

LA INNOVACIÓ AL SECTOR SANITARI

febrer de 2015

Per innovació s'ha d'entendre la introducció d'un producte (bé o servei) nou o millorat significativament, d'un procés, d'una nova forma organitzativa, en les pràctiques internes d'una empresa o organització per tal d'obtenir uns millors resultats. Es consideren 4 tipus fonamentals d'innovació: de producte, de procés, organitzativa i de mercadotècnia, però les rellevants pel sistema de salut són les 3 primeres, malgrat que els gabinets de comunicació dels hospitals afavoreixin la darrera.

La innovació s'ha de veure dins del context del sector sanitari existent i considerant que els individus i les organitzacions, a diferents nivells (macro, meso i micro), introdueixen noves (innovació disruptiva) o millorades maneres de fer les coses (innovació *evolutiva* o millora continua) per tal d'obtenir uns millors resultats (valor afegit) en termes de salut i/o econòmics, tenint també en compte que no es tracta del sector manufacturer, sinó del sector de serveis. Tampoc es poden deixar al marge les polítiques públiques, siguin industrials o de recerca i innovació.

Quin ha de ser l'objectiu de la innovació al sector sanitari?

La innovació, sigui de la mena que sigui, ha de pretendre assolir els objectius bàsics del sector i millorar el resultat de les opcions existents, doncs sense benefici extra (clínic, econòmic o en els resultats percebuts pels pacients), no pot haver-hi innovació.¹ De manera semblant van sorgir les propostes del *Institute of Medicine* (IOM-EUA) per "creuar l'abisme de la qualitat".²

Des d'aquest prisma que planteja l'IOM, podem determinar que les fites que s'han d'assolir o que qualsevol innovació ha de perseguir són millores en els aspectes següents:

- Seguretat
- Efectivitat
- Equitat
- Oportunitat (en el temps)
- Centralitat en el pacient
- Eficiència

1 Soto J. Grado de innovación de los nuevos medicamentos: propuesta de criterios que deben tenerse en cuenta para su valoración. *MedClin(Barc)*. 2009;132:481-3.

2 Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America: *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington DC, National Academy Press, 2001.

És innecessari definir aquests conceptes. Es podria dir, parafrasejant Paul Romer, economista de la innovació i del creixement econòmic, que s'ha d'innovar en coses que produeixin més valor amb menys recursos. Traduït al món sanitari seria: innovacions que millorin els resultats amb els mateixos recursos o que produeixin els mateixos resultats amb un menor consum de recursos.

Sigui com sigui, les fites que hem destacat en el llistat anterior ens donen la referència dels criteris que han de servir per avaluar la innovació. I a la vegada ens porten a la conclusió de que la capacitat per avaluar-la és imprescindible per la seva mateixa generació. Aquelles organitzacions sense capacitat ni metodologia per avaluar les actuacions innovadores no podran ser conscients de la seva existència ni la podran potenciar.

Les organitzacions sanitàries i la innovació

El Sector sanitari no es pot permetre ser aliè a la cultura de la innovació, la qual ha de ser assumida de manera estructural per les organitzacions i visualitzar-la com un coadjuvant necessari per afrontar les dificultats actuals. Les polítiques per afavorir la innovació han de ser desplegades sota el principi de sostenibilitat econòmica i l'anàlisi cost-eficiència, però cal recordar, ja que l'experiència ho demostra, que al sector sanitari la innovació no només ens permet una aplicació més eficient dels recursos, sinó que genera retorn econòmic, que cal avaluar, quantificar i visualitzar en la seva aplicació en benefici del propi sistema.

Els experts en el camp de la innovació que parlen específicament sobre els serveis sanitaris, defensen què les més poderoses innovacions futures (aquelles dites rupturistes, disruptives), no vindran per la via de nous productes, sinó que seran a nivell estructural/organitzatiu i de procés, amb noves formes de treballar i de fer les coses, amb aproximacions més en equip i menys individuals, amb actuacions molt més centrades en el pacient i en tot el cicle assistencial.³

3 Doctor Innovation. Shaking up the health system. Economist Intelligence Unit. The Economist 2009.
En: http://isc.hbs.edu/pdf/EIU_Medical_Innovation_2009.pdf.

Si veritablement s'ha d'afavorir el canvi de paradigma, s'ha de fer un replantejament complet de la innovació i afavorir aquelles innovacions en productes, processos i models organitzatius que facin l'atenció sanitària més accessible i assequible, física i econòmicament.⁴ Seria empènyer o tirar cap aquelles innovacions que transformin productes i processos complexos i costosos en altres més simples i barats, sense minvè en l'efectivitat/qualitat, però sí amb guanys en eficiència i equitat. Suposaria invertir menys en tecnologies complicades i dispendioses, que generalment sols poden proveir tècnics molt especialitzats, i invertir més en tecnologies que simplifiquin i abarateixin la solució als problemes o necessitats.^{5,6}

És per això que des de La Unió entenem que la primera i principal aportació de les associacions d'organitzacions sanitàries s'ha de centrar en fomentar la *cultura innovadora* de les organitzacions. Serà a partir d'aquí quan les organitzacions es dotaran de metodologia que permeti aflorar, avaluar i compartir la innovació. Ha de significar un enfocament organitzatiu cap a aquelles tendències i actuacions innovadores existents, estimulants i incorporant de manera racional els riscos (de l'èxit i la seva gestió, i del fracàs i l'aprenentatge que se'n deriva), alineant-la amb els objectius de l'organització i fomentant l'intercanvi entre els diferents agents del sector.

4 Hwang J, Christensen CM. Disruptive innovation in health care delivery: A framework for business-model innovation. *Health Aff.* 2007;27:1329–35.

5 Smith MD. Disruptive innovation: Can health care learn from other industries? A conversation with Clayton M Christensen. *Health Aff.* 2007;26:w288–95.

6 Robinson JC, Smith MD. Cost-reducing innovation in health care. *Health Aff.* 2008;27:1353–6.