

---

## La consolidación de las actividades externas de consultoría

---

Ángel Blanco Rubio

*Director de I+D+I. Siemens HS. Madrid.*

“El conocimiento es el único recurso ilimitado, el único activo que aumenta con su uso”

Paul Romer

El modelo de externalización de servicios ha cambiado a marchas aceleradas en los últimos años en el panorama sanitario español. Ha habido una progresiva tendencia a pensar que no sólo se puede, sino que se debe sacar fuera de las organizaciones sanitarias públicas aquello que no es el núcleo o la razón esencial de las mismas. Como consecuencia de ello han ido pasando a ser externas las obras, la lavandería, la limpieza, el mantenimiento, la cocina, los sistemas de información, etc. en la mayoría de los casos bajo el pensamiento de que es más fácil encontrar fuera especialización, eficiencia, implicación en tareas, ahorro de costes, etc.

Aunque hoy parezca obvio hace tan solo 20 años el hospital, que era y es

con diferencia la empresa más grande de cualquier ciudad, tenía dentro una especie de “microclima” profesional y albergaba, con plantilla propia, la mayor lavandería de la ciudad, el mayor centro de reprografía, el mayor restaurante, el mayor bar, una espléndida carpintería, fotógrafos, delineantes, pintores, albañiles, etc. Paradójicamente, prácticamente cualquier problema no sanitario que uno tuviera podía resolverlo acudiendo a un compañero de trabajo.

En este proceso de subcontratación de servicios poco a poco ha ido quedando atrás la idea subyacente con la que se concebía en un principio, y que era que la inteligencia de negocio está en el sistema público, y la mano de obra (siempre hablando de mano de obra no asistencial) se puede contratar externamente en el sector privado, así como los equipos necesarios para realizarla. Se ha ido pasando así a una contratación

cada vez mayor de consultoría y de tareas que implican gestión del conocimiento. Así, la Administración Pública, en términos globales, es el segundo comprador de servicios de consultoría, con un volumen del 16% del total después del sector financiero. El sector sanitario, sin embargo, se sitúa entre las últimas posiciones con un modesto 2% cuando en términos de producto interior bruto (PIB) el sector representa el 8,1%. Si nos centramos en 2007 el volumen de negocio de empresas privadas en las diferentes Administraciones Públicas estuvo en torno a los 1.500 millones de euros, otro orden de magnitud de lo que ha supuesto la sanidad. El impacto de servicios de consultoría supera el 1% del PIB español y crece a un ritmo del 10% anual. Ello indica claramente el peso cada vez mayor que tiene la participación externa en los procesos de gestión, transformación, rediseño, cambios organizativos, puesta en marcha de nuevas áreas, etc. y debería servir para prever una tendencia de crecimiento con proporciones similares en sanidad, hoy por hoy lejos del resto de la Administración y de los principales sectores, a pesar de la complejidad y de su importancia cuantitativa en el PIB.

En la década de los noventa el término “consultoría” sufrió una gran devaluación, e incluso llegó a usarse despectivamente como sinónimo de trabajo inútil, “filosófico” y, en definitiva, de poca calidad y con poco cumplimiento de expectativas. Probablemente esta situación haya sido producida por el acercamiento a los distintos sectores de negocio desde grandes empresas con éxito en EE.UU. o en países europeos tecnológicamente avanzados, pero que han comenzado su andadura con proyectos de poco volumen económico realizados en poco tiempo y con personal muy joven y falto de experiencia, casi siempre procedentes de otros sectores no sanitarios, que normalmente acababa con un trabajo de papel en un despacho.

El salto cuantitativo y cualitativo se produce cuando profesionales consolidados del sistema sanitario comienzan a cambiar su despacho en un centro sanitario y constituyen grupos, normalmente en pequeñas empresas, que comienzan a prestar servicios desde el entorno privado. Posteriormente las grandes empresas tecnológicas comienzan a utilizar sus servicios de una manera casi permanente, continua, en grandes proyectos, pasando así

de la consultoría puntual a formar parte externa de la estrategia de las organizaciones sanitarias.

En este marco el crecimiento de la consultoría en España en los últimos 5 años está por encima del 10% anual.

### **Las reglas del juego cambian o “el fundamento de la realidad es el incesante devenir”**

---

Otro factor que ha configurado el actual mapa de apoyo estratégico externo es que en los mercados actuales los roles se han difuminado, y las fronteras tan claras —como lo era hace 20 años la que separaba al cliente del proveedor— hoy no existen, y es frecuente que diferentes organizaciones sean simultáneamente clientes y proveedores unas de otras. Se entremezclan además conceptos como docencia, investigación, etc. que hacen que la realidad sea diferente en cada momento y que se necesite de una mayor flexibilidad en la gestión de la que se podía obtener desde organizaciones que buscaban en los años ochenta casi de manera obsesiva la autosuficiencia. Entre las fórmulas claras que permiten esta flexibilidad está la colaboración público-privada, que permite adecuar los recursos a las

necesidades de cada momento, incluyendo las derivadas de tareas de gestión, estrategia de negocio y dirección.

Por otra parte, una de las contribuciones fundamentales de la consultoría externa en el sector sanitario, al igual que sucede en otros sectores, y que raramente se menciona, es que contribuye a la estabilidad del conocimiento ante innumerables cambios políticos y garantiza la continuidad de los proyectos, llegando a convertirse en responsable de la transición entre diferentes equipos directivos. En algunos casos, casi ha asumido el rol del funcionario independiente.

Se sustenta así pues la colaboración de la consultoría fundamentalmente en tres ejes:

1. Aportación de personas y conocimiento a la gestión y optimización de los centros sanitarios o áreas dentro de ellos.

2. Aportación a la estrategia y política sanitaria.

3. Aportación a los proveedores de productos y servicios, que también recurren puntualmente a ella como valor añadido de sus proyectos. Les permite además abordar nuevos mercados o líneas de negocio sin tanto riesgo.

## Las personas, la clave

---

Cuando hablamos de externalización del conocimiento y de la gestión estamos refiriéndonos al ámbito de la inteligencia, situado en el otro extremo del de la mano de obra. Estamos en el ámbito de la iniciativa y no en el de la replicación hasta el infinito de actividades repetibles e industrializables. Así se ha ido pasando de la externalización de la hostelería, mantenimiento, limpieza, sistemas de información, etc. a la externalización de actividades de apoyo a la organización y dirección como planes estratégicos, funcionales, reingeniería de procesos y formación.

Cuando hablamos de conocimiento, inteligencia, innovación o gestión hay que asumir que las organizaciones son meros instrumentos desde los que los profesionales desempeñan su trabajo según las circunstancias de cada momento. Y estas circunstancias evidentemente cambian a lo largo de la vida. En este sentido, muchas personas pasan por instituciones sanitarias públicas, instituciones sanitarias privadas, pequeñas consultoras, grandes multinacionales, universidades, centros de investigación, etc. y hay que asumir que el talento-conocimiento

no está en las organizaciones, sino en las personas que militan en ellas, y aquellas son más o menos competitivas, más o menos prestigiosas, más o menos atractivas en tanto en cuanto lo son los profesionales que logran captar o retener.

Este movimiento humano es el que define el panorama de la consultoría en España. Es el que permite a las instituciones sanitarias la realización de actividades de reingeniería de procesos, planes estratégicos, planes funcionales, planes de empresa, etc. basados en la experiencia de personas que están fuera de ellas.

Es cada vez más frecuente que cuando se abre un centro nuevo, se remodela o reorganiza uno existente, se reordena un área de salud, tanto en el sistema sanitario público como privado, participen en su definición y desarrollo personas externas a la propia organización que trabajan en grandes o pequeñas empresas de servicios. Así por ejemplo, los grandes proyectos de IT de las Comunidades Autónomas externalizados a grandes empresas tecnológicas, vienen normalmente acompañados de una etapa de reingeniería de procesos en la que participan profesionales de la salud con una larga trayectoria de experiencia y que traba-

jan en la gran empresa, o que forman parte de pequeños grupos de profesionales a los que ésta subcontrata la consultoría.

Los dos mecanismos habituales en la externalización de actividades organizativas que implican gestión del conocimiento son:

1. La búsqueda de las personas idóneas que tengan el conocimiento y que puedan colaborar en la realización de las tareas de consultoría. En este caso, la empresa concreta, normalmente pequeña, es el instrumento para la prestación de servicios.

2. La búsqueda del proyecto global. En este caso, lo que se persigue es más la responsabilidad de la ejecución del proyecto y es la empresa externa, normalmente grande, la que utiliza en él sus propios recursos o los de la pequeña empresa en la que están los profesionales con la experiencia adecuada a cada fase.

Entre las razones que pueden o deben mover la externalización de la gestión del conocimiento podrían destacar:

– Adquirir, aprovechar o descartar experiencias en otros centros, de otras zonas, de otros países de manera instantánea. Al igual que un paciente ante un problema de salud en un

familiar no se plantea estudiar medicina en todas sus especialidades, sino que busca solución entre profesionales con experiencia, puede pensarse que ante una necesidad relacionada con la gestión u organización, una autoridad sanitaria o un gestor pueda recurrir a la búsqueda de la solución entre expertos que se dedican a ello y la cuestión a decidir sea qué experto o expertos, y no cómo buscar, investigar o probar uno mismo las posibles alternativas. Significa esto que las empresas de consultoría servirían además de mecanismo de transmisión del conocimiento, como mecanismo de intercambio del mismo entre instituciones, de redistribución de buenas prácticas con menos complejidad y en un tiempo menor. Pongamos por ejemplo que existen 10 centros sanitarios. Simplificando mucho la teoría de la complejidad, extraer el conocimiento de ellos para una tercera organización tendría una complejidad de orden de magnitud 10. Diseminar el conocimiento entre ellos tendría también una complejidad de dimensión 10. Por ello, con una complejidad 20 ( $10 + 10$ ) una tercera empresa puede aprender y enseñar. El mismo problema de intercambio aprender/enseñar para los 10 centros tendría una

complejidad mínima de 100 (10 x 10), puesto que para lograr el mismo efecto necesitaría un intercambio de todos con todos.

– Oferta y demanda de profesionales: a medida que las actividades requieren una mayor experiencia o conocimiento es menor el conjunto de personas que pueden realizarlas. Ello implica que, por un lado, es necesario compartirlas y por otro retribuirlas. Si el conocimiento lo tuvieran muchos habría que pagar poco por él, y entonces el sueldo y la presencia interna no serían un problema. Como lo que sucede es lo contrario, la mejor manera de poder contar con grandes expertos suele ser recurrir al entorno privado, que se encarga de redistribuir, de diseminar su inteligencia. En este sentido hoy no se cuestionan los ingresos de un arquitecto de prestigio cuando se trata de remodelar un hospital y se quiere una obra singular, o no se cuestionan los de un famoso deportista, periodista o político que acude a dar una conferencia. Sin embargo, aunque todo el mundo conoce grandes personajes de la gestión, se recurre poco a ellos desde instituciones sanitarias, a diferencia de otros sectores, donde la exter-

nalización de la gestión y del conocimiento es más frecuente.

– Incremento de la demanda: la descentralización de la Administración, y en concreto las transferencias sanitarias a las Comunidades Autónomas, han incrementado notablemente la necesidad de realización de proyectos estratégicos relacionados con la definición o reorganización del sistema sanitario, planes directores, planes funcionales, apertura de nuevos centros, los sistemas de información y la evolución al trabajo por procesos asistenciales. Se han desarrollado así numerosos proyectos parecidos de análisis del sistema y puesta en marcha de una organización propia que han consolidado la presencia de ayuda externa al sistema de gestión de cada servicio regional de salud.

En esta línea, de cara al futuro, la Ley 11/2007 de 22 de junio de Acceso Electrónico de los Ciudadanos a los Servicios Públicos además de contribuir a un nuevo marco de servicios en lo referido a las relaciones entre las diferentes administraciones y los ciudadanos, incrementará notablemente la presencia de planes organizativos para poder ser llevada a cabo, y como consecuencia crecerá la

demanda de consultoría estratégica y de inversiones en sistemas de información.

## **Los profesionales de la consultoría en España**

---

### **La compra de experiencia y de inteligencia**

Si uno hace un breve recorrido por las pequeñas, medianas y grandes empresas que tengan en su porfolio la consultoría sanitaria, descubre un altísimo número de personas que proceden del mundo de la gestión sanitaria en instituciones públicas. *A priori* puede pensarse que algo hace que se produzca un salto del mundo público al privado a partir de un determinado momento, pero profundizando un poco más se descubre un ir y venir de expertos que desarrollan su trabajo en instituciones sanitarias a empresas de consultoría y viceversa. Normalmente obedece a momentos de la vida personal y profesional individuales más que a un esquema de trayectoria por finalización de la carrera profesional en el entorno público. Es así frecuente encontrar pequeños *cluster* muy cualificados que han coincidido previamente en labores de gestión y dirección, sobre todo

de hospitales y servicios de salud, que inventarían su conocimiento y tratan de replicarlo en varios proyectos. El esquema pues no es el de profesionales que inician su carrera siendo consultores, como ocurre con más frecuencia en otros sectores. Esto probablemente haga al sistema más enriquecedor y permita una diseminación del conocimiento en paralelo a lo largo de nuestro mapa sanitario, casi siempre en una relación de igual a igual y de compra de experiencia, inteligencia, autoridad y conocimiento.

### **Los expertos en nada**

Es sin embargo importante destacar que además de los mencionados *clusters* de experiencia existen las tradicionales grandes empresas auto-definidas como consultoras que vienen de prestar sus servicios en otros sectores y dan el salto al de la salud bajo la premisa de disponer de metodologías y procedimientos supuestamente extrapolables, y que rara vez proporcionan al sistema sanitario algo útil. En el esquema de consultoría bajo el prisma de conocimiento, capacidad de reingeniería, etc. no es posible dejar la experiencia en un segundo plano, puesto que es lo realmente

útil a cada proyecto. Es lo que, en muy poco tiempo, permite asentar los proyectos sobre una base firme, lo que transmite credibilidad y lo que añade el componente de liderazgo, tan importante cuando se plantea una reingeniería o un nuevo modelo.

### **El mundo heterogéneo de la consultoría sanitaria en España**

---

El mundo de la consultoría sanitaria en España no es más heterogéneo que en otros países. Quizás hasta hace poco más de una década su dimensión ha sido sustancialmente menor, pero sigue el mismo esquema de heterogeneidad que en Estados Unidos, Gran Bretaña o Alemania, por citar algunos ejemplos. En la actualidad, aunque la brecha es todavía grande, hay una tendencia al acercamiento.

El epígrafe que más profesionales y recursos mueve son los sistemas de información asistenciales, como en casi todo el mundo. Dentro de él pueden distinguirse dos áreas y perfiles totalmente diferenciados:

1. La funcional, que es la que engloba la reingeniería de procesos y la formación y que está basada en profesionales médicos, de enfermería y de la gestión y dirección de centros sani-

tarios. Se realiza habitualmente desde empresas de Tecnologías de la Información (TI) sanitaria y pueden estar vinculados a ellas mediante contratos laborales, mercantiles o subcontratados desde empresas más pequeñas y focalizadas.

2. La técnica, que suele encargarse de los planes de integración, migración, parametrización, etc. En ella predominan ingenieros que se especializan en las diferentes tareas y ejecutan el plan de implementación de la solución a partir de los circuitos funcionales definidos en la reingeniería.

Además de la reingeniería existen múltiples posibilidades de actividades que configuran el heterogéneo mapa de la consultoría: planes de salud, planes directores y planes funcionales, estrategia y política retributiva, traslado o apertura de centros, optimización de departamentos, gestión de costes, formación, I+D+I, *benchmarking*, etc.

Debido a lo reducido del tamaño del mercado (normalmente el campo de actuación es España, Portugal y Sudamérica) no existe especialización alguna. Las diferentes líneas están basadas generalmente en las mismas personas.



## **La tasa de éxitos/fracasos en el sector sanitario**

---

La tasa de éxitos/fracasos viene muy determinada por la concepción de los proyectos. Normalmente los fracasos se producen en el nacimiento y las principales causas son:

1. El dimensionamiento económico. El adecuado dimensionamiento económico es imprescindible y digamos que es la primera causa de fracaso en lo que nos ocupa, que es gestión del conocimiento, que es trabajo con “personas”. Un dimensionamiento bajo conduce en la ecuación coste-beneficio a proyectos realizados sin la experiencia necesaria precisamente donde lo que se compra es experiencia. Dado que la inversión en sanidad es sensiblemente menor que en otros sectores puede deducirse que la tasa de fracasos a día de hoy todavía es mayor.

2. La gestión de expectativas. Normalmente unas expectativas muy por encima de la realidad conducen el proyecto al fracaso.

3. El tiempo. Demasiado optimismo en tiempo puede conducir a algo irrealizable o superfluo. Si es así, su destino es la estantería y nunca la puesta en marcha.

En la mayoría de los casos de fracaso existe una mezcla de los tres factores. Bajo un planteamiento económico corto se generan las mismas expectativas que si se tuvieran recursos infinitos y tratan de ajustarse por coste a semanas de trabajo.

## **La adaptación de las tecnologías al sector sanitario**

---

Como se mencionaba en la introducción la inversión en consultoría en el sector sanitario es menor que en otros: 2% del total frente a 16% de la administración pública o el 24% del sector financiero, que lidera el ranking de inversiones. De la misma manera se dedica menos a tecnología de la información que en otros sectores y que en otros países. En España la inversión apenas supera el 1% del gasto sanitario, cuando en los países europeos de nuestro entorno se acerca al 3%, y la media de la Europa de los 15 es del 2%, todos muy lejos del 7% de Estados Unidos. Es pues de esperar que los resultados también sean inferiores. Contrasta esta cifra con las inversiones en tecnología médica, donde España, con el 6,1% del gasto sanitario se sitúa por encima de la Europa de los 15

con el 5,4% y de Estados Unidos con el 5,1%.

En este escenario todavía sigue siendo frecuente encontrar equipos de personas que en el año 2008 comienzan a desarrollar de manera autónoma aplicaciones en vez de acudir a proyectos basados en productos del mercado. Realmente el problema no es que un grupo aislado comience el desarrollo de una aplicación de gestión a finales de la primera década del siglo XXI, sino que el sector sigue viéndolo “razonable” e incluso en algún caso se sigue defendiendo como la mejor solución.

Parece hoy impensable que en un congreso de banca, informáticos o analistas financieros presentaran como éxito módulos de *software* que están desarrollando con recursos propios. Ello, sin embargo, es muy frecuente en el entorno sanitario español. Probablemente se explique por la diferencia de cualificación profesional, y esto a su vez se explique con las abismales diferencias salariales entre profesionales de la organización, de la estrategia y de la tecnología del sector sanitario y del resto de sectores. Dentro de los centros sanitarios en muchos casos no ha evolucionado la concepción

del departamento de informática como algo meramente técnico, próximo al mantenimiento hacia algo estratégico y relacionado con la organización y los procesos. En la mayoría de los centros sanitarios españoles los sistemas y tecnologías de la información siguen sin formar parte de la dirección.

En el caso de empresas que prestan servicios de tecnología de la información en el sector sanitario, es sin duda significativo que éstos siguen sin entidad propia y es frecuente que se engloben organizativamente dentro del sector de la administración pública como algo genérico.

El panorama ha empezado a cambiar con las transferencias sanitarias a las Comunidades Autónomas, donde se ha centralizado la toma de decisiones y sí se ha evolucionado de un planteamiento técnico a una visión estratégica de la que participan activamente los titulares de las Consejerías correspondientes. Existen, como consecuencia de ello, grandes proyectos de sistemas de información con el enfoque no de departamento u hospital, sino de área de salud o de Comunidad. La visión global está dando a los proyectos un carácter de reingeniería del proce-

so asistencial muy interesante donde se ha ido pasando en primer lugar de la concepción del hospital por departamentos a la concepción horizontal por problema asistencial, mucho más centrado en el movimiento del paciente. De esta concepción se está en la actualidad pasando a la de organización por área de salud, tratando de eliminar la barrera entre Atención Primaria y Especializada.

Proyectos como el de La Rioja, con un área sanitaria única que engloba 19 zonas básicas de salud cuyo hospital general de referencia es el nuevo Hospital San Pedro es, desde el pasado mes de octubre de 2007 en que se aprobó el decreto que lo regula, un ejemplo de la tendencia que marcará sin duda la evolución organizativa de nuestro sistema sanitario.

El motor de este cambio de tendencia en el sistema sanitario en los últimos años ha sido el avance hacia la historia clínica electrónica. Los proyectos de historia clínica electrónica han supuesto realmente el comienzo del protagonismo de los sistemas de información en el sector sanitario.

Han multiplicado las inversiones situándolas en el entorno del resto

de la Administración e incluso de sectores privados.

Han despertado el protagonismo del usuario en la implantación de las tecnologías. Cualquier proyecto de sistema de información asistencial implica a todos los profesionales del centro y supone un rediseño de procesos que afecta en mayor o menor medida al 100% de las personas. Digamos que es el único tipo de proyecto con el que se puede movilizar a toda la organización al completo.

Han supuesto una evolución de los sistemas de información con un enfoque departamental y orientación a los datos hacia el concepto de *workflow* que sincroniza tareas y personas en un trabajo por procesos.

Han arrastrado a la consultoría estratégica y de gestión, puesto que han introducido la reingeniería de procesos como algo habitual en la implantación de un sistema de información.

Han introducido de manera sistemática la ayuda a la toma de decisiones clínicas en tiempo real.

Han supuesto la base de definición organizativa de las Comunidades Autónomas tras las transferencias en el año 2002, pasando del concepto de centro al concepto de sistema regional de salud.

## **Experiencias de externalización en el sector**

---

Por volumen de proyecto y por implicación del mismo en estos momentos los proyectos de externalización más grandes suelen ser los de sistemas de información, aunque la casuística varía a lo largo de toda la actividad de gestión de los centros, los servicios regionales de salud o las consejerías de sanidad. Es así cada vez más frecuente encontrar la existencia de apoyo externo a la gestión y dirección, oficinas de gestión de proyectos externas, desarrollo de planes de empresa, planes funcionales y planes de negocio, reingeniería de procesos, planes estratégicos de recursos humanos, sistemas retributivos, sistemas de costes, formación directiva y de gestión, planes de optimización de áreas médicas, quirúrgicas, diagnósticas, laboratorios, etc., diseño de procesos, cuadros de mando integrales, apoyo a la gestión de apertura o traslado de hospitales, entre otros, y más recientemente planificación estratégica de la I+D+I.

### **El eje Alcorcón-Son LLàtzer-Fuenlabrada**

Si hubiera que destacar un hito en los sistemas de información asisten-

ciales éste sería sin duda el Hospital de Alcorcón en Madrid, donde bajo un esquema de externalización completa nace en 1996, y a pesar de los menores avances tecnológicos de la época y la falta de experiencia, un proyecto de historia clínica electrónica e imagen médica en el que por primera vez, y éste es el hecho diferencial, trabajan bajo el paraguas de herramientas informáticas todos los profesionales asistenciales sin excepción.

Este proyecto se produce en el contexto de la introducción de nuevas fórmulas de gestión en hospitales públicos, y en concreto la fórmula elegida para Alcorcón fue la de Fundación, y supuso una inversión en tecnologías de la información impensable hasta aquel momento en España.

Pero no sólo se externalizaron los sistemas de información, fue también significativa la colaboración privada en la gestión del proceso de selección de personal, en la realización de planes de salud, plan de empresa y planes de montaje, en la política retributiva, en la gestión de almacenes y compras, en el mantenimiento, en la esterilización, el diseño y dimensionamiento de la ra-

diología, etc., es decir, no sólo en áreas operativas, sino también estratégicas y próximas a la dirección y organización del centro. El impacto del sistema de información y la implicación de los profesionales en este contexto llegó a convertirlo en 1999 y 2000 en una referencia mundial.

A imagen y semejanza de Alcorcón nace en el año 2000 la Fundación Hospital de Calahorra, en La Rioja, bajo un esquema de externalización similar.

El relevo de Alcorcón como modelo lo toma el Hospital Son Llàtzer en Palma de Mallorca, que aunque con más dificultades en la vinculación de profesionales por su situación geográfica, desde su nacimiento en el año 2001 toma un esquema similar tanto en consultoría como en sistemas de información y mejora los resultados obtenidos hasta el momento, sobre todo en el terreno de la integración, de la movilidad y de la comunicación con el entorno (Atención Primaria, paciente).

Completa el eje de consolidación de sistemas de información, historia clínica electrónica y externalización el hospital de Fuenlabrada, que también toma como modelo el de Alcorcón y cuyo logro diferencial frente a

los anteriores es el nacimiento sin archivo de historias clínicas. El proyecto ha servido de base para la definición funcional del modelo de los nuevos hospitales de la Comunidad de Madrid.

### **Los 8 nuevos hospitales de la Comunidad de Madrid**

La construcción y puesta en funcionamiento de los hospitales de Majadahonda, Coslada, San Sebastián de los Reyes, Parla, Arganda del Rey, Aranjuez, Vallecas y Valdemoro bajo el modelo de concesión administrativa es sin duda el proyecto de más relevancia en lo que a colaboración público-privada se refiere en los ámbitos de consultoría estratégica, externalización de la gestión y sistemas de información. Así ha servido para elaborar planes estratégicos, planes funcionales, asistencia técnica para los concursos de obras, gestión y explotación de los hospitales, externalización completa de los sistemas de información donde por primera vez el factor más destacado es que desde el punto de vista tecnológico se ha optado por un modelo de Centro de Proceso de Datos (CPD) centralizado y externo, y desde el punto de vista funcional por un modelo único para todos ellos.

### **La Rioja como ejemplo de red sanitaria única**

La Rioja dentro de su proyecto de organización sanitaria única engloba Atención Primaria, Atención Especializada, un centro de investigación médica y hospitalización a domicilio. Concebido con apoyo externo, tanto en la fase de definición como en la reingeniería de procesos e implementación, es diferencial por aglutinar la gestión de toda la población bajo un único sistema.

### **Murcia, el mayor ejemplo de reingeniería de procesos implementado**

Murcia es la primera región que tras las transferencias sanitarias elabora un plan de salud y una ambiciosa reingeniería de procesos global hecha totalmente con apoyo de consultores externos en el contexto de un proyecto de sistemas de información.

Existen además otros múltiples ejemplos de diferente alcance que muestran la heterogeneidad del entorno y el diferente enfoque de cooperación público-privada y de volúmenes de inversión que oscilan aproximadamente entre los pocos miles de euros y los 50.000.000 por

proyecto. Algunos de ellos acaban de nacer, otros están en curso, varios llevan abiertos ya demasiado tiempo para esperar resultados y bastantes han finalizado con éxito. Aunque existen muchos más ejemplos, esta enumeración no trata más que de ilustrar el panorama actual de la consultoría sanitaria en España y su dimensión intuitiva:

1. Plan de Salud para Asturias 2004-2007.

2. Programa de modernización ÉDESIS de la sanidad asturiana que incluye como pilar la historia clínica electrónica y la historia resumida de salud, ambas centralizadas. También incluye receta electrónica, Proyecto de identificación única SIPRES.

3. Plan de mejora de la organización de Atención Primaria de Asturias.

4. Plan funcional del nuevo Hospital Universitario Central de Asturias, del centro biomédico, etc.

5. Consultoría para el diseño de un sistema de información para la gestión de la atención sociosanitaria en Extremadura.

6. Plan de Salud de Extremadura 2005-2008.

7. Proyecto JARA de análisis, desarrollo e implantación de los siste-

mas de información corporativos del Servicio Extremeño de Salud.

**8.** Plan funcional del hospital de Don Benito, del hospital de Plasencia, del hospital de Coria, etc.

**9.** Consultoría para el diseño de un cuadro de mandos del Instituto Balear de Salud.

**10.** Proyecto de compartición del conocimiento clínico entre los profesionales del IB-Salut.

**11.** Consultoría y asistencia para el desarrollo de la historia clínica electrónica sociosanitaria de Baleares.

**12.** Proyecto SIAP de integración de Atención Primaria y Especializada en Baleares.

**13.** Consultoría para el establecimiento de criterios de derivación de los pacientes en salud mental en el Servicio Balear de la Salud.

**14.** Plan funcional del hospital de Ibiza.

**15.** Proyecto de centro tecnológico de salud de Aragón con centralización de gestión y desarrollo en IT.

**16.** Plan director y funcional del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa y del hospital Ernest Lluch.

**17.** Proyecto de historia clínica electrónica de Atención Especializada y Primaria, imagen médica, receta e investigación (CIBIR) de La Rio-

ja con un modelo único que engloba el Hospital San Pedro, la Fundación Rioja Salud y la Fundación Hospital de Calahorra.

**18.** Plan funcional del hospital San Millán y San Pedro, CIBIR, etc.

**19.** Proyecto de sistemas de información de los nuevos hospitales de Madrid bajo un esquema centralizado y externalizado.

**20.** Consultoría y asistencia para la gestión de la concesión de los nuevos hospitales de Madrid.

**21.** Consultoría y asistencia para el equipamiento y mobiliario básico y clínico del Nuevo Hospital del Norte en Madrid.

**22.** Plan funcional de los nuevos hospitales: Alcorcón, Móstoles, 12 de Octubre, Ramón y Cajal, Puerta de Hierro, La Paz, Cantoblanco, etc.

**23.** Plan de salud de Castilla La Mancha 2001-2010.

**24.** Planes funcionales del nuevo Hospital de Toledo, ampliación del hospital de Guadalajara, hospital de Almansa, Albacete, Villarrobledo, Ciudad Real, etc.

**25.** Proyecto Turriano de historia clínica electrónica y receta electrónica de Castilla La Mancha.

**26.** Proyecto de consultoría para desarrollar un Plan Integral de Salud

Cardiovascular en Castilla La Mancha (2007-2010).

**27.** Redacción del proyecto básico y primera fase de obras de reforma y ampliación del Complejo Hospitalario de Soria.

**28.** Asesoramiento, apoyo y coordinación en el proceso de traslado y apertura del nuevo hospital Río Hortega en Castilla y León.

**29.** Consultoría de apoyo para la construcción y concesión administrativa de la explotación de obra del nuevo Hospital de Burgos.

**30.** Plan funcional del Hospital Río Hortega en Valladolid, Hospital General Universitario de Salamanca, Río Carrión en Palencia, reordenación del Hospital General y Policlínico de Segovia.

**31.** Plan de salud del Servicio Murciano de Salud 2003-2007.

**32.** Elaboración del plan de salud de la región de Murcia 2009-2015.

**33.** Plan director de sistemas de información de sanidad PDSIS de Murcia, que tras un esquema de reingeniería del proceso asistencial está poniendo en marcha las herramientas de soporte del mismo, incluyendo historia clínica electrónica y sistemas de imagen médica en todos los centros sanitarios.

**34.** Plan integral de cuidados paliativos del servicio murciano de salud 2006-2009.

**35.** Plan funcional del Hospital General de Murcia.

**36.** Proyecto DRAGO de historia clínica electrónica de los centros sanitarios del Servicio Canario de Salud.

**37.** Plan de Salud de Canarias 2004-2008.

**38.** Plan funcional y programa preliminar de arquitectura del Hospital Insular de Gran Canaria.

**39.** Revisión del plan funcional y plan director de remodelación y actualización del Hospital Nuestra Señora de la Candelaria.

**40.** Plan funcional del Hospital de Lanzarote, Hospital Materno Infantil de Gran Canaria, Complejo Hospitalario y Sociosanitario del Noroeste de Tenerife, Hospital de Fuerteventura, Centro de Salud de Maspalomas, etc.

**41.** Plan director de infraestructuras sanitarias de Galicia. En este proyecto se impulsa la creación de un nuevo modelo asistencial, diseñando centros y ordenaciones funcionales orientados a la ciudadanía y al proceso asistencial, e incorporando y desarrollando una serie de elementos estratégicos para la gestión de los servicios.



**42.** Proyecto Rede Saude e IANUS. Salud en red e historia clínica única en Galicia.

**43.** Plan funcional del nuevo Hospital de Vigo, Hospital General de Lugo, San Camilo de Vigo, Complejo Hospitalario de Pontevedra, Hospital de Salnés, etc.

**44.** Determinación de necesidades y diseño del Plan de Equipamiento del nuevo Hospital de Ceuta.

**45.** Proyecto DIRAYA de historia clínica electrónica en Atención Primaria y Especializada y receta electrónica.

**46.** Plan andaluz de urgencias y emergencias.

**47.** Plan funcional de los dispositivos de cuidados críticos y urgencias del Hospital de Écija, Hospital Clínico de Málaga, Hospital Santa Ana de Motril, Centro de Alta Resolución Valle Guadalhorce, etc.

**48.** Proyecto de integración de aplicaciones existentes en un proyecto de historia clínica electrónica en Cantabria.

**49.** Plan director del Hospital Marqués de Valdecilla.

**50.** Proyecto de integración de historia clínica compartida de Cataluña y receta electrónica.

**51.** Plan director del hospital Vall d'Hebrón, Bellvitge, Santa Creu y Sant

Pau, Sant Joan de Deu, la Seu d'Urgel, Hospital del Mar, Baix Llobregat, etc.

**52.** Plan director de Oncología en Cataluña 2005-2007.

**53.** Proyecto de identificación única, historia clínica electrónica y receta de Navarra.

**54.** Plan funcional del hospital de Navarra.

**55.** Proyecto OSABIDE en el País Vasco de historia clínica electrónica y receta.

**56.** Plan funcional del nuevo centro de investigación del Hospital de Donostia.

**57.** Proyecto Abucasis de gestión de pacientes e historia clínica electrónica y receta electrónica.

**58.** Plan funcional del Hospital de Alzira.

**59.** Plan director de salud mental y asistencia psiquiátrica de la Comunidad de Valencia.

**60.** Plan director y funcional del Hospital La Fe.

Con ello se demuestra el protagonismo que cobra en el sector la consultoría estratégica y el apoyo en la gestión, y sobre todo el enfoque de colaboración desde un marco diferente del interno a las organizaciones. Busca el conocimiento esté donde esté, lo que deja claro que quien

hace los proyectos son las personas, no las empresas.

## **Alguna tendencia**

---

### **La Atención Primaria y redes sociosanitarias**

Es muy significativo que en este contexto la presencia de proyectos en Atención Primaria es anecdótica, igual que lo es la gestión privada en este entorno. La evolución del sistema camina cada vez más hacia el concepto de área de salud bajo una única gestión, y Comunidades Autónomas como Canarias, La Rioja, etc., han dado pasos significativos en esta línea en la que la Atención Primaria forma parte del circuito sanitario, y no es un mundo sanitario de segunda categoría.

Es previsible pues que en la próxima década veamos más proyectos de área salud y que aumente en este ámbito la colaboración privada en la gestión. En este mismo contexto se sumará previsiblemente el enfoque social pasando de entornos sanitarios a entornos sociosanitarios.

Tampoco debería ser descartable que, como existe en Atención Especializada, haya centros de Atención Primaria privados que presten servi-

cios en el sistema público mediante un concierto o concesión. Hoy ni siquiera en Comunidades Autónomas como Cataluña, que es en la que más presencia tiene la sanidad privada, se ha extendido este modelo a la Atención Primaria.

Con ello, uno de los destinos de participación externa en consultoría y gestión será sin duda la reingeniería de procesos que afectan a Atención Primaria, servicios sociales y las nuevas prestaciones de teleasistencia y servicios en el hogar como hospitalización domiciliaria que empiezan a desarrollarse.

Tradicionalmente destaca la prestación privada por enfoque al cliente, cercanía, mayor adaptación a la demanda, etc., lo que la convierte al menos en una alternativa de provisión de servicios más que en un entorno en el que es fácil percibir el deterioro y la cada vez mayor falta de credibilidad del usuario.

Tiene este entorno mucho que definir, no sólo en organización sino también en roles profesionales. La inclusión, bajo la misma plataforma organizativa y de sistemas de información de la Atención Primaria, contemplando las peculiaridades, proporcionará al médico, desde el centro

de salud, la visión global del paciente y su entorno familiar y le permitirá, sin complejas integraciones, dar una continuidad asistencial y convertirse en el “especialista en la gestión de la salud de las personas”.

### **Acceso electrónico de los ciudadanos a los servicios públicos**

La adaptación progresiva de los procedimientos administrativos a la Ley 11/2007, de Acceso Electrónico de los Ciudadanos a los Servicios

Públicos (LAESP) cambia el mapa de prestación de servicios y accesibilidad también dentro del entorno sanitario, y debería ser la excusa para una nueva generación de servicios sanitarios sustentados a su vez en un concepto de orientación al ciudadano a implementar desde los sistemas de información. El enfoque no debería ser sólo el de trámites administrativos. Es importante redefinir el proceso asistencial contando con la participación activa del paciente en el flujo de trabajo.

## BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

---

- Acosta JO, Alonso EP. Reingeniería de procesos en los hospitales públicos: ¿reinventando la rueda? *Rev Esp Salud Pública*. 2001;75:193-206.
- Andersen A. Asociación de Economía de la Salud. La gestión del conocimiento en el sector sanitario. Bilbao: PMP; 1998.
- Asenjo MA. El hospital como empresa. *Mec Clin (Barc)*. 1991;96:780-3.
- Asociación española de consultoría, 2008. Informe AEC sectorial de las Administraciones Públicas 2007.
- Barnes S. Sistemas de gestión del conocimiento: teoría y práctica. Madrid: Thompson-Paraninfo; 2002.
- Gore A. Crear una Administración Pública que funcione mejor y cueste menos. Informe del National Performance Review. Instituto Vasco de Administración Pública; 1994.
- Las TIC en la Sanidad del futuro. *Telefónica*; 2006.
- Malvicino S, Serra R. La importancia de la gestión del conocimiento y el capital humano en las organizaciones del siglo XXI. Disponible en: [http://www.wikilearning.com/articulo/la\\_importancia\\_de\\_la\\_gestion\\_del\\_conocimiento\\_y\\_el\\_desarrollo\\_del\\_capital\\_humano\\_en\\_las\\_organizaciones\\_del\\_siglo\\_xxi/12138](http://www.wikilearning.com/articulo/la_importancia_de_la_gestion_del_conocimiento_y_el_desarrollo_del_capital_humano_en_las_organizaciones_del_siglo_xxi/12138).
- Paños Álvarez A. Análisis de factores contingentes en el estudio de la relevancia estratégica de las tecnologías de la información en las empresas. *Anales de Documentación*. 2005;8:187-216.

