

Referent

PAPERS DE LA **FUNDACIÓ UNIÓ**

Entrevista

Montserrat Gil Torné
Ministra de salut, benestar social,
i família d'Andorra

A reflexió

Comparatiu del model financer
de Balears, Catalunya i València

A fons

- Gestió eficient com a exigència ètica
- El sector sanitari de titularitat privada a les Illes balears



02

STAFF

CONSELL EDITORIAL

President: Boi Ruiz

Vocals: Lluís Miravittles, Josep Martí, Anna Riera, Cristina Aragüés i Estefania Linés

CONSELL DE REDACCIÓ

Direcció: Josep Martí i Lluís Miravittles

Coordinació: Cristina Aragüés

Redactora en cap: Estefania Linés

Redacció: Anna Cerdà

Col·laboradors: Xavier Gibert, Joan Maria Ferrer i

Carles Loran

Disseny i maquetació: Eduardo Fuente

Serveis comercials: Víctor Bertran, Jordi López

i Raquel Goicoechea

Correcció: Treeloc

Impressió: Difoprint.PuntDigital

Fundació Unió

Carrer Bruc, 72 1r. 08009 - Barcelona

comunicacio@uch.cat

T. 34 93 209 36 99

F. 34 93 414 71 22

www.uch.cat

Referent és una publicació plural, que difon informacions d'utilitat i d'interès. La societat editora respecta les opinions expressades per mitjà dels articles dels seus col·laboradors, però no les comparteix necessàriament, i només fa seus els continguts difosos per mitjà de l'editorial.

Tiratge d'aquest número 2.000 exemplars

Per a subscriure's a la revista gratuïtament envïi les seves dades de contacte (nom, cognom, adreça, telèfon i email) a: comunicacio@uch.cat
T. 34 93 209 36 99

ÍNDEX

- P. 3 EDITORIAL // **Metges: problema col·lectiu, solucions ad hoc;**
- P. 4 **A FONTS // L'eficiència en la gestió com a exigència ètica;**
Jaume Terribas
- P. 8 **El sector sanitari de titularitat privada a les Illes Balears;**
Antoni Fuster
- P. 11 **A REFLEXIÓ// Comparatiu del model de finançament de València, Catalunya i Balears**
El finançament sanitari, un trajecte amb destí incert;
Pere Ibern
- P. 13 **El nou model de finançament i gestió de la sanitat valenciana;**
Eloy Jiménez
- P. 17 **El model de finançament sanitari a Catalunya;**
Miquel Argenté
- P. 20 **Finançament de la sanitat balear;**
Francisco Moranta
- P. 23 **CASOS PRÀCTICS// El repte de l'acreditació;**
Jordi Besora i Pau Negre
- P. 27 **ENTREVISTA// Montserrat Gil Torné**
- P. 29 **GESTIÓ DE RECURSOS// Les tics són salut;**
Joan Cornet
- P. 31 **RECOMANACIÓ DE LLIBRES**
- P. 32 **OPINIÓ// El "turisme mèdic", estratègia de sector i de país;**
Jaume Tort



Socis col·laboradors:

www.uch.cat



Palex Medical SA



Metges: problema col·lectiu, solucions ad hoc

El principal repte a què s'enfronta el món sanitari és resoldre la complexa situació en què es troben part dels seus professionals, metges i infermeres. Com a primer problema apareix la manca de metges per cobrir les necessitats de l'estructura dels dispositius sanitaris.

Durant molts anys, la prioritització del finançament i l'assignació de recursos suficients ens va fer oblidar que tots els projectes, inclosos els sanitaris, requereixen juntament amb els diners d'altres actius, ja siguin físics, tecnològics o humans. En conjunt, tots aquests recursos són el que hom anomena organització.

Una de les conseqüències de la manca de professionals de la medicina ha estat la decadència de la meritocràcia com a valor necessari per a accedir al lloc de treball i també per a la futura promoció i progressió en els centres sanitaris. D'aquesta pèrdua de valor del mèrit i de les conseqüències que comporta, no en som encara prou conscients.

La pressió assistencial i la pèrdua del valor del mèrit han portat el metge a una situació de descontentament com a col·lectiu. Aquest descontentament va des de les relacions amb els gestors, passant per la frustració per no poder influir sobre l'organització de tasques diàries, la discriminació d'alguns facultatius a favor d'altres, el poc suport dels caps immediats, la desproporció entre l'esforç formatiu i el seu reconeixement, etc.

Juntament amb els anteriors elements de descontentament, diguem-ne de percepció individual, hi ha els plantejaments igualitaristes –legítims– plantejats des de la vessant sindical, que acostumen a resumir-se en models retributius no variables que són insuficients i poc satisfactoris, ja que no donen resposta ni satisfacció a les causes de descontentament que apuntàvem en primer lloc.

Creiem des de fa temps que la retribució dels metges hauria de respondre primer, a una retribució fixa, per ser el que és (metge). Després una fixa-variable, per fer el que es fa amb allò que un és; i, per acabar, una de variable, per la quantitat i qualitat del que fas amb allò que ets i allò que fas. Aquest darrer component variable és el que entraria de ple en el camp del mèrit. Així doncs, seria desitjable un model retributiu clar que garanteixi allò que ha de tenir garantit cada metge sense més límits per sobre que la seva disponibilitat i els seus resultats.

Però més enllà d'aquest angle, que només analitza les possibilitats del metge des de la vessant de capital del treball, fóra també necessari introduir a les organitzacions sanitàries l'anàlisi i mesura del capital coneixement. Només des d'aquesta anàlisi podrà concretar-se el model de participació dels metges en la gestió estratègica i operativa de les diferents organitzacions. Per fer-ho possible, naturalment, els centres necessiten autonomia de gestió i capacitat d'invidualitzar les anàlisis dels resultats dels professionals.

Aquesta mesura del coneixement serviria per introduir la meritocràcia sana que hauria d'actuar com a motor per traslladar al professional el reconeixement que mereix de manera individualitzada. Aquesta acreditació professional des d'una instància independent, sens dubte, serviria per fer prevaler de nou el prestigi social del metge més enllà de les actuacions clíniques.

Aquest procés ha d'anar també acompanyat d'una nova relació entre gestors i metges, des del reconeixement mutu. Traslladar la responsabilitat únicament a l'Administració no és el camí correcte. Tampoc la pretensió de solucions per la via normativa. Els òrgans de govern, els directius i els facultatius són els qui en tenen la primera responsabilitat. El problema és general, però les solucions es troben en l'àmbit de les organitzacions. |

A fons

L'eficiència en la gestió com a exigència ètica

Jaume Terribas

Vicepresident de l'Institut Borja de Bioètica

La primera ineficiència rau en els criteris de selecció de responsables. Els motius en molts casos són les afinitats polítiques entre òrgans d'administració i gestors dels centres de salut públics, i en el cas dels privats, poden raure en les relacions personals

Intentaré abordar el tema més des de la gestió empresarial que des de la sanitària estricta ja que, al meu entendre, l'eficiència en la gestió és una exigència ètica per al qui es vulgui considerar professional. De tota manera, en salut l'exigència ètica s'incrementa perquè la manca pot implicar ineficiències irreuperables com ara la vida.

Si l'eficiència és la qualitat humana que dona capacitat per a dur a terme una feina o per a exercir una responsabilitat convindrem que la primera responsabilitat d'una bona gestió recau en els òrgans d'administració. Això val tant per als centres públics com per als privats. En el cas dels públics, la primera exigència ètica d'eficiència cal exigir-la als representants polítics, que hauran arbitrat la selecció del gestor.

Si són privats, l'exigència o responsabilitat tocarà al consell d'administració, al patronat o a l'òrgan de govern corresponent, segons la personalitat jurídica de l'entitat titular. Vull remarcar la importància d'aquests òrgans directius perquè sovint sembla que els seus components estan per sobre del bé i del mal. En aquesta situació, la primera ineficiència rau en els criteris de selecció de responsables.

Els motius d'aquesta greu deficiència, en molts casos, són les afinitats polítiques entre òrgans d'administració i gestors dels centres de salut públics, i en el cas dels privats, poden raure en les relacions personals. No obstant això, si ens referim a centres privats, les mancances d'exigència ètica en la gestió són més fàcilment corregibles per l'impacte que poden tenir en el compte de resultats que obliga els administradors, encara que sigui només per raons econòmiques, d'imatge o de pèrdua de clients-pacients.

Quan parlem de centres públics la correcció d'ineficiències gerencials és diferent ja que la

visualització del seu impacte en el compte de resultats del centre és menys notori i conegut. La integració de balanços i de resultats és un procediment molt útil que contribueix a la manca de transparència del sistema sanitari.

Què fer?

Arribats a aquest punt no vull deixar de comentar la gran tasca que podria fer la Sindicatura de Comptes, ja que tots som els perjudicats per les ineficiències dels gestors, si n'hi ha, tant en l'ordre econòmic com de qualitat assistencial i de funcionament de centres. La important tasca de l'esmentat organisme de control veu limitada la seva funció per la insuficiència de recursos que li assigna el Parlament.

Fóra molt interessant fer un sondeig d'opinió entre la població per esbrinar el coneixement que té d'aquesta institució. Tinc absoluta certesa que els resultats serien escruixidors i ja no diguem si es publicuessin els resultats i recomanacions que pot fer la Sindicatura de Comptes en relació a la sanitat pública.

Exigència ètica

Si entenem l'ètica com la ciència que determina la rectitud i el sentit del comportament humà segons uns principis normatius, haurem de convenir que, en la gestió empresarial, sovint l'esmentada eficiència esdevé condicionada per la situació en què es troben els gestors sanitaris quan no tenen la possibilitat de remetre's a normes objectives.

D'aquí ve la importància i la necessitat de tenir "protocols" per a totes les activitats professionals dels centres. Tot i això, sempre hi haurà un marge de discrecionalitat en l'exercici de la responsabilitat del lloc de treball. Precisament és aquest marge el que ens obliga èticament a



actuar sempre amb la màxima eficiència i eficàcia. L'incompliment dels protocols –si no és justificat– esdevindrà una irregularitat sancionable reglamentàriament.

Per tant, l'ètica ens obliga a actuar amb rectitud i cercant l'eficiència; de vegades per decisions personals i d'altres per decisions preses col·legiadament. Aquestes consideracions ens les ratifica la catedràtica Adela Cortina quan parla de l'ètica de les organitzacions sanitàries:

“El fort impuls experimentat per l'ètica dels professionals de la sanitat, que no són tan sols els qui dominen un conjunt de tècniques, sinó els qui dominant-les saben utilitzar-les des dels mateixos valors de la professió. El bon professional és conscient de les fites, principis i valors pels quals pren sentit la seva professió i des d'aquests valors utilitzen les tècniques més depurades possibles”.

Aquestes consideracions són vàlides per a tots els professionals sanitaris i, per tant, també per als gerents. Així, no sembla aplicable el principi de la neutralitat de la ciència de Weber, quan argumenta que per ser objectiva ha de prescindir dels valors que introdueixen subjectivitat.

És imprescindible tenir molt presents els valors individuals i institucionals. Per això m'he referit a l'ètica institucional i als protocols, ja que sovint és l'estructura i l'organització el que impedeix que els professionals actuïn d'acord amb les seves exigències ètiques.

Qualsevol entitat ha d'assumir la responsabilitat social i pública. Per tant, no és possible valorar la gestió únicament pel compte de resultats. És imprescindible considerar-ne la identitat, la cultura empresarial i social i cal valorar-ne l'eficàcia, l'eficiència, els símbols i els esquemes interpretatius de la realitat social, és a

dir, tenir molt presents els valors morals que orienten la filosofia dels centres de salut, ja que aquests valors són essencials per a l'èxit de la gestió.

En síntesi, podem afirmar amb A. Cortina que l'ètica en la gestió empresarial esdevé necessària per respondre, entre d'altres, als següents reptes:

1. Els centres sanitaris avui han de fer-se plantejaments a llarg termini orientats per valors i no per les normes conjunturals. Les situacions d'incertesa cal afrontar-les sense que ens superin i això exigeix orientar-nos per valors morals assumits conscientment.
2. El creixement de la competitivitat publico-privada.
3. Guanyar-se la credibilitat i confiança dels ciutadans.
4. La complexitat social i la variabilitat de l'entorn exigeixen més mecanismes ètics i menys solucions jurídiques per resoldre els conflictes amb justícia.
5. L'augment de la complexitat empresarial als centres sanitaris aconsella incorporar els professionals en la gestió perquè se sentin incorporats al projecte.
6. La societat demana cada cop més responsabilitat social a l'empresa, que cal que es guanyi la legitimació social no per la publicitat mediàtica.
7. L'aplicació de l'ètica a la gestió la fa rendible econòmicament i social, perquè augmenta l'eficiència en la configuració dels sistemes directius.

L'ètica ens obliga a actuar amb rectitud i cercant l'eficiència; unes vegades per decisions personals i altres per decisions preses col·legiadament

No és possible valorar la gestió únicament pel compte de resultats. És imprescindible considerar la identitat, la cultura empresarial i social de l'organització

El gerent té la responsabilitat de la dotació de recursos tècnics i humans sota el principi de beneficència i no maleficència

El gerent té uns deures i uns objectius i necessita un grau suficient d'autonomia en la gestió per tal d'aconseguir-los, sense que el condicionin interessos polítics o d'altra índole

Principis ètics en gerència

Intentaré aplicar a la funció gerencial els principis de beneficència i no maleficència, el d'autonomia, el de justícia i de solidaritat de la manera que ho fa el Dr. Ganduxé i Soler en "Managed care and Managed death".

El principi de beneficència i no maleficència, en síntesi "no fer mal i fer el bé", podria semblar no aplicable als gerents de centres de salut atès que majoritàriament no exerceixen. En realitat, no és així, ja que la presa de decisions gerencials també ha d'anar orientada en benefici dels pacients. En aquest sentit el gerent té la responsabilitat de la dotació de recursos tècnics i humans sota aquest principi. D'altra banda, la funció gerencial ha de garantir l'existència de mecanismes que assegurin la defensa dels drets del malalt.

El principi d'autonomia, cal considerar-lo també en aquesta funció, ja que atès que el gerent té uns deures i uns objectius, i necessita un grau suficient d'autonomia en la gestió per tal d'aconseguir-los, sense que el condicionin interessos polítics o d'altra índole en perjudici del servei a la institució i, per tant, als usuaris. D'aquí ve la conveniència de fer coincidir l'ètica personal amb la institucional. Cal una identificació del gerent amb les finalitats de l'empresa sanitària.

El principi de justícia és probablement el que més pot condicionar els gestors perquè ateny directament el seu àmbit de decisió. Sovint han de decidir quins recursos reporten més beneficis a un major nombre de malalts. Podríem citar les inversions en alta tecnologia que poden reportar prestigi al centre però repercutir en el benefici de pocs pacients. D'altra banda també ha de correspondre a la gerència evitar que el volum de recursos econòmics que hagi aconseguit dins del sistema públic global no esdevingui contrari al **principi de solidaritat**.

A la llum de l'aplicació d'aquests principis, vull traslladar les conclusions del Dr. Ganduxé i Soler. Referint-se al diàleg entre ètica i economia de la salut que –segons ell– tot just s'ha iniciat i al meu entendre fa bastants anys que existeix.

Les conclusions de Ganduxé són les següents:

1. Demana estendre el concepte de professionalitat a la funció directiva i hi engloba la necessària participació i responsabilització dels professionals implicats.
2. Considera escaient el terme "autoregulació" com a l'art de saber i voler aplicar les normes, els principis i els drets de l'ètica i el dret.

3. Creu fonamental la formació dels gestors en la ciència bioètica i l'ètica de la gestió, per no dir dels professionals del món sanitari. És imprescindible aprofundir en el debat bioètic.

4. És una qüestió clau la figura dels patrons de les institucions i cal que facin la definició de valors i exigeixin als gerents la seva adaptació en el seu quefer diari.

5. Comparteix el criteri de rendiment de comptes i de ser responsables en darrera instància de les activitats del centre.

6. El futur ens conduirà vers la gestió dels valors, ens hi farà creure en ells i ajustarà la pràctica gerencial quotidiana als esmentats valors.

Abans de finalitzar, em sembla il·lustratiu exposar tres casos, proves de la manca d'eficiència en la gestió i d'ètica de les institucions o organismes gestors.

Primer cas. Un hospital universitari privat de primer ordre, teòricament gestionat per un grup "molt professional", permet els professionals d'infermeria parlar a crits pels passadissos d'hospitalització de postoperatoris.

Aquest centre acomoda pacients acabats d'operar d'una colectomia subtotal i altres intervencions similars en habitacions confrontans amb el box d'infermeria de la planta, on els cops de porta dels armaris són permanents durant la nit.

Algunes infermeres amb síndrome de "burn out" manifesten als pacients el desbordament professional. Això motiva equivocacions com la col·locació de sondes gàstriques inadequades.

Sembla evident que la nova direcció hospitalària ha prioritzat els resultats econòmics sobre tots els altres aspectes. Ha multiplicat notablement el nombre de mutualitats asseguradores concertades i, per tant, ha desbordat la seva capacitat assistencial. A la vegada ha reduït despeses en infermeria, cosa que malmet en gran part la bona tasca feta pels metges.

D'altra banda, incomprensiblement s'han realitzat inversions importants en imatge i renovació de mobiliari, reestructuració d'espais, edició d'una revista publicitària i també, per què no dir-ho, en tecnologia avançada.

Segon cas. Una pèrdua de gasoli en un hospital universitari públic de Barcelona produeix una deflagració, hi ha un incendi i es destrueix tot el sistema elèctric d'una part important de l'hospital i a la vegada del sistema elèctric alternatiu. El

problema no estava resolt vuit dies després.

Davant d'això:

1. Per què un excés de gasoli provoca un incendi en el sistema elèctric i a la vegada inutilitza el sistema alternatiu de subministrament?
2. Qui és el propietari d'aquestes instal·lacions?
3. A qui correspon vetllar pel correcte funcionament del sistema alternatiu i la seva eficiència?
4. No fóra més adient que les explicacions públiques les donés als mitjans el gestor del centre hospitalari en lloc d'un polític?
5. Com és possible que els mitjans de comunicació entressin al lloc de l'incident sense cap control intern de l'hospital?

Hem de fer una anàlisi des d'una òptica gerencial d'actuacions d'eficiència permanent i no accidental amb sentit ètic i a la vegada ser capaços de prendre mesures adients amb caràcter general i preventiu.

Tercer cas. Situat en un altre hospital públic universitari de Barcelona i de referència. Una jove de 28 anys, malalta de leucèmia i en tractament postoperatori després d'un transplantament al·logen de medul·la òssia dut a terme amb èxit, en una visita rutinària es veu afectada per un virus oportunista i mor deu dies després. Les posteriors informacions van manifestar que aquests virus transiten pels conductes de les instal·lacions de condicionament de l'aire.

Fins aquí, tres situacions de diferents centres hospitalaris de prestigi, amb conseqüències greus que probablement tenen el denominador comú de la manca d'eficiència en la gestió tant institucional com personal dels gestors, no exempt cap de l'exigència ètica de ser eficient.

A tall de suggeriment

Voldria aportar uns suggeriments als organismes públics o òrgans de decisió privats que pertoqui:

Primer. Que la Sindicatura de Comptes o el Tribunal de cuentas del Reino (si encara té jurisdicció al nostre país) actuï en profunditat i amb transparència en el control de la gestió dels centres públics de salut, que no es limiti als aspectes comptables i financers i que publiqui les conclusions dels seus informes.

Segon. Obligatorietat per a tots els centres públics i privats de tenir un servei d'auditoria interna com a eina de supervisió i control intern de gestió.

Tercer. Esdevé inajornable que el Departament d'Ensenyament introdueixi en els plans d'estudi de secundària la docència en valors humans per tal de fer possible l'assoliment d'objectius ètics en qualsevol activitat professional.

Quart. Amb l'objectiu d'aconseguir l'eficiència en la gestió, precisament per ser una exigència ètica, introducció en els plans d'estudi de les facultats de ciències de la salut, les d'economia i les de dret, la docència específica de bioètica com a darrer nivell de la titulació superior. |

Bibliografia

Adela Cortina. La ética de las organizaciones sanitarias. Revista Gerencia y Política de Salud. 2002; 1(3): 6-14.

Josep Ganduxé Soler. Managed care and Managed death. Dins: Ensayos de Bioética 3. Madrid: Fundación Mapfre Medicina – Institut Borja de Bioètica; 2003.

Carta d'identitat de l'Orde Hospitalari de Sant Joan de Déu: l'assistència als malalts i als necessitats segons l'Orde. Barcelona: Orde Hospitalaria de Sant Joan de Déu; 2000.

Francesc Abel. Bioética: Orígenes, presente y futuro. Madrid: Fundación Mapfre Medicina Institut Borja de Bioètica; 2001.

Institut Borja de Bioètica: Progrés humà i responsabilitat social Girona: Documenta Universitària; 2003.

Distribución de recursos escasos y opciones sanitarias. Madrid: Fundación Mapfre Medicina - Institut Borja de Bioètica; 1996.

A fondo_

La eficiencia en la gestión como exigencia ética

Si la eficiencia es la cualidad que da capacidad para llevar a cabo un trabajo o ejercer una responsabilidad, la primera responsabilidad recae sobre los órganos de administración de los centros sanitarios y la primera ineficiencia puede estar en los criterios de selección aplicados para nombrar a los gestores. Al mismo tiempo si la ética determina la rectitud y el sentido del comportamiento humano según unos principios que generan deberes y obligaciones, resulta fundamental la formación en valores para conseguir profesionales que los apliquen eficazmente.

Por eso, respetar los principios bioéticos de beneficencia, autonomía, justicia y solidaridad es imprescindible para conseguir una gestión profesional eficiente, y cuando se detectan ineficiencias de los gestores hay que introducir elementos suficientes de control de la gestión. |

El sector sanitari de titularitat privada a les Illes Balears

Antoni Fuster

Director General de Unión Balear de Entidades Sanitarias (UBES)

A les Illes Balears, els darrers anys els increments de població s'han situat en xifres espectaculars, molt per sobre de les viscudes a la resta de l'estat

Les Illes Balears són un territori que, des de la vessant econòmica, ha experimentat un creixement accelerat des de la segona meitat del segle XX, impulsat i liderat principalment per la seva primera indústria: el turisme.

En concret, el turisme ha contribuït de manera directa a què el nivells de renda dels habitants d'aquestes Illes ocupin de manera sostinguda els primers llocs del rànquing de l'estat espanyol i destaquin com a una de les regions generadores de més riquesa de la Unió Europea.

Si ens referim a les dades de població, els darrers anys els increments s'han situat en xifres espectaculars, molt per sobre de les viscudes a la resta de l'estat. Així, ens trobem que la població del conjunt de les Balears l'any 2006 supera ja el milió d'habitants. Hem de destacar que, en el període comprès entre els anys 1996 i 2006, el creixement relatiu de la població fou d'un 31,62%, mentre que a la resta de l'Estat la mitjana es va situar al 12,70%.

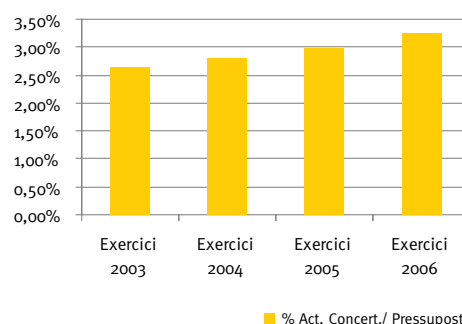
Aquests forts increments s'han produït pel fenomen de la immigració. Primerament, a les dècades dels 1950 i 1960 per l'onada de nous immigrants procedents del mateix estat espanyol per tal

de cobrir llocs de feina generats directament o indirectament pel boom turístic i, darrerament, per la incorporació de ciutadans europeus, sud-americans i d'altres procedències, com ara del continent africà.

El nombre de visitants que rep aquesta Comunitat és molt significatiu, només cal assenyalar que el nombre corresponent al darrer exercici ha superat els 12,5 milions, xifra dotze vegades i mitja superior a la població censada actualment.

Si bé per a una comunitat o un territori, el desenvolupament i el creixement econòmic significatiu haurien d'anar acompanyats d'inversions públiques de caire infraestructural. En el cas de les Illes Balears, això no ha estat així fins a ben bé els últims quinze anys. Quant a les infraestructures sanitàries, cal apuntar, referint-nos a la xarxa d'hospitalització de l'extint INSALUD, que el centre de referència sanitària de les Illes, l'Hospital de Son Dureta, fou posat en funcionament l'any 1955, el 1960 el Verge del Toro a Menorca i el 1985 el centre actual de Can Misses a Eivissa. Van haver de passar més de quaranta anys des de la creació del Son Dureta perquè es posés en marxa un altre centre sanitari a l'illa de Mallorca, la Fundació Hospital de Manacor, al llevant de l'illa.

Evolució activitat concertada privada/pressupost



	PÚBLICS	PRIVATS
Llits	2.117	1.141
Quiròfans	46	49
Tomografia (TAC)	7	10
Ressonància magnètica	2	8
Sales d'hemodinàmia	2	5
Sales de parts	13	14

Distribució de recursos hospitalaris i de tecnologia més destacables inclosos al Catàleg d'hospitals de les Illes Balears 2006

El panorama descrit anteriorment, és a dir, un fort increment del poder adquisitiu dels balears a conseqüència del desenvolupament econòmic; acompanyat de creixements demogràfics a causa de l'afluència per una banda de la immigració i, per l'altra, de creixements continus de la població autòctona derivada de la millora de les condicions de vida; ha provocat un augment del consum de recursos, entre els quals trobem els recursos sanitaris. I en contraposició a aquests factors generadors de consum, una manca d'inversions en infraestructures i tecnologies en matèria sanitària al sector públic (tan sols millorada els últims anys) va propiciar el desenvolupament d'una estructura sanitària paral·lela caracteritzada per les inversions de capital de procedència privada.

Característiques, recursos i activitat

El sector sanitari de titularitat privada a les Illes Balears compta amb una sèrie de característiques des del punt de vista econòmic que ens fan adonar de la dimensió i el pes que té dins l'àmbit nacional.

Si parlem del nombre d'empreses sanitàries, considerant tots els codis de classificació d'activitats econòmiques (CNAE) de caire sanitari segons el que ens apunta el treball realitzat per la Consultora Aliad Calidad, "El sector sanitario privado en España" (2006), ens parla que les Illes Balears se situen, quant a nombre d'aquestes empreses, al tercer lloc de l'estat espanyol en 2,73 per cada 1.000 habitants, només superades per Catalunya amb 3,07 i per Madrid amb 2,85 per mil.

Segons aquest estudi, compten amb més de 9.000 treballadors, tot i que un nombre important compagina l'activitat dins de tots dos sectors, és a dir, el públic i el privat. És un sector que genera una alta creació d'ocupació.

La taxa de doble assegurament, és a dir, de ciutadans que gaudeixen de cobertura sanitària pública i privada, és també una de les més ele-

vades d'Espanya; aproximadament un 26% de la població té una assegurança privada. Segons dades d'ICEA (2004) el percentatge de facturació de les asseguradores per primes fou d'un 4,41% respecte del total nacional. És significatiu que les Illes Balears representen aproximadament un 2% de la població de l'estat espanyol.

Amb aquests recursos, la xarxa sanitària de titularitat privada va aconseguir el 2005 un 50,66% dels ingressos hospitalaris de la Comunitat, un 50,44% de les urgències i 51,72 % de les operacions quirúrgiques.

Concertació

L'activitat duta a terme pels dispositius sanitaris privats es troba fonamentalment dirigida a atendre la població amb assegurança privada i també, en menor mesura, aquells ciutadans que en requereixin directament els serveis. Malgrat això, la manca de recursos sanitaris per la baixa inversió pública esmentada anteriorment i el creixement continu de la demanda, provocats pels increments de la població, ha abocat l'administració pública a fer un ús constant dels recursos assistencials privats per concertació. En alguns casos, la sanitat privada ha actuat de manera substitutòria, com ara en el cas dels primers concerts que es van fer en matèria d'hemodiàlisi, de cirurgia cardíaca i, més recentment, en tecnologia PET. En altres, la sanitat privada és complementària dels serveis públics; són els casos de concerts singulars, d'acumulació de llistes d'espera, de puntes de demanda o també, a conseqüència de la implantació per part de la Conselleria de Salut, del Decret de garantia de demores.

Quant al futur, des de la patronal de clíniques privades (UBES) pensem que la sostenibilitat del model sanitari passa per millorar i incrementar les línies de col·laboració entre la iniciativa pública i la privada, fonamentalment perquè la societat demana cada dia més i millors serveis i l'administració pública els ha d'oferir de la manera més eficient que pugui quant a costos. |

Els creixements continus de la població autòctona derivada de la millora de les condicions de vida; ha provocat un augment del consum de recursos, entre els quals trobem els recursos sanitaris

La manca de recursos sanitaris per la baixa inversió pública i el creixement continu de la demanda, provocats pels increments de la població, ha abocat l'administració pública a fer un ús constant dels recursos assistencials privats per concertació

Concertació de serveis dels darrers quatre anys

Milers (€)	Exercici 2003	Exercici 2004	Exercici 2005	Exercici 2006
Pressupost despesa consolidada	776.335,83	844.198,73	968.148,91	1.048.877,55
Concerts *	191.348,79	203.246,34	240.866,34	270.326,39
Activitat concertada **	20.607,30	23.727,20	28.839,15	34.124,43
% Act. concert./ concerts	10,77%	11,67%	11,97%	12,62%
% Act. concert./ pressupost.	2,65%	2,81%	2,98%	3,25%
* Despesa funcional consolidada (inclou concerts amb fundacions i empreses públiques)				
* Despesa correspondent activitat fora de fundacions i empreses públiques				

A fondo**El sector sanitario de titularidad privada en las Islas Baleares**

Las Baleares son un territorio que desde el punto de vista económico han experimentado fuertes crecimientos motivados fundamentalmente por su primera industria: el turismo. El crecimiento de la población, a consecuencia del fenómeno de la inmigración, ha sido altamente significativo, sobre todo en los últimos años. En el período de 1996 a 2006, el crecimiento relativo de la población se sitúa en un 31,62% mientras que la media española está en el 12,70%.

La afluencia de visitantes turistas superó los 12,5 millones en el ejercicio pasado. Los altos niveles de renta por un lado, los fuertes crecimientos de población y la falta de inversiones

públicas sanitarias, salvo en los últimos años, han propiciado el crecimiento de una estructura sanitaria privada que ha actuado en algunos casos como sustitutiva y en otros como complementaria de los servicios públicos.

Desde la patronal de clínicas privadas de las Baleares (UBES) pensamos que el futuro de la sostenibilidad del sistema sanitario pasa por mejorar e incrementar las líneas de colaboración entre la iniciativa pública y la privada, fundamentalmente porque la sociedad cada día demanda más y mejores servicios y la administración pública se los debe ofrecer lo más eficientemente posible en cuanto a costes. |

Bibliografía

Institut Nacional d'Estadística (INE). Estadístiques de Població.
Centre d'investigació tecnologia turística Illes Balears. Dades 2006
Estudio del Sector Sanitario Privado de España 2006. Aliad Caliad
Catàleg d'hospitals de les Illes Balears 2006. Govern de les Illes Balears
Memòries Ib-Salut 2004 i 2005

**Servei i manteniment de neteges**

- Servei integral de neteja i desinfecció orientat al sector sanitari.
- Disposem de la normativa de qualitat **ISO 9001-2000**.
- Som la 1^a empresa de Neteges a Catalunya en certificar-nos a les **OHSAS 18001-1999** en Prevenció de Riscos Laborals.
- **Premi a la creació de Valor Social** (Atorgat per Caixa de Terrasa). A La Nit de l'empresari 06 "12^a edició", per la patronal Cecot.
- **Premi Atlante 2006 "3^a edició"** per Iniciatives de sensibilització informació i/o formació en Prevenció de Riscos Laborals. Concedit per Foment Nacional del Treball.



C/. Orió, 2, Polig. Ind. Colom II
08228 TERRASSA
(Barcelona)

C/. Sant Sebastià, 15
17006 GIRONA

C/. Aragó, 484
08011 BARCELONA

C/. Brujas, 19 (Gran Via)
08202 SABADELL
(Barcelona)



Servei d'Atenció al Client.

902 17 05 48

www.hermanoscant.net

A reflexió

Comparatiu del model financer de València, Catalunya i Balears

En aquesta secció s'analitzen els models financers de les Balears, Catalunya i València. El professor associat del departament d'economia i empresa de la Universitat Pompeu Fabra, Pere Ibern, farà una petita introducció al tema des d'una òptica global. Francisco Moranta, Subdirector de comptabilitat del Ser-

vei de Salut de les Illes Balears, s'aproximarà a la realitat financera de la sanitat balear. Miquel Argenté, Director de l'àrea de recursos del Servei Català de Salut, abordarà la realitat sanitària de Catalunya i Eloy Jiménez, Director General de recursos econòmics de la conselleria valenciana farà el mateix amb el model valencià.

El finançament sanitari, un trajecte amb destí incert

Pere Ibern

Professor Associat del Departament d'Economia i Empresa de la Universitat Pompeu Fabra



Qualsevol esforç per singularitzar novament la sanitat al marge del finançament general és benvingut políticament parlant, especialment si el resultat és que s'obtenen més ingressos que els que estaven previstos

Catalunya es troba al 4,4% de despesa pública en sanitat sobre el PIB i a l'1,8% de despesa privada sobre el PIB

La política sanitària en un estat descentralitzat ha mantingut el debat del finançament públic obert de forma continuada. Fins i tot quan alguns pensàvem que disminuiria fruit de la incorporació del finançament sanitari al finançament autonòmic en general, això no ha estat així. La sanitat ha esdevingut una política clau per als governs autonòmics, que hi destinen un terç del seu pressupost. Qualsevol esforç per singularitzar novament la sanitat al marge del finançament general és benvingut políticament parlant, especialment si el resultat és que s'obtenen més ingressos que els que estaven previstos. I això és possible en la mesura que els mecanismes institucionals són poc creïbles.

És a dir, un acord d'una reunió de presidents autonòmics pot ser acceptat per un Consell de Política Fiscal i Financera fruit de la composició política del moment, malgrat que el sistema de finançament autonòmic estava ja fixat. Si la renegociació ha estat reeixida el 2005, aleshores hi ha motius per tornar-ho a intentar més endavant. En definitiva, el mecanisme de finançament de les comunitats autònomes és paper mullat, perd credibilitat. El missatge cap a la ciutadania és fàcil: es reparteixen més diners per a la sanitat. Ningú no va preguntar a què es destinarien.

Tampoc no es va fer cap reflexió seriosa de com s'havia pogut deixar de registrar un import de 6.039 milions d'euros dins la comptabilitat pública (despeses realitzades fins el 2003 i no comptabilitzades) i pocs es van adonar que l'informe era dirigit per la "Intervención General del Estado". En definitiva, un disbarat conegut que tothom considera habitual i del qual ningú no assumeix responsabilitat.

Possiblement aquest informe és una mostra més que evident de la feblesa d'una democràcia on no només cal la transparència sinó també l'exigència de responsabilitats públiques. I l'argument és: si aleshores tot va acabar amb la

injecció de més diners a la sanitat, quin motiu hi ha perquè no es reproduïxin les mateixes pràctiques de desviació pressupostària continuada?

Catalunya ha tingut un creixement de despesa del 40% entre el 2003 i el 2006. Tot i això, ens trobem al 4,4% de despesa pública en sanitat sobre el PIB i a l'1,8% de despesa privada sobre el PIB. Gastem en sanitat el 6,2 % de la riquesa generada. Amb les dades dels 30 països de l'OCDE a la mà (2004), Catalunya només estaria per sobre de Corea del Sud i Eslovàquia, països que gastarien menys, i la mitjana se situa en el 8,8% del PIB.

A la pregunta de quant ha de gastar en sanitat un país podríem respondre comparant-nos amb països que considerem similars, i aquesta és l'opció preferida quan un es troba per sota la mitjana i vol augmentar despesa. Però esdevé una aproximació simplista, ja que també caldria fer-nos la següent pregunta: per què hem de gastar més?

El que caldria és assenyalar quins són els canvis en els resultats de salut que desitgem on la sanitat i altres àmbits poden contribuir, i quines són les necessitats de servei i el seu cost. Una reflexió d'aquest tipus semblaria la més acurada en un moment que, malgrat el creixement evident de despesa pública, les necessitats de servei no estan plenament resoltes i les llistes d'espera es mantenen per sobre del desitjable en determinats serveis.

L'esquema habitual que tenim és un altre, es fixa un pressupost. Es produeixen desviacions que no es registren a la comptabilitat. Malgrat un sistema de finançament vigent amb uns criteris fixats, hi ha motius per demanar almona addicional, la sanitat s'ho mereix i, finalment, l'estat ho dona al marge del finançament autonòmic. La gran mancança no és tan sols el finançament sanitari inacurat sinó uns mecanismes institucionals poc creïbles d'una democràcia feble. |

Bibliografia

Grupo de trabajo de la conferencia de presidentes para el análisis del gasto sanitario. "Informe para el análisis del gasto sanitario. Julio de 2005". Instituto de estudios fiscales. Madrid, 2006.

Anderson GF, Frogner BK, Reinhardt UE. Health spending in OECD countries in 2004: an update. Health.Aff. (Millwood) 2007 Sep-Oct;26(5):1481-1489.

Savedoff WD. What should a country spend on health care? Health.Aff.(Millwood) 2007 Jul-Aug;26(4):962-970.

El nou model de finançament i gestió de la sanitat Valenciana

Eloy Jiménez Cantos

Director General de Recursos Econòmics de la Conselleria de Sanitat Valenciana



En 2005, la Conselleria de Sanitat va posar en marxa un nou model organitzatiu i de gestió de la sanitat pública valenciana que respon, principalment, a les bases establides en la Llei 3/2003, de 6 de febrer, de la Generalitat, d'ordenació sanitària de la Comunitat Valenciana, i que ha comportat l'extensió de l'aplicació dels principis en els quals es basa el funcionament de les concessions sanitàries a tota la xarxa sanitària valenciana, amb independència que la provisió dels servicis es faça amb mitjans propis o a través de concessions administratives.

La llei d'ordenació sanitària preveia la creació d'un entorn organitzatiu més flexible i horitzontal per a millorar la coordinació de recursos, la descentralització i l'autonomia en la gestió i en la presa de decisions, la participació i la coresponsabilitat dels professionals, l'orientació cap al pacient i la qualitat de l'assistència. Segons la llei, este entorn s'ha de basar en un model de gestió i de finançament actualitzat per a permetre la racionalització del cost del sistema sanitari i de la seua pervivència, perfeccionament i aplicació solidària, i la base pressupostària de la qual la constituïska la població a atendre, si

bé modulada per les variables que incidixen en la necessitat d'atenció sanitària.

Complint estes i altres premisses sobre la matèria legalment establides s'ha dut a terme una sèrie de canvis en l'organització pública sanitària valenciana que afecten diversos àmbits i que, al mateix temps, estan estretament relacionats. Podem afirmar que l'impacte i la probabilitat d'èxit depenien, en gran manera, de la simultaneïtat de la seua posada en marxa, per la qual cosa han format part d'un nou enfocament integral per a l'impuls del que s'ha denominat "un nou model d'organització, gestió i finançament de l'activitat sanitària". Les principals actuacions:

› La descentralització i separació entre l'ens finançador i el proveïdor de servicis a partir d'una nova estructura organitzativa que s'inicia amb la creació de vint-i-dos departaments de salut. Els departaments s'han convertit en els autèntics proveïdors de salut de la seua població i estan obligats per la llei a perseguir la integració màxima de l'assistència sanitària i la continuïtat de les atencions a través de la coordinació dels nivells assistencials i dels recursos existents.

Des de l'any 2005 es formalitza anualment un acord de gestió únic (a manera de contracte-programa) entre l'Agència Valenciana de Salut (AVS) i cada departament, que afecta tots els vessants assistencials, tant de primària com d'especialitzada

S'està produint un canvi de cultura en l'organització, la qual cosa ha contribuït a la disponibilitat i el maneig del compte de resultats de cada departament

Des de 2005, s'assigna un pressupost global i únic a cada departament, s'han eliminat els programes pressupostaris diferents entre l'assistència primària i l'especialitzada. Els departaments gaudixen de més autonomia financera i de més capacitat organitzativa, però al mateix temps assumeixen responsabilitats majors en la gestió dels fons econòmics assignats.

Per a la definició i el seguiment dels objectius assistencials, organitzatius i econòmics, des de l'any 2005 es formalitza anualment un acord de gestió únic (a manera de contracte-programa) entre l'Agència Valenciana de Salut (AVS) i cada departament, que afecta tots els vessants assistencials, tant de primària com d'especialitzada. Els objectius s'establixen a nivell global de cada departament i és l'equip directiu del departament qui, a nivell intern, pacta les actuacions concretes per al compliment dels objectius globals.

Un element fonamental dels acords de gestió és la vinculació del compliment d'objectius amb la incentivació econòmica que s'abona als professionals en concepte de productivitat variable. Un pas més, fet en 2006, és la incorporació d'estos resultats a la carrera professional del personal sanitari i no sanitari en tot l'àmbit de l'AVS.

› La integració dels nivells de primària i d'especialitzada, entesa com una xarxa coordinada de serveis que proporciona la continuïtat assistencial a una població determinada, de la salut de la qual és responsable i els consums sanitaris de la qual impliquen risc financer. Així, es pretén l'eliminació de compartiments estancs, de duplicitats i de visites innecessàries, la cooperació entre serveis i professionals, la millora de la capacitat resolutiva de l'atenció primària i altres mesures que, en conjunt, contribuïsquen a la millora en l'eficiència global del sistema.

Una de les mesures principals per a impulsar este canvi ha estat la integració dels equips directius i la implantació de la gerència única en cada departament de salut que, junt amb l'establiment d'un organigrama únic per departament, s'ha reflectit en el nou Reglament sobre estructura, organització i funcionament de l'atenció sanitària. També cal mencionar, en el marc del programa d'infraestructures "Construint salut", la creació de nous centres sanitaris integrats, fins a arribar-ne a cinquanta, com a punts d'unió assistencial en els quals es du a terme activitat de primària, d'especialitzada i d'atenció continuada.

› La implantació del sistema de finançament capítatiu de l'activitat assistencial, pel qual s'assigna a cada departament de salut un fons

econòmic per cada persona protegida equivalent a la despesa mitjana teòrica per capita en servicis de salut. Esta assignació s'ajusta en funció de determinades característiques sociodemogràfiques i és independent del nivell d'utilització real dels servicis sanitaris.

El model es complementa amb un sistema de facturació intercentres, per a compensar al departament el cost de l'assistència prestada a pacients que no formen part de la seua població protegida, bé perquè procedixen d'altres departaments o per ser ciutadans desplaçats.

Els moviments d'ingressos i de despeses generats així es reflectixen en el compte de resultats, que constituïx la nova i veritable ferramenta de gestió dels departaments. L'AVS actua de cambra de compensació entre els saldos deutors i creditors de cada departament, que acaben mostrant l'eficiència major o menor en la gestió de cada un.

Primers resultats i algunes reflexions

Encara que és prompte per a valorar els resultats reals d'un model que acaba d'implantar-se i podem mencionar alguns avanços basats en dades i en experiències reals:

1. En haver-se fet els passos més importants des del punt de vista de la infraestructura organitzativa i de gestió de la conselleria, totes les actuacions impulsades des de qualsevol dels òrgans directius o departaments ja assumeixen les línies establides pel nou model. Actualment, són les mesures que es deriven d'este model les que adquirixen un protagonisme creixent, tant en l'àmbit assistencial com en l'econòmic.

2. La disponibilitat de noves ferramentes de gestió i de resultats permet que el nou model comence a "filtrar-se" en un sector en què els professionals estan sotmesos a una pressió assistencial elevada, són difícilment permeables a este tipus de mesures, la qual cosa ens permet afirmar que el personal de la xarxa sanitària comença a "digerir" el model satisfactòriament.

S'està produint un canvi de cultura en l'organització, la qual cosa ha contribuït a la disponibilitat i el maneig del compte de resultats de cada departament, que ja és un element de gestió incorporat a les reunions de les comissions de direcció. Amb la integració de primària i d'especialitzada, en el compte de resultats departamental han desaparegut els dos nivells econòmics, cosa que facilita la gestió econòmica integrada, la cooperació entre professionals, la

gestió de la farmàcia a nivell de departament i altres línies d'actuació l'impuls de les quals està sent possible, en alguns casos, o es veu afavorit, en altres, pel model de finançament capítatiu.

A més, la utilització dels comptes de resultats, inicialment limitada als directius dels departaments, s'està traslladant de les unitats de gestió econòmica als responsables dels serveis de gestió clínica, fet que afavorix una implicació major dels professionals en la gestió i un estímul per a la recerca d'una eficiència major, dotant de més força les actuacions destinades a maximitzar l'aprofitament de recursos propis, alhora que es disposa d'informació objectiva addicional per a explicar determinades xifres de pressió assistencial, llistes d'espera, insuficiència de recursos propis o altres problemes.

3. El Pla Estratègic de l'AVS 2005-2009 va permetre definir un mapa d'objectius coherents amb el nou model, que s'han incorporat als acords de gestió anuals. Alguns objectius es mesuren a través d'indicadors que comencen a mostrar una millora de resultats reals, tant per la reducció de la dispersió de resultats entre els departaments com per la millora efectiva d'estos resultats (gestió de la demora, consum d'antibiòtics, índex d'ambulatorització...). No es disposa encara de resultats d'altres objectius, bé per la dificultat de la quantificació o perquè formen part d'estratègies assistencials d'introducció recent o complexa.

No obstant açò, cal apuntar l'experiència i els resultats positius de la concessió de la Ribera respecte de les iniciatives relacionades amb la definició de circuits d'atenció i de mapes nous de processos assistencials, amb l'ampliació de la cartera de proves accessibles des de primària, amb l'èxit dels programes de promoció de la salut i de l'ús racional del medicament, amb l'obertura de centres sanitaris integrats i, fins i tot, amb la disminució de la pressió d'urgències en l'hospital. L'extensió dels principis que regixen la concessió a la resta de departaments permet confiar en l'èxit d'actuacions semblants.

4. Responent a les necessitats d'integració que es deriven del model, s'han desplegat, homogeneïtzat i comunicat tots els sistemes d'informació que afecten la gestió de l'activitat assistencial, les prestacions i la gestió econòmica, de recursos humans i de costos per a satisfer la demanda creixent de dades, agilitar la gestió i facilitar el compliment de les responsabilitats assignades.

També s'avança en la implantació progressiva d'un llenguatge comú compartit pels sistemes i

pels professionals, tant assistencials com econòmics, el que ha permés millorar de manera simultània i coordinada els sistemes de captura, anàlisi i explotació detallada de l'activitat feta, de la despesa vinculada i dels costos unitaris generats.

5. En l'àmbit del registre dels ciutadans atesos i la població protegida registrada en el Sistema d'Informació Poblacional (SIP) de la Conselleria de Sanitat, s'ha produït una millora importantíssima en la qualitat de les dades d'identificació dels pacients atesos, un requisit indispensable per al funcionament del model.

L'impuls del SIP i la seua utilització com a contenidor comú de dades de tots els pacients és també un element clau en la implantació progressiva de la història electrònica única.

6. La posada en marxa de la facturació intercentres per mitjà de la captura diària de dades de les aplicacions assistencials i poblacionals i el tractament a través de l'aplicatiu Compàs ha generat resultats espectaculars. La primera fase, posada en marxa en 2005, va comprendre l'activitat d'hospitalització i d'urgències hospitalàries, s'hi van processar més de 500.000 assistències compensables, amb un import final d'assistències compensables de 305 milions d'euros. En 2006, es va iniciar la captura de dades sobre processos ambulatoris, amb un import econòmic total superior als 400 milions d'euros. És previst completar-ne el procés a finals de 2008.

Açò ha permés incrementar significativament en els xifres de facturació a tercers i la facturació als països d'origen dels desplaçats estrangers, amb creixements del 30% i 36%, respectivament, entre 2004 i 2006. Entre unes i altres mesures, han "sorgit" ingressos que superen la quantia de 30 milions d'euros anuals nets a favor del sistema valencià públic de salut, xifra que anirà incrementant-se a mesura que s'amplie i complete la cobertura de Compàs.

A tall de reflexió final, podríem plantejar-nos si la introducció del finançament capítatiu podria haver-se fet de forma aïllada, limitant l'abast del nou model a assegurar l'equitat en la distribució de recursos i a afavorir el control de la despesa sanitària però, en eixe cas, hauria comportat un esforç massa elevat per a limitar-lo a estos fins, ja que poden aconseguir-se amb un model de finançament més simple.

En el cas del model valencià, el finançament capítatiu forma part d'una estratègia global de més abast que es va decidir escometre de manera

La utilització dels comptes de resultats, inicialment limitada als directius dels departaments, s'està traslladant de les unitats de gestió econòmica als responsables dels serveis de gestió clínica

S'ha incrementat significativament les xifres de facturació a tercers i la facturació als països d'origen dels desplaçats estrangers, amb creixements del 30% i 36%, respectivament, entre 2004 i 2006

simultània i enèrgica en tots els departaments a partir de 2005 per a aconseguir-ne efectes plens, evitant proves o simulacions virtuals que pogueren diluir-ne l'impacte i tenint molt en compte l'experiència de la concessió administrativa per al departament de la Ribera (Alzira), que ha servit d'impuls fonamental per al canvi.

Esta inclusió del finançament capitatiu en una estratègia global no ha suposat una pèrdua de protagonisme ni de responsabilitat, perquè ser-

vix de palanca per a la promoció i el desplegament d'una assistència integral i preventiva, i l'alineació progressiva de les formes de provisió sobre les necessitats i les expectatives de la població. Per tant, la nova manera de finançar la sanitat valenciana no aspira a ser únicament una forma nova de repartir els diners, sinó que pretén ser i continuar sent una ferramenta fonamental en el procés de canvi en l'organització sanitària que tots perseguim, pilar bàsic del nostre estat del benestar. |

A reflexión

El nuevo modelo de financiación y gestión de la sanidad valenciana

Este artículo describe brevemente el nuevo modelo de financiación, organización y gestión implantado en la sanidad pública de la Comunidad Valenciana. Se presenta un resumen del marco normativo, de los objetivos que se persiguen, de las principales actuaciones y de los cambios que se han llevado a cabo y la estructura del nuevo sistema de financiación de los departamentos de salud basados en una

asignación de recursos de base capitativa y en la facturación entre departamentos, y también en la integración de la gestión asistencial de atención primaria especializada.

A continuación se presentan los primeros resultados económicos y de gestión asistencial obtenidos y, finalmente, se plantean algunas reflexiones finales sobre el nuevo modelo como estrategia global. |

Laboratorio de análisis Dr. Echevarne: más de 800 profesionales al servicio de la excelencia



www.echevarne.com

ANÁLISIS INDUSTRIALES

- Quirófanos**
Control microbiológico ambiental y de superficies
Control de esterilidad
- Servicio de diálisis**
Perfiles indicados por la SEN
Endotoxinas bacterianas
- Servicio de prevención propio**
Control de gases anestésicos
Calidad del aire
- Cocinas de Centros Sanitarios y hospitalarios**
Implantación APPCC
Análisis alimentos, superficies, etc.
Elaboración de dietas
Cursos de manipuladores de alimentos
- Mantenimiento**
Control de aguas: potabilidad, *Legionella*, residuales y piscinas de uso terapéutico.
Sistemas de refrigeración:
Higienización según norma UNE 100012.

Interior conducto de aire



El model de finançament sanitari a Catalunya

Miquel Argenté

Director de l'Àrea de Recursos del Servei Català de Salut

El finançament de la sanitat ha evolucionat significativament des de l'inici dels traspàsos de la sanitat a les Comunitats Autònomes (CCAA). Des de l'any 1981, en què es va produir el traspàs de la sanitat a Catalunya, el primer a tot l'Estat, fins a 1993, en què es va plantejar la necessitat d'una reforma profunda, es va mantenir un sistema de finançament basat en el cost efectiu de la despesa vinculada al gestor estatal, l'Insalud, amb les mancances consegüents que això suposà. No és fins al període 1994-1997 en què es planteja un model quadriennal més estable i racional, basat en el repartiment per capita i en concordança amb el creixement del PIB nominal.

Al final d'aquest període, però, es va reformar el model per millorar la suficiència de recursos. Amb aquest plantejament, s'aprovà un nou sistema de finançament per al període 1998-2001 a partir d'una base de càlcul més realista, distribuïnt els recursos en un 98% segons la població protegida i dedicant el 2% restant a la creació d'un fons per a recollir la compensació per l'atenció dels desplaçats d'altres CCAA i per a cobrir costos de docència i recerca.

El model va patir limitacions importants, ja que la despesa sanitària ha evolucionat sistemàticament per sobre del PIB. Tampoc no facilitava que es pogués completar el procés de descentralització dels serveis sanitaris a totes les CCAA, ni que s'introduís una coresponsabilitat financera major a les comunitats amb serveis transferits.

El model de finançament vigent des de l'any 2002

El 27 de juliol de 2001, el Consell de Política Fiscal i Financera va aprovar un nou acord de finançament per a les CCAA de règim comú, vigent a partir de l'any 2002 i que es va formalitzar amb la Llei 21/2001, de 27 de desembre, per la qual es regulen les mesures fiscals i administratives del nou sistema de finançament de les de règim comú i de les ciutats amb estatut d'autonomia.

El nou model de finançament integra el finançament de la sanitat al model general, de manera que les transferències de la Seguretat Social que finançaven els serveis sanitaris transferits a les CCAA desapareixen i aquests serveis passen a finançar-se igual que la resta de serveis de les CCAA, tret d'alguna excepció.

El nou model de finançament territorial va partir de tres objectius bàsics: suficiència, equitat i autonomia. En primer lloc, el model estima la necessitat de finançament a partir de la restricció inicial mesurada per la liquidació pressupostària de les diferents CCAA referida a l'any 1999.

En segon lloc, té com a objectiu garantir un finançament suficient mitjançant un mecanisme de coresponsabilitat fiscal que atorga a les CCAA més capacitat normativa fiscal que l'existent fins al moment i augmenta la participació als impostos estatals. Finalment, intenta millorar l'equitat amb la creació d'un fons per a compensar el cost dels malalts desplaçats i amb la regulació

Des de l'any 1981, en què es va produir el traspàs de la sanitat a Catalunya, es va plantejar la necessitat d'una reforma profunda

El nou model de finançament territorial va partir de tres objectius bàsics: suficiència, equitat i autonomia

El model ha suposat una millora respecte dels models anteriors: aposta clarament per l'autonomia financera amb un model basat en la capacitat de generar ingressos i no en la despesa equivalent de l'Estat

L'envelliment es va incloure com a factor de necessitat al model de finançament a causa del major cost sanitari que suposa aquest segment de població però tampoc no s'ha actualitzat en aquests anys de vigència del model

de les assignacions d'anivellament. La distribució del volum inicial de finançament per al bloc d'assistència sanitària de les CCAA comprèn essencialment dos tipus de fons:

1. Anomenat fons general, ponderat segons els següents aspectes:
 - › Població protegida de 1999, ponderada al 75%.
 - › Població més gran de 65 anys, amb una ponderació del 24,5%.
 - › Insularitat, que pondera el 0,5%.
2. Fons específics:
 - › El Fons del Programa d'estalvi en incapacitat temporal. Dotat d'acord amb l'assoliment d'uns objectius determinats amb relació a la prestació econòmica d'incapacitat temporal.
 - › El Fons de Cohesió Sanitària (FCS). Per a la compensació de la facturació corresponent a malalts desplaçats d'altres CCAA, de persones d'altres països de la Unió Europea o de països que tenen conveni d'assistència recíproca en estada temporal al nostre país.

És evident que el model ha suposat una millora respecte dels models anteriors: aposta clarament per l'autonomia financera amb un model basat en la capacitat de generar ingressos i no en la despesa equivalent de l'Estat, assoleix un finançament més ampli amb nous ingressos, etc. Tot i això, aquest sistema no ha resolt els problemes d'insuficiència de recursos del sector: l'evolució de la despesa ha estat superior a la dels ingressos.

Durant aquest període de vigència del model de finançament s'ha posat de manifest l'existència de mancances importants i la necessitat d'aprovar una sèrie de mesures urgents per tal de millorar la suficiència financera del sistema sanitari, tal com va admetre el Govern de l'Estat a la celebració de la I Conferència de Presidents de CCAA.

Sense entrar a la revisió del model de finançament, la II Conferència de Presidents va promoure un seguit de mesures per millorar-lo. Aquestes mesures es van aprovar al Consell de Política Fiscal i Financera celebrat el 13 de setembre de 2005 amb el doble objectiu de moderar l'augment de la despesa sanitària i d'incrementar els ingressos del sistema.

Les mesures adoptades per a incrementar els ingressos van ser les següents: una transferència directa de l'estat a les CCAA que es repartiria segons la població protegida, un pla de qualitat per al Sistema Nacional de Salut amb un finançament selectiu per a determina-

des polítiques, una capacitat normativa major per a les CCAA, l'augment de les bestretes a compte de les liquidacions anuals del finançament autonòmic, l'increment de les dotacions del Fons de Cohesió Sanitària, el reconeixement per al sistema sanitari dels recursos recaptats per la Seguretat Social per a l'assistència dels residents estrangers i el pagament per part de l'INSS de l'atenció sanitària per accidents laborals no coberts per mútues.

Tot i això, continua havent-hi dificultats a les CCAA perquè els ingressos assoleixen la cobertura del dinamisme de la despesa sanitària i algunes comunitats han posat sobre la taula la necessitat de tornar a revisar el sistema de finançament.

Temes a resoldre en properes revisions del model

En el moment que es procedeixi a revisar el model de finançament sanitari caldria tenir en compte els següents aspectes:

En primer lloc, l'important increment de la població, impulsat bàsicament pel dinamisme del procés d'immigració que s'ha produït des de 1999, any que es va prendre com a base per a la determinació de les necessitats financeres. Concretament, a Catalunya hi ha al voltant d'un milió més de persones empadronades. Aquests creixements s'han produït de manera desigual entre CCAA, la qual cosa implica no només revisar el volum total de recursos sinó també la seva distribució.

Un altre factor de pressió ha estat el generat per l'envelliment de la població. L'envelliment es va incloure com a factor de necessitat al model de finançament a causa del major cost sanitari que suposa aquest segment de població però tampoc no s'ha actualitzat en aquests anys de vigència del model. Entre 1999 i l'actualitat, el percentatge de població major de 65 anys ha augmentat un 11%.

Els problemes que genera l'evolució de la població no són ben resolts al model actual. A més, aquest model no té data de caducitat: s'inicia el 2002 però no se'n preveu la revisió. En qualsevol cas, la revisió del model global de finançament de les CCAA que va acordar precisament la II Conferència de Presidents, i que en el nostre cas es reconeix al nou Estatut d'autonomia, inclou també l'àmbit sanitari.

D'altra banda, el Fons de Cohesió Sanitària (FCS) no ha reeixit a cobrir els costos del desplaçament de malalts d'altres CCAA i estrangers. Aquest fet

també va quedar palès a les conclusions de les Conferències de Presidents de CCAA. Els propers anys caldrà continuar avançant per tal que el FCS inclogui tota l'activitat duta a terme amb els pacients desplaçats, ja sigui per atenció primària o especialitzada, i compensar-ne el 100% del cost.

Hi ha altres factors més enllà dels recollits que impulsen el creixement de la despesa sanitària, en especial l'evolució tecnològica. Diversos estudis demostren que la introducció permanent de noves tecnologies podria explicar fins al 70% de l'augment experimentat per la despesa sanitària els darrers anys.

D'altra banda, la rigidesa a la baixa del creixement de la despesa sanitària fa pensar que els models de finançament molt lligats a l'evolució

econòmica poden provocar estrangulacions financeres importants en moments de recessió econòmica i caldria establir els mecanismes adients per a evitar-ho.

Cal ser conscients que els recursos dedicats a l'assistència sanitària pública en relació a la nostra riquesa encara es troben per sota dels que hi dediquen els països del nostre entorn. Tan sols hem de recordar que la UE-15 dedica quasi un 7% del PIB a la sanitat pública, mentre que a Espanya no arriba al 6%. Sense posar en qüestió la necessitat de continuar amb les polítiques de racionalització de la despesa sanitària, això ens situa en un escenari que ens pot fer esperar un creixement raonable de la despesa sobre el PIB. La revisió del sistema de finançament hauria de fer possible aquest procés d'equiparació amb l'Europa més prospera. |

A reflexió

El modelo sanitario de financiación en Cataluña

El modelo de financiación de la sanidad vigente ha supuesto una mejora significativa respecto a los modelos anteriores. Ha proporcionado una mayor autonomía para las CCAA, mayor corresponsabilidad fiscal al ceder una mayor participación en los rendimientos de los impuestos, una apreciable mejora estática y dinámica de recursos, etc.

Ahora bien, cinco años después de su implantación, el modelo requiere una revisión para corregir algunos aspectos observados durante su vigencia. Entre otros, el modelo debe prever la adaptación automática al incremento de la población y mejorar algunos instrumentos, como el Fondo de Cohesión Sanitaria.

La necesaria mejora financiera requerida por la revisión del modelo debería favorecer la adecuación de los recursos a los niveles de gasto sanitario sobre el PIB asumidos en los países de nuestro entorno inmediato. |

Bibliografía

LEY 21/2001, de 27 de diciembre. Por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las CCAA de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía. BOE núm. 313, lunes 31 de diciembre de 2001.

Grupo de trabajo de la conferencia de presidentes para el análisis del gasto sanitario. "Informe para el análisis del gasto sanitario. Julio de 2005". Instituto de estudios fiscales. Madrid, 2006.

José J. Martín, Roberto Montero, Juan M. Cabasés Hita y Juan de Dios Jiménez Aguilera. "El nuevo modelo de financiación autonómica de la sanidad". Informe SESPAS, 2002.

Fundación BBVA. "Análisis y valoración del impacto del nuevo modelo de financiación autonómica del subsistema sanitario". Madrid, 2002.

Finançament de la sanitat balear

Francisco Moranta

Subdirector de Comptabilitat del Servei de Salut de les Illes Balears

El sistema sanitari públic balear —denominat Ib-salut— és un ens públic de caràcter autònom dotat de personalitat jurídica i de patrimoni propis i amb plena capacitat per a actuar per aconseguir les seves finalitats

En el període de 2002 a 2007 s'han inaugurat tres centres hospitalaris i és previst d'obrir gairebé trenta centres de salut i de construir dos hospitals nous en el període de 2004 a 2010

El sistema sanitari balear es va iniciar a partir de l'entrada en vigor de la Llei autonòmica 4/1992, de 15 de juliol, mitjançant el Servei Balear de la Salut (SERBASA), creat com a ens públic. En el marc de les directrius de la política sanitària general, el SERBASA tenia encomanades les funcions d'ordenació, programació i inspecció sanitària i també la coordinació i la gestió dels recursos econòmics afectes, que en aquell moment es concentraven a l'empresa pública Gestió Sanitària de Mallorca (GESMA).

La Llei 4/1992 va ser derogada per la Llei autonòmica 5/2003, de 4 d'abril, de salut, que configura el sistema sanitari públic balear —denominat Ib-salut a partir d'aquell moment— com un ens públic de caràcter autònom dotat de personalitat jurídica i de patrimoni propis i amb plena capacitat per a actuar per aconseguir les seves finalitats, adscrit a la conselleria competent en sanitat del Govern de les Illes Balears i al qual es confia la gestió dels serveis públics sanitaris de caràcter assistencial de les Illes Balears.

Entre aquestes dues lleis es produeix un fet transcendental: el traspàs de les competències sanitàries a les Illes Balears, plasmat al Reial decret 1478/2001, de 27 de desembre 2001. L'Ib-salut hereta, doncs, una organització sanitària amb el major dèficit estructural i financer, ja que les Illes Balears són l'única comunitat autònoma amb una despesa per capita inferior a 600 i amb un diferencial de 100 respecte de la mitjana de l'estat (segons dades de l'any 2000).

A més, les Illes Balears han d'afrontar una de les matèries més importants que conformen l'estat del benestar i que han suposat un canvi radical del parc d'infraestructures —que en

bona mesura havia quedat desfasat—, per la qual cosa el procés de transferència esdevé més traumàtic.

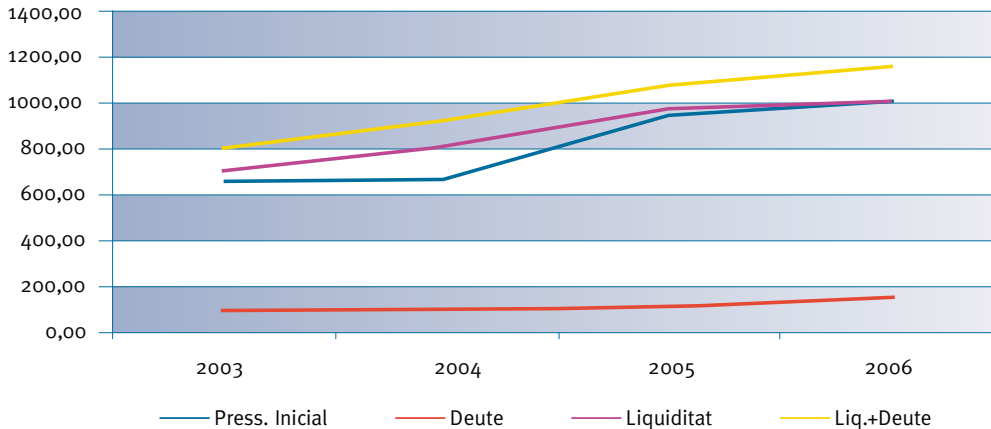
En el període de 2002 a 2007 s'han inaugurat tres centres hospitalaris i és previst d'obrir gairebé trenta centres de salut i de construir dos hospitals nous en el període de 2004 a 2010 (el primer substituirà l'actual Hospital Universitari Son Dureta, amb més de 50 anys de servei, i el segon complementarà l'actual Hospital Can Misses, d'Eivissa).

La despesa sanitària en el període immediat a la transferència ha crescut més del 50% els darrers quatre anys. Comparant aquesta dada amb les de la mitjana de l'estat, s'aprecia que les variacions interanuals de la despesa en sanitat a les Illes Balears han estat molt superiors en el període posterior a la transferència (2001-2005).

Els fets diferencials de les Illes Balears que han incidit en l'increment de la despesa sanitària es poden resumir així:

- › La insularitat: element caracteritzador principal i determinant de la prestació sanitària a les Illes Balears. L'acord de política fiscal i financera subscrit el 2001 en recollia la repercussió amb un 0,5% —insuficient i desproporcionat— al repartiment amb la Comunitat Autònoma de Canàries (25% per a les Illes Balears, 75% per a les Canàries).
- › El creixement poblacional: els darrers anys s'ha assolit pràcticament el milió d'habitants (980.000, segons xifres de 2005 de l'Institut Nacional d'Estadística), sobretot a causa dels moviments migratoris (el 17% de la població és immigrant).

Evolució del pressupost, de la despesa i del deute en el període de 2003 a 2006



› La indústria turística: encara que genera el 70% del PIB, suposa una gran afluència de visitants amb necessitats sanitàries i una població flotant de treballadors, cosa que incrementa l'oscil·lació demogràfica. Tampoc no s'ha d'oblidar l'aparició incipient (però important) de l'anomenat turisme assistencial.

› La població creixent d'immigrants a llarg termini: procedents dels països europeus, fan de les Illes Balears la seva destinació com a segona residència, sovint amb vista a la jubilació.

Finançament dels serveis sanitaris (model i realitat)

La manera d'assignar els recursos financers als agents del sistema sanitari va quedar plasma da al document de propostes estratègiques de l'Ib-salut, publicat el maig de 2002, en el qual es varen posar les bases per a un sistema de pagament a proveïdors basat en el contracte de serveis entre el finançador/comprador i els proveïdors com a instrument fonamental que estableix les condicions de compra de serveis.

Els aspectes més rellevants del model implantat

han estat els següents:

› S'ha incentivat la utilització eficient dels recursos sanitaris, amb la qual cosa s'ha garantit la qualitat del servei i l'equitat del sistema.

› S'han impulsat o desestimulat determinades línies de producte, segons els criteris de planificació sanitària.

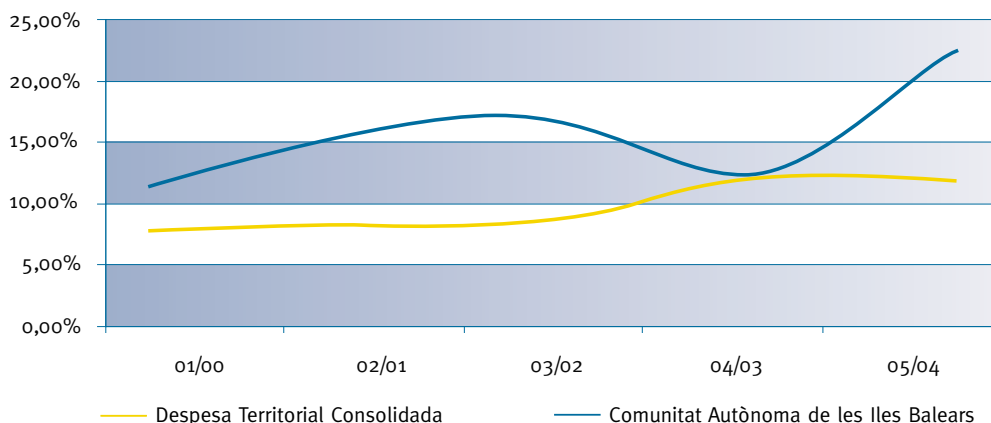
› S'ha eliminat el finançament addicional al sistema, que podia generar incentius perversos.

› S'han promogut millores en els sistemes d'informació, de control de costos i de comptabilitat financera.

El sistema de pagament als centres de l'Ib-salut s'ha basat en el fet que els recursos del sistema per a finançar la compra de l'activitat són limitats. A més, el sistema de pagament s'ha dissenyat amb la premissa de repartir aquests recursos de la manera més eficient possible entre els proveïdors i entre les línies de producte.

Tot això implica que:

› s'han implantat uns sistemes d'informació prou desenvolupats per a poder mesurar l'activitat (plataforma ERP/ANALITICA).



- › s'han desenvolupat instruments comptables de gestió que vinculen els costos amb l'activitat.
- › el conjunt de recursos dirigits a finançar els productes de l'activitat sanitària és tancat.
- › el sistema planteja com a objectiu obtenir el màxim de producte sanitari amb els recursos disponibles.

El model actual de finançament s'ha desenvolupat sota les premisses següents:

1. Participació en la definició de l'entorn financer i en l'anàlisi i la revisió de les fonts de finançament de l'Ib-salut.
2. Canvis en els instruments d'elaboració de pressuposts de l'Ib-salut.
3. Anàlisi i revisió dels controls pressupostaris de l'Ib-salut.
4. Sanitat com a font d'ingressos, facturació a tercers.
5. Anàlisi i revisió dels mecanismes, dels criteris i del model de pagament als proveïdors i de finançament dels centres.

6. Implantació de sistemes d'informació per a mesurar l'activitat i el desenvolupament d'instruments de comptabilitat de gestió (presuposts prospectius lligats a l'activitat) i de control de costos.

L'evolució immediata per al finançament sanitari dels nostres centres ha de complir les característiques següents:

- › Ha de tenir una base capitativa modulada per l'activitat.
- › Cal que sigui sensible a la casuística: és necessari diferenciar la complexitat dels processos i identificar els ingressos innecessaris i els potencialment ambulatoris.
- › Ha de ser capaç de modular l'activitat: cal establir els mecanismes d'incentivació o de desincentivació de l'activitat segons les necessitats de la població i del conjunt de l'àrea d'influència de cada centre.
- › Ha de tenir homogeneïtat, claredat i facilitat d'interpretació.
- › Ha d'incentivar les àrees o les línies de producte d'interès estratègic. |

A fondo

Financiación en la sanidad balear

El sistema sanitario balear empezó su andadura a partir de la entrada en vigor de la Ley autonómica 4/1992, de 15 de julio. Con el traspaso de las competencias sanitarias a las Islas Baleares, el Ib-salut hereda una organización sanitaria con el mayor déficit estructural y financiero del estado. Además, las Islas Baleares deben hacer frente a un cambio radical del parque de infraestructuras —que en buena medida había quedado desfasado—, por lo que el proceso de transferencia se hace más traumático.

La manera de asignar los recursos financieros quedó plas-

mada en el documento de propuestas estratégicas del Ib-salut, en el que se pusieron las bases para un sistema de pago a proveedores sustentado en el contrato de servicios entre el financiador/comprador y los proveedores como instrumento fundamental que establece las condiciones de compra de servicios. Este sistema se ha basado en el hecho de que son limitados y se ha diseñado bajo la premisa de repartir estos recursos de la manera más eficiente posible entre los proveedores y entre las líneas de producto. |

Bibliografía

Gaspar Tamborero. “Propostes estratègiques del Servei de Salut de les Illes Balears” pàg. 84-90, editat per l'Ib-salut el maig de 2002.

José Antonio Roselló Rausell. “El nou sistema de finançament de les comunitats autònomes aplicat a les Illes Balears” Cojuntura 2015 Centre de Recerca Econòmica (CRE).

José Antonio Roselló Rausell. “El sector público: financiación y endeudamiento”. Revista situación Fundación BBVA.

Guillem López i Casasnovas “Diagnóstico de situación y pronóstico de la evolución futura de la financiación y gasto de la sanidad española”, Papeles y memorias de la Real Academia de Ciencias Morales y Políticas Española V nº76. Pp 65-97

Casos pràctics

El repte de l'acreditació

Jordi Besora

Senior Consultant de COMTEC QUALITY

Pau Negre

Director Executiu de COMTEC QUALITY

El decret 6/2006, del 17 de gener, pel qual es regula l'acreditació de centres d'atenció hospitalària aguda i el procediment d'autorització d'entitats avaluadores, ha suposat un nou repte per als hospitals catalans, que s'han mobilitzat i hi han invertit recursos, amb més o menys intensitat i convenciment, per tal de fer front a aquest repte.

Les diferents posicions de partida i les estratègies seguides pels centres per tal d'afrontar aquest repte han condicionat la seva evolució i possibilitats d'obtenir l'acreditació.

Els principals factors que han determinat les diferències entre centres són els següents:

- > El temps que cada hospital fa que es prepara per fer front a l'acreditació.
- > El lideratge i suport ofert per part de la direcció.
- > Els recursos administratius disponibles per fer front als requeriments documentals dels estàndards d'acreditació.
- > L'experiència prèvia de cada centre en l'aplicació de models d'excel·lència i de gestió de la qualitat.
- > L'estat o adequació d'estructures i instal·lacions, així com la realització d'obres de manteniment o remodelació.

Segons les conclusions de l'informe tècnic sobre l'acreditació de centres d'atenció hospitalària aguda de Catalunya, podem concloure el següent:

- > El percentatge d'assoliment dels estàndards essencials oscil·la entre valors del 38,5% i 81%

essent la mitjana global dels vuit centres del 59%. El 75% dels centres objecte de l'estudi superen el 55% (recordem que el nivell necessari per poder acreditar-se és del 60%). Per tant, es pot dir que en aquests moments només el 25% no assolirien el nivell mínim per acreditar-se.

> Globalment s'ha acomplert el 66% dels agents facilitadors i només el 34% dels resultats. Per tant, també podem afirmar que els hospitals encara no estan mesurant prou dades per a l'avaluació de la gestió i el rendiment. En canvi, s'han orientat més a desenvolupar el sistema documental, a potenciar el sistema de registre de l'activitat i a adequar las instal·lacions i infraestructures.

> Els estàndards amb major percentatge d'acompliment, amb un 73%, són els corresponents a l'activitat assistencial, mentre que la gestió de les persones (criteris 3 i 7), amb un 44% i un 33% respectivament, és una de les àrees de gestió més fluixa envers els requeriments d'acreditació (vegeu gràfic).

> Criteris amb alts percentatges d'assoliment (processos, resultats clau, i aliances i recursos) també són els que han generat més nombre d'estàndards no acomplerts (63, 62 i 27 respectivament), a causa de l'alt nombre d'estàndards que componen aquests criteris. Per altra banda, s'observa clarament com altres criteris amb percentatges d'assoliment molt baixos (resultats en els clients, resultats en les persones i resultats en la societat) no impliquen gaire feina, ja que el nombre d'estàndards no acomplerts (12, 8 i 3 respectivament) és baix. Val la pena considerar-ho, ja que aquesta informació és la que millor ens orientarà per conèixer la quantitat de feina

Podem afirmar que els hospitals encara no estan mesurant prou dades per a l'avaluació de la gestió i el rendiment. En canvi, s'han orientat més a desenvolupar el sistema documental, a potenciar el sistema de registre de l'activitat i a adequar las instal·lacions i infraestructures

L'aplicació del nou model d'acreditació sanitària per a l'atenció hospitalària aguda a Catalunya ha provocat que tot el sector es conscienciï per fer front a la seva aplicació i que s'endinsi en conceptes com l'excel·lència, l'autoavaluació i la millora contínua

que restarà per fer a cada centre per tal d'assolir la totalitat dels estàndards essencials i satisfer així els requeriments establerts.

> Els resultats obtinguts dels agents facilitadors són més fiables que els dels resultats, ja que la variabilitat entre les dades dels diferents centres ha estat molt inferior. L'excepció la trobem en el criteri 3 (gestió de persones), fet que ens confirma les diferents concepcions de l'àrea de RH que hi ha als hospitals, segons si s'entén com un departament d'administració o bé de gestió i desenvolupament de persones.

> Si analitzem els resultats en relació a les diferents àrees/departaments/serveis dels centres, podem afirmar que la càrrega de feina queda molt repartida, de tal manera que si cada una se centra en resoldre un petit nombre d'estàndards el percentatge de millora pot ser molt significatiu.

centre a la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública (XHUP) i, per tant, per a l'establiment de convenis amb el Servei Català de la Salut, ha impulsat amb força la seva aplicació. Aquest efecte no s'ha acotat només als centres de la XHUP sinó que, ja sigui per sol·licitar també el certificat d'acreditació o per començar a endinsar-se en les noves tendències de gestió, també s'ha començat a expandir a altres centres hospitalaris que no concerten activitat amb el Servei Català de la Salut. Així doncs, podem afirmar que l'aplicació del nou model d'acreditació sanitària per a l'atenció hospitalària aguda a Catalunya ha provocat que tot el sector es conscienciï per fer front a la seva aplicació i que s'endinsi en conceptes com ara l'excel·lència, l'autoavaluació i la millora contínua.

Cal que ens felicitem per la iniciativa, però fóra bo avançar-se al futur i acabar de polir alguns aspectes que permetin perfilar el model, potenciar la seva projecció i garantir el seu arrelament i acceptació.

Un pas endavant...

El fet que l'obtenció d'aquesta acreditació sigui un pressupòsit per a la integració de qualsevol

SISTEMA

HumanSoft

SANITAT

Solució especialitzada i eficient per optimitzar la gestió dels Recursos Humans en Hospitals i en totes aquelles empreses o centres on la activitat no pot ser ajornada.

HMS
RH

- DOTACIÓ I bases tècniques
- PLANNINGS I CALENDARIS
- INCIDÈNCIES del personal i control de presència
- Traspàs de VARIABLES a Nòmina
- Dades i Informació ON-LINE, sense errors
- Tecnologia multi-hospital, compacta i modular, amb funcionalitats web

GESTIÓ INTEGRAL
DE PLANTILLES
COMPLEXES

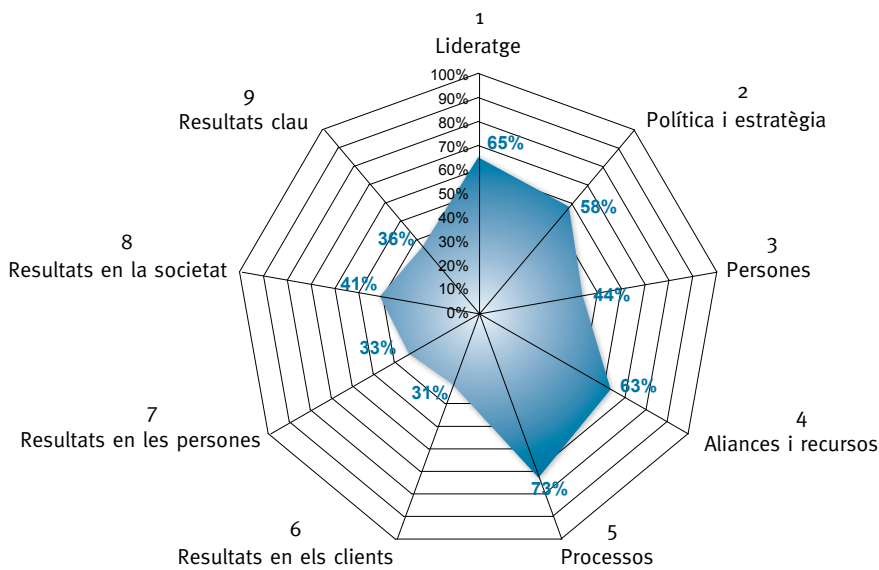






PUJADATEC
Mallorca 245 planta 7
08008 BARCELONA
tel.: 935 362 650
info@pujadataec.com
www.pujadataec.com

Percentatge d'acompliment mig, per criteris
Respecte al total d'estàndards essencials



Proposem alguns elements de reflexió:

La proporció entre el nombre i la importància dels estàndards

Val la pena ser conscients de la importància que tenen els estàndards d'acreditació, ja sigui en nombre com en contingut, ja que l'acreditació s'obté amb l'acompliment dels estàndards essencials (inicialment el 60%). El disseny del model quant al nombre d'estàndards i al seu contingut (és a dir, nivell d'exigència) és molt rellevant, ja que una proporció inadequada pot desvirtuar el model d'acreditació com a eina de mesura i comparació entre hospitals.

En el model d'acreditació hi trobem diferents mostres de desproporció:

- › Estàndards que es repeteixen sistemàticament durant el model d'acreditació (exemple: es mesura el nombre de protocols actualitzats en l'àrea de...). El fet de repetir en tants estàndards un requeriment que la majoria de vegades es resol amb una sola acció, suposa donar-li un pes específic massa important dins el percentatge global.
- › Estàndards que fan referència a un sol document (exemple: pla estratègic, pla de comunicació, etc.), i que quan no es disposa d'aquest document, aleshores ja hi ha tota una sèrie d'estàndards que ja no pots arribar a complir.
- › Estàndards que requereixen per al seu compliment molt més esforç que altres, tot i que quant a l'acreditació tenen el mateix valor.

La coherència entre els estàndards i la realitat de la gestió hospitalària

Hi trobem alguna evidència de distanciament entre els requeriments dels estàndards i la realitat dels hospitals catalans:

› Comparat amb la situació actual de la gestió hospitalària al nostre país, trobem que hi ha criteris en què el model incideix amb molta exigència, mentre que en altres és més lax. Paradoxalment trobem la coincidència que els estàndards vinculats a l'activitat assistencial acostumen a ser proporcionalment menys exigents i que els més vinculats a l'àmbit de gestió presenten un major grau de complexitat per al seu compliment.

› El que es requereix en alguns criteris del model, com ara l'avaluació dels resultats en la percepció dels clients i del personal (criteris 6.a i 7.a del model d'acreditació), no sempre s'ajusta als elements clau en la gestió dels centres. Es pot donar la paradoxa que algun centre que hagi estat mesurant durant molt de temps una enquesta de percepció del personal molt completa, incorporant-hi elements com ara l'ambient de treball, la retribució, la comunicació... tingui un percentatge d'acompliment del 0% perquè no està mesurant el grau de coneixement de la missió o alguna de les altres dues qüestions que proposa el model en aquest subcriteri. Això, a part de ser poc just, pot perjudicar l'acceptació del model per entendre que no s'ajusta a les necessitats reals de gestió dels centres. En els resultats de percepció dels clients ens trobem amb la mateixa situació, però agreujada pel fet que els ítems

Els estàndards vinculats a l'activitat assistencial acostumen a ser proporcionalment menys exigents i els més vinculats a l'àmbit de gestió presenten un major grau de complexitat per al seu compliment

Les puntuacions més subjectives són les que han de discernir entre 2 i 3, i resulta que aquestes són les més transcendents, ja que determinen si l'estàndard resta acomplert o no

que demanen els estàndards d'acreditació no coincideixen amb les enquestes de satisfacció establertes pel Servei Català de la Salut, cosa que pot generar una certa perplexitat.

La vocació documental del model

Actualment, el model d'acreditació presenta una vocació clara de ser un model documental, tant pel nombre i el contingut dels estàndards, com pel sistema d'avaluació. És evident que orientar-lo cap a la documentació ajuda a objectivar els criteris d'avaluació, però també comporta el risc de promoure sistemes burocràtics fonamentats en papers i no en bones pràctiques i resultats. Això, a mig termini, pot perjudicar la concepció que es pugui tenir del propi model i també pot acabar traient els seus propis fonaments. Aquest fet s'accentua en correspondre un 75% dels estàndards a allò que fa el centre per a la seva gestió (agents facilitadors) i només un 25% al rendiment que n'obté, minvant l'orientació als resultats del model.

L'ambigüitat del sistema de puntuació

Segons que estableixen les bases per a l'acreditació, el seu assoliment es fonamenta en l'acompliment dels estàndards essencials, i això implica obtenir una puntuació superior a 2. Però el que sembla clar sobre el paper ha generat dubtes en l'aplicació. Puntuar entre un 2 o un 3 sovint és complex, ja que presenta una dosi de subjectivitat que dificulta l'homogeneïtat de criteris. Tot i que això no succeeix amb la resta de puntuacions (0, 1, i 4), ja que l'aplicació dels criteris de valoració és prou clara, el sistema d'acreditació no les valora (el sistema és dicotomial i només valora l'assoliment dels estàndards).

Així doncs, a l'hora de la veritat les puntuacions

més subjectives són les que han de discernir entre 2 i 3, i resulta que aquestes són les més transcendents, ja que determinen si l'estàndard resta acomplert o no. Això encara es compli més en la puntuació dels resultats ja que, com que també és dicotòmic i es valora només el fet que es mesurin indicadors durant uns terminis determinats, no sempre permet una clara comprensió i adaptació del contingut dels estàndards, ja que no sempre es determinen els criteris per fer-ho. Un exemple clar és el de l'hospital que mesura des de fa sis anys la satisfacció dels seus clients (subcriteri 6.a), però només ho fa en l'hospitalització i no ho fa ni en urgències ni en consultes externes. Podem afirmar que aquest hospital compleix l'estàndard? Depèn del volum d'activitat que suposa l'hospitalització sobre l'activitat total que es realitza en el centre? Es troba a faltar de manera significativa l'abast o l'àrea de la mesura dels resultats, per tal de poder valorar si és significativa.

La incògnita sobre el que passarà en properes avaluacions.

En aquesta primera avaluació per a l'obtenció de l'acreditació, de manera excepcional, s'ha determinat simplificar el sistema de puntuació dels resultats i limitar-lo a valorar només si s'estan mesurant els paràmetres que proposa el model. En les següents avaluacions ja no n'hi haurà prou només de mesurar resultats, sinó que també entrarà en joc la valoració d'altres aspectes, com ara la tendència, la comparació i l'assoliment objectius. Per tant, en les properes avaluacions d'acreditació, quan es recuperi el sistema original de puntuació dels resultats, ens trobarem amb l'estranya situació que els hospitals disminuiran els seus percentatges d'acompliment dels estàndards essencials. Fins i tot, tècnicament, es pot produir la situació que centres acreditats perdin l'acreditació. |

Casos pràctics_ **El reto de la acreditación**

A falta de un trimestre para el vencimiento del plazo establecido para la obtención de la acreditación, nos encontramos con hospitales que ya tienen hechos los deberes, mientras que otros tendrán que hacer un esfuerzo importante si quieren alcanzar el nivel mínimo. El nuevo modelo de acreditación es una evolución respecto al anterior y refuerza el rol del lideraz-

go que históricamente ha desarrollado la sanidad catalana. El sector se ha concienciado y se ha sumergido en los conceptos de excelencia, autoevaluación y mejora continua, pero hace falta perfilar el nuevo modelo para potenciar su proyección y garantizar su arraigo y aceptación. |

Bibliografía:

Jordi Besora i Pau Negre. Informe Tècnic sobre l'Acreditació de Centres d'Atenció Hospitalària Aguda de Catalunya. COMTEC. Setembre 2007.

Entrevista

Montserrat Gil Torné

Montserrat Gil Torné, de professió treballadora social, és des del 2005 ministra de salut, benestar social i família del Govern d'Andorra. En aquesta entrevista fa un repàs de les iniciatives i principis generals del sistema de salut andorrà i dels seus reptes de futur en l'atenció prestada als ciutadans andorrans i als residents.

Quins són els pilars del sistema sanitari andorrà?

La Constitució d'Andorra reconeix el dret a la protecció de la salut per mitjà d'un sistema de seguretat social garantit per l'Estat.

La Llei general de sanitat, de 20 de març de 1989, estableix les bases del sistema sanitari d'Andorra, que es configura com un sistema «mixt» tant en el finançament com en la provisió de serveis.

El sistema sanitari andorrà es caracteritza, a més, per una forta tradició de l'exercici professional lliberal i la lliure elecció de professional per part de la població. El seu objectiu principal es el de millorar la salut, amb criteris de qualitat per respondre adequadament davant les necessitats de la població i d'equitat per tal de garantir a tothom la mateixa qualitat d'atenció.

La Llei general de sanitat estableix la necessitat d'evitar la lentitud i la complexitat excessiva dels procediments reglamentaris, així com la manca de coordinació i acord dels professionals.

Com es coordina el sistema sanitari públic i el privat? Els proveïdors privats conformen una xarxa d'utilització pública?

Els proveïdors privats signen conveni amb la Caixa Andorrana de Seguretat Social (CASS), per la qual cosa el caràcter "privat" ho és parcialment, ja que l'exercici és subjecte a les condicions del conveni. El Servei Andorrà d'Atenció Sanitària (SAAS) és l'organisme que gestiona els serveis sanitaris finançats públicament, entre els quals hi ha l'hospital i els centres d'atenció primària. El seu finançament ve garantit en gran part per la CASS (reemborsament per acte) i cada vegada més per part del Govern (inversions, ajut a l'explotació).

El caràcter mixt del sistema, molt sovint definit com l'obertura del servei públic a l'exercici llibe-

ral de la medicina, exigeix uns mecanismes de regulació clars per garantir una bona coordinació dels professionals, una bona continuïtat en l'assistència i l'equitat del sistema.

Principals diferències entre el sistema sanitari espanyol i l'andorrà.

El sistema espanyol respon a un sistema nacional de salut, amb cobertura universal i finançat mitjançant els impostos.

El sistema andorrà segueix un model de seguretat social. La Caixa Andorrana de Seguretat Social (CASS), creada l'any 1968, recapta les cotitzacions dels seus assegurats i financia els serveis sanitaris rebuts pels seus beneficiaris en un percentatge determinat (el 75% en ambulatori, medicaments i proves complementàries i el 90% en hospitalari). El Govern es fa càrrec de les despeses sanitàries de les persones que no tenen recursos per fer-ne front.

Existeix una gran facilitat d'accés als serveis sanitaris per part de l'usuari, ja que pot escollir lliurement entre els prestadors nacionals i també els dels països veïns amb els quals la CASS hagi signat conveni.

Com articulen l'atenció a la dependència des del punt de vista financer i assistencial?

La Llei de garantia dels drets de les persones amb discapacitat de 2002 ha estat l'eina legal que ha permès adoptar mesures per situar aquestes persones en igualtat de condicions per a l'exercici efectiu dels seus drets i deures.

Les prioritats en l'àmbit de la dependència van dirigides a la prevenció, la detecció precoç, el diagnòstic i l'atenció.

La protecció social d'aquests ciutadans es fa efectiva finançament per mitjà dels mecanismes de la seguretat social.

La llei també regula la creació de la pensió de solidaritat a favor de les persones d'entre 18 i 64 anys que, per una discapacitat greu, no puguin treballar o tinguin greus problemes per trobar o mantenir un lloc de treball com a conseqüència de la seva discapacitat i no disposin de recursos suficients per viure.

Des del ministeri de salut, benestar social i família es dona resposta a l'atenció a la dependència per a les persones amb discapacitat proporcionant ajuts econòmics perquè la gent



“El sistema sanitari andorrà es caracteritza, per una forta tradició de l'exercici professional lliberal i la lliure elecció de professional per part de la població”

“S’ha endegat al SAAS una política de fidelització del personal entorn al pla de carrera dels professionals i projectes d’organització de serveis que faciliten una identificació més forta dels professionals amb el centre sanitari”

“La salut mental és un bon exemple dels esforços que hem de fer per fomentar una bona coordinació entre el servei de salut mental depenent del SAAS i els actors lliberals i socials”

gran continuï romanent a la seva llar tot pagant les ajudes tècniques d’adaptació dels habitatges i col·laborant o subvencionant el pagament de les estades a les residències.

Pel que fa a l’àmbit assistencial, es garanteix l’accés a centres residencials i sociosanitaris per a la gent gran amb un alt grau de dependència, i es proporciona atenció domiciliària sociosanitària a la gent gran amb un grau de dependència moderat.

Com s’enfronten a la manca de professionals?

El sistema sanitari andorrà està confrontat a la mateixa problemàtica que els països veïns (manca de professionals d’infermeria i d’algunes especialitats mèdiques com, per exemple, la psiquiatria, la pediatria i la traumatologia) i problemes específics de gran rotació de professionals per manca d’atracció, valoració de competències, etc.

S’ha endegat al SAAS una política de fidelització del personal a l’entorn del pla de carrera dels professionals i projectes d’organització de serveis que faciliten una identificació més forta dels professionals amb el centre sanitari. Una de les prioritats és la d’emmarcar les actuacions professionals dins d’itineraris de certificació de professionals i d’acreditació de centres que permetin valorar la feina feta al Principat.

Tot això independentment de les ofertes de millora que es poden imaginar socialment (qualitat d’acolliment i facilitats d’integració al país).

Quins són els reptes més importants de la sanitat a Andorra?

El Pla Estratègic de Salut elaborat durant aquest any assenjala els reptes amb els quals ens haurem d’enfrontar en els propers anys.

Respectant la demanda de l’usuari i el seu confort (com el del seu entorn immediat) cal afavorir modalitats d’atenció de dia i atenció a domicili amb la màxima coordinació dels actors públics i privats.

Hem d’anticipar els problemes lligats a l’envelliment de la població (gent gran, professionals de la salut, etc.) i identificar les modalitats de finançament dels nous riscos com ara la dependència.

És necessari dotar el Departament de Salut de les eines bàsiques d’informació, planificació i avaluació que possibilitin la traducció operativa dels seus objectius i la responsabilitat de tots els actors (política de contractualització d’objectius i mitjans).

La qualitat de l’atenció és el repte més important; es fan imprescindibles els programes de formació continuada i d’avaluació de les pràctiques professionals i cal aconseguir una bona coordinació entre el sector salut i el sector social.

Quin tipus de col·laboració s’ha establert entre Espanya i Andorra?, com la valora?, com estan funcionant els hospitals transfronterers?

La cooperació sanitària transfronterera és part integrant del model sanitari andorrà, ja que no-més els centres referents a Espanya i França poden assegurar una part dels serveis de 2n nivell i l’atenció molt especialitzada.

La CASS ha signat regularment convenis de presa del càrrec, però avui el repte del Ministeri de Salut és assegurar la vessant qualitativa d’aquests convenis. És a dir, un millor retorn d’informació i una atenció més continuada.

D’altra banda, la dimensió transfronterera d’un país en moments de manca de professionals constitueix una ocasió d’optimitzar recursos i fomentar intercanvis per fidelitzar el personal i garantir la qualitat del servei. Els Pirineus gaudeixen en aquests moments d’una mobilització de les autoritats regionals molt encoratjadora en aquest sentit. Andorra té tot el seu lloc per contribuir a un reforçament qualitatiu del massís pirinenc i ser un centre referent per als projectes transfronterers.

Quines prioritats estableixen en el seu pla de salut?

Les recomanacions del Pla estratègic de salut apunten la necessària elaboració d’un pla director de salut, orientador i no determinista que presenti prioritats de salut en relació amb problemes de salut pública, seguretat i eficiència de serveis i compromisos clars de seguiment i adequació a les realitats socioeconòmiques del país.

Les prioritats amb les quals estem treballant actualment són les següents:

- > desenvolupament del pla oncològic.
- > presa en càrrec interdisciplinar de la diabetis.
- > seguiment de d’itinerari clínic de traumatologia.
- > salut mental.
- > salut maternal-infantil-adolescent.
- > promoció d’hàbits de vida saludables (Pla Nacional Contra les Drogodependències, estratègia Nacional esport i Salut).
- > emergències i transport sanitari.

Com articulen la xarxa d’atenció mental?

La salut mental és un bon exemple dels esforços que hem de fer per fomentar una bona coordinació entre el servei de salut mental depenent del SAAS i els actors lliberals i socials per realment poder parlar de xarxa i garantir la millor atenció de l’usuari, l’infant i l’adult. La tendència és la millor articulació entre les diferents modalitats de presa del càrrec (dia, domicili, hospitalització convencional, etc.) amb equips multidisciplinaris i una bona formació dels professionals. |

Gestió de recursos

Les tics són salut

Joan Cornet

President Executiu de TIC Salut

La velocitat dels canvis tecnològics, la innovació incessant, la pressió assistencial, etc., ens porten a un atzucac complex de gestionar. Estem davant d'una veritable revolució de les tecnologies de la informació i de la comunicació (TIC) que cada dia té un impacte més gran en la gestió de les organitzacions de la salut i, en especial, en la pràctica clínica.

Cada dia arreu del món hi ha persones que gràcies a la implementació de les TICs poden gaudir d'una millor salut. Innovacions com la història clínica personal (HMR), la recepta electrònica, les bases de dades clíniques, els sistemes d'informació estan transformant el que entenem per salut. Les TICs són cada cop més un suport bàsic per a la pràctica clínica, proveeixen informació al públic en general i són un element clau per a la informació dels professionals.

La qüestió que ens posem és la d'esbrinar el per què la implementació d'aquestes tecnologies resulta tan complexa i per què els casos d'èxit no són abundants.

Fonamentalment ens trobem davant d'un nou paradigma que no sols afecta al món de la salut sinó que afecta tota la nostra societat. No es tracta solament d'aplicar tecnologies sinó de transformar processos. Per això ens cal trobar noves formes de governabilitat, de posar en marxa estratègies organitzacionals i fer un seguiment permanent de l'impacte de les TICs

tant als ciutadans com als professionals de la salut.

Hi ha un altre paradigma que és el de la centralitat i l'autonomia dels usuaris. En pocs anys la nostra societat ha possibilitat una major autonomia personal i una major responsabilitat de la pròpia salut. Passem doncs, d'un sistema de salut "metge cèntric" a un sistema on el centre és el ciutadà, sense que signifiqui en cap moment la pèrdua de l'impacte dels professionals de la salut, que sense cap dubte és i seguirà sent cabdal.

Tot això implica un canvi en la gestió de les TICs. És clar que ja no es tracta solament d'utilitzar noves tecnologies, sinó d'establir estratègies adequades i estretament lligades als objectius de cada organització de la salut. Les TICs han de passar de ser un "problema" (de costos, d'implementació, d'innovació, etc) a ser un element clau dels processos dins de les organitzacions i un element estratègic per assolir els objectius que cada organització es proposa.

Està demostrat que una de les raons a causa de les quals els projectes TIC fallen és per la manca d'estratègia, i en especial la manca de contacte amb els usuaris finals, els professionals o els ciutadans. Cal un constant seguiment de les necessitats i de l'impacte de les tecnologies. Aquest seguiment no és fàcil i en part capgirarà la cultura habitual de les nostres organitzacions. Alguns projectes, en especial els que tenen un impacte en la clínica, afecten tot el pro-

Innovacions com la història clínica personal (HMR), la recepta electrònica, les bases de dades clíniques, els sistemes d'informació estan transformant el que entenem per salut

Les TICs han de passar de ser un "problema" a ser un element clau dels processos dins de les organitzacions i un element estratègic per assolir els objectius que cada organització es proposa



Cartagena, 340-330 / 08025 Barcelona (Espanya) / Apt. Correus 24 055 (08080)
Tel. +0034 934 169 700 / Fax +0034 934 169 730



Fundació Puigvert

La Fundació Puigvert és una institució sanitària de referència nacional i internacional, en les especialitats d'Urologia, Nefrologia i Andrologia.

Centre hospitalari i facultat del qual és: l'assistència pública i privada, en dos àmbits d'actuació diferenciats; la docència de pre i postgrau; la formació especialitzada; la recerca bàsica i clínica; la divulgació científica i l'educació per la salut.

www.fundacio-puigvert.es



La singularitat del nostre sistema de salut fa encara més complex el disseny d'estratègies i la implementació de les TICs

cés organitzacional i el sistema de presa de decisions. Es per això que és important que totes les persones claus de la organització hi estiguin implicades i tinguin el seu dir en la presa de decisions. La mateixa natura "tècnica" dels experts no fa gens fàcil aquesta tasca, les lògiques no sempre coincideixen entre la tecnologia i la governabilitat.

En el nostre cas, a Catalunya, la singularitat del nostre sistema de salut fa encara més complex el disseny d'estratègies i la implementació de les TICs. La diversa titularitat dels hospitals i dels centres de salut, la coexistència d'un sector públic amb el sector concertat i el privat donen al mateix temps una major riquesa a la provisió de serveis, però posen un repte més gran a partir del moment en què parlem d'interoperabilitat, interconnexió, telemedicina, història clínica compartida, etc.

És per això que neix la Fundació TicSalut. Per trobar noves formes de treball conjunt que, tot i respectant l'autonomia de cada institució, sàpiguen trobar els elements comuns que ens permetin avançar i millorar els nostres serveis. El Departament de Salut ha dissenyat les estratègies i ha posat en marxa el full de ruta. La Fundació TicSalut té l'encàrrec d'animar i acompanyar aquest procés de canvi. El cert és que en el Patronat de la Fundació hi estan representats tots els diferents actors del sistema de salut, tan públic com concertat i privat.

Entenem que és fonamental per a la implementació de les TICs en l'àmbit de la salut que els òrgans de govern del nostre país impulsin la

bona governabilitat. La Fundació TicSalut, que es va constituir a Mataró el 9 d'octubre del 2006, té les següents línies de treball:

1. Promoure la innovació.
2. Donar a conèixer les experiències reeixides.
3. Fomentar la cultura emprenedora i la creació de clústers.
4. Col·laborar en la recerca de finançament de projectes innovadors.
5. Assessorar nous projectes.
6. Estimular la formació tant pels professionals com pels usuaris.

A més de les accions que s'estan desenvolupant seguint aquestes línies de treball, tenim tres projectes en curs:

1. L' Observatori. Mapa de tendències. Directori de professionals SITIC. Mapa d' innovació SITIC a Catalunya. Inex de maduresa tecnològica.
2. La constitució de l'Oficina tècnica d'estàndards i interoperabilitat.
3. El disseny del Pla estratègic de telemedicina i teleassistència.

Tot plegat, amb l'objectiu que a partir dels enormes esforços humans i econòmics i la bona feina feta a cada hospital i a cada centre de salut, anem ajudant a construir el nou model de salut a Catalunya, a on les TICs tenen sense cap mena de dubte un paper clau. Això només serà possible amb un diàleg permanent a tots els nivells, amb l'intercanvi d'experiències i el disseny d'estratègies realistes i ambicioses. Estem convençuts que les TICs també són salut. |

Gestión de recursos_ Las tics son salud

Estamos ante una verdadera revolución de las tecnologías de la información y de la comunicación. Las organizaciones de la salud no se escapan de este fenómeno, al contrario. Para ellas es una buena oportunidad que no pueden desaprovechar de gestión del cambio. Las tecnologías están al alcance pero su implementación no resulta fácil. Dos paradigmas complican su aplicación. El primero es la

necesidad de trabajar en procesos, lo que implica a un mayor número de personas y, a su vez, una toma de decisiones más complejas. El segundo es el ciudadano/usuario que se convierte progresivamente en el centro del sistema de salud, sin menoscabar la importancia de los profesionales de la salud, pero que supone una nueva serie de exigencias al sistema de salud. |

Bibliografía

- World Health Organization.** 2006. Building Foundations for e-Health. ISBN 924 156335 4
- Philip Ball.** Critical Mass. How one thing leads to another. Arrow Books London.2005
- D. Held & A. Mc Grew.** Global Transformations. Politics, Economics and Culture. Polity Press. Cambridge.(UK). 2001
- The Rise of the Network Society, The Information Age: Economy, Society and Culture, Vol. I.** Cambridge, MA; Oxford, UK: Blackwell (1996) (second edition, 2000)

Recomanació de llibres

Organizaciones sanitarias integradas

Aquest llibre recull els resultats de tres anys de treball sobre l'organització de la provisió de serveis públics de salut a Catalunya. El seu objectiu és contribuir a un millor coneixement d'aquestes experiències. D'aquesta manera, a partir del marc teòric proposat, s'analitzen en profunditat sis casos d'organitzacions sanitàries integrades. |

Autor: María Luisa Vázquez Navarrete i Ingrid Vargas Lorenzo

Editor: Hubert Hanrath. Projectes editorials i comunicació



Análisis del perfil directivo de San Benito Menni

Aquesta obra es fonamenta en la identificació i sistematització dels diferents valors en què es basen els criteris administratius de la Congregació, així com els principis de gestió que van estar presents en la praxis directiva de San Benito Menni en la seva actuació com a director general de la Congregació. |

Autor: Dr. Joan Orrit Clotet

Editor: Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús



La financiación del gasto sanitario desde la perspectiva de la experiencia comparada

Aquesta obra aborda els problemes de l'actual model de finançament de la sanitat, i les seves possibilitats de reforma en un futur proper, des d'un punt de vista comparat amb altres sistemes sanitaris de l'OCDE, el que permet tenir referents per a assolir una pràctica més eficaç. |

Autor: Juan Manuel Cabasés Hita

Editor: Fundación BBVA



Abelló Linde
Div. Medicinal

Evolutione con nosotros hacia
una nueva categoría de Servicios
Medicinales

Abelló Linde desempeña un papel fundamental en el área medicinal, siendo una de las compañías más importantes en el suministro de gases para el cuidado de la salud.

Ofrecemos a los profesionales del mundo sanitario soluciones para satisfacer sus necesidades de suministro y servicios de gases medicinales y farmacéuticos.

Estas soluciones están diseñadas con un claro objetivo: ayudar a brindar a los pacientes un cuidado más eficaz y seguro. Son muchas las áreas de diagnóstico y terapias donde Abelló Linde aporta su experiencia.

Nuestros productos y servicios juegan un papel fundamental en las unidades de cuidados intensivos, en los campos de la anestesiología, la obstetricia y la cirugía, así como en la mayoría de las urgencias hospitalarias.

También son esenciales en el ámbito del homecare, mediante el que diariamente miles de pacientes de todo el mundo reciben los servicios del grupo Linde en su domicilio.

web: www.abellolinde.es / Mail: info@abellolinde.com

EL “turisme mèdic”, estratègia de sector i de país

A propòsit de l'Acord Institucional del 12 de setembre de 2007

Jaume Tort

President Executiu de Barcelona Centre Mèdic

El darrer 12 de setembre es va presentar el Pla d'Internacionalització del sector de la salut, promogut pel COPCA i pel Departament de Salut. Un Pla que segueix els Acords per a la Millora de la Competitivitat de les Empreses de Catalunya i que cerca nous sectors amb capacitat per a la internacionalització. I com a primer fruit d'aquest Pla, es va signar un acord de col·laboració entre el COPCA, Turisme de Catalunya, el Departament de Salut, la Cambra de Comerç de Barcelona i l'Associació Barcelona Centre Mèdic (BCM).

Tant el Pla Global com l'Acord concret recuperen una estratègia de progrés, fonamentada en el reconeixement del pes del sector de la salut a l'economia del país i de la capacitat d'arrossegament del nostre sector, enfront de molts dels altres sectors productius. I l'objectiu no és altre que la internacionalització de les empreses i les organitzacions sanitàries per aconseguir, entre d'altres fites, que Catalunya sigui un “hub” internacional de la medicina.

Moltes empreses del sector (farmacèutiques, equipaments, consultories, etc.) ja disposen d'una trajectòria internacional important. En aquest cas, es tracta d'aconseguir el màxim recolzament per consolidar-ne el posicionament

als diferents mercats. Però a més, el Pla pretén que moltes altres empreses i organitzacions se sumin a la internacionalització, entenent que tenen els requeriments necessaris per aconseguir-ho i, sobretot, que es generin entre totes les màximes sinergies.

En relació al que s'anomena internacionalment “turisme mèdic”, de fet consolidem una pràctica que alguns centres mèdics de Barcelona fa dècades que desenvolupen. Si bé es concentra bàsicament al sector privat, un nombre reduït però qualitativament molt important d'unitats de centres de la xarxa pública també tenen un nombre significatiu de pacients de fora de Catalunya. Es tracta d'aprofitar aquesta herència potent, consolidar-la, fer-la créixer i sumar-la a la resta d'iniciatives del sector. Però, a més a més, en el cas del turisme mèdic s'hi afegeixen altres elements:

- › Hi ha molt poques ciutats al món que concentren un parc hospitalari tan potent, diversificat i de prestigi com Barcelona.
- › En una visió internacional i de sistema sanitari, Catalunya i Espanya són un referent internacional magnífic. Aquest és un actiu no gens despreciable, també quan es parla de la medicina privada.
- › També des d'un punt de vista del màrqueting

Si bé el turisme mèdic es concentra bàsicament al sector privat, un nombre reduït però qualitativament molt significatiu d'unitats de centres de la xarxa pública també tenen un nombre important de pacients de fora de Catalunya



internacional i de la visibilitat de Barcelona i de Catalunya més enllà de les nostres fronteres, cal esmentar l'esforç dels darrers anys en matèria d'R+D mitjançant la potenciació dels parcs de recerca en biomedicina i ciències de la salut, situant Barcelona al mapa mundial de la recerca avançada a l'àmbit sanitari. Un altre actiu i una altra sinergia potent amb molts dels altres subsectors sanitaris.

› A un altre nivell, la sinergia turística. Barcelona és un destí turístic dels més importants d'Europa i del món i disposa d'un prestigi internacional suficient, de manera que ens suposa una carta de presentació excel·lent a tots els serveis i les iniciatives d'alt valor afegit que sumem a la promoció de la ciutat. És una oportunitat que no tenen gaires dels nostres competidors europeus en termes de "turisme mèdic" i l'hem de saber aprofitar. Hi afegim aquí un altre fet rellevant: Barcelona lidera la llista de ciutats amb més congressos i reunions internacionals en el camp de les ciències de la salut.

› L'escenari mundial del turisme mèdic. Som davant d'un "mercat" de caràcter global i creixent. Cada dia més pacients viatgen a altres països per rebre atenció mèdica i les motivacions ja han superat l'arquetip de tractar-se de països amb pocs recursos tecnològics o qualitat escassa. Actualment, una bona part del turisme mèdic viatja per obtenir millors preus dels que

tenen a l'assistència privada del seu país o per estalviar-se molts mesos de llista d'espera pública. I pel que fa a les destinacions, també es trenca el tòpic que els països més rics i amb més tecnologia han de ser els receptors dels pacients més importants. I quasi és el contrari: el Regne Unit i els Estats Units a nivell global, són probablement els dos "emissors" principals de pacients (50.500 pacients britànics han viatjat a l'exterior l'any 2006, amb una despesa mèdica estimada de 190 M). I pel que fa als països receptors, algunes de les economies emergents són les protagonistes: l'Índia, Tailàndia, Singapur; amb hospitals amb un nivell de qualitat i de productivitat envejable. En aquest context, quines possibilitats té Barcelona com a destinació del turisme mèdic internacional? Sincerament, creiem que moltes. Tenim una oferta important, agrupada dins la ciutat, amb capacitat i solvència tant en quantitat com en qualitat. I el que és molt important, amb un nivell de preus de l'assistència privada amb un diferencial molt favorable en relació als competidors europeus d'Alemanya o de Suïssa (d'un 30 a un 45% menor).

› El sector assistencial privat a casa nostra és extraordinàriament dependent de les assegurances privades, que –com és prou conegut– en molts casos retribueixen els professionals i els centres molt deficitàriament. El turisme mèdic

Actualment, una bona part del turisme mèdic viatja per obtenir millors preus dels que tenen a l'assistència privada del seu país o per estalviar-se molts mesos de llista d'espera pública

Cal afegir els serveis dins i a prop dels centres sanitaris: expertesa en idiomes dels professionals sanitaris, gestió de l'estada dels familiars i acompanyants, el seguiment i la fidelització posterior del pacient, etc.

pot millorar aquesta situació en la mesura que treballa en un marc de tarifes i de preus internacional, molt superior a l'habitual de les asseguradores, diguem-ne nacionals.

Tota aposta de creixement, però, requereix d'un esforç, d'una inversió. I el turisme mèdic en concret, i la internacionalització del sector de la salut en general, no n'és una excepció.

Primer, cal la modernització i l'actualització dels equipaments. I Barcelona –i aquest és un fet excepcional– ha obert dos grans hospitals privats en els darrers mesos i dos centres més estan en construcció. Una aposta arriscada i valenta dels seus promotors, però que es converteix en un avantatge competitiu pel que fa al màrqueting, a la visibilitat i al prestigi de les institucions que els gestionen.

› Una altra línia d'inversió és la millora dels requeriments de qualitat. Cada vegada més, el mercat de les asseguradores internacionals, dels brokers i dels webs especialitzats, demana que s'objectivin els nivells de qualitat i d'acreditació propis. Per tant, la millora continua i l'assoliment d'estàndards de qualitat internacionals ha de ser un objectiu dels centres i una línia d'inversió imprescindible.

› L'altre gran línia d'inversió a desenvolupar es

situa al voltant dels serveis d'acollida al pacient internacional. A nivell turístic en sabem molt, però ens cal afegir els serveis dins i a prop dels centres sanitaris: expertesa en idiomes dels professionals sanitaris, gestió de l'estada dels familiars i acompanyants, el seguiment i la fidelització posterior del pacient, etc. Una feina, altrament però, molt atractiva.

Tornant al Pla d'Internacionalització: no em referiré a les línies de treball més pensades per al sector empresarial sanitari, però pel que fa al turisme mèdic, posa sobre la taula ajudes institucionals, tal com s'ha fet durant molts anys per molts altres sectors productius que desenvolupen processos d'internacionalització. D'altra banda –i és tan important com les ajudes– les institucions incorporaran d'una manera sistemàtica a la seva promoció internacional el sector de la salut als seus plans d'actuació.

En aquest nou escenari, Barcelona Centre Mèdic vol ser l'instrument de promoció internacional dels serveis sanitaris de Barcelona i de Catalunya. Amb una visió moderna, oberta i de consens amb tots els agents i organitzacions.

Tenim els elements, coneixem els objectius, ens toca treballar. |

Opinió

El "turismo médico", una estrategia de sector y de país

El 12 de septiembre se presentó el Plan de Internacionalización del sector de la salud, promovido por el COPCA y el Departament de Salut, para conseguir, entre otros objetivos, que Cataluña sea un "hub" internacional de la medicina. Se trata de consolidar la práctica del "turismo médico" que algunos centros de Barcelona realizan desde hace décadas. Esta práctica, si bien se concentra básicamente en el sector privado, existe un número reducido pero cualitativamente muy importante de unidades de centros de la red pública que tienen pacientes de fuera de Cataluña.

Además, en el caso de Barcelona se añaden otros elementos:

- › Pocas ciudades concentran un parque hospitalario tan potente, diversificado y de prestigio como Barcelona.
- › El sistema sanitario de Cataluña y España son un referente internacional.

- › Barcelona destaca por la investigación y el desarrollo.
- › Barcelona es uno de los destinos turísticos más importantes de Europa y el mundo.
- › Barcelona está bien posicionada dentro del mercado mundial de pacientes que viajan para tratarse médicamente.
- › El turismo médico puede mejorar la retribución de los centros y profesionales dependientes de las aseguradoras privadas.

Y para apostar por la internacionalización se requiere un esfuerzo y una inversión:

- › Modernización y actualización de los equipamientos.
- › Mejora continua y consolidación de estándares internacionales.
- › Inversión en los servicios de acogida de los pacientes internacionales y sus acompañantes. |

El nostre valor més important

podria ser la nostra xarxa de més de 70 laboratoris distribuïts per tota Espanya,

podria ser **la nostra capdavantera tecnologia** o

el nostre expert equip de professionals.

Però, realment, el nostre valor més important és

la seva confiança



GENERAL LAB

LABORATORIS D'ANÀLISIS

Laboratori Central: Viladomat, 288 · 08029 Barcelona · Tel. 93 363 60 00 · Fax 93 419 74 21
Laboratori Central: María de Molina, 28 · 28006 Madrid · Tel. 91 782 36 20 · Fax 91 411 19 94
www.general-lab.com

1-877-AURELIA

OVIDIGROUP SL, B-63.918.346,
C/ ROGER DE FLOR 195, SBD, BCN, SPAIN, CP 08205, Tel-Fax 93 712 06 05,
E-mail: info@ovidigroup.com www.ovidigroup.com

AURELIA

OVIDIGROUP SL, EMPRESA IMPORTADORA Y DISTRIBUIDORA AUTORIZADA

GUANTES DE LATEX Y NO LATEX SANITARIOS

© UNISL

LIDER MUNDIAL EN TECNOLOGIA Y CALIDAD