

ALIANZAS ESTRATÉGICAS EN EL ENTORNO HOSPITALARIO

Guía Práctica para su Implantación



proyecto
amphos
análisis y mejora de procesos hospitalarios

Alianzas estratégicas en el entorno hospitalario

ÍNDICE

| | |
|--|-----------|
| 1. Presentación y antecedentes | 7 |
| 2. Objetivos y presentación del trabajo | 9 |
| Objetivos | 10 |
| Presentación del trabajo | 11 |
| 3. Marco de las Alianzas Estratégicas en el sector salud | 13 |
| ¿Qué es una alianza estratégica? | 14 |
| Foco, organizaciones afectadas, beneficios esperados, y alcance de las alianzas estratégicas | 16 |
| ¿Por qué realizar alianzas estratégicas? | 19 |
| Criterios de utilidad y beneficios de las alianzas estratégicas | 20 |
| El templo de los criterios de utilidad de las alianzas estratégicas | 23 |
| Alianzas estratégicas de Colaboración Público-Privada: el reto de su compleja gestión | 25 |
| 4. Guía práctica para la implantación y el desarrollo de alianzas estratégicas en el entorno hospitalario | 31 |
| Ruta Crítica para la implantación y el desarrollo de alianzas estratégicas | 32 |
| Fase 1: Identificación de oportunidades | 36 |
| Fase 2: Diseño de la alianza | 44 |
| Fase 3: Implantación de la alianza | 52 |
| Fase 4: Seguimiento de la alianza | 58 |
| 5. Experiencias ilustrativas de alianzas estratégicas | 65 |
| Casos prácticos de alianzas estratégicas en el entorno hospitalario del territorio nacional | 67 |
| 1. Modelo de alianza estratégica con el Consòrci Hospitalari de Vic | 67 |
| 2. Modelo de compra pública innovadora para un Robot Quirúrgico | 71 |
| Relación de alianzas estratégicas nacionales | 76 |
| Relación de alianzas estratégicas internacionales | 78 |
| 6. Los 9 principios básicos para que una alianza estratégica produzca los resultados esperados | 79 |

| | |
|--|-----------|
| 7. Metodología y participantes | 81 |
| Metodología “Health Professional Networks” | 82 |
| Composición de la Comisión Asesora | 83 |
| Composición del Núcleo Activo | 83 |
| Metodología | 87 |
| Coordinadores del trabajo | 90 |
| 8. Bibliografía | 91 |
| 9. Visión de las asociaciones | 95 |

1

PRESENTACIÓN Y ANTECEDENTES

Presentación y antecedentes

La mejora de la calidad de la asistencia prestada al paciente, mediante el apoyo a la gestión integral y eficiente de la salud, es el objetivo que impulsó a AbbVie a crear el proyecto Amphos. Este proyecto, que comenzó a ejecutarse en 2012, es parte de un programa plurianual de Análisis para la Mejora de los Procesos Hospitalarios, cuyo fin es fomentar el valor del hospital y favorecer una gestión eficiente en el ámbito hospitalario.

El primer proyecto Amphos tuvo lugar en 2012, cuando un grupo de 60 Directores Gerentes de varios hospitales nacionales realizó una revisión de los procesos hospitalarios, con el fin de identificar oportunidades para la mejora de la eficiencia del sistema y la calidad asistencial, que se recogieron en recomendaciones en el Informe Amphos 2012.

La continuación del proyecto quiso profundizar en algunas de las oportunidades para la mejora de la gestión hospitalaria identificadas en el informe anterior. Para ello se reunió un grupo más amplio de profesionales, con Gerentes, Directores Médicos y Jefes de Servicio, que trabajaron la temática de la gestión clínica como modelo de incorporación de profesionales a la gestión e implantación de una estructura organizativa descentralizada. De este modo, el Informe Amphos 2013 avanza en la gestión clínica de manera reflexiva, y el Informe Amphos 2014 trabaja en la elaboración de una guía práctica de implantación de Unidades de Gestión Clínica.

El cuarto informe Amphos desarrolla una nueva temática como un elemento clave en la gestión hospitalaria: el desarrollo e implantación de alianzas estratégicas en el sector. La realización de alianzas estratégicas es una tendencia creciente en el sector.

Pese a que muchos de los gestores hospitalarios están familiarizados e incluso han realizado alianzas estratégicas, no todos los agentes del sistema de salud conocen y comprenden la naturaleza de las mismas, su alcance y los beneficios que aportan. Las alianzas son, en general, estructuras complejas y frágiles, no obstante muchas de ellas aportan importantes beneficios a las organizaciones participantes cuando se ejecutan con éxito.

El objetivo de esta iniciativa es por tanto, recoger las reflexiones de gestores sanitarios sobre la importancia de las alianzas estratégicas, y cuáles son las claves para lograr el éxito en la formalización, y el posterior funcionamiento, de las mismas. Se espera que esta iniciativa fomente la colaboración exitosa entre organizaciones, útiles para el desarrollo de nuevas alianzas.

2 | OBJETIVOS Y PRESENTACIÓN DEL TRABAJO

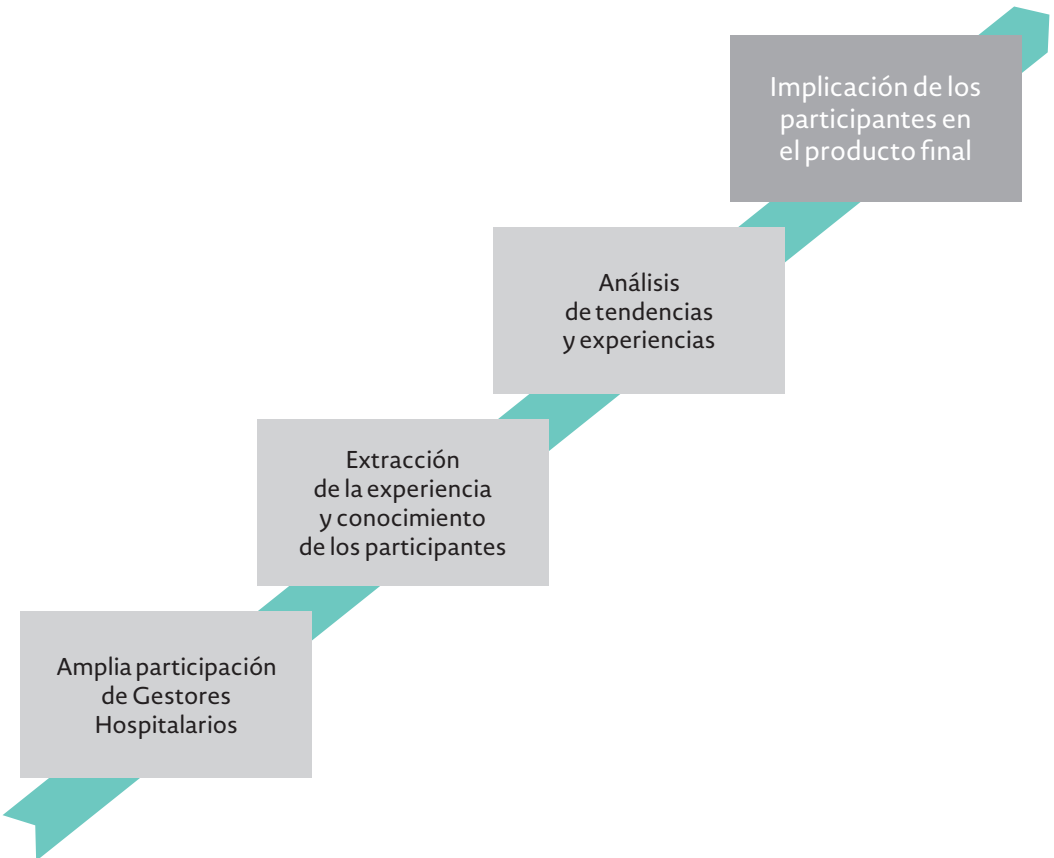
Objetivos

El Informe AMPHOS sobre Alianzas Estratégicas en el Entorno Hospitalario, persigue tres objetivos primordiales:

1. Generar conocimiento sobre las alianzas estratégicas y su utilidad para transformar el sistema de salud.
2. Sensibilizar a los principales agentes del sector sobre la necesidad de explorar e implantar alianzas estratégicas con un enfoque hacia la eficiencia, la eficacia y la seguridad en los procesos asistenciales y de soporte; contribuyendo a la sostenibilidad del sistema de salud.
3. Disponer de una guía que proporcione pautas claras sobre su implantación efectiva.

Para garantizar el cumplimiento de estos objetivos se ha prestado especial atención a los siguientes factores de éxito en el desarrollo de esta iniciativa:

Figura 1: Metodología de Trabajo.

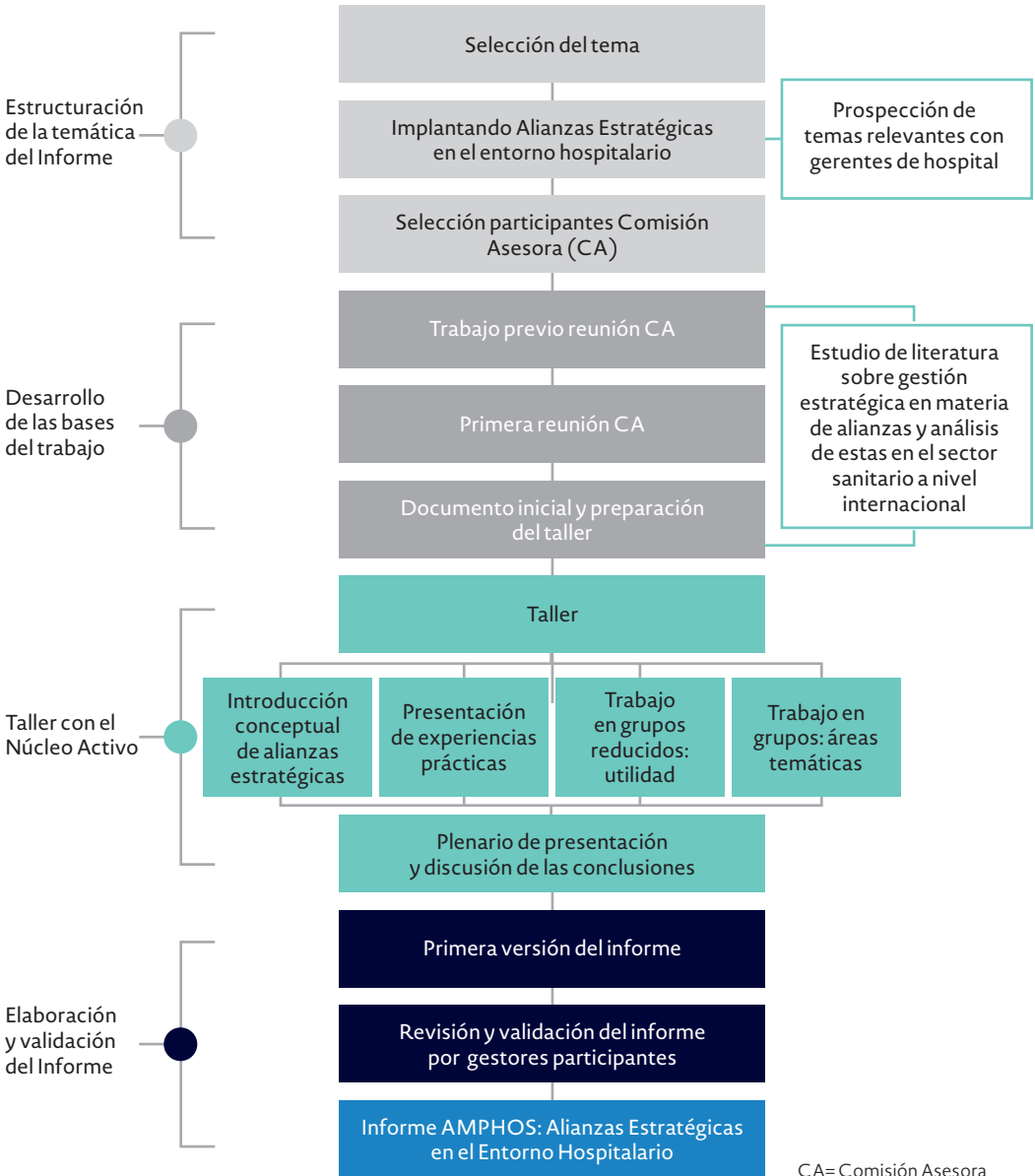


Fuente: Antares Consulting

Presentación del trabajo

El trabajo se ha desarrollado siguiendo el siguiente flujo de actividades:

Figura 2: Esquema de desarrollo del informe



Fuente: Antares Consulting

3 | MARCO DE LAS ALIANZAS ESTRATÉGICAS EN EL SECTOR SALUD

¿Qué es una alianza estratégica?

Se considera alianza estratégica aquella fórmula organizativa que representa un marco de colaboración estable entre dos o más organizaciones, que persiguen unos objetivos comunes a través de la realización de acciones conjuntas que implican intercambiar, compartir y/o generar recursos y/o capacidades.

Para que una alianza sea considerada “estratégica” debe cumplir seis requisitos:

- 1** Disponer de unos objetivos comunes explícitos
- 2** Mantener la independencia jurídica de las instituciones participantes
- 3** Formalizar explícitamente el marco de colaboración institucional
- 4** Desarrollar la colaboración en un marco temporal continuado (medio/largo plazo)
- 5** Contribuir al desarrollo de objetivos estratégicos de las organizaciones participantes
- 6** Establecer un marco de gestión estratégica, basado en una toma de decisiones compartida y coordinada entre las partes, estableciendo mecanismos de control y seguimiento de los objetivos y acciones diseñados

Fuente: Antares Consulting, elaboración propia a partir de literatura y experiencia propia.

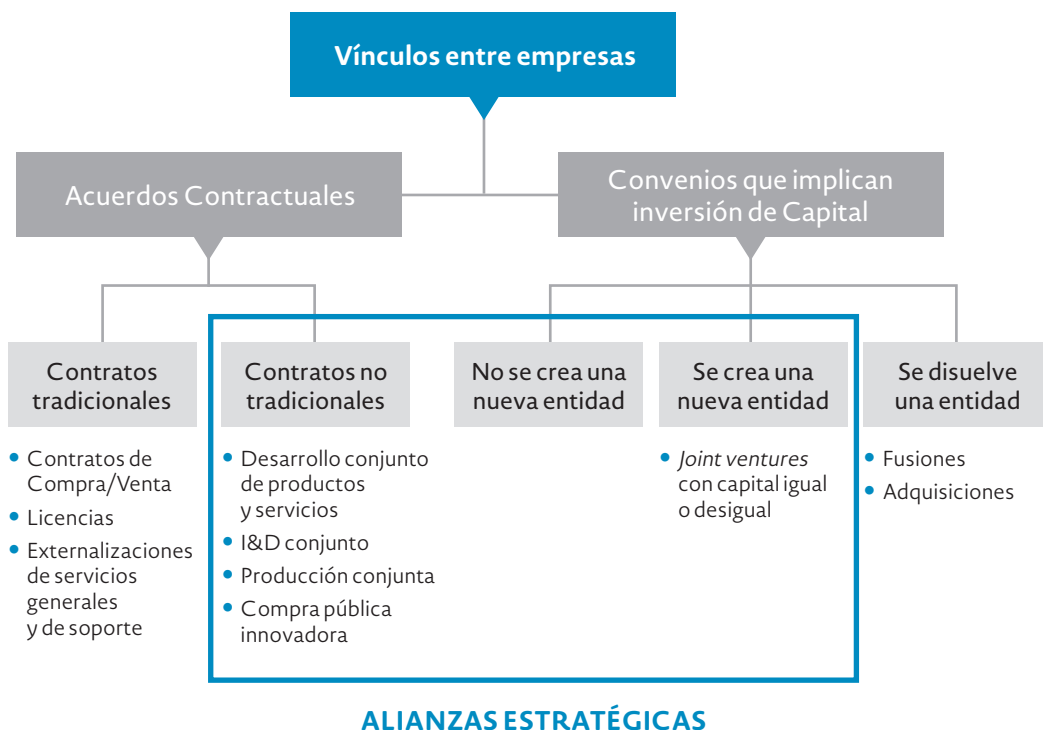
Una alianza debe ser un acuerdo entre dos o más organizaciones independientes que se comprometen a colaborar en determinadas actividades con el fin de alcanzar unos intereses pactados por ambas partes.

Las alianzas estratégicas deben permitir que las organizaciones participantes conserven su identidad jurídica, independientemente de que se puedan crear otros entes jurídicos que permitan el desarrollo de las actividades para las que se ha creado la alianza.

Las alianzas son estratégicas si actúan como instrumento para desarrollar alguna de las líneas establecidas en el Plan Estratégico de la Institución.

Además, el marco estratégico, la visión colaborativa y el horizonte temporal situado en el medio/largo plazo deben servir para diferenciar las alianzas estratégicas de otros tipos de acuerdos, contratos y convenios.

Figura 3: ¿Qué entendemos por alianza estratégica en el sector sanitario? Delimitando el perímetro



Fuente: Yoshino, M. Y., & Rangan, U. S. (1995). Strategic alliances: an entrepreneurial approach to globalization. Harvard Business Press. Adaptado por Antares Consulting.

En este sentido, no se consideran alianzas estratégicas, los siguientes casos:

- Acuerdos operativos, que incluyen tareas del día a día no consideradas estratégicas
- Externalizaciones o *outsourcing*
- Acuerdos de colaboración no formalizados
- Adquisiciones o fusiones

Foco, organizaciones afectadas, beneficios esperados, y alcance de las alianzas estratégicas

Foco de la alianza

Aunque existe la posibilidad de que afecten a todo el hospital en su conjunto, habitualmente son más específicas y se focalizan en una o varias áreas. En este sentido, se han identificado 5 alianzas estratégicas según el tipo de servicio al que atañen principalmente:

- Desarrollo del ámbito asistencial
- Desarrollo de los servicios clínicos de soporte
- Desarrollo de los servicios de soporte no asistenciales
- Desarrollo de programas de fomento de la salud
- Desarrollo de la investigación, docencia e innovación
- Desarrollo de nuevos productos

Principales organizaciones afectadas

En el entorno actual del sector sanitario, los hospitales suelen realizar alianzas estratégicas con hasta 8 tipos de organizaciones diferentes:

- Hospitales y autoridades sanitarias
- Hospitales y otros proveedores de salud¹
- Hospitales e instituciones docentes
- Hospitales y proveedores de productos, dispositivos y equipos, y servicios relacionados con ellos
- Hospitales y empresas de servicios no sanitarios
- Hospitales y unidades de I+D+i
- Hospitales y empresas de tecnologías médicas
- Hospitales y asociaciones (sociedades científicas)

Cabe destacar que pueden tener más de dos socios y, por tanto, contar con una tipología de participantes más diversa.

Más allá del tipo de organización afectada por la alianza, se considera relevante destacar su titularidad, ya que su desarrollo y gestión varía considerablemente en función de la titularidad de las organizaciones participantes.

En este sentido existirían tres tipos de alianza:

- Alianza entre organizaciones de titularidad pública: Pública-Pública
- Alianza entre organizaciones de titularidad privada: Privada-Privada
- Colaboración público-privada

¹Se entiende por "Otro proveedor de salud" toda institución dedicada a la asistencia (especializada o primaria), así como centros socio-sanitarios o residenciales.

En concreto, tiene especial relevancia, el caso de la colaboración público-privada, por su gestión particularmente compleja. Es por ello que este tipo específico de alianza se analiza en el apartado de Introducción conceptual y práctica a las alianzas estratégicas con especial interés.

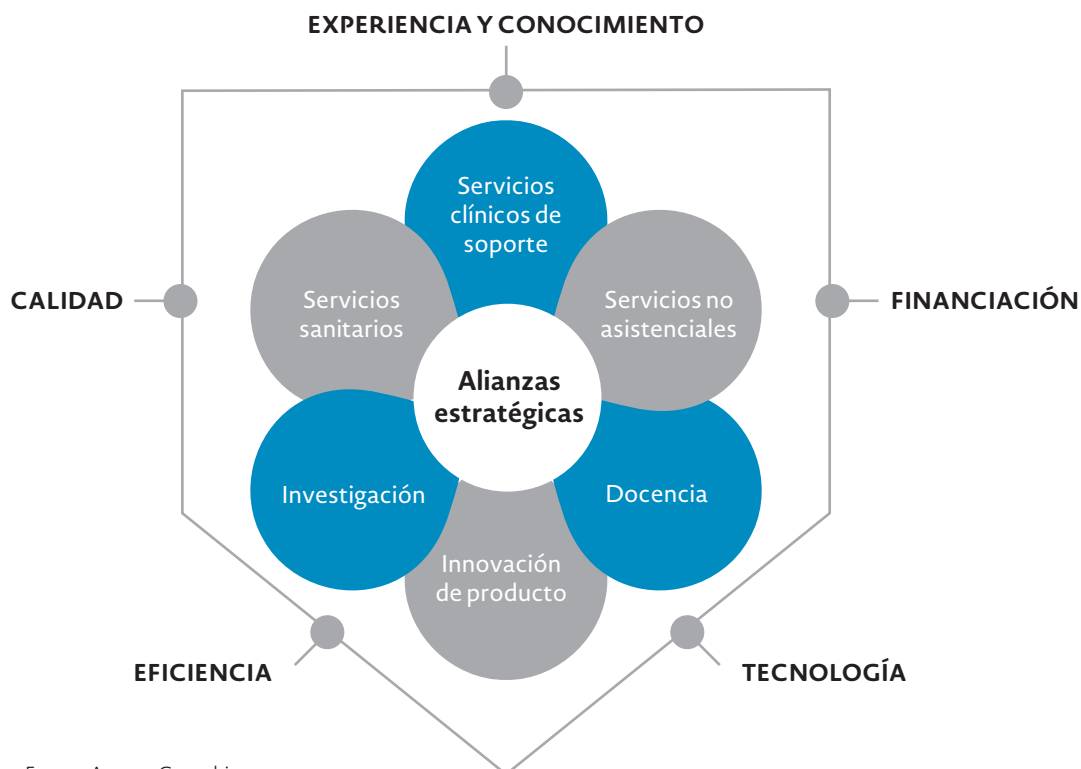
Beneficios esperados de la alianza

Los beneficios que los participantes en una alianza esperan conseguir de la misma, engloban la ventaja competitiva que se pretende desarrollar, o el área del core business que se pretende fortalecer a través de la esta. Los 5 principales beneficios incluyen:

- Desarrollo del conocimiento, *know-how* y experiencia
- Control de costes y mejora de la eficiencia
- Desarrollo tecnológico (incluye las tecnologías de información y gestión)
- Soporte financiero
- Mejora de la calidad

El foco y los principales beneficios son complementarios, pudiendo hallarse diversas combinaciones de los mismos en varias alianzas (Figura 4).

Figura 4: Foco y beneficios de las alianzas estratégicas



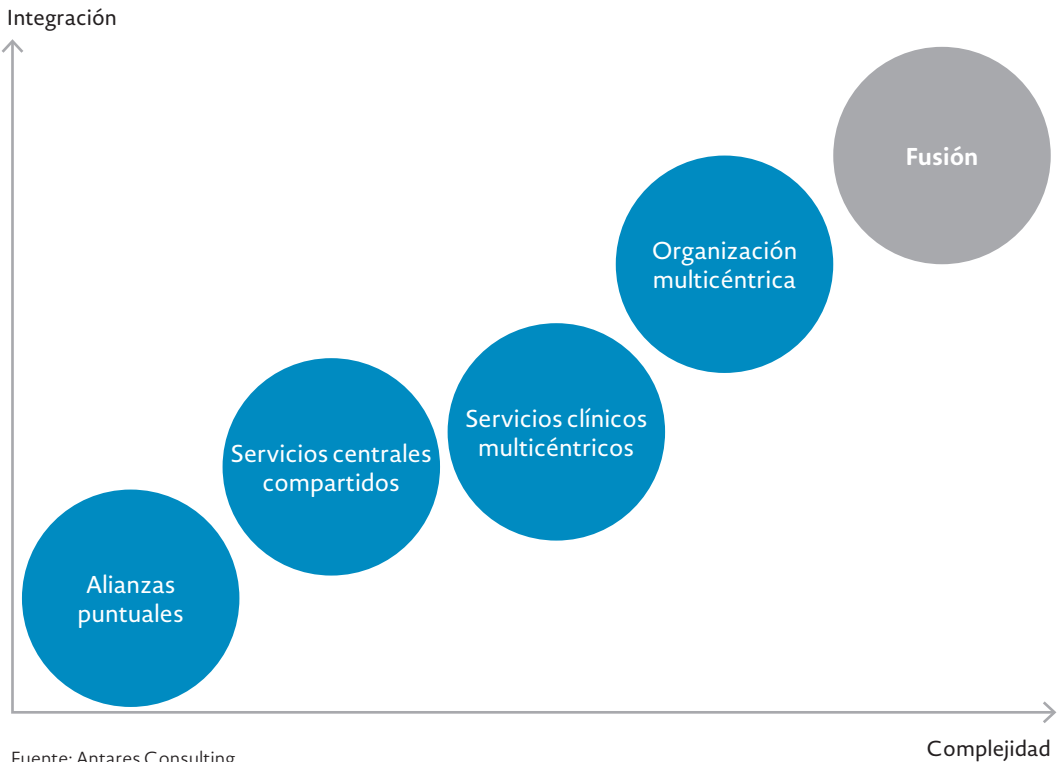
Fuente: Antares Consulting

Alcance de la alianza

Dado que las alianzas entre diferentes instituciones sanitarias son las más comunes en el sector, cabe destacar que existen diferentes niveles de alcance de una alianza, en función de su intensidad, en base a dos parámetros: su nivel de integración y su complejidad (ver Figura 5). Este análisis deriva en 5 estructuras diferentes:

- Alianzas puntuales
- Servicios centrales compartidos
- Servicios clínicos multicéntricos
- Organización multicéntrica
- Fusión (como ya se ha explicado, las fusiones no son consideradas alianzas estratégicas para el propósito del informe)

Figura 5: Alcance de las alianzas estratégicas



Fuente: Antares Consulting

¿Por qué realizar alianzas estratégicas?

La literatura existente expone las ventajas que conlleva el establecimiento de alianzas estratégicas, entre las que se destacan:

Desarrollar economías de escala que faciliten el aumento de la eficiencia y la disminución de los costes unitarios.

Voluntary Hospitals of America (Vizient en 2016), es una organización que integra a más de 1.360 hospitales para realizar actividades en común, en concreto compras al por mayor de materiales médicos, ofreciendo una gran reducción de costes mediante economías de escala a hospitales afiliados.

Obtener masa crítica para asegurar la calidad de la práctica clínica o compartir inversiones no asumibles por separado.

Alianza entre el Hospital Universitario Infanta Cristina y el Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, para prestar atención integral completa a los pacientes del Hospital Infanta Cristina, permitiendo a este retener al paciente para otras patologías, y al Hospital Puerta de Hierro aumentar su masa crítica para el servicio de oncología.

Incrementar cartera de servicios asistenciales que se ofrece a la población (más accesibilidad a los servicios y mayor valor para el paciente).

Alianza entre el Instituto Catalán de Oncología (ICO) Girona y el Hospital Universitario Doctor Josep Trueta de Girona para ofrecer una mejora cualitativa en el servicio de oncología y el servicio de oncología radioterápica.

Mejorar la calidad del servicio. Profesionalizar los servicios de apoyo y desarrollar la cartera para optimizar la gestión.

Alianza entre la Fundació Hospital de l'Esperit Sant y Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, en la cooperación entre el Servicio de Anatomía Patológica del HUGTiP y el Servicio de Laboratorio de la FHES.

Incrementar el poder de negociación y de representación

Alianza entre el Consorci Sanitario de Terrasa y el Hospital Universitario Mútua de Terrasa para crear el Parque Logístico de Salud. Este parque logístico centraliza las compras, abastecimientos y procesos logísticos de los socios para obtener economías de escala y mayor poder de negociación con los proveedores.

Abordar proyectos de innovación y conocimiento

Alianza entre el Hospital Johns Hopkins Medicine e IMEC un centro de investigación, para el desarrollo de productos nanotecnológicos de silicona para la realización de análisis clínicos en el punto de atención.

Las alianzas, así pues, son una de las herramientas que los hospitales pueden utilizar para la consecución de sus objetivos estratégicos.

Criterios de utilidad y beneficios de las alianzas estratégicas

Para el desarrollo y la potenciación de alianzas estratégicas en el sector es importante tener presente su utilidad y los beneficios que estas pueden aportar. Estos deberían transmitirse tanto a gestores y clínicos como a los directivos y responsables de los Servicios de Salud que, finalmente, pueden facilitar el marco en el que estas se desarrollan.

Para los gestores sanitarios su utilidad tiene muchas vertientes, pero agrupándolas podemos observar aquellas que se consideran más relevantes.

Así pues, las Figuras 6 y 7 muestran las aportaciones a los criterios de utilidad que los gestores sanitarios definieron durante el desarrollo del taller, así como los criterios de utilidad finales que resultaron de la agrupación de todas las ideas.

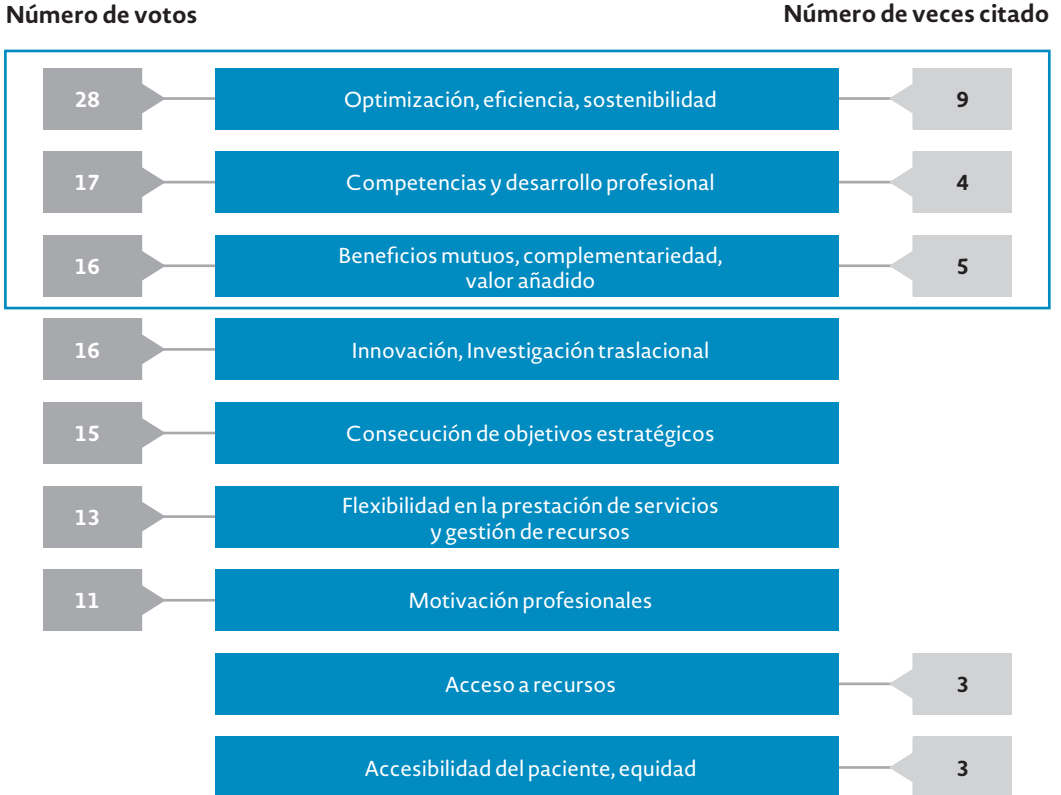
Se ilustran esquemáticamente todas las contribuciones realizadas por los participantes agrupadas en 9 grandes categorías y su priorización posterior.

Figura 6: Aportaciones a los criterios de utilidad



Fuente: Antares Consulting a partir del trabajo de los participantes en el taller.

Figura 7: Criterios de utilidad por número de votos y veces citado



Fuente: Antares Consulting a partir del trabajo de los participantes en el taller.

Los tres criterios que recibieron el mayor número de menciones recibieron también el mayor número de votos, por lo que se distinguen como el *top of mind* claro de principales beneficios de las alianzas:

Optimización, eficiencia y sostenibilidad

La consecución de economías de escala gracias a la optimización de recursos, supone una ventaja manifiesta de las alianzas que además favorece las sinergias entre los socios participantes y la sostenibilidad económica. Este es el beneficio prioritario para la mayoría de los gestores hospitalarios implicados en el trabajo.

Competencias y desarrollo profesional

El desarrollo de competencias, el trabajo colaborativo entre profesionales, la formación y el incremento del *know-how* de los profesionales, es otro de los beneficios de importancia identificados por los gestores.

Beneficios mutuos, complementariedad y valor añadido

Este criterio de utilidad se enfoca en el beneficio patente de un trabajo conjunto entre socios, que se complementa y aporta valor añadido a la alianza.

El templo de los criterios de utilidad de las alianzas estratégicas

Con todo ello podemos construir lo que hemos denominado “El templo de las alianzas estratégicas”. Este templo se compone de 3 elementos principales: los pilares, la base y la cubierta.

Pretende ser de utilidad para establecer los criterios de utilidad de una alianza estratégica en base a la regla 3+2+1. Esta regla supone que toda alianza estratégica debe cumplir con los tres pilares del templo, así como al menos dos de las bases y uno de los elementos en la cubierta. De este modo, se establece un modelo práctico de evaluación de la utilidad de una alianza estratégica. Cuánto más sólida es (más criterios cumple) más útil resulta la alianza para los socios, lo que aumenta sus posibilidades de éxito.

Pilares

Los tres pilares que sostienen el templo tienen que contemplarse siempre en cualquier tipo de alianza, son imprescindibles para su éxito.

Base

El templo tendrá más solidez si se cumplen estos tres elementos, pero como mínimo se deberían tener en cuenta dos de ellos.

Cubierta

La cubierta debe tener como mínimo uno de los elementos, aunque, si se cumplen los tres, junto con la base y las columnas, se conseguirá una mayor estabilidad.

La consecución de objetivos estratégicos es otro de los criterios de utilidad identificados por los participantes del taller, pero como dicho criterio ya va implícito en la propia definición de alianzas estratégicas, no se ha incluido en el diseño del templo.

De esta forma, pretende ser de utilidad para los diferentes agentes del sistema de salud, entre los que se encuentran:

Autoridades sanitarias: Convertirse en aliados activos y poderlo comunicar de forma efectiva al resto de agentes.

Legisladores: Entender el alcance y el impacto positivo en los ciudadanos y pacientes para que la legislación no sea un freno al desarrollo de las alianzas estratégicas.

Gestores sanitarios: Desarrollarlas de forma efectiva y que el cambio se perciba como algo positivo donde todos ganan.

Profesionales: Entender su significado real e implicarse en su desarrollo.

Ciudadanos: Generar su opinión en base a los hechos para no oponerse a algo que puede resultarles beneficioso.

Pacientes: Visualizar lo que pueden ganar y convertirse en aliados activos.

Sindicatos: Entender las razones de las alianzas estratégicas y los beneficios que pueden proporcionar a los profesionales y pacientes.

Figura 8: Templo de los criterios de utilidad de las alianzas estratégicas



Fuente: Antares Consulting a partir del trabajo de los participantes en el taller

Alianzas estratégicas de colaboración público-privada: el reto de su compleja gestión

Las alianzas de colaboración público-privada son cada vez más habituales en el entorno hospitalario en España. Por su complejidad contractual, administrativa y de gobierno, suponen un reto a afrontar de forma integrada de cara al futuro.

Por este motivo, durante la jornada de trabajo en el taller, se incidió de manera específica en este tipo de colaboración, con una presentación de Mónica Reig Majoral, que ofreció una introducción conceptual del desarrollo de este modelo de alianza estratégica desde una perspectiva académica.



Mónica Reig Majoral

Directora asociada del Programa PARTNERS en ESADE Business & Law School.

La presentación, expuesta a continuación, tiene como finalidad establecer el marco de la colaboración público-privada en un entorno de modernización de la administración pública.

Los retos de los gobiernos a principios del siglo XXI se pueden resumir, según Xavier Mendoza de la forma siguiente.

Figura 9: Retos de los gobiernos a principios del siglo XXI

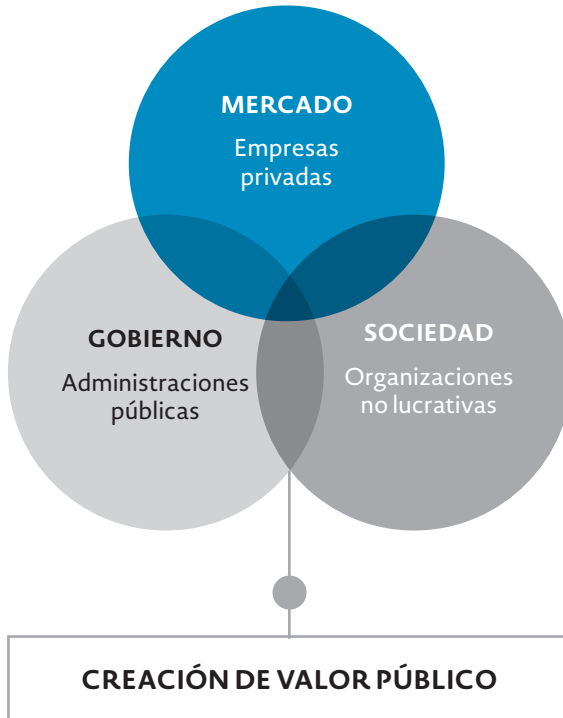


Fuente: Mendoza, X., & Vernis, A. (2008). El Estado relacional y la transformación de las Administraciones públicas.

Para poder asumir dichos retos es de suma importancia que el gobierno pase de tener un papel **recaudador y prestador**, en el que se establecen relaciones intra-organizativas, a otro papel más útil para la sociedad en general, como es el de **catalizador y facilitador**, donde las relaciones sean inter-organizativas.

Todo ello nos lleva a la necesidad de comprender y, si es posible, de compartir el concepto de **“Creación de Valor Público”**, que se consigue con la alianza del mercado, el gobierno y la sociedad.

Figura 10: Creación de valor público



Fuente: Presentación de Mónica Reig

Para ello, es necesario conseguir una buena gobernanza que conduzca a la eficiencia de las administraciones públicas y estas al desarrollo económico y social del país.

Figura 11: Índice de calidad de gobierno de los países de la UE

| | Group | Country | WGI Score | World Rank |
|---|---------|-------------|-----------|------------|
| Índice de calidad de Gobierno de países UE (Banco Mundial) | Group 1 | DENMARK | 2.42 | 1 |
| | | SWEDEN | 2.22 | 3 |
| | | FINLAND | 2.19 | 4 |
| | | LUXEMBOURG | 2.17 | 5 |
| | | NETHERLANDS | 2.17 | 6 |
| | Group 2 | GERMANY | 1.69 | 16 |
| | | BELGIUM | 1.58 | 17 |
| | | UK | 1.54 | 19 |
| | | FRANCE | 1.51 | 20 |
| | | IRELAND | 1.50 | 22 |
| | | AUSTRIA | 1.44 | 23 |
| | Group 3 | PORTUGAL | 1.09 | 37 |
| | | SPAIN | 1.06 | 41 |
| | | CYPRUS | 0.96 | 44 |
| | | SLOVENIA | 0.93 | 45 |
| | | ESTONIA | 0.91 | 46 |
| | | MALTA | 0.91 | 47 |
| | Group 4 | POLAND | 0.51 | 61 |
| | | HUNGARY | 0.34 | 70 |
| | | CZECH REP. | 0.32 | 71 |
| | | SLOVAK REP. | 0.29 | 72 |
| | | LITHUANIA | 0.29 | 73 |
| | | LATVIA | 0.21 | 78 |
| | Group 5 | CROATIA | 0.02 | 87 |
| | | ITALY | -0.01 | 91 |
| GREECE | | -0.15 | 94 | |
| BULGARIA | | -0.17 | 95 | |
| ROMANIA | | -0.20 | 96 | |

Fuente: Charron, N., Dijkstra, L., & Lapuente, V. (2014). Mapping the Regional Divide in Europe: A Measure for Assessing Quality of Government in 206 European Regions. Social Indicators Research, 122(2), 315-346.

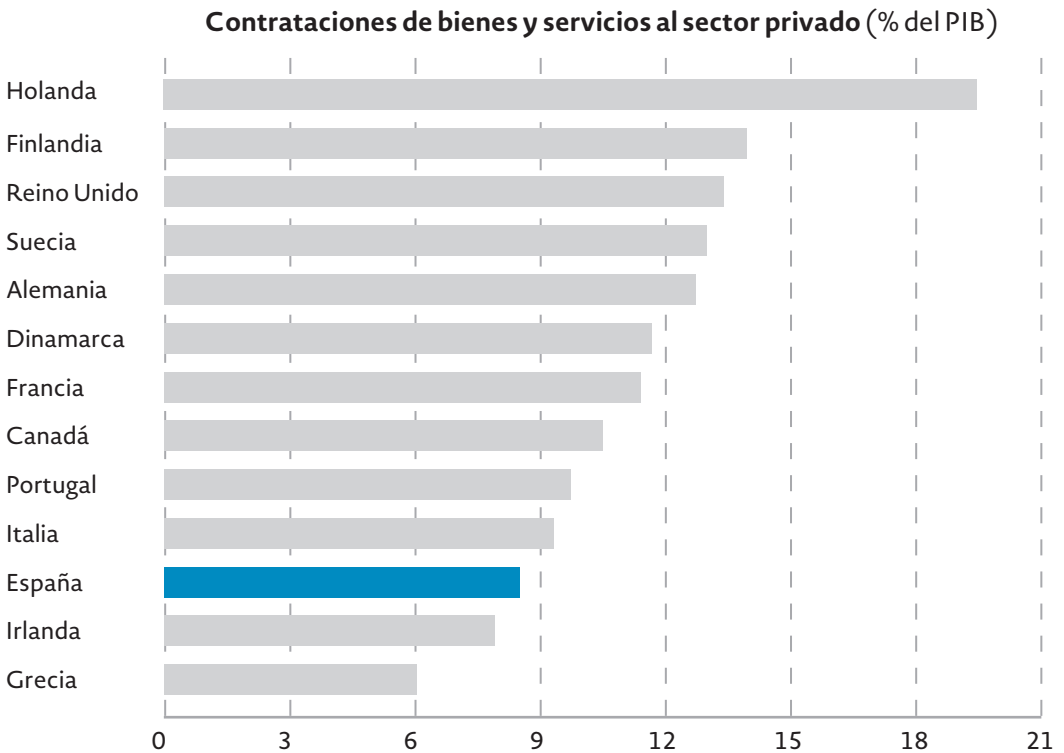
Como muestra la figura 12, España no se encuentra ni en el primero ni en el segundo de los grupos con mayor índice de calidad del gobierno. Compartimos el tercer grupo con Portugal, por encima de nosotros, seguido por Chipre, Eslovenia, Estonia y Malta.

La cooperación público-privada no es algo nuevo en la Unión Europea. Está extendida y consolidada en muchísimos ámbitos: alumbrado público, cementerios, recogida de residuos, limpieza viaria, conservación de recursos diversos, bibliotecas públicas, mercados, servicios sociales, servicios sanitarios, instalaciones deportivas de uso público, museos, servicios educativos y muchos más.

Buen gobierno, buena gobernanza o calidad de gobierno es aquel gobierno que trata a cualquier agente, ya sean ciudadanos, empresas o entidades sin ánimo de lucro, de forma imparcial; es decir, de acuerdo a lo establecido en las normas legales del país.

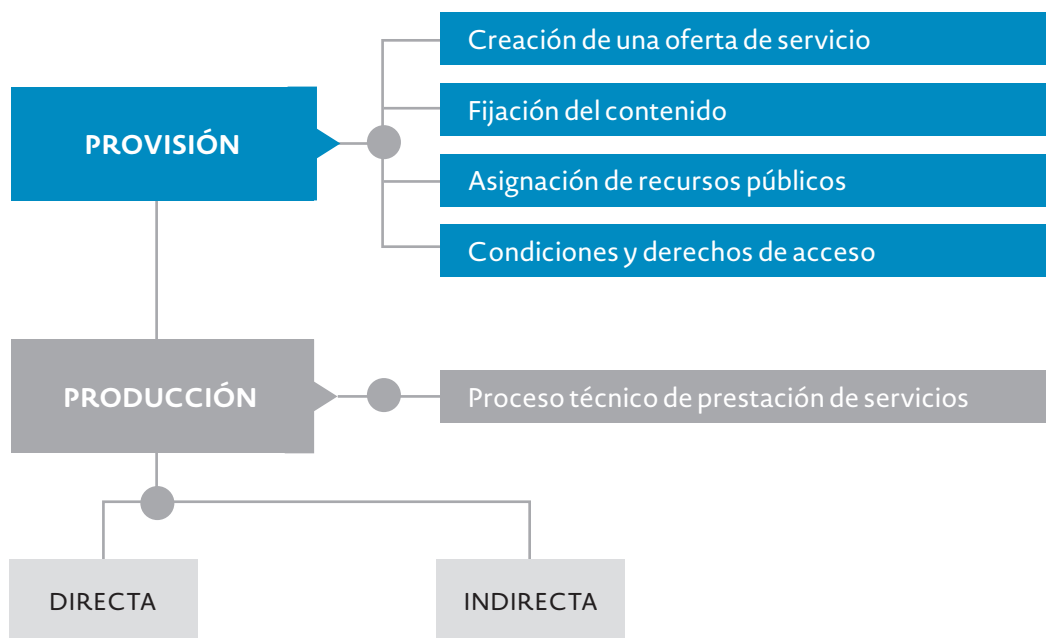
Rothstein y Teorell. 2008

Figura 12: Porcentaje del PIB destinado a contrataciones público-privadas en países de la OECD



Fuente: Base de datos de cuentas nacionales de la OECD

Figura 13: Provisión y producción de bienes y servicios públicos



Fuente: Presentación de Mónica Reig

Los países más avanzados económica y socialmente, utilizan la colaboración público-privada de forma más extendida que nosotros, adoptando las formas jurídicas más convenientes.

Pero además, es necesario incrementar la pedagogía sobre lo que significa Provisión y Producción de Bienes y Servicios Públicos. Este punto es clave para poder avanzar en un modelo donde las alianzas del tipo público-privada no generen discusiones inútiles y se puedan conseguir objetivos de eficiencia económica y resultados en salud.

Así pues, la provisión de servicios públicos, no se deja en manos del socio privado, si no que se establece desde los poderes públicos mediante una serie de actividades clave para garantizar a los ciudadanos y pacientes que la producción del servicio tendrá criterios de calidad garantizados. Dichas actividades son:

- Creación de una oferta de servicios.
- Fijación del contenido de dichos servicios.
- Asignación de los recursos públicos para que estos servicios se ajusten a los contenidos.
- Establecimiento de las condiciones y derechos de acceso a los servicios.

En este contexto, la producción es simplemente un proceso técnico de prestación de un servicio.

Entendiendo este marco de cooperación y diferenciando claramente la provisión de la producción, podemos pasar de una contratación pública tradicional, basada en ahorros inmediatos, a una ejecución presupuestaria que plantea objetivos estratégicos basados en sostenibilidad, eficiencia, innovación, competitividad y, como no, resultados en salud.

Aun así, la cooperación público-privada, presenta algunos riesgos:

Para el sector público: Asignaciones inadecuadas de capacidades; riesgo de captura del sistema y traslado al socio público de gastos excesivos.

Para el sector privado: Ambigüedad e inestabilidad de los marcos regulatorios y desequilibrio económico del contrato.

En definitiva, para el éxito de la colaboración público-privada, se deben dar algunas condiciones:

1. Disponer de un marco institucional y normativo adecuado.
2. Contar con los conocimientos suficientes para ejercer el rol de gobernanza.
3. Adoptar una orientación estratégica resistente al ciclo político-electoral.
4. Gestionar correctamente el riesgo.
5. Realizar una selección adecuada y transparente de los socios.
6. Hacer el seguimiento y la evaluación de las experiencias, incorporando el aprendizaje en el sistema.
7. Garantizar el escrutinio externo y la rendición de cuentas.
8. Afrontar las resistencias culturales.

4

GUÍA PRÁCTICA PARA LA IMPLANTACIÓN Y EL DESARROLLO DE ALIANZAS ESTRATÉGICAS EN EL ENTORNO HOSPITALARIO

Ruta crítica para la implantación y el desarrollo de alianzas estratégicas

Para representar visualmente el proceso de implantación de una alianza estratégica lo comparamos al de un viaje en carretera. Dicho viaje tiene un punto de partida y un destino: la visión u objetivos a alcanzar, establecidos antes del inicio del trayecto.

Las diferentes etapas del viaje corresponden a las fases del proceso de formación de alianzas, en las que aparecen una serie de obstáculos que hay que resolver o sortear, para no desviarnos de los objetivos pactados o alcanzar el fin de la alianza sin la consecución de dichos objetivos.

Así mismo, el trayecto está regulado por señalizaciones que marcan las pautas a seguir durante el proceso, y que corresponden al marco regulatorio de las alianzas hospitalarias. En el esquema están representados con semáforos los puntos de inflexión en la formación de una alianza en los que las organizaciones pueden y deben decidir si continuar adelante con la alianza o no (“Go/no Go”), marcando así los puntos más críticos del proceso.

Con el fin de llegar al destino convenido, un coche cuenta con herramientas que guían su trayecto, como el GPS, al igual que existen aquellas que facilitan la gestión del proceso de alianzas y que permiten seguir la ruta indicada: flujos de comunicación, gestión del cambio, cuadros de mando...

Los elementos más importantes en un viaje en carretera son el coche y el conductor que, en nuestro caso, representan a los socios y al equipo impulsores de la alianza. Estos, con unos objetivos alineados, motivación y liderazgo facilitarán el desarrollo de la alianza, del mismo modo que un conductor hábil con un coche potente y seguro hacen que el viaje sea más sencillo.

Una vez se haya llegado al final del camino, existen dos opciones: una es dar por concluida la alianza si los resultados no son los esperados, o bien si se ha logrado el objetivo estratégico; y otra, es retroalimentar el proceso para mejorar la ruta y conseguir llegar al destino.

Esta guía pretende dibujar una ruta de formación de alianzas con las mejores prácticas para evitar obstáculos y asegurar el éxito de la alianza.

Descripción de las etapas en la ruta crítica

Con el fin de elaborar la guía para conseguir desarrollar una alianza con éxito, se ha dividido el proceso en cuatro etapas:



A continuación se detallan el desarrollo de la ruta crítica y las principales actividades englobadas para las cuatro fases. Sin embargo, hay que tener en cuenta que cada alianza estratégica es única, por lo tanto no todas las actividades se desarrollarán de la misma forma.

En cada una de las 4 etapas identificadas se desarrollan a su vez 4 actividades principales para la formalización completa de una alianza estratégica, lo que supone que todas deberían pasar por las 16 sub-fases que se detallan en la ruta.

Además, para cada una de ellas se han identificado 4 elementos que refuerzan la ruta crítica y deben ser considerados por los gestores a la hora de llevar a cabo cada una de las fases:

- Requisitos
- Factores críticos de éxito
- Riesgos
- Condicionantes

Para la construcción de los mismos se han utilizado las aportaciones de los gestores participantes en el proyecto, la revisión de experiencias de éxito de la literatura y la experiencia propia del equipo de Antares Consulting.

Figura 15: Ruta crítica de la formación de alianzas estratégicas





Requisitos

Se entienden por requisitos todo aquello que resulta imprescindible para el desarrollo de la fase determinada. Por lo tanto, si estos requisitos no se cumpliesen, la alianza no se formaría o el resultado final del trabajo no sería una alianza estratégica sino otro tipo de acuerdo.



Factores críticos de éxito

Los factores críticos de éxito son un concepto organizativo que define un número limitado de áreas en las cuales la obtención de resultados satisfactorios asegurará un rendimiento competitivo para el individuo, el departamento o la organización. En cada fase estos son los elementos que señalan las claves para garantizar la consecución de los objetivos de la alianza.



Riesgo

El término riesgo hace referencia a la proximidad o contingencia de un posible daño. En el presente contexto se interpretan como riesgos todos aquellos elementos que puedan poner en peligro el éxito o la consecución de la fase pertinente.



Condicionantes

Los condicionantes son elementos que determinan o condicionan el desarrollo de una fase, identificando posibles limitaciones en el establecimiento la alianza.



1

FASE I
IDENTIFICACIÓN
DE OPORTUNIDADES

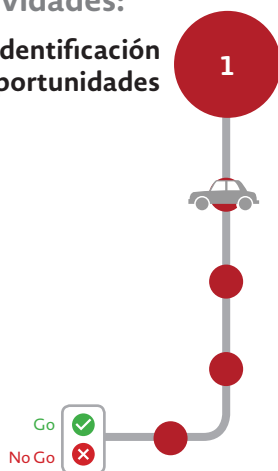
La primera fase en la ruta crítica para la formalización de una alianza estratégica consiste en la identificación de oportunidades para la realización de alianzas.

Estas oportunidades pueden incluir cualquier necesidad u objetivo crítico para la organización, al que se pueda dar respuesta mediante una alianza estratégica con otro socio.

Existen 4 actividades indispensables para completar esta fase.

Actividades:

Identificación de oportunidades



Búsqueda de oportunidades

Dado que en cualquier situación es probable necesitar de aliados para poder desplegar el plan estratégico de la institución en su totalidad, es conveniente realizar la búsqueda de oportunidades de forma sistemática. Para ello, se recomienda centrarse en 5 aspectos:

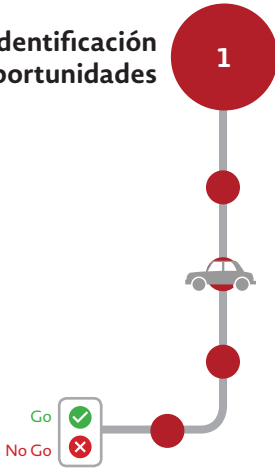
- 1. Procesos.** Descomponer y recomponer la cadena de valor del sector donde se realiza la actividad, con el objetivo de estudiar cada proceso de forma independiente y evaluar cómo se puede beneficiar de una alianza.
- 2. Tipologías.** Tomar como punto de partida la definición de alianza y desarrollar conceptualmente todos los tipos posibles de alianza para analizar todas las oportunidades posibles.
- 3. Benchmarking.** Realizar una comparativa con otras instituciones para buscar ventajas competitivas.
- 4. Tendencias.** Hacer un estudio general del sector para encontrar tendencias en las que apoyarse.
- 5. Sugerencias.** Es importante estar abierto a propuestas de otras organizaciones para formar alianzas conjuntas.

Selección del socio. La selección de un buen socio, es fundamental para tener éxito en la implantación de alianzas estratégicas. Ser un buen socio no sólo implica ofrecer una solución a la necesidad estratégica identificada, sino que debe cumplir una serie de criterios. Durante esta actividad es importante alcanzar un consenso con el socio sobre la rendición de cuentas conjunta ("*shared accountability*"), para incentivar la transparencia y la confianza entre los socios de la alianza.

Un socio adecuado debe cumplir con los siguientes criterios:

- Aportar valor a la alianza, agregando valor a la institución
- Compartir la visión y objetivos, y acordar una nueva cultura organizativa y valores para la alianza, con el fin de permitir una estrategia alineada
- Poseer conocimiento en las áreas de desarrollo para el hospital, con el fin de aprender lo máximo posible del nuevo socio

Identificación de oportunidades



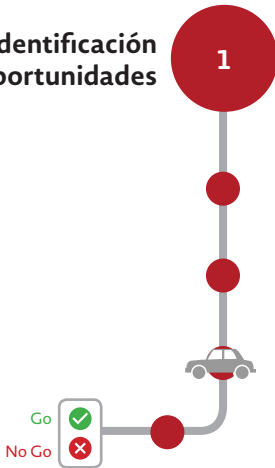
1

Visión y objetivos

La consecución de esta actividad consiste en la determinación del objetivo estratégico al que podría dar respuesta una posible alianza. Para ello es necesario partir del plan estratégico del hospital, y asegurar que la visión y objetivos de la alianza estén alineados con los objetivos del plan estratégico, de modo que los siguientes elementos se hayan estudiado:

- **Visión.** Los socios han de realizar un ejercicio conjunto para que dicha visión sea comprendida y compartida. Esta debe estar formulada con un nivel de precisión que permita evaluar en el futuro si se ha logrado o no.
- **Formulación de objetivos.** Los objetivos deben ser específicos, medibles, consensuados, realistas y estar definidos en un plazo temporal. Se deben establecer conjuntamente y para cada institución en particular.
- **Ventaja competitiva.** Se determina para cada una de las instituciones que participan y desde el primer momento.

Identificación de oportunidades



1

Situación de partida

Una vez se ha identificado la posible alianza a realizar y uno o varios socios favorables para llevarla a cabo, es necesario hacer un estudio previo para determinar si los socios son compatibles para el desarrollo de una alianza común. Por lo tanto, el análisis de la situación de partida es una base fundamental para diseñar el trabajo conjunto, e incluye:

- **Punto de partida.** Análisis de la situación actual de cada entidad.
- **Competencias.** Análisis de sus competencias respecto a los objetivos de la alianza.
- **Caracterización.** Aspectos de cada entidad: cultura, organización, liderazgo, puntos comunes y diferencias entre las instituciones.

Los socios deben ser transparentes y mostrar una imagen precisa y realista de su situación, para facilitar la generación de confianza y la definición de objetivos realistas en el desarrollo de alianza.

Identificación de oportunidades

1

Factibilidad

Al igual que el análisis de la situación de partida, el análisis de factibilidad sirve al propósito de definir si los parámetros de la alianza y los socios seleccionados para esta colaboración son los adecuados, o si es mejor redefinir la oportunidad para la alianza. Este análisis debe establecerse y formalizarse en base a:

- **Beneficios** esperados por la alianza
- **Elementos favorecedores** para asegurar el éxito
- **Barreras** existentes y potenciales
- **Riesgos** potenciales
- **Temores** existentes
- **Estudio económico-financiero**
- **Impacto social** más allá de los resultados económicos



Existe un punto crítico de *Go* / *No go* en esta fase, que corresponde a la realización del análisis de factibilidad de la alianza.



Si este análisis muestra que la alianza no es una herramienta pertinente para resolver la necesidad estratégica, o que los beneficios económicos, sociales o de otra índole no se compensan con la inversión que requiere la alianza, no se continuará con el proceso de formación de la misma.

Las alianzas son estructuras organizativas complejas, por lo que si se puede lograr el objetivo mediante otro tipo de acuerdo es importante considerarlo antes de comenzar la siguiente fase.

Por el contrario, si se demuestra el éxito potencial de la alianza y el aporte de beneficios o ventajas competitivas para los socios, se proseguirá con el desarrollo.

Claves de la Fase 1: Identificación de oportunidades

Los principales elementos a considerar para completar esta fase de forma exitosa son:



Requisitos

- Contar con un plan estratégico
- Existencia de un marco regulatorio
- Participación de los profesionales



Factores críticos de éxito

- Alineación de las gerencias de los socios
- Trasparencia
- Pedagogía a todos los niveles



Riesgos

- Incompatibilidad de las culturas organizacionales
- Experiencias de innovación inconclusas
- Falta de evaluación



Condicionantes

- Impacto político
- Gestión de los medios de comunicación



Requisitos

Contar con un plan estratégico: Es necesario reconsiderar la estrategia de la organización profundizando en el plan estratégico para detectar oportunidades. La identificación de oportunidades de alianzas puede conducir a nuevas líneas estratégicas para la organización, por lo que el plan estratégico y la búsqueda de oportunidades internas para alianzas se retroalimentan entre sí. Además, como ya se ha establecido, para que la alianza sea estratégica debe responder a una necesidad del *core business* reflejada en el plan estratégico.

Establecer un marco regulatorio: El marco regulatorio y normativo proporciona las bases sobre las cuales las instituciones construyen y determinan el alcance y naturaleza de la participación en la alianza. Es una compleja combinación de estatutos y regulaciones legales, reglas judiciales y práctica real. La ausencia de un marco regulatorio imposibilita la definición y la determinación de factores clave para su estructuración. Así mismo, en caso de problemas entre los socios, dificulta la resolución de conflictos por vías judiciales.

Participación de los profesionales: Uno de los problemas más comunes documentado en la literatura en el desarrollo de alianzas estratégicas es la implicación de los profesionales. Las alianzas tienen mayor éxito cuando los participantes se implican desde las primeras fases. En este caso los profesionales clínicos y de soporte que se vean afectados en el día a día deberían estar representados en la toma de decisiones desde el principio de la formalización.



Factores críticos de éxito

Alineación de las gerencias de los socios: Los socios deben tener claro la razón de ser de la alianza y compartir una visión conjunta sobre lo que esperan que se alcance en el futuro. Si además de una visión, los aliados comparten los mismos valores, se facilita la alineación de la estrategia con los objetivos de cada parte, y existirá mayor coherencia en la ejecución.

Transparencia: Fundamental entre los socios, para facilitar un proceso de formalización abierto y comunicativo, así como con los agentes de las organizaciones implicadas para facilitar su integración. En algunos casos la transparencia también puede suponer un reto, ya que es importante impedir que los socios se apropien de la ventaja competitiva de una organización, a la par que se facilita una colaboración abierta.

Pedagogía a todos los niveles: Las alianzas estratégicas suponen una oportunidad de aprendizaje para la sociedad y para los profesionales. Estudiar cómo la alianza permitirá generar conocimientos y como los podrían compartir con las organizaciones y la sociedad, facilitará la identificación de oportunidades clave y la implicación de los profesionales.



Riesgos

Incompatibilidad de cultura organizacional: Si la cultura de la alianza y de las organizaciones participantes no son compatibles, existe el riesgo de que la fase de identificación de oportunidades no se formalice en una alianza, o de que surjan conflictos en el futuro.

Experiencias de innovación inconclusas: El sector cuenta con muchos proyectos innovadores que se han abandonado por diversos motivos. La implicación continua en proyectos que no se materializan causa cansancio y desmotivación en los empleados que, como consecuencia, presentan una mayor reticencia a probar modelos de trabajo nuevos.

Falta de evaluación: Las oportunidades se deben evaluar antes de considerarla formalización de la alianza para asegurar un diseño e implantación exitosos.



Condicionantes

Impacto político: La situación o contexto político puede condicionar las oportunidades de alianzas. Es necesario evaluar como evolucionarían estas oportunidades con cambios en los ciclos políticos.

Gestión de los medios de comunicación: La opinión mediática puede condicionar la formalización de la alianza y la relación entre los agentes de la alianza y el público que recibe la información de los medios.



Esta fase tiene una especial relevancia, dado que existe un punto crítico de “Go / No Go” donde se decide si el proceso sigue adelante o se abandona. Así mismo, la selección del tipo de alianza y los objetivos y visión de la misma marcan el desarrollo de las siguientes fases.

En definitiva, esta fase necesita de un rigor metodológico completo, tanto cualitativo como cuantitativo, sobre todo si el hospital se inicia en el proceso de generación de alianzas. En este caso, dada la poca o nula experiencia en ello, garantizar el éxito de la primera experiencia, se convierte en algo imprescindible.

Ejemplo ilustrativo de la Fase 1: Identificación de oportunidades

Caso 1: Jordan Hospital y Alliance Radiology

¿En qué consiste?

En 2008, el Jordan Hospital (Massachusetts, EEUU) ha identificado la oportunidad de trabajar con Alliance Radiology para formar una alianza que utilizase el *know-how* de Alliance Radiology en sistemas de gestión e innovación, para permitir a Jordan hospital pasar de ser un hospital tradicional a alcanzar su visión de sistema de salud.

¿Por qué es útil?

El Jordan Hospital perdía más del 50% de la cuota de mercado potencial de su área de referencia, ya que competía con centros reconocidos, líderes en la industria de la salud, y con afiliaciones a prestigiosas instituciones académicas.

¿Cómo se ha hecho?

El equipo directivo contaba con una larga historia de trabajo con Alianza Radiología en otras instituciones. Aprovechando esta experiencia previa, el equipo directivo supo identificar la oportunidad de crear una alianza.

¿Cuáles son los resultados?

El hospital pasó de ser un pequeño hospital comunitario a ser un centro de salud integrado, con una mayor captación de pacientes.



2

FASE 2
DISEÑO DE LA ALIANZA

Una vez se han identificado las oportunidades, el siguiente paso es su diseño y desarrollo, buscando fomentar una alianza duradera y beneficiosa para todos los socios.

Actividades:



Identificación de resultados y expectativas

El primer paso para diseñar una alianza pasa por definir aquello que cada uno de los socios pretende conseguir con dicha alianza. Esto permitirá enfocar el diseño con los resultados buscados ya establecidos, y ajustar las expectativas desde el inicio si no son realistas.

Así mismo, es indispensable que dichos resultados buscados ofrezcan un aporte estratégico para las organizaciones.

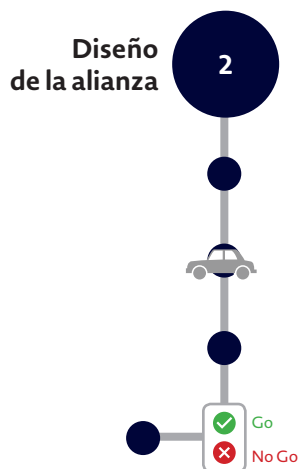
Esta actividad cuenta por tanto con dos sub-actividades:

1. Identificación de las acciones a realizar por cada uno de los socios. Se debe buscar el equilibrio de las dimensiones estratégica y operativa, ya que las alianzas deben dar respuesta a ambas para alcanzar sus objetivos.

- **Dimensión estratégica.** Corresponde a la consecución de objetivos a largo plazo.
- **Dimensión operativa.** Atañe a objetivos a corto plazo.

De este modo se debe diseñar una alianza que persiga una visión conformada por acciones enfocadas a los **objetivos a largo plazo**, pero también con actividades dirigidas a **objetivos medibles a corto plazo** como logros o indicadores de que la alianza va por buen camino.

2. Definición y ajuste de las expectativas iniciales de cada uno de los socios. Clarificar las expectativas de los socios al inicio de esta fase, para adaptar el diseño de la alianza en consonancia al cumplimiento de las mismas, y así evitar posibles problemas futuros derivados de decepciones por una definición poco realista de las expectativas.

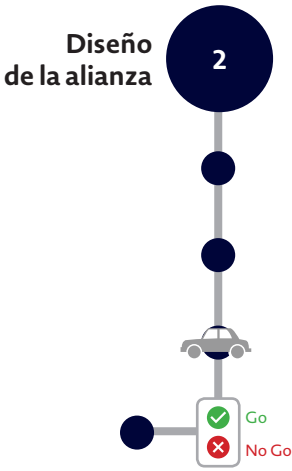


Desarrollo de la estructura organizativa

La estructura organizativa es responsable de construir la alianza estratégica, para lo que deberán desarrollar 5 tareas fundamentales orientadas al correcto funcionamiento de esta:

- 1. Modelo de gobernanza.** Dotará al desarrollo de mecanismos, procesos y reglas.
- 2. Plan de acción con objetivos y responsables.** Debe detallar todos los objetivos a alcanzar, las acciones para la consecución de los objetivos y los responsables de cada una de las iniciativas a desarrollar.

- 3. **Cronograma de todas las acciones.** Posibilitará concretar todos los pasos en un horizonte temporal y posteriormente seguir y evaluar su desarrollo.
- 4. **Indicadores.** Son los datos que, previamente definidos, tendrán que ser recogidos para hacer el seguimiento o medir los resultados de una alianza.
- 5. **Flexibilidad estratégica.** Las alianzas son preferibles a las fusiones por su capacidad para adaptarse más rápidamente a cambios en el entorno, por lo que es importante asegurar que la estructura organizativa tenga un desarrollo continuo y se mantenga flexible.



Asignación de recursos

La tercera fase de esta segunda etapa requiere que se determinen los recursos o aportaciones con las que cada socio contribuirá al desarrollo de la alianza.

Para ello hay que tener en consideración 3 puntos:

- 1. **Aspectos económicos, técnicos, administrativos y legales.** Estos son algunos de los recursos que se deben estructurar, consensuar y definir en esta fase.
- 2. **Aportación representativa de los beneficios obtenidos por cada socio.** Si un socio aporta más que otro pero obtiene menos beneficios, puede derivar en un conflicto.
- 3. **Recursos acordados y formalizados.** Esto permite evitar que posibles futuros cambios pongan en peligro la alianza.

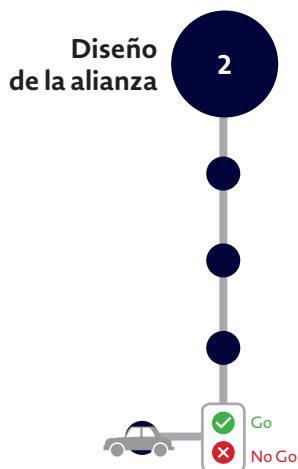


Durante la fase de formalización de los acuerdos surge el segundo punto crítico de "Go/No go".

Llegado el momento de formalizar los acuerdos en contratos legales, es posible que alguno de los socios abandone la alianza o cambie de opinión respecto a alguno de los aspectos consensuados en fases anteriores, pudiendo surgir nuevos conflictos entre los socios.

Es por esto que el desarrollo de una relación transparente y la generación de confianza entre los socios a lo largo de toda la fase de diseño y desarrollo de la alianza es clave, ya que la desconfianza o dudas en este punto crítico pueden causar que los socios decidan no continuar con la alianza.

Una vez formalizados los acuerdos es mucho más difícil retroceder o renunciar al desarrollo de una alianza, por lo que un abandono del proceso supondría la ruptura definitiva de esta.



Formalización de los acuerdos

La formalización de los acuerdos es una fase clave, no sólo para esta etapa sino para todo el proceso de desarrollo de alianzas estratégicas, e incluye:

- **Aspectos legales y contractuales de la alianza.** Se deben estructurar de forma clara para todos los participantes en la alianza.
 - **Duración de la alianza.** Es necesario especificar el tiempo que perdurará.
 - **Opciones de retirada.** Es fundamental determinar los aspectos que romperían la alianza para cada uno de los socios, diseñando opciones de retirada que consideren todas las circunstancias que puedan desembocar en el cese de la alianza, valorando otras opciones estratégicas alternativas para lograr los objetivos.
- **Conflictos entre socios.** Esta fase es donde habitualmente más alianzas fracasan, y esto es debido, en parte, a la manifestación de conflictos entre socios.

Fuentes de conflicto más comunes:

- La ambigüedad de alianzas, supone un riesgo a la hora de definir correctamente los objetivos y el marco de la alianza.
- La incapacidad de conciliar los diferentes modelos propuestos por cada gerencia.
- La negociación de recursos supone un riesgo ya que estructura la relación de compromiso entre socios.
- La no formalización de los acuerdos pone en peligro el desarrollo de la alianza según lo planificado.

Con el fin de asegurar el éxito de esta fase y sentar las bases para toda la alianza, se recomienda la elaboración de un plan operativo, que contenga los aspectos desarrollados hasta este punto.

Un ejemplo orientativo de la estructura de dicho plan operativo, incluiría los siguientes aspectos:

1. Descripción de la alianza

- Objetivo
- Promotores
- Oportunidad
- Visión y propuesta de valor

2. Oferta

- Ámbito de actuación y entorno competitivo
- Alcance
- Productos o servicios
- Destinatarios

3. Características del proyecto

- Gobierno y estructura organizativa
- Plan de acción
- Organización y recursos
- Comunicación

4. Análisis económico-financiero

- Inversión inicial
- Plan financiero
- Resultados

5. Aspectos legales y contractuales

6. Estrategia de salida de la alianza

Claves de la Fase 2: Diseño de la alianza

Las claves para el desarrollo de esta segunda fase son:



Requisitos

- Definir los recursos que aporta cada socio y determinar los responsables de cada parte de la alianza
- Concretar cómo se reparten los *outputs*
- Diseñar un plan piloto para la implantación de la alianza
- Especificar el diseño de las próximas fases



Factores críticos de éxito

- Implicar a todos los agentes en el diseño
- Asegurar una buena comunicación entre los implicados en el diseño para generar confianza entre socios
- Prever cambios en el entorno
- Diseñar un plan de contingencia



Riesgos

- Mala gestión de las expectativas
- Agentes que confunden contrato con alianza
- No implicar al equipo necesario
- Desequilibrio entre socios
- Hiperformalización o falta de formalización



Condicionantes

- Mala dimensión de recursos (tiempo y presupuesto)
- Valorar el riesgo de quiebra de la alianza



Requisitos

Definir los recursos que aporta cada socio y determinar los responsables de cada parte de la alianza: Uno de los principales problemas que pueden surgir con alianzas estratégicas son conflictos por los recursos que debería aportar cada socio. Es imprescindible que las aportaciones a las alianzas estén consensuadas definidas y formalizadas antes de comenzar la misma. Así mismo, la distribución de responsabilidades de cada socio y la delimitación de las obligaciones y competencias, marcará el diseño de la alianza y evitará la aparición de conflictos futuros.

Concretar cómo se reparten los *outputs*: La distribución de beneficios o resultados de una alianza es una fuente común de conflicto, por lo que se debe estudiar detalladamente como maximizar el beneficio de ambas partes, y el acuerdo debe quedar reflejado formalmente.

Diseñar un plan piloto para la implantación de la alianza: permitirá identificar problemas con el diseño de la alianza y corregirlos antes de la implantación definitiva.

Especificar el diseño de las próximas fases: Este requisito incluye el establecimiento de indicadores para la evaluación y la monitorización de resultados y procesos, y la formalización de estructuras para medirlos y analizarlos. También incorpora el planteamiento del fin de la alianza, ya que como se ha visto en la definición de una alianza, pese a poder ser a largo plazo, se prevé que la alianza llegue a su fin una vez alcanzado el objetivo perseguido. Las circunstancias de dicho fin, grado de consecución de objetivos, actuaciones de socios que derivarían en el fin de la alianza, desestructuración de la organización de la alianza, reparto de recursos (valorados en términos reales, no contables)... deben estar definidas y consensuadas entre los socios.



Factores críticos de éxito

Implicar a todos los agentes en el diseño: Este factor es uno de los más importantes, ya que las alianzas diseñadas por gestores, en muchas ocasiones, se implantan por personal clínico u operativo y afectan a otros grupos de la sociedad. Si no se les implica desde el principio, se puede generar desconfianza o desmotivar a los profesionales involucrados, lo que dificultará el éxito de la misma.

Asegurar una buena comunicación entre los implicados en el diseño para generar confianza entre aliados: En esta fase comienza el trabajo entre los socios, por lo que es imprescindible fomentar un ambiente de confianza para garantizar el buen desarrollo de la relación entre los socios en fases posteriores. Las alianzas implican compartir una ventaja competitiva con un socio para obtener otros beneficios, sin un marco de confianza entre las partes, no resultará fácil colaborar y se generarán conflictos. La comunicación es clave para conseguir el grado de definición y consenso de cada elemento de la alianza necesario para establecer una estructura y colaboración duradera y beneficiosa para todos.

Prever cambios en el entorno: El estudio dinámico del entorno es esencial para poder desarrollar estructuras de contingencia y favorecer la respuesta de la alianza ante posibles cambios. Este ejercicio favorecerá una alianza más duradera y exitosa.

Diseñar un plan de contingencia: La planificación de posibles eventualidades permitirá dar una respuesta más rápida, previniendo conflictos y evitando el fracaso de la alianza.



Riesgos

Mala gestión de las expectativas: Este riesgo deriva de la falta de comunicación o consenso entre las partes, si las expectativas de la alianza no son realistas, la relación se resentirá al no alcanzar los objetivos esperados.

Agentes que confunden contrato con alianza: La alianza se diferencia de un contrato en que implica el trabajo conjunto de las partes para obtener beneficios comunes, por lo que su enfoque es mayor que el de un contrato de derechos y obligaciones de los socios.

No implicar al equipo necesario: Si miembros clave para el desarrollo de la alianza no se implican en esta fase, se omitirán aspectos relevantes de la alianza que el equipo gestor desconoce, y se desmotivará al equipo esencial en la implantación, dificultando el proceso de formalización.

Desequilibrio entre partes: La alianza debe aportar beneficio a todos los socios, si una parte dispone de más recursos para la alianza y obtiene menos beneficios es probable que se resienta la colaboración.

Hiperformalización o falta de formalización: La hiperformalización deriva en una burocratización de la alianza que se manifiesta en una pérdida de flexibilidad de las mismas. La falta de formalización puede causar que la alianza no se desarrolle según lo acordado, o que los cambios de opinión entre las partes generen conflictos.



Condicionantes

Mala dimensión de recursos (tiempo y presupuesto): Si la dotación de recursos planteada para una alianza no se corresponde con las necesidades de la misma, esta no se podrá desarrollar al nivel esperado.

Valoración del riesgo de quiebra de la alianza: Esta valoración definirá qué acciones de los socios, cambios en el entorno o resultados de la alianza serán determinantes para su fin. La formalización y consenso de estos riesgos, que pueden derivar en la finalización de la alianza, deben incluirse en el diseño de la misma.

Esta fase es, organizativamente, una de las más complejas del proceso y requiere la estructuración detallada de muchos elementos críticos. Además del desarrollo de todas las estructuras y acuerdos claves que ya han sido discutidos, se debe consensuar un tiempo tras el cual se estudiará si la alianza ha cumplido o no sus expectativas, y modificarla, alargarla o finalizarla de acuerdo con las conclusiones extraídas.

En esta fase el papel de los gestores es fundamental, ya que tienen un papel activo en la definición de cada elemento de la alianza, y esta fase condicionará fundamentalmente el resto del proceso. Por lo tanto es imprescindible que exista un consenso sobre la naturaleza, importancia y evolución de la alianza deseados por cada uno de los socios.



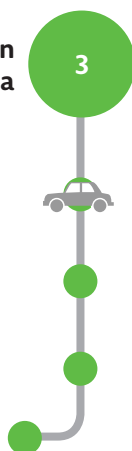
3

FASE 3
IMPLANTACIÓN DE LA ALIANZA

Esta fase implica la puesta en marcha de la alianza, y el inicio de la actividad según el modelo diseñado en la fase anterior. Esta requiere de atención especial, ya que es durante su implantación cuando pasa de las manos del personal implicado en el diseño, para depender de un equipo mucho más amplio de profesionales. Además, cambiar aspectos de varias organizaciones es un reto para los gestores.

Actividades:

Implantación de la alianza



Prueba piloto

La prueba piloto tiene por objetivo comprobar si los propósitos de la alianza se cumplen o no en un entorno de mayor seguridad y menor impacto, e identificar puntos de mejora en el proceso de implantación.

Por ello, previamente, es conveniente definir los indicadores de logro en términos medibles, para poder cuantificar el éxito de la prueba piloto así como los puntos de mejora.

Motivos para su ejecución:

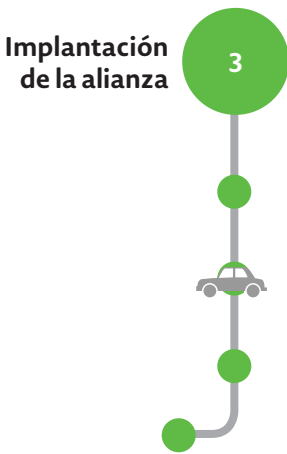
- **Identificar mejoras.** La implantación de la alianza en menor escala permite detectar posibles mejoras en el diseño, que se pueden corregir antes de la implantación a gran escala, a menor coste para los socios.
- **Redefinir el modelo de implantación.** Si el plan piloto fracasa, se pueden estudiar los motivos del fracaso, incorporar el aprendizaje y adaptar el modelo de nuevo.
- **Facilitar el cambio.** Permite el entrenamiento y capacitación de los profesionales para las nuevas prácticas a implantar, al mismo tiempo que favorece su inserción en la organización del hospital y facilitando que los profesionales conozcan y apoyen el proyecto.
- **Reducir el coste de fracaso.** En caso de que el plan piloto falle, la repercusión económica, organizativa y de comunicación, es menor que con una implantación global.
- **Identificar las barreras.** En la implantación de la alianza aparecerán obstáculos que habrá que aprender a superar. A continuación, detallamos algunas de ellas:

Barreras a la implantación:

- Asociadas al socio
 - Trabajo en un entorno organizativo desconocido y colaboración con profesionales externos a la propia organización.
 - Transmisión de conocimientos relevantes y tecnologías diferenciadoras a la organización aliada.
 - Choque de culturas organizativas entre aliados, o imposición de la cultura de uno de los socios para toda la alianza.

- Asociadas a la organización y gestión
 - Complejidad de la interrelación entre las variables involucradas.
 - Manejo de la enorme cantidad de detalles operativos.
 - Los profesionales pueden generar barreras a la hora de establecer una alianza.

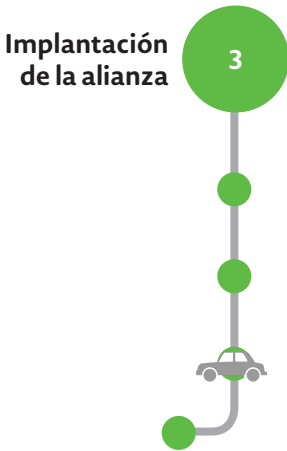
El estudio de estas barreras durante la fase piloto permitirá abordarlas en las siguientes fases de esta etapa.



Extensión

La implantación progresiva por áreas, comenzando con un plan piloto y continuando con la extensión a un área mayor, facilita el desarrollo de la fase:

- **Detectar áreas de mejora.** Al igual que con el plan piloto, la implantación progresiva permite identificar fallos y mejoras en el diseño y desarrollo de la alianza.
 - **Facilitar el cambio.** Los cambios graduales son más asumibles por el personal involucrado.
 - **Motivar al personal.** Los buenos resultados en un área fomentarán que profesionales del resto de áreas estén más motivados para su desarrollo.
- **Identificar a los profesionales clave.** El apoyo de los profesionales líderes para la implantación en cada área o servicio es un elemento imprescindible, que permitirá:
 - Generar compromiso con la alianza entre los profesionales.
 - Determinar los roles y responsables de la implantación.



Flujos de comunicación

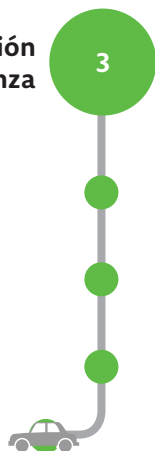
Los flujos de comunicación son esenciales ya que en esta fase comienza la inclusión de un mayor número de profesionales. Existen tres tipos principales de comunicación para los cuales hay que estructurar procesos claros y transparentes:

1. **Comunicación interna.** Cada socio debe comunicar de forma activa en qué consistirá la alianza, y los beneficios derivados de ella a sus empleados, para facilitar su motivación y apoyo.
2. **Comunicación externa.** Los agentes de la organización (autoridades sanitarias, sociedad, pacientes...) deben conocer su existencia, ya que su difusión favorecerá su desarrollo y puede contribuir al logro de sus objetivos (captación de pacientes, aumento del reconocimiento de las organizaciones entre profesionales...).

3. Comunicación entre socios. La coordinación entre los aliados es clave para facilitar la implantación.

Transparencia. La transparencia y la comunicación abierta fomentarán la implicación de los profesionales en la implantación.

Implantación de la alianza



Gestión del cambio

La gestión del cambio se puede definir como un conjunto de procesos que garantiza que se apliquen modificaciones significativas de forma ordenada, controlada y sistemática para lograr la transformación organizacional.

Objetivos de la gestión del cambio:

- Cabe la posibilidad de que la implantación de nuevas estructuras en organizaciones hospitalarias cause rechazo entre el personal, ya que puede suponer un esfuerzo añadido a su carga de trabajo habitual.
- La falta de implicación de los profesionales es una de las causas de fracaso de una alianza, por lo que dirigir el cambio adecuadamente es fundamental para evitarlo.

Claves de la Fase 3: Implantación de la alianza

Los principales elementos a considerar para completar esta fase de forma exitosa son:



Requisitos

- Hoja de ruta y contingencia
- Pilotaje previo
- Gestión del liderazgo profesional
- Comunicación y transparencia (interna/externa)
- Disponer de indicadores de medición de logro



Factores críticos de éxito

- Identificar y vencer resistencias
- Resultados a corto plazo (*quick wins*)
- Seguimiento de indicadores intermedios y documentación de beneficios



Riesgos

- Resistencia al cambio, conflicto de intereses
- Periodos de implantación demasiado largos
- Cambio de los interlocutores en los proyectos largos
- Prolongación ilimitada de la prueba piloto



Condicionantes

- Inestabilidad normativa
- Límites del diseño
- Gestión de RRHH



Requisitos

Hoja de ruta y contingencia: La hoja de ruta establece a grandes rasgos la secuencia de pasos para alcanzar un objetivo especificando el tiempo y los recursos necesarios para cada uno de ellos. Esta herramienta facilita mucho la implantación de una nueva estructura en una organización compleja como es un hospital. La disponibilidad de un buen plan de contingencia permite a los responsables de la implantación tener siempre claro qué hacer en caso de desviarse de la hoja de ruta inicial. El cumplimiento de esta es clave para seguir el cronograma de tiempo establecido y asegurar que las organizaciones socias trabajen a la par.

Pilotaje previo: El pilotaje previo es un requisito imprescindible, ya que permite adquirir experiencia para la implantación completa de la alianza, descubrir fallos o mejoras en el diseño, desarrollar nuevas ideas que se pueden incorporar al diseño, minimizar el riesgo de fallo y finalmente, convencer a personal escéptico sobre los beneficios de esta.

Gestión del liderazgo profesional: Contar con un liderazgo efectivo, motivador y comprometido con el éxito de la alianza estratégica es imprescindible. El mejor diseño es inútil si no se ejecuta por un equipo líder que fomente la participación de todo el personal comprometido. Debe haber líderes formales, integrados en la estructura de gobierno de la misma, pero también puede haber líderes informales, que no gestionen la alianza pero participen de forma activa en ella y, contribuyan de forma significativa a su implantación y a la captación de apoyo de otros profesionales.

Comunicación y transparencia interna y externa: Se deben establecer flujos de comunicación entre los participantes, así como con el equipo directivo y la gerencia. Para ello es importante desarrollar y favorecer las relaciones internas de los equipos, e informar sobre la alianza y los beneficios que conlleva para las organizaciones. Así mismo la comunicación interna hará que los profesionales hagan la alianza suya, y contribuyan a su divulgación externa, por ejemplo, con publicaciones.

Disponer de indicadores de medición de logro: Previa a la implantación de la prueba piloto, se deben establecer unos indicadores para medir el grado de consecución de los objetivos de la implantación a menor escala, antes de proceder con la extensión. Estos indicadores deben ser claros para todo el equipo, permitiendo identificar las áreas de mejora de forma cuantificable.



Factores críticos de éxito

Identificar y vencer resistencias: Es necesario realizar un estudio sobre todas las posibles barreras en la implantación y diseñar soluciones para evitarlas o minimizarlas. Una de las estrategias para vencer resistencias es la gestión del cambio, que facilita la involucración de los profesionales y su aceptación de la alianza.

Resultados a corto plazo (*quick wins*): Las alianzas estratégicas tienen como finalidad el aporte de una ventaja estratégica a largo plazo. Sin embargo, si además se establecen otros objetivos a corto plazo, los profesionales involucrados podrán ver la consecución de resultados de la alianza, algo que fomentaría la motivación e implicación de estos.

Seguimiento de indicadores intermedios y documentación de beneficios: Los indicadores intermedios permiten seguir el desarrollo de la implantación, alertando de problemas antes de que adquieran mayor importancia. Si los beneficios para cada parte se documentan en esta

fase, se pondrá de manifiesto la importancia de la alianza y se fomentará la motivación y la relación entre todos los agentes involucrados.



Riesgos

Resistencia al cambio, conflicto de intereses: La resistencia al cambio es natural, especialmente en organizaciones ya de por sí complejas y con personal bajo importante carga laboral, como es el caso de los hospitales. Los conflictos de intereses pueden poner en riesgo la alianza cuando el personal involucrado persiga otros objetivos y los priorice a los de la propia alianza:

- Con los socios de la alianza
- Con los profesionales clínicos o de apoyo
- Con los pacientes
- Con los impulsores de la alianza

Periodos de implantación demasiado largos: Periodos prolongados en el tiempo pueden dificultar la visualización de resultados a corto plazo, incluso desviarse de la hoja de ruta establecida ya que los profesionales trabajan con estructuras que se encuentran todavía en proceso de creación.

Cambio de los interlocutores en los proyectos largos: Si se alarga mucho es posible que haya rotación en el equipo responsable, lo que dificulta la creación del rol del líder, la relación y comunicación con el socio de la alianza.

Prolongación ilimitada de la prueba piloto: En caso de que no se defina un límite temporal para la prueba piloto, o no se adhiera a este, existe el riesgo de que la prueba piloto se prolongue ilimitadamente y no se proceda con la consolidación de la alianza mediante la extensión a otras áreas.



Condicionantes

Incertidumbre normativa: Los cambios en los ciclos políticos pueden condicionar el desarrollo de la alianza en un horizonte temporal amplio. Es importante estar pendiente de posibles cambios en las normativas concernientes a la formación de alianzas en el entorno y cómo pueden afectar a la que se está desarrollando.

Límites del diseño: El diseño de una alianza no deja de ser una conceptualización teórica y es muy posible que no prevea muchos cambios, barreras o contingencias. Es importante mantenerse flexible en la fase de implantación y estar preparado para responder rápidamente a cambios en el diseño de la alianza.

Gestión de RRHH: La gestión del cambio, involucración de los profesionales en fases tempranas, y buen liderazgo facilitan la implantación, pero son herramientas limitadas. La gestión del personal es muy compleja y en ocasiones poner a las personas de parte de los gestores de alianzas es complicado pese a contar con una gestión adecuada.

La implantación de una alianza es una fase compleja, ya que el éxito de esta fase no depende de los gestores, sino del equipo de profesionales que deben implementar e integrar su trabajo con dicha alianza. Por ello, en esta fase, la gestión de cambio y de los profesionales cobra tanta importancia, sin embargo, si se hace un énfasis importante en los beneficios de la alianza y se facilita la comunicación y transparencia, esta fase se puede desarrollar con éxito.



4

FASE 4
SEGUIMIENTO DE LA ALIANZA

Esta fase es imprescindible para evaluar si la alianza está alcanzando los objetivos propuestos, pero también para identificar nuevas oportunidades y áreas de mejora. Por lo tanto, las conclusiones obtenidas de esta fase retroalimentan los cambios para fases anteriores y sirven de aprendizaje para los socios.

Actividades:





Modelo de seguimiento

El análisis y definición del seguimiento guiará las etapas posteriores a la implantación. Para que este sea efectivo, es necesario determinar al menos 5 aspectos operativos del seguimiento:

- 1. Comité de seguimiento.** Su función es comprobar la eficacia y el correcto desarrollo de la alianza en lo que se refiere a la consecución de objetivos, calidad de la relación entre socios, y funcionamiento operativo. La organización del comité es clave, por lo que se recomienda contar con personal de todas las organizaciones, así como un equipo con diversidad de perfiles, tanto gestores como personal que trabaje en la alianza de forma operativa. El comité de dirección puede ser el órgano encargado de realizar el seguimiento.
- 2. Periodicidad del seguimiento.** El seguimiento en plazos demasiado cortos no permitirá observar el progreso de la alianza y puede desmotivar a los empleados que no observan resultados visibles. Sin embargo, un seguimiento en plazos demasiado largos no admitirá la corrección de fallos o implementación de mejoras para mejorar los resultados de forma continua.
- 3. Hitos, indicadores, gestión de incidencias, etc.** Estas son algunas de las herramientas que facilitan el seguimiento y monitorización de resultados. Existe mucha materia al respecto y cada alianza debe seleccionar el mejor modelo e indicadores para medir los objetivos que busca.
- 4. Flujos de comunicación.** Al igual que durante la implantación, fomentar una comunicación efectiva con el diseño de flujos de información que permitan un seguimiento rápido y fluido, es un elemento clave en esta etapa..
- 5. Ventajas de realizar un seguimiento.** Es necesario concienciar a los profesionales implicados en la alianza de la importancia de medir resultados y retroalimentar la alianza para que siga mejorando.

Seguimiento de la alianza

4

-  Continuidad
-  Fin de alianza

Cuadro de mandos

Un cuadro de mandos recoge los principales indicadores de seguimiento y los presenta de forma práctica.



Resulta difícil medir el éxito de una alianza, ya que depende de su duración, de los resultados financieros, la satisfacción de las partes... El número y tipo de indicadores a utilizar es muy amplio y depende por completo del diseño de la alianza y los resultados que se deben medir para evaluar el desempeño. Sin embargo, para todas las alianzas existen dos tipos de indicadores a tener en cuenta:

1. Indicadores objetivos. Estos objetivos son cuantificables y no admiten diferencias de opinión. Son imprescindibles para ofrecer una indicación fiable y neutral del funcionamiento de la alianza. Entre ellos se incluyen la duración, resultados financieros, captación de pacientes, producción, etc.

2. Valoraciones subjetivas. Son objetivos más difíciles de medir y cuantificar, y que dependen de la opinión particular de cada persona implicada. Ofrecen una dimensión diferente a la de los indicadores objetivos, permitiendo identificar las causas subyacentes de los resultados y posibilitando evaluar la calidad de la relación entre socios, una muestra del éxito de la alianza. Se incluyen el grado de consecución de objetivos, desempeño de la relación entre socios, grado de satisfacción de las partes, etc.

Seguimiento de la alianza

4

-  Continuidad
-  Fin de alianza

Evaluación periódica

La evaluación es el objetivo final de esta fase, y determina si una alianza se ha constituido con éxito. Se debe realizar de forma periódica para asegurar una continua retroalimentación de mejoras en el proceso. Por lo tanto, se debe fijar un periodo determinado para realizar evaluaciones de forma regular.

La evaluación debe ser:

- **Interna.** Elaborada con equipos de todas las organizaciones miembro de la alianza, para medir las percepciones de cada uno de los socios.
- **Externa.** Realizada por auditores que no pertenecen a la organización, que facilitarán una visión libre de prejuicios por parte de los socios, y asegurarán que los resultados medidos en el seguimiento son fiables y representan la evolución real de la alianza.

Relación entre los equipos. La relación personal entre los equipos de los distintos socios es impredecible, puede suponer un reto en la realización de la evaluación, y justifica la necesidad de incluir indicadores subjetivos de varios miembros de los equipos de las distintas organizaciones, para obtener una visión completa de la percepción de la alianza.

Seguimiento de la alianza

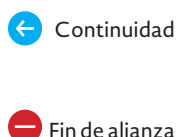
4

Retroalimentación del proceso para mejorar

Una vez realizada la evaluación, los resultados de las mismas se deben aplicar a cambios y mejoras en el proceso para mejorar los resultados de la alianza, tanto en términos de los objetivos de la misma como de la relación entre los socios.

Gestión de conflictos. En caso de detectar problemas entre los equipos participantes es importante resolverlos dada la larga duración de una alianza.

Fin de la alianza. En esta última fase se decide si se finaliza o no la alianza, en base a los criterios de retirada establecidos al inicio.



Claves de la Fase 4: Seguimiento de la alianza



Requisitos

- Establecer un comité de seguimiento
- Diseñar indicadores de seguimiento
- Rendir cuentas sobre el impacto de la alianza
- Disponer de un plan de comunicación



Factores críticos de éxito

- Fijar objetivos SMART
- Contar con indicadores rigurosos sobre sistemas de información solventes
- Trasladar la información en el momento adecuado
- Poner en valor la alianza
- Gestión del fracaso
- Proporcionar elementos de mejora y rediseño o promover nuevos proyectos



Riesgos

- Desincentivos a la participación
- Riesgo de secuestro (necesidad de un evaluador externo imparcial)
- No evaluar el liderazgo
- Pérdida del rigor de seguimiento



Condicionantes

- Amenaza de la "politización"
- Resistencia al cambio



Requisitos

Comité de seguimiento: El comité de seguimiento es una estructura imprescindible para realizar la evaluación de la alianza. Se debe determinar la periodicidad de las reuniones del comité, evaluación de objetivos estratégicos y operativos, y generar participación, autoevaluación, contando con la presencia de personal clave en el comité.

Diseñar indicadores de seguimiento: Los indicadores deben medir el proceso previsto, resultados, satisfacción de clientes y profesionales, retorno social, y calidad para los usuarios. Es importante medir no sólo el desempeño de los objetivos, sino también el desempeño relacional, independientemente de la consecución de objetivos, la calidad de la relación y la confianza, elementos de relevante consideración en la evaluación de alianzas.

Rendir cuentas sobre el impacto de la alianza: Los resultados del seguimiento se deben comunicar a todos los agentes, también se deben rendir cuentas de cara a los profesionales implicados, a los pacientes afectados y a los socios en la alianza.

Disponer de un plan de comunicación: Los resultados se deben difundir, para favorecer el aumento del impacto, repercusión y reconocimiento de la alianza. Se debe diseñar un plan con este fin, y seguirlo, favoreciendo la transparencia y la comunicación en la gestión.



Factores críticos de éxito

Fijar objetivos SMART: Los objetivos SMART (por sus siglas en inglés) son específicos (Specific), medibles (Measurable), consensuados (Agreed), realistas (Realistic) y estructurados en un horizonte temporal definido (Time-specific). Con el fin de cuantificar el éxito de la alianza, esta debe tener objetivos con estas características para medir su grado de consecución.

Contar con indicadores rigurosos sobre sistemas de información solventes: La evaluación no tiene sentido si los indicadores y sistemas de análisis no son precisos y rigurosos. Si el seguimiento y evaluación de indicadores se puede automatizar, facilitará el desarrollo de esta fase.

Trasladar la información en el momento adecuado: La información de los indicadores, medidos regularmente para ofrecer unos datos de evolución significativos, se debe trasladar al comité de seguimiento y evaluación antes de que el desarrollo de la alianza los haga irrelevantes.

Poner en valor la alianza: Esto se puede realizar con un marco que determine la ritualización, formalidad, e importancia de la alianza. Se deben publicitar los resultados en términos claros, para fomentar su difusión. Este factor favorecerá la percepción de los agentes de la alianza.

Gestión del fracaso: En caso de fracaso de la alianza, se debe ser claro y abierto con los agentes, asumir la responsabilidad y aprender de la experiencia. La transparencia en la comunicación del proceso facilitará que los agentes conozcan mejor la situación que ha llevado al fracaso y las expectativas se habrán ajustado a la realidad.

Proporcionar elementos de mejora/rediseño o promover nuevos proyectos: Una vez se haya evaluado el desempeño de la alianza es importante retroalimentar el proceso con las experiencias aprendidas y mejoras en el desarrollo de alianzas. Esto desembocará en una sensación de mejora continua de la organización y de la gestión. Por lo tanto, se debe ejercer un replanteamiento estratégico, modificando los procesos necesarios y reconsiderando la viabilidad estratégica de manera continua y cíclica.



Riesgos

Desincentivos a la participación: La gestión del seguimiento de las alianzas es una tarea compleja y ardua, lo que hace probable que muchos profesionales prefieran no participar en el comité de seguimiento.

Riesgo de secuestro: Si el comité de seguimiento está formado por los gestores de la alianza es posible que su evaluación no sea objetiva, por lo que se vuelve necesario contar con un evaluador externo imparcial para obtener una opinión fiable.

No evaluar el liderazgo: El liderazgo marca un rol clave en el desarrollo de la alianza, los líderes del proyecto deben someterse a una evaluación y formar parte del proceso de mejora.

Pérdida del rigor de seguimiento: Cabe la posibilidad de que el rigor del seguimiento se debilite ante la impresión de que la alianza funciona por inercia. Esto puede conllevar a que el comité de seguimiento no se reúna con la periodicidad establecida, o que los indicadores de seguimiento no se midan de forma adecuada.



Condicionantes

Amenaza de la “politización”: El objetivo último de la alianza es la consecución de objetivos estratégicos, por lo tanto, se deben mantener al margen de cambios políticos que no afecten a la estrategia del hospital y demás socios.

Resistencia al cambio: Esto puede limitar la capacidad del personal para adaptarse a la alianza, y suponer barreras adicionales a la medición de resultados y desarrollo general del proceso.

La importancia de la fase de seguimiento reside en que es la única forma de determinar si la alianza está encaminada a lograr los objetivos fijados. Así mismo, permite que se mejore el desarrollo de la alianza y se encamine hacia el éxito, o se decida ponerle fin si el desempeño no es el adecuado.

5 | EXPERIENCIAS ILUSTRATIVAS DE ALIANZAS ESTRATÉGICAS

Experiencias ilustrativas de alianzas estratégicas

Con el fin de ilustrar la formación de alianzas estratégicas con ejemplos reales del sector, se han seleccionado algunos casos para ofrecer un enfoque más práctico.

A continuación se detallan de manera más exhaustiva dos casos prácticos sobre alianzas estratégicas; ambos fueron presentados por ponentes invitados a la sesión de trabajo del taller, y que profundizaron más específicamente en:

- Modelo de alianza entre dos hospitales
- Compra pública innovadora

A partir de la revisión bibliográfica y los ejemplos prácticos proporcionados por la Comisión Asesora, se ha llevado a cabo una selección de experiencias de alianzas estratégicas en el sector hospitalario, que también se exponen a continuación tras los casos prácticos.

Esta selección no pretende ser exhaustiva, sino más bien ilustrativa del tipo de estructura y acuerdos que constituyen una alianza estratégica, y de los diferentes tipos de alianzas innovadoras en el sector.

Se proponen estos ejemplos con el objetivo de que puedan ser de utilidad para el desarrollo de futuras alianzas, y para que los impulsores de las mismas puedan buscar fácilmente más información al respecto, si las consideran de interés.

Casos prácticos de alianzas estratégicas en el entorno hospitalario del territorio nacional



Modelo de alianza estratégica con el Consorci Hospitalari de Vic

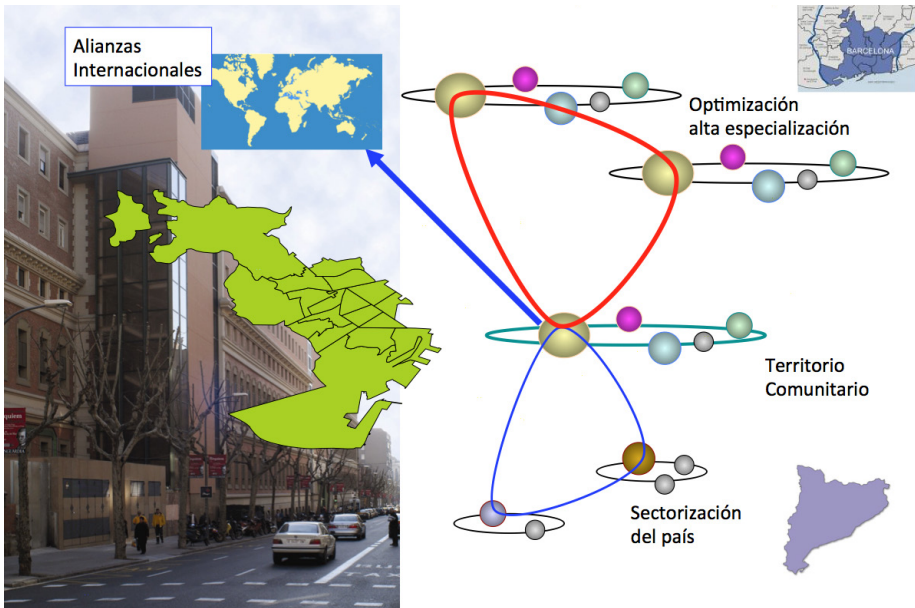
Dr. Josep María Piqué

Director General del Hospital Clínic de Barcelona

Justificaciones genéricas de las alianzas estratégicas

El incremento acelerado de la complejidad y la tecnificación de la medicina, hacen cada vez más difícil la incorporación de nuevos conocimientos y de nuevas técnicas o equipamientos. Este es el caso especialmente para organizaciones que no son instituciones sanitarias de gran volumen, o están en el seno de agrupaciones de diferentes instituciones territoriales. La concentración es necesaria tanto para asegurar la calidad como para garantizar la viabilidad económica de las inversiones en tecnología y en recursos humanos.

Las concentraciones o agrupaciones de servicios pueden tener un rendimiento adecuado para un abanico variable de población en función de la prevalencia de las enfermedades, y esto puede oscilar entre los 200.000 y los 2.000.000 habitantes.



ALIANZAS ESTRATÉGICAS EN EL ENTORNO HOSPITALARIO

Las propuestas de reorganización pueden ir desde el modelo de concentración de recursos en una única institución donde el que se mueve es el paciente, hasta un modelo de funcionamiento en red donde el que se desplaza es el profesional. (Ley de Ordenación de las Profesiones sanitarias -LOPS-44/2003).

Las alianzas estratégicas en el Hospital Clínic de Barcelona se establecen en diferentes ámbitos, tanto locales como internacionales. Además, pueden tener diversos enfoques: para optimizar la alta especialización, para dar sentido a la sectorización o para cubrir necesidades dentro de un territorio concreto.

El caso que se presenta es la alianza con el Consòrci Hospitalari de Vic, consorcio de naturaleza pública.

Las motivaciones para realizar la alianza estratégica fueron:



Dificultad para captar y retener talento, para asegurar la calidad de los procesos con casuística media-baja y para garantizar la sostenibilidad económica.



Necesidad de atraer actividad de media-alta complejidad para conseguir una amortización rápida de las inversiones tanto en recursos humanos como en equipamientos de alta tecnología.

Decisiones clave que ayudaron al éxito de esta iniciativa:

1. Empezar por algún proyecto con altas probabilidades de éxito.
2. Escoger los proyectos donde las dos partes tenían mucho a ganar.
3. Basarse en la medida de lo posible en metodología de reingeniería de procesos.
4. Hacer participar a los profesionales desde el inicio en el diseño del acuerdo y del proyecto y hacer que ellos sean los máximos avaladores del proyecto.
5. Tener una estrategia para la venta política del proyecto.

Los proyectos en curso se sitúan en los siguientes ámbitos

- Cardiología y cirugía cardíaca
- Farmacia
- Patología digestiva
- Cirugía maxilofacial
- Atención al paciente crónico
- Patología osteoarticular crónica
- Departamento de innovación
- Oncología
- Cribado del cáncer de colon y recto
- Laboratorio

Existen diversas modalidades en la prestación de los servicios:

- El Servicio del Hospital de Vic es gestionado directamente desde y por profesionales del Hospital Clínic de Barcelona.
- El Servicio es gestionado por profesionales del propio Hospital de Vic pero supervisados y apoyados por el Servicio correspondiente del Hospital Clínic de Barcelona.
- Los médicos son contratados por el Hospital Clínic de Barcelona y trabajan a tiempo parcial o casi total (liberan algún día para formación y/o entrenamiento en el Hospital Clínic de Barcelona) en el Hospital de Vic.
- Los médicos son contratados por el Hospital de Vic pero liberan algún día para formación y/o entrenamiento en el Hospital Clínic de Barcelona.
- Médicos de plantilla del Hospital Clínic de Barcelona se desplazan ocasionalmente al Hospital de Vic para ayudar en algunos procedimientos.

Los aspectos más relevantes del modelo son:

- Se homogeneizan al máximo entre las dos instituciones los protocolos y guías clínicas.
- Presencialmente o mediante videoconferencia, los médicos del Hospital de Vic se incorporan a algunas de las sesiones del Comité de Dirección del Instituto correspondiente del Hospital Clínic de Barcelona y de forma constante en las Unidades de Procesos.
- Cada proyecto tiene sus correspondientes contraprestaciones económicas detalladas en anexos específicos al marco general de la alianza.
- En algunos proyectos innovadores del Hospital Clínic de Barcelona la prueba piloto se realiza en el Hospital de Vic.
- En algunos proyectos la compra de material o de productos sanitarios que necesita el Hospital de Vic o bien podría incluirse en un lote del concurso del Hospital Clínic de Barcelona, o bien el Clínic colabora en la negociación de precios de la compra del Hospital de Vic.
- Plataforma de interoperabilidad que comunica los sistemas de información de los dos hospitales.
- Todos los flujos de la patología terciaria o de alta complejidad del Hospital de Vic susceptibles de ser derivados y que antes eran referidos a otros hospitales terciarios de Cataluña se han ido redirigiendo hacia el Hospital Clínic de Barcelona.
Ejemplos: Código Infarto de Miocardio; Código Ictus; Cirugía oncológica de muy alta complejidad.
- Concurrencia conjunta a convocatorias y proyectos de la Unión Europea y de otras agencias internacionales.
Ejemplos: Proyecto de farmacia territorial con Escocia; Proyecto de la Unión Europea en atención integrada.
- En el ámbito de la oncología se han sumado otros hospitales de la zona.

El Hospital Clínic de Barcelona asume la dirección del laboratorio de Vic
Se reevalúan y reestructuran todos los procesos del laboratorio
Se automatizan la mayoría de los procesos
Se implementa la petición electrónica

Ahorro del 23,3% del presupuesto para el Hospital de Vic

Facturación por servicios del Hospital Clínic de Barcelona con un margen del 15%

Reflexiones finales sobre el modelo:

- No funciona si los gerentes/directores generales no tienen una idea clara y compartida del objetivo del proyecto.
- Fracasa si no se tienen en cuenta a los profesionales desde el inicio.
- Al principio hay que generar confianzas sobre la idoneidad de los proyectos.
- Hay que convencer de que se va a conseguir un retorno significativo tanto para pacientes como para profesionales.



Hospital General de Granollers
Fundació Hospital Asil de Granollers



CONSORCI
HOSPITALARI
DE VIC



HOSPITAL DE CAMPDEVÀNOL
Hospital Comarcal del Ripollès



Hospital
Sant Celoni
Baix Montseny Salut

CLÍNIC
BARCELONA
Hospital Universitari

Área total de unos 1.200.000 habitantes



Modelo de compra pública innovadora para un robot quirúrgico

Dr. Jose Miguel Guzmán de Damas

Gerente de la Fundación para la Investigación Biomédica de Córdoba (FIBICO)

El proyecto se enmarca en el objetivo común de la Junta de Andalucía y del Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC) de estimular la innovación en el sector salud.



La compra pública innovadora es una modalidad de incorporar innovación tecnológica que lleva al establecimiento de una alianza estratégica con un socio que nos va a proveer de una nueva tecnología en un periodo de tiempo razonable.

En primer lugar se buscó una solución a un problema actual: La cirugía ha evolucionado desde la cirugía abierta, pasando por la cirugía laparoscópica y hasta llegar actualmente a la cirugía robótica, donde se ha ido buscando la reducción de complicaciones, rapidez en la recuperación y reducción de costes.

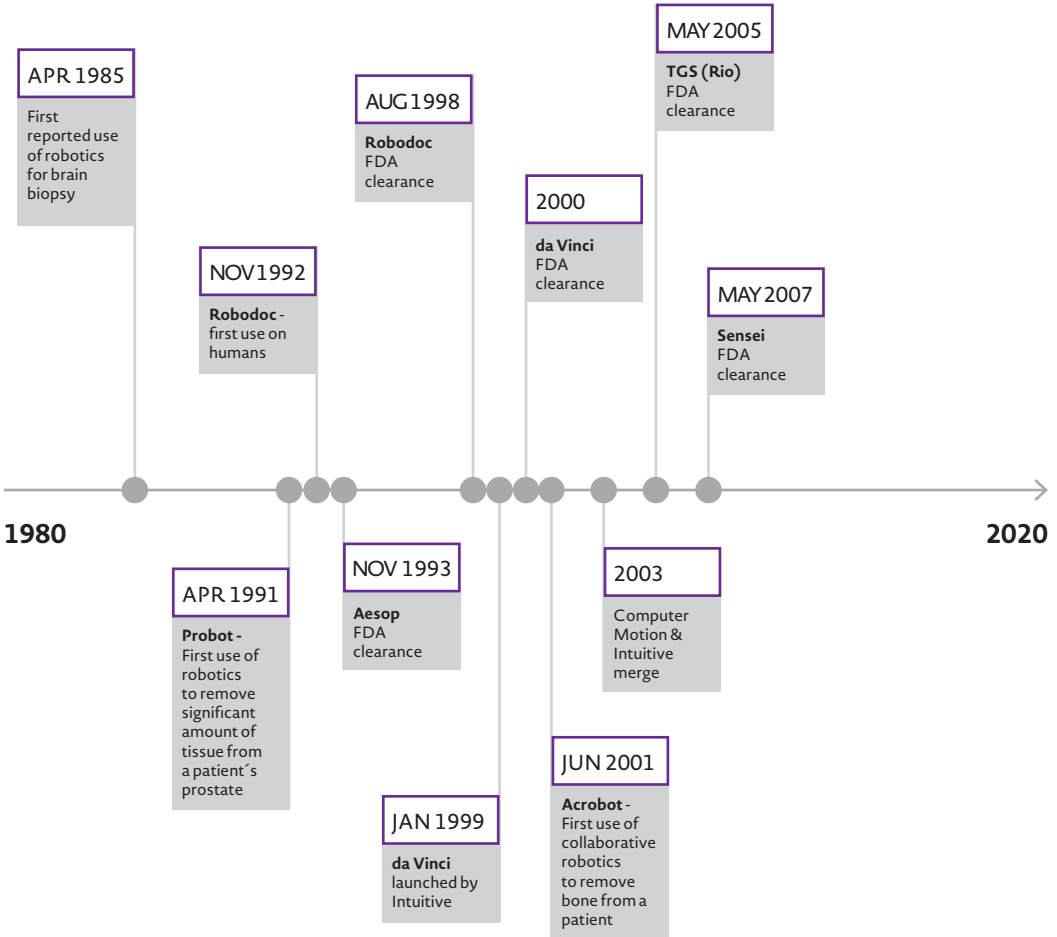
Por lo tanto, la confluencia de tecnologías: dispositivos endoscópicos, óptica, robótica, etc., abren oportunidades para explorar la innovación en esta área.

Para poder avanzar en los criterios de selección se determinaron diversos aspectos:

- Factibilidad en tiempos y recursos
- Equipo humano
- Oportunidad de negocio

En cuanto a la oportunidad de negocio cabe destacar que en nuestro país existe una amplia experiencia con el **Robot da Vinci**, pero existen otros tipos de robot quirúrgico como pueden ser: **Robot Raven**, Universidades de Washington y California; **Robot Sofie**, Universidad de Eindhoven.

SURGICAL ROBOTICS TIMELINE



El material médico quirúrgico se caracteriza por:

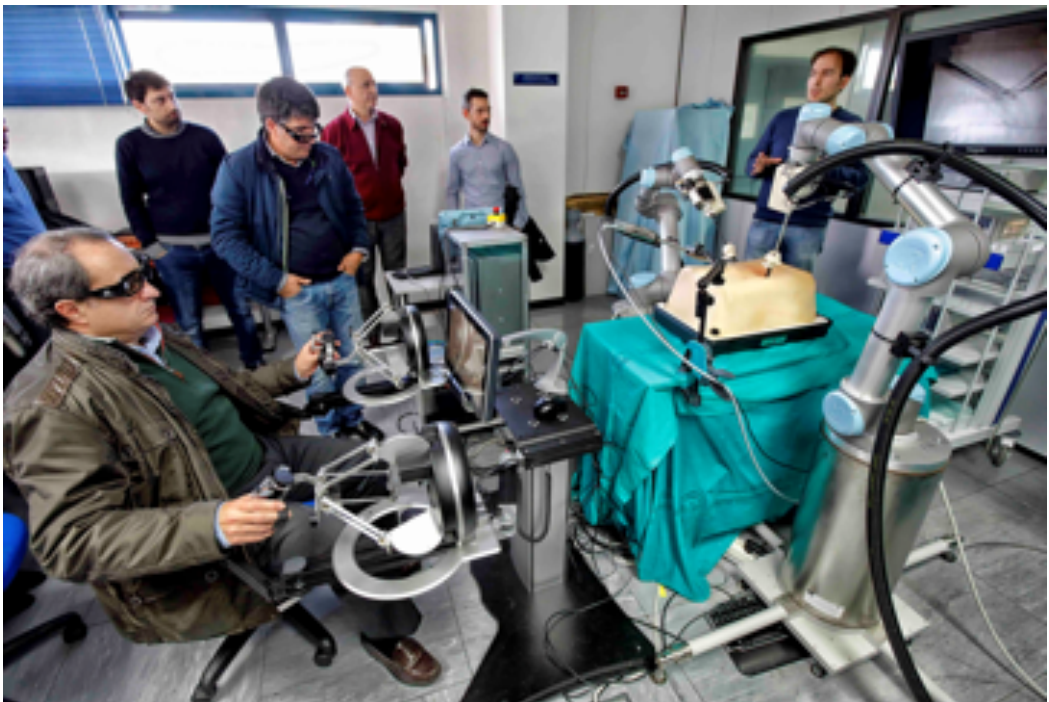
- Dominio de USA frente a UE y Japón
- Mercado mundial de 15.000 millones de € anuales
- Sector en crecimiento, sobretodo en la UE
- Dependencia española de la producción exterior
- En España la sanidad pública es el cliente principal (70%)

El objetivo del proyecto es buscar soluciones simples, prácticas y accesibles, ajustadas a las necesidades reales.

Se consigue una financiación de 3,2 M€, el 80% provienen de FEDER y 20% del ámbito nacional.

Para la compra pública precomercial se establecen las siguientes fases:

| FASE I Propuestas | FASE II Estudio de Viabilidad | ADJUDICACIÓN |
|---|--|--|
| <p>Informe C Técnica 75 pts</p> <ul style="list-style-type: none"> • Carácter innovador de la propuesta • Metodología a utilizar • Grado de adecuación de la propuesta al objeto del contrato • Hitos del proyecto y Plan de Contingencia <p>Oferta Económica 10 pts</p> <p>Mejoras 15 pts</p> | <p>Informe C Técnica 100 pts</p> <ul style="list-style-type: none"> • Carácter innovador de la propuesta en relación con el estado de la técnica • Metodología a utilizar y grado de detalle de la propuesta • Grado de adecuación de la propuesta al objeto del contrato • Hitos del proyecto y Plan de Contingencia | <p>Empresa 1</p> <p>Empresa 2</p> <p>Empresa "N"</p> |



ALIANZAS ESTRATÉGICAS EN EL ENTORNO HOSPITALARIO

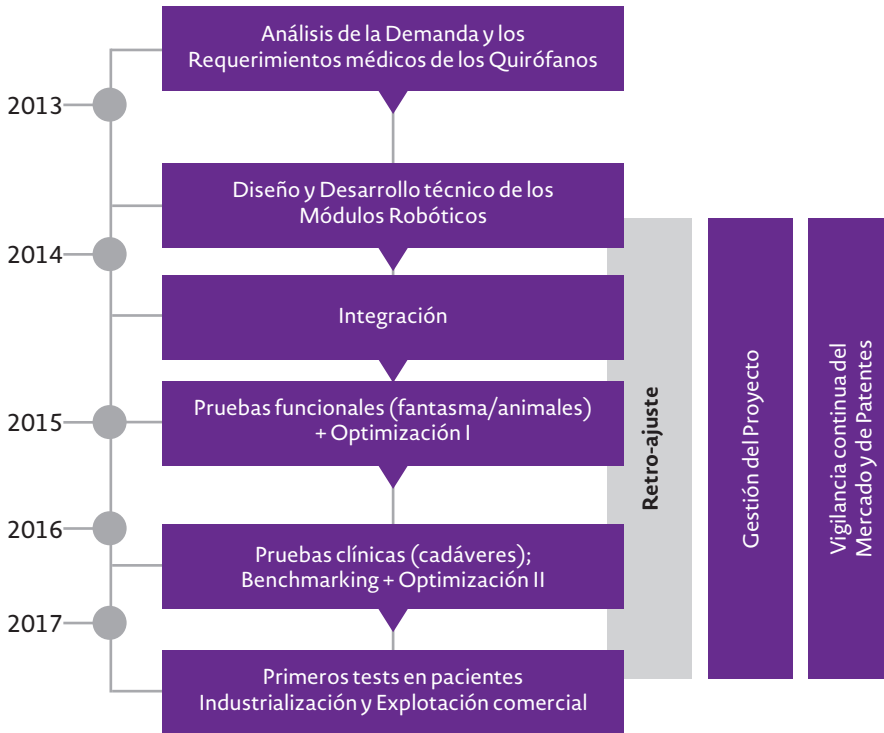
Dado que se trata de un proyecto de alto riesgo se deben prever las contingencias. Si la empresa adjudicataria no cumple con lo establecido en el contrato, la comisión técnica propone resolver el contrato y se pasaría a la siguiente adjudicataria.

En este caso los integrantes de la alianza estratégica son:

- Universidad de Córdoba i IMIBIC. Aportan hospitales y médicos
- Universidad de Málaga. Contribuye con Tecnología y centros tecnológicos
- Tecnalía. Empresa adjudicataria, aporta el desarrollo y obtiene oportunidades en el mercado

El desarrollo de todo el proyecto se resume en la siguiente figura:

Figura 15: Desarrollo del proyecto de compra pública innovadora del IMIBIC



Fuente: Presentación de José Miguel Guzmán

En definitiva, la compra pública innovadora es una herramienta de gestión estratégica que requiere:

- Compromiso de la dirección
- Utilizar herramientas de gestión del cambio
- Formación

Un instrumento de esta naturaleza nos aporta valor en los siguientes ámbitos:

- Mejorando la prestación del servicio público al satisfacer necesidades a través de soluciones que no existen en el mercado
- Contribuyendo a la sostenibilidad del sistema
- Fomentando la competitividad del tejido empresarial

Relación de alianzas estratégicas nacionales

Figura 16: Alianzas nacionales

| Agentes de la alianza | Objetivo/tipo de alianza | Fecha |
|--|--|-------------------|
| Hospitales Universitario del Sureste y el General Universitario Gregorio Marañón | Atención de enfermedades cardiovasculares en la zona sureste de Madrid | 2015 |
| Boehringer Ingelheim, el Servicio Catalán de Salud (CatSalut) y el Instituto Catalán de Oncología (ICO) | Acuerdo de riesgo compartido para el desarrollo de un fármaco para el tratamiento del cáncer de pulmón | 2015 |
| Hospital Universitario Infanta Cristina y el Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda | H. Puerta de Hierro-Majadahonda completa el servicio asistencial del H. Infanta Cristina, para prestar atención integral completa a los pacientes del H. Infanta Cristina | 2014 |
| Hospital Puerta de Hierro y el Hospital de Getafe | H. Puerta de Hierro completa el servicio de cateterismo cardíaco del Hospital de Getafe | 2014 |
| Hospital Puerta de Hierro y Hospital Ramón y Cajal | Colaboran en la prestación de servicios de cirugía oral y maxilofacial, que profesionales del H. Ramón y Cajal ofrecen a pacientes del H. Puerta de Hierro | 2014 |
| Barcelona Virtual Health Practice (BVHP) (Barcelona Digital y el Hospital Clínic de Barcelona) | Desarrollo de programas de I+D y ejecución de proyectos de innovación que generen nuevos modelos de negocio | 2014 |
| Hospital Clínic de Barcelona y Fundación BBVA | Creación de un portal de salud para ofrecer a los ciudadanos un canal de información comprensible y explorar nuevas herramientas de comunicación entre médicos y pacientes | 2014 (renovación) |
| Sant Joan de Déu y el Hospital Pediátrico Tushinskaya de Moscú | Cooperación asistencial, organizativa, científica y docente entre los dos centros, y el intercambio de profesionales | 2013 |
| Santa Coloma, Ciudad Universitaria (Fundació Hospital de l'Esperit Sant, ayuntamiento, el Campus de la Alimentación de la UB, la Universidad Nacional de Estudios a Distancia (UNED) y los Centros Dr. Emili Mira y López-Parc Salut Mar | Con el objetivo de que la ciudad se convierta en un referente estatal en estudios de alimentación, gastronomía y salud | 2013 |
| Hospital Clínic de Barcelona y Telemedicine Clínic | Potenciar el área de los ensayos clínicos relacionados con el carcinoma hepatocelular, además de otros campos del diagnóstico clínico | 2012 |
| Telstar, el Hospital Universitario Vall d'Hebron (HUVH) y el Vall d'Hebron Instituto de Investigación (VHIR) | Desarrollar proyectos conjuntos de investigación e innovación en los ámbitos de la ciencia y la tecnología | 2011 |
| Hospital Clínic de Barcelona e IDC Salud (Hospital Sagrat Cor) | Derivaciones e intervenciones a pacientes en Sagrat Cor por parte del Hospital Clínic de Barcelona | 2011 |

5. RELACIÓN DE EXPERIENCIAS

| | | |
|---|---|--------------------------------|
| CatSalut, Instituto Catalán de Oncología (ICO) AstraZeneca y del Hospital Clínic con UCB | Acuerdos de riesgo compartido con medicamentos del ámbito de la oncología | 2011 |
| CatSalut, Hospital Clínic de Barcelona con UCB | Acuerdos de riesgo compartido con medicamentos del ámbito de la artritis reumatoide | 2011 |
| Hospital 12 de Octubre y Universidad Complutense y Universidad Autónoma de Madrid | Equipos multidisciplinares para abordar proyectos de investigación conjuntos, aprovechar al máximo los recursos humanos y materiales y aumentar la capacidad de captación de fondos | 2010 |
| Consorti Parc de Salut Mar y Servicio Aranés de Salut | Especialistas del Consorti Parc de Salut Mar acuden a localidades aisladas. Este acuerdo permite que se pueda administrar tratamiento oncológico in situ a pacientes de cáncer de mama. | 2010 |
| Hospital Clínic de Barcelona, el Centro de Investigación Médica Aplicada (CIMA) de Pamplona, Digna Biotech y Owl Genomics | Desarrollo de nuevas terapias y métodos diagnósticos en Esclerosis Múltiple | 2009 |
| Hospital Clínic de Barcelona y Consorcio Hospitalario Vic | Formación del servicio de farmacia | 2009 |
| Consorti Parc de Salut Mar, Hospital Mútua de Terrassa y Hospital de la Santa Creu i Sant Pau | Prestación de un servicio compartido entre los centros para Cirugía Torácica, con jefe de servicio y equipo asistencial compartido, que realizan las intervenciones en cualquiera de los 3 centros. Mantiene las habilidades de los cirujanos con actividad continua y facilitando la accesibilidad de los pacientes al servicio. | 2008 |
| Hospital Clínic de Barcelona y Siemens Healthcare | Detectar y diagnosticar la muerte súbita cardiaca y las enfermedades hepáticas crónicas de forma temprana, para mejorar la calidad de vida de los pacientes y reducir la invasividad en las intervenciones | 2008 |
| Hospital Clínic de Barcelona y Fundación Vicente Ferrer | Trabajo conjunto para el diagnóstico y tratamiento del VIH en la India | 2007 |
| Fundació Hospital de l'Esperit Sant y Hospital Universitario Germans Trias i Pujol | Cooperación entre el Servicio de Anatomía Patológica del HUGTiP y el Servicio de Laboratorio de la FHES | 1994 |
| Fundación de Investigación del Hospital Universitario Puerta de Hierro y Transbiomed | Investigación cáncer de próstata y pulmón | Fecha de acuerdo no disponible |
| Hospital de Vall d'Hebrón y Grifols | Creación de centros de investigación conjuntos | Fecha de acuerdo no disponible |

Relación de alianzas estratégicas internacionales

Figura 17: Alianzas internacionales

| Agentes de la alianza | Objetivo/tipo de alianza | Fecha |
|--|---|--------------------------------|
| Cleveland Clinic y Theranos | Servicios de diagnóstico clínico avanzado, menos invasivos para el paciente | 2015 |
| Johns Hopkins Medicine y Premier, Inc. | Desarrollo de innovadores modelos clínicos y operativos, uso de nueva tecnología de gestión | 2014 |
| Johns Hopkins y Kaiser Permanente | Intercambio y desarrollo conjunto de mejores prácticas y herramientas tecnológicas | 2014 |
| Johns Hopkins Medicine e IMEC | Desarrollo y prueba clínica de un dispositivo para el diagnóstico y seguimiento de la enfermedad | 2013 |
| Cleveland Clinic y Community Health Systems (CHS) | Extensión de mejores prácticas e innovación en la atención al paciente en una red hospitalaria más amplia | 2013 |
| Johns Hopkins Medicine y Healthways | Integración de las prácticas basadas en la evidencia en programas para mejorar la salud de la población (pérdida de peso) | 2012 |
| Mayo Clinic Care Network | Red de hospitales comunitarios colaboradores con hospital de referencia | 2011 |
| Duke LifePoint Healthcare | Hospitales de gestión conjunta (joint-venture), financiación de LifePoint y experiencia médica de Duke | 2011 |
| Mayo Clinic y Universidad de Illinois | Promover investigación colaborativa, desarrollo de nuevas tecnologías y herramientas clínicas y de programas de educación novedosos | 2010 |
| Mayo Clinic y Translational Genomics Research Institute (TGen) | Investigación y desarrollo de iniciativas de cáncer | 2008 |
| Mayo Clinic y Millennium Predictive Medicine, Inc. | Identificación y caracterización de nuevas dianas de genes y marcadores para el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de enfermedades | 1998 |
| Cleveland Clinic Affiliate Network | Red de hospitales comunitarios colaboradores con hospital de referencia | 1994 |
| Centro de Cáncer de la Mayo Clinic y la División Medio Oeste de la Sociedad Americana del Cáncer (ACS) | Personal de la ACS ayuda a los pacientes con cáncer a lidiar con el sistema médico y manejar los recursos disponibles | Fecha de acuerdo no disponible |

6 | LOS 9 PRINCIPIOS BÁSICOS PARA QUE UNA ALIANZA ESTRATÉGICA PRODUZCA LOS RESULTADOS ESPERADOS

Los 9 principios básicos para que una alianza estratégica produzca los resultados esperados

1

Enfocar sus beneficios prioritariamente hacia: optimizar recursos, fomentar el desarrollo de los profesionales, desarrollar valor añadido, y obtener beneficios mutuos.

2

Establecer un modelo de gobernanza.

3

Mantener de forma constante los flujos de comunicación: internamente, entre los socios e implicados de cada una de las organizaciones, y externamente, con distintos agentes del sector sanitario.

4

Implicar a todos los profesionales involucrados en el diseño y desarrollo.

5

Formalizar los acuerdos para establecer mecanismos, procesos y reglas y de esta forma evitar posibles conflictos.

6

Considerar la compatibilidad de la cultura de cada organización participante para no ocasionar la división entre las partes.

7

Gestionar objetivamente las expectativas desde el principio.

8

Implantar una buena estructura de seguimiento que permita mejorar y avanzar de forma constante.

9

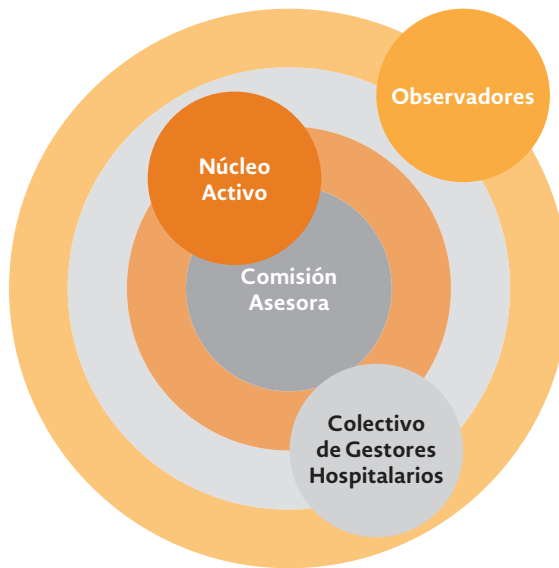
Instruir a todos los niveles, que de una forma u otra participan con su opinión, para que el desconocimiento del alcance de las alianzas no actúe como freno.

7 | METODOLOGÍA Y PARTICIPANTES

El desarrollo de conceptos y elementos operativos, sobre un tema de carácter muy cualitativo, como son las alianzas estratégicas, es crucial que provenga de la experiencia en innovación de los gestores y líderes hospitalarios naturales. Por lo tanto, para garantizar la participación activa de ese perfil de colaboradores, se ha seleccionado la metodología “*Health Professional Networks*” de Antares Consulting, que consiste en el trabajo con distintos grupos de profesionales que contribuyen con diferentes aportaciones de valor al proceso de elaboración de la guía.

Metodología “Health Professional Networks”

Figura 18: Modelo “Health Professional Networks”



La Comisión Asesora está formada por un panel asesor de Directores Gerentes y Directores Médicos de 12 hospitales reconocidos a nivel nacional. El rol de esta Comisión es sentar las bases y coordinar el trabajo con el núcleo activo, así como validar todo el contenido del proyecto.

El Núcleo Activo está constituido por el conjunto de participantes que contribuyen de forma directa al desarrollo del proyecto. En este caso su participación se ha organizado mediante trabajo conjunto en un taller, o la validación de los resultados del mismo.

El Colectivo de Gestores Hospitalarios incluye todos los gestores hospitalarios que recibirán la información en este documento, y a quienes se les animará a la implantación de alianzas si procede.

Los Observadores son el resto de agentes que recibirán información y que se pueden convertir en aliados para el desarrollo de alianzas estratégicas. Esta categoría incluye a las autoridades sanitarias, los legisladores, y la industria biomédica entre otros.

Composición de la Comisión Asesora

La Comisión Asesora se ha constituido por gestores hospitalarios de alto nivel en el ámbito nacional, y con interés especial en alianzas estratégicas. Además de aportar su experiencia y conocimientos para estructurar y desarrollar los conceptos principales, esta ha colaborado en la dinamización del taller realizado con los participantes del núcleo activo.

La Comisión Asesora estaba formada por los siguientes participantes²:

- **César Pascual Fernández**, Director Gerente del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla en Santander
- **Ignacio López Puech**, Director Gerente del Hospital Universitario de Canarias en Tenerife
- **Javier Palau Pérez**, Director Médico del Hospital Universitari i Politècnic La Fe de Valencia
- **Jesús Sanz Villorojo**, Director Gerente de la Clínica Universitaria Odontológica de la Universidad Europea en Madrid, y Presidente de la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería
- **Joaquín Estévez Lucas**, Presidente de SEDISA, la Sociedad Española de Directivos de Salud
- **Jose Domingo Cubillana**, Director Médico del Hospital Virgen de la Arrixaca en Murcia
- **Josep M^a Piqué Badia**, Director General del Hospital Clínic i Provincial de Barcelona
- **María Codesido López**, Directora Gerente del Hospital Universitario Puerta de Hierro en Madrid
- **Melchor Hoyos García**, Director Gerente del Hospital Universitario La Fe en Valencia
- **Miguel Ángel Ortiz Valdivielso**, Director Gerente del Hospital Universitario de Burgos
- **Olga Pané Mena**, Directora Gerente del Hospital del Mar- Parc de Salut Mar en Barcelona
- **Pere Vallribera Rodríguez**, Director Gerente del Centre Assistencial Sant Joan de Déu en Lleida, y Presidente de la Societat Catalana de Gestió Sanitària
- **Ricardo Herranz Quintana**, Director Gerente del Hospital Universitario Gregorio Marañón en Madrid

La Comisión Asesora estaba por tanto compuesta esencialmente por gerentes sanitarios, ya que son los principales impulsores de alianzas de carácter estratégico en el entorno. También es importante destacar la heterogeneidad del grupo de profesionales que conforman dicha comisión en cuanto a su experiencia y en cuanto a la tipología de hospitales desde los que desarrollan su actividad.

Composición del Núcleo Activo

Así mismo, este informe se ha desarrollado con la ayuda de un Núcleo Activo de Gerentes y Directores Médicos de hospitales a nivel nacional, principalmente mediante el trabajo en un taller con varias dinámicas de grupo, moderadas por los miembros de la Comisión Asesora y un grupo de consultores especialistas en gestión sanitaria. A partir de entonces se ha establecido un modelo de trabajo cooperativo on-line para recoger aportaciones complementarias.

²Los cargos expuestos corresponden al cargo ostentado al inicio del proyecto.

El núcleo activo del taller está constituido por los sucesivos profesionales³:

- **Reyes Alvarez-Ossorio García Soriano**, Directora Médica del Hospital Torrecárdenas en Soria
- **Rosa Bermejo Pareja**, Directora Gerente del Hospital Universitario Infanta Sofía en Madrid
- **Eduardo de Bonis Redondo**, Director Gerente en el Complejo Hospitalario Universitario de Canarias en Santa Cruz de Tenerife
- **Félix Bravo Sanz**, Director Gerente del Hospital Universitario Príncipe de Asturias en Madrid
- **Juan Luis Burón Llamazares**, Director Gerente de Complejo Asistencial Universitario de León
- **Domingo del Cacho Malo**, Director Gerente del Hospital Universitario Severo Ochoa en Madrid
- **Cristina Carod Pérez**, Directora Ejecutiva del Hospital de Sabadell y Albada. Corporación Sanitaria Parc Taulí en Barcelona
- **Ramón Colomer Bosch**, Director Médico del Hospital Universitario de La Princesa en Madrid
- **Miguel Ángel Eguizábal Eguizábal**, Director Gerente del Hospital Provincial Nuestra Señora de Gracia y Hospital Rojo Villanova en Zaragoza
- **Ángel Facio Villanueva**, Director Gerente de la Xerencia de Xestión Integrada de Ferrol en Servizo Galego de Saúde
- **Alfonso Gámez Poveda**, Director Gerente de las Agencias Sanitarias Alto Guadalquivir y Costa del Sol en Jaén y Málaga respectivamente
- **Jose Miguel García Vela**, Director Gerente del Hospital del Río Hortega en Valladolid
- **Modoaldo Garrido Martín**, Director Gerente Hospital Universitario Fundación Alcorcón en Madrid
- **Jose Manuel González Álvarez**, Director Gerente del Area Sanitaria Pontevedra-Salnes en Pontevedra
- **Jose Miguel Guzmán de Damas**, Director Gerente del IMIBIC Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba
- **Francesc Iglesias García**, Adjunto a la Gerencia en el Institut Català de la Salut del Hospital Universitari Vall d'Hebron en Barcelona
- **Jose Manuel Ladrón de Guevara Portugal**, Director Gerente del Hospital Universitario Donostia en Guipúzcoa
- **Carlos Marras Fernández Cid**, Director Médico del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca en Murcia
- **Juan Carlos Martín González**, Director Médico del Complejo Hospitalario Insular Materno Infantil en Las Palmas
- **Luis Mena Esquivas**, Director Médico del Hospital General Universitario de Alicante
- **Juan José Mercader Casas**, Profesor de Profesor de Planificación y Gestión Sanitaria en la Escuela Andaluza de Salud Pública en Granada
- **Alfonso José Montero Moreno**, Gerente del Área Integrada Valladolid Oeste

³Los cargos expuestos corresponden al cargo ostentado al inicio del proyecto.

- **Victor Naranjo Sintés**, Director Gerente del Complejo Hospitalario Insular Materno Infantil en Las Palmas
- **Emiliano Nuevo Lara**, Director Gerente del Complejo Hospitalario de Jaén
- **Jose Antonio Otero Fernández**, Director Médico del Complejo Hospitalario Universitario de Huelva Juan Ramón Jiménez
- **Jose Gilberto Peñate González**, Director Médico en el Complejo Hospitalario Universitario de Canarias en Santa Cruz de Tenerife
- **Carmen Rodríguez Pajares**, Directora Médica del Hospital Universitario de Burgos
- **Jose Miguel Sánchez Hernández**, Director Gerente del Hospital Negrín en Las Palmas
- **María Paz de la Torre Pardo**, Directora Médica del Hospital Clínico Universitario de Valladolid
- **Jose Manuel Vicente Lozano**, Director Gerente del Hospital de Medina del Campo en Valladolid

Finalmente, los siguientes gestores no pudieron participar en el taller, pero han recibido las aportaciones de la jornada de trabajo y han validado los resultados obtenidos:

- **Carmen Martínez de Pancorbo**, Directora Gerente del Hospital Universitario 12 de Octubre en Madrid
- **Manuel Romero Gómez**, Director Gerente de los Hospitales Universitarios Virgen Macarena y Virgen del Rocío en Sevilla
- **Rafael Pereiro Hernández**, Director Gerente de los Hospitales Universitarios Puerta del Mar y Puerto Real en Cádiz
- **Fernando Forja Pajares**, Subdirector Gerente en Hospitales Universitarios Puerta del Mar y Puerto Real en Cádiz
- **Marina Álvarez Benito**, Directora Gerente del Hospital Universitario Reina Sofía en Madrid
- **Carmen Pantoja Zarza**, Directora Gerente del Hospital Universitario Infanta Leonor en Madrid
- **Mercedes Cueto Serrano**, Directora Gerente en Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria en Santa Cruz de Tenerife
- **Jose Soto Bonel**, Director Gerente del Hospital Clínico San Carlos de Madrid
- **Fernando Marco Martínez**, Director Médico del Hospital Clínico San Carlos de Madrid
- **Juan Antonio Guajardo Remacha**, Director Gerente del Hospital Zumarraga en Guipúzcoa
- **Joseba Julen Ballesterro Zarraga**, Director Gerente del Hospital de Basurto en Vizcaya
- **Michol González Torres**, Director Gerente del Hospital Universitario Cruces- Osakidetza en Vizcaya
- **Jose Ignacio Castaño Lasosa**, Director Gerente del Hospital Miguel Servet en Zaragoza
- **Victor Ribot Murillo**, Director Gerente de los centros de salud PalmaPlanas, Clínica Rotger, Hospital de Día de Muro y el Centro Médico de Sa Pobla en Baleares
- **Eloina Nuñez Masid**, Directora Gerente del Complejo Universitario de Ourense
- **Félix Rubial Bernández**, Gerente del área integrada de salud de Vigo en Pontevedra
- **Carlos Arenas Díaz**, Gerente del Área IX Vega Alta del Segura en Murcia

ALIANZAS ESTRATÉGICAS EN EL ENTORNO HOSPITALARIO

- **Jaume Sastre Barceló**, Director Médico del Departamento de Salud del Hospital General de Elche en Alicante
- **Consuelo Maraver Lora**, Directora Médico del Departamento de Salud del Hospital General en Alicante
- **Juan Antonio Marqués Espí**, Director Gerente del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca y Área I de Murcia
- **Álvaro Bonet Pla**, Director Gerente del Departamento de Salud de Alicante-Sant Joan d'Alacant en Alicante
- **Francisco Dolz Sinisterra**, Director Gerente del Departamento de Salud de Valencia-Doctor Peset en Valencia
- **Amparo Valero Domenech**, Directora Médica del Hospital Universitario Dr. Peset en Valencia

La colaboración y el trabajo de estos profesionales ha supuesto una parte fundamental e integral en la creación de este informe, y ha ampliado la diversidad de perfiles profesionales con más gestores clínicos además de gerentes de hospital. Así mismo, representa una orientación geográfica más amplia, incluyendo a profesionales de 13 comunidades autónomas:

Figura 19: Distribución geográfica de los profesionales participantes



© Antares Consulting

Metodología

Estructuración de la temática del informe

Informe AMPHOS 2015 comenzó con la selección de dicha temática por parte del equipo de AbbVie y un equipo de gerentes hospitalarios que, analizando las diferentes posibilidades, identificaron las alianzas estratégicas como un tema clave en el que una guía podría ser de gran utilidad. La tendencia creciente a realizar alianzas estratégicas en el sector, junto con la alta incidencia de fracasos y la complejidad de estas estructuras, lo posicionaron como un tema de interés clave para gestores hospitalarios en España.

Un vez se decidió la temática para el informe se pasó a conformar la Comisión Asesora, con profesionales con experiencia previa en la realización de alianzas estratégicas.

Desarrollo de las bases del trabajo

Con la Comisión Asesora formada, se desarrolló una revisión bibliográfica y documental sobre alianzas estratégicas, incluyendo publicaciones sobre gestión estratégica en general y documentación teórica sobre el marco de las alianzas estratégicas, así como un análisis de las experiencias de estas en el sector, tanto a nivel nacional como internacional.

Esta labor de búsqueda y estructuración de información produjo las bases sobre las cuales se ha desarrollado el trabajo inicial de la Comisión Asesora y el Núcleo Activo.

El primer objetivo de la Comisión Asesora fue delimitar el perímetro de alianzas estratégicas a abordar, definiendo el marco conceptual y el principal contenido a desarrollar en el informe.

A medida que se concretaban los puntos anteriores se definieron los objetivos a abordar con los profesionales del Núcleo Activo en el taller.

Taller con el Núcleo Activo

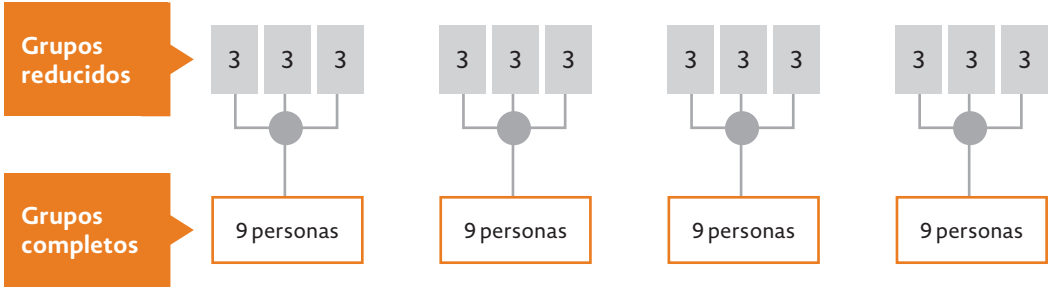
El taller se estructuró en cinco fases de trabajo que concluyeron con una exposición plenaria de las conclusiones obtenidas durante la jornada.

| | |
|----------|--|
| 1 | Introducción conceptual de las alianzas |
| 2 | Presentación de experiencias prácticas |
| 3 | Trabajo en grupos reducidos |
| 4 | Trabajo en grupos temáticos |
| 5 | Exposición de conclusiones y discusión |

El trabajo del núcleo activo se dividió en dos dinámicas, la primera con 12 grupos reducidos de 3 personas, y la segunda, con 4 grupos de entre 9 o 10 personas.

Figura 20: Estructuración de las dinámicas de grupo en el taller

Grupos de trabajo



Fuente: Antares Consulting

1 Introducción conceptual de las alianzas

Con el fin de ofrecer una base teórica para delimitar el punto de partida del trabajo, se inició el taller con una presentación de **Mónica Reig Majoral, Directora asociada del Programa PARTNERS en ESADE Business & Law School.**

El objetivo de la presentación era realizar una introducción teórica de las alianzas público-privadas y su importancia, incidiendo en el papel de la administración pública y de la gobernanza pública y su impacto en el desarrollo económico y social de los países, para enfocarse después en un tipo de alianza específica, la colaboración público-privada.

El estudio de este tipo de alianzas en el marco sanitario, donde la mayoría de hospitales son públicos, permitió abordar directamente uno de los tipos de alianza de mayor interés para los gestores hospitalarios.

2 Presentación de experiencias prácticas

A continuación se detallaron dos casos prácticos de alianzas estratégicas en hospitales:

- Dr. Josep Piqué, Director Gerente Hospital Clínic de Barcelona y miembro de la Comisión Asesora de AMPHOS 2016.**
El Dr. Piqué explicó el desarrollo de la alianza estratégica del Hospital Clínic de Barcelona con el Consorcio Hospitalario de Vic, un modelo de alianza que desarrolla sinergias en muchos servicios y áreas del hospital, para favorecer la captación de paciente de complejidad media-alta.
- Dr. Jose Miguel Guzmán de Damas, Gerente de la Fundación para la investigación biomédica de Córdoba (FIBICO)**
El Dr. Jose Miguel Guzmán de Damas expuso su experiencia sobre la alianza estratégica en una compra pública innovadora para el desarrollo de un robot quirúrgico, entre la Universidad de Córdoba, la Universidad de Málaga, Tecnalia, una empresa privada de I+D+i, y FIBICO.

3 Trabajo en grupos reducidos

Los grupos reducidos, trabajando con un miembro de la Comisión Asesora discutieron los principales criterios de utilidad y beneficios derivados de las alianzas estratégicas en el entorno hospitalario.

Estos criterios y beneficios se expusieron en tarjetas agrupadas en un panel para que todo el núcleo activo votase las aportaciones que consideraban más relevantes.

Tras un estudio del número de votos y el número de veces que una idea fue sugerida en los grupos pequeños, se han podido dilucidar los criterios de utilidad y beneficios más significativos.

4 Trabajo en grupos temáticos

La segunda dinámica de grupo fue dirigida por los diferentes miembros de la Comisión Asesora que actuaron como dinamizadores de la sesión, con el apoyo del equipo de Antares Consulting.

Esta dinámica se centró en la discusión de las diferentes fases del desarrollo de las alianzas estratégicas. Cada grupo desarrolló una fase diferente, analizando los riesgos y factores críticos de éxito pertinentes a la fase.

5 Exposición de conclusiones y discusión plenaria

El trabajo de cada grupo se estructuró y discutió en una sesión plenaria, donde todos los participantes pudieron añadir aportaciones y validar los resultados. Un miembro de la comisión asesora de cada grupo actuó como portavoz de las ideas principales desarrolladas en la fase trabajada.



Elaboración del Informe

Los últimos pasos de elaboración del informe final han contado con las aportaciones de toda la red de profesionales de la Health Professional Networks mediante la cooperación en red.

Coordinadores del trabajo

Además del conjunto de profesionales en la Health Professional Networks, el Informe AMPHOS 2015 ha sido desarrollado por los equipos de profesionales de AbbVie y de Antares Consulting.

Equipo de profesionales de AbbVie

- Felipe Pastrana, Director General de AbbVie España
- Celia Cortijo, Gerente de Relaciones Institucionales en AbbVie
- María Jesús López, Directora de Gestión Sanitaria en AbbVie
- Antonio Bañares, Director de Relaciones Institucionales e Iniciativas Estratégicas de Salud en AbbVie
- María Bravo, Jefe de Proyectos en Relaciones Institucionales en AbbVie

Equipo de profesionales de Antares Consulting

- Lluís Triquell, Socio-Director en Antares Consulting
- David Roé, Manager en Antares Consulting
- Laura Sopeña, Consultora en Antares Consulting
- Josep Lluís Falcó, Senior Manager en Antares Consulting
- Carles Vilardell, Manager en Antares Consulting
- Xavier Vengohechea, Consultor Senior en Antares Consulting

8 | BIBLIOGRAFÍA

Austin, J. E., & Seitanidi, M. M. (2012). Collaborative value creation: A review of partnering between nonprofits and businesses: Part I. Value creation spectrum and collaboration stages. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 0899764012450777.

Brouthers, K. D., Brouthers, L. E., & Wilkinson, T. J. (1995). Strategic alliances: Choose your partners. *Long range planning*, 28(3), 2-25.

Cartwright, S., & Cooper, C. L. (2012). *Managing Mergers Acquisitions and Strategic Alliances*. Routledge.

Chen, D. Q., Preston, D. S., & Xia, W. (2013). Enhancing hospital supply chain performance: A relational view and empirical test. *Journal of Operations Management*, 31(6), 391-408.

Contractor, F. J., & Lorange, P. (Eds.). (2002). *Cooperative strategies and alliances*. Boston, MA: Elsevier Science.

Das, T. K., & Teng, B. S. (2001). Trust, control, and risk in strategic alliances: An integrated framework. *Organization studies*, 22(2), 251-283.

Ferlie, E., Crilly, T., Jashapara, A., & Peckham, A. (2012). Knowledge mobilisation in healthcare: a critical review of health sector and generic management literature. *Social Science & Medicine*, 74(8), 1297-1304.

Gonzalez, M. (2001). Strategic alliances. *Ivey Business Journal*, 66(1), 47-51.

Hamel, G. (1991). Competition for competence and inter-partner learning within international strategic alliances. *Strategic management journal*, 12(4), 83-103.

Hamel, G., Doz, Y. L., & Prahalad, C. K. (1989). Collaborate with your competitors and win. *Harvard business review*, 67(1), 133-139.

Kale, P., & Singh, H. (2009). Managing strategic alliances: What do we know now, and where do we go from here. *Academy of management perspectives*, 23(3), 45-62.

Kaluzny, A. D., Zuckerman, H. S., & Ricketts, T. C. (2002). *Partners: Forming strategic alliances in health care*. Beard Books.

Le Ber, M. J., & Branzei, O. (2010). Towards a critical theory of value creation in cross-sector partnerships. *Organization*, 17(5), 599-629.

Lewis, J. D. (2002). *Partnerships for profit: Structuring and managing strategic alliances*. Simon and Schuster.

L'Unió. Associació d'Entitats Sanitàries i Socials. (2009). *Aliances Estratègiques (I): El valor del treball en xarxa per una gestió eficient dels recursos*.

McSweeney-Feld, M. H., Discenza, S., & De Feis, G. L. (2010). Strategic alliances & customer impact: a case study of community hospitals. *Journal of Business & Economics Research (JBER)*, 8(9).

- Mendoza, X., & Vernis, A. (2008). El Estado relacional y la transformación de las Administraciones públicas. Ed Longo F, Ysa T Los escenarios de la gestión pública del siglo XXI. Escola d'administració pública. Generalitat de Catalunya. Barcelona
- Morales, F. X. M., & Navarro, M. A. L. (2003). Sobre la utilización de diferentes indicadores para evaluar el desempeño en las empresas conjuntas. *Investigaciones europeas de dirección y economía de la empresa*, 9(1), 195-208.
- Stahl, M. J. (Ed.). (2003). *Encyclopedia of health care management*. Sage Publications.
- Swayne, L. E., Duncan, W. J., & Ginter, P. M. (2012). *Strategic management of health care organizations*. John Wiley & Sons.
- Yoshino, M. Y., & Rangan, U. S. (1995). *Strategic alliances: an entrepreneurial approach to globalization*. Harvard Business Press.
- Zajac, E. J., D'Aunno, T. A., & Burns, L. R. (2011). Managing strategic alliances. *Shortell and Kaluzny's Healthcare Management: Organization Design and Behavior*, 321.
- Zajac, E. J., D'Aunno, T. A., & Burns, L. R. (2011). Managing strategic alliances. *Shortell and Kaluzny's Healthcare Management: Organization Design and Behavior*, 321.
- Zuckerman, H. S., Kaluzny, A. D., Montgomery, R. L., Ford, L., & Trout, M. E. (1991). Strategic Alliances in Health Care: The Challenges of Cooperation; Commentaries; Reply. *Frontiers of Health Services Management*, 7(3), 3.

9 | VISIÓN DE LAS ASOCIACIONES

Joaquín Estévez Lucas

Presidente de la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA)

Si pensamos cualidades obligatorias que la asistencia hospitalaria debe tener en el presente con perspectiva de conseguir el mejor Sistema Sanitario en el futuro, algunas ineludibles son huir del hospitalocentrismo, trabajar para la incorporación eficiente y sostenible de la innovación, la integración de procesos y una mayor y eficaz coordinación con atención primaria. Para todas ellas, las alianzas estratégicas pueden aportar muchísimo en términos de mejorar la eficiencia, la eficacia y la seguridad de los procesos asistenciales a favor de la sostenibilidad.

Probablemente, el concepto de alianza estratégica esté manido en cierta forma y esto sea porque no hemos sabido utilizarlo e implantarlo de forma adecuada. En este sentido, de los requisitos que el Informe AMPHOS sobre “Alianzas Estratégicas en el Entorno Hospitalario” indica que debe tener cualquier alianza estratégica, quizá el más descuidado sea el que, por otra parte, es casi el más relevante: establecer un marco de gestión estratégica, basado en una toma de decisiones compartida y coordinada entre las partes, estableciendo mecanismos de control y seguimiento de los objetivos y acciones diseñados. Y, para ello, toda entidad que quiera trabajar en este campo debe analizar y materializar cómo ser el partner o socio adecuado aportando valor, compartiendo visión y objetivos y teniendo el conocimiento adecuado.

En este punto radica la importancia de contar con directivos de la salud formados y capacitados para liderar alianzas estratégicas eficientes y que aporten valor a las entidades que dirigen, lo que debe traducirse en la mejora asistencial y una mayor sostenibilidad. Sin duda, este informe aporta conocimiento consensuado y líneas de actuación para la implantación de estas alianzas estratégicas, pilar esencial en la evolución del modelo hospitalario que el Sistema Sanitario requiere.



Jesús Sanz Villorejo

Presidente de la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería (ANDE)

Es innegable que la realización de alianzas estratégicas es una tendencia en alza en el sector de la salud. Sin embargo, la complejidad de su gestión por entidades independientes que persiguen sus propios objetivos además de los objetivos comunes derivados de la alianza, supone un reto considerable para los gestores hospitalarios. Este reto se ha visto agravado por la falta de unas “*best practices*” reconocidas para la gestión de alianzas estratégicas aplicadas a nuestro entorno sanitario.

En este aspecto, el informe Amphos “Alianzas Estratégicas en el Entorno Hospitalario” es una herramienta que permite la identificación de las claves y factores críticos para el desarrollo de alianzas exitosas, facilitando la compleja implantación de las mismas en el entorno sanitario. La amplia participación de gestores sanitarios en el desarrollo del mismo, con el consecuente intercambio de experiencias y lecciones aprendidas, ha permitido la elaboración de un documento de gran utilidad para los gestores en nuestro entorno.

Para los directivos de Enfermería las alianzas estratégicas suponen una oportunidad de mejora de la atención a los pacientes y de la eficiencia de los procesos hospitalarios. No obstante, para que dichas alianzas se desarrollen de manera exitosa es imprescindible tener en cuenta a este colectivo, participando en las decisiones que permitan el diseño e implantación de las mismas, ya que habitualmente tiene un papel activo en el desarrollo de las alianzas estratégicas. En este aspecto, este informe identifica la implicación de los profesionales clave como un factor crítico de éxito en la realización de las alianzas. Fomentando la participación del colectivo de enfermería, no sólo en la implantación de las alianzas, sino en fases anteriores del proceso, con ello se garantizará la implicación de los profesionales, reduciendo la resistencia al cambio que se produce en todas las organizaciones en procesos de este tipo. De este modo las alianzas estratégicas pueden suponer importantes oportunidades de liderazgo para el personal de Enfermería.

Finalmente, es imprescindible recalcar la importancia del seguimiento proactivo de las alianzas estratégicas, para identificar la utilidad de las mismas para la organización y buscar de manera continua elementos de mejora que solidifiquen esta colaboración.



abbvie



Con el aval de:

