

# **TRABAJO FIN DE MÁSTER**

**Título:**

**MODELO MEMORIA DE GESTIÓN.**

**ESTUDIO DE LA PLANIFICACIÓN DE UN  
PLAN ESTRATÉGICO HOSPITALARIO,  
BAJO EL MODELO DE UN SISTEMA  
CONCESIONAL.**

**Alumno: OROZCO POZO, VIRGILIO**

**Tutor: PICO ALFONSO, ANTONIO MIGUEL**

**Máster Universitario en Gestión Sanitaria**

**Curso: 2017-2018**

## MARCO POLÍTICO ACTUAL DE LA GESTIÓN SANITARIA

---

Si realizamos un recorrido rápido en la evolución sanitaria moderna, para contextualizar nuestro sistema sanitario, podríamos determinar las siguientes etapas:

- Constitución Española → Organización Territorial en 17 Comunidades Autónomas.
- Carta Magna → Derecho a la salud de todos los ciudadanos y la obligación de los poderes públicos de garantizar este derecho.
- Ley General de Sanidad → En 1986 crea el Servicio Nacional de Salud (SNS) como conjunto de Servicios de Salud de la Administración Central y en el que se integran los Servicios de Salud de las Com. Autónomas que tenían transferidas competencias sanitarias públicas.

La prestación del servicio público, integral, universal y gratuito de salud exige a las Comunidades Autónomas destinar altísimos porcentajes de sus presupuestos anuales al mantenimiento de los diferentes servicios de salud → Requieren del esfuerzo por aplicar las más modernas técnicas de gestión.

- Informe Abril (1991) → Recoge los nuevos retos para el SNS y plantea alternativas que podrían ayudar a su mantenimiento y viabilidad futuros (conceptos de: separación entre la financiación, compra y provisión de los servicios sanitarios y cambios que flexibilicen la mejor gestión de los recursos humanos y materiales).
- Ley 15/97 de Nuevas Formas de Gestión → habilita a los servicios de salud a dotar sus centros de cualquier forma jurídica admitida en derecho.
  - En el caso de la Comunidad Valenciana La Generalitat, basándose en la Ley 13/95 de Contratos de las Administraciones Públicas-----→ pone en marcha la primera

## INTRODUCCIÓN

---

La asistencia sanitaria constituye uno de los principales apartados de los presupuestos del estado. De ahí que una gestión eficaz de la misma se considere absolutamente necesaria para garantizar la sostenibilidad del sistema

Existe, por tanto, un debate abierto muy activo sobre diversos modelos de gestión sanitaria, formas directa e indirecta de gestión institucional en centros y servicios sanitarios.

Tal y como se menciona en el documento del Catedrático de Derecho Administrativo de la Universidad de La Laguna (Tenerife) D. Francisco José Villar Rojas referente a La privatización de la gestión de los servicios sanitarios públicos: Las experiencias de Valencia y Madrid referencia varias publicaciones sobre la iniciativa de la Comunidad Valenciana la iniciativa de “privatización de la gestión” con la utilización de un contrato administrativo constituyó una novedad por dos motivos: el primero, la forma de construcción a través de concesión de servicio público, y el segundo, la retribución del contratista sobre bases capitativas, no por acto médico.

Dentro de las razones de estas iniciativas de gestión tendríamos:

- *La demanda de nuevos centros sanitarios y de renovación de los existentes (los planes de infraestructuras).*

Del estudio del gasto sanitario se evidencia que cuanto más rica es una sociedad, más recursos dedica a la asistencia sanitaria. La gestión por la vía ordinaria y tradicional mediante contrato administrativo de obras con cargo a fondos públicos presupuestarios, con incremento de la deuda pública, sin aumento expreso de la carga tributaria sobre los ciudadanos con la colaboración privada, vía conciertos sanitarios, relegados a la prestación de servicios.

- Los límites legales al endeudamiento público: la huida del derecho presupuestario –no se considera ninguna otra modalidad de construcción-.
- a) Planteamiento.

Las limitaciones legales sobre el gasto público y sobre el nivel de déficit público y de endeudamiento de las Administraciones. Determinando el *riesgo* como elemento clave para determinar su cómputo o no como deuda pública.
- b) Valoración de las concesiones sanitarias: ¿se traspasa riesgo? S identifican tres clases de riesgos: Riesgo de Construcción, Riesgo de Disponibilidad y Riesgo de Demanda o Frecuentación.

Tras un amplio debate, se concluye que tanto los contratos de concesión de obra pública sanitaria, como las concesiones de gestión de servicios sanitarios deben ser computados en el endeudamiento de la Administración, ya que no se produce traslado de riesgo a los gestores privados que permita evitar su consolidación en las cuentas autonómicas.
- c) Las condiciones de servicio público como motivo ideológico.

Si bien no parece el factor determinante de la aceptación de las virtudes de lo privado frente a lo público, es posible añadir una cierta convicción ideológica.

El “modelo valenciano de gestión sanitaria” consiste en la utilización del contrato administrativo de gestión de servicio público, modalidad concesión, para la construcción de un centro sanitario y, a continuación, la prestación de servicios asistenciales por el propio concesionario durante el tiempo preciso para la recuperación de la inversión más el beneficio industrial correspondiente.

No es posible hablar de privatización de la sanidad, tanto la gestión directa como la indirecta traen consigo dificultades y riesgos pero ello no lo convierte en supuestos de privatización.

Según identifica José Jesús Martín Martín en su unidad de la ENS titulada “Formas directa e indirecta de gestión institucional en centros y

servicios sanitarios” se identifican pros y contras en la concesión de servicios públicos:

Pros: Posibilitar la construcción de un conjunto de centros sanitarios.

Ejecución material de la obra sin las demoras típicas.

Cumplimiento de plazos, coste real sin desviaciones de la edificación.

Contras: La duración de los contratos, que “congela” la infraestructura.

Riesgo de “selección de los pacientes” por el empresario.

El modo de pago, por acto médico o caputivo, se debe exigir el control de la Administración para evitar los efectos perversos que cualquiera de estas formas lleva consigo.

Por tanto... NOS PLANTEAMOS LA GRAN PREGUNTA:

**¿CUÁL ES EL MEJOR MODELO DE GESTIÓN SANITARIO A PLANTEARNOS?**

**GESTIÓN ADMINISTRATIVA DIRECTA (GAD)**

**OTRAS FORMAS DE GESTIÓN (OFG)**

Incluye todos los hospitales gestionados por las Admones. Públicas, caracterizados por la relación estatutaria de sus plantillas, carecen de personalidad jurídica propia.

Incluye cualquier hospital con otra fórmula (Concesiones, Colaboración Público Privadas, Fundaciones) cuyo personal es laboral y que en general tienen personalidad jurídica propia.

## JUSTIFICACIÓN

---

Para dar respuesta a la Gran Pregunta, se presenta el Plan Estratégico de un modelo concesional de implantación en la Comunidad Valenciana como alternativa a la gestión directa de los diferentes departamentos sanitarios.

Del post sobre gestión pública o privada de servicios sanitarios de Sergi Jiménez titulado “Eficiencia en la gestión hospitalaria pública: directa vs privada por concesión” se analiza una exploración de ambos modelos analizando las Tasas de ingresos, Costes y Gasto hospitalario de los Departamentos bajo modelo de gestión directa y concesión de la Comunidad Valenciana e 2009, donde se puede resumir que si en las concesiones el coste por ingreso es inferior al de centros de gestión directa, ambos modelos son prácticamente equivalentes en gasto hospitalario per cápita (con un gasto total por habitante mayor en las áreas servidas por concesiones que en las de gestión directa. En resumen, ambos modelos de gestión tienen importantes espacios de mejora de la eficiencia (reduciendo costes por ingreso o reduciendo ingresos hospitalarios) y sugieren que buscar sin prejuicios las formas de mejorar la eficiencia de todos los centros y reducir la variabilidad entre territorios puede ser más importante que el modelo de gestión elegido.

## HIPÓTESIS

---

A partir de resultados de informes realizados desde hace años; la hipótesis subyacente es que los dos modelos presentan **resultados similares** en cuanto a **calidad asistencial**, mientras que los **hospitales con formas alternativas** a la gestión directa administrativa obtienen **mejores resultados en los indicadores de eficiencia funcional y económica** debido a los **INSTRUMENTOS DE GESTIÓN CON QUE CUENTAN**.

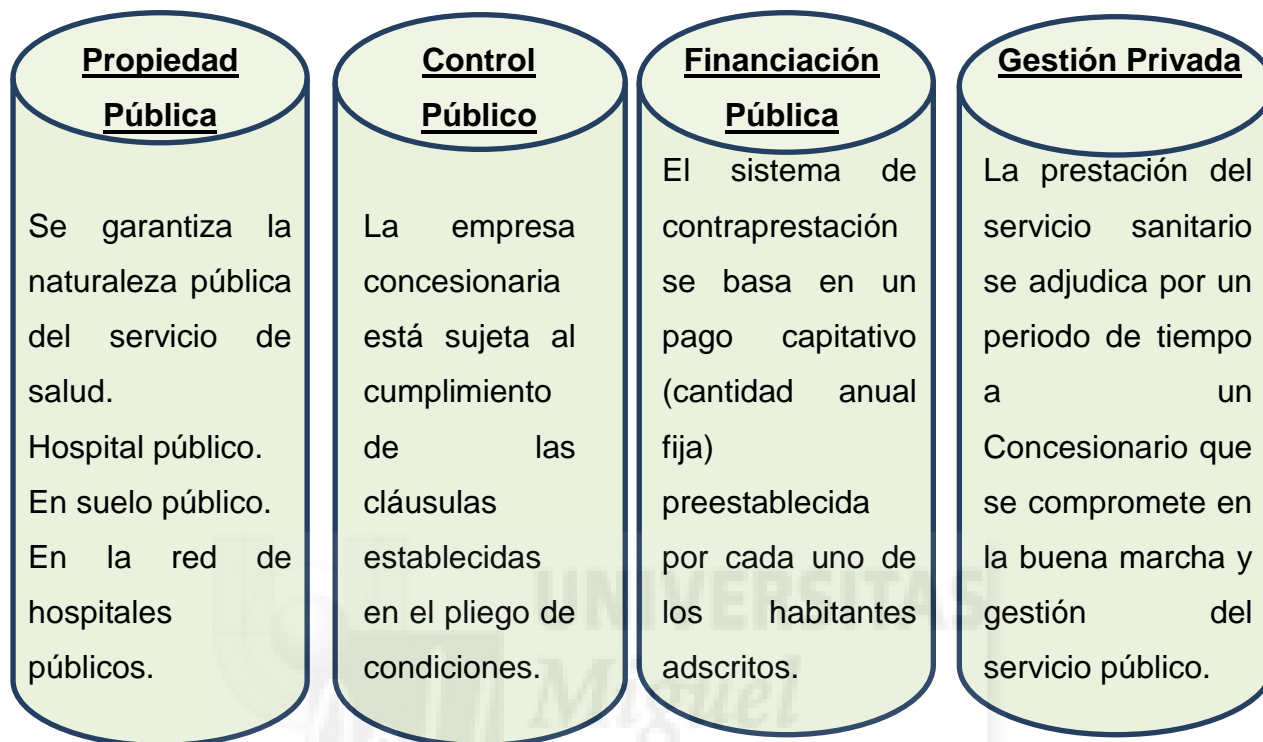
## OBJETIVOS.

---

Desarrollar un Plan Estratégico de modelo de gestión de Concesión como hospital con forma alternativa a los modelos de gestión administrativa directa, tomando como referencia el modelo Alzira

## **MODELO ALZIRA COMO MODELO CONCESIONAL SANITARIO DE COLABORACIÓN PÚBLICO PRIVADA**

Las claves del Modelo Alzira se basan en cuatro pilares:



### **PLAN ESTRATÉGICO.**

#### **1. METODOLOGÍA. DEFINICIÓN DE ESTRATEGIA Y VALORES.**

Para la elaboración y desarrollo de un Plan Estratégico, se debe de tener en cuenta una serie de etapas en este proceso. A nivel genérico, podríamos hablar de 4 grandes etapas o hitos a desarrollar, que serían:

ETAPA 0: Preparación del Proyecto del Plan Estratégico.

ETAPA 1: Diagnóstico y formulación de valores.

ETAPA 2: Alineación de la organización.

ETAPA 3: Seguimiento y Evaluación.

Para un desarrollo óptimo del Proyecto, en las dos primeras etapas se deben establecer grupos de trabajo multidisciplinares (directores, coordinadores, jefes de unidad) y transversales (de las distintas unidades y

servicios que se tienen en el hospital). Estos grupos de trabajo, se les debe explicar el Proceso a desarrollar íntegra y detalladamente para que entiendas su importancia y valoración de las metas a conseguir.

Para que sea operativo el trabajo a desarrollar, se puede establecer un “Primer Grupo de Proyecto” equilibrado en nivel de representación de la organización, que desarrollará el grueso de propuestas, análisis de información, etc.

Un “Segundo Grupo de Proyecto”, donde se integra el Primer Grupo y donde se exponen los avances en trabajo, información y documentación obtenida para consensuar y contrastar los avances en ideas, pilares y conclusiones a los que se están llegando.

Para obtener un diagnóstico lo más consensuado y acertado posible, además de establecer los grupos de trabajo expuestos anteriormente, deberíamos preparar una serie de encuestas que se lancen a toda la organización (pudiendo utilizar los medios tecnológicos que se tengan disponibles: Intranet, Correo Electrónico, Plataformas Internas, etc) con una serie de preguntas concretas y claras que permitan tener una participación de los trabajadores y sus opiniones sobre las preguntas planteadas representativa y clara.

Una vez que hayamos concluido la primera etapa, estaremos en posición de obtener las conclusiones que nos permitan obtener cuales son los valores compartidos en la organización. Estos valores vendrán definidos por el perfil cultural organizacional caracterizado hacia la resolución del día a día en la organización.

Estudiando la información existente del modelo Alzira, podríamos decir que los Valores compartidos en la Organización son una clara orientación a la acción (resolución) apoyada en valores como profesionalidad, seguridad, sostenibilidad, eficiencia, orientación a resultados y orientación al paciente.

Como resultado final de la Primera Etapa, se obtendría la reformulación de la misión, visión y valores del Departamento de Salud de la Ribera.



Estos conceptos, junto al Plan Estratégico de actuación, marcarán el camino a seguir en la organización durante el periodo temporal establecido (de 3 a 5 años, según la evolución de los indicadores de seguimiento nos vaya aportando).

Por tanto, tendríamos una definición como resultado de la Etapa I la definición de:

**VISIÓN** ¿Quiénes somos?

Convertir el modelo sanitario del grupo como referente nacional e internacional, como la mejor opción para modernizar la asistencia sanitaria pública manteniendo sus valores universales, contribuyendo a la sostenibilidad a largo plazo del sistema sanitario público sin incrementar gastos al ciudadano y con desarrollo en un sector estratégico.

**MISIÓN** ¿Qué queremos llegar a ser?

La misión del grupo es la de ofrecer unos servicios sanitarios de excelencia, con la máxima eficiencia y con la garantía de aplicar las mejores prácticas, aprovechando la flexibilidad de las herramientas de la gestión privada. Nuestro modelo sanitario es una forma diferente y única de entender la gestión sanitaria, basado en la colaboración leal con la Administración Pública, la apuesta por los profesionales y el compromiso con los ciudadanos.

**VALORES** ¿Cómo lo haremos?

**Sostenibilidad**

Perseguimos los mejores resultados para nuestros pacientes y nuestra organización, utilizando los recursos a nuestra disposición bajo criterios de idoneidad, eficacia y eficiencia.

**Profesionalidad**

Estamos siempre disponibles para nuestros pacientes y clientes, externos e internos.

## **Innovación**

De manera permanente buscamos nuevas maneras de hacer en el ámbito de nuestra responsabilidad, las cuales incorporamos a nuestra actividad diaria hasta identificar otras mejores.

## **Transparencia**

Informamos a los demás y nos preocupamos por la claridad de nuestros mensajes porque sabemos que una información compartida favorece el compromiso de todos y la resolución eficiente de los problemas.

## **2. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN.**

---

Una vez definidos los Valores del Grupo Sanitario, debemos realizar una Análisis Externo (evaluando las Oportunidades y las Amenazas) que tengamos en nuestro entorno y que nos permitan desarrollarnos más o tener una mayor resistencia a avanzar y conseguir lo que hemos definido que queremos ser.

El esquema de trabajo es el establecido anteriormente, con un “Primer Grupo de Trabajo” realizará la identificación de las líneas de éste Análisis Externo, consensuado y ampliado, si procede, con el “Segundo Grupo de Trabajo”.

Dentro del análisis de la situación del Grupo Sanitario La Ribera, tendríamos:

### **ANALISIS EXTERNO:**

#### ***Tendencias futuras:***

Más del 70% de los ciudadanos piensa que el Sistema Sanitario funciona bastante bien o bien, aunque necesita algunos cambios.

Según informes de previsiones demográficas, para el año 2060, más del 32,30% de la población española tendrá más de 65 años.

El gasto sanitario previsto para el año 2020 en los países de la OCDE (que representa el 16% PIB) se estima que se triplicará.

Por lo que tenemos una tendencia clara de mayor población a atender, por el envejecimiento de la población: Una población más crítica y demandando una serie de atenciones y servicios que exigen un funcionamiento de calidad y ajustado a los nuevos requerimientos de la sociedad y, todo ello, con un control del gasto importantísimo que permita seguir manteniendo los pilares de universalidad y gratuidad intactos en el nuevo modelo de sanidad.

### ***Análisis Demográfico***

Podemos hablar claramente de un envejecimiento de la población de la Comunidad Valenciana, con un crecimiento específico de la población mayor de 65 años como uno de los cambios más significativos que se ha producido en las sociedades desarrolladas a lo largo de la segunda mitad del siglo XX.

La causa principal de este envejecimiento es el descenso de la fecundidad y la mayor esperanza de vida que ha provocado el aumento de la franja de población con 65 años o más.

A partir de 2009, como consecuencia de la crisis socioeconómica, se produce un descenso de la natalidad que se mantiene en la actualidad, con una evolución que ha estado claramente vinculada al crecimiento e intenso fenómeno migratorio de toda la comunidad y que ha tenido su reflejo en La Ribera.

La mortalidad y esperanza de vida presenta una evolución descendente que afecta a todos los grupos de edad, tanto a hombre como a mujeres. Siendo la mayoría de las defunciones debidas a causas naturales (enfermedad).

### ***Organización de la Asistencia Sanitaria en la Comunidad***

La organización de la Asistencia Sanitaria en la Comunidad Valenciana desde el año 1999 en que se inauguró el Hospital de Alzira, se encuentra con un nuevo modelo de gestión sanitaria, la Concesión Sanitaria.

Desde dicha fecha en funcionamiento y con una probada demostración de ser un modelo que representa una alternativa para la sostenibilidad del sistema sanitario con un crecimiento y evolución tanto en la Comunidad Valenciana, como en otras Comunidades Autónomas, como fuera de España podríamos decir que cualquier debate sobre la incertidumbre y polémica de ésta iniciativa innovadora debe estar más que superado.

Por tanto, debemos ser muy cuidadosos y extremadamente celosos de explicar que en la Comunidad Valenciana se continua prestando una sanidad PÚBLICA que además pretende garantizar nuestro sistema sanitario en un entorno económico complicado y que para ello no solo tenemos las organizaciones sanitarias centralizadas, sino que tenemos el sistema de gestión Concesional, donde se deben de explicar muy claramente las claves del “Modelo Alzira” y cuáles son sus ventajas y sus resultados para evitar confusiones y no caer en el error de la mal llamada “privatización de la sanidad”.

### ***Marco Legislativo***

La contratación de la gestión de servicios públicos por Concesión se lleva a cabo mediante concurso por procedimiento abierto para la prestación de Asistencia Sanitaria en el Área de Salud 10 de la Comunidad Valenciana.

El contrato de dicha prestación de servicios tiene naturaleza administrativa y es de carácter mixto. Se rige por lo establecido en el Pliego de Cláusulas Técnicas Particulares y Anteproyecto de Explotación según el Real Decreto Legislativo 2/2000 de 16 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la ley de Contratos de las Administraciones Públicas y por el Real Decreto 1098/2001, de 12 de octubre, por el que se aprueba el Reglamento General de la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas en la normativa de la Generalidad Valenciana. Con respecto a la normativa específica en objeto del contrato, Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad (BOE 29-4-86); Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud

(BOE 26-04-97); Ley 24/1997, de 15 de julio, de consolidación y racionalización del Sistema de Seguridad Social (BOE 16-7-97); y Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social (BOE 29-4-94).

Por lo que podemos ver que existe un marco jurídico del Sistema Concesional muy importante y con un fuerte seguimiento y control normativo al tratarse no de un simple servicio que se presta y por el que se cobra una determinada cantidad, sino un servicio por el que se percibe una cantidad económica establecida pero que debe cumplirse escrupulosamente una calidad, eficacia y eficiencia en dicho servicio en todo momento.

### ***Pacto por Objetivos***

Todas las acciones deben estar orientadas a la atención de calidad y eficiencia en cuanto a la prestación de las necesidades sanitarias, acordes a:

- Control del Gasto.
- Fidelización de los ciudadanos.
- Competitividad en capacidades y servicios sanitarios.
- Calidad de Servicio y excelencia en la prestación del mismo.

Siendo éstas funciones esenciales en la consecución de una organización eficiente y diferenciada de la gestión tradicional con unos resultados acordes al alineamiento de la Misión y Valores entre Instituciones Públicas y Privadas.

### **ANÁLISIS INTERNO:**

Una vez realizado el Análisis Externo, debemos proceder a realizar un Análisis Interno (evaluando las Fortalezas y las Debilidades) que tengamos dentro de nuestra organización y que nos permitan desarrollarnos más o tener una mayor resistencia a avanzar y conseguir lo que hemos definido que queremos ser.

El esquema de trabajo sería el mismo que hemos definido y establecido hasta ahora, un “Primer Grupo de Trabajo” que realizará la identificación de las líneas del Análisis Interno, consensuado y ampliado, si procede, con el “Segundo Grupo de Trabajo”.

Dentro del análisis de la situación del Grupo Sanitario La Ribera, tendríamos:

### **Modelo de la Institución (Hospital)**

El modelo de Hospital La Ribera-Alzira apuesta por una organización sanitaria de servicios integrales, centrada en el paciente a quien ofrece, de forma gratuita y universal, una asistencia completa, con altos niveles de eficiencia y excelencia. Basado en:

- Modelo de integración asistencial.
- Unificación de protocolos y guías clínicas.
- Disminución variabilidad en la práctica clínica.
- Potenciación de la Atención Primaria.
- Acercamiento de pruebas y servicios. Centros Sanitarios Integrados (CSI).
- Potenciación de la Cirugía Mayor Ambulatoria.
- Alternativas a la hospitalización tradicional.
- Gestión por procesos transversales.
- Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad.
- Control de gestión procesos asistenciales y no asistenciales.
- Tecnología como aliado del profesional, de la Organización y del ciudadano

### **Cartera de Servicios**

El Hospital de La Ribera cuenta con más de 51 especialidades en su portafolio de servicios, lo que le aporta una calidad de prestar servicio y cubrir las necesidades de los pacientes en una magnitud de primer orden.

### **Actividad del servicio**

El Hospital de La Ribera tiene como objeto desarrollar el modelo sanitario concesional de colaboración público privada, para la gestión integral de servicios sanitarios y socio sanitarios y proyectos en el sector salud, con

vocación de servicio público y aplicando las mejores prácticas sanitarias conocidas. Apostando por la Excelencia en la Gestión, estableciendo como marco de referencia sobre el que desarrollar su actividad.

### **Lista de Espera**

En el comparativo con la media de los tiempos de espera de la Comunidad Valenciana encontramos unos datos de lista de espera en distintas acciones muy favorables, como por ejemplo:

Descripción	Hospital de La Ribera 2015	Comunidad Valenciana 2015
Demora media quirúrgica	46 días	120 días
Demora media CC.EE.	20 días	41 días
Estancia media prequirúrgica	0,35 días	0,54 días
Pacientes atendidos en tiempo en Urgencias	93,51%	81,08%
Tasa de cesáreas de bajo riesgo	7.23	8,40

### **MATRIZ D.A.F.O. DEL ANÁLISIS ESTRATÉGICO:**

Una vez realizado el análisis Externo (Amenazas y Oportunidades) e Interno (Fortalezas y Debilidades) pasamos a sintetizar y presentar en forma de matriz la información obtenida de dicho análisis, obteniendo:

#### **FORTALEZAS**

F1 - Especialización y experiencia en el desarrollo del modelo de gestión tanto en la Com. Valenciana como en otras comunidades (Madrid) y países (Perú).

F2 – Tecnología, instalaciones modernas, dotadas de las más avanzadas tecnologías. Desarrollo de la Historia Clínica Electrónica y Radiología Digital.

F3 – Mayor accesibilidad y comodidad con amplitud de horarios, habitación individual con cama para el acompañante.

## OPORTUNIDADES

O1 - Nuevos mercados geográficos y nuevos clientes, tanto nacionales como internacionales “convencidos” de los beneficios de este modelo de gestión.

O2 - Necesidad de descarga de los presupuestos públicos mediante el pago capitativo.

O3 – Continuar con el plan de desarrollo de Crónicos, para consolidar su diferenciación en el sector frente a otros gestores que ofrecen este plan.

## DEBILIDADES

D1 - Incrementar los acuerdos de colaboración que incrementen los ingresos de libre elección y Otras Entidades (Mutuas y Aseguradoras).

D2 – Mejorar los tiempos de espera en intervenciones de cadera antes de 48 horas, con un ratio actual peor que la media de la Com. Valenciana.

D3 - Imagen de gestión de modelo privado, que persigue la obtención de un Beneficio (informar para evitar el concepto de “Privatización de la Sanidad”).

## AMENAZAS

A1 - Modificación Legislativa que pueda ocasionar la pérdida de la Concesión Administrativa.

A2 - Elevadas bajas en competidores para obtener adjudicaciones de nuevos hospitales.

A3 - Exigencias en materia normativa (nacional e internacional) ante nuevos cambios Tecnológicos y Sistemas de Gestión.



### 3. ESTRATEGIAS Y OBJETIVOS.

---

Partiendo del diagnóstico de Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades (D.A.F.O.) pasamos a la matriz CAME que nos permita la generación de estrategias.

En ésta etapa, se debe definir las acciones a ejecutar para potenciar las Fortalezas y corregir las Debilidades (acciones desde el marco Interno, que es donde podemos actuar para modificar), con sus respectivas interacciones con las Amenazas y las Oportunidades (en el marco Externo, donde no podemos modificar las condiciones establecidas).

Por tanto, comenzamos con los valores marcados en nuestro D.A.F.O. para ir viendo las interacciones entre cada uno de dichos elementos, así tendríamos:

#### Listado "Debilidades"

Debilidades (D)		Amenazas (A)	Oportunidades (O)
D1	Incrementar los acuerdos de colaboración que incrementen los ingresos de libre elección y Otras Entidades (Mutuas y Aseguradoras).	A1 / A3	O1
D2	Mejorar los tiempos de espera en intervenciones de cadera antes de 48 horas, con una ratio actual peor que la media de la Com. Valenciana.	A2 / A3	
D3	Imagen de gestión de modelo privado, que persigue la obtención de un Beneficio (informar para evitar el concepto de "Privatización de la Sanidad").	A1 / A3	O2 / O3

Donde vemos como para cada una de las Debilidades planteadas, pueden influirnos el ámbito externo de las Amenazas estimadas, así como las Oportunidades que hemos definido podrían mitigar las Debilidades que hemos detectado en nuestro modelo.

Para la interpretación de los datos de ésta tabla, vamos a realizar el ejemplo de reflexión que se debe hacer en cada una de las líneas de dicha tabla, utilizando la primera de las líneas para la Debilidad 1, siendo:

Vemos cómo para la Debilidad 1, las Amenazas A1.- Modificación Legislativa que pueda ocasionar la pérdida de la Concesión y la A3.- Exigencias en materia normativa ante nuevos cambios tecnológicos y Sistemas de Gestión, podrían aumentar la potencia de dicha Debilidad 1.

Por otro lado, las Debilidad 1 se vería mitigada por la implantación de nuestro modelo en nuevos mercados geográficos que vendrían a dar una mayor capacidad geográfica de ofrecer servicios bajo el mismo modelo a las distintas Cías. Aseguradoras para aumentar los acuerdos de colaboración en éste sentido.

### **Listado "Fortalezas"**

<b>Fortalezas (D)</b>		<b>Amenazas (A)</b>	<b>Oportunidades (O)</b>
F1	Especialización y experiencia en el desarrollo del modelo de gestión tanto en la Com. Valenciana como en otras comunidades (Madrid) y países (Perú).	O1	A1
F2	Tecnología, instalaciones modernas, dotadas de las más avanzadas tecnologías. Desarrollo de la Historia Clínica Electrónica y Radiología Digital.	O1 / O2	A2
F3	Mayor accesibilidad y comodidad con amplitud de horarios, habitación individual con cama para el acompañante.		A3 / A2

Para la interpretación de los datos de ésta tabla, vamos a realizar el mismo ejemplo de reflexión anterior. Veremos el ejercicio que se debe hacer en cada una de las líneas de dicha tabla, utilizando la primera de las líneas para la Fortaleza 1, siendo:

Vemos cómo para la Fortaleza 1, la Oportunidad O1.- Implantación en nuevos mercados geográficos y nuevos clientes “convencidos” de los beneficios de éste modelo de gestión, viene a incrementar el potencial de dicha Fortaleza.

Por otro lado, las Fortaleza 1 se vería lastrada por la Amenaza A1, por la que una Modificación Legislativa que permita la pérdida de la Concesión Administrativa, vendría a limitar la posibilidad de avanzar en la implantación del modelo de gestión de otras comunidades y territorios.

Incluimos las otras dos tablas de Oportunidades y Amenazas, si bien en ésta no se realiza ninguna interacción (como lo visto en las anteriores) ya que aquí se recogen factores externos al propio Hospital y sobre los que no podemos interactuar.

### **Listado "Oportunidades"**

<b>Oportunidades</b>	
O1	Nuevos mercados geográficos y nuevos clientes, tanto nacionales como internacionales “convencidos” de los beneficios de éste modelo de gestión.
O2	Necesidad de descarga de los presupuestos públicos mediante el pago capitativo.
O3	Continuar con el plan de desarrollo de Crónicos, para consolidar su diferenciación en el sector frente a otros gestores que ofrecen éste plan

### **Listado "Amenazas"**

<b>Amenazas</b>	
A1	Modificación Legislativa que pueda ocasionar la pérdida de la Concesión Administrativa.
A2	Elevadas bajas en competidores para obtener adjudicaciones de nuevos hospitales.
A3	Exigencias en materia normativa (nacional e internacional) ante nuevos cambios Tecnológicos y Sistemas de Gestión.

#### **4. PLAN DE ACTUACIÓN.**

---

En éste momento, desarrollaremos una serie de acciones ponderadas por rango de importancia y valoradas mediante una serie de indicadores que nos permita la medición rápida y objetiva de las distintas acciones que hemos definido como objetivo para poder hacer el seguimiento de cumplimiento y/o desviación que nos permita una toma de decisiones correcta, coherente y acertada para el desarrollo del Plan Estratégico.

Marcaremos una serie de Líneas de actuación estratégica, donde identificaremos a las personas y/o grupos de trabajo a desarrollar cada una de las actuaciones a realizar en dichas líneas.

Tendríamos las siguientes líneas de actuación:

##### **Línea de actuación 1. Penetración en el mercado**

1. Eficacia comercial. Trabajar sobre la satisfacción de los Clientes y Profesionales, revisando las encuestas de calidad y de clima laboral para tener plena consciencia de lo que tenemos que ir modificando.
2. Promocionando la salud, de manera que la Administración encuentre satisfecho sus objetivos en ésta materia.
3. Alianzas con compañías aseguradoras que nos permitan conseguir mayor cuota de clientes, para demostrar nuestros servicios y capacidades en previsión de que se produzcan concentración de aseguradoras y perdamos capacidad de negociación con las mismas.

##### **Línea de actuación 2. Nuevos mercados.**

1. Mejorando la Calidad Asistencial.
2. Buscando nuevas propuestas que nos aporten una mayor accesibilidad para los pacientes.
3. Seguir completando el cuadro de especialidades médicas en cartera.

##### **Línea de actuación 3. Innovación / procesos / organización.**

1. Incorporación de nuevas tecnologías en propuestas de valor.

2. I+D+i en nuevos procesos de organización que nos ayuden a mejorar la eficiencia.
3. Continuar avanzando en los procesos de mejora y gestión de compras para reducir costes.

#### **Línea de actuación 4. Mejora de RRHH.**

1. Establecer una política retributiva y de perspectivas profesionales basada en la igualdad.
2. Formación, docencia e investigación como base de la carrera profesional.
3. Evaluación por competencias y participación del profesional en la mejora continua (gestión y calidad) en su reconocimiento y como eje para atraer y retener el talento.

#### **Línea de actuación 5. Marketing y posicionamiento.**

1. Potenciar el área de comunicación hacia la sociedad que identifique el Hospital con un servicio de calidad y público.
2. Desarrollar las políticas sociales tanto en su filosofía de gestión interna, como a través de un plan de acción para acercar las ventajas de nuestro sistema sanitario a colectivos desfavorecidos. Siendo la Responsabilidad social y medioambiental parte de nuestra identidad y cultura y está presente en la toma de decisiones en todos los niveles de la gestión empresarial.
3. Avanzar en el compromiso con nuestro entorno con el objetivo de involucrarse en la sociedad a la que sirve, manteniendo con ella un contacto continuo y cercano.

A partir de estas Líneas de Actuación, consensuaríamos una serie de acciones a implementar en la gestión y decisiones del día a día en distintas áreas de decisión, conformando así un Plan de Acciones total que contengan las distintas líneas estratégicas de actuación que hemos detectado y que consideramos necesarias para la consecución de nuestros objetivos.

Por tanto, tendríamos el siguiente:

✚ PLAN DE ACCIONES:

Dentro del plan de acción tenemos como principal actuación el impulso de la Calidad Total, con éstas líneas:

- Actividad Asistencial centrada en el Paciente:
  - Una clara orientación hacia una mejor y mayor accesibilidad al sistema sanitario.
  - Amplitud de Horarios de Consultas y Quirófano (L. a V. de 8 a 22 h. y sábados mañana). Así como la puesta a disposición del paciente de un teléfono de Información 24 horas.
  - Consecución y mantenimiento de unos ratios de menor tiempo de respuesta con menos demora que en el Sistema de Gestión Directa.
  - Eliminación de las Listas de Espera (lo que confiere al sistema una mayor equidad), con una media máxima de 43 días de demora quirúrgica media, y con 30 días en Consultas Externas.
  - Incrementar la Calidad Percibida por el paciente, con una humanización de la asistencia y una Dirección por Valores.
  - Implantación del sistema de Libre elección del Hospital, con el concepto de que “el dinero (remuneración a recibir el hospital) sigue al paciente” frente al concepto que sea el paciente el que tenga que ir donde su asistencia tenga el cobro preestablecido.
  - Gestión del Ciudadano como un Cliente: con un trato personalizado con una habitación individual con cama para el acompañante, aportando una mayor Privacidad y Confort.
  - Garantizando el cumplimiento de los Acuerdos de gestión que marca la Consellería de Sanitat en referencia a la Calidad, Eficiencia y Comunicación.
  - Evaluación periódica de objetivos, tanto por parte de la Consellería de Sanitat como individualmente por parte de la Concesionaria.
  
- Satisfacción de Profesionales:

- Potenciación del profesional con una efectiva gestión de los Recursos Humanos:
  - o Estabilidad Laboral: desarrollando un modelo de Convivencia del Personal Laboral y Estatutario.
  - o Triple acción profesional con una apuesta por la autonomía individual (gestión de Agendas) con coordinación de los procesos clínicos (unidades funcionales) y se promueven iniciativas de mejoras asistenciales y de gestión (circuitos internos, guías clínicas, guía de fármacos genéricos).
- Mejora en la Retribución con el establecimiento de un sistema de incentivos:
  - o Combinación del sistema retributivo individual y complementado con un plan de objetivos.
  - o Objetivos basados en la Calidad: quien más y mejor trabaja, más cobra.
  - o La mayor eficiencia obtenida como organización beneficia a los profesionales vía incentivos mediante el reparto de las mejoras de productividad.
- Creación de empleo bajo fórmulas estables, el 85% de la plantilla con contrato indefinido tanto de Atención Primaria como Especializada.
- Medición del grado de satisfacción de los profesionales por medio de consultora externa, teniendo en cuenta dos perspectivas:
  - ❖ El punto de vista del hospital en su conjunto.

En éste caso, el empleado evaluará a toda la cadena de mando hasta el Comité de Dirección de su empresa, excluyendo la valoración de su jefe inmediato.
  - ❖ La realización de la encuesta, la llevará a cabo una consultora garantizando la confidencialidad de las respuestas, además de poder comparar los resultados con otras organizaciones sanitarias.

## 5 DISCUSIÓN

---

La discusión que permite opinar sobre los diferentes modelos de gestión hospitalaria existentes pone en contexto un debate que algunos autores reconocen como muy ideologizado.

España y la Comunidad Valenciana cuenta con un gran sistema público de salud que se enfrenta a grandes retos en los próximos años (con un incremento en el envejecimiento poblacional, contención del gasto sanitario para continuar con el modelo asistencial establecido, etc.) lo que hace necesaria la presencia de la iniciativa privada que permite introducir herramientas de innovación en la gestión para contribuir a la sostenibilidad a largo plazo del sistema sanitario público.

Según hemos podido ver en la exposición del Modelo Alzira, no solo ha marcado un precedente en la gestión sanitaria y ha demostrado durante su existencia que responde a las necesidades del ciudadano, expectativas profesionales y a los requerimientos de la administración.

El ciudadano sale beneficiado con este sistema porque exige más a los servicios públicos y éste modelo responde mejor a sus requerimientos, ofreciendo una mayor accesibilidad, menor tiempo de respuesta y un trato más personalizado.

Por parte de los profesionales supone una estabilidad laboral, promoción, reconocimiento y carrera profesional, y una firme apuesta por la docencia y la investigación.

En tercer lugar, cumple con los requerimientos de la Administración, quien no pierde el control de la gestión. Como valor añadido el gasto es notablemente inferior, con una mejor redistribución de los recursos.

La tendencia en España es cada vez más a modelos implantados en otros países europeos avanzados, acercando posturas entre lo público y lo privado en la sanidad como fórmula para garantizar la sostenibilidad de un sistema universal.



Las expectativas de la colaboración público privada es un área que va a seguir creciendo y su límite vendrá marcado por los límites de universalidad y gratuidad de nuestro sistema público de salud.

Dentro de las bondades de éste sistema alternativo al modelo de Gestión Directa, encontramos la necesidad de implantar un modelo de gestión innovador en el ámbito sanitario como es el Plan Estratégico, que permita no solo consensuar y alinear a toda la organización para conseguir lo que de verdad se quiere ser el día de mañana, sino que se establezcan los mecanismos de seguimiento y control en dicho Plan para poder analizar desviaciones que se estén produciendo y que nos obliguen a tomar medidas correctoras para conseguir las metas propuestas. Estas metas y/o objetivos deben contemplar todos los ámbitos de la sociedad (Administración, Profesionales, Pacientes y Gestores) por lo que se debe de hacer partícipes a los mismos desde el principio y con una vocación de búsqueda de una mejora organizacional para todos los intervinientes en el modelo sanitario.

## **CONCLUSIONES**

---

Las debilidades que tiene la gestión directa de la atención sanitaria son compensadas por una mayor eficiencia en la gestión, fortaleza principal de la gestión concesional. Por tanto, se piensa que una gestión concesional podría gestionar mejor los recursos cada vez más limitados de la sanidad sin deteriorar la calidad de la asistencia, sin perder de vista los contras de la gestión concesional que exigen una labor de vigilancia, control y corrección por parte de las Administraciones Públicas.

Si bien, las experiencias de gestión concesional en modo alguno cuestionan los pilares sobre los que descansa el servicio público de la sanidad en España, la viabilidad de este servicio requiere de medidas que permitan asegurar su sostenibilidad financiera persiguiendo una mayor eficiencia del gasto sanitario por la vía de cambiar los modos y formas de gestión.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

---

- *La privatización de la gestión de los servicios sanitarios públicos: Las experiencias de Valencia y Madrid*. Francisco José Villar Rojas. Ponencia presentada en el XVII Congreso “Derecho y Salud”. Pamplona. Noviembre 2008.
- *Tema 5.4 Formas directa e indirecta de gestión institucional en centros y servicios sanitarios*. José Jesús Martín Martín. Unidades Docentes de la Escuela Nacional de Sanidad.
- *Nada es gratis. Eficiencia en la gestión hospitalaria pública: directa vs privada por concesión*. Sergi Jiménez. <http://nadaesgratis.es/sergi-jimenez/eficiencia-en-la-gestion-hospitalaria-publica-directa-vs-privada-por-concesion> [Consulta: 27-12-2012].

