

BIGS

BOLETÍN INNOVACIÓN Y GESTIÓN SANITARIA

Núm. 11 | Marzo



OPINIÓN

Escenarios de futuro
para la medicina familiar
en el Reino Unido

ARTÍCULO

Surfing and diving

El largo plazo en la aplicación de
la tecnología digital a la salud

ARTÍCULO

Los acuerdos de partenariatado

ARTÍCULO

¿Público o privado?

4 aclaraciones para el próximo
debate sobre la gestión sanitaria

Una publicación de



Comprar
innovación
en TIC
Una realidad compleja

INICIAMOS UN NUEVO AÑO de la iniciativa BIGS. Con este número intentamos hacer una introducción en temas relacionados con modelos de compra de innovación. Los modelos de compra pública innovadora son una propuesta de reciente implementación que presenta luces y sombras. Modelos de riesgo compartido, compra pública innovadora o compra precomercial son fácilmente soportados sobre el papel pero presentan mayor complejidad en su ejecución. Definición del activo comprado, de los resultados obtenidos o de los diferentes roles de los actores son algunos de los aspectos que están en la complejidad de su ejecución. El tema puede parecer alejado del día a día de los directores de Equipos de Atención Primaria pero desde el comité editorial creemos que es importante tener alguna idea sobre estos modelos de compra que poco a poco se irán implementando.

Como podéis ver también introducimos una aproximación interesante sobre los posibles escenarios de futuro en la medicina familiar en el Reino Unido, ¿qué pasará en nuestro entorno cercano? Os animamos a comentarlo *online*.

Escenarios de futuro para la medicina familiar

en el Reino Unido



El **Royal College of General Practitioners** británico publicó el año pasado un documento importante sobre su visión de la profesión con el horizonte puesto en el 2022. Cabe recordar que, hace apenas un año, el **Royal College of Physicians** se adelantó con un informe sobre el hospital del futuro que no estuvo exento de polémica,

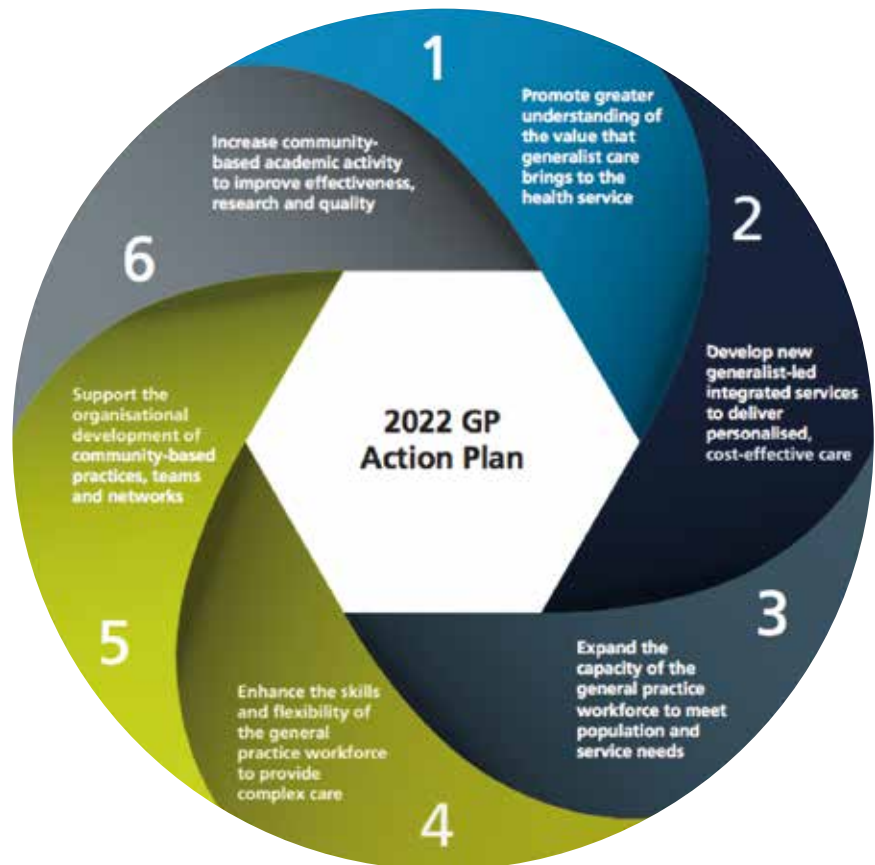
debido a que los médicos de familia se quejaron de que aquella visión estaba demasiado centrada en el hospital; y quizá por eso ahora hemos visto editado otro documento de futuro desde la perspectiva de la atención primaria. Pues, bienvenida la polémica.

El nuevo informe de los **General Practitioners (GP)** es muy completo y merece que se le preste atención, aunque sea con algunas pinceladas para incitar a su lectura.

¿POR QUÉ SE DEBE PRIORIZAR LA ATENCIÓN PRIMARIA POR ENCIMA DE LA ESPECIALIZADA?

Las dos casillas superiores de la figura inferior (extraída del original) sirven para destacar la eficiencia de la atención primaria y vienen a decir en pocas palabras que "con poco hacemos mucho". Para el cálculo de la casilla azul, se ha estimado que el coste por habitante y año de la adscripción a un médico de familia es de 80 libras, lo cual, con cifras británicas viene a ser un 10% del coste de una estancia en el hospital.

Pero lo que más destaca son las dos casillas inferiores. Fíjense en la que afirma que por cada GP de más, por 10.000 habitantes, la mortalidad de la población se reduce en un 6%. En esta misma línea, Elliot Fisher, un colaborador de John Wennberg, escribió en el libro *Overtreated* de Shannon Brownlee, que en los estudios de "The Dartmouth Atlas" en EEUU, se había observado que en los territorios con más médicos de familia y menos especialistas, los resultados de salud eran mejores.



EL PLAN DE ACTUACIÓN PREVISTO POR EL RCGP PARA EL 2022

A modo de síntesis del documento, el gráfico superior muestra las 6 líneas del plan de actuación:

1. Promover el valor de la práctica clínica, que incluye el concepto de dedicar más tiempo profesional a las cosas que importan.
2. Promover la atención centrada en el paciente, elaborando más materiales de apoyo para la decisión clínica compartida.
3. Desarrollar las habilidades de los médicos para poder dedicarse a las necesidades reales de la población.
4. Convertir los médicos de familia en el eje de los problemas clínicos complejos cuando deban intervenir varios especialistas, y si esto no es posible conseguir estar implicados en todas las decisiones que los especialistas puedan tomar sobre sus pacientes.
5. Saber apoyar el despliegue de servicios comunitarios.

6. Promover la actividad académica comunitaria para mejorar la efectividad, la investigación y la calidad.

El documento está elaborado desde la perspectiva de la profesión de médico de familia y desde el Reino Unido, pensando en cómo mejorar la efectividad clínica en tiempos de aumento de la multicronicidad y de la fragilidad geriátrica. El otro informe, el del hospital del futuro, va en la línea de prever nuevos modelos organizativos más adaptados a los nuevos tiempos. En resumen, diferentes maneras de levantar la mirada más allá del lodazal de la crisis. ■

T Jordi Varela Consultor especializado en gestión clínica. Médico de familia y ex Gerente de varios hospitales del sistema público. Colaborador docente de ESADE.

Referencias

The 2022 GP: a visión for general practice in the future NHS.
<http://www.rcgp.org.uk/campaign-home/-/media/Files/Policy/A-Z-policy/The-2022-GP-A-Vision-for-General-Practice-in-the-Future-NHS.aspx>



Surfing and diving

El largo plazo en la aplicación de la tecnología digital a la salud

La imagen con la que se abre esta reflexión propone una sencilla metáfora para visualizar y situar la contribución a largo plazo de la tecnología digital en mejorar la prestación de servicios de salud. Si nos imaginamos la prestación de servicios de salud como un mar, las olas sucesivas de la superficie representarían las múltiples oportunidades que se empujan y se suceden al igual que las olas.

No nos podemos limitar sin embargo a mirar solamente la ola inmediata que se deshace en la arena, y que presenta oportunidades evidentes (telemedicina, historia clínica electrónica, etc.), ni tan sólo las olas que vienen detrás con nuevos *gadgets* y mejoras, hay que entender las corrientes de fondo que provocan las olas en la superficie (el modelo del iceberg en clave mediterránea).

Existen múltiples corrientes de fondo, algunas las genera el propio sistema de salud mientras que otras están asociadas a la tecnología y a la sociedad. Estas corrientes pueden coincidir y sumarse acelerando ciertas tendencias, o pueden chocar y frenar desarrollos potenciales.

A continuación se proponen algunas olas y algunas corrientes de fondo; el lector sabe sin embargo que las olas no paran y que las corrientes nunca se conocen del todo.




OLA 1: TECNOLOGÍA BASADA EN LA EVIDENCIA.

La tecnología digital permitirá resolver uno de los retos importantes que enfrentan los servicios de salud, y que se puede resumir como “poner al paciente en el centro”, integrando la atención social, la salud de familia y la medicina especializada. Todo apunta en esa dirección aunque queda mucho trabajo por hacer. En una encuesta reciente, al preguntar por el valor de lo que se ha hecho hasta la actualidad en la digitalización de la salud, el 80% de los profesionales del sistema consideran que no es relevante ni en términos de calidad del diagnóstico o del tratamiento ni en la reducción de errores médicos.

OLA 2: SERVICIOS AUMENTADOS.

Datos, dispositivos y conectividad, que configuran la primera ola, son la base para mejorar y adaptar los servicios de salud a las nuevas capacidades proporcionadas por una sociedad en red. Pero eso no es más que el principio, ya que la tecnología permite “aumentar” los servicios de salud gracias a nuevas funciones, información y apoyo que los pacientes y profesionales de la salud reciben.

“Su píldora le vigila” afirma el anuncio de una pastilla experimental dotada de RFID (identificación por radiofrecuencia). Imaginemos por un momento las cosas que podrían cambiar si el profesional pudiera disponer de datos en tiempo real sobre la adherencia de su paciente al tratamiento. Los servicios aumentados permitirán intensificar a bajo coste la atención y el apoyo a los pacientes alineando servicios de salud y entorno del usuario. Los servicios aumentados tienen otra derivada fundamental, relacionada con la relevancia para la investigación y la innovación de los datos generados.

 La tecnología digital permitirá “poner al paciente en el centro”, integrando la atención social, la salud de familia y la medicina especializada.

OLA 3: DESARROLLO DE COMUNIDADES DE APRENDIZAJE.

La tercera ola está relacionada con maximizar las oportunidades de aprendizaje de los profesionales y los pacientes. La tecnología digital contribuirá a la captura y valorización del conocimiento tácito de los profesionales. La formación clásica que conocemos será reemplazada a medio plazo por la auto-organización de comunidades en las que el aprendizaje se producirá de forma natural.

CORRIENTE 1: AFRONTAR LA CRONICIDAD


El gasto en salud debería crecer con el aumento de la esperanza media de vida, y al ritmo que imponga el sumatorio de enfermedades crónicas diagnosticadas por paciente. A los 60 años, el 70% de la población tiene al menos una enfermedad crónica, pero a los 85 años al menos la mitad de la población acumula cuatro o más enfermedades crónicas. En este contexto ¿qué servicios de salud se podrían gestionar de forma asíncrona? ¿qué supondría examinar de forma sistemática el nivel de conocimiento de un paciente en relación a su salud? Hay un montón de preguntas a discutir.

CORRIENTE 2: INNOVACIÓN

Es consabido que debilidades endémicas en la gestión y en la prestación de los servicios de salud coexisten con la excelencia científico-técnica en las diversas especialidades médicas. Los problemas que se derivan de las ineficiencias en los diversos niveles de la gestión sanitaria son por un lado directamente de orden económico, pero lo más grave es que son un freno a la propia mejora del sistema de salud.

La sostenibilidad económica del sistema de salud pasa ineludiblemente por innovar, eliminando distancias, optimizando tiempos y aprovechando la ubicuidad de la información. La tecnología sigue aumentando sus prestaciones al mismo ritmo al que reduce precios y tamaño.

Los países menos desarrollados, en proceso de creación de sus servicios nacionales de salud, van a ofrecer salud a sus ciudadanos mediante una aplicación intensiva de las tecnologías digitales; no tienen otro remedio. La telemedicina de quiosco ya conecta al médico, desde su oficina central, con los pacientes en su lugar de residencia o de trabajo.

 La tecnología digital permitirá “poner al paciente en el centro”, integrando la atención social, la salud de familia y la medicina especializada.

CORRIENTE 3: ACELERACIÓN DEL CONOCIMIENTO

¿Somos conscientes de la aceleración que sufre la producción de conocimiento?

En los últimos diez años el número de pacientes se ha duplicado y en los próximos diez años se espera que la percepción de cambio tecnológico se multiplique por miles. Un desarrollo científico-técnico equivalente al que se ha producido en los últimos diez años se producirá ahora en los próximos cinco. El futuro afectará cada vez más al presente ya que las estrategias de hoy se basarán en los escenarios que cada organización crea que le depara el futuro.

CORRIENTE 4: PARTICIPACIÓN

¿Qué es una enfermedad rara, si la información interactúa a escala global? Desde que la gente de Google hizo pública en *Nature* (2007) la conexión entre la búsqueda de la palabra “gripe” en Internet con el comportamiento de esa epidemia en el mundo, las redes que conectan datos y personas en internet no han hecho más que crecer. Las personas participamos conscientemente o de forma tácita en un nuevo espacio en red que configura una nueva dimensión del mundo en la que participamos todos. ■

T Josep M^a Monguet Universitat Politècnica de Catalunya.

Comprar innovación en TIC

Una realidad compleja

La compra de innovación puede ser difícil de entender y ejecutar. ¿Cómo se puede comprar algo que no tengo? ¿La innovación responde necesariamente a necesidades o genera nuevas? Éstas son preguntas habituales cuando se trata de comprar nuevas soluciones basadas en TIC.

El sector público tiene un gran potencial en influir en la compra de investigación, desarrollo e innovación (I+D+i) a través de modelos de compra innovadora. Sin embargo las experiencias de este tipo de compras están más extendidas en el ámbito de la empresa privada. Seguramente esto se debe a las leyes que regulan la compra pública que limitan este tipo de acciones. Esta situación está cambiando y cada vez podemos encontrar más experiencias de compra pública innovadora.

La contratación pública es el proceso mediante el cual las autoridades públicas -incluyendo todos los niveles de gobierno y las agencias públicas- compran bienes y servicios. Estas prácticas de contratación pública pueden fomentar la captación de mercado de productos y servicios. Las autoridades públicas actúan en este caso como "clientes resonantes" ya que promueven las prácticas de adquisición de la innovación.

La estrategia de la Comisión Europea es fomentar entre los estados miembros el establecimiento de medidas específicas que estimulen la I+D+i con prácticas de contratación pública. Esta estrategia requiere algunos ajustes en las entidades públicas licitadoras que se han de adaptar para la contratación de la innovación como único activo.

El 19% del producto interior bruto de la Unión Europea (UE) se genera por contratación pública pudiendo llegar al 100% en áreas como defensa, seguridad y emergencias. Pero tenemos un problema recurrente; por

un lado la demanda no estimula el mercado y por otro se desconoce la oferta. Tenemos empresas desarrollando dispositivos que no saben para que pueden servir y necesidades de la administración no cubiertas por el mercado. Es en ese momento cuando los modelos de compra pública innovadora pueden añadir valor ya que orientan al mercado a innovar en la dirección que pueda cubrir sus necesidades y no genera necesidades a partir de una oferta descontrolada.

TIPOS DE SISTEMA DE COMPRA DE INNOVACIÓN

Cuando se habla de compra innovadora se puede encontrar diferentes modalidades que se utilizarán en función del objeto de la compra. Encontramos experiencias de riesgo compartido, compra pública de tecnología innovadora (CPTI) y compra pública pre-comercial (CPP). En el caso de compra de tecnología lo que predomina son experiencias de CPTI y CPP.

Nos centraremos en la compra pública pre-comercial ya que es la más compleja de desarrollar y la que aporta más I+D al sistema.

COMPRA PÚBLICA PRE-COMERCIAL

Es la contratación de servicios de I+D en los que el comprador público no se reserva los resultados de la I+D para su propio uso en exclusiva sino que comparte con las empresas los beneficios y riesgos de la I+D necesaria para desarrollar soluciones innovadoras. Está regulada por el artículo 4.1 r) y 13.2.b) de la Ley de Contratación del Sector Público.

Es un modelo de compra pública de innovación que se desarrolla de manera específica para la contratación de servicios. Se utiliza para dar respuestas innovadoras a problemas sobre los que no se ha encontrado una solución en el mercado. Implica investigación y desarrollo. Si los activos creados debieran ser adquiridos finalmente, esto implicaría otro modelo de contratación pública (por ejemplo CPTI) independiente de la compra pública pre-comercial.

El proceso, por etapas de la CPP permite ir analizando los pros y contras de las diferentes soluciones que se presentan, desde la fase de diseño a la creación de prototipos y primera prueba de productos.

La CPP permite compartir los riesgos, establecer un desarrollo competitivo entre diferentes empresas, y diferenciar la etapa de despliegue comercial de la propia de I+D.

El proceso de CPP se divide en 4 etapas:

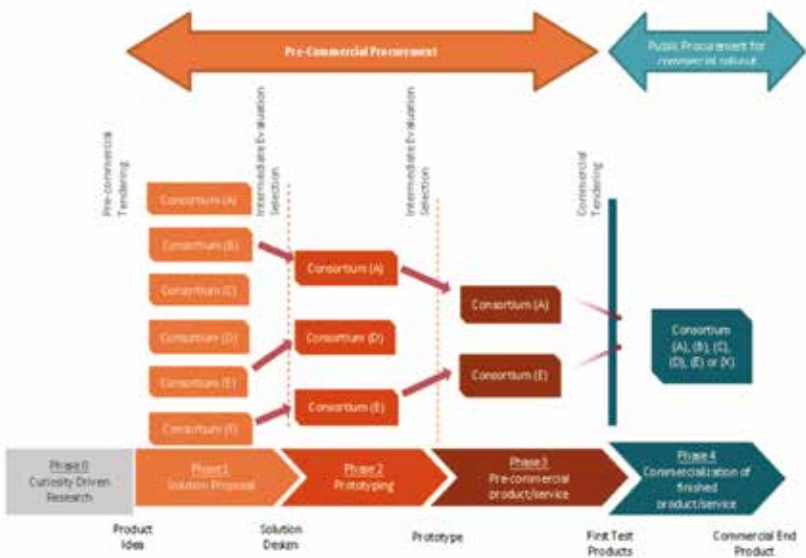
Una **etapa 0** en la que se delimita la necesidad a cubrir y sobre la que no tenemos solución en mercado ni en prototipo. Esta fase la administración licitadora es la que define la necesidad a cubrir. Es muy importante definir muy bien dicha necesidad ya que, ni podemos dejarla ambigua ni tampoco concretarla al extremo de definir ya el 100% de las características de la solución. Se supone que el CPP ha de estimular la investigación y desarrollo.

En la **etapa 1** se lanza una propuesta a las empresas que quieran presentarse. Las empresas han de definir cuál es la solución que aportan al problema. De todas las empresas presentadas se selecciona aquellas que reúnen las características definidas en el pliego.

Las empresas al final de la etapa 1 han de presentar un diseño de solución. De todas ellas sólo unas cuantas pasan a la segunda etapa en la que deberán prototipar la solución diseñada en la etapa 1.

De las que participan en la **etapa 2** sólo unas pocas pasarán a la **etapa 3** que tendrá como resultado los prototipos testados en pilotos. ▶

Gráfico 1



INSTRUMENTO	TIPO DE CONTRATACIÓN	VIA DE CONTRATACIÓN	FINALIDAD
Compra Pública de Tecnología Innovadora (CPTI)	<p>Compra Pública de Bienes & Servicios comerciales, listos para prestar servicio público.</p> <p>El comprador adquiere bienes y servicios para prestar el servicio público que no existen en el mercado y requieren de una fase previa de I+D.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Contratos a adjudicar mediante procedimientos ordinarios. • Contratos de Colaboración Público Privada (*). <p>Permite el diálogo con las empresas para la definición de requisitos y el establecimiento de requisitos de licitación sujetos a fase de I+D, más allá del precio y plazo de entrega.</p>	<p>Adquisición de bienes & servicios innovadores</p> <p>Mejora la prestación del servicio público al comprador y refuerza la posición del suministrador al contar con un mercado local de lanzamiento como aval para la internacionalización.</p>
Compra Pública Precomercial (CPP)	<p>Compra Pública de Resultados de I+D.</p> <p>Comprador y empresas comparten los riesgos y beneficios resultantes de la investigación de soluciones a problemas propuestos por el licitador público.</p>	<p>Contrato de Servicios de I+D.</p> <p>No sujeto al régimen general de la LCSP.</p>	<p>Investigación de soluciones a futuras demandas públicas.</p> <p>La CPP promueve la capacitación tecnológica de las empresas.</p>

Fuente: Guía sobre compra pública innovadora. Ministerio de Ciencia e Innovación.

Después de la fase 3 ya tendríamos productos y servicios cerca de mercado. La compra pública pre-comercial ya acaba en ese momento y se debe optar por otras fórmulas como la compra pública innovadora.

Cada fase tiene una financiación específica que aporta el organismo licitador y un esfuerzo que ha de poner la empresa. De esta manera el modelo de CPP supone un modelo de colaboración público-privado.

El **gráfico 1** (pág. 7) ilustra las diferentes fases del proyecto *Unwired* que pretende encontrar una solución para el manejo de pacientes con insuficiencia cardíaca desde el móvil, con capacidad de interoperar con su historia clínica y con independencia del sistema de salud al que pertenezca.

COMPRA PÚBLICA INNOVADORA

Consiste en la compra pública de un bien o servicio que no existe en el momento del servicio pero que puede desarrollarse en un tiempo razonable. Dicha compra requiere el desarrollo de tecnología nueva o mejorada para poder cumplir los requisitos demandados por el comprador. Esta regulada por el artículo 11.1c) de la Ley de Contratos del Sector Público.

La tabla superior muestra las características de los dos instrumentos descritos. ■

T Jordi Martínez Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Comité editorial RISAI. Miembro de BSalut.

CONCLUSIONES

- La compra pública es una estrategia que pone en valor el conocimiento, mejorando los servicios y aumentando la eficiencia de estos.
- Son modelos que requieren profesionalización de los licitadores que se acaban convirtiendo en centros expertos en compra innovadora.
- El marco normativo se debe desarrollar para que sea preciso y común a nivel europeo.
- La compra pública innovadora es una buena herramienta para fomentar el I+D en las PYMES.

Los acuerdos de partenariado

Los sucesivos cambios que se producen en el entorno sanitario hacen que cada día nos levantemos con nuevas realidades, tanto en el ámbito de la Administración Central o como en las Comunidades Autónomas.

Para poder llevar a cabo estos cambios debemos volver a aprender cómo relacionarnos, siempre que planteo este cambio en nuestro modelo relacional con las Administraciones Sanitarias me viene a la cabeza la frase del escritor y futurista americano Alvin Toffler, que dice: "*Los analfabetos del siglo XXI no serán aquellos que no sepan leer y escribir, sino aquellos que no sepan aprender, desaprender y reaprender*".

Antes de entrar propiamente en el tema de los modelos de colaboración entre las administraciones sanitarias y la industria farmacéutica vale la pena recordar que las relaciones que puede establecer una compañía farmacéutica con los gestores, pueden ir desde aquellas que están directamente relacionadas con el producto, hasta las que buscan mejorar la eficiencia del sistema sanitario (ver gráfico 1).

LOS ACUERDOS DE PARTENARIADO ENTRE LAS INSTITUCIONES SANITARIAS Y LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA: "DE QUÉ ESTAMOS HABLANDO"

Cuando hablamos de Instituciones Sanitarias tenemos que considerar, desde los equipos de atención primaria, hasta las Consejerías de Sanidad. Desde la Industria podemos acercarnos

a cualquier nivel asistencial, pero lo importante es que el abordaje deje de ser individual y centrado en el producto, y se centre en el equipo y el paciente. Es por ello que cuando nos alejamos del producto como centro de los acuerdos, y empezamos a introducirnos en el mundo de la gestión de la patología o incluso nos adentramos en el fabuloso mundo de intentar mejorar la eficiencia de los procesos asistenciales, es en ese momento cuando vemos que dejamos atrás nuestro clásico rol de proveedor y nos empezamos a mover como socios estratégicos. Este rol de socio es nuevo para la industria mientras que los profesionales sanitarios, tienen amplia experiencia con empresas del sector de la tecnología o de las infraestructuras. Llegados a este punto es cuando debemos empezar a hablar de acuerdos de partenariado entre el sector público y el privado (PPP). ▶

APROXIMACIÓN AL PARTENARIADO PÚBLICO PRIVADO (PPP)

La administración pública debido a su condición de asegurador, a su dimensión, a su relación de monopsonio y a su capacidad reguladora se ha creído que podía operar en solitario, sin contar con el resto de *stakeholders* que intervienen en sus mercados. Pero debido a que los costes han ido creciendo de forma constante, y además, en el caso de la población, por una parte es cada vez más demandante de salud y por otra debido al perfil de nuestra pirámide poblacional esta más envejecida, vemos como exige soluciones propias de un modelo sanitario diseñado para pacientes crónicos y se encuentra con un sistema diseñado para dar respuesta a pacientes agudos.

Esta imposibilidad de dar respuesta a todas las necesidades en salud de los ciudadanos hace que las propias administraciones sanitarias se planteen nuevos modelos para poder soportar el estado del bienestar. Esta necesidad de hacer más eficiente la gestión o conseguir recursos adicionales hace que aparezcan nuevos modelos de relación basados en la colaboración a través de los partenariados entre la administración pública, la empresa privada, los ciudadanos, o incluso con el tercer sector.

Hoy en día cuando hablamos de partenariado estamos hablando de confluencia de intereses y de una relación de colaboración. En nuestro caso esta relación se establece entre los profesionales sanitarios y la compañías farmacéuticas, y persigue que las dos partes consigan un beneficio mutuo frente a un interés común. En este caso siempre ha de ser la mejora de la salud de los ciudadanos

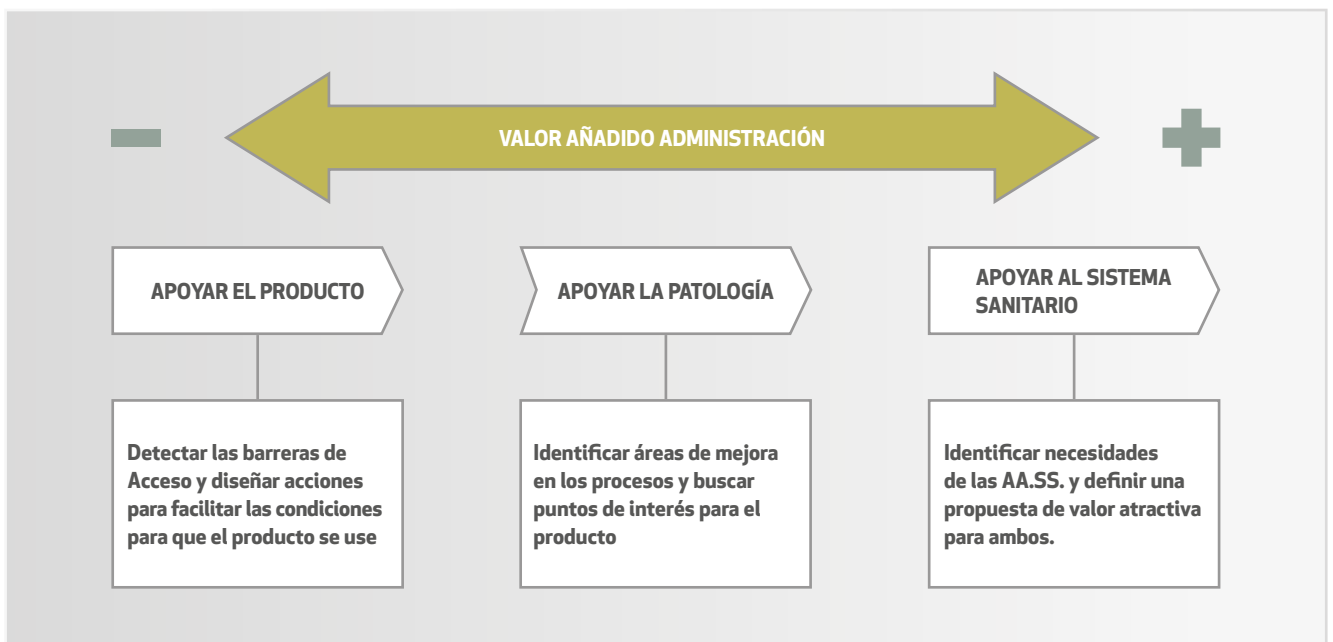
En estos momentos aún estamos en una situación de falta de confianza entre los dos agentes, ya que desde el sector público no se ven claros los fines del sector privado, y desde el sector privado no se cree que el sector público llegue a cumplir los compromisos acordados. Es por ello que los proyectos de parte-

nariado están basados en un sistema de cooperación, de trabajo en red entre el sector público y el sector privado, en el que se comparte conocimiento, información y resultados, los cuales deben estar consensuados, y que además beneficien a las dos partes por igual.

Por último es importante tener en cuenta que existen una serie de reticencias y prejuicios inherentes al concepto de partenariado público-privado, y que no debemos olvidar nunca:

- Un primer prejuicio es que en muchos sectores se cree que el estado del bienestar no se puede mantener si no se realiza una gestión puramente pública de la sanidad.
- Por otra parte en muchos entornos se postula que la gestión privada de los servicios públicos es mejor que la gestión directa desde la propia administración.
- Siempre existe el miedo al trabajo en red que integre a los agentes públicos y privados, ya que se cree que las velocidades e implicaciones son distintas.
- Desde la industria privada se ve al sector público como cajas estancas entre los distintos departamentos que forman la Administración Sanitaria, y desde la Administración se ve a la industria con intereses encontrados entre los departamentos que firman los acuerdos de partenariado y otras áreas de la organización.
- Por parte de los dos agentes se desconfía de los sistemas de seguimiento y control que propone el otro.

Un ejemplo de CCAA que se ha adelantado es Cataluña, desde el **CatSalut** se ha creado una guía que pretende orientar a las empresas farmacéuticas que quieren impulsar este tipo de acuerdos. Esta guía se encuentra publicada en la página del Catsalut:



"Guía para el establecimiento de iniciativas de partenariado en el ámbito de la prestación farmacéutica entre el CatSalut y la industria farmacéutica". Dentro de esta guía encontramos un cuadro con los principios básicos que debe tener cualquier acuerdo de partenariado.

PRINCIPIOS BÁSICOS PARA ESTABLECER UN ACUERDO DE PARTENARIADO

Principios básicos

1. Objetivos claros.
2. Transparencia.
3. Garantía de equidad en el establecimiento de acuerdos de cooperación con diferentes operadores.
4. Confianza mutua basada en la discusión y el consenso de todos los aspectos que hay que tratar.
5. Consenso y pacto.
6. Liderazgo conjunto.
7. Corresponsabilización.
8. Beneficio cuantificable en términos económicos y sanitarios.
9. Promoción de la innovación.
10. Planificación estratégica sostenible elaborada con la presencia de ambas partes desde el origen de la planificación.
11. Sostenible y estable a medio y largo plazo, pero con aportación de beneficios o impactos a corto plazo.
12. Gestión compartida.
13. Factibilidad.
14. Cumplimiento de plazos.
15. Propiedad y confidencialidad de los datos.
16. Anclaje jurídico en cada situación.
17. Concreción de la financiación.
18. Según el ámbito del desarrollo de las iniciativas, habrá que incorporar otros agentes

Una vez vista esta visión de cómo realizar acuerdos entre industria e instituciones sanitarias, me gustaría resaltar cuatro puntos que a mi entender son críticos a la hora de impulsar este tipo de proyectos:

1. La definición de objetivos debe incluir cómo y cuándo los mediremos. Es muy importante la creación de indicadores que se relacionen claramente con el fin. Normalmente desde la industria estamos acostumbrados a generar indicadores de volumen o actividad, pero en el caso de acuerdos de partenariado es importante tener claro que seguramente tendremos que incorporar indicadores de acceso o imagen. Y estos indicadores normalmente no están tan incorporados en el día a día de las dos organizaciones.
2. Otro punto importante es la transparencia que debe impulsarse desde el inicio de la colaboración. Cuando estamos hablando de cooperación y confianza debemos ser muy claros con los objetivos que perseguimos las dos partes. En ningún momento debe parecer que una de las dos partes está perdiendo por objetivos ocultos de la otra.
3. Alineamiento en los plazos. Es importante que las dos partes definamos cuáles son nuestros plazos y los tiempos de gestión internos, ya que muchas veces los tiempos de la Administración no son los mismos que en la empresa privada.

4. Incorporar a todos los agentes que van a formar parte del proyecto, desde los niveles macro de decisión, hasta los micro de implementación. Este es un tema que personalmente considero crucial, ya que en muchas ocasiones desde algunas áreas de las Instituciones Sanitarias se adquieren compromisos que deben ejecutar terceros, y que no tienen una dependencia de los que han firmado el acuerdo. Esta situación puede hacer que proyectos ya desarrollados nunca vean la luz por falta de coordinación interna de las propias instituciones.

Pero ¿Cómo podemos acertar en la propuesta?, y que además esta sea de nuestro interés. Los planes de salud son las hojas de ruta que se marcan las Administraciones Sanitarias, y que normalmente se traducen en las líneas estratégicas que se transmiten a los profesionales. ■

T Jordi Domínguez Jefe Relaciones Institucionales Almirall.

CONCLUSIONES

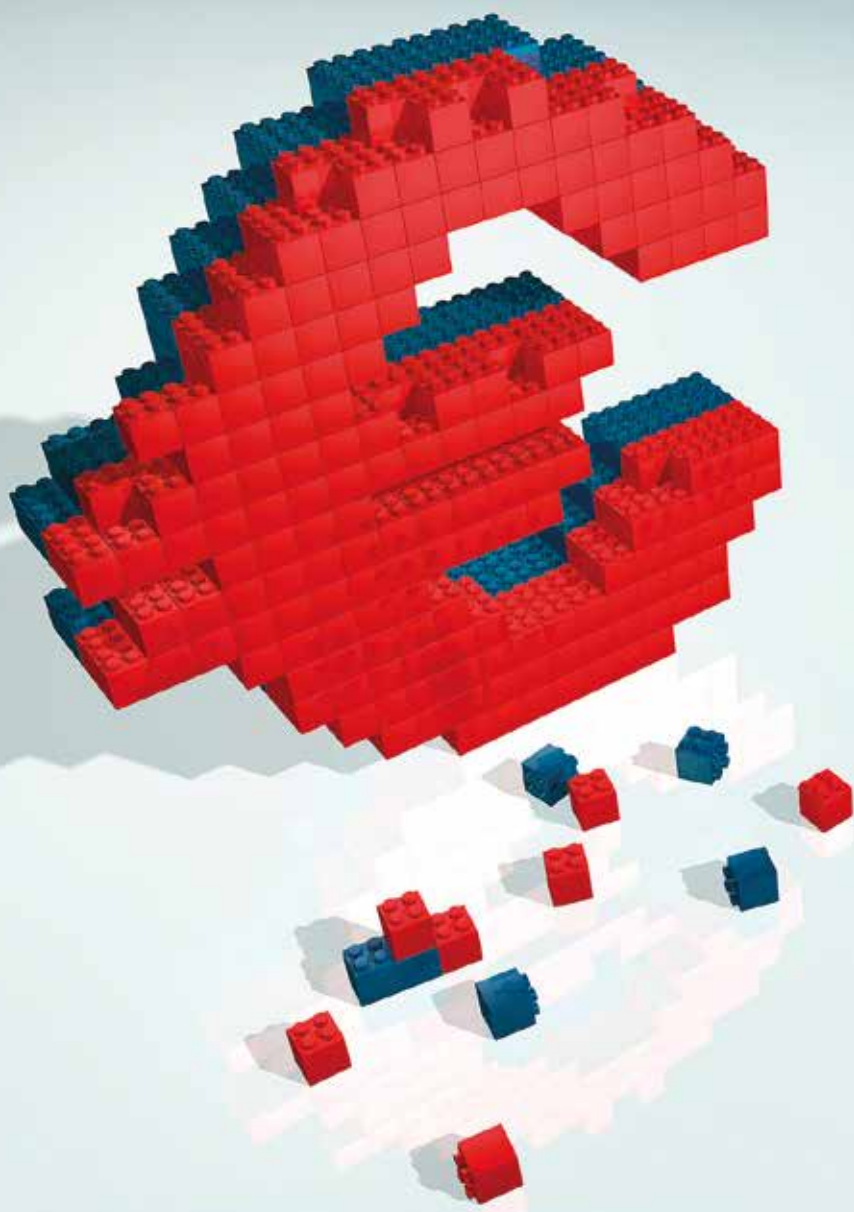
Cuando desde la industria nos planteemos explorar estas nuevas vías de relación deberemos de tener en consideración por una parte el tipo de proyecto, y por otra cómo lo llevamos a cabo, estos dos puntos son muy obvios y podrían aplicarse en cualquier proyecto, pero en el caso de los acuerdos de partenariado tienen unos matices que considero relevantes:

Tipo de proyectos: Es fundamental alinearlos a los objetivos de los planes de salud o estratégicos de la CCAA. Debemos de olvidarnos priorizar nuestros intereses frente a los de nuestro interlocutor y buscar sinergias dentro de sus planes que podamos explotar desde nuestros intereses.

Implementación de los proyectos: Cuando ya tengamos claro el qué queremos impulsar debemos abandonar los prejuicios que tenemos unos de los otros (industria y administración), y trabajar en un marco de transparencia que permita trabajar colaborativamente y con confianza. Para ello debemos tener objetivos comunes, indicadores de resultados claros y calendarios ajustados a los tiempos de cada una de las organizaciones. Para finalizar sólo comentar que la puesta en marcha de acuerdos de partenariado entre la industria farmacéutica y las Instituciones Sanitarias, no será un camino fácil, al tener que salvar muchas barreras internas de ambas organizaciones, pero seguro será satisfactorio para ambos.

¿Público o privado?

4 aclaraciones para el próximo debate sobre la gestión sanitaria



La discusión entre público y privado en sanidad ha hecho correr ríos de tinta desde que se iniciase la experimentación con nuevas fórmulas de gestión públicas (consorcios, empresas públicas, fundaciones) y privadas (sociedades mercantiles o híbridos con participación privada). La situación política que vive España a finales de 2014 caracterizada por la pérdida anunciada de la hegemonía del bipartidismo y la irrupción de nuevas propuestas aupadas por las consecuencias de la crisis económica y la corrupción política, hace pensar que el debate se reeditará con virulencia en el próximo año con al menos doble dosis electoral.



Para estar preparado para el debate conviene tener ciertos conceptos claros para no caer en los juegos de palabras que con habilidad de "trilero" se emplean en la arena política.

Para no perder de vista la bolita, hay que mantener la atención en la clarificación de cuatro conceptos:

1. La confusión entre gestión y financiación.
2. La clasificación entre gestión directa y gestión indirecta.
3. Los conflictos de interés en el debate.
4. La evaluación de modelos de gestión.

LA CONFUSIÓN ENTRE GESTIÓN Y FINANCIACIÓN

El primer concepto a clarificar es la diferencia entre gestión y financiación. Al debate público privado le ocurre lo que a los adjetivos sustantivados. Es tanta la fuerza del adjetivo (público o privado) que acaba desplazando al sustantivo (gestión o financiación) de manera que se entremezclan significados que no llevan más que a una enorme confusión de funciones. Por ejemplo, se dice que se está privatizando la sanidad cuando lo que se hace es concertar su gestión a una entidad de titularidad privada. Y es cierto. Se privatiza la gestión pero no la financiación y por tanto la propiedad se mantiene pública.

LA CLASIFICACIÓN ENTRE GESTIÓN DIRECTA Y GESTIÓN INDIRECTA

Una manera de clarificar conceptos alrededor de la gestión ha sido la distinción entre gestión directa y gestión indirecta. Por gestión directa se entiende la ejercida por la propia administración sanitaria titular independientemente de si lo hace mediante una única organización (el SAS en Andalucía o Osakidetza en Euskadi) o mediante dos o más organizaciones (CatSalut y Institut Català de la Salut en Cataluña). Se considera gestión indirecta cuando la administración sanitaria traslada mediante contrato la gestión de los servicios a una tercera organización independientemente de la titularidad

jurídica de esta. Por ejemplo, sería gestión indirecta tanto la gestión de un hospital por un consorcio público como por una cadena privada de hospitales (véase tabla).

De hecho, ha sido desde el momento en que se han iniciado experiencias de gestión indirecta que el debate sobre la gestión pública y privada ha saltado a la palestra. El racional de la gestión indirecta era el de mejorar la eficiencia y calidad de la prestación de los servicios mediante el uso de fórmulas más flexibles de gestión procedentes de la gestión empresarial y opuestas a la gestión administrativa de la administración pública, a priori más rígida.

EJEMPLOS DE GESTIÓN EN EL SNS

GESTIÓN	DIRECTA	INDIRECTA
Pública	SAS, Institut Català de la Salut, Osakidetza	Consorcio Hospitalario Público
Privada		Cadena de hospitales privado

LOS CONFLICTOS DE INTERÉS EN EL DEBATE

Otro elemento a considerar en el debate, es la posición del que se posiciona en favor o en contra de lo público o lo privado. Del mismo modo que la declaración de conflictos de interés en la publicación de artículos científicos, cuando uno se promulga en favor de una de las dos opciones también debería declarar su conflicto de interés. Veamos algunos ejemplos para mayor ilustración. Cuando un sindicato de la función pública se opone a la privatización de la gestión de un centro, puede ser que le mueva la defensa de sus propios intereses laborales. De la misma manera, cuando una patronal del sector sanitario se posiciona a favor de la proliferación de fórmulas de gestión puede que este defendiendo los intereses de sus asociados para ampliar su radio de acción. Aunque ambas posiciones sean legítimas, conviene conocer los intereses de cada agente para ponderar su intención.

Mención aparte merece la posición del político y la del ciudadano. A priori,

ambos no deberían tener un conflicto de interés tan manifiesto como en los dos casos anteriores. El político como representante del ciudadano debería perseguir obtener el mayor valor social de la opción que se evalúe. Sin embargo, los casos destapados de corrupción en la concesión de contratos de servicio y la connivencia entre cierta política y cierto empresariado han hecho levantar la sospecha sistemática en cualquier proceso de gestión indirecta.

LA EVALUACIÓN DE MODELOS DE GESTIÓN

De entrada, la gestión directa tendría que ser por fuerza menos eficiente que la indirecta pues de no ser así, no tendría ningún sentido haber pasado de directa a indirecta. Cabe recordar que los contratos tienen una vigencia limitada y se renuevan periódicamente, por lo que de no ser mejor se puede revertir.

Para poder establecer la superioridad de un modelo frente al otro, es necesario evaluar los resultados con el adecuado ajuste de riesgos. Lamentablemente,

*** Para poder establecer la superioridad de un modelo de gestión frente al otro, es necesario evaluar los resultados con el adecuado ajuste de riesgos.**

la tradición evaluadora luce por su ausencia, hecho que hace saltar toda sospecha sobre la opacidad del sistema.¹ Una de las experiencias de evaluación más citadas es la de comparación del desempeño de hospitales entre dos modelos: gestión directa administrativa y otras formas de gestión. Del contraste, el estudio concluye que los hospitales con otras formas de gestión son un 30% más eficiente en el uso de recursos y un 37% más productivos.²

En conclusión, frente a la reedición del debate en futuras fechas conviene no perder de vista las cuatro aclaraciones previas junto al afinado del juicio de las nuevas modalidades de colaboración público-privadas que están apareciendo y la discusión sobre la sostenibilidad del sistema y su gobernabilidad teniendo en cuenta el estado actual y futuro de las finanzas públicas. ■

Tino Martí Economista de la salud.

Referencias

¹ Jiménez S, Oliva J. *Gestión pública o privada de servicios sanitarios (I): elementos para un debate informado*. Publicado el 22-12-2012 en el blog Nada es Gratis. <http://nadaesgratis.es/?p=27213>

² Evaluación de resultados de los hospitales en España según su modelo de gestión. IASIST. Octubre 2012. http://www.iasist.com.es/files/Modelos_gestion_0.pdf



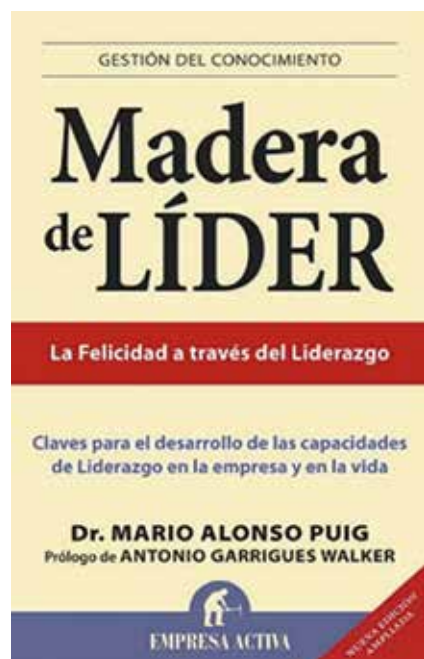
Libros

Madera de líder

La Felicidad a través del Liderazgo

Dr. Mario Alonso Puig

Empresa Activa, 2012. 160 págs.



El Dr. Mario Alonso Puig se ha convertido en los últimos tiempos en un conferenciante de referencia y prolífico autor en el ámbito del desarrollo personal y el liderazgo. Títulos como *Reinventarse*, *El cociente agallas*, *Vivir es un asunto urgente* o *Ahora yo* dan prueba de su buen estado de forma.

Madera de líder es uno de esos libros amarillos de quiosco de aeropuerto que se dejan leer en un viaje de ida y vuelta a cualquier ciudad europea, pero que dejan buena impronta. El autor aborda una conexión poco común que subtitula el libro: *La felicidad a través del liderazgo*. ¿Seremos más felices si somos líderes? Y es que, a veces, asociamos excesivamente la palabra liderazgo al mundo de la empresa y sus funciones directivas. Sin embargo, el liderazgo se puede ejercer en cualquier ámbito de la vida y si se ejerce adecuadamente es fuente de eficiencia, salud y felicidad para los demás y para uno mismo.

Pero, ¿cómo convertirse en líder? El buen ejercicio del liderazgo pasa por seguir una receta de compromiso personal, respeto a los demás y valentía, lejos del cómodo papel de la queja al que estamos hoy en día tan acostumbrados. **El contraste entre líder y víctima es, en clave contemporánea, una de las ideas más contundentes de la obra.**

La dimensión colectiva del liderazgo es igual de atractiva que la individual y de gran utilidad social para las organizaciones. El autor recalca el espíritu de cooperación existente en las culturas basadas en el liderazgo donde todas las personas se hacen responsables del devenir de la organización y abandonan las posiciones extremas del victimismo o el individualismo del que pretende demostrar ser el mejor. Eso sólo se da cuando el liderazgo es capaz de contagiarse mediante la puesta en común de los objetivos, la creación de una visión compartida y la promoción de todos los implicados. Siguiendo la pirámide de Maslow, lo que más satisfacción da a las personas es hacer un trabajo creativo, estar informadas y participar de manera activa en las decisiones que les afectan.

Llegados a este punto, uno se pregunta cuán lejos están nuestras organizaciones de promover la creatividad y la participación profesional. Y aún más crítico, cuán lejos estamos nosotros mismos de ser líderes y actuar como tales. Nuestra felicidad puede ser una buena prueba diagnóstica. ■





Patrocinado por:



Soluciones pensando en ti

Edita: BSalut
Equipo editorial: Glòria Jodar, Jordi Martínez
Colaboradores: Tino Martí, Ramón Morera, Irene Cubells
Diseño editorial: Jordi Vilanova Comunicació Gràfica

RR118184