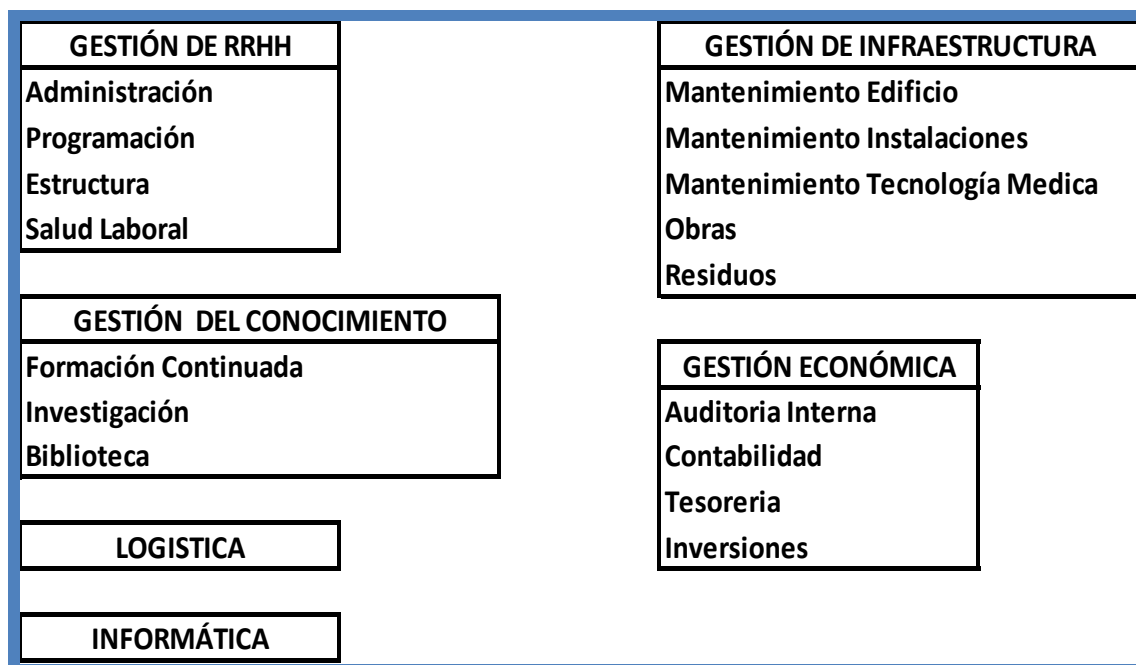


Figura 13. Bloques de procesos de soporte (organización horizontal). Elaboración propia

- **Bloque de procesos directivo**

Configurado por aquellas unidades de responsabilidad institucional que han de orientar, desde la Misión y la Visión de la organización, el ajuste de los recursos disponibles a la oferta y demanda de los servicios sanitarios todo ello satisfaciendo las expectativas de los stakeholders, considerados estos como toda persona individual, grupo, organización de carácter pública o privada, capaz de afectar con sus acciones la estrategia de la organización o que puede verse afectada por las decisiones tomadas por esta última” (**figura 14**).

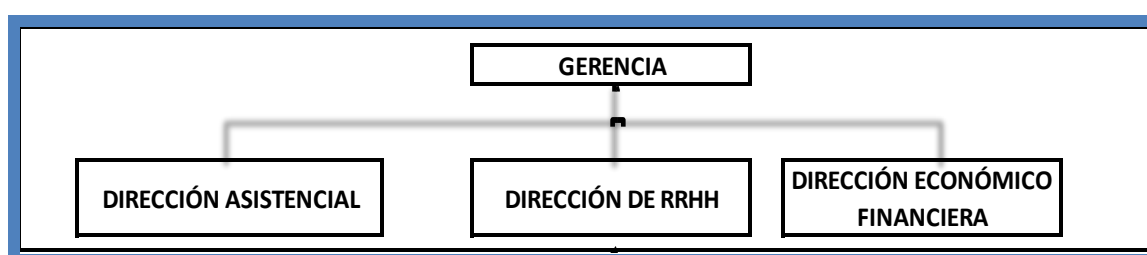


Figura 14. Bloque de procesos directivos. Elaboración propia

Las estructuras horizontales permiten:

- Invertir los organigramas elevando la importancia de los procesos asistenciales, transformando a la Dirección en Gestora.
- Sustituir la jerarquización por la colaboración y la competencia por cooperación.
- Convertir a las unidades asistenciales en empresas virtuales que comparten riesgos gestionándolas con criterios de empresa privada cambiando la rentabilidad económica por la rentabilidad social.
- Implantar organizaciones bajo el modelo de empresas “mall” (negocio de negocios).
- Convertir a las unidades de apoyo y a las unidades de soporte en servicios virtuales susceptibles de externalización.
- Introducir modelos de gestión de profesionales en vez de gestión de Recursos Humanos, repartir poder entre los profesionales y los gestores y rediseñar los puestos de trabajo.

4.1. 3. El modelo poblacional como factor determinante en el establecimiento de la organización horizontal frente a la vertical

En los últimos años los países en desarrollo han experimentado importantes incrementos en el gasto sanitario, debido, entre otros motivos, al envejecimiento de la población, el deseo por parte de los ciudadanos de tener mejor calidad de vida cada vez, dados los mayores niveles de renta y de disponibilidad de nuevas tecnologías para diagnóstico y tratamiento de enfermedades.

En el **gráfico 1** podemos verificar que los grupos de edad comprendidos en torno a los 75-90 años son los que mayor gasto sanitario generan en términos de PIB per cápita en los países desarrollados, entre los que se encuentra España [4].

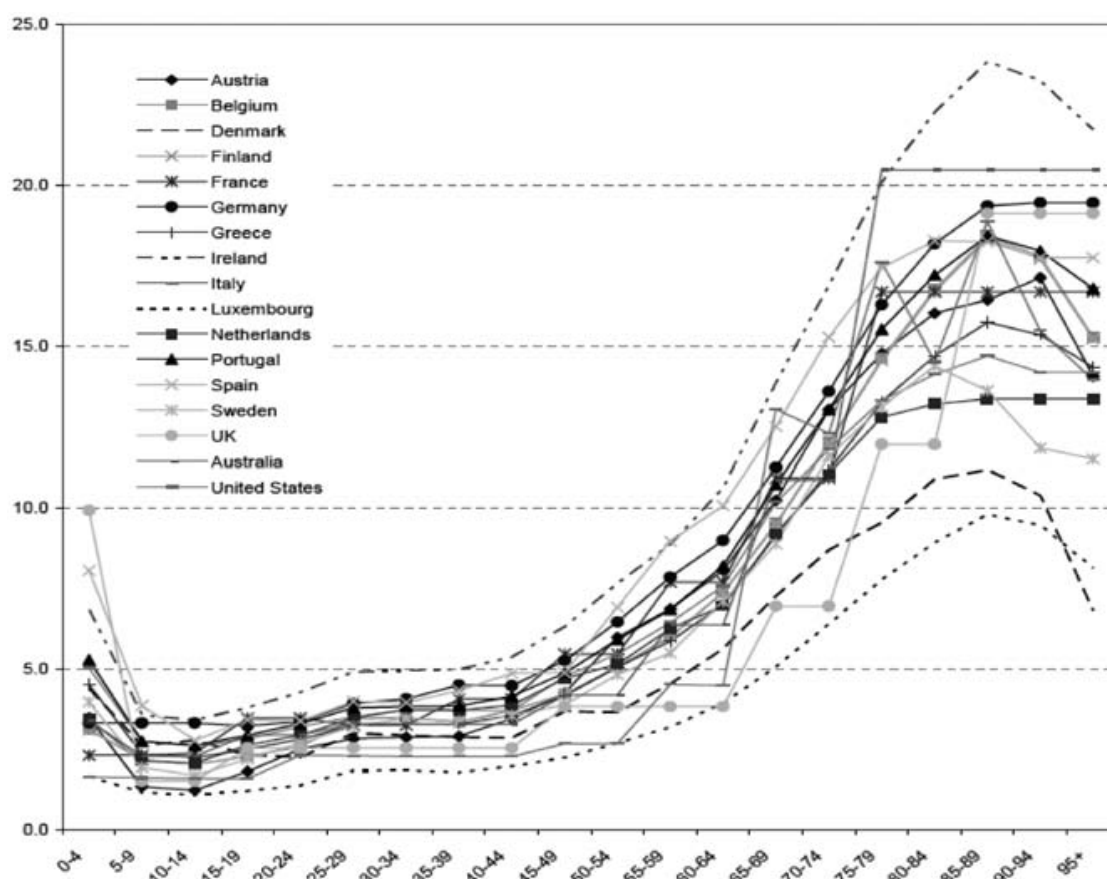


Gráfico 1. Gasto público en salud por grupos de edad, en porcentaje del PIB per cápita.
Fuente: Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas Sanitarias 2013.

Añadida a este incremento de demanda aparece la limitación en el endeudamiento que los gobiernos han de afrontar, impuesta desde marcos internacionales (Maastricht, crisis financieras) y nacionales (las propias restricciones internas de cada país).

En este contexto, se hace necesaria la selección de aquellas prestaciones sanitarias que van a brindar mayor beneficio social a menor coste, ya que esto supondría la eficiencia, es decir, no desperdiciar los recursos disponibles; por otra parte, la atención integrada se impone como la mejor de las alternativas organizativas, dado que, si bien los procesos agudos pueden verse más beneficiados de una estructura jerárquica y vertical, dado que se resuelven en un único punto asistencial y requieren de una especialidad concreta, los procesos crónicos requieren estructuras asistenciales en red, ya que serán atendidos en los diferentes niveles asistenciales y requerirán de una visión supra-especialista y multidisciplinar. [5]

Así, la integración asistencial representa una forma de coordinación y cooperación entre proveedores y pacientes para la prestación de servicios asistenciales enfocados principalmente a procesos crónicos. El objetivo último y principal de los modelos de integración asistencial es ubicar la atención a los pacientes en el lugar de toda la estructura asistencial en el que dicha atención es más eficiente; se brinda por tanto la

máxima calidad con los recursos materiales y humanos realmente necesarios, de manera que se trabaja bajo una estructura productiva bien ajustada. [6]

La integración asistencial supone un reto en el marco organizativo tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada ya que requiere la generación de un modelo de carácter horizontal intra e interniveles.

En España, a pesar de la heterogeneidad producida por la transferencia de competencias en materia de sanidad que se ha ido produciendo paulatinamente desde el inicio de la reforma sanitaria de los 80 y que culmina en el año 2001, podemos afirmar que, en términos generales, ha permanecido un rasgo común que ha caracterizado nuestra Atención Primaria: la estructura horizontal de este nivel asistencial. A pesar de que cada Comunidad Autónoma ha experimentado sus propias apuestas innovadoras en materia organizativa en mayor o menor medida, nuestra Atención Primaria no ha perdido la esencia de sus principios organizativos tales como la autorresponsabilidad del paciente en su proceso asistencial, el trabajo en equipo multidisciplinar y la asistencia coordinada. Principios que hacen que el papel de este nivel asistencial sea facilitador en el proceso de innovación organizativa hacia modelos de integración asistencial.

En términos generales, y para un marco internacional, pero aplicable en cierta medida al caso español, los requisitos generales para el éxito de tal innovación serían:

- A nivel organizativo
 - Asunción conjunta por parte de toda la estructura asistencial del control y el riesgo a través del trabajo en red.
 - Descentralización de presupuestos prospectivos de hospitales y ámbito socio sanitario a Atención Primaria³, siendo la misma el eje de coordinación de los recursos.
 - Alianzas estables entre los equipos de Atención Primaria y otros proveedores (farmacias, centros de día, especialistas...).
- A nivel de recursos humanos
 - Expansión de la capacidad de la Atención Primaria.
 - Incremento de las retribuciones y mayor vinculación de la retribución variable al desempeño (si bien la tendencia actual se encamina más a indicadores de resultados en salud que a indicadores de actividad).
 - Formación de los profesionales para el modelo de integración.

³ Hay que tener en cuenta que existen modelos sanitarios en los que la provisión es privada, de manera que el circuito de financiación de las estructuras integradas puede variar. Bajo esta perspectiva, la Atención Primaria se postula como el nivel que asumiría la coordinación de los recursos y por tanto dispondría de la financiación para la compra de los mismos. A fecha de hoy, en España, no se ha contemplado esta posibilidad en ninguno de los modelos de integración que se están desarrollando, lo cual no quiere decir que no se pueda plantear a futuro.

- A nivel de regulación
 - Redefinición de los monopolios profesionales para que los médicos de atención primaria asuman funciones de gestión y atención más especializada
 - Asunción por parte de los profesionales de Enfermería algunas de las funciones actualmente desempeñadas por médicos.
 - Facilitación de la integración parcial de los profesionales de Atención Primaria en otras unidades, como, por ejemplo, hospitales.
 - Facilitación de la integración parcial de profesionales de servicios sociales y otras especialidades en los equipos de Atención Primaria.

Estas serían las directrices básicas que de forma teórica regirían la innovación organizativa en su transformación de una fórmula vertical jerarquizada a una horizontal en red, y concretamente a modelos de integración asistencial. Se ha sugerido asimismo el papel que la Atención Primaria tendría en los mismos, dada su esencia.

4.2. Ejemplos de Organización Horizontal

- **El Hospital Universitario Clínic de Barcelona**

Como ejemplo de organización horizontal significativa se puede tomar el Hospital Universitario Clínic de Barcelona [7], cuyo modelo asistencial está basado en la organización asistencial a través de institutos y centros. A partir de esta estructura, el Hospital avanza hacia una gestión descentralizada en la que progresivamente aumenta la responsabilidad de la gestión de recursos a los profesionales sanitarios.

El Hospital se estructura en los siguientes institutos o centros [8]:

- Centro de Diagnóstico Biomédico, CDB
- Centro de Diagnóstico por la Imagen Clínic, CDIC
- Instituto Clínic de Especialidades Médicas y Quirúrgicas, ICEMEQ
- Instituto Clínic de Ginecología, Obstetricia y Neonatología, ICGON
- Instituto Clínic de Enfermedades Digestivas y Metabólicas, ICMDM
- Instituto Clínic de Enfermedades Hematológicas y Oncológicas, ICMHO
- Instituto Clínic de Medicina Interna y Dermatología, ICMiD
- Instituto Clínic de Neurociencias, ICN
- Instituto Clínic de Nefrología y Urología, ICNU
- Instituto Clínic de Oftalmología, ICOF
- Instituto Clínic del Tórax, ICT

Los Institutos funcionan bajo esquemas organizativos sencillos [9], con pocos niveles jerárquicos, mucha y fluida comunicación y participación interna, lo que facilita la rapidez en la toma de decisiones.

Los servicios y especialidades se agrupan en una única unidad de gestión, estructurada en función de criterios homogéneos de asistencia y cuidados, y orientados a un tipo

específico de procesos. Así, la cartera de servicios de los institutos de define por varios servicios que atienden el mismo proceso desde diferentes especialidades.

Aunque los institutos tienen cierta descentralización organizativa, con organización y normas internas propias, mantienen la personalidad jurídica única del Hospital y sus servicios clínicos complementarios se integran en una estructura funcional común. Cada instituto tiene su contrato de gestión propio, pactado directamente con las estructuras de asignación de recursos de su hospital y en el marco del contrato de gestión del propio hospital. Su organigrama responde al esquema de las **figuras 15 y 16**.

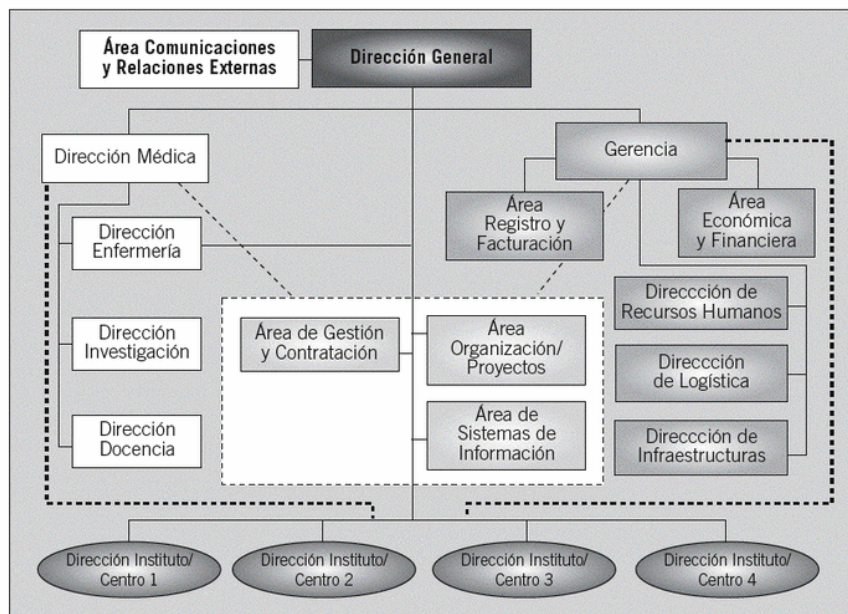


Figura 15. Organigrama Hospital. Hospital Universitario Clínic de Barcelona

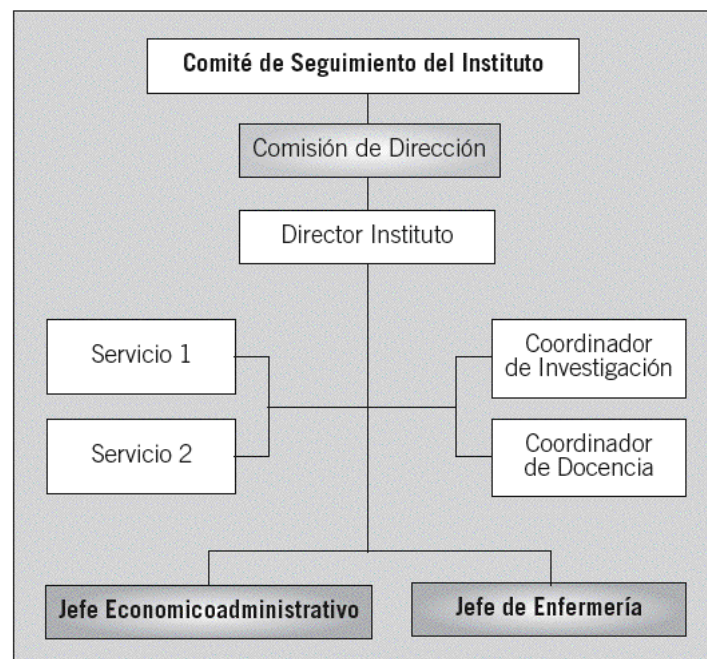


Figura 16. Organigrama Instituto. Hospital Universitario Clínic de Barcelona

A continuación ilustramos el marco teórico descrito con ejemplos reales de estructuras horizontales, o, mejor dicho, de modelos que suponen una mayor horizontalización de las estructuras verticales hoy vigentes: Las Organizaciones Sanitarias Integradas (OSSIS)⁴ , y las unidades de gestión clínica (UGC) como herramienta de implantación de la gestión clínica.

- **Las Organizaciones Sanitarias Integradas (OSSIS): El caso del País Vasco**

Se podría definir una OSI como una red de servicios sanitarios coordinados, responsables de una población y que asumen de forma conjunta los objetivos asistenciales, la gestión de los presupuestos y recursos asignados para el cumplimiento de los mismos, siendo responsables de todos ellos.

La caracterización de una OSI vendrá determinada por: el tipo de integración (vertical si se integran de los diferentes niveles asistenciales, horizontal si se integran estructuras que se hallan en el mismo nivel asistencial); según el liderazgo de la Organización (hospital, atención primaria, médicos, etc.); según la producción interna de servicios (integración total, en la que se producen todos los servicios, cuasi-integración, en la que parte de servicios dependen de proveedores externos, y no integradas, que dependen completamente de proveedores externos); según la forma de relaciones jurídicas entre los componentes (reales, con propiedad directa sobre todas las partes de la organización, virtual, articulada a través de diferentes fórmulas jurídicas). [10]

En España son varias las experiencias desarrolladas en torno a la integración a través de OSSIS. Ilustramos el marco teórico descrito con una de ellas, concretamente desarrollada en el País Vasco.

El Sistema Vasco de Salud, Osakidetza, decidió en 2010 emprender una estrategia para la mejora de la coordinación de sus dispositivos y con aquellos del ámbito sociosanitario. Las líneas de actuación fueron, por un lado, unificar estructuras asistenciales, hospitales y centros de salud de referencia, en una única organización; por otro, diseñar rutas asistenciales entre Atención Primaria y Atención Especializada de manera conjunta.

Unos años después, y tras la puesta en marcha de algunas experiencias, el Departamento de Salud y Osakidetza decidieron implantar Organizaciones Sanitarias Integradas en todo el territorio vasco, de manera que todas las Comarcas de Atención Primaria formasen una única organización junto con sus hospitales de referencia, que a su vez se coordinarían con los servicios sociales correspondientes. El "Plan de Atención Integrada en Euskadi, por tanto, tendría como objetivo prioritario:

⁴ En la sección destinada a tecnologías aparecen algunos ejemplos más de OSSIS, casos específicos con orientación tecnológica.

“Orientar el despliegue de la Integración Estructural de las Organizaciones de AP y Organizaciones Hospitalarias para facilitar un proyecto colectivo de cambio de modelo de relación entre los profesionales que intervienen en el proceso asistencial para mejorar la atención a los pacientes. Desde una perspectiva poblacional, las Organizaciones Sanitarias Integradas adoptarán un enfoque proactivo dirigido a mejorar la salud de su población asignada, asegurando la atención necesaria en función de las necesidades de los pacientes, en especial de los pacientes crónicos y de aquellos que en un momento dado tienen necesidades sanitarias y sociales de forma simultánea”

El logro de tal objetivo se basaría en tres pilares: gobernanza integradora, enfoque poblacional, y cultura y valores.

La planificación y gestión de la OSI se basa en los elementos generales de este modelo organizativo, cuyo interés radica en que los objetivos y las herramientas a emplear para su consecución son comunes para toda la OSI, de manera que todos sus miembros trabajarán armónicamente. Hablamos de:

- Plan Estratégico conjunto, que establezca los objetivos y las acciones estratégicas para cada OSI.
- Sistema de información, con un cuadro de mandos integrado que permita la monitorización y evaluación.
- Contratos de gestión clínica transversales, que se establecerán para determinados procesos asistenciales compartidos y que incluirán objetivos e indicadores comunes. 2
- Plan de Comunicación para todos los profesionales y agentes involucrados.
- Sistema de financiación e incentivos.
- Mecanismos de evaluación.

En cuanto a la financiación, la fórmula más ampliamente utilizada es la financiación de base capítativa. La literatura presenta el pago por cápita como un mecanismo de mejora de la eficiencia a través de la ruptura de la relación directa entre el ingreso y el servicio prestado, de manera que se eliminan incentivos perversos del proveedor a realizar prestaciones innecesarias por las que el financiador le pagaría. Además, dado que el financiador asigna un pago fijo por paciente al proveedor, se genera una cultura de gestión óptima del presupuesto. Esta "transferencia de riesgo" a los proveedores es clave en el control del mismo.

Actualmente, los modelos que persiguen una mayor eficiencia a través de la integración, como es el caso de las (OSSIS), encuentran en la financiación capítativa un instrumento que fomenta la cooperación entre proveedores. Teóricamente, el pago per cápita incentiva a la red de proveedores a buscar fórmulas para alinear sus intereses con los objetivos globales de la red y alcanzarlos, reducir costes y fortalecer

la calidad de los servicios. Bajo un presupuesto per cápita global, los proveedores percibirían que reciben un único presupuesto y que las acciones en un punto concreto de la red tienen repercusiones en la cuenta de resultados totales. Para ello, el sistema de asignación debe permitir responsabilizar a cada proveedor tanto de los costes directos como de los que induce sobre el resto de la red, de manera que todos los integrantes de esta red asistencial intentarían tratar el problema de salud en el lugar más costo-efectivo dentro del continuo asistencial.

En este sentido, se ha puesto en marcha un proyecto de *Data Warehouse* que permitirá la combinación de diversas fuentes de información existentes en el sistema: CMBD, ACGs, datos socioeconómicos (índice de privación), conciertos, etc. para ajustar adecuadamente el riesgo de cada población.

Por otra parte, la orientación estratégica de las OSSIS se hace de forma conjunta para todas sus estructuras y en armonía con el Departamento de Salud, Osakidetza, y el Plan de Salud. También el despliegue de las líneas estratégicas se define para cada OSI pero en el marco general. [11]

En lo que respecta al enfoque poblacional, cada vez en más comunidades autónomas se llevan a cabo procedimientos de estratificación de pacientes según niveles de riesgo con diferentes tipos de agrupadores pero el mismo fin, que es adaptar mejor la atención a cada paciente según sus necesidades específicas. Así, se llevarán a cabo gestión de casos (pacientes más complejos, de mayor riesgo), gestión de enfermedades a través de rutas asistenciales (pacientes con problemas crónicos menos complejos), empoderamiento de pacientes y actividades de promoción y prevención (población sana). Esta fórmula de atención poblacional diseñada a partir de los grupos de niveles de riesgo no es exclusiva de las OSSIS, y de hecho se lleva a cabo en Cataluña, Madrid, y otras comunidades autónomas con modelos asistenciales diferentes.

Entre los requisitos imprescindibles para el éxito de la innovación organizativa se halla la preparación de los recursos humanos para tal innovación, porque de alguna manera las profesiones también se hacen innovadoras cuando el marco en el que desempeñan sus labores lo hace. Los precursores del modelo de OSSIS, conscientes de ello, han promovido y divulgado el cambio de cultura, y existe documentado todo un trabajo previo de experiencias con profesionales y pacientes de cara a la implantación de la cultura del cambio en todos los agentes implicados en el mismo.

- **Las Unidades de Gestión Clínica**

La Gestión Clínica se origina a partir del concepto de Clinical Government, introducido por primera vez en 1998 en los documentos producidos por el Department of Health del Reino Unido. En España ya existía un marco normativo que se anticipaba a este diseño de atención asistencial: en Cataluña, la Orden del 18 de noviembre de 1985 ya

hablaba de unidades funcionales interdisciplinares, y a nivel nacional, el Real Decreto 521/1987 establecía fórmulas destinadas a conseguir una gestión más autónoma de los hospitales y preveía la creación de unidades asistenciales interdisciplinares.

El concepto de Gestión Clínica nació como respuesta a las limitaciones de otro tipo de gestión sanitaria sin el adjetivo de "clínica". Así, mientras que la Gestión Sanitaria "no clínica" conlleva planificación, organización, dirección, y emplea herramientas clásicas de gestión empresarial (establecimiento de jerarquías y burocracias, cuadros de mando, etc.), la Gestión Clínica trata de potenciar la autonomía de los responsables de las decisiones que afectan directamente a los pacientes, es decir, aquellos que se hallan en el punto final (o inicial) del proceso asistencial: la consulta y el acto terapéutico.

La concepción clásica de la Gestión Sanitaria "no clínica" se refleja en la organización de las estructuras sanitarias españolas, basadas en las gerencias, direcciones productivas (médica y de enfermería), etc. Bajo la perspectiva de algunos expertos y líderes de opinión, dichos niveles organizativos han fracasado en cierta medida a la hora de prestar los servicios adecuados a la población, y ello se explica en parte por la distancia que existe entre el lugar y momento en que los responsables de planificación que ocupan estos puestos toman las decisiones y la realidad asistencial que se produce en el día a día de los centros sanitarios.

Así, la Gestión Clínica trata de paliar este problema a través del refuerzo de la autonomía y el empoderamiento de aquellos que toman las decisiones clínicas es decir, de los profesionales que llevan a cabo las labores asistenciales directas sobre la población; también se refuerza la responsabilidad de los mismos sobre las consecuencias de dichas decisiones.

Este traslado de "poder" es un cambio organizativo que supone que el profesional tendrá un mayor margen de decisión en su consulta; ello implica un mayor acceso a recursos tales como la evidencia científica, las guías de práctica clínica y el apoyo tecnológico (por ejemplo, registros informáticos), todos ellos en la suficiente medida y adecuados a las necesidades reales. Este cambio organizativo se produce bajo la perspectiva de ciertos colectivos, a nivel "micro", es decir, al nivel de servicios, unidades, equipos, y no conlleva un cambio de modelo a nivel "macro", de manera que cualquier modelo (Sistema Nacional de Salud, modelo de Seguridad Social, etc.) puede facilitar esta forma de funcionamiento.

Pero sí es cierto que se precisa una coherencia y acuerdo entre los niveles "micro", "meso" y "macro" para el éxito de tal modelo. Porque la Gestión Clínica también implica que la definición de objetivos clínicos de estructura, de procesos y de resultados, así como de medición e incentivación de su cumplimiento tengan como objetivo final añadir valor a los pacientes según sus necesidades. Por tanto, los

contratos programa o acuerdos de gestión han de ser capaces de armonizar los objetivos de gestión, ligados a ejercicios presupuestarios anuales, con los objetivos clínicos relevantes para el paciente, que dependen del desarrollo de su enfermedad. [12]

En España, existen ya experiencias del modelo, a través de la creación de las UGC, entre otras fórmulas, amparadas por marcos normativos de ámbito autonómico. Ejemplos de ello son:

Andalucía, a través del Decreto 197/2007, de 3 de julio, por el que se regula la estructura, organización y funcionamiento de los servicios de atención primaria de salud en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud; en su Capítulo III se definen la organización y funcionamiento de la Unidad de Gestión Clínica; en Asturias, el Decreto 667/2009 de 14 de julio que regula la estructura y funcionamiento de las áreas y unidades de gestión clínica; en Galicia, el Decreto 36/2014, de 20 de marzo, por el que se regulan las áreas de gestión clínica del Servicio Gallego de Salud, y más recientemente, en Castilla y León, el Decreto 57/2014, de 4 de diciembre, por el que se regula la constitución y funcionamiento de Unidades de Gestión Clínica del Servicio de Salud de Castilla y León.

Casi 20 años después de la publicación del Informe Abril, siguen sin resolverse algunos de los aspectos clave en materia de Gestión Clínica que apuntaba este informe. Algunos expertos señalan que, mientras se ha avanzado mucho en los aspectos clínicos de la Gestión Clínica, los avances han sido exigüos en su encaje organizativo. [13]

Se podría decir que, en términos generales, los análisis más críticos sobre la implantación de UGC coinciden en la necesidad de mayor implicación de las gerencias en el modelo a través de un mayor soporte administrativo, logístico de admisión, documentación e información asistencial y de costes, para facilitar la gestión desde el ámbito "micro". Existen otros términos de debate al respecto que no serán abordados en esta sección, pero, en todo caso, sería buena la reflexión en torno a si el modelo de UGCs descrito (en su día innovador) se ha implantado en las condiciones adecuadas y a quién o quiénes, en el mapa de "stakeholders", les correspondería actuar para que la introducción del cambio sea finalmente percibida como un éxito por un mayor número de agentes implicados, especialmente por los clínicos.

- **Gestión clínica en Atención Primaria. Servicio Andaluz de Salud: "Haciendo Gestión Clínica en Atención Primaria"**

Se reproduce a continuación un fragmento ilustrativo (definiciones y caso práctico) sobre el concepto de gestión clínica procedente del documento de trabajo "Haciendo Gestión Clínica en Atención Primaria" publicado por el Servicio Andaluz de Salud en el año 2000, en el que refleja claramente la filosofía del modelo expuesto en párrafos anteriores.[14]

Gestión clínica es...

Todo proceso de rediseño organizativo cuyo objetivo sea incorporar al profesional sanitario en la gestión de los recursos utilizados en su propia práctica.

Todas las actuaciones conscientes de mejora que emprende un equipo clínico sobre el conjunto de procesos implicados en las decisiones que se producen al relacionarse con sus pacientes.

Un ejemplo

Escenario resumen

Su Unidad Clínica se cuestiona las posibilidades de mejora de su actividad y organización asistenciales, tanto bajo la perspectiva de orientación a sus pacientes reales y potenciales como de su propio desarrollo profesional. Una de las áreas en la que los profesionales de la Unidad están de acuerdo que podría ser claramente mejorable es la atención a los tipos de pacientes que acuden por los procesos más frecuentes, en los que existe la posibilidad de diagnosticar, tratar y derivar mejor, más selectivamente y con costes inferiores, no sólo económicos sino de tiempos de espera y de molestias a estos pacientes. En su Unidad Clínica los dos tipos de pacientes atendidos con mayor frecuencia son: los que padecen “infecciones primarias agudas y leves” y los clasificados como “con Signos y Síntomas Mal Definidos” (28 y 20% sobre el total de pacientes atendidos, respectivamente). El estudio de los perfiles de prescripción y de solicitud de pruebas y derivaciones en estos tipos de pacientes, señalan un elevado uso de antibióticos sistémicos tipo penicilinas asociadas a inhibidores de beta-lactamasa, y de Cefalosporinas, junto a una tasa de solicitud de pruebas y de derivaciones superior a la de Unidades Clínicas similares.

Medidas de Gestión Clínica

La respuesta a la cuestión planteada supone implantar intervenciones concretas y disponer de autonomía suficiente para desarrollarlas:

Acciones a emprender

1. Protocolización de la atención a las Infecciones Primarias Agudas Leves más frecuentes (su diagnóstico y tratamiento).
2. Estudio y valoración de las Historias Clínicas de pacientes diagnosticados como con Signos y Síntomas Mal Definidos.
3. Evaluación de cumplimiento de los algoritmos y normas de atención explicitadas en la Unidad para Infecciones Agudas Leves y pacientes con Signos y Síntomas Mal Definidos. La Unidad Clínica se pregunta: “¿qué podríamos hacer que supusiese mejoras tangibles de estos problemas?”.

Autonomía necesaria

1. Distribución de permisos de estudio y sustituciones necesarias (formación en auditorías, presentación de resultados en congresos).
2. Gestión de intervenciones sobre profesionales que cumplen y / o incumplen los criterios de actuación clínica consensuados por los miembros de la Unidad (incentivación / penalización).

Impacto Clínico

Las mejoras que podrían derivarse, de implantar y desarrollar las intervenciones seleccionadas, serían:

Objetivos asistenciales

1. Disminución del uso innecesario de antibióticos y iatrogenias consecuentes en los pacientes con Infecciones Agudas Leves (disminución en un 30% de los antibióticos sistémicos y cefalosporinas).
2. Mejora de la calidad técnica de la atención (aumento de la especificidad diagnóstico–terapéutica) en los pacientes con Signos y Síntomas Mal Definidos (no > 15% sobre el total, cumplimiento de criterios de atención superior al 70%).
3. Mejora de la calidad percibida (disminución de desplazamientos y aumento de la satisfacción en pacientes, especialmente con Signos y Síntomas Mal Definidos).

Ingresos

1. Aumento de pacientes en Grupos distintos al de Signos y Síntomas Mal Definidos (por disminución de éste).

Costes

1. Disminución de costes de farmacia en pacientes con Infecciones Agudas Leves.
2. Disminución de costes por interconsultas y pruebas diagnósticas en pacientes con Signos y Síntomas Mal Definidos.

Acuerdo para la Gestión Clínica

Para alcanzar las mejoras e impactos clínico–asistenciales propuestos, se hace necesario el establecimiento de una colaboración entre la Unidad Clínica y los Directivos del Distrito, en sus áreas específicas de responsabilidad, cuyos compromisos se recojan en un Acuerdo facilitador de la Gestión Clínica que la primera ha de desarrollar. A dicho Acuerdo deben trasladarse los Objetivos Asistenciales y el impacto esperable (Cuenta de Resultados Provisional) de las acciones de gestión clínica seleccionadas (tanto en forma de ingresos como de gastos). Las necesidades y soportes de información para evaluar su cumplimiento se constituyen en otro apartado imprescindible.

Necesidades de información

1. Sobre el volumen de pacientes por grupos clínicos y los costes variables de su atención clínica.
2. Sobre la calidad de la atención a los tipos de pacientes con Infecciones Agudas Leves y Signos y Síntomas Mal Definidos.

La Unidad Clínica se compromete a realizar Auditorías de Historias Clínicas y a recoger habitualmente los datos necesarios.

Por su parte, la Dirección se compromete a procesar y suministrar la información aquí especificada con periodicidad suficiente, para permitir a la Unidad Clínica la discusión e introducción de las correcciones necesarias.

- **Modelos de gestión clínica en el Servicio Gallego de Salud. Aspectos más relevantes del modelo**

La siguiente ilustración sobre otro caso de gestión clínica, esta vez en Galicia, procede del trabajo de exposición a cargo de Julio García Comesaña, de la Subdirección Xeral de Innovación Organizativa (Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria), del Servicio Gallego de Salud, durante el V Congreso de Gestión Clínica, Febrero de 2014.

Objetivo general del modelo

Impulsar la creación de estructuras organizativas de gestión clínica multidisciplinares que, implicando a los profesionales en la gestión y toma de decisiones, centren el foco de su atención en el paciente, en los procesos asistenciales integrados y en la gestión de los recursos

Áreas de gestión clínica:

Estructuras organizativas de prestación de servicios sanitarios sin personalidad jurídica propia y con dependencia orgánica de las gerencias de gestión integrada.

Autorización y renovación:

- Requisito: elaborar una propuesta de acuerdo de gestión clínica (ADXc).
 - Iniciativa: puede surgir de un colectivo de profesionales o de la dirección de procesos asistenciales de la Gerencia de Gestión Integrada correspondiente.
-

Órganos de Gobierno

- Órgano Unipersonal: Director de área de gestión clínica que ostentará la máxima responsabilidad respecto de la actividad desarrollada en el ámbito del área de gestión clínica.
- Órgano de apoyo: Comité de Dirección que estará presidido por el director del área de gestión clínica y compuesto por las personas que ejerzan la coordinación de los principales procesos asistenciales que se desenvuelvan en el ámbito del área de gestión clínica.

Designación del responsable

- Libre designación, luego de una convocatoria pública, efectuada por la gerencia competente.
- Personal de cualquier categoría. Voluntario.

Incentivación

Mecanismo específico de incentivación: variable, temporal, ligado al cumplimiento de los objetivos fijados en el ADXc, y no consolidable. Enmarcada en los acuerdos de gestión clínica.

Contenido mínimo del acuerdo

- Estrategia y proyección de la mejora asistencial
 - Cartera de servicios
 - Presupuesto inicial
 - Recursos humanos
 - Recursos materiales
 - Organigrama
 - Órganos de gobierno
 - Objetivos a cumplir con la definición de los indicadores de medida de cumplimiento
 - Sistema de incentivos
-

-
- Vigencia
 - Causas de resolución

Se pondrá la disposición de las estructuras de gestión integrada un modelo común de ADXc.

Obligaciones de las gerencias de gestión integrada en relación con los ADXc

- Revisar la propuesta de acuerdo e informar
 - Facilitar información al director del área
 - Velar por la integración del Acuerdo de Gestión para los servicios (ADXs) en los objetivos de los ADXc
 - Realizar el seguimiento, supervisión y evaluación de los ADXc
 - Garantizar la reversión del porcentaje pactado
 - Facilitar, potenciar y desarrollar la mejora continua del área
 - Solicitar la suspensión del acuerdo si procede. Sistema de seguimiento y evaluación de resultados
 - Sistema de información normalizado e información periódica enviada desde la gerencia de gestión integrada de la que dependa
 - Auditorías internas realizadas por la gerencia de gestión integrada correspondiente
 - Auditorías externas realizadas de manera cruzada.
-

4.3. Gestión directa vs gestión indirecta

4.3.1. Conceptos básicos: gestión directa, gestión indirecta, externalización

En este apartado se presentan los factores que pueden ser considerados por parte de los gestores a la hora de tomar decisiones en cuanto a qué tipo de gestión elegir para los diferentes tipos de servicios que componen todo el proceso de atención sanitaria. En términos generales, la respuesta a la pregunta "make or buy" debería estar enfocada al logro de una mayor eficiencia del proceso productivo, aunque pueden estar presentes otros condicionantes de tipo político o filosófico.

Se entiende por gestión directa cuando la dirección, organización, ejecución y control de un servicio se realizan con recursos propios del centro; frente a esta situación, la gestión indirecta es aquella en que la dirección, organización, ejecución y control de los servicios se realizan, parcialmente o en su totalidad, con recursos ajenos al centro o, lo que es lo mismo, por empresas (proveedor) expertas en el servicio con las que el

centro sanitario (cliente) establece un acuerdo regulado con una forma contractual soportada por la filosofía del “*outsourcing o externalización*”. Las diferentes fórmulas contractuales establecerán diferentes fórmulas de colaboración público privada, que están reguladas a través del Real Decreto Legislativo 3/2011. Texto refundido de la ley de contratos del sector público, donde se especifica en su Capítulo II (Contratos del Sector Privado) Sección 1ª.

4.3.2. Claves estratégicas en la externalización de los servicios sanitarios [15] [16]

La externalización como decisión estratégica se inicia a lo largo de la década de los 80 y llega a su máximo exponente durante el principio del presente siglo. Las razones hay que buscarlas en el desarrollo de nuevas tecnologías, en el cambio cultural, en una clientela cada vez más exigente y en una oferta más especializada, que ha producido la necesidad de que las empresas hayan tomado la decisión de ceder, a proveedores externos, parte de sus actividades o servicios para centrarse en sus competencias básicas.

Esta consideración estratégica plantea el reconocimiento, por parte de las organizaciones, de la necesidad de establecer de forma coherente qué servicios o procesos no pertenecen a su competencia básica desde el análisis de la cadena de valor y qué ventajas e inconvenientes están asociados a la externalización de dichos servicios, bajo el prisma de mantener su ventaja competitiva.

De esa consideración nace la sistematización en la toma de decisiones en virtud a oportunidades y amenazas propias de cada caso. Se ofrece a continuación una selección de criterios clave en tal sistematización.

- **Control de la operatividad del servicio**

Uno de los factores determinantes en el proceso de decisión es el del coste de transacción (negociación, selección y protección) que se deriva de la necesidad de controlar el cumplimiento por parte del servicio externalizado y que podría llegar a tener valores tan elevados como para generar un resultado negativo si la organización decidiera asumir el riesgo de externalizar.

Este concepto del valor del control podría esquematizarse (**figura 18**) al comparar los riesgos de la externalización y el potencial competitivo de los servicios expresados en términos de necesidad de control (Alto, Moderado y Bajo) tanto desde la consideración de recursos como de esfuerzo y coste.

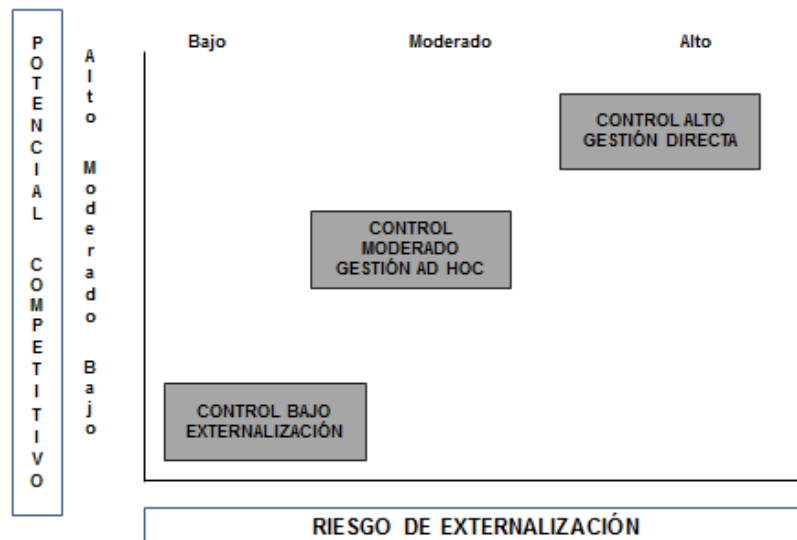


Figura 18. Riesgo de externalización vs. Pérdida competitiva

Fuente: Revista Europea de Dirección y Economía de las Empresas, Vol. 14, núm.3. 2005.

- **Coste de operación**

Otro de los factores a tener en cuenta en la decisión de externalización de un servicio es el de la “Reducción de Costes de Operación”. Esta reducción de costes se basa en las economías de escala del proveedor, especializado en una determinada actividad, que le confieren más eficiencia y consecuentemente le permiten transferir sus costes a un precio inferior al coste interno al que la organización a la que provee tendría que asumir, de producir el servicio en lugar de externalizarlo. Así, puede suceder que la contratación al proveedor externo de ciertos servicios genera ahorro a la organización.

Este concepto, que ha sido la base fundamental de la mayoría de las decisiones de externalización, debería estar absolutamente evidenciado tanto en el corto plazo como en el largo plazo, ya que los entornos productivos de las empresas proveedoras pueden variar, afectando a sus costes y consecuentemente a su coste de transferencia. Si la externalización de un servicio se mantuviese durante un periodo prolongado de tiempo y se diese la situación de que los costes soportados se incrementasen, la capacidad de la organización para generar el rescate del servicio podría verse mermada por la pérdida del conocimiento y las habilidades necesarias para la provisión de dicho servicio, provocadas por la no realización del mismo desde su externalización.

- **Flexibilidad del coste**

En algunas ocasiones la decisión de externalizar responde a la posibilidad transformar los costes fijos en costes variables. Esta situación podría afectar positivamente a ciertos requerimientos de tesorería y ello conduciría a una mejora económica de la organización.

- **Capacidad inversora**

Quizás sea esta línea estratégica la más actual ya está relacionada con el reto que actualmente afrontan las organizaciones sanitarias de equiparse con nuevas tecnologías que requieren elevada inversión. La posibilidad de transferir parte del riesgo inversor a terceros permite asumir los costes financieros de ciertos servicios que configuran el núcleo esencial de la organización, y que serían inabordables de no existir esta alternativa.

Al igual que en los casos de control y costes transferidos, es fundamental entender que la variabilidad de las condiciones financieras para las inversiones puede pasar a ser más que una oportunidad, un inconveniente en una situación de hipotético rescate.

- **Optimización de las estructuras**

La externalización de servicios supone el reconocimiento implícito de que las capacidades de los proveedores son superiores a las de la empresa incluyendo, en muchas ocasiones, las funciones de organización, dirección y gestión. En este sentido, la externalización permite incrementar el tiempo de dedicación de la estructura directiva a las prioridades estratégicas y disponer de recursos para ejercer sus funciones en las competencias esenciales de su negocio.

Por el contrario, un uso inapropiado o abusivo de la externalización puede conducir a un proceso de declive por la erosión del potencial de la organización para el aprendizaje basado en el conocimiento de todas las áreas de producción. Así, en empresas con integración vertical es factible que los órganos directivos puedan reclutar conocimiento partiendo de sus estructuras básicas, mientras que en organizaciones con exceso de externalización se puede generar el aforismo de la externalización de la propia dirección.

- **Concepto del servicio**

Parece lógico, en base a lo referido en los apartados anteriores, que la externalización puede y debe hacer que la institución obtenga costes más bajos e incluso periodificables, mejore su apalancamiento y sus resultados financieros e incremente su rentabilidad. Sin embargo, y con mayor frecuencia en las instituciones sanitarias, es necesario -de cara a la decisión estratégica de externalizar- analizar tal decisión en función de la tipología de los servicios. Y más concretamente en función de la existencia de contacto con el cliente. La segmentación comúnmente empleada en los sectores financieros y de hostelería que clasifica los servicios en "front office" y "back office" es empleada en este apartado para comprender en qué casos la externalización de los servicios sanitarios puede ser más menos pertinente y qué criterios han de regirla.

Los servicios "front office" son aquellos en los que existe un contacto directo entre empleado y cliente. Tienen por tanto una influencia decisiva en la calidad percibida por los receptores del servicio que serían, para el caso de las instituciones sanitarias, los pacientes.

Ello hace que la organización cuide especialmente o incluso desee llevar bajo su control y responsabilidad exclusiva la planificación de la prestación de dicho servicio, tanto en cuanto a las habilidades necesarias de los profesionales que los prestarán como en la forma en la que dicho servicio será ofrecido a los clientes. Por ello, la decisión de externalizar los "front office" ha de basarse en la mejora de la prestación y la posibilidad de mantener una relación estrecha e intensa con el proveedor, pero no en aspectos financieros o de reducción de costes.

Los servicios "back office" son aquellos en los que no existe un contacto directo entre empleado y cliente. Por ser activos menos específicos, requieren una relación menos estrecha con los proveedores ya que, por lo general, tienen menos influencia en la calidad percibida por el cliente. Por ello la externalización de estos servicios ha de estar priorizada en virtud la reducción de costes y los aspectos financieros.

A modo de síntesis de las ideas expuestas, se presenta un esquema sobre las ventajas e inconvenientes de la gestión indirecta (**tabla 4**), y un listado de los aspectos más relevantes a tener en cuenta a la hora de optar por la gestión directa o la gestión indirecta.

VENTAJAS	INCONVENIENTES
Acceder a personal cualificado	Desconocimiento de los proveedores
Centrarse en las actividades básicas	Dificultad de coordinación entre servicios
Complementar recursos y capacidades	Dificultad de transmisión a la estructura
Flexibilizar las operaciones de los servicios	Irreversibilidad de las decisiones Rescate
Liberar recursos	Pérdida de autonomía en las decisiones
Mejorar la calidad de los servicios	Pérdida de control de actividades
Mejorar resultados económicos	Perdida de diferenciación de productos
Obtener habilidades y capacidades	Perjudicar a los recursos y capacidades
Reducir costes	Riesgo de variabilidad en los costes
Reducir inversiones	Riesgo de alejamiento de la misión

Tabla 4. Ventajas e inconvenientes de la gestión indirecta. Elaboración propia

- Cuanto más específico es el servicio mayor será la necesidad de control y menos factible la externalización. La línea deberá ser la de alianzas estratégicas o la gestión directa.
- Si el coste trasferido por el proveedor es menos que el coste interno de producir el servicio y no existe riesgo significativo de variabilidad, la externalización aparecerá como línea estratégica adecuada.
- Si el servicio, total o parcialmente, es demandado en la variable de estacionalidad y existe capacidad por parte de los proveedores de cobertura optima, la externalización aparecerá como línea estratégica adecuada.
- Si el servicio está afectado por un entorno de cambio acelerado de tecnología y/o está inmerso en un oligopolio de oferta, la externalización aparecerá como línea estratégica inadecuada.
- La externalización inapropiada o abusiva puede generar una pérdida de capacidades y habilidades básicas.
- La externalización de servicios ha de enfocarse en la segmentación de los servicios en función del contacto con el cliente.

4.3.3. Ejemplos de Externalización

- **Colaboración Público – Privada en la gestión de centros sanitarios**

La externalización de servicios, como una de las fórmulas de colaboración público-privada, se enmarca en la **LEY 15/1997, de 25 de Abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud.**

Conviene destacar los siguientes contenidos de dicha Ley:

1. En el ámbito del Sistema Nacional de Salud, garantizando y preservando en todo caso su condición de servicio público, la gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos sanitarios de protección de la salud o de atención sanitaria o socio sanitaria podrá llevarse a cabo directamente o indirectamente a través de la constitución de cualesquiera entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en Derecho.

En el marco de lo establecido por las leyes, corresponderá al Gobierno, mediante Real Decreto, y a los órganos de gobierno de las Comunidades Autónomas -en los ámbitos de sus respectivas competencias-, determinar las formas jurídicas, órganos de dirección y control, régimen de garantías de la prestación, financiación y peculiaridades en materia de personal de las entidades que se creen para la gestión de los centros y servicios mencionados.

2. La prestación y gestión de los servicios sanitarios y socio sanitarios podrá llevarse a cabo, además de con medios propios, mediante acuerdos, convenios o contratos con personas o entidades públicas o privadas, en los términos previstos en la Ley General de Sanidad.

Así, se originarán modelos organizativos formulados para la provisión de servicios por el sector privado bajo contrato (concesión administrativa) en los que el operador privado asume los riesgos del diseño, la construcción y la operación del servicio. El servicio mantiene las características propias de un servicio público: acceso universal, coste bajo o inexistente con la mayor eficacia en el control de costes, y acceso a la tecnología. Los fondos para la financiación pueden ser proporcionados por el sector privado, pero asumiendo la administración un papel de “socio”.

Bajo este esquema se pueden dar dos modalidades diferentes:

- Modelo PPP. El socio privado no solo provee la infraestructura física y los servicios auxiliares básicos sino que también proporciona los servicios sanitarios. La financiación se hace mediante pago por cápita.
- Modelo PFI. El socio privado sólo provee la infraestructura física y los servicios auxiliares básicos. La financiación se hace mediante un canon. La parte asistencial se lleva a cabo a través de una empresa pública financiada con transferencias corrientes.

- **Colaboración Público - Privada en la gestión de los servicios no sanitarios**

Existe amplio consenso sobre la eficiencia derivada de la externalización de los servicios no asistenciales de los centros sanitarios (**tabla 5**).

SERVICIOS GENERALES	
AGRUPACIÓN	SERVICIO
HOSTELERÍA Ligados al alojamiento y la alimentación	• Cafetería • Lavandería • Limpieza • Locales Comerciales y Vending • Recepción / Información • Restauración • Teléfono y Televisión
INFRAESTRUCTURA Ligados a los activos físicos y materiales	• Aparcamiento • Desinsectación y Desratización • Esterilización • Mantenimiento • Residuos Urbanos y Sanitarios • Seguridad y Vigilancia • Viales y Jardines

GESTIÓN Ligados al control de recursos	• Archivo Historias Clínicas • Asesoría Jurídica • Gabinete de Prensa • Gestión Económica • Informática • Logística • Personal Administrativo • Gestión de Recursos Humanos • Transporte Interno y Gestión Auxiliar
SOCIALES Ligados a valores de las personas	• Funerarios • Guardería • Religiosos

Tabla 5. Agrupación de los Servicios no Asistenciales. Elaboración Propia.

De los servicios expuestos, es especialmente despreciable la gestión directa de los sociales, de hostelería, y de infraestructura y cada vez hay más reticencia a tener bajo gestión directa los de gestión fundamentalmente sobre: Archivo Historias Clínicas, Asesoría Jurídica, Gabinete de Prensa, Informática y Logística.

- **Innovación organizativa en atención primaria a través de la gestión indirecta.**
El caso de las EBAs catalanas

Como ya ha sido mencionado en párrafos anteriores de este documento, una de las claves para mejorar la eficiencia de una organización es la transferencia del riesgo a los profesionales, que asumirían entonces de forma directa las consecuencias de un mal empleo de los recursos disponibles. Esta es una de las ideas básicas que subyacen en los modelos de autogestión como el de las EBAs catalanas, consideradas como una de las experiencias más innovadoras en este nivel asistencial desde la reforma sanitaria que se llevó a cabo hace más de treinta años.

La situación que hace unos años arrastra la economía española ha acelerado el estudio de las fórmulas de contención de gasto y su fomento desde la Administración en búsqueda de la sostenibilidad del Sistema Sanitario, si bien es cierto que, las políticas sanitarias españolas que han permitido la organización del marco regulatorio adecuado para la puesta en marcha de modelos que persiguen mejoras en eficiencia se llevan aplicando desde hace ya décadas, como se expuso en la sección de revisión histórica. Dos de las líneas básicas que el marco generado permite establecer y que están directamente relacionadas con la posibilidad de transferencia del riesgo a los profesionales sanitarios son:

- Separación entre la financiación de la prestación sanitaria y la provisión de la misma.
- Fomento de que la financiación debe seguir al paciente (pago por cápita, es decir, se paga a los proveedores por población asignada).

En España, las principales fórmulas de gestión que se han desarrollado en Atención Primaria como consecuencia del cambio de enfoque descrito son:

- De gestión directa, en las que, como ya se ha mencionado anteriormente, la provisión sigue dependiendo de la Administración Pública, aunque a través de personas jurídicas interpuestas como las fundaciones públicas y los consorcios.
- De gestión indirecta, en las que la provisión se lleva a cabo a través de un servicio privado, con ánimo de lucro o no. En este grupo se hallan, entre otras, las sociedades profesionales y las concesiones administrativas con vinculación contractual.

Las Entidades de Base Asociativa o EBAs⁵ se encuadran en las fórmulas de gestión indirecta y son un modelo de prestación de servicios sanitarios que consiste en la organización de los profesionales sanitarios bajo una forma jurídica concreta (sociedad anónima, sociedad limitada, sociedad laboral, de responsabilidad limitada o cooperativa) para llevar a cabo la autogestión de la provisión de atención sanitaria. La financiación sigue siendo pública, pero la provisión emplea herramientas de gestión privada, permitiendo mayor flexibilización organizativa al grupo que compone la EBA, siempre dentro de unos límites impuestos por la Administración Pública a través de una relación contractual (Contrato Programa). La Ley 15/1990, de 9 de Julio, de Ordenación Sanitaria de Cataluña y la Ley 11/1995, de 29 de septiembre, de Modificación Parcial de la Ley 15/1990, de 9 de Julio, de Ordenación Sanitaria de Cataluña fueron las que permitieron que la Administración pudiese contratar los servicios de provisión a entidades de base asociativa constituidas por profesionales sanitarios, cuyos requisitos se exponen en el por el que se establecen los requisitos de acreditación de las entidades de base asociativa para la gestión de centros, servicios y establecimientos de protección de la salud y de atención sanitaria y sociosanitaria en Cataluña.[17], [18]

El modelo de EBA tiene entre sus finalidades la eficiencia y la sostenibilidad de la Atención Primaria y se basa en los profesionales sanitarios y los ciudadanos. De hecho, las entidades han de estar constituidas total o mayoritariamente por profesionales sanitarios, ningún socio ha de tener una participación mayor al 25%, y estos mismos han de cubrir al menos el 51% del capital social. El resto de personas jurídicas han de tener como objeto social la gestión o la prestación de servicios sanitarios.

Dado este punto de partida inicial, los profesionales han de organizarse de manera que se cumplan la Cartera de Servicios y requisitos solicitados desde la Administración Pública, que es el financiador, y asumir, si se produjeran, los desvíos sobre el

⁵ Las EBAs comienzan a implantarse en Cataluña en los años 90.

presupuesto asignado por la misma para el cumplimiento de los objetivos pactados. Es decir, que los profesionales son penalizados económicamente si hacen una mala gestión. Por otra parte, la calidad y el prestigio del grupo han de ser tales que la población mantenga e incluso incremente sus niveles de confianza en el mismo ya que la Administración paga por pacientes adscritos al Centro. Es este modelo por tanto una clara expresión de la transferencia de riesgo comentada al comienzo de la sección.

Pero según uno de los expertos en esta materia, el Dr. Sellarès⁶, la EBA es mucho más que un proceso de transferencia de riesgo a los profesionales. Porque también se les transfiere una mayor autonomía y capacidad para la innovación en su trabajo diario. Salarios, horarios, permisos, sistemas de registros, ampliación de cartera de servicios, diseño de la plantilla necesaria para la prestación de atención sanitaria, control de almacén y suministros, son, entre otros, aspectos que se decidirán de forma descentralizada y que, si están bien diseñados, darán mayor satisfacción a todos. Pero el Dr. Sellarès también advierte que para el modelo funcione es preciso que las personas que forman la EBA sean "equipo" y no "grupo", y tengan además un elevado perfil ético y profesional. El modelo en sí mismo no transforma a los profesionales, sino que permite desarrollar al máximo actitudes y aptitudes que ciertos profesionales tienen, y que no pueden ser potenciadas cuando el sistema es más centralizado y rígido. Se han publicado algunos estudios que tratan de demostrar que las EBAs son más eficientes que los Centros de Salud de provisión pública, pero no existe suficiente evidencia en torno a este tipo de evaluaciones ni tampoco hay un acuerdo común sobre la conveniencia de la gestión indirecta como modelo para el global de la Atención Primaria. En todo caso, el modelo es polémico dado que ciertos grupos ven en estas entidades con ánimo de lucro un lugar potencial para prácticas alejadas de la ética profesional.

Existen además otras experiencias de autogestión como las unidades de gestión clínica en Andalucía, las unidades de contrato en Castilla-La Mancha, o la organización asistencial tipo Alzira, en Valencia, y el debate sobre la idoneidad de uno u otro modelo permanece abierto. Algunos expertos opinan que es la propia diversificación la que favorece la mejora continua; otros, confirmando lo que en este documento se suscribe en algunas de sus secciones, que son las personas que trabajan dentro de cada modelo las que lo hacen exitoso o lo llevan al fracaso.

Prestación de servicios de Atención Primaria en una EBA

Los siguientes cuadros explicativos sintetizan la información recogida en la Memoria 2012 de la EBA de Sardenya [19]. Se han seleccionado estos contenidos porque reflejan bien un caso de actividad tipo de Atención Primaria, rica en los elementos

⁶ Jaume Sellarès, es médico de familia y gerente de la primera EBA de la ciudad de Barcelona, en Sardenya, que entró en funcionamiento el 22 de Diciembre del año 2000. Esta sección recoge algunas de las reflexiones compartidas con él a lo largo de una entrevista mantenida en la EBA de Sardenya el mes de Mayo de 2013.

clásicos de la misma, de promoción y prevención, pero también con un elevado nivel investigador, aspecto menos usual en los centros de salud. No se pretende con ello sugerir si la fórmula organizativa de gestión indirecta es mejor que la de gestión directa, sino mostrar cómo bajo gestión indirecta se puede trabajar en total armonía con las líneas generales de Atención Primaria y a la vez potenciar aquellas de mayor interés según población atendida y las necesidades detectadas por el grupo de profesionales que las atiende.

La EBA de Sardenya

El Equipo de Atención Primaria de Sardenya es un centro de autogestión, proveedor de CatSalut que da servicio de Atención Primaria de Salud en su área de referencia. Este modelo se basa en una sociedad de profesionales de la salud, médicos, pediatras, enfermeros, odontólogos, que constituidos en empresa y a través de concurso público, han sido los adjudicatarios de la gestión del Área Básica de Salud del Baix Guinardó, que se prestará a través de la EBA de Sardenya.

Entrada en funcionamiento

22 de Diciembre del 2000

Población asignada a 30 Diciembre de 2012

20.170 personas

Constitución del equipo

47 profesionales: 11 médicos de familia, 3 pediatras, 1 trabajadora social, 7 enfermeras, 1 odontóloga, 1 auxiliar de enfermería, 5 auxiliares de clínica, 1 estadística, 1 coordinador de investigación, 1 investigador, 4 administrativos, 1 informático y 9 auxiliares administrativos de atención al usuario

Actividad asistencial de los principales grupos profesionales (consultas)

Medicina de familia: 58.310

Pediatría: 11.778

Enfermería: 30.664

Odontología: 3.611

Actividades comunitarias

Actividades de pediatría:

- Programa "niños en movimiento"
 - Taller de masaje infantil para bebés
 - Taller de odontopediatría
 - Taller de lactancia materna
 - Charla sobre la pubertad
-

Actividades para adultos:

- Taller para pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.
- Taller AMPA para el autocontrol de la presión arterial.
- Programa PAFES de ejercicio físico.
- Charlas sobre: el estreñimiento, nutrición y recetas saludables, las afecciones del verano: lipotimias, insuficiencia venosa, picaduras, la gripe, el envejecimiento y sus mitos, el Vértigo, maltrato, la memoria.
- Proyecto Camins: de la solicitud a la colaboración.
- Colaboración con puntos de donación de sangre, puntos de recogida de alimentos.

Labor docente e investigadora

A destacar: 129 sesiones clínicas impartidas en el EAP, 6 presentaciones y 11 comunicaciones en jornadas y congresos, 2 publicaciones, 7 colaboraciones con otros grupos investigadores, participación en 12 ensayos clínicos en colaboración con farmaindustria, etc.

4.4. Alianzas Estratégicas

4.4.1. Conceptos básicos [20]

Tal y como se mencionó anteriormente en este documento, la integración de servicios se postula como una de las fórmulas que permitirían alcanzar una mejora sustantiva en la eficiencia del sistema sanitario en el contexto social y demográfico actual de los países desarrollados. Así, por ejemplo, la integración de la gestión de los distintos recursos asistenciales, considerando las estructuras de Atención Especializada y de Atención Primaria, permitiría generar sinergias efectivas y economías de escala, con independencia de la mejora de la calidad y accesibilidad de la asistencia sanitaria a la población de referencia.

A la vista de las distintas personificaciones jurídicas existentes en el Sistema Nacional de Salud y teniendo en cuenta experiencias puestas en marcha desde hace algunos años, se puede considerar que la figura del Consorcio se halla entre las más adecuadas para conseguir dichos objetivos y tiene indudables ventajas: en primer lugar, el Consorcio es una personificación jurídico-pública a la que pueden sumarse entidades privadas; en segundo lugar, a través de sus Estatutos, el grado de autonomía de gestión permitirá la toma de decisiones sin las rigideces del modelo tradicional de gestión.

Dado que en el ámbito español conviven distintos modelos (PPP, Fundaciones Públicas, Fundaciones Privadas, Empresas Públicas) todos con cierto nivel de autonomía, es necesario que los modelos tradicionales (gestión directa por las Consejerías de Sanidad de las Comunidades Autónomas con presupuestos cerrados y personal estatutario) también accedan a dicho nivel o estén en disposición de actuar en dicha línea. De no ser así, la integración, dejaría de presentar ventajas para pasar a ser un serio inconveniente que impediría alcanzar los objetivos propuestos.

Otra forma de integración que podría ser adecuada en el actual contexto sería la alianza estratégica entre centros.

Un primer paso en la comprensión de la alianza estratégica como respuesta al modelo de colaboración entre hospitales y/o centros de salud, es establecer la diferencia con las alianzas «ad hoc» motivadas generalmente por intereses inmediatos o tácticos. Estas últimas suelen ser efímeras, y no tienen en cuenta aspectos estratégicos de la actividad sanitaria de los centros asistenciales.

En segundo lugar, es preciso contemplar la alianza estratégica como la relación de colaboración entre hospitales y/o centros de salud -independientes en sus respectivos programas, estrategias y culturas- para generar un mayor valor en su actividad, a la vez que se mantiene el equilibrio entre competencia y cooperación.

Se trata, en definitiva, de aumentar la eficacia de las estrategias competitivas de los centros sanitarios a través del intercambio mutuamente beneficioso de tecnologías, cualificaciones o procesos que cada uno de los agentes partícipes de la integración posee, generándose valor añadido para cada uno de los centros.

Una alianza estratégica debe reunir las siguientes características:

- Los centros asistenciales que establezcan la alianza para alcanzar una serie de objetivos comunes seguirán siendo independientes tras la formación de la alianza.
- Los centros asistenciales participantes compartirán los beneficios de la alianza y controlarán los resultados de las tareas que sean asignadas.
- Los centros asistenciales establecerán una contribución mutua y continua en áreas estratégicas claves (tecnología, recursos humanos, procesos, procedimientos, etc.).

Así pues, puede afirmarse que no son alianzas estratégicas:

- Las fusiones, absorciones o adquisiciones en las que uno de los centros asistenciales asume el control del otro con la consecuente pérdida de su independencia y del control de la nueva entidad.

- Las relaciones entre la matriz (Consejería de Sanidad o Servicio Sanitario) y sus filiales (hospitales, centros de salud), ya que el control estratégico del proyecto conjunto lo conserva normalmente la matriz.
- Los acuerdos entre centros asistenciales para conceder franquicias (entendidas como cesión de personal y/o protocolos), por cuanto no exigen la transferencia continua y mutua de tecnología, productos o cualificaciones de unos a otros.

En términos generales, estas alianzas estratégicas permitirán a los centros asistenciales que formen parte de las mismas:

- Un alcance competitivo más amplio sin necesidad de entrar en nuevos segmentos, nuevos servicios e incluso nuevas áreas geográficas o sectores.
- Reconfiguración de las actividades de valor para lograr las ventajas necesarias de costes y diferenciación de cara a hacer frente a los retos que plantea la competencia con otros centros asistenciales.
- Mayor capacidad y rapidez de reacción ante las necesidades socio-sanitarias de la población.
- Abordaje directo de las diferencias en los sistemas de gestión que los directivos van a encontrarse.

Las nuevas y más recientes alianzas estratégicas en el ámbito español se caracterizan por la intensificación de las interrelaciones entre los centros asistenciales y sus proveedores, incluidos los tecnológicos⁷, dando paso a unas relaciones que traspasan las barreras locales, autonómicas e incluso nacionales.

Además, se están dando casos de alianzas entre centros asistenciales aparentemente rivales y entre centros asistenciales de diferentes sectores que tradicionalmente se han considerado como inconexos. Varios hospitales del Servicio Madrileño de Salud son ejemplo de ello, dado que participan en alianzas que afectan a la movilidad de los profesionales entre diferentes instituciones sanitarias (ver Plan de Ordenación de Recursos Humanos de la Comunidad de Madrid, apartado 9.5.).

En relación con los recursos humanos, y en la línea del ejemplo anterior, se plantea a continuación la puesta en marcha efectiva de una alianza estratégica enmarcada en la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, que dispone en su artículo 8.2 que, *“los profesionales podrán prestar servicios conjuntos en dos o más centros, aun cuando mantengan su vinculación a uno sólo de ellos, cuando se mantengan alianzas estratégicas o proyectos de gestión compartida entre distintos*

⁷ Uno de los tipos de alianzas estratégicas entre los centros asistenciales que, dado el contexto actual, podrían resultar de mayor interés son las alianzas tecnológicas para la obtención de ventajas competitivas a través de la puesta en común del "Know-How" existente en cada uno de los centros, y la asunción por parte de los participantes en la estrategia de los riesgos que conllevan las actividades de I+D+i, y que serán comentadas posteriormente al hablar de acuerdos de riesgo compartido.

establecimientos sanitarios, o así lo demanden necesidades urgentes e inaplazables para garantizar la asistencia sanitaria. En este supuesto, los nombramientos o contratos de nueva creación podrán vincularse al proyecto en su conjunto, sin perjuicio de lo que establezca, en su caso, la normativa sobre incompatibilidades.”

Esta figura no requeriría cambios normativos y permitiría que el personal de un centro asistencial siguiera prestando sus servicios con dicho régimen jurídico, independientemente de la tipología de su relación laboral (estatutario, interino, eventual, laboral, etc.).

Así, la finalidad de esta alianza estratégica que cuenta, como hemos señalado, con apoyo legal, es aprovechar conjuntamente los recursos propios de cada Institución y proporcionar un servicio más efectivo y eficiente a la población. Es suficiente con que las instituciones implicadas decidan formalizar un acuerdo de colaboración que abarque tanto aspectos sanitarios (actividad clínica, farmacia,...) como aspectos de gestión de servicios generales (compras, mantenimiento,...) y de recursos humanos. Los logros serán:

- Mejorar la cartera de servicios actuales de los centros asistenciales que configuren el área sanitaria definida en el programa de alianza estratégica.
- Establecer sinergias organizativas y de gestión de recursos que procurarán ahorros.
- Fomentar y promover el desarrollo profesional del personal sanitario que realiza su actividad en los Centros Asistenciales que configuren el área sanitaria definida en el programa de alianza estratégica.
- Promover actividades conjuntas de investigación y docencia.

En definitiva, la alianza estratégica permite una nueva forma de participar en el mercado sanitario y constituye un poderoso instrumento para redefinir el escenario competitivo. Porque, a través de esta fórmula, los centros asistenciales pueden gestionar de forma racional la atención del territorio de influencia basándose en la colaboración en lugar de la competencia.

4.4.2. Ejemplos de Alianzas Estratégicas

- **Hospital del Mar y Hospital de Sant Pau [21]**

El hospital del Mar y el hospital de Sant Pau han sellado una alianza estratégica con la finalidad de desarrollar proyectos de gestión compartida de servicios clínicos. Ambos son grandes hospitales universitarios de la ciudad de Barcelona en los que se concentra alta tecnología, terciarismo, investigación y docencia. Con la finalidad de aprovechar conjuntamente los recursos propios de cada Institución y proporcionar un servicio más eficaz a la población, ambas instituciones han formalizado un acuerdo de

colaboración que abarca tanto especialidades médicas como quirúrgicas. Con esta experiencia se pretende crecer de forma racional, colaborando en lugar de compitiendo⁸.

Además, ambas instituciones pretenden situarse en el primer nivel de las especialidades de Cirugía Plástica y Cirugía Torácica, los primeros servicios que serán compartidos, dando respuesta a los cambios en la demanda asistencial y a la emergencia de nuevos conocimientos.

Este modelo de colaboración también pretende promover la investigación y la docencia en estas especialidades, ya que un servicio que da cobertura a las poblaciones de referencia de dos grandes hospitales terciarios como el Sant Pau y el Mar permite a los profesionales atender más casos, desarrollar más proyectos de investigación y disponer de más posibilidades de impartir docencia.

El servicio de Cirugía Plástica que compartirán estará integrado, inicialmente, por siete médicos especialistas y seis médicos residentes, y el servicio de Cirugía Torácica por cinco médicos especialistas y un residente.

Las plazas de los jefes de servicio de ambas especialidades se han convocado públicamente de forma conjunta y los respectivos tribunales de selección han estado coordinados.

Hasta el momento, la Cirugía Torácica no existía como servicio en ninguno de los dos centros y en el hospital del Mar no se disponía de la especialidad de Cirugía Plástica. Así, con esta iniciativa se podrán ofrecer más recursos docentes e investigadores, incluida la formación MIR, y, como consecuencia de la concentración de la especialización, más casuística, más experiencia, y mayor calidad asistencial.

- **Fundació Hospital de l'Esperit Sant [22]**

El Hospital establece acuerdos de cooperación con otras organizaciones con las que tiene intereses comunes con el fin de mejorar o ampliar sus capacidades y competencias organizativas, técnicas y económicas. Este trabajo en red permite a la Fundación Hospital de l'Esperit Sant (FHES) mejorar su eficiencia sin comprometer en ningún caso su identidad jurídica y su independencia. Los principales aliados estratégicos de la FHES y los proyectos que comparte son los siguientes:

⁸ En experiencias anteriores, un centro de carácter terciario compartía especialistas con otro de carácter general, mientras que en este modelo la novedad reside en que la colaboración entre ambos hospitales es entre iguales: un equipo dirigido por un único jefe de servicio.

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol (Institut Català de la Salut)

- O Acuerdo de cooperación en Anatomía Patológica.**
Este acuerdo, firmado en 1994, posibilita la cooperación entre el Servicio de Anatomía Patológica del HUGTiP y el Servicio de Laboratorio de la FHES, que permite al FHES hospital disponer de profesionales especializados en este ámbito y, por lo tanto, garantizar la continuidad asistencial de los pacientes.
- O Convenio para el marcaje del ganglio centinela.**
La colaboración con el Servicio de Medicina Nuclear del HUGTiP, iniciada en 2003, permite realizar en las mujeres que van a ser intervenidas de cáncer de mama el marcaje cutáneo de la zona quirúrgica 24 horas antes de la operación. Esto hace posible una cirugía menos extensa y la extirpación de menos ganglios linfáticos, lo que mejora la calidad de vida de las pacientes.
- O Alianza estratégica en Pediatría.**
Desde 2008, profesionales del Servicio de Pediatría del HUGTiP se desplazan diariamente a la FHES para ofrecer cobertura integral en el Servicio de Neonatología. De esta manera, las mujeres de los municipios que tienen la Fundació Hospital de l'Esperit Sant como referencia pueden dar a luz en el centro.
- O Creación de la Unidad Funcional de Urología de Santa Coloma.**
A finales de 2013 se creó esta unidad funcional conjunta entre los dos hospitales con el objetivo de mejorar la calidad y la eficiencia de los dos servicios y acercar la asistencia sanitaria especializada a los pacientes colomenses, evitando derivaciones innecesarias al centro badalonés.

Atención primaria (Institut Català de la Salut)

- O Convenio de colaboración entre Atención Primaria y Atención Especializada.**
La FHES y el ICS trabajan juntos desde hace años para fomentar las relaciones entre la Atención Primaria y la Atención Especializada en el municipio de Santa Coloma de Gramenet. La habilitación de una planta en el CAP Santa Coloma para que pasen visita diaria a los especialistas del Hospital y la creación de circuitos de diagnóstico y tratamiento integrados facilitan la accesibilidad del usuario y permiten la optimización de los recursos públicos.

Institut Català d'Oncologia

- O Convenio de colaboración.**
Desde 2010, la FHES y el ICO actúan de forma conjunta en los ámbitos asistencial, docente y de investigación en oncología. Esto supone la mejora del proceso de atención en las patologías oncológicas y la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales.
- O Creación de la Unidad Funcional de Hematología.**
El año 2015, se amplía la colaboración al ámbito de la hematología por medio de la Unidad Funcional de Hematología, con el objetivo de garantizar la equidad a los pacientes del territorio y de aprovechar la experiencia del ICO en este ámbito.
- O Proyecto Hospital sin humo.**

La FHES pertenece desde 2001 a la Xarxa Catalana d'Hospitals sense Fum, del ICO. Además de trabajar para ser un recinto libre de humo, el Hospital promueve la deshabituación tabáquica y, en el caso de los profesionales, la formación en control de tabaquismo.

Banco de Sangre y Tejidos

o Convenio marco de colaboración.

El Hospital ha reforzado el Servicio de Transfusión gracias a un convenio con el Banco de Sangre y Tejidos, firmado a principios del 2014. Esta alianza posibilita al Hospital disponer de cobertura 24 horas en la especialidad de hemoterapia, así como incrementar la seguridad del paciente en este ámbito.

Badalona Serveis Assistencials

o Ordenación de la Cirugía Vascular.

Como parte de un acuerdo estratégico entre los proveedores hospitalarios del territorio del Barcelonés Norte y Maresme, a principios de 2013 la FHES asumió la Cirugía Vascular referente a la patología venosa de las Áreas Básicas de Salud (ABS) 3, 8, 9 y 10 de Badalona, que hasta entonces realizaba Badalona Serveis Assistencials (BSA). Estas ABS cubren una población de más de 66.000 personas.

Ambulàncies la Pau

o Convenio de colaboración.

El acuerdo entre el Hospital y Ambulàncies La Pau, firmado en 2011, busca mejorar la atención a la población drogodependiente y su adherencia a los medicamentos por medio de la regulación de la dispensación de metadona desde el servicio itinerante.

IRITEB

o Convenio de colaboración en Rehabilitación.

Con el doble objetivo de integrar la fisioterapia respiratoria en su cartera de servicios y de mejorar la resolución de la Unidad del Aparato Locomotor (UAL), la FHES firmó a finales de 2013 un convenio de colaboración con IRITEB para incorporar un nuevo profesional al centro. El acuerdo ha conllevado la reducción del tiempo de espera en el ámbito de la rehabilitación y la mejora de la calidad de la atención.

Ayuntamiento de Santa Coloma de Gramenet y Ayuntamiento de Sant Adrià de Besòs

o En el año 2009 el Hospital puso en marcha el Programa de difusión de hábitos saludables para la ciudadanía en los dos municipios, de la mano de sus

ayuntamientos. Esta cooperación se formalizó en 2011 con la firma de convenios de colaboración en materia de promoción y protección de la salud.

Universidad de Barcelona

- o La FHES dispone desde 2005 de un concierto con la UB para colaborar en las enseñanzas de Ciencias de la Salud de la Universidad y potenciar investigación conjunta. En 2013, este acuerdo se hizo extensivo al Campus de la Salud de Torribera, con especial énfasis en el ámbito de la nutrición.

Santa Coloma, Ciutat Universitària

- Las entidades de la ciudad relacionadas con la docencia universitaria, entre las cuales se encuentra la FHES, forman parte desde finales del 2013 del proyecto **Santa Coloma, Ciutat Universitària**, puesto en marcha por el ayuntamiento colomense. Esta iniciativa busca hacer llegar a la ciudadanía y a la sociedad en general todas las oportunidades que ofrece Santa Coloma en cuanto a formación, estudios, especialización, investigación y prácticas profesionales. Uno de sus objetivos es que la ciudad se convierta en un referente estatal en estudios de alimentación, gastronomía y salud. El resto de integrantes de Santa Coloma, Ciutat Universitària son el Campus de l'Alimentació de la UB, la Universidad Nacional de Estudios a Distancia (UNED) y los Centres Dr. Emili Mira i López-Parc Salut Mar.

5. COMPONENTES CLAVES DE LA ORGANIZACIÓN

En este apartado se analizan los componentes claves y su influencia en los procesos de innovación organizativa.

5.1. Los recursos humanos

5.1.1. Conceptos básicos

Uno de los factores más trascendentales para la ejecución de las estrategias del cambio es la organización de los recursos humanos, tanto por ser los profesionales la base del conocimiento del sector sanitario, como por el elevado impacto económico que el factor humano produce en el sistema sanitario, dadas sus características productivas.

Si bien la variabilidad de las plantillas es significativa a nivel de hospitales y centros de salud de Atención Primaria y existe escasa bibliografía de estudios de plantilla, en base a valores medios, la distribución del gasto tanto en plantillas como en impacto se podría aproximar utilizando como fuente el Plan de Ordenación de Recursos Humanos del Servicio Madrileño de Salud [23]. (Dirección General de Recursos Humanos. Consejería de Sanidad. Comunidad Autónoma de Madrid, 2013) y los Presupuestos del Servicio Madrileño de Salud 2013 [24] (**gráficos 2, 3, 4 y 5**):

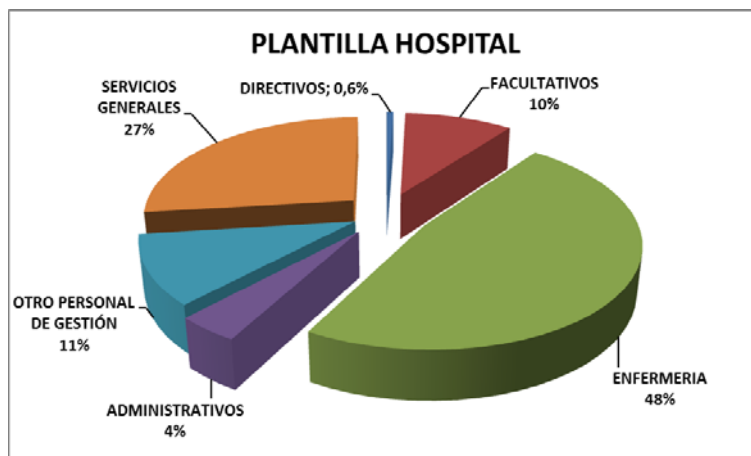


Gráfico 2. Plantilla de personal de atención hospitalaria.
Fuente: Plan de Ordenación de Recursos Humanos SERMAS 2013

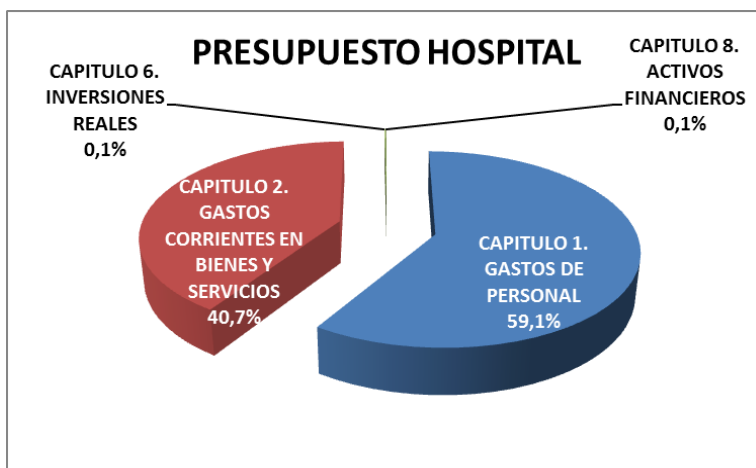


Gráfico 3. Presupuesto de atención hospitalaria
Fuente: Plan de Ordenación de Recursos Humanos SERMAS 2013

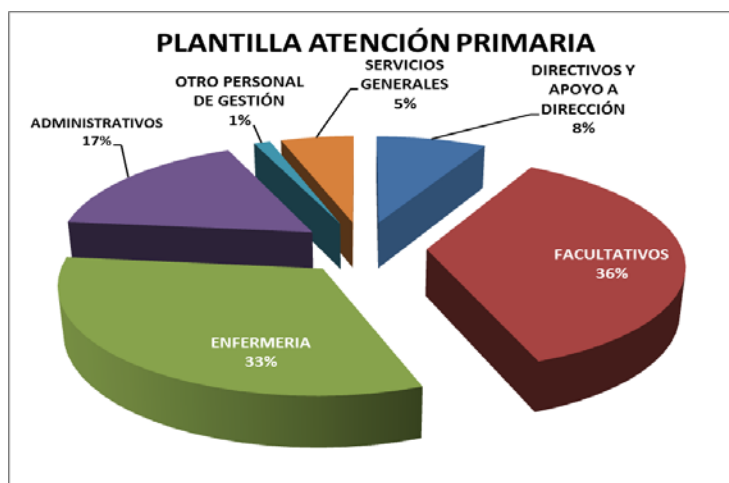


Gráfico 4. Plantilla de personal de atención primaria
Fuente: Plan de Ordenación de Recursos Humanos SERMAS 2013

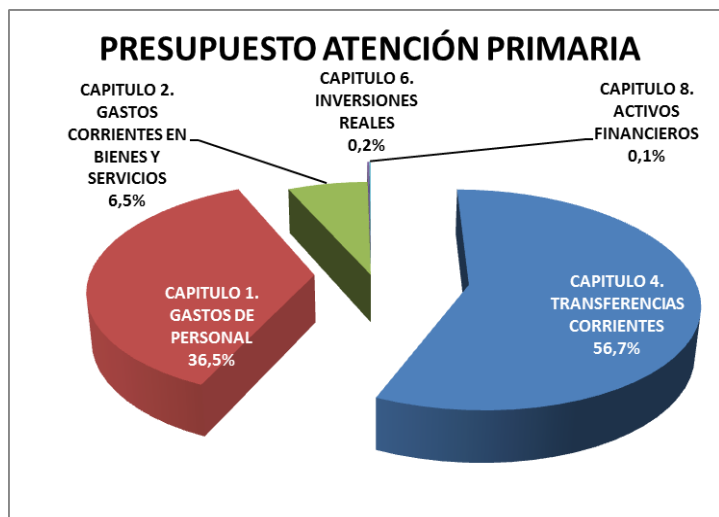


Gráfico 5. Presupuesto de atención primaria

Fuente: Plan de Ordenación de Recursos Humanos SERMAS 2013

Ante el peso que supone el colectivo asistencial (en torno al 60% de la plantilla) sería necesario establecer estrategias que condujesen a la gestión de personas (profesionales sanitarios) en lugar de continuar con la concepción de recursos humanos. Esto significa diferenciar claramente, dentro de los profesionales sanitarios, las dos facetas claves:

- Desarrollo y capacitación en las funciones de la atención sanitaria (Carrera Profesional) [25].
- Desarrollo y capacitación en las funciones directivas de la organización.

En cuanto a la primera, la capacitación y desarrollo profesional, incluyendo como es natural el reconocimiento institucional a los méritos adquiridos, está regulada a nivel estatal: el artículo 41 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, define la carrera profesional como *“el derecho de los profesionales a progresar, de forma individualizada, como reconocimiento a su desarrollo profesional en cuanto a conocimientos, experiencia en las tareas asistenciales, investigación y cumplimiento de los objetivos de la organización en la cual prestan sus servicios, considerándolo como una parte del desarrollo profesional regulado en el artículo 40 de la mencionada ley, del que también forma parte la formación continuada y la evaluación de las competencias”*.

De igual manera, el desarrollo profesional de los profesionales sanitarios y su reconocimiento es objeto de regulación en el título III de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, en la que se regulan los principios generales, comunes y homologables en todo el sistema sanitario. Dichos principios generales se especifican en el artículo 38.1 de la citada ley, en el marco de los cuales, *“las Administraciones Sanitarias regularán para sus propios centros y establecimientos, el reconocimiento del desarrollo profesional”*. Por otra parte, la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los

Servicios de Salud, regula los criterios generales de la carrera profesional en su Capítulo VIII, disponiendo que, *“los criterios generales del sistema de desarrollo profesional recogidos en la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias se acomodarán y adaptarán a las condiciones y características organizativas, sanitarias y asistenciales del servicio de salud o de cada uno de sus centros, sin detrimento de los derechos ya establecidos. Su repercusión en la carrera profesional se negociará en las mesas correspondientes.”*

Artículos a destacar de la ya mencionada Ley 44/2003, Título III. Del Desarrollo Profesional y su Reconocimiento serían el 37, sobre normas generales del reconocimiento del desarrollo profesional, el 38 sobre el reconocimiento del desarrollo profesional a través de cuatro grados y cómo se obtendrán los mismos, y el 39, sobre homologación del reconocimiento del desarrollo profesional.

Este reconocimiento se ha aplicado de forma irregular en las Comunidades Autónomas y principalmente en el campo de la Asistencia Especializada (hospitales) dejándose de realizar en el ámbito de la Atención Primaria. Como ejemplo, en el Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) su aplicación tuvo algunas características un tanto particulares y así se menciona, en el ya citado Plan de Ordenación de los Recursos Humanos del Servicio Madrileño de Salud:

“En cuanto a la carrera profesional, por Acuerdo de 25 de enero de 2007 del Consejo de Gobierno de la Comunidad de Madrid, se aprueba el suscrito en la Mesa Sectorial del personal de las instituciones sanitarias de la Comunidad de Madrid de fecha 5 de diciembre de 2006, sobre carrera profesional de licenciados sanitarios y diplomados sanitarios. Este Acuerdo entra en vigor el 7 de febrero de 2007, y en el mismo se establece el ámbito de aplicación, las características del modelo de carrera profesional, los requisitos para su reconocimiento, los distintos niveles de carrera profesional, los factores de evaluación y criterios de acceso a cada uno de los niveles, el establecimiento de Comisiones de Evaluación, el procedimiento, los efectos del reconocimiento de carrera profesional, así como la retribución correspondiente a cada uno de los niveles.”

“Asimismo, se establece un reconocimiento de carácter excepcional y por una sola vez, reconociéndose los distintos niveles de carrera profesional en función exclusivamente de la antigüedad reconocida.”

Este reconocimiento de carácter excepcional se realizó en el año 2007, tras la publicación y entrada en vigor del Acuerdo. En la **tabla 6** se recoge el número de profesionales a los que, a través de este procedimiento excepcional, se les reconoció un nivel determinado de carrera.

	I	II	III	IV	TOTALES
Licenciados	1.122	1.380	2.345	2.855	7.702
Diplomados	1.102	1.517	3.112	5.935	11.666
TOTALES	2.224	2.897	5.457	8.790	19.368

Tabla 6. Niveles de carrera profesional.

Fuente: Profesionales sanitarios reconocidos en 2007 en la Comunidad de Madrid.

Posteriormente, y a lo largo del año 2008, se constituyeron los Comités de Evaluación de Área a los que se refiere el Acuerdo en Atención Primaria, en Especializada y SUMMA 112, iniciando las actuaciones pertinentes para la evaluación de las solicitudes de reconocimiento de nivel presentadas por los interesados, señalando que la competencia para la integración en un determinado nivel de carrera profesional, corresponde al Director General de Recursos Humanos del Servicio Madrileño de Salud, a propuesta de dichos comités de evaluación.

Sin embargo, desde el año 2009 y como consecuencia de las medidas recogidas en las sucesivas leyes de presupuestos generales de la Comunidad de Madrid, incluida la del presente ejercicio 2013, las cuantías a percibir por el concepto de carrera profesional no han experimentado incremento alguno y no se ha procedido al reconocimiento y pago del nivel IV de carrera profesional a licenciados y diplomados sanitarios, suspendiéndose, asimismo, los nuevos reconocimientos y pagos de los niveles I, II y III a los que pudiera acceder este personal.

Estos hechos alejan la estrategia de reconocimiento de los profesionales, como elemento diferenciador, transformándola en un complemento retributivo igualitario ligado a la antigüedad.

De esta manera, una estrategia innovadora que pretendía introducir objetivos de mejora basados en el conocimiento y romper la jerarquización, ya que la estructura de los niveles no tenía por qué coincidir con la estructura jerárquica, se ha transformado en subidas salariales de escaso impacto y en el mantenimiento de una estructura predominantemente vertical.

Hubiese sido más satisfactorio, de cara a los profesionales, el planteamiento de dos categorías diferentes en su denominación y separadas en su responsabilidad en la estructura directiva de los centros asistenciales. Lógicamente, en cada una de las estructuras sería necesario establecer los parámetros básicos y el baremo para obtener la respectiva categoría, así como las funciones y responsabilidades de cada categoría y la retribución complementaria correspondiente.

5.1.2. Ejemplos de Desarrollo de Carrera Profesional

- **Hospital General Universitario Gregorio Marañón.** [26]

El Acuerdo del Consejo de Gobierno de 4 de junio de 1998 establece la carrera profesional para facultativos especialistas en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Ésta se constituye como un sistema de reconocimiento de la cualificación profesional en el ámbito de la autonomía de la voluntad de las partes como fuente reguladora de los derechos y obligaciones concernientes a la relación profesional, sin perjuicio del absoluto respeto por el marco laboral legal y convencionalmente establecido, y un instrumento de promoción de los facultativos de este hospital sobre la base de criterios objetivos de actividad asistencial, docente y científica.

Los niveles que la carrera profesional establece son:

NIVEL	DENOMINACIÓN
0	Titulado Superior Especialista
1	Adjunto
2	Especialista Senior
3	Consultor
4	Consultor Senior

La composición de la Comisión de Valoración es la siguiente:

- Presidente: Director de Atención Sanitaria.
- Integrantes del Consejo del Cuerpo Médico.
- Asesor especialista (Comité de Empresa y Junta de Personal).
- Asesor especialista (Colegio de Médicos).
- Asesor especialista (Consejo del Cuerpo Médico).
- Secretario: Subdirector de Personal.

La utilización se plantea en los siguientes términos:

- Incentivo profesional para el médico.
- Reconocimiento de capacitación científico-técnica y de gestión clínica.
- Único sistema de promoción en el hospital.

Como características más relevantes, mencionar su carácter voluntario, el respeto del marco laboral legal, su aplicabilidad a funcionarios de carrera y personal laboral fijo, no poseer numerus clausus, abordar la clasificación según resultados anuales (baremo de

méritos), determinar los perfiles profesionales para cada nivel y exigir contraprestación asistencial (implicación en objetivos).

Evolución:

- Etapa de implantación:

Recogida de solicitudes.
Valoración de la antigüedad.
Creación de una oficina de información personalizada.
Aplicación en nómina desde octubre de 1998.

- Etapa de desarrollo:

Constitución del Comité de Valoración.
Análisis de situaciones especiales.
Propuestas de criterios para reglamento de aplicación.
Convocatoria anual de evaluación.

- Situación actual:

100% del personal fijo acogido al sistema.
Situaciones especiales contempladas.

- **L'Hospital Clínic de Barcelona [27]**

L'Hospital Clínic de Barcelona puso en marcha un Sistema de Promoción Profesional (SPP) para su estamento médico en el año 1996. Este SPP, el primero desarrollado en un centro hospitalario español, se inspira en los principios de lo se denominaba en los años 90 "Carrera Profesional del Personal Facultativo", y concuerda plenamente con el marco establecido por la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias de Noviembre del 2003, donde se la denomina "Reconocimiento al Desarrollo Profesional". Desde la puesta en marcha del SPP, se han diferenciado plenamente las vías de promoción profesional de las de promoción jerárquica dentro del estamento médico. La primera otorga categorías y la segunda puestos de mando.

Se entiende como "promoción profesional" la asunción de una nueva categoría profesional sin que se produzcan cambios en los contenidos del puesto de trabajo. Esta promoción obedece a una valoración objetiva de los méritos profesionales preestablecidos para cada una de las categorías contempladas en el sistema, y establece salarios diferenciados entre ellas.

Categorías profesionales

NIVEL	DENOMINACIÓN
0	Especialista
1	Especialista Senior
2	Consultor - 1
3	Consultor - 2
4	Consultor Senior

Requisitos mínimos para optar a la promoción

La categoría de Especialista corresponde a la de entrada en el SPP. A partir de este momento, los facultativos pueden optar a la promoción cuando cumplen una permanencia mínima de 5 años en esta categoría. En el caso de los especialistas que optan a la categoría de Especialista Senior, también se les reconoce el periodo trabajado como tales en cualquier hospital público de la red sanitaria española. Cuando se consigue la promoción, se debe permanecer 5 años más en la nueva categoría antes de poder optar a la siguiente promoción, y así sucesivamente. En todos los casos, el candidato puede optarse únicamente a la categoría inmediatamente superior a la suya. Las categorías reconocidas no son revisables ni reversibles.

Requisitos para conseguir la promoción

Existe un baremo de valoración de méritos objetivos, diferenciado para cada una de las categorías contempladas en el SPP, que establece los méritos que debe reunir el profesional para acceder a cada una de las categorías. Este baremo, confeccionado por el Comité de Promoción, es conocido por los profesionales del centro y aumenta el nivel de exigencia a medida que aumenta la categoría a la que se opta.

El sistema de valoración incluye 35 parámetros agrupados en 6 grandes apartados (méritos asistenciales, méritos de investigación, méritos docentes, méritos por formación continuada, méritos participativos y méritos por competencias personales). Para conseguir la promoción debe conseguirse alcanzar la puntuación mínima establecida tanto en algunos parámetros como en cada apartado por separado y finalmente la global, suma de la obtenida en cada apartado, correspondientes a la categoría a la que se opta.

Comité de Promoción

El Comité de Promoción está integrado por:

Director Médico que lo preside.

Ocho miembros del cuerpo facultativo, elegidos por sufragio universal de todos los integrantes del estamento médico del hospital.

Un representante del Comité de Delegados Médicos.

Un representante de la Asociación Profesional del Comité de Delegados Médicos.

El Comité elabora y modifica su reglamento interno de funcionamiento, el sistema de evaluación de méritos, lanza las convocatorias anuales de promoción, evalúa a los candidatos y otorga las promociones. Las decisiones referentes a la promoción de los facultativos requieren el acuerdo de un mínimo de ocho de sus once miembros.

5.2. La tecnología

5.2.1. Conceptos básicos

Es obvio que la tecnología sanitaria -entendida como el equipamiento (hardware y software) de diagnóstico, monitorización y soporte a la vida, los sistemas TICs (Tecnología de la información y comunicación) y la farmacotecnia- ha sido actor principal en el progreso de la eficiencia de los procesos asistenciales, en el incremento de su calidad y en el aumento de la seguridad de los pacientes y profesionales. La innovación tecnológica ha sido decisiva en el alcance de procedimientos menos invasivos, la mayor especificidad y calidad del diagnóstico, la reducción de estancias hospitalarias, de los tiempos de recuperación y del incremento de la calidad percibida por los usuarios.

Se puede afirmar así mismo que la innovación clínica está sujeta a la utilización de tecnologías actualizadas y renovables que eviten un índice de obsolescencia fuera de los rangos técnicamente aceptables, y procuren una mayor eficiencia del sistema sanitario mediante diagnósticos más tempranos, reducción de procedimientos redundantes, eliminando procedimientos sin valor añadido, aportando información más precisa para la toma de decisiones, con procesos más simples y seguros, que permitirían reducir los costes de los procesos clínicos.

Sin embargo estas tecnologías que se implantan en los centros sanitarios están sometidas, en lo referente a sus ciclos de vida útil, a una continua aceleración de la innovación y mejora tecnológica; aproximadamente, cada cinco años se generan innovaciones que ofrecen ventajas medibles sobre la generación anterior.

Esta traslación de tecnologías a los activos productivos de los centros debe de ser contemplada como una inversión de estrategia empresarial y no como un gasto; es decir, el análisis económico de las mismas ha de hacerse en términos de coste-beneficio y de criterios de amortización en base a la vida útil del bien y a la aceleración estimada de cambio.

Sin embargo, los centros sanitarios, por lo general, basan su decisión de inversión en tecnología en factores distintos a los comentados en el párrafo anterior. Así, los pertenecientes al sistema público basan su proceso de inversión en la disponibilidad anual de gasto en el Capítulo 6 y los pertenecientes al sector privado en la presión económica sobre el reembolso de actividad. Estos factores, añadidos a la desregularización en la normativa de acreditación basada en estándares de dotación tecnológica para la realización de actividades asistenciales, desincentivan la innovación tecnológica y la someten a la variabilidad de la disponibilidad de recursos económicos, a la prioridad de los profesionales del centro por cierta tecnología quedando obviados los criterios de planificación del activo inventariable.

A estas limitaciones hay que añadir que los centros, tanto públicos como privados, actúan considerando la adquisición y/o renovación como un acto único a los efectos económicos, que se desliga del concepto de gestión integral del activo adquirido durante su vida útil (TCO-Coste Integral de Propiedad)⁹ pues se traslada a otro capítulo de gasto, mantenimiento, asociado al gasto corriente. Esto conduce a definir, en el momento de la adquisición, las especificaciones con el máximo de prestación para reducir la incertidumbre de la capacidad de renovación, aun cuando no sea necesaria o posible su utilización.

En resumen, las organizaciones sanitarias tanto públicas como privadas han mantenido una relación con las compañías farmacéuticas y de tecnología sanitaria del tipo cliente-proveedor, donde se establecen acuerdos basados en precio, capacidad de suministro, rappels por volumen de compra y mantenimiento.

Esta posición, conjuntamente con un entorno económico no favorable, ha conducido a una situación que se resume a continuación.

TECNOLOGÍA DE EQUIPOS (Fuente: Informe publicado en 2014 por la Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria. [28])

Se ha generado una reducción muy significativa en el gasto de equipamiento tecnológico (**Gráfico 6**) tanto como factor de reposición como de innovación. Esta reducción ha planteado un nivel de antigüedad (**Gráfico 7**) del parque tecnológico que le sitúa por encima de los ratios de obsolescencia establecidos por COCIR (European

⁹ TCO. *Total Cost of Ownership*. Modelo que ayuda a las empresas a analizar todos los costes y beneficios relacionados con la adquisición, desarrollo y uso de Tecnologías a lo largo de su ciclo de vida.

Coordination Committee of the Radiological, Electromedical and Healthcare IT Industry) en la que se define el perfil de edad de las diferentes tecnologías de diagnóstico por la imagen y cuyos patrones son:

- Al menos el 60% del equipamiento médico tendrá una antigüedad de instalación inferior a 5 años.
- Menos del 30% del equipamiento tendrá una antigüedad entre 6 y 10 años.
- Como máximo el 10% de la base instalada tendrá una antigüedad superior a 10 años.

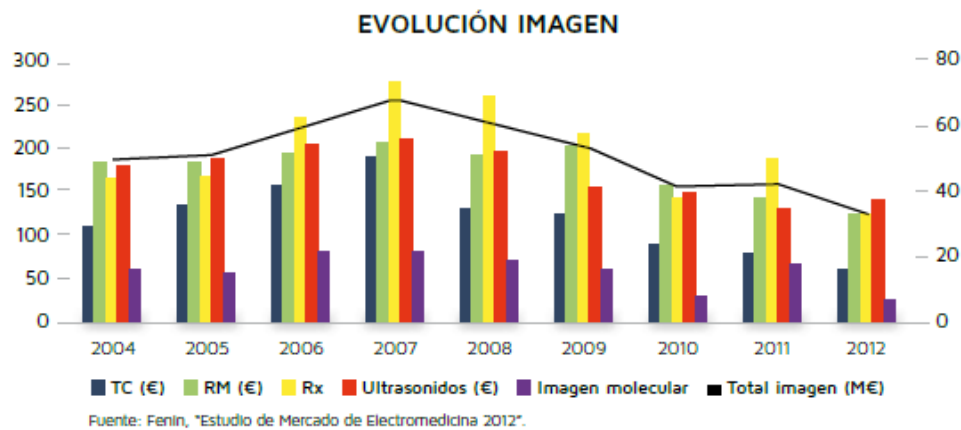


Gráfico 6. Tecnología sanitaria en España, 2013. Evolución del gasto en tecnologías de la imagen. Fuente: Fenin. Estudio de Mercado de electro medicina 2012

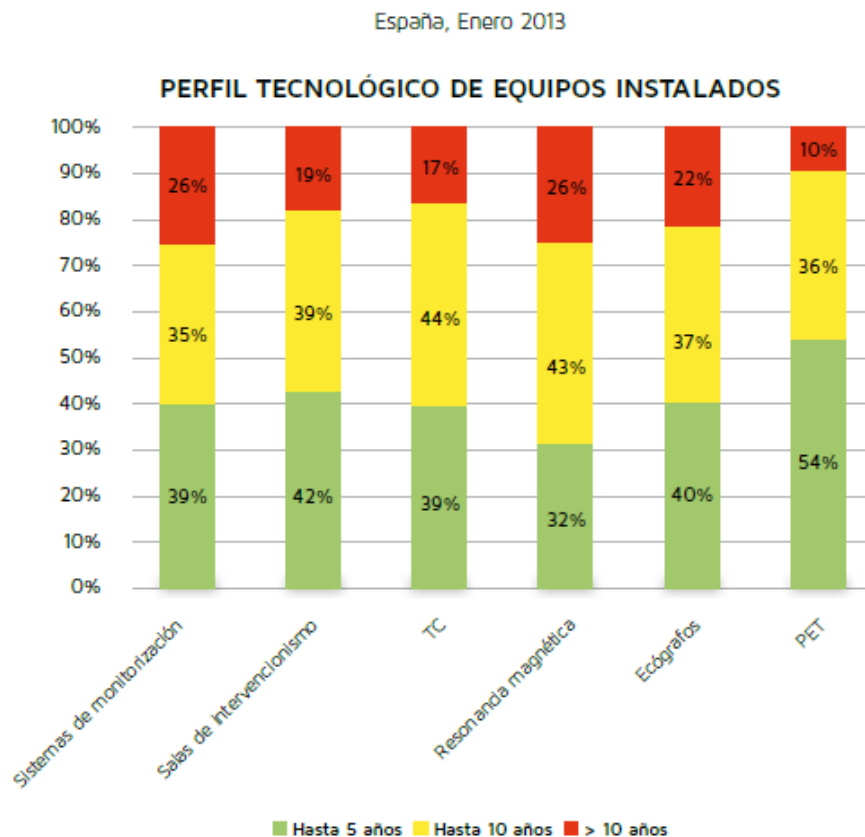


Gráfico 7. Tecnología sanitaria en España, 2013. Perfil tecnológico de quipos instalados Fuente: Fenin. Estudio de Mercado de electro medicina 2012

FARMACIA (Fuente: Boletín de Coyuntura del Mercado del Medicamento en España que elabora mensualmente **FARMAINDUSTRIA.**) [29]

El gasto farmacéutico público per cápita cerró el año 2013 (**gráfico 8**) en un valor de 194,90 euros por habitante y año, muy similar al nivel de esta variable en 2002, a pesar de la notable mejora del arsenal terapéutico aportada por la industria farmacéutica en este periodo y al coste creciente de la innovación en medicamentos.

El gasto farmacéutico público en términos de porcentaje del PIB (**gráfico 9**), que terminó 2013 en un 0,9% de nuestra producción interna, casi 0,3 puntos (un 25%) menos que cuatro años antes y en un nivel que no se registraba en España desde 1994, cuando la cifra de gasto farmacéutico público suponía un 0,92% del PIB española, y año también en el que el PIB per cápita era menos de la mitad del de 2013.

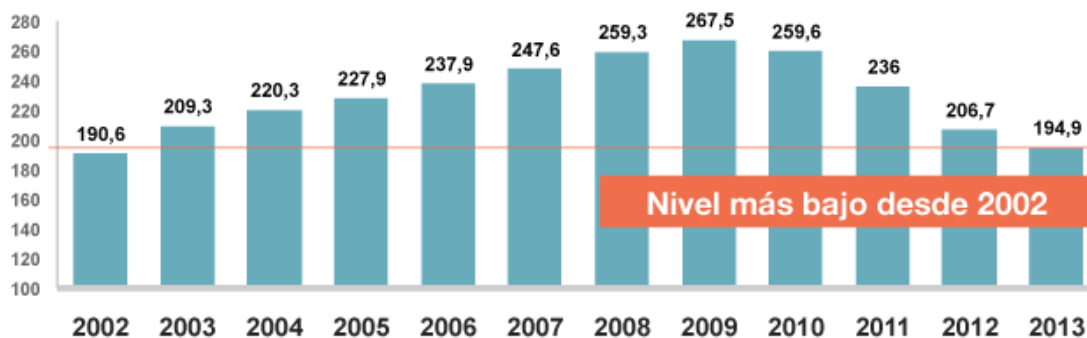


Gráfico 8. Gasto farmacéutico en recetas. €/ cápita

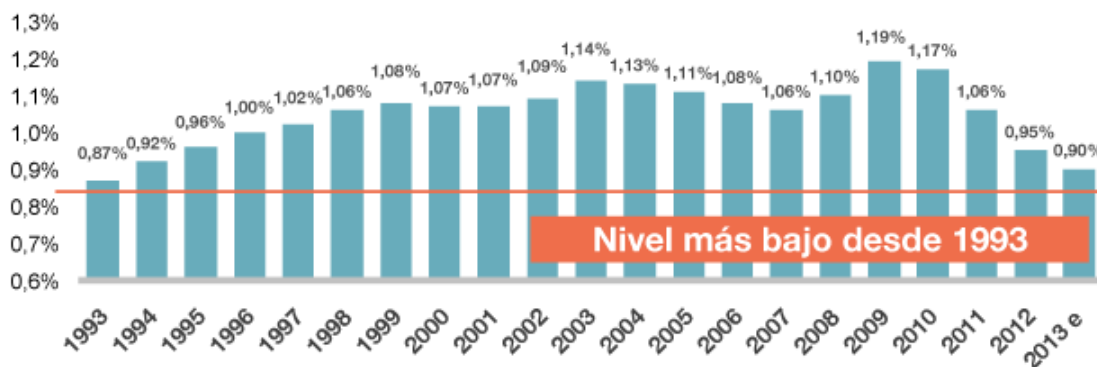


Gráfico 9. Gasto farmacéutico en recetas. % sobre PIB

TICS (FUENTE: Índice SEIS 2012. Sociedad Española de informática de la Salud) [30]

El gasto en Tecnologías de Información y Comunicaciones en la sanidad pública en España en 2012 significa que sólo el 1,25% del gasto sanitario público total se dedica a las TIC.

El 18% del gasto en TIC del sector sanitario se dedica a los Sistemas de Información y que el gasto medio en comunicaciones de datos asciende a 142.540 euros por cada 100.000 habitantes de población protegida.

Todo ello está generando un freno a los procesos innovadores y consecuentemente parece necesario modificar la estrategia de relación cliente-proveedor por la de convertirse en socios estratégicos. Una relación de “Partnership” basada en la confianza mutua y en acuerdos a largo plazo, que contemple la tecnología como una parte del proceso integral de la enfermedad en toda su extensión y no como un factor de diagnóstico y/o tratamiento concreto.

5.1.2. Ejemplos de Estrategias Tecnológicas

- **Organizaciones Sanitarias Integradas: Modelos Organizativos y Alianzas Estratégicas con el Entorno. [31]**

COMUNIDADES AUTONOMAS	ORGANIZACIONES IMPLICADAS	ÁMBITO DEL ACUERDO	CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICA	TIPO DE ACUERDO
Cataluña (2011)	Departamento de Salud, Instituto Catalán de Oncología y Astra Zéneca	Gefitinib (Iressa) para el tratamiento del cáncer no microcítico de pulmón	Financiación en función de los resultados clínicos individualizado	Esquema de Riesgos Compartidos vinculado a resultados
Castilla y León (2010)	Consejería de Salud de la Junta de Castilla y León y Novartis	Formación de médicos generales para la identificación de la Degeneración Macular Asociada a la Edad	Formación on-line tutorizada por el centro de oftalmología IOBA	Modelos de atención
Cataluña (2013)	Catsalut, Hospital Clinic y Ud B Pharma	Centrolizumab pegolino, nuevo medicamento desarrollado para la artritis reumatoide	Financiación en (lindón de la respuesta del paciente (30% no responden)	Esquema de Riesgos Compartidos vinculado a resultados
Madrid (2012)	Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas (CNIO) y Roche	Apoyo a líneas innova - doras de investigación en nuevas estrategias contra el cáncer	Financiación de líneas de investigación emergentes con derechos sobre la licencia de comercialización de los potenciales productos desarrollados	Desarrollo de tecnología y productos

C. Valenciana (2012)	Fundación FISABIO (Consejería de Sanidad) y Vital Aire	Creación de un proceso específico de EPOC y plan de formación	Formación e investigación dentro del marco del Plan Estratégico de EPOC	Modelos asistenciales
Murcia (2011)	Consejería de Sanidad y Política Social y Siemens Healthcare	Partenariado para el equipamiento tecnológico, reposición y mantenimiento de hospitales	Adjudicación mediante el procedimiento de Diálogo Competitivo del equipamiento tecnológico de dos hospitales generales (sistema PPP)	Desarrollo de tecnología y producto
Islas Baleares (2010)	Servicio de Salud de les Illes Balears y General Electric	Partenariado para el equipamiento tecnológico del Hospital Son Espases	Sistema PPP que ha permitido la dotación del equipamiento tecnológico puntero al nuevo hospital	Desarrollo de tecnología y productos

Tabla 7. Modelos organizativos. Fuente: Organizaciones Sanitarias Integradas: Modelos Organizativos y Alianzas Estratégicas con el Entorno. [31]

- **Hospital Líquido, ¿un nuevo modelo de asistencia sanitaria? [32]**

El Hospital Líquido (**figura 19**) es una iniciativa del Hospital Sant Joan de Déu que engloba toda una serie de proyectos relacionados con las nuevas tecnologías y que tienen como objetivo:

- Facilitar la atención de sus pacientes más allá de las paredes del Hospital, allá donde estén.
- Promover el intercambio de conocimientos entre los profesionales de diferentes

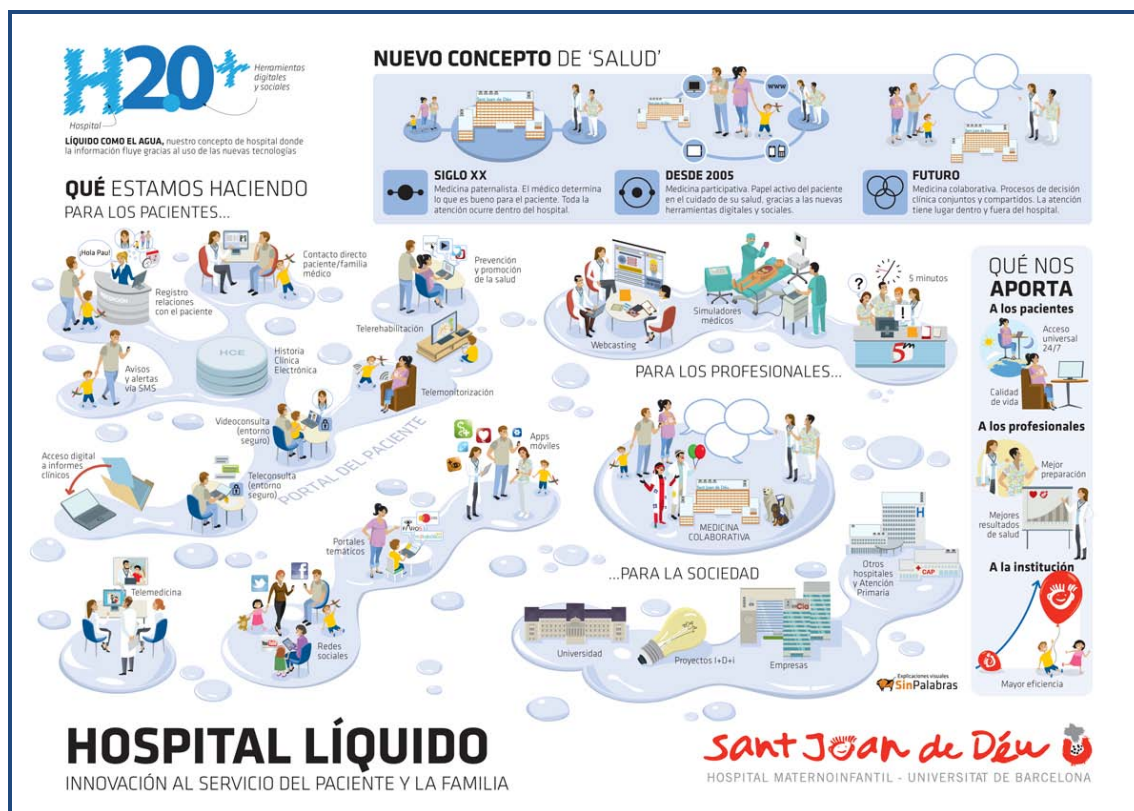


Figura 19. Hospital líquido. H2.O. Fuente: Hospital Sant Joan de Déu

Proyectos centrados en los pacientes

Portal del paciente: el Hospital Sant Joan de Déu está trabajando en la creación de un portal donde los pacientes y sus familias puedan tener acceso, sin tener que salir de casa, a los resultados de determinadas pruebas e informes. Este portal también prevé incorporar servicios de telemedicina como consulta online, teleconsulta, telemonitorización y telerehabilitación.

Guía metabólica (www.guiametabolica.org): portal interactivo en el que las familias de niños afectados de errores congénitos del metabolismo pueden encontrar información rigurosa sobre la enfermedad y compartir su experiencia con otras familias. En este espacio se pueden recomendar tiendas donde comprar alimentos especiales y se pueden compartir recetas adaptadas a las restricciones alimentarias que sufren estos niños, entre otras cosas.

Medical Guard: el Hospital Sant Joan de Déu ha trabajado en la creación de una plataforma digital que permite a los niños y adolescentes diabéticos enviar telemáticamente al Hospital los resultados de los controles de glucemia que se hacen en casa y a la vez hacer consultas a los profesionales de la unidad.

Funny Friends: el Hospital está desarrollando un videojuego que ayuda a los niños con problemas respiratorios a hacer la rehabilitación en casa de una manera lúdica y

que a la vez permite a los profesionales obtener información sobre la evolución de sus pacientes.

Proyectos centrados en los hospitales

Telemedicina: el Hospital Sant Joan de Déu presta servicios compartidos con otros hospitales mediante telemedicina. Especialistas de diferentes especialidades - cardiología, neuropediatría, nefrología, oftalmología, neonatología, terapia fetal y obstetricia y ginecología- mantienen periódicamente sesiones clínicas mediante telemedicina con profesionales de otros centros del Estado para comentar casos de pacientes que son susceptibles de derivar a Sant Joan de Déu y reducir, el máximo posible, el número de desplazamientos de estos pacientes.

Retcam: proyecto pionero en España que tiene como objetivo evitar la ceguera en bebés prematuros que presentan un alto riesgo de sufrir una retinopatía grave. Un técnico del Hospital se desplaza periódicamente a centros hospitalarios de Cataluña con una Retcam –una cámara digital de contacto pensada para oftalmología pediátrica- para tomar imágenes del fondo de ojo de los bebés prematuros nacidos antes de las 32 semanas de gestación o con menos de 1.500 gramos de peso. Las imágenes son enviadas inmediatamente al Hospital Sant Joan de Déu, donde un oftalmólogo experto en esta patología las examina y hace un diagnóstico. Si detecta una retinopatía de alto riesgo, el bebé es trasladado al Hospital Sant Joan de Déu para ser sometido a una intervención mediante laser. Esta iniciativa ha permitido reducir un 93% los casos de ceguera.

Proyectos dirigidos a los profesionales

E-learning y Webcasting: el Hospital imparte cursos por internet e-learning y ofrece la posibilidad a profesionales de todo el mundo de asistir a cursos presenciales que se hace en el centro sin necesidad de desplazarse a Sant Joan de Déu, vía webcasting.

Programa 5 minutos: programa que permite a los profesionales de enfermería del centro actualizar conocimientos, aprender nuevas técnicas y reflexionar sobre el propio trabajo mediante unas sesiones de corta duración que se realizan mediante webcast y que pueden seguir sin moverse de su lugar de trabajo. Durante cinco minutos el profesional referente en un tema concreto expone la información clave y los profesionales que siguen la sesión tienen la oportunidad de hacerle preguntas.

Proyectos dirigidos a la comunicación social

Redes sociales: el Hospital Sant Joan de Déu está presente en las redes sociales para facilitar la comunicación con las familias y la sociedad en general.

Faros (www.faroshjd.net/): plataforma digital que ofrece información contrastada a las familias sobre hábitos saludables para niños y madres.

Aplicaciones móviles: el Hospital colabora con otras empresas en el desarrollo de aplicaciones móviles en el ámbito de la salud.

- **Innovación, tecnología y farmacia: acuerdos de riesgo compartido**

Si existe un campo en el que la innovación está presente, este es el del sector farmacéutico. Y, aunque tradicionalmente sus líneas prioritarias se centran en el desarrollo de nuevas moléculas, son cada vez más frecuentes las extensiones del esfuerzo innovador en el ámbito organizativo del sector sanitario. Tal esfuerzo se destina, por ejemplo, a la búsqueda de fórmulas de colaboración que permitan la incorporación de las terapias más novedosas a la prestación sanitaria, y faciliten asimismo que los procesos de I+D+i, tan costosos en tiempo y recursos, formen parte de la cultura organizativa del sistema, incluso en momentos de graves restricciones presupuestarias.

Dado que el presente trabajo se ha centrado en la presentación de ejemplos de innovación organizativa, el que a continuación se describe está destinado precisamente a la imbricación entre ésta y la tecnológica en el ámbito de los medicamentos. Se trata de los acuerdos de riesgo compartido, cuyo fin es la incorporación de tratamientos innovadores en los casos en que aún no se haya evidenciado suficientemente su efectividad.

La base de los acuerdos de riesgo compartido se halla en el concepto de "reinversión" en sanidad, en el sentido en que se deja de financiar aquel medicamento que no es claramente eficaz o efectivo, para financiar aquellos que sí lo son. Lo novedoso del acuerdo de riesgo compartido es que el fabricante, previo acuerdo con la administración sanitaria, se compromete (asume el riesgo) a hacerse cargo del coste del fármaco si este no cumple los criterios de eficiencia previamente fijados en el acuerdo¹⁰.

El primer ejemplo de riesgo compartido data de 1994, en EEUU, donde una compañía farmacéutica garantizaba devolver el coste de un medicamento para tratar la hiperplasia benigna de próstata al paciente si éste requería cirugía después de un año de tratamiento. A partir de entonces, esta fórmula se iría extendiendo a otras regiones, como Australia y Europa.

Los acuerdos de riesgo compartido llevan implícito, y de ahí gran parte de su interés, el esfuerzo de cambio organizativo a nivel de toma de decisiones, ya que estas han de estar informadas por evaluaciones económicas. Pero, además, las dinámicas afectan a la política de fijación de precios de los fármacos, desplazando el foco desde el precio unitario hacia los beneficios obtenidos en salud, dado un nivel de gasto.

¹⁰ Bajo esta filosofía común, se identifican 6 modelos de "riesgo compartido", a saber: acuerdos de precio volumen, acuerdos globales de retorno o devolución, acuerdos basados en resultados clínicos, acuerdos basados en cumplimiento, y acuerdos de acceso a pacientes.

En términos generales, se entiende que ambas partes consiguen ventajas con estos tipos de acuerdo. Básicamente se podrían resumir en que el financiador consigue tratamientos efectivos para sus pacientes y la industria elude el riesgo de exclusión de los canales públicos, pudiendo planificar la comercialización, costes y beneficios. Esto parece ser así, a la vista de los casos ya existentes, si bien es cierto que en España no se han dado demasiadas experiencias. [33],[34]

A continuación se reproduce parcialmente un resumen (**tablas 8, 9, y 10**) de ejemplos de diferentes tipos de acuerdos de riesgo compartido elaborado por el Grupo de Investigación en Economía de la salud y evaluación económica del Departamento de Economía Aplicada de la Universidad de Murcia, empleada como referencia en este apartado.

Acuerdos de riesgo compartido por cobertura bajo búsqueda de evidencia

Año	País	Indicación	Principio activo (Nombre comercial)	Fabricante	Financiador	Descripción
2004	Australia	Hipertensión arterial pulmonar	Bosentan (Tacleer)	Actelion Pharmaceuticals	Medicare Australia	La compañía realizó un estudio observacional y acordó rebajar el precio si la tasa de mortalidad observada era superior a la prevista
2004	EEUU	Discapacidad intelectual	FED-PET escáner	Varios	CMS	El escáner es financiado para aquellos pacientes con discapacidad intelectual leve o demencia temprana que participen en un ensayo clínico aprobado
2005	EEUU	Pérdida de audición	Implante coclear	Varios	CMS	El coste es financiado si los pacientes están registrados en un ensayo clínico llevado a cabo por el fabricante

Tabla 8. Casos de acuerdos de riesgo compartido. Fuente: Abellán J.M. y cols. Evidencia de los acuerdos de riesgo compartido como fórmula de cobertura de nuevas tecnologías sanitarias

Acuerdos de riesgo compartido basados en resultados

Año	País	Indicación	Principio activo (Nombre comercial)	Fabricante	Financiador	Descripción
2007	Alemania	Osteoporosis	Ácido zoledrónico (Aclasta)	Novartis	Deutsche Angestellten-Krankenkasse (DAK) y Barmer Krankenkasse (BEK)	Novartis cubre el coste del fármaco en caso de que el paciente sufra alguna fractura durante el primer año de tratamiento. A cambio, la aseguradora (DAK) se compromete a reemplazar el tratamiento a dichos pacientes, así como garantizar a Novartis una determinada participación en el mercado de los fármacos para osteoporosis
2008	Reino Unido	Cáncer de colon	Cetuximab (Erbix)	Merck	Primary Care Trusts	La empresa devuelve directamente a los Primary Care Trust el coste de las dos primeras semanas de tratamiento si en dicho plazo el paciente no ha acordado el nivel de respuesta adecuado
2010	España	Hipertensión Arterial Pulmonar	Ambrisentan DCI (Volibris)	GlaxoSmithKline (GSK)	Hospital Universitario Virgen de las Nieves (Granada)	La salud de los pacientes es evaluada al inicio del tratamiento y a las 12 semanas. El Hospital sólo pagará en función del beneficio real que el nuevo fármaco aporte a la salud de los pacientes

Tabla 9. Casos de acuerdos de riesgo compartido. Fuente: Abellán J.M. y cols. Evidencia de los acuerdos de riesgo compartido como fórmula de cobertura de nuevas tecnologías sanitarias

Acuerdos de riesgo compartido por continuación del tratamiento condicionada

Año	País	Indicación	Principio activo (Nombre comercial)	Fabricante	Financiador	Descripción
2005	Australia	Espondilitis anquilosante	Infliximab (Remicade)	Johnson & Johnson	Medicare Australia	El reembolso queda condicionado a una evaluación de la efectividad del fármaco a corto plazo. El reembolso sólo se mantendrá para aquellos pacientes en los que el tratamiento sea efectivo
2005	Canadá	Alzheimer	Galantamina, donepezilo y rivastigmina	Pfizer, Novartis, Johnson & Johnson	Ontario Health Authority	Los pacientes tratados con algunos de estos fármacos tienen acceso al reembolso durante un periodo de tres meses. Después de ese periodo, el reembolso queda limitado a aquellos pacientes cuya enfermedad no ha progresado/deteriorado mientras ha estado tomando la medicación

Tabla 10. Casos de acuerdos de riesgo compartido. Fuente: Abellán J.M. y cols. Evidencia de los acuerdos de riesgo compartido como fórmula de cobertura de nuevas tecnologías sanitarias.

5.3. Los recursos económicos

5.3.1. El gasto sanitario

Es obvio que el sector sanitario está sometido a la influencia de los recursos económicos de que disponen las instituciones para los cambios y potenciar la innovación. Parece interesante analizar cómo se ha generado el flujo de gasto durante los últimos ejercicios y como los factores derivados de la crisis han afectado a los componentes del Sistema Nacional de Salud.

En el documento publicado en agosto de 2014 por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (Gobierno de España) [35], se refleja que el gasto español en sanidad en el intervalo de los años 2008 a 2012 (**tabla 11**), entendido como la suma del financiado por el sector público y el financiado por el sector privado, ha presentado una reducción del 1,5%, producto de la compensación entre el crecimiento en el sector privado de un 3,1% y el decrecimiento en el sector público del 3,2%.

	2008	2009	2010	2011	2012
Gasto Público	70.848	75.355	75.007	72.510	68.607
Gasto Privado	26.244	25.120	25.875	26.312	27.064
Gasto Total	97.092	100.475	100.882	98.822	95.671

Tabla 11. Gasto Sanitario. Millones de euros. España 2008 – 2011

Esta variabilidad se ve reflejada con mayor precisión cuando se analiza la variación interanual (**Gráfico 10**), en la que se puede observar cómo existe una constante compensación entre público y privado.

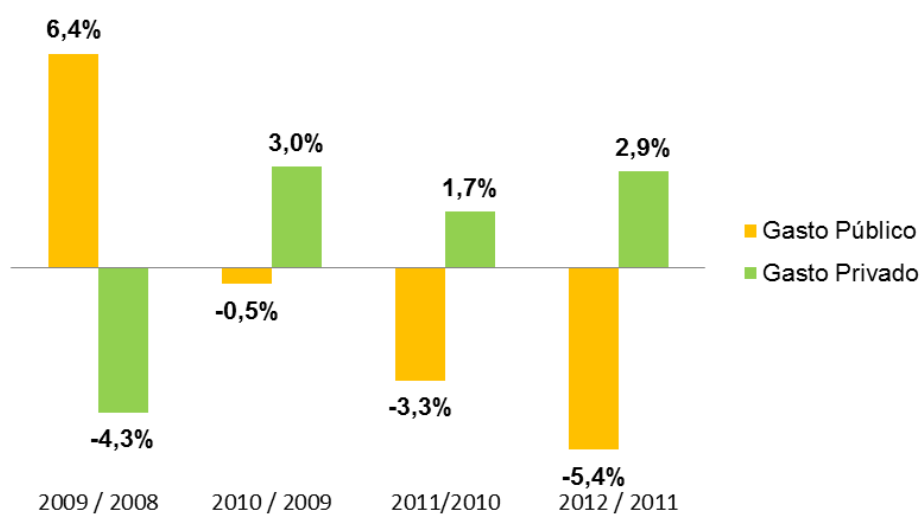


Gráfico 10. Tasa Interanual de gasto en %. España 2008-2012

En esta circunstancia la contribución del sector público, al total del sistema, ha disminuido en un 1,3% (**Gráfico 11**).

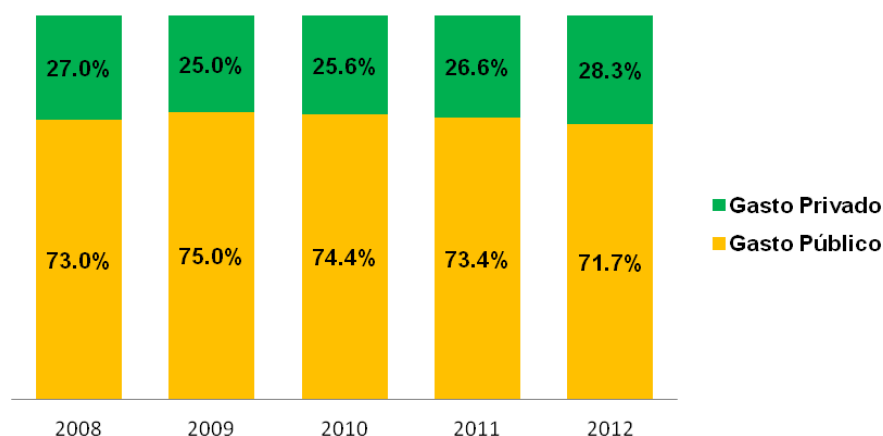


Gráfico 11. Contribución % del gasto sanitario público y privado. España, 2008-2012

Esta reducción en el gasto sanitario español, conjuntamente con el crecimiento de la población, en el entorno de 46 millones de habitantes en 2008 al entorno de 47 millones en 2012, ha generado una reducción de la cápita del 3,8%, pasando de 2.103€ en 2008 a 2.024€ en 2012.

Respecto del gasto público, como es obvio, la distribución (**Gráfico 12**) esta soportada fundamentalmente por las administraciones regionales (Comunidades Autónomas) en un 92%.

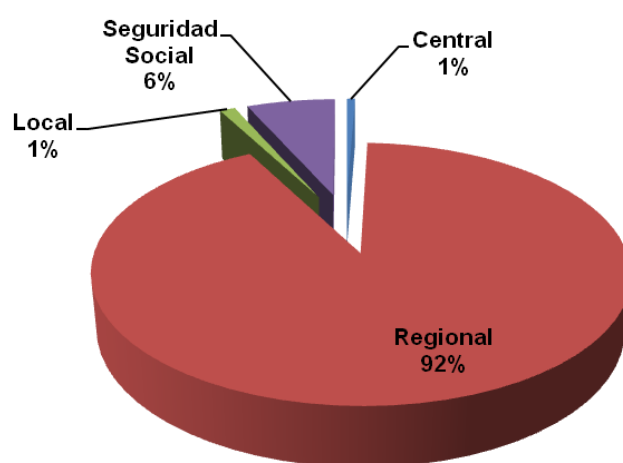


Gráfico 12. Peso de las administraciones públicas. 2012

Respecto del gasto realizado atendiendo a la tipología del proveedor, en el ejercicio 2012, se puede establecer que la atención sanitaria en centros hospitalarios supuso el 42,3% y la atención en centros ambulatorios el 26,6%, con un impacto de la financiación pública (**gráficos 13 y 14**) muy significativa.

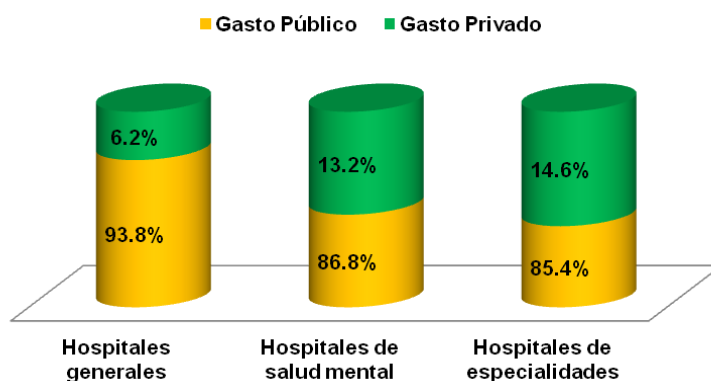


Gráfico 13. Gasto en % de los hospitales según modo de producción. España 2012

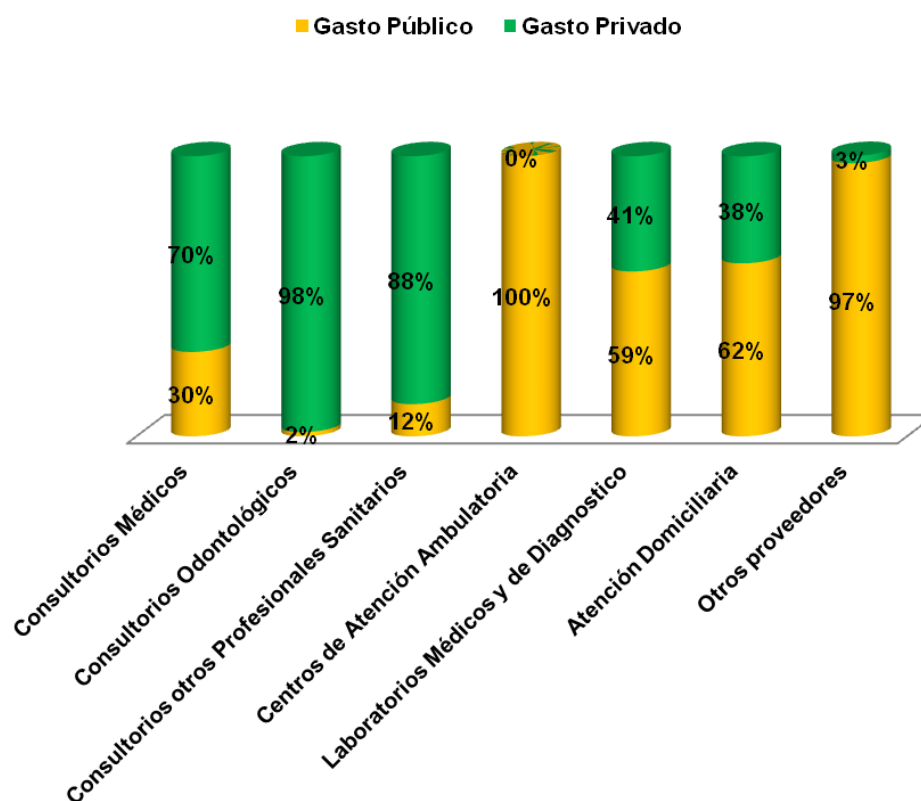


Gráfico 14. Gasto en % de atención ambulatoria según modo de producción. España 2012

Con los datos analizados podríamos establecer algunas conclusiones, que aunque obvias, pueden diseñar el marco estratégico de los procesos de innovación en materia organizativa.

- El gasto público es el motor del gasto sanitario.
- La financiación del gasto en hospitales representa el factor fundamental de las estrategias de mejora en la eficiencia del sistema.
- La estrategia de colaboración entre proveedores públicos y privados, en atención ambulatoria, es inexistente.
- La financiación del gasto sanitario por parte de proveedores privados no parece responder a una relación de “Partnership” sino más bien a una relación de cliente– proveedor.

5.3.2. Ejemplo de Análisis Micro de Estrategia de Gestión Económica

Cuando se pretenden analizar los mayores gastos (Hospitales y Proveedores de Atención Ambulatoria), la información se difumina ya que la estructura de imputación es muy diferente en cuanto a las distintas Comunidades Autónomas y a los hospitales de cada institución territorial, por ello se ha tomado como ejemplo el programa 752 “**HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCE DE OCTUBRE**” [36] dependiente del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) órgano de la Consejería de Sanidad de la Comunidad Autónoma de Madrid, tomando como referencia los presupuestos para el ejercicio 2014.

A nivel del SERMAS los gastos hospitalarios (**gráfico 15**) distribuidos por capítulos y por tipología de gestión arrojan una cierta homogenización, con las siguientes consideraciones:

- En los modelos PFI parte del personal, fundamentalmente el personal administrativo, está adscrito laboralmente a la estructura de la concesionaria; en tanto que en el resto de los modelos pertenece a la propia estructura.
- No se ha considerado el impacto del capítulo 3 gastos financieros ni el capítulo 8 activos financieros ya que en todos los centros están por debajo del 0,1%.

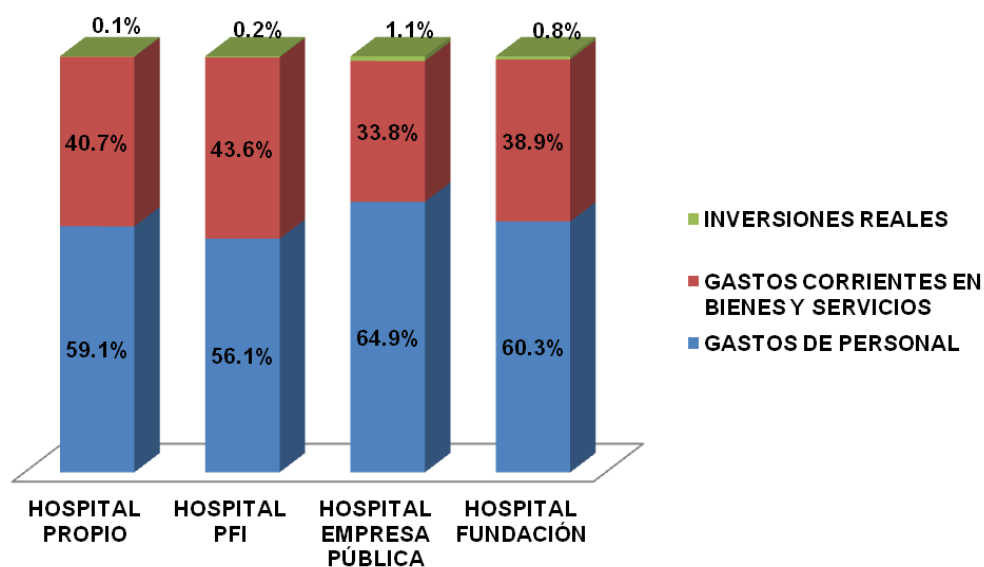


Gráfico 15. Distribución del gasto por capítulos y tipología de gestión.

Respecto al Hospital Universitario Doce de Octubre, la distribución (**gráfico 16**) representa un peso muy significativo del gasto de personal.

La distribución de la plantilla en términos de puestos de trabajo (**tabla 12**) y de gasto (tabla 13) representa un mapa de Stakeholders caracterizado por:

- Un fuerte peso del personal estatutario (67,18 % del gasto).
- Un escaso peso de la retribución por incentivos al rendimiento (13,70% del gasto)
- Predominio de la plantilla de enfermería (47,27%) y del personal no sanitario (21,62%) frente al personal facultativo (16,03%).

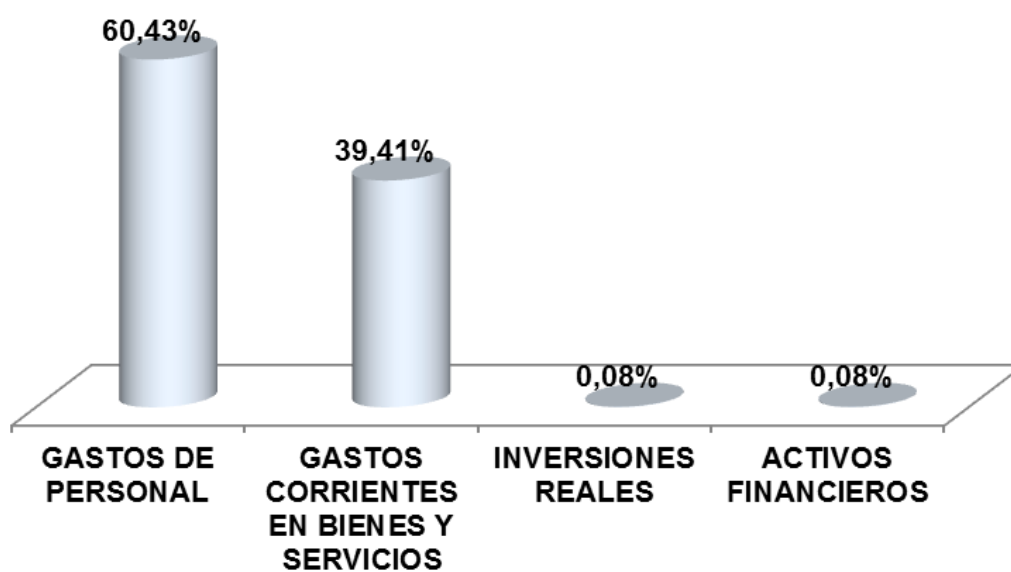


Gráfico 16. Distribución del gasto por Capítulos. HU Doce de Octubre, 2014

	Plantilla	%
Equipo directivo	16	0,25%
Facultativos	1.006	16,03%
Enfermería	2.967	47,27%
Otro personal sanitario	375	5,97%
Personal no sanitario	1.357	21,62%
Personal en formación	556	8,86%
	6.277	

Tabla 12. Plantilla. HU Doce de Octubre, 2014

DISTRIBUCIÓN DEL GASTO DE PERSONAL	%
FUNCIONARIOS	0,18%
LABORALES	0,53%
OTRO PERSONAL. PERSONAL DIRECTIVO	0,28%
INCENTIVOS AL RENDIMIENTO	13,70%
CUOTAS, PRESTAC. Y GTOS. SOC. A CARGO EMPLEADOR	18,13%
PERSONAL ESTATUTARIO	67,18%

Tabla 13. Distribución del Gasto de Personal. HU Doce de Octubre, 2014

Respecto del Capítulo 2 (**tabla 14**) cabe destacar que el peso fundamental está referido al gasto en farmacia y material sanitario que suponen el 76,2% del gasto, conjuntamente con suministros – reparación, mantenimiento y conservación – trabajos realizados por empresas, que supone un 17,5%, es decir estos dos grupos constituyen el 93,6% del gasto del capítulo. Susceptibles ambos grupos de soluciones estratégicas de centralización a través de alianzas o “Partnership”.

DISTRIBUCIÓN DEL GASTO CORRIENTES EN BIENES Y SERVICIOS	%
PRODUCTOS FARMACÉUTICOS	49,05%
MATERIAL SANITARIO	27,15%
SUMINISTROS	8,42%
REPARACIÓN, MANTENIMIENTO Y CONSERVACIÓN	5,91%
OTROS TRABAJOS REALIZADOS POR EMPRESAS Y PROFESIONALES	3,14%
ASISTENCIA SANITARIA Y SERVICIOS SOCIALES CON MEDIOS AJENOS	2,94%
CONVENIOS	0,89%
TRIBUTOS	0,83%
ARRENDAMIENTOS Y CÁNONES	0,68%
TRANSPORTE	0,33%
MATERIAL OFICINA	0,29%
GASTOS DIVERSOS	0,26%
COMUNICACIONES	0,11%
PROMOCIÓN	0,00%
PRIMAS DE SEGUROS	0,00%
INDEMNIZACIONES POR RAZÓN DE SERVICIO	0,00%

Tabla 14. Distribución del Gasto Corriente en Bienes y Servicios. HU Doce de Octubre, 2014

Por último, el capítulo de inversiones que arroja un valor de 316.540€ en la partida de reposición o mejora de equipamiento médico y de rehabilitación, representa un valor ínfimo para un hospital con unos recursos materiales que se pueden resumir en la **tabla 15**.

EQUIPAMIENTO	UNIDADES
Camas	1.322
Quirófanos	38
Paritorios	5
Locales de Consulta	348
Hospital de Día (puestos)	105
Hemodiálisis (puestos)	12
Mamógrafos	3
TAC	5
RMN	3
Ecógrafos	47
Sala convencional de Rayos X	20
Telemando	8
Tomografía por emisión de positrones	1
Acelerador lineal	2
Planificador	2
Simulador	2
Gammacámara	4
Litotriptor	1
Angiógrafo digital	2
Sala de hemodinámica	5
Equipos Radiología Intervencionista	2

Tabla 15. Recursos materiales. HU Doce de Octubre.2014

6. CONCLUSIONES

Este texto ha pretendido ilustrar diferentes ámbitos de la innovación organizativa en el ámbito sanitario, en unas ocasiones de forma más teórica, en otras de forma más empírica, y con un nivel de análisis también variable según el tema tratado. A modo de “collage” de mensajes, el lector ha sido invitado a pensar en torno a los temas expuestos y a buscar algunas respuestas que el texto no da en torno a muchas de las cuestiones planteadas, que quedan abiertas. Pensamos que este es un buen ejercicio para alguien que quiere acercarse a la innovación; ejercicio que está implícito a lo largo de todo el cuaderno de trabajo.

En todo caso, y para cerrar el mismo, se presenta, a modo de recordatorio, un listado de las ideas más relevantes:

- *“Es, en efecto un dato histórico fácilmente verificable que las respuestas públicas al reto que en cada momento ha supuesto la atención a los problemas de salud de la colectividad han ido siempre a la zaga de la evolución de las necesidades sin conseguir nunca alcanzarlas, de manera que se ha convertido en una constante entre nosotros la inadaptación de las estructuras sanitarias a las necesidades de cada época.”*

(Preámbulo de la Ley General de Sanidad (Ley 14/1986 de 25 de Abril),

- *“Nadie se atreve a lidiar el toro de la Sanidad.” (Frase atribuida a Fernando Abril Martorell).*

- *Así, la innovación puede llegar a ser un proceso de bastante complejidad, exigente en tiempo y recursos de diferentes tipos. En el caso concreto de España, cuando se habla concretamente de innovaciones organizativas en el sector sanitario, sorprende al escuchar en detalle en torno a las mismas, que la mayoría se contemplan en la historia ya no tan reciente de nuestra organización sanitaria.*

- *Es obvio que la innovación en materia organizativa ha de estar enfocada bajo el prisma de la estrategia de modulación del cambio y teniendo muy en cuenta que el éxito dependerá de los comportamientos y acciones que se suponga van a emprender los stakeholder de la organización*

- *Porque el cambio como diferencia entre dos hechos objetivos (ruptura del statu quo), supone, para casi todos, abandonar o al menos modificar una zona de confort y un miedo al fracaso, al rechazo y/o a la pérdida de poder.*

- *Como ejemplo de organización horizontal significativa se puede tomar el Hospital Universitario Clínic de Barcelona, en el que se resalta “el Hospital Clínic de Barcelona ha centrado su desarrollo actual en un modelo asistencial basado en la organización enfocada al paciente en forma de institutos y centros. De esta manera, realiza una asistencia lo más personalizada posible, avanza hacia una gestión descentralizada e*

implanta progresivamente el modelo de gestión clínica o managed care, con responsabilidad creciente de los profesionales sanitarios en la gestión de recursos”.

- Entre los requisitos imprescindibles para el éxito de la innovación organizativa se halla la preparación de los recursos humanos para tal innovación, porque de alguna manera las profesiones también se hacen innovadoras cuando el marco en el que desempeñan sus labores lo hace. Los precursores del modelo de OSSIS, conscientes de ello, han promovido y divulgado el cambio de cultura, y existe documentado todo un trabajo previo de experiencias con profesionales y pacientes de cara a la implantación de la cultura del cambio en todos los agentes implicados en el mismo.

- Existen otros términos de debate al respecto que no serán abordados en esta sección, pero, en todo caso, sería buena la reflexión en torno a si el modelo de UGCs descrito (en su día innovador) se ha implantado en las condiciones adecuadas y a quién o quiénes, en el mapa de "stakeholders", les correspondería actuar para que la introducción del cambio sea finalmente percibida como un éxito por un mayor número de agentes implicados, especialmente por los clínicos.

- “Cuanto más específico es el servicio mayor será la necesidad de control y menos factible la externalización. La línea deberá ser la de alianzas estratégicas o la gestión directa” .

- Una vez revisadas las posibles fórmulas de integración, y en base a las experiencias de los últimos años en el seno del Sistema Nacional de Salud, (especialmente en la Comunidad Autónoma de Madrid), se considera que una de las figuras que podría ser más adecuada en el actual contexto sería la Alianza Estratégica entre centros.

- Uno de los factores más trascendentales para la ejecución de las estrategias del cambio es la organización de los recursos humanos, tanto por ser los profesionales la base del conocimiento del sector sanitario, como por el elevado impacto económico que el factor humano produce en el sistema sanitario, dadas sus características productivas.

- Ante el peso que supone el colectivo asistencial (en torno al 60% de la plantilla) sería necesario establecer estrategias que conduzcan a la gestión de personas (profesionales sanitarios) en vez de continuar con la concepción de recursos humanos. Esto significa diferenciar claramente, dentro de los profesionales sanitarios, las dos facetas claves:

- Desarrollo y capacitación en las funciones de la atención sanitaria.*
- Desarrollo y capacitación en las funciones directivas de la organización.*

- Los centros sanitarios, por lo general, basan su decisión de invertir en tecnología en factores distintos. Así, los pertenecientes al sistema público basan su proceso de inversión en la disponibilidad anual de gasto en el Capítulo 6 y los pertenecientes al sector privado en la presión económica sobre el reembolso de actividad. Estos factores conjuntamente con la desregularización en la normativa de acreditación basada en

estándares de dotación tecnológica para la realización de actividades asistenciales, desincentivan la innovación tecnológica y la someten a la variabilidad de la disponibilidad de recursos económicos, a la prioridad de los profesionales del centro por cierta tecnología y no por criterios de planificación del activo inventariable.

- Los acuerdos de riesgo compartido, llevan implícito, y de ahí gran parte de su interés, el esfuerzo de cambio organizativo a nivel de toma de decisiones, ya que estas han de estar informadas por evaluaciones económicas. Pero, además, las dinámicas afectan a la política de fijación de precios de los fármacos, desplazando el foco desde el precio unitario hacia los beneficios obtenidos en salud, dado un nivel de gasto.

- Sobre recursos económicos:

El gasto público es el motor del gasto sanitario.

La financiación del gasto en hospitales representa el factor fundamental de las estrategias de mejora en la eficiencia del sistema.

La estrategia de colaboración entre proveedores públicos y privados, en atención ambulatoria, es inexistente.

La financiación del gasto sanitario por parte de proveedores privados no parece responder a una relación de “Partnership” sino más bien a una relación de cliente– proveedor.

La intención final de todas las definiciones, conceptos, razones, ventajas e inconvenientes, estrategias y medios de evaluación expuestos a lo largo del documento es que el conjunto de ideas ofrecidas a través de ellos permita o ayude a que el lector establezca sus propias conclusiones en torno a los temas más relevantes asociados a la innovación organizativa. O, al menos despertar el interés por los mismos de cara a una reflexión y estudio más profundo de estas áreas. Pero, especialmente, se invita al lector a ser crítico con los casos de innovación organizativa que aparecen en éste y otros textos, porque ello es la auténtica clave para la continuidad del cambio.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. West M., Farr J.L. The social psychology of innovation in groups. En: Innovation and creativity at work. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd. 1990; pp. 3-13.
2. Oteo LA, Repullo JR. La innovación en los servicios sanitarios; consideraciones desde la perspectiva del Sistema Nacional de Salud español. Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI. 2003; Vol.1 num. 2.
3. Santos M. El cuadro de mando integral para la gestión estratégica en las entidades hospitalarias. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales. Departamento de Economía Financiera y Contabilidad II. 2004.
4. Figueras J. and McKee M. editors. Health Systems, Health, Wealth and Societal Well Being. European Observatory on Health Systems and Policies 2012 [Online]. Disponible en: <http://www.euro.who.int/en/who-we-are/partners/observatory> . Acceso: 5-03-2015.
5. Rico A. Reformas organizativas en Atención Primaria para adaptarse al reto de la Atención Integrada. Foro de debate Gestión Clínica 2.0. Nuevas perspectivas para una década. 13 de Octubre de 2009. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada.
6. Ortún V. (Dir). Integración asistencial: fundamentos, experiencias y vías de avance. Masson. Barcelona. 2006.
7. Font D, Piqué JM , Guerra F, Rodés J. Implantación de la gestión clínica en la organización hospitalaria. Medicina Clínica. Vol. 130 Núm. 09. Marzo 2008. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-implantacion-gestion-clinica-organizacion-hospitalaria-13117352> . Acceso: 10-1-2015.
8. Institutos, Centros y Servicios. Hospital Universitari Clínic Barcelona. Disponible en: <http://www.hospitalclinic.org/es/el-clinic/modelo-organizativo/institutos-centros-y-servicios> . Acceso: 10-1-2015.
9. Gestión Clínica en los Centros del INSALUD. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD. 2001. Disponible en: http://www.ingesa.msc.es/estadEstudios/documPublica/pdf/gestion_clinica.pdf . Acceso: 10-1-2015.
10. Vázquez M.L, Vargas I. Organizaciones sanitarias integradas. Un estudio de casos. 1ª Reimpresión. Consorci Hospitalari de Catalunya. Barcelona; 2009.

11. Jáuregui M.L. Experiencia en el País Vasco: Organización Sanitaria Integrada. OSI Goierri-Alto Urola. Osakidetza. 2013 [Online]. Disponible en: <http://www.fundaq.org/imagenes/cargaweb/files/ExperienciaenelPaisVasco.pdf>. Acceso: 10-01-2015
12. Camprubí J. Gestión Clínica de la Efectividad Clínica. En: Una nueva forma de trabajar...Mirando al futuro. III Congreso de Gestión Clínica. Una nueva forma de trabajar que mejora las decisiones. Madrid: Fundación Gaspar Casal. 2011; pp79-85.
13. Minué S. Gestión Clínica de la Efectividad Clínica. En: Una nueva forma de trabajar...Mirando al futuro. III Congreso de Gestión Clínica. Una nueva forma de trabajar que mejora las decisiones. Madrid: Fundación Gaspar Casal. 2011; pp 129-132.
14. Haciendo Gestión Clínica en Atención Primaria. Servicio Andaluz de Salud. Plan Estratégico. 2000; pp 13-16. [Online]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/datos/21/pdf/GESTION.pdf>. Acceso: 10-1-2015.
15. García P. Los servicios generales en modelos de gestión directa e indirecta. Unidad didáctica. Master Universitario en Administración Sanitaria. Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED) y Escuela Nacional de Sanidad – Instituto de Salud Carlos III (ENS – ISCIII).
16. T.Espino, V. Padrón. La Decisión de externalizar servicios bajo una Perspectiva Estratégica. Una Aplicación Empírica. Universidad de las Palmas de Gran Canarias. Revista Europea de Dirección y Economía de las Empresas, Vol. 14, núm.3. 2005; pp.59 – 80.
17. Jurado J. y cols. Autogestión en la Atención Primaria española. Análisis de situación, de condicionantes y de posibles escenarios que introduce este modelo asistencial, así como de sus consecuencias a corto y medio plazo. Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. 2010.
18. Ledesma A. Entidades de Base Asociativa: un Modelo de Provisión Asistencial Participado por los Profesionales Sanitarios. Valoración Actual y Retos Futuros. Revista de Administración Sanitaria 2005; 3(1):73:81.
19. Memoria 2012 eap Sardenya. [Online] Disponible en: http://www.eapsardenya.cat/memories_eap.html. Acceso: 21-11-2014
20. F. Agullo. Las alianzas estratégicas, una respuesta a la demanda global. Revista de Economía Industrial. Nº 331/05.2000.

21. J. Raventós, J. Varela. Un equipo, dos hospitales. Alianzas estratégicas entre Instituciones. Disponible en:
<http://www.hospitaldelmar.cat/mar/aliances%20estrategiques.pdf> . Acceso: 10-1-2015.
22. Alianzas Estratégicas. Fundación Hospital de l'Esperit Sant. Disponible en:
http://www.hospitalesperitsant.com/fhes/es_aliances-estrategiques/ . Acceso: 10-1-2015.
23. Plan de Ordenación de Recursos Humanos del Servicio Madrileño de Salud. Dirección General de Recursos Humanos. Consejería de Sanidad. Comunidad Autónoma de Madrid. 2013. Disponible en:
http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1354190900347&pagename=PortalSalud/Pag e/PTSA_pintarContenidoFinal . Acceso: 10-1-2015.
24. Presupuestos por Programas de la Consejería de Sanidad 2013. Consejería de Economía y hacienda. Comunidad Autónoma de Madrid. Disponible en:
http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_Publicaciones_FA&cid=1354376863230&idConsejeria=1109266187242&idListConsj=1109265444710&idPagina=1343067104390&language=es&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura&site=ComunidadMadrid&sm=1343069714637 . Acceso: 10-1-2015.
25. J. García. Modelos de incentivación y la carrera profesional. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. v.26 n.1 Madrid. 2006; ene.-mar.
26. Carrera Profesional para Facultativos Especialistas. Consejo de Gobierno. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Disponible en:
http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142398254594&pagename=HospitalGregorioMaranon/Page/HGMA_contenidoFinal . Acceso: 10-1-2015.
27. Promoción Profesional. Dirección Médica. Hospital Clínic de Barcelona. Disponible en: <http://www.hospitalclinic.org/es/profesional/direccion-medica/promocion-profesional> . Acceso: 10-1-2015.
28. PERFIL TECNOLÓGICO HOSPITALARIO EN ESPAÑA. Sector de Tecnología y Sistemas de Información Clínica. Diciembre 2013. Disponible en:
http://panelfenin.es/uploads/fenin/documento_estudios/pdf_documento_8.pdf . Acceso: 10-1-2015.
29. El mercado del medicamento en España. Boletín de Coyuntura nº 105. Farmaindustria. Enero 2014. Disponible en:
<http://www.farmaindustria.es/web/documento/boletin-de-coyuntura-no-105/> . Acceso: 10-1-2015.

30. Primer Estudio del Gasto TIC en Sanidad en España. Índice SEIS del gasto TIC en el sector sanitario en España. Sociedad Española de Informática de la Salud y ComputerWorld. Disponible en: <http://sanidad.computerworld.es/sanidad/primer-estudio-del-gasto-tic-en-sanidad-en-espana> . Acceso: 10-1-2015.
31. Relaciones con Proveedores. Posibilidades de Alianzas con las Compañías Farmacéuticas y las de Tecnología Sanitaria. ORGANIZACIONES SANITARIAS INTEGRADAS: MODELOS ORGANIZATIVOS Y ALIANZAS ESTRATÉGICAS CON EL ENTORNO. Antares Consulting, Societat Catalana de Gestió Sanitària, Bayer HealthCare. Disponible en: <http://www.antares-consulting.com/uploads/TPublicaciones/73b5cd2b6bc5148c117f68db4d7eff2a4f03f68f.pdf> . Acceso: 10-1-2015.
32. El Hospital Líquido. Hospital Sant Joan de Déu. Disponible en: http://www.hsjdbcn.org/portal/es/web/hospital_liquid . Acceso: 10-1-2015.
33. Aritzi I. Contratos de riesgo compartido en el sector farmacéutico. Tesis doctoral. La Rioja. Universidad de la Rioja. Departamento de Economía y Empresa. 2012.
34. Abellán JM, Garrido S, Martínez E, Sánchez F. Evidencia de acuerdos de riesgo compartido. Informe correspondiente al *Proyecto sobre Economía de la Salud*, Convenio de Colaboración suscrito con fecha 14 de diciembre de 2010 entre la C.A.R.M.-Consejería de Sanidad y la Universidad de Murcia, en materia de Evaluación y Mejora de la Calidad Asistencial (EMCA).
35. Sistema de Cuentas de Salud 2012: Principales Resultados. Subdirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Fondo de Cohesión del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Gobierno de España. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/SCSprincipalesResultados.pdf> . Acceso: 10-1-2015.
36. Programa 752 “HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCE DE OCTUBRE” dependiente del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS). Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_Publicaciones_FA&cid=1354376451795&idConsejeria=1109266187242&idListConsj=1109265444710&idPagina=1343067104390&language=es&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura&site=ComunidadMadrid&sm=1343069714637 . Acceso: 10-1-2015.

