



XI Foro Sanitario de AECOC

26 DE MAYO 2011. MADRID



EFICIENCIA E INNOVACIÓN: GARANTÍA DE FUTURO

Programa

09:30 h Inauguración

José María Bonmatí. Director General, AECOC
Benjamin Rodríguez. Presidente Comité Sector Salud, AECOC
Ilmo. Sr. D. Alfonso Jiménez Palacios. Director General de Farmacia y Productos Sanitarios, MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD

COLABORACIÓN PÚBLICO-PRIVADA: BONDAD Y LIMITACIONES

Dr. Juan del Llano. Director, FUNDACIÓN GASPAS CASAL

MODELOS DE GESTIÓN SANITARIA: EN BÚSQUEDA DE LA RECETA MÁGICA

Manuel Marín. Director Gerente, HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA RIBERA
José Carlos Guisado y del Toro. Adjunto Presidencia, ASISA
Luis Fernando Monreal. Adjunto Dirección General, COFARES

Mesa de debate

Pausa-Café

SEGURIDAD DE LOS MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS

Seguridad de los productos sanitarios: la utilidad de la identificación única de dispositivos en el marco regulatorio

M^a del Carmen Abad. Subdirectora General de Productos Sanitarios, AGENCIA ESPAÑOLA DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS (AEMPS)

Estrategia de la EU contra medicamentos falsificados: Nuevas medidas e implicaciones para las empresas

Iciar Sanz de Madrid. Directora de Asuntos Internacionales, FARMAINDUSTRIA

Serialización: La respuesta de la industria farmacéutica a los nuevos desafíos

Christoph Krähenbühl. IS Programme Manager, Laboratorios ASTRAZENECA UK

Cóctel-Almuerzo

NOVEDADES EN CONTRATACIÓN Y FACTURACIÓN ELECTRÓNICA

Modelos de eficiencia en políticas de compra. Los acuerdos y los contratos marco. Los sistemas dinámicos de adquisición.

Ramón del Riego. Cuerpo Superior de Intervención de la SEGURIDAD SOCIAL

La factura electrónica en las relaciones con las Administraciones Públicas

Álex Sánchez. Director de Logística y Comercio Electrónico, AECOC
José Luis Morales. Director de Catálogo Único, SERVICIO CANARIO DE SALUD

MEJORES EXPERIENCIAS PRÁCTICAS CON TECNOLOGÍA RFID

Trazabilidad de Contenedores de Material Quirúrgico.

Emilia Martínez. Subdirectora de Compras e Inversiones, Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada, SERVICIO ANDALUZ DE SALUD

Gestión Automática de Inventario Quirúrgico

Javier Ruiz. Coordinador de Calidad y Sistemas - Productos de Hospital, 3M ESPAÑA

18:30 h Clausura

¿DESEA ACCEDER A LAS PONENCIAS DEL FORO?

- ✓ Conserve su acreditación
- ✓ Podrá acceder a las ponencias autorizadas a partir del 30 de mayo en www.aecoc.es
- ✓ Para ello, introduzca el código de 4 dígitos que aparece recuadrado en su acreditación.

Programa sujeto a posibles cambios ajenos a la organización. Las opiniones expresadas por los ponentes y participantes en el evento son propias y de la exclusiva responsabilidad de quienes las realicen y no constituyen ni pretenden constituir el reflejo de la opinión de AECOC ni de sus miembros.

FUNDACION



PARA LA INVESTIGACIÓN Y EL
DESARROLLO DE LA SALUD

www.fgcasal.org

La Colaboración público-privada

Bondades y limitaciones

Dr. Juan del Llano Señarís
Director, Fundación Gaspar Casal



Índice

- I. Objetivos
- II. Colaboración público-privada: características y el contexto de España
- III. ¿Es la mejor forma de contener el gasto sanitario?: debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades
- IV. Experiencias en España y otros países
- V. Sistemas de indicadores para evaluar y comparar modelos. Sugerencias para el futuro



I. Objetivos

- Poner de relieve las ventajas y desventajas de la colaboración público-privada, como estrategia potencialmente prometedora pero previsiblemente imperfecta de asegurar la sostenibilidad del sistema sanitario.
- Hacer el balance de estos pros y contras para clarificar la adopción del deseable modelo y decidir en consecuencia.



II.

La colaboración público-privada: características y contexto



Principio y fin.....de mi presentación.....así no les aburro más

1. La CPP es un instrumento y como todos ellos se puede utilizar bien, mal o regular.
2. **Su eclosión:** ha proliferado con la crisis económica pero no se ha ligado bien al socio estratégico que en España y sus CCAA es mayoritariamente la Administración Pública que aporta su experiencia, conocimiento y gestión acreditadas durante muchos años. Sin embargo, como herramienta puede proporcionar valor añadido al sector público. Puede dinamizar un sector demasiado estático y acomodaticio
3. **Una bondad:** la cotidianidad de usar contratos claros entre contratante y contratado Se ha producido un cierto freno al alza permanente de los presupuestos de los servicios sanitarios públicos a los que hemos asistido históricamente (tendencia incrementalista, corto plazo, multiplicidad de interlocutores,...)



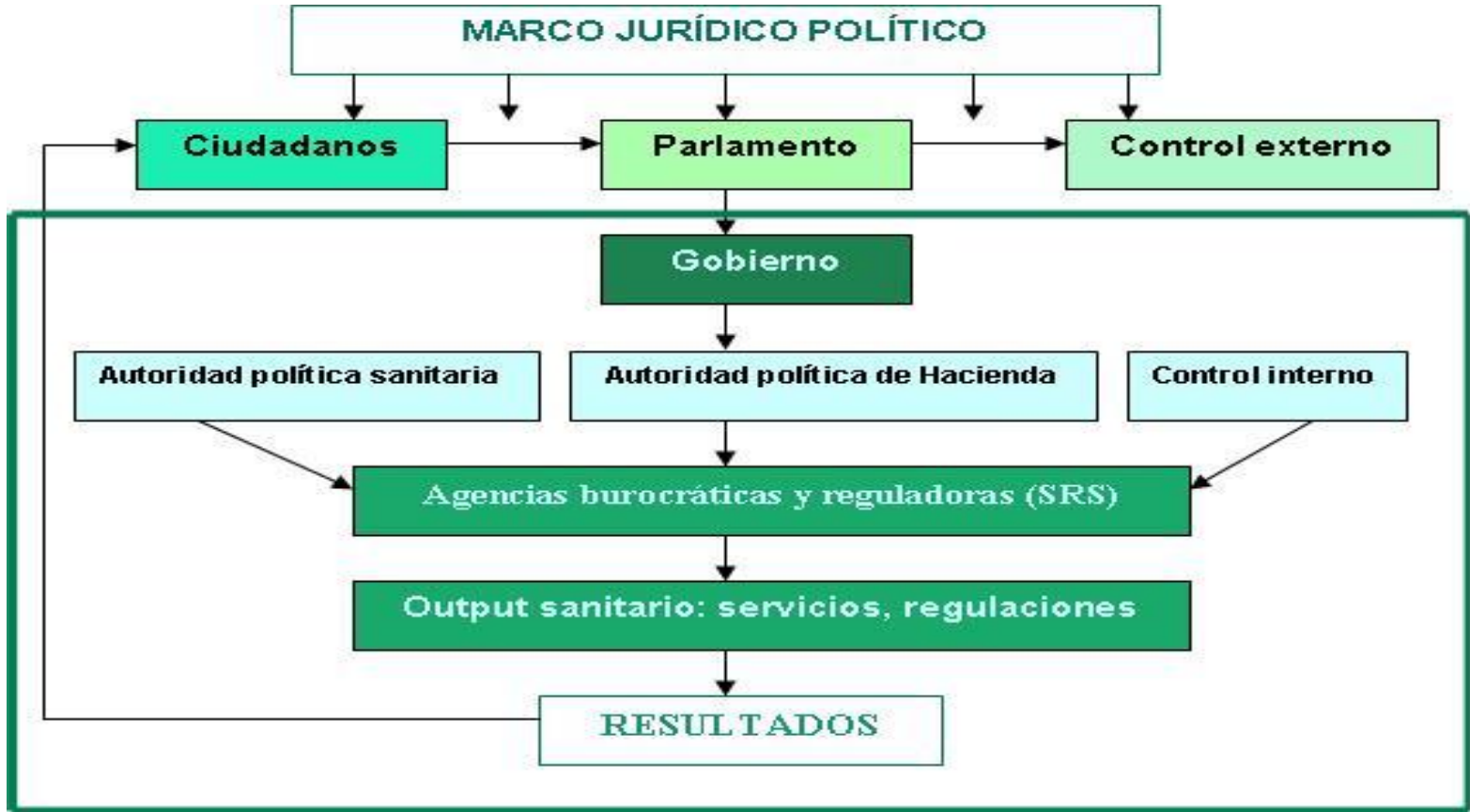
Principio y fin.....de mi presentación.....así no les aburro más

4. ***Una necesidad imperativa:*** hay que clarificar de qué instrumento/herramienta de la que hablamos pues no es lo mismo un concierto que una concesión.

Parece razonable el traje a medida para cada situación poniendo especialmente el énfasis en:

- i. no romper la cadena de valor del “core” (celador),
- ii. en la consecución de economías de escalas al disminuir el número de interlocutores y simplificar los procedimientos administrativos,
- iii. asegurar el largo plazo clarificando si la intervención incluye la atención primaria y la socio-sanitaria (dependencia/crónicos) y,
- iv. asegurar la formación de posgrado cualificada y específica de todos los nuevos cuadros directivos de las CPP creadas y por crear: www.e-mads.org

Marco político y legal



¿Qué es?

- Asociación entre el sector público y el privado para diseñar, desarrollar, financiar, construir y/o operar proyectos de infraestructura y/o gestión de servicios públicos
- En principio, permite integrar las innovaciones y la eficiencia del sector privado en los proyectos públicos
- Asigna las responsabilidades y los riesgos al socio más preparado para manejarlos, minimizando dichos riesgos del socio estratégico y evitando las rigideces presupuestarias y de gestión del sector público



Modalidad	Tipo
<p>Tipo I: Variaciones del modelo “diseñar-construir-financiar-operar” en las que el sector privado construye, posee, desarrolla, opera, y gestiona un recurso sin la obligación de transferirlo al gobierno</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Construir-poseer-operar Construir-desarrollar-operar • Diseñar-construir-gestionar-financiar
<p>Tipo II: El sector privado compra o arrenda un recurso existente, renovando, modernizando o ampliándolo para luego operarlo sin la obligación de transferirlo al gobierno</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Construir-comprar-operar • Arrendar-desarrollar-operar
<p>Tipo III: El sector privado diseña, construye, y opera un recurso, transfiriéndolo al gobierno en una fecha especificada. Después de la transferencia, el sector privado puede arrendar o alquilar el recurso.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Construir-operar-transferir • Construir-poseer-operar-transferir • Construir-alquilar-poseer-transferir • Construir –arrendar-operar-transferir • Construir-transferir-operar



¿Qué características tienen?

- Son voluntarios y se crean en función de las fortalezas de cada socio
- Pretenden optimizar la asignación de recursos
- Permiten alcanzar beneficios para todos los socios a largo plazo
- Implican acuerdos escritos en los que se especifican el propósito, la duración del acuerdo, la forma de gobierno, y la finalización



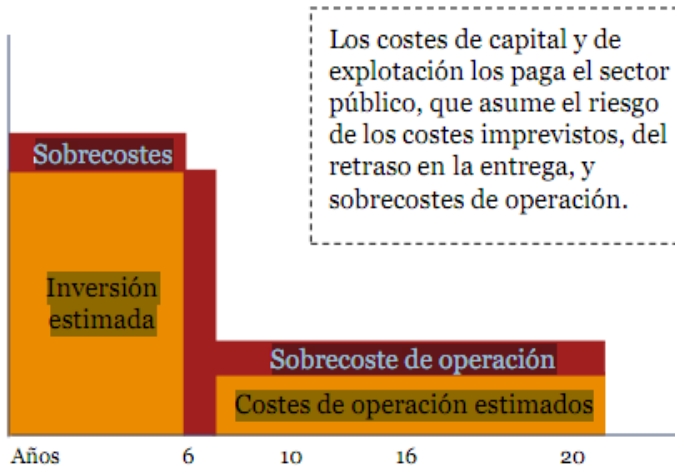
**No se limita a la sanidad:
incluyen todas las relaciones entre
entidades públicas y el sector privado con el
fin de introducir recursos o conocimiento
privado en los proyectos públicos
(proveyendo servicios o infraestructuras)**



Características de los PPP

Contratación pública tradicional

El perfil del pago se puede dibujar del siguiente modo

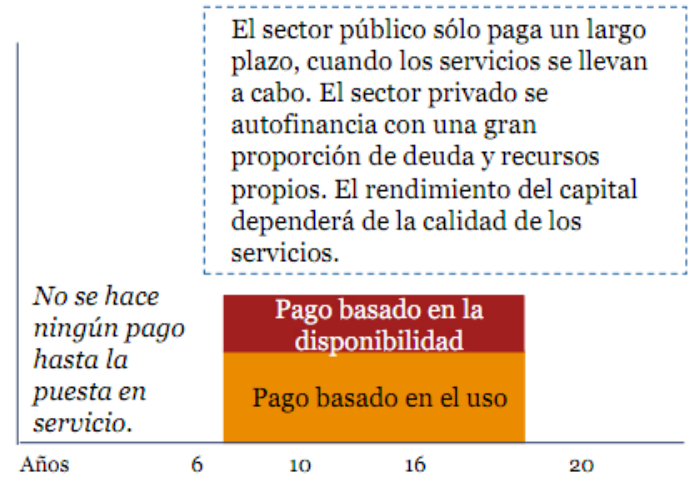


Fase de construcción

Fase de explotación y mantenimiento

Contratación mediante CPP

El perfil del pago para el sector público



No se hace ningún pago hasta la puesta en servicio.

Fase de construcción

Fase de explotación y mantenimiento

FUNDACION



PARA LA INVESTIGACIÓN Y EL
DESARROLLO DE LA SALUD

www.fgcasal.org

El contexto de España

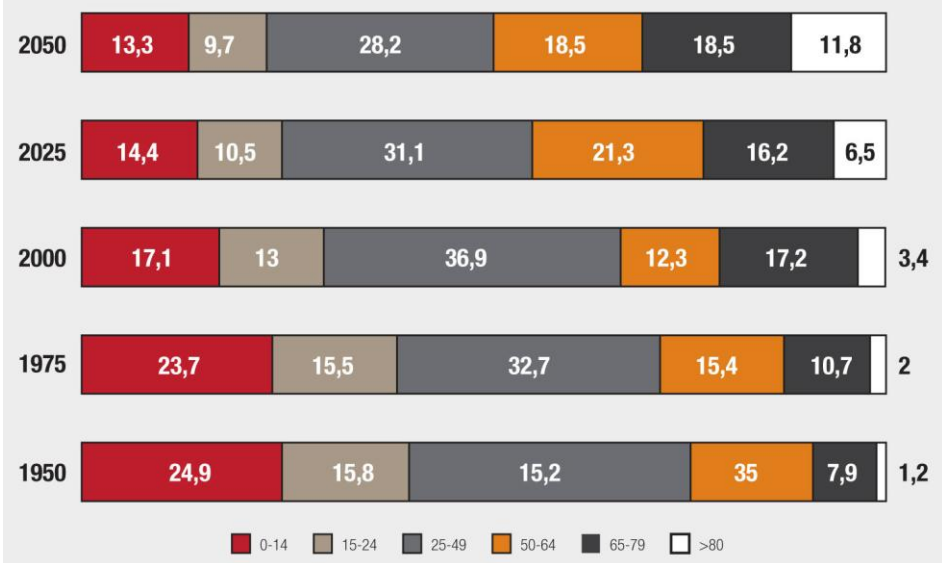


El contexto de España

En 2010, el gasto sanitario total se acercará a los 100.000 millones de euros.

- 8,7% del PIB.
- 71% pagado con fondos públicos.

/// Evolución de los grupos de población estimados en la UE-25 para el periodo 1950-2050 (GRÁFICO 1)



FUENTE: Perspectivas de la población Mundial (ONU; Revisión 2002).

SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA

¿Es viable? En ocho años, el gasto sanitario se multiplicará por tres

Según Bruselas, las necesidades de la Sanidad serán de 190.967 millones de euros

Juan Marqués

MADRID. El incremento del gasto sanitario en España es imparable y se puede convertir en una auténtica bomba de relojería para las cuentas públicas si no se ponen frenos. Lo ha advertido recientemente la Comisión Europea al alertar sobre el impacto del envejecimiento en las pensiones y la sanidad y se refleja en la última proyección estadística conocida.

Cómo será el futuro próximo

Datos en millones de euros.

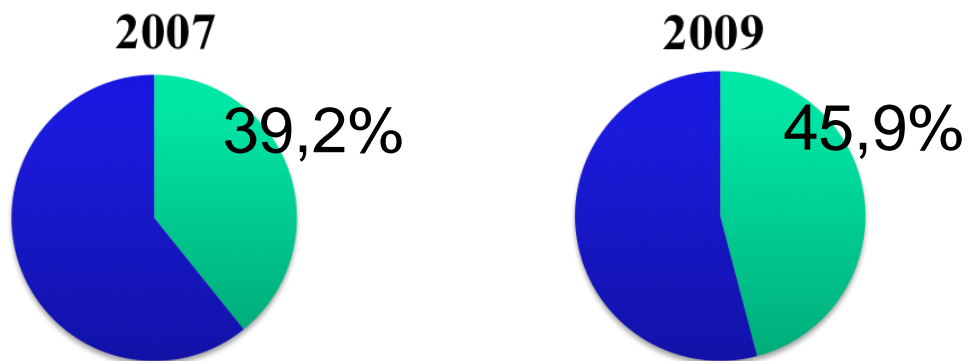
	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Gasto sanitario público	55.130	60.882	67.012	73.685	80.996	89.016
Gasto sanitario privado	12.482	13.753	15.095	16.558	18.154	19.902
Gasto sanitario total	67.612	74.636	82.108	90.242	99.149	108.918

Fuente: Fundación Gaspar Casal e Instituto Max Weber. enEconomista

El envejecimiento de la población está entre los factores que indica que el gasto sanitario seguirá aumentando

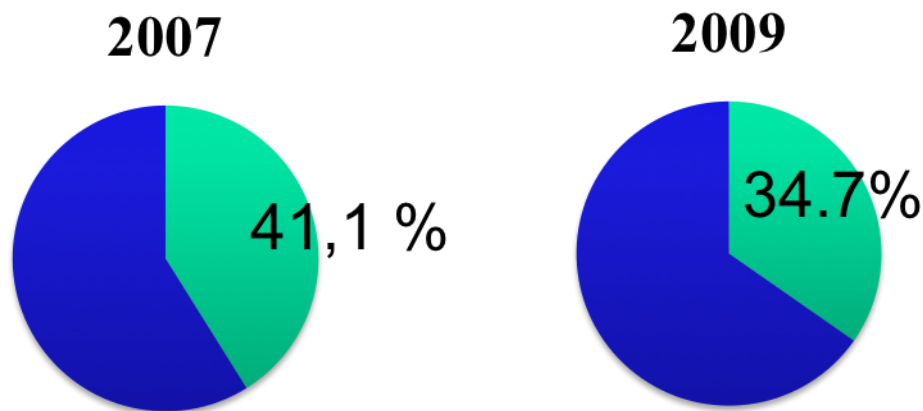
Otros factores económicos: la crisis económica

Aumento de gasto público (% del PIB)



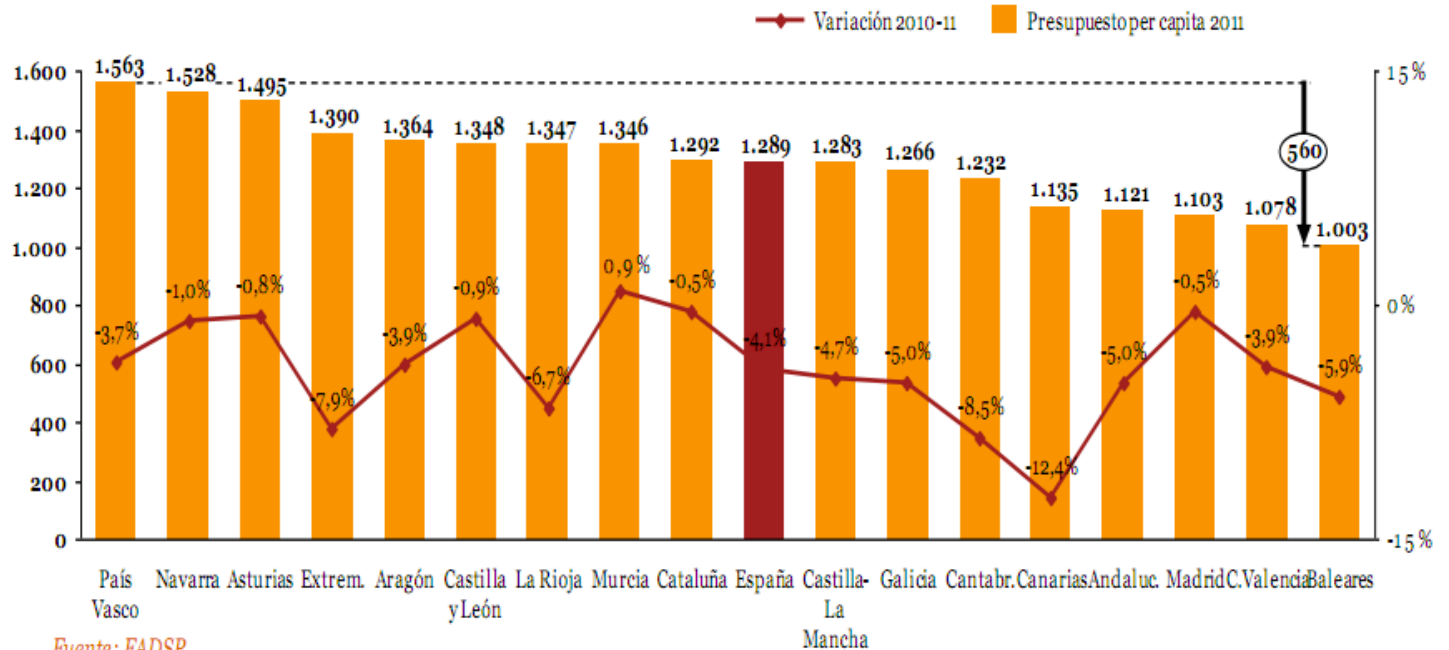
- Activación de los estabilizadores automáticos
- Aprobación de medidas discrecionales de expansión del gasto

Disminución de ingresos (% del PIB)



- Caída de la actividad
- Estímulos fiscales para impulsar la demanda
- Colapso del mercado inmobiliario

Las CCAA de España han respondido bajando los presupuestos sanitarios

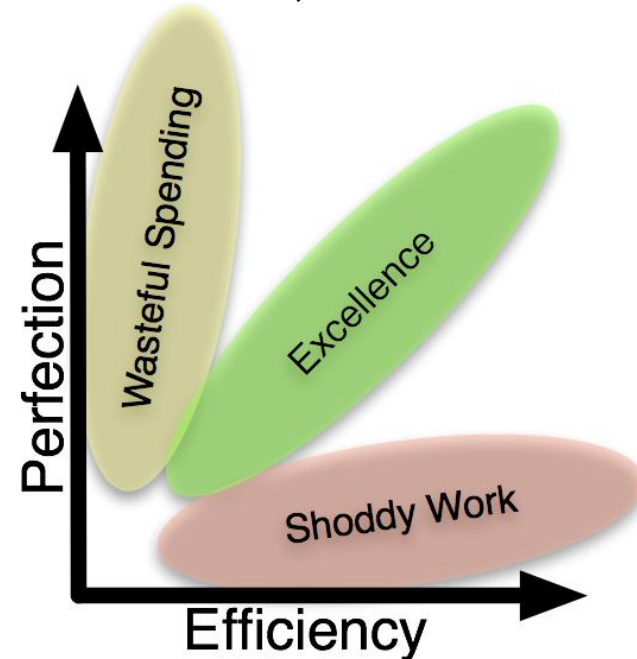


A pesar de estos recortes, hay que garantizar la viabilidad, suficiencia, calidad y perdurabilidad del sistema sanitario.

El reto mayor: **LA EFICIENCIA**

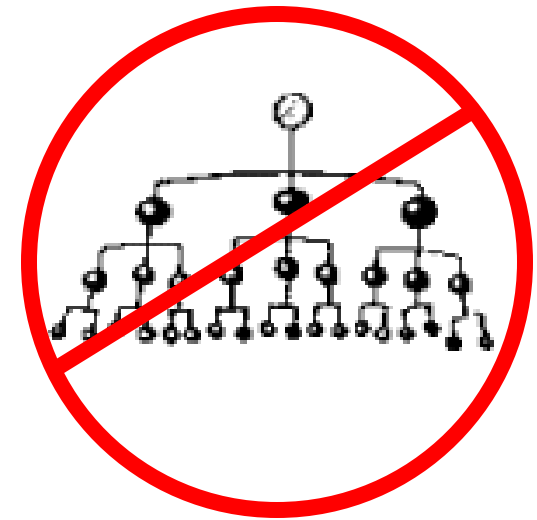
de gestión, en el uso de los recursos,.....

“Existe una generalizada preocupación por la eficiencia del gasto sanitario, en especial la referida a la incorporación de nuevas tecnologías” (Meneu y Peiró 2004)



El modelo burocrático weberiano tiene una rigidez extrema en todos sus procedimientos de trabajo.

Maniata sus trabajadores y les dificulta ser más eficaces.



Las organizaciones de servicios (hospitales, centros de salud, etc) requieren flexibilidad y uso de incentivos reales (como tiene desde hace tiempo la Agencia Tributaria).



Condiciones que pueden favorecer la adopción de la CPP en España

- Limitación presupuestaria, necesidad de estabilidad presupuestaria (imperativo UE)
- Necesidad de invertir en infraestructuras, equipamientos y TICs
- Los plazos con frecuencia no se cumplen en las inversiones públicas y el presupuesto se excede



Y encima, el modelo ha llegado a tener cierto caché:

PriceWaterhouseCooper lo incluyó en su informe sobre los “10 Temas Candentes de la Sanidad Española” para 2011, señalando un “momento de oportunidad”.

***Diez Temas
Candentes de la
Sanidad Española
para 2011***
El momento de hacer
más con menos



Pero OJO...

III.

¿Es la mejor forma de contener el gasto sanitario?



Debilidades (I)

Mayor coste incurrido para el sector publico al tener que financiar el beneficio de la empresa, los intereses, los costes de elaboración y gestión de ofertas y complicados sistemas de control y seguimiento del contrato

Convivencia de culturas, con intereses no siempre alineados

Perdida de transparencia y control sobre operaciones del sector publico que hará muy complicada la penalización por incumplimiento de contrato

Debilidades (II)

Necesidad de generar estructura administrativa ad hoc (para velar por el funcionamiento, verificar incumplimientos)

La rapidez en la puesta en marcha es un incentivo perverso a canjear por réditos electorales a corto plazo

Disminución de la capacidad instalada respecto a estándares convencionales (25-30% de camas, menos metros cuadrados por cama, etcétera)

Amenazas (I)

Limitación de la función de planificación sanitaria por el largo plazo de la concesión

Riesgo de endeudamiento de la concesionaria y seguro rescate ulterior del sector público en insolvencias, rompiendo la disciplina del mercado

Mayor gasto total para el sector público

Amenazas(II)

Evolución temporal desconocida

No siempre es posible transferir todo el riesgo (si la infraestructura no se puede mantener al precio pactado, al tratarse de servicios públicos esenciales , éstos incurrirán en nuevos costes al ser garante

Tampoco se transfiere el riesgo del uso de determinadas unidades por posibles modificaciones en la utilización de servicios o tecnologías

Fortalezas

Transmisión de riesgos al proveedor privado y no consolidación de deuda dentro del balance de la Administración Pública

Aceleración en la dotación de las nuevas infraestructuras hospitalarias

Diferir el coste de las infraestructuras a lo largo del periodo de la utilización

Oportunidades

Se estiman mejoras de eficiencia debida a la rapidez de la obra, riesgos transferidos al proveedor y la mayor eficiencia de la empresa privada

Gestión de carácter mas empresarial (mayor eficiencia)

Existen mecanismos de control sobre la calidad de los servicios prestados



FUNDACION

**G A S
P A R
■ C A
S A L**

PARA LA INVESTIGACIÓN Y EL
DESARROLLO DE LA SALUD

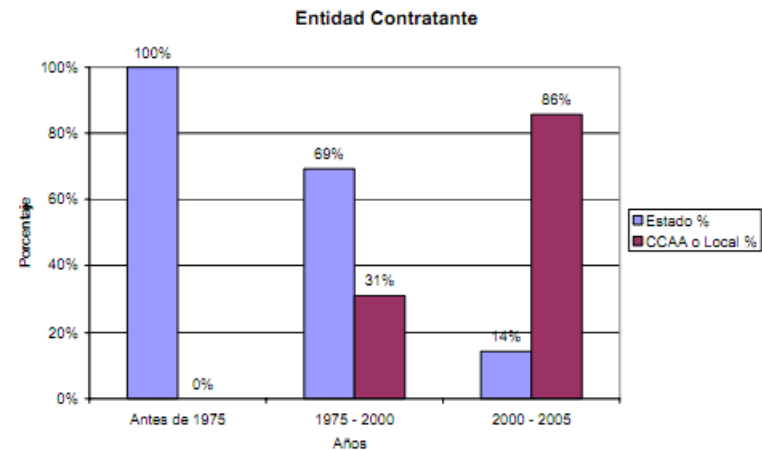
www.fgcasal.org

IV.

Experiencias en España y otros países



- Las primeras CPP se llevaron a cabo en el sector de transporte, en especial carreteras. Luego se extendieron al ámbito de la salud.
- A partir de 2005, la mayoría de los proyectos pasaron a ser contratados por las Comunidades Autónomas.



- En general, el modelo CPP ha experimentado un crecimiento notable.

EJEMPLOS

Existe un gran número de operadores de CPPs en el sector sanitario.....

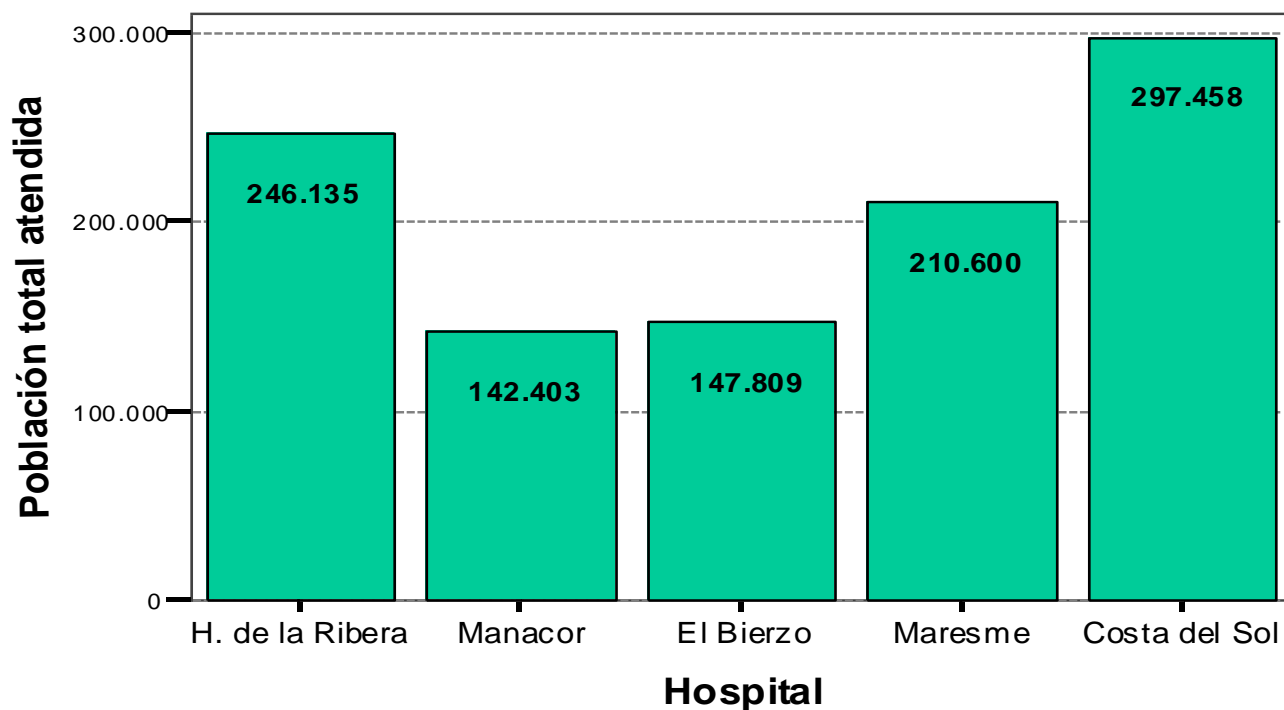
- Grupo Capiro Sanidad
- Grupo Ribera Salud
- Sanitas
- Adeslas
- Asisa
- DKW



V.
Sistemas de indicadores
para evaluar y comparar.
Sugerencias para el futuro



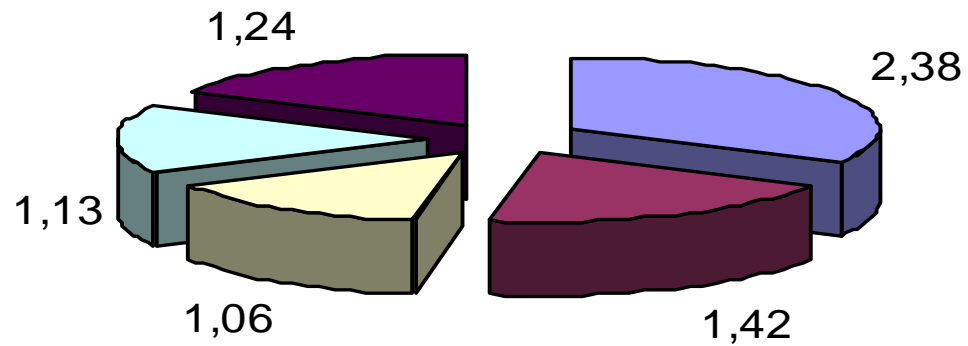
Indicadores de resultado en tres procesos asistenciales en función de la persona jurídica



Fuente: Raigada F et al. sedisa s. XXI, 2008, nº8: 44-55

Indicadores de resultado en tres procesos asistenciales en función de la persona jurídica

Camas ajustadas por población asignada



■ El Bierzo
 ■ Maresme
 ■ Costa del Sol
 ■ La Ribera
 ■ Manacor

Fuente: Raigada F et al. sedisa s. XXI, 2008, nº8: 44-55



Indicadores de resultado en tres procesos asistenciales en función de la persona jurídica

- el “outcome” primario mortalidad en IAM va del 6,52% en Costa del Sol al 12,31% en Maresme. El porcentaje de complicaciones postinfarto va del 26,42% en el Bierzo al 2,87% en Costa del Sol
- las estancias medias por Ca. de mama son razonables en todos los hospitales, si bien hay dificultades para la primera consulta en todos menos en la Ribera. Maresme tiene un programa de rehabilitación y mejora de calidad de vida para las mujeres intervenidas con vaciamiento ganglionar
- el “outcome” primario mortalidad en EPOC va del 8,4% en la Ribera al 4,03% en Manacor. La tasa de reingresos más alta la tiene Maresme con un 17,96% y la más baja el Bierzo, 7,44%.

Fuente: Raigada F et al. sedisa s. XXI, 2008, nº8: 44-55



Llevamos poco tiempo, con excepciones, para mostrar resultados consistentes en cualquier evaluación comparativa que se haga.

Tampoco parece tarea fácil establecer pautas de comparación incontestables sobre la calidad de la asistencia que se presta en los centros hospitalarios gestionados por las distintas personas jurídicas y por las Administraciones Públicas

- Ventajas en términos de calidad o tecnología más avanzada son difíciles de cuantificar
- Los costes y el cumplimiento de plazos (días en lista de espera para primera consulta, exploración radiológica,.....) son más claros



El informe elaborado para el Departamento del Tesoro del Reino Unido por Arthur Andersen (que se suele citar para justificar la adopción de la CPP) indicó que el modelo PFI (la versión inglesa de CPP) generó un ahorro promedio de 17% a lo largo del contrato.

Concluyó que los ahorros se debían, sobre todo, a que el sector privado había asumido el riesgo de retrasos y los sobrecostos.

Sin embargo, no se examinaron las CPP en el ámbito de la salud.

**En España no se ha hecho ningún seguimiento:
Se precisa de un Observatorio independiente**

El Ministerio de Ciencia e Innovación tiene un Subdirección General de Estrategias de CPP, pero su enfoque no engloba a todas las CPP en el sector sanitario

No existe un registro oficial de los proyectos accesible para los ciudadanos

El Gobierno no ha facilitado modelos de contratos a los Ministerios con cierta implicación ni a las Comunidades Autónomas, ni ha propuesto un formula para evaluar los potenciales ahorros de un proyecto de CPP.



Recomendaciones

- Publicar los resultados de los proyectos de colaboración público-privada usando los mismos indicadores que en los centros públicos tradicionales
- Que tales resultados estén disponibles a los ciudadanos (transparencia)
- Crear un Observatorio, o entidad parecida, imparcial, para el estudio y la monitorización de los CPP. Servirá para mantener información actualizada sobre:
 - el funcionamiento de las colaboraciones
 - sus niveles de calidad asistencial comparativa
 - la evolución de la eficiencia



En conclusion...

La participación y la implicación de lo público y lo privado será más que bienvenida, siempre y cuando se haga **con rigor y midiendo lo que se hace, siendo transparentes y dando cuenta de los resultados**. Sólo resta dejar de hablar y actuar.



Agradecimientos

A Kate Elliott y Flor Raigada, miembros del staff
de la Fundación Gaspar Casal

A AECOC por su amable invitación



Gracias por su atención.

juan.delllano@fgcasal.org

@fgcasal

www.fgcasal.org

