

Referent

PAPERS DE LA **FUNDACIÓ UNIÓ**

A fons

Las debilidades estructurales del Sistema Nacional de Salud ante la crisis económica

A reflexió

L'impacte del sistema tributari en el sector sanitari i social

Entrevista

Dr. Manel Balcells
President executiu de Biocat,
Bioregió de Catalunya



08

STAFF

CONSELL EDITORIAL

President:

Roser Fernández

Vocals:

Lluís Miravittles, Josep Martí, Xavier Gibert,
Anna Riera, Cristina Aragüés i Estefania Linés

CONSELL DE REDACCIÓ

Direcció:

Josep Martí i Lluís Miravittles

Coordinació:

Cristina Aragüés

Redactora en cap:

Estefanía Linés

Redacció:

Anna Cerdà i Andrea Gil Bermejo

Col·laboradors:

Joan Maria Ferrer i Carles Loran

Disseny i maquetació:

Wenceslau Aparicio

Serveis comercials:

Víctor Bertran, Jordi López,
María Rodríguez, Alejandro Nigro,
i Vanessa Massó

Correcció:

Isabel Vidal

Impressió:

Norprint

Serveis editorials i comercials

Quarck Comunicació SL,
Travessera de Gràcia, 30, 2º C-D
08021 Barcelona
Tel. 93 200 36 77
Fax 93 200 76 19
quarck@grupoquarck.com
www.grupoquarck.com

Fundació Unió

Carrer Bruc, 72 1r. 08009 - Barcelona
comunicacio@uch.cat
T. 34 93 209 36 99
F. 34 93 414 71 22
www.fundaciounio.cat
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: 3.000 exemplars

Dipòsit Legal: B-12.544-2009

ÍNDEX

- P. 3 EDITORIAL
Atents a la política!;
- P. 4 A FONTS
Las debilidades estructurales del Sistema Nacional de Salud ante la crisis económica;
José Ramón Repullo
- P. 12 A REFLEXIÓ
L'impacte del sistema tributari en el sector sanitari i social;
Jordi Casals
- P. 16 CASOS PRÀCTICS
La importancia de las TIC en la gestión hospitalaria;
Josep M. Constanza i Eduard Riera
- P. 20 ENTREVISTA
Manel Balcells;
- P. 24 GESTIÓ DE RECURSOS
Una alianza estratègica amb compromís de futur.
Manel Barbanoj i Jaume Kulisevsky

Per a subscriure's a la revista gratuïtament envïi les seves dades de contacte:

Nom: _____

Cognom: _____

Adreça: _____

Telèfon: _____

Email: _____

T. 34 93 209 36 99

F. 34 93 414 71 22

email: comunicacio@uch.cat

Atents a la política!

D'un temps ençà, i per motius ben diversos, es parla de desafecció política. Serveix, aquesta expressió, per definir una progressiva pèrdua d'interès per part de la ciutadania envers la política i tot allò que se'n deriva quan la seva acció pràctica es desenvolupa en el marc de la democràcia representativa: partits, representants, càmeres legislatives, etc.

No entrarem a valorar l'existència d'aquesta suposada desafecció ni els motius que normalment serveixen per explicar-la, perquè el nostre editorial assenyala, precisament, en la direcció contrària: la necessitat d'estar atents a la política, entendre que és, en el marc d'aquesta, on es prenen les decisions de gran calat que provoquen canvis irreversibles en tots els àmbits de la vida col·lectiva.

En el camp que ens ocupa, valgui com a exemple la Proposició de Llei de modificació de la Llei 15/1997, de 25 d'abril, sobre habilitació de noves formes de gestió del Sistema Nacional de Salut que, a iniciativa del grup Izquierda Unida, va ser votada i aprovada al Congrés dels Diputats el passat mes de novembre. El text aprovat, diu textualment en l'article 1, que "la prestació i gestió dels serveis sanitaris i sociosanitaris podrà portar-se a la pràctica, a més a més d'amb mitjans propis, mitjançant acords o contractes amb persones o entitats exclusivament públics en els termes previstos en la Llei General de la Sanitat".

És de suposar que aquesta proposta, malgrat haver obtingut l'aval en el seu primer escull, patirà canvis en el redactat en les posteriors fases del procés legislatiu. Ara bé, des de Referent considerem obligat advertir que aquest redactat suposaria un gir de cent vuitanta graus en el sectors salut i d'atenció a la dependència, inhabilitant per a la prestació de serveis públics a bona part de les entitats que, històricament, desenvolupen aquest paper a Catalunya. És per això que afirmem que cal estar atents a la política perquè aquesta, amb desafecció ciutadana o sen-

se, segueix sent el camí per establir les bases del funcionament, entre d'altres coses, dels serveis públics de salut i d'atenció a la dependència, que a nosaltres ens ocupen i preocupen.

És en la mateixa línia d'interès i preocupació per allò que indefectiblement afecta el sector que ha d'entendre's també la compareixença del President de la Unió Catalana d'Hospitals, Dr. Boi Ruiz, a la Subcomissió del Pacte per la Sanitat també al Congrés dels Diputats, defensant un acord que permeti l'augment del finançament sanitari i la defensa dels models de gestió que impliquen la col·laboració público-privada. El Dr. Ruiz va demanar també, en la seva compareixença, que s'avanci en un model de pacte que, en lloc d'estar centrat en la variable ideològica, ho estigui en les qüestions tècniques i en els resultats. De fet, la compareixença del Dr. Ruiz va ser una posada al dia de les reivindicacions permanents de la Unió Catalana d'Hospitals que ja van fer-se evidents en la signatura del Pacte per la sostenibilitat del sector que aquesta entitat, conjuntament amb Foment del Treball, Fepime Catalunya, Fenin Catalunya i Federació de Mutualitats, va signar l'any 2008 i que manté la seva plena vigència.

Hem aportat dos exemples d'actes polítics, tots dos del Congrés dels Diputats, que posen damunt la taula dues concepcions diametralment oposades del model de prestació de serveis públics de salut i d'atenció a la dependència. Els exemples deixen clar que, més enllà de qualsevol temptació de desafecció, la política segueix sent el camp d'acció sobre el qual cal influir per fer realitat les millores i allunyar els perjudicis.

Més enllà d'aquest editorial, el que volem és, sobretot, fer una crida a tot el sector a mantenir-se atent al joc polític deixant de banda qualsevol temptació de desafecció. Aquesta crida és, especialment pertinent, en l'àmbit de les associacions patronals i és per això que la Unió vol prendre partit des de la capacitat i el coneixement tècnic deixant al marge la prevenció i el complex ideològic. |

Las debilidades estructurales del Sistema Nacional de Salud ante la crisis económica

José Ramón Repullo

Profesor y Jefe del Departamento de Planificación y Economía de la Salud
Escuela Nacional de Sanidad, del Instituto de Salud Carlos III

A fons



En este artículo desarrollaremos la relación entre crisis económica y Sistema Nacional de Salud a partir de tres enfoques: en primer lugar, caracterizaremos la estructura del conjunto del sistema (macro) desde la perspectiva evolutiva, como medio para entender las fortalezas y debilidades del mismo ante los problemas económicos y financieros del escenario actual; en segundo lugar, profundizaremos en el análisis de la estructura de provisión de servicios (meso y micro) como ámbito central en la prestación de servicios a los ciudadanos; y, en tercer lugar, analizaremos siete ámbitos de impacto de la crisis económica en los escenarios anteriores. Finalmente, haremos un resumen y extraeremos algunas conclusiones en clave de reformas estructurales y buen gobierno.

Entendiendo las fortalezas y debilidades derivadas de la génesis de nuestro Sistema Nacional de Salud

Buena parte de las debilidades (aunque también de las fortalezas) del Sistema Nacional de Salud (SNS) provienen de su origen, que no es únicamente la *Ley General de Sanidad* (LEGSA) de 1986, sino que proviene de una senda o trayectoria histórica anterior, basada en un sistema “*Bismarkiano*” (seguro social sanitario) que evolucionó de forma incrementalista hacia la creación de una red propia y a la extensión muy amplia de su cobertura poblacional. Pero supone, de hecho, una continuación del sistema de seguridad social previo, siendo el cambio mucho más progresivo de lo que suele considerarse¹.

Este sistema de *seguro social sanitario* para los trabajadores y sus familias (dentro del Sistema de la Seguridad Social), que hasta 1978 gestionó el INP (Instituto Nacional de Previsión), no sólo contrató o concertó servicios sanitarios públicos y privados, sino que creó una red de consultorios, ambulatorios, residencias sanitarias (hospitales generales) y ciudades sanitarias (grandes hospitales supra-regionales). Además, se estableció un sistema de contratación semi-funcionarial (“personal estatutario”), para todos los empleados de estos servicios (incluidos los médicos). El sistema empleado era salarial para los servicios “jerarquizados” (hospitales) y capítativo para los profesionales extra-hospitalarios (generalistas, practicantes y especialistas).

Como vemos, buena parte de las características estructurales del SNS tienen sus raíces en este esquema. Y dos aspectos ayudan a la *controlabilidad* financiera: a) el tener una red propia donde cabe aplicar (aunque de forma imperfecta) el “racionamiento” presupuestario, y b) la vinculación salarial de los médicos, que limita el conocido efecto de “*demanda inducida por la oferta*” (comprobado allí donde se paga por acto o se retribuye en función del volumen de actividad asistencial producido).

La transición democrática nos trae dos nuevos organismos especializados (el INSALUD y el Ministerio de Sanidad) y un proceso decidido de extensión de la acción protectora de la Seguridad Social (cuando en 1989 se produce la “universalización” con la incorporación del régimen de beneficencia, una buena parte de la población estaba ya protegida por la sanidad pública).

También los acuerdos constitucionales en los que se basaba la nueva democracia española lleva a crear el “Estado de las Autonomías”; así, y de forma tan temprana como en 1981 (transferencia de INSALUD a Cataluña) se comienza a descentralizar un sistema que aún no se había acabado de diseñar.

Junto a los aspectos positivos de la universalización y la descentralización, el modelo incrementalista plantea serias limitaciones, ya que se intenta avanzar en la construcción un modelo *Beveridge* (Sistema o Servicio Nacional de Salud) de arquitectura federal, sobre la base de un modelo *Bismarkiano* de corte centralista y reglamentista.

El papel de la Ley General de Sanidad de 1986 era precisamente tomar el control de este proce-

so, darle consistencia, coherencia y profundidad en los cambios y reformas necesarias. Pero, mientras se preparaba la LEGSA, y se producían las primeras transferencias del INSALUD, la maquinaria de reformas tuvo que continuar, al menos en dos frentes fundamentales: a) La pésima calidad y condiciones de trabajo en el ámbito extra-hospitalario llevaron a impulsar desde 1984 la reforma de la atención primaria, y la integración de los especialistas ambulatorios en el hospital de referencia del área (la llamada “jerarquización”); y b) el impacto de la crisis económica de la primera mitad de los años 80 condicionó la búsqueda de métodos gerenciales para el gobierno de los hospitales, de forma que en 1985 se modifica el reglamento de éstos y se seleccionan y nombran los primeros Directores-Gerentes en hospitales del INSALUD.

Con un marco dinámico y de crisis abierta, cabría decir que la LEGSA tiene un cierto éxito en formalizar un marco narrativo para identificarnos con los modelos del Norte de Europa (inspiración Beveridge = SNS) con los que ya compartíamos muchos elementos estructurales (red de provisión pública), para dotarnos de una fuerte orientación hacia la salud poblacional (atención primaria y salud pública), para diseñar un modelo descentralizado en regiones (CCAA, Áreas y Zonas Básicas de Salud, y para señalar objetivos claros de universalización. Pero se quedó corta en su capacidad de otorgar derechos de ciudadanía sanitaria (cobertura por el hecho de ser ciudadano, y aseguramiento público común y único).

Ernest Lluch no consiguió que la LEGSA naciera consensuada, ni con la profesión médica ni con Alianza Popular, que se opuso frontalmente. El consenso, curiosamente se obtuvo diez años después, cuando el Partido Popular en el gobierno, a través de la subcomisión parlamentaria para la consolidación y modernización del SNS, acaba aceptándola².

El cierre del diseño se produce dieciséis años después de la LEGSA, al completarse las transferencias del INSALUD a las CCAA (enero 2002 con el nuevo sistema de financiación no finalista de la Ley 21/2001). En este momento, la arquitectura sistémica se basa en impuestos, aunque no hay una unificación del aseguramiento público (se mantiene el mutualismo administrativo separado) y la vinculación de los derechos al sistema de seguridad social impide de hecho una auténtica universalización por reconocimiento de ciudadanía sanitaria.

“Dos aspectos ayudan a la controlabilidad financiera del SNS: a) el tener una red propia donde cabe aplicar (aunque de forma imperfecta) el “racionamiento” presupuestario, y b) la vinculación salarial de los médicos, que limita el conocido efecto de “demanda inducida por la oferta”

1- Repullo JR ¿Entraría en un “Pacto de Estado” la revitalización de los cimientos legales de la sanidad española? *El Médico*, 2009 Octubre; (1103): 12-15.

2- Puede consultarse el texto de la Subcomisión Parlamentaria para la Consolidación y Modernización del SNS en esta dirección: <http://www.cfn Navarra.es/salud/anales/textos/vol21/n2/legis3>

3- González-López-Valcárcel B, Barber P, 2006. Desigualdades territoriales en el Sistema Nacional de Salud (SNS) de España. Documento de trabajo 90/2006. Fundación Alternativas, Madrid

4- Repullo JR. ¿Es de buena calidad nuestro sistema de financiación? (ed.) *Rev Calidad Asistencial*. 2005; 20(7): 357-8.

A partir del 2002 se empiezan a evidenciar nuevos problemas: la descentralización realizada no tiene mecanismos apropiados para resolver una serie de problemas sistémicos, entre los cuales destacan tres: la coordinación del SNS, la gestión del personal estatutario, y las políticas de ordenación de las profesiones sanitarias. De forma apresurada se lanzan tres leyes (Cohesión, Ordenación de Profesiones, y Estatuto Marco) que intentan dar respuesta a estos problemas, pero no aportan realmente mecanismos o recursos de poder suficientes como para cohesionar realmente al sistema: cabría decir que siempre es complicado acordar las reglas de juego, cuando el partido ha comenzado, máxime cuando las competencias de las Comunidades Autónomas están blindadas con leyes de enorme rango jerárquico.

De hecho, este paquete normativo parece que no ha funcionado correctamente. El SNS ha continuado una deriva divergente, y no ha conseguido resolver satisfactoriamente los principales retos de gobierno y gestión de problemas compartidos³.

Y, además, otros factores agravaron la capacidad de hacer funcionar los 17 servicios de salud como un todo coordinado:

- primero, la ausencia de nodos de coordinación de perfil más técnico que pudieran mitigar la confrontación partidaria (que fue particularmente virulenta entre 2004 y 2008);

- segundo, las reglas de financiación autonómica que se estrenaron en 2002, junto con el juego electoral, acabaron favoreciendo un comportamiento oportunista tanto del gobierno nacional (el famoso “invito yo y pagas tú”) como de los gobiernos autonómicos (bail-out o gestión temeraria con rescate, que llevó al salvamento financiero de 2005 gestado en la primera Conferencia de Presidentes)⁴;

- y, tercero, se evidenció que el Ministerio de Sanidad carecía del marco técnico y organizativo, y de los recursos humanos especializados como para empezar a liderar al SNS descentralizado desde una nueva legitimidad no competencial; por ejemplo, desarrollando nuevos instrumentos del tipo gestión del conocimiento, subvenciones finalistas, sistemas de información, gestión de procesos comunes, y otros modelos de influencia.⁵

A pesar de que en las etapas de crecimiento económico de los primeros años de este siglo había más posibilidades de enfocar cambios estructurales y completar la institucionalización

del SNS, lo cierto es que la bonanza parece que adormeció a todos en un apacible malestar.⁶

Analizando las fortalezas y debilidades de la estructura de provisión de servicios del SNS

Como hemos comentado antes, el sistema público de salud español, a pesar de su inspiración *Bismarckiana*, optó muy tempranamente por desarrollar una red propia de provisión de servicios; por lo tanto, el análisis de fortalezas y debilidades obliga a complementar en cuadro sistémico anterior, haciendo un rápido escrutinio de los cambios en la atención especializada y primaria, que en nuestro país están mayoritariamente integrados dentro de la estructura del Estado (y por tanto dentro de sus normas presupuestarias, administrativas y de función pública).

Los cambios se han comenzado a producir desde principios de los años 90; la gestión contractual, y las nuevas formas de gestión:

- la aplicación de contratos-programa o contratos de gestión entre el financiador público y el proveedor público se demuestra como una buena herramienta para explicitar el intercambio entre financiación y compromisos de actividad, calidad y resultados, para racionalizar el crecimiento y transformación de efectivos, para controlar la cartera de servicios y tecnologías, y para estimular la redición de cuentas y la cultura de la evaluación;

- la transformación del marco de funcionamiento de los centros y servicios sanitarios, explorando los llamados modelos o nueva formas de gestión.

Respecto a esto último, se ha avanzado en un tipo de modernización de la provisión de servicios a través de formas directas e indirectas de gestión (con personalidad jurídica), que se consolida tras la habilitación legal de estos experimentos producida en la conocida Ley 15/1997; esta “fuga del derecho administrativo” busca eludir la enorme rigidez de una administración burocrática renuente a cualquier modelo de nueva gestión pública, pero se limita, de hecho, a ensayarla tan sólo en los nuevos centros y servicios (fundamentalmente vía consorcios, fundaciones y entes o empresas públicas) sin que se avance en cambios substanciales del modelo de gestión convencional heredado por el INSALUD.

Sin embargo, estas transformaciones de mesogestión han tenido poca penetración en la microgestión. Cabría hacer alguna reflexión sobre los



cambios en la capacidad de resolver problemas y responder a las necesidades, preferencias y demandas de nuestros centros y servicios.

Dos fortalezas fundamentales del sistema provisor (hospital público y atención primaria reformada) se mantienen, aunque con el paso de los años se debilitan:

- La notable excelencia clínica y técnica del sistema hospitalario de la seguridad social construido entre finales de los 60 e inicios de los 80: se basó en un modelo organizativo con más legitimidad científica y menos jerárquica, protagonizado por un grupo profesional de alta calidad y compromiso que se apoyó en un novedoso y efectivo sistema de formación (los MIR), y que se extendió a la vez que la red de hospitales crecía rápidamente (más de 50.000 camas en 15 años).

· Esta fortaleza, aunque se mantiene y vertebra el sistema público de salud, se va erosionado al cambiar la tipología de pacientes (cronicidad y co-morbilidad): un modelo excelente para pacientes agudos y procesos bien delimitados, se ajusta mal al paciente anciano, al proceso crónico y a la pluri-patología.

· Además, al envejecer y jubilarse precipitadamente la cohorte pionera, no está siendo fácil incorporar a las siguientes generaciones; junto a ello, el debilitamiento de los referentes morales y los valores intangibles que la post-modernidad ha introducido en la sociedad actual, ha alienado a los médicos de su proyecto laboral, precisamente cuando más se necesita una revitalización del profesionalismo y una fidelización al servicio público de los agentes fundamentales.

· Finalmente, el avance en el conocimiento y las tecnologías incide en la hiper-especialización de la medicina, y la atracción del clínico hacia un nuevo rol de tecnólogo del conocimiento (cada vez más la instrumentación técnica

atrapa al médico y define su puesto de trabajo). Esto complica exponencialmente los problemas de coordinación de procesos, y choca con la conciencia individualista del profesionalismo decimonónico que aún se encuentra fuertemente anclada en el código genético de la profesión médica.

- La valiosa reforma de la atención primaria, emprendida a partir de 1984 para reconstruir una de las áreas más deterioradas en el modelo anterior, supuso un cambio dramático en las posibilidades de desarrollo de la sanidad pública española, que fue aprovechado aunque no con toda su potencialidad. Entre mitad de los años 80 y finales de los 90 se completó una rápida transformación protagonizada por cohortes jóvenes de médicos de familia y pediatras de atención primaria, que paralelamente al cambio del hospital antes descrito, incorporaron calidad científica, dedicación horaria y compromiso personal al trabajo clínico y preventivo.

· A pesar del discurso político, y de la evidencias de mejoras en los servicios sanitarios, el apoyo político y económico a esta reforma se fue haciendo más retórico que práctico, y las reticencias del hospital a delegar y otorgar más protagonismo y legitimidad al centro de salud mermaron las posibilidades de desarrollo.

· Junto a esto, la cohorte profesional, que en este momento goza de un conocimiento y experiencia asentadas y altamente valiosas, ha perdido fuerza y adolece del dinamismo original, acusando el daño moral ocasionado por el abandono a su suerte que atribuye a las autoridades sanitarias; las nuevas generaciones tienen una perspectiva menos romántica, al incorporarse a un sistema ya existente, del cual se sienten más empleados que protagonistas.

· Finalmente, ante el cambio epidemiológico antes mencionado, la atención primaria se

"Dos fortalezas fundamentales del sistema provisor se mantienen, aunque con el paso de los años se debilitan: la notable excelencia clínica y técnica del sistema hospitalario de la seguridad social construido entre finales de los 60 e inicios de los 80 y la valiosa reforma de la atención primaria, emprendida a partir de 1984 para reconstruir una de las áreas más deterioradas en el modelo anterior."

5- Repullo JR. Los instrumentos extra-competenciales para el gobierno del SNS. *Derecho y Salud* 2007 (número extraordinario); 15: 11-26.

6- Fidalgo JM, Repullo JR, Alende MJ, Oteo LA. El acogedor 'Estado del malestar' del Sistema de Salud (Tribuna). *El País*, 2004, 29 Octubre. Disponible en: http://www.elpais.com/articulo/sociedad/acogedor/Estado/malestar/Sistema/Salud/epiopo/20041029elpepisoc_11/Tes

7- Aguilera M. Documento de Consenso SEDAP sobre Gestión Integrada. SEDAP, 2006. Accesible en: <http://www.sedap.es/descargas/DocConSEDAP.pdf>

8- Repullo JR. La insoportable levedad del copago. *El País* (suplemento salud), 9 mayo 2009:14.

sabe llamada a jugar un papel clave ante la cronicidad y co-morbilidad, y es consciente de ser un enclave estratégico entre lo sanitario y lo social; pero desconfía de que este desafío se salde positivamente, pues ve al hospital con demasiada fascinación tecnológica como para que abdique de capturar cualquier recurso adicional que aparezca, y con poca voluntad de cooperación como para evitar la tentación de usar a la primaria como la “*papelera de reciclaje*” donde enviar todo lo que no tenga encaje o interés para la medicina hiper-especializada del hospital moderno. Esto explica la reticencia práctica de la primaria frente a las gerencias únicas de área de salud y los modelos de asignación capitativa población por área (aunque el esquema les sea intelectualmente atractivo).⁷

Crisis económica y problemas para el SNS

La crisis económica tiene múltiples efectos en el sistema público de salud. En la **tabla 1** se recogen sintéticamente siete grandes bloques de problemas, que a continuación se comentan.

En **primer lugar**, la crisis económica supone una merma de recursos financieros para las administraciones públicas, y en particular una mayor dificultad para aportar recursos presupuestarios suficientes para la sanidad; debemos tener en cuenta que hasta ahora el sector sanitario ha presentado elasticidad positivas relevantes en relación al crecimiento económico, así como una enorme dificultad para gestionar disminuciones (dada la especificidad de activos y las resistencias políticas y sociales a aminorar servicios sanitarios, por menos eficientes o necesarios que puedan ser).

Por ello, la adaptación a este marco de pobre financiación se tiende a producir en el capital instalado (menos tecnología nueva y más dilatado plazo de sustitución), en los salarios y plantilla (capital humano) y en aquellos gastos que puedan estar sujetos a un cierto control presupuestario y puedan pasar inadvertidos (el racionamiento como erosión).

Algunos gastos se escapan de esta capacidad de control: farmacia, productos sanitarios y otros consumibles crecerán proporcionalmente porque se prescriben o indican y al final toca pagarlos (rúbricas presupuestarias abiertas). Otra cosa son los retrasos en los pagos que puedan producirse (que no en las obligaciones y devengos contraídos). Por otra parte, la pulsión política y electoral llevarán a acumular deuda más allá

de la cobertura financiera real o razonable; el lanzamiento de inversiones por PFI (concesiones de obra vía “Iniciativas de Financiación Privada”) serán muy atractivas para producir inauguraciones políticamente rentables, pero más allá de un límite empezarán a ser gestión temeraria que pondrá seriamente en peligro de “quiebra institucional” a las administraciones autonómicas.

Un **segundo efecto** será la falta de liquidez financiera para afrontar los pagos; en este caso, serán los suministradores externos (en mucha menor medida la poderosa farmacia) los que asumirán los crecientes retrasos. Esto supone lógicamente un encarecimiento de los inputs del sector (tanto por los intereses de demora como el sobrecoste de la incertidumbre del plazo de pago); también representará un desgaste por despilfarro de tiempo de los directivos y gestores del sistema, al tener que dedicar mucho esfuerzo en la gestión de los retrasos y deudas. Las haciendas autonómicas de las CCAA con poca experiencia y escasa vocación de elevar impuestos, tenderán a concentrar competencias en la gestión de compras, personal y pagos; la lógica del control lleva a más retraso, más costes de transacción internos, y a peor gestión.

El **tercer efecto** de la crisis será tensor los conflictos entre administraciones central y autonómica. El nuevo sistema de financiación aún no está rodado (entra en funcionamiento en 2010); pero los antecedentes de oportunismo y gestión temeraria que siguieron inmediatamente al sistema creado en 2001, nos debería hacer prever más tensión y menor cohesión. El nuevo sistema, por su diseño, y por la reducida capacidad económica para actuar en clave de cohesión (con los fondos de garantía de servicio y suficiencia de la nueva ley) que tiene el gobierno de España, parece especialmente poco apropiado para funcionar en tiempos de crisis económica y tributaria.

Como **cuarto efecto**, la crisis tensorá las relaciones entre las propias administraciones sanitarias. Y ello, por la debilidad de órganos sistémicos eficaces para gobernar las funciones compartidas y las interacciones entre territorios (aseguramiento público, función de compra, políticas de personal, cartera de servicios, evaluación de tecnologías, precios de medicamentos, etc.).

La tentación de las CCAA será clamar al gobierno central por más financiación sanitaria (contra el espíritu del nuevo sistema de financiación), y buscar una nueva operación de “financiación asistida” como la de 2005 de la conferencia de presidentes. Ante la poca verosimilitud de que

esto obtenga resultados, se alzará con fuerza creciente la exigencia de copagos (recaudatorios o disuasorios)⁸; con independencia de lo ineficiente e inequitativo de la solución, la mayor dificultad práctica será que todos lo que lo sugieran querrán que sea otra institución la que asuma el coste político de ponerlos en marcha; por ello probablemente esta vía será políticamente intransitable. Sería posible y recomendable que se abordaran cambios estructurales en los órganos de gobierno del SNS⁹; sin embargo parece que el “Pacto de la Sanidad” no está centrado en incorporar reformas estructurales en órganos de

gobierno y gestión, o en las reglas de juego del aseguramiento y cobertura del sistema público de salud (que posiblemente requirieran una nueva Ley General para el SNS, como corolario de un gran acuerdo institucional).

Obviamente, un **quinto efecto** de la crisis sería abonar los habituales conflictos con la profesión médica y de enfermería. La escasa legitimación del sistema y el bajo perfil del profesionalismo existente llevan a prever una conflictividad creciente, o lo que es peor, una desafección en la dedicación y el esfuerzo de mañana (la pública)

Tabla 1: Esquema de impactos de la crisis en las debilidades del SNS

CRISIS Amenaza	Características	Efectos	Comentario
Financiación pública	Merma de recursos presupuestarios e imposibilidad gestionar la disminución	Descapitalización, erosión de salarios y desequilibrios a favor de partidas abiertas	La pulsión política y electoral llevarán a acumular deuda más allá de la cobertura financiera real o razonable
Liquidez y pago de obligaciones	Suministradores externos (excepto farmacia) asumen crecientes retrasos	Encarecimiento, y despilfarro de tiempo directivo en gestión de retrasos y deudas	Las CCAA carecen de experiencia y capacidad para este tipo de gestión; sus haciendas tenderán a más control de la sanidad (no a mejor gestión)
Conflictos entre administraciones generales	Malas experiencias de oportunismo y gestión temeraria entre CCAA	Más tensión y menor cohesión	El nuevo sistema de financiación autonómica no parece que dé respuesta a los problemas de financiación en condiciones de crisis
Conflictos entre administraciones sanitarias	Falta de órganos sistémicos eficaces para gobernar, aseguramiento público, funciones compartidas e interacciones	Creciente tensión; búsqueda de nueva financiación asistida, o nuevas fuentes de ingresos	¿El pacto de la sanidad podría incorporar reformas estructurales en órganos de gobierno del sistema?
Conflictos con la profesión médica y de enfermería	Poca legitimación del sistema y bajo perfil del profesionalismo	Conflictos crecientes, y desafección probable (privada)	¿Cómo concretar un contrato social renovado con los profesionales con el sistema tan fragmentado?
Conflictos con los pacientes	Aumento de necesidades sanitarias (auténticas o derivadas) y erosión de aspectos no tecnológicos de los servicios y de la continuidad	Tendencia a saturación de servicios, deshumanización y fragmentación	El papel de la primaria, de la gestión clínica y de las experiencias de integración asistencial, puede ser central, pero van muy lentas
Conflictos con los ciudadanos	Debilidad de la cultura política para expresar las limitaciones del sistema (priorización) y de la medicina (medicalización del malestar)	Deslegitimación social, malestar y fugas parciales al sector privado o alternativo	Dificultad para avanzar en el contrato social con los ciudadanos: papel de copropietarios del sistema e implicación en su gestión

9- Repullo JR, Freire JM. Gobernabilidad del Sistema Nacional de Salud: mejorando el balance entre los beneficios y los costes de la descentralización. Informe SESPAS 2008. Gac Sanit. 2008; 22(Supl 1): 118-25

10- Repullo JR, Oteo LA. Líneas estratégicas para la revitalización del contrato social por un Sistema Nacional de Salud sostenible. En: Repullo JR, Oteo LA (eds). Un nuevo contrato social para un sistema nacional de salud sostenible. Barcelona: Ariel, 2005: 393 – 405.

complementaria a una mayor aplicación a trabajos de tarde (privada) o a la conciliación con la vida familiar (mañana y tarde). La actual rigidez y escasa capacidad de motivación del marco laboral y organizativo de los médicos y enfermeras, hacen difícil mejoras en el corto plazo; el avance en un contrato social renovado con los profesionales se hace tan necesario como difícil desde la realidad actual de un SNS tan fragmentado, y con tan pocas estructuras de consenso y negociación acreditadas.

El **sexto efecto** afectaría a la dimensión de relación con los pacientes. El paro y la merma de ingresos traen mayor necesidad y demanda, y tiende a saturar más las entradas al sistema. La merma de recursos de éste, llevará a erosionar más rápidamente los aspectos no tecnológicos de los servicios, y a compensar la falta de clásica falta de tiempo médico, con menor sensatez y coordinación que garantice la necesaria continuidad de servicios y enfoque a pacientes y procesos. El papel de la atención primaria, de la gestión clínica y de las experiencias de integración asistencial puede ser central, pero van muy lentas para compensar la tendencia natural a la fragmentación que será estimulada por la crisis.

Y en **séptimo y último lugar**, la crisis aumentará los problemas de legitimidad y fidelización de los ciudadanos con su servicio público de salud. Aunque éstos son capaces de entender lo que supone la crisis económica (lo sienten en sus propias carnes), tienen dificultad para internalizar sus consecuencias en la sanidad, sobre todo por la debilidad de la cultura política para expresar las limitaciones del sistema (priorización) y de la medicina (medicalización del malestar). Cuando se promete todo a todos y gratis, es difícil salir de la ilusión.

El choque de expectativas desmedidas y realidades con problemas crecientes y evidentes, lleva a la deslegitimación social y al malestar ciudadano; y también a favorecer fugas parciales al sector privado o a las medicinas alternativas. Uno de los problemas más difíciles, pero quizás más necesarios es éste: avanzar en contrato social renovado con los ciudadanos, que les otorgue y responsabilice en el papel de co-propietarios del sistema, y les implique en su gobierno y gestión.

Resumen y conclusiones: la vulnerabilidad del SNS ante la crisis económica y la alternativa del buen gobierno

El SNS tiene algunos puntos fuertes que le acercan a la sostenibilidad económica: su controlabilidad financiera ayuda a que la autoridad sanitaria tenga mecanismos de racionamiento que pueden ser

útiles en épocas de crisis (lo que sistemas más abiertos o de facturación por volumen como el francés o alemán tienen mucho más difícil). Pero esta cara tiene su cruz: puede ser excesivamente fácil racionar, en comparación con otros sectores; o bien, que algunas partidas pueden ser objeto de limitaciones más severas mientras que otros gastos se escapan del control, y aumentan su peso proporcional de forma no pretendida; esta ha sido la historia del gasto farmacéutico en el SNS, que ha escalado década a década posiciones relativas hasta llegar a ocupar casi un tercio de todo el gasto sanitario público.

Otro punto fuerte es el carácter integrado del grueso de servicios de atención primaria y hospitalaria. Al no existir facturación por acto para retribuir a los médicos, también se aporta sostenibilidad al conjunto del sistema; pero el precio a pagar por esta ventaja es la facilidad de políticas restrictivas de recursos humanos, y la dificultad de motivación para el buen desempeño en entornos públicos. La crisis tiende a limitar el margen de maniobra de gestores para incentivar resultados, y obliga a trasladar mayor exigencia de esfuerzo a las plantillas de empleados públicos, sin capacidad de penalizar a los que no responden, y sólo marginalmente de bonificar a los más comprometidos.

La descentralización tiene un aspecto adaptativo en momentos de crisis: a nivel regional y local, es posible ensayar alternativas imaginativas para aumentar la eficiencia global de los sistemas públicos (en particular el conjunto de sistemas socio-sanitarios y de salud pública); no obstante, para ello se requiere una madurez administrativa y técnica en el ámbito local que aún no se ha generalizado. Pero también la regionalización autonómica presenta problemas por el diseño imperfecto de los modelos de coordinación y cohesión entre partes ya mencionado. Es demasiado fácil meterse en la espiral de la gestión temeraria, trasladando costes a otra administración para retener el beneficio institucional y la ventaja política.

La complicada génesis del SNS, y el tardío e incompleto consenso político sobre el mismo, hace que la legitimidad de partida sea baja: lo vemos claramente al compararnos con el NHS británico, el cual está tan presente el capital social de la ciudadanía británica, que los debates políticos entre laboristas y conservadores orillan el cuestionamiento del mismo, y facilitan consensos en políticas de Estado. Ojalá el pacto del que se habla en España pudiera mimetizar esta cultura política de convergencia y acuerdo en aspectos fundamentales de sostenibilidad y gobernabilidad del SNS español. Finalmente, tenemos un telón de fondo preocupante: una erosión de las fortalezas de la medi-

cina clínica hospitalaria y de la atención primaria reformada, debería encender las alertas rojas, porque precisamente la crisis económica limita severamente la posibilidad de ensayar alternativas reformistas de ciclo rápido.

Jugando el recurso económico un papel central en la estabilidad del SNS y su capacidad de responder a los retos y desafíos que hemos señalado, lo cierto es que estos “malos tiempos” (el 2010 será posiblemente el peor año presupuestario de la época reciente), desvelan con mayor claridad que la verdadera enfermedad no estriba tanto en ausencia de dinero, sino en las carencias de mecanismos que permitan el buen gobierno de la sanidad.

En este sentido nos hemos expresado desde hace tiempo, buscando incorporar opiniones y consensos para abordar cambios estructurales en el SNS que garanticen la suficiencia, sostenibilidad, equidad, racionalidad, y gobernabilidad¹⁰. Los actuales foros (el pacto que lidera el Ministerio de Sanidad y Política Social, el que corre en paralelo en el Congreso de los Diputados, y el debate pendiente de abrir en la Mesa de Diálogo Social), configuran tres escenarios posibles para poner encima de la mesa estos cambios necesarios.

Porque la peor crisis posible es la que podría producirse con la pérdida de confianza, con la merma del capital social, con el declive moral y de confianza de los españoles con la sanidad pública. En momentos donde se duda de la calidad democrática, la honestidad y la integridad de instituciones y figuras políticas, es esencial que los agentes políticos y sociales hagan una contribución generosa a la revitalización del contrato social por un Sistema Nacional de Salud sostenible. |

Porque la peor crisis posible es la que podría producirse con la pérdida de confianza, con la merma del capital social, con el declive moral y de confianza de los españoles con la sanidad pública. En momentos donde se duda de la calidad democrática, la honestidad y la integridad de instituciones y figuras políticas, es esencial que los agentes políticos y sociales hagan una contribución generosa a la revitalización del contrato social por un Sistema Nacional de Salud sostenible. |



www.uch.cat



CONFIDE: CORREDURIA DE SEGUROS



C/ Balneari 243 119 - 08006 - Barcelona
Tel: 93.236.96.93 Fax: 93.236.96.94



L'impacte del sistema tributari en el sector sanitari i social

Jordi Casals
Soci de Faura-Casas, Auditors-Consultors

A reflexió



El finançament de la prestació dels serveis sanitaris i socials, especialment en l'àmbit del sector públic, com a drets fonamentals de les persones i com a columna vertebral de l'anomenada "societat del benestar", amb una tendència creixent de la demanda tant de forma qualitativa com quantitativa, requereix de les administracions públiques l'aportació d'uns recursos cada vegada més importants que, en moments de recessió econòmica com l'actual, poden conduir a un estancament, àdhuc a un replantejament del sistema actual.

Com ja es comentava en l'Editorial d'aquesta revista del mes de novembre, i amb l'objectiu d'incrementar la recaptació tributària amb la finalitat de fer front a les despeses derivades de la prestació de serveis assistencials i socials, el Govern estatal ha aprovat una sèrie de reformes tributàries que, justament, penalitzen les entitats prestadores d'aquests serveis i, en conseqüència, van en detriment de la possibilitat de comptar amb elles com a instruments de col·laboració amb el sector públic per abastar la provisió de serveis que aquest, per les pròpies restriccions financeres, no pot assumir.

És, sens dubte, en l'aplicació de l'Impost sobre el Valor Afegit (IVA), i justament en l'exempció de la qual gaudeixen les activitats sanitàries i socials, que es produeix l'efecte invers, penalitzant-les en relació a les activitats econòmiques sotmeses al règim general de l'impost. D'acord amb la normativa actual, l'assistència sanitària i els serveis hospitalaris constitueixen activitats subjectes i no exemptes, en consonància amb la normativa comunitària. El mateix passa amb les activitats de caràcter social quan aquestes són realitzades per entitats de dret públic o entitats privades sense afany de lucre.

Aquesta exempció situa el sector hospitalari, i assistencial en general, com a consumidor final a efectes de l'IVA, en no poder deduir les quotes suportades en la compra de béns i serveis destinats a la prestació de serveis assistencials. Això suposa que les quotes suportades per l'IVA, tant per la compra de béns i prestació de serveis corrents com d'inversions, comporten un major cost d'aquestes que, indubtablement afecten el cost final dels serveis prestats. Així, l'augment dels tipus impositius de l'IVA que, a partir del juliol del proper any, es preveu que passi al 18% el tipus general i al 8% el reduït, suposarà un increment en els costos dels serveis en un moment en què la crisi econòmica i les restriccions pressupostàries, d'una banda, limitaran els recursos públics destinats al seu finançament i, de l'altra, requeriran més que mai la provisió pública d'aquests serveis.

No es tracta, però, d'un fet sobrevingut. Ja des d'abans de l'entrada en vigor de la reforma de l'IVA per l'eliminació de fronteres dintre de la Unió Europea derivada del Tractat de Schengen (Llei 37/1992), s'han vingut estudiant diferents possibles alternatives per eliminar o, almenys, atenuar aquest efecte que, en tots els casos haurien de passar per una modificació legislativa, no únicament a nivell estatal, sinó prèviament a nivell comunitari:

- L'aplicació d'un tipus impositiu zero
- L'aplicació de tipus superreduïts

En relació a la possible aplicació del tipus zero de l'IVA a determinades activitats, actualment alguns estats membres de la UE vénen aplicant tipus zero a determinades activitats (venda de diaris i revistes, venda de roba i calçat per a nens,...), incloses totes elles en l'Annex H de la Sisena Directiva. Aquesta situació excepcional es ve aplicant de forma transitòria de conformitat amb el que disposa l'apartat 2 de l'article 28 de la Sisena Directiva, essent-ne l'últim venciment l'1

de gener de 2010. Plantejar doncs una modificació legislativa comunitària que possibilités l'aplicació d'un tipus zero d'IVA, que permetria la deducció de les quotes suportades en la compra de béns i serveis, sense gravar-ne la contraprestació dels serveis oferts, és a hores d'ara, un repte poc menys que inassolible.

Per aquest motiu, s'ha anat aprofundint en la cerca de fórmules que, sense una modificació legislativa, permetin una optimització, en la mesura del possible, de l'impacte que l'IVA suposa en el cost de les activitats assistencials, basades ja sigui en l'estalvi de l'IVA o, al menys, en el seu diferiment. Entre d'altres:

- La separació de l'activitat patrimonial (inversora) de la de prestació de serveis en entitats jurídiques separades, assolint així un diferiment en l'impacte de l'IVA sobre el cost de les inversions.

- El plantejament en el cas d'entitats sense afany de lucre dedicades a activitats d'assistència social a la renúncia a l'exempció, quan es preveu la necessitat de realitzar inversions significatives. Tot i la postura de l'administració tributària de qüestionar la reversibilitat de la sol·licitud d'exempció, donat que la norma no preveu la reversió.

- La creació d'entitats prestadores de serveis compartits sota la fórmula jurídica d'Agrupació d'Interès Econòmic, per assolir economies d'escala sense haver de suportar el sobrecost que representa la repercussió de l'IVA. Amb la modificació de la Llei de fundacions catalanes (Llei 4/2008, de 24 d'abril, del llibre tercer del Codi civil de Catalunya relatiu a les persones jurídiques) que ha substituït la prohibició de participar en aquest tipus d'entitats per part de les fundacions privades per l'autorització prèvia per part del Protectorat de fundacions ha ampliat les possibilitats d'aplicar aquesta solució com a mesura d'estalvi d'IVA en l'externalització de serveis.

- L'aprovació del Règim Especial del Grup d'Entitats (el REGE), d'aplicació a partir de l'1 de gener de 2007, també pot permetre als grups d'entitats en l'àmbit assistencial optimitzar les economies d'escala a través de compartir serveis sense que l'efecte de la repercussió de la imposició per l'IVA en suposi un increment del cost.

Sens perjudici de seguir explorant altres fórmules de gestió que puguin permetre atenuar l'impacte en el cost de l'IVA suportat per part de les entitats assistencials, i atenent les limitacions normatives d'àmbit comunitari, caldria que els polítics es plantejessin la possibilitat d'introduir una modificació legislativa que permetés l'aplicació d'un

“L'augment dels tipus impositius de l'IVA que, a partir del juliol del proper any, es preveu que passi al 18% el tipus general i al 8% el reduït suposarà un increment en els costos dels serveis”

“S'ha anat aprofundint en la cerca de fórmules que, sense una modificació legislativa, permetin una optimització, en la mesura del possible, de l'impacte que l'IVA suposa en el cost de les activitats assistencials”

"Caldria que els polítics es plantegessin la possibilitat d'introduir una modificació legislativa que permetés l'aplicació d'un tipus superreduït en la compra de béns i serveis destinats per l'entitat adquirent a la realització d'activitats de caràcter assistencial i social"

tipus superreduït en la compra de béns i serveis destinats per l'entitat adquirent a la realització d'activitats de caràcter assistencial i social. Aquesta opció s'inclou ja en la normativa actualment vigent en d'altres casos: l'aplicació del tipus reduït en les execucions d'obres que tinguin per objecte la construcció o rehabilitació d'edificis destinats principalment a habitatges, a la venda i instal·lació de mobiliari de cuina i banys, etc.

Aquest pas, però, passa probablement per un replantejament en l'estratègia del govern de l'Estat, centrada avui en la recaptació via impostos dels recursos per fer front a la despesa en serveis sanitaris i socials, i passar a un sistema fiscal orientat a la incentivació de la col·laboració del sector privat en la seva provisió i en el finançament de les infraestructures necessàries. Sense afany d'usurpar-ne la funció, algunes mesures incentivadores podrien passar per:

- Introduir bonificacions en la quota de l'Impost sobre Societats per als rendiments derivats d'activitats sanitàries i socials.

- Introduir deduccions en la quota de l'Impost sobre Societats per a la realització d'inversions en infraestructures i equipaments sanitaris i socials.

- Establir exempcions en l'Impost sobre Societats pels beneficis que es reinverteixin en el finançament d'infraestructures i equipaments sanitaris i socials.

- Reintroduir en l'Impost sobre la Renda de les Persones Físiques la deducció en la quota per despeses de malaltia i assistència a les persones dependents.

- Establir exempcions en l'Impost sobre Béns Immobles pels edificis que es destinin a activitats sanitàries i socials.

- Establir exempcions en l'Impost sobre Activitats Econòmiques de les activitats assistencials en l'àmbit de la provisió de serveis públics.

Voldríem acabar aquest article de la manera que començàvem: fent referència a l'editorial de Referent del mes de novembre, i subscriuint-ne el prec al govern de l'Estat, i possiblement també a tots els nostres polítics, de reflexionar-hi, tot esperant haver contribuït amb el contingut d'aquest text a introduir elements de valoració. |

Propostes d'incentius fiscals a les activitats sanitàries i socials

Impost	Benefici / Incentiu
Impost Sobre Societats	Bonificació de la quota pels rendiments derivats de determinades activitats sanitàries i socials.
Impost sobre el Valor Afegit	Aplicació del tipus superreduït en la compra de béns i prestacions de serveis destinats a la realització de determinades activitats.
Impost sobre Societats	Deduccions en la quota per la realització d'inversions en equipaments sanitaris i socials.
Impost sobre Societats	Exempció per la reinversió de beneficis empresarials
Impost sobre la Renda de les Persones Físiques	Deducció en la quota per despeses de malaltia i assistència a les persones dependents
Impost sobre Béns Immobles	Exempció dels edificis que es destinin a activitats sanitàries i socials
Impost sobre Activitats Econòmiques	Exempció de determinades activitats assistencials en l'àmbit de la provisió de serveis públics

A reflexió

Impacto del sistema tributario en el sector sanitario y social

En un momento en que se acaban de aprobar diversas modificaciones normativas orientadas a incrementar la recaudación tributaria con el objetivo de hacer frente al incremento del gasto social derivado de la crisis económica y sus consecuencias en la población, el artículo propone una reflexión sobre un cambio de estrategia en la política del gobierno del Estado, pasando de la adopción de medidas recaudatorias que van en detrimento de la posibilidad de contar con la colaboración de las entidades privadas en la provisión de servicios asistenciales y sociales,

a un sistema fiscal orientado a la incentivación de esta colaboración del sector privado en la provisión y en la financiación de las infraestructuras necesarias.

Como contribución a esta reflexión se apuntan algunas modificaciones legislativas en el sistema tributario español, tanto en la imposición indirecta (IVA) como en la tributación directa, que, a criterio del autor, podrían contribuir a fomentar la colaboración público – privada en la provisión de servicios asistenciales y sociales. |



Su visión. Nuestro compromiso global.

Linde: Living healthcare

Nos enfrentamos a una nueva realidad en el terreno de la asistencia sanitaria, que conllevará nuevos y desconocidos retos. Somos conscientes de ello. Después de todo, hemos estado siempre a su lado como especialistas en gasoterapia, trabajando para garantizar la seguridad y la calidad de vida de los pacientes.

Somos Linde Healthcare. Estamos presentes en 70 países de todo el mundo. Comprendemos las necesidades y expectativas locales, al tiempo que afrontamos cada reto desde una perspectiva global. Para lograrlo, utilizamos nuestro conocimiento con el fin de desarrollar soluciones sanitarias innovadoras que cubran necesidades prácticas y concretas. Por ello, mírenos detenidamente. Podrá observar reflejos de su realidad. Esta es la razón de ser de Linde: Living healthcare.



La importancia de las TIC en la gestión hospitalaria

Dr. Josep M. Constansa

Director general de Cetir Grupo Médico

Dr. Eduard Riera

Coordinador de medicina nuclear de Cetir Grupo Médico



La implantación de las TIC (Tecnología y Comunicaciones) en el ámbito sanitario ha comportado un cambio substancial en la gestión de las organizaciones. Utilizar los recursos de las TIC como herramienta básica de la gestión de los procesos de prestación de servicio asegura la trazabilidad de toda la información y homogeniza las sistemáticas de

trabajo. Los avances tecnológicos han permitido generar economías de escala, permitiendo reducir costes e incrementando la eficacia y la eficiencia de la organización. La informatización de los procesos de gestión, asistenciales y no asistenciales permite, además, su monitorización y el establecimiento de indicadores que facilitan la gestión integral.

CETIR Grup Mèdic (CGM), que cuenta actualmente con 20 centros asistenciales en el ámbito del Radiodiagnóstico y de la Medicina Nuclear, inició su gestión informática en 1990. Hoy en día, los recursos de las TIC se han implantado definitivamente en todos los ámbitos de la organización y son imprescindibles para garantizar una gestión eficiente.

Para CGM es básico gestionar globalmente los flujos desde sus distintas unidades asistenciales. Resulta imprescindible tener perfectamente definidos los actos médicos, el diseño de los circuitos y la sistematización y documentación de las prácticas. Es indispensable, además, disponer de un sistema de gestión de datos, comunicación y distribución de imágenes (PACS-RIS de CGM), que nos permita asociar el archivo de imágenes médicas a cualquier tipo de información clínica relevante. Los estudios almacenados en este servidor pueden ser visualizados y procesados desde cualquier puesto de trabajo para lectura y diagnóstico médico.

La información, que se almacena en un servidor PACS-RIS, puede además integrarse con el resto de procesos de gestión del Grupo, con el objetivo de extraer así el máximo rendimiento de las TIC aplicadas a la prestación de servicio, tendiendo de esta manera a la informatización integral de los procesos.

Los nuevos retos tecnológicos del 2010 en CGM incluyen, entre otros, la aplicación de programas desarrollados por Microsoft en con-

sonancia con la relación interprofesional (Web 2.0): las aulas virtuales y el escritorio virtual. El aula virtual es una herramienta de apoyo a la formación no presencial. El escritorio virtual aporta, además, simultaneidad, permitiendo que distintos profesionales, independientemente de su ubicación, puedan compartir simultáneamente cualquier información. La utilidad de estas herramientas se refleja perfectamente en las exploraciones PET-TC, que requieren la integración de diferentes especialistas (médicos nucleares y radiólogos). Éstos, con independencia de su proximidad física, podrán trabajar de manera simultánea, disponiendo de los requisitos necesarios (soporte digital de imágenes e información clínica relevante) para emitir, de manera consensuada, un informe médico con garantía de calidad.

Definitivamente, la integración, la interactividad, la interconexión-simultaneidad y la instantaneidad, son objetivos que deben estimular la apuesta por las nuevas tecnologías en cualquier organización.

Aun así, ninguna tecnología por innovadora que sea, podrá sustituir al factor humano. Es fundamental invertir en formación. Se exige un esfuerzo extraordinario para generar una estructura organizativa que promueva y desarrolle adecuadamente la capacidad profesional de los trabajadores. Indudablemente, generar talento y retenerlo es una apuesta que aporta valor a la organización, fideliza al capital humano y refuerza el compromiso corporativo. |

Es indispensable disponer de un sistema de gestión de datos, comunicación y distribución de imágenes (PACS-RIS de CGM), que nos permita asociar el archivo de imágenes médicas a cualquier tipo de información clínica relevante

Entrevista al Dr. Domingo Ortega, especialista en Medicina Nuclear de CETIR Grup Mèdic

¿En qué momento se encuentra la incorporación de las nuevas tecnologías en el campo del diagnóstico por la imagen?

En la actualidad, las imágenes médicas ofrecen a los profesionales sanitarios información muy importante, y a menudo imprescindible, para un correcto diagnóstico y control evolutivo de los pacientes.

Hoy día, el ejercicio de la medicina es impensable sin la ayuda de esta tecnología. Se pueden destacar, en particular, las imágenes de TC, RM, SPET (imagen tomográfica de medicina nuclear) y, por último, la PET, que hasta hace muy pocos años era todavía una técnica de aplicación clínica

relativamente restrictiva y que ha experimentado un gran desarrollo. En la actualidad su aplicación clínica se contempla en casi todas las guías clínicas de oncología.

En el diagnóstico por la imagen las TIC ya están completamente introducidas, sobre todo en organizaciones de una cierta envergadura, siendo la situación actual la de aportar valor añadido y nuevas funcionalidades a los profesionales que las utilizan

Estos avances, ¿en qué han mejorado la gestión hospitalaria? Y, ¿en qué sentidos? Por ejemplo, en reducción de costes, tiempo...

Una gestión hospitalaria racional debe tener presente que la mejor tecnología a pesar de tener un coste de inversión elevado, se compensa con una mayor rapidez en el diagnóstico, un menor

Pasa a la página siguiente



←
Viene de la página anterior

"Los avances tecnológicos son sumamente importantes para CETIR, dado que nos han permitido aumentar la calidad y gestionar mejor aún los procesos relacionados con el diagnóstico"

"Seguramente se pasará de una fase de imágenes anatómicas de alta calidad y precisión a lograr conseguir ese mismo nivel en el conocimiento funcional y, más aún, a llegar al conocimiento molecular"

tiempo de hospitalización, una mejor utilización farmacológica y, evidentemente, con una asistencia de mayor calidad.

Evidentemente, el uso de esa tecnología debe de estar indicada únicamente en aquellas situaciones en las que la relación coste/beneficio sea clara. En caso contrario, su uso nos lleva a gastos superfluos, cuando no inútiles. En este sentido, es evidente la necesidad de una evaluación continuada de la tecnología de alto coste en lo que respecta a su seguridad, eficacia, efectividad, utilidad, eficiencia y a las alternativas posibles.

Estos avances tecnológicos son sumamente importantes para CETIR, dado que nos han permitido aumentar la calidad y gestionar mejor aún los procesos relacionados con el diagnóstico; actualmente, en nuestra organización, dada su distribución geográfica de 19 centros de trabajo, se están realizando el 47% de los diagnósticos en un centro diferente del que el paciente se ha realizado la prueba mediante telediagnóstico.

Además, el telediagnóstico permite también poder dar cobertura las 24 horas del día a las urgencias hospitalarias, al virtualizar los entornos de trabajo y deslocalizar los recursos.

¿Todos los centros pueden incorporar estos servicios?

La implantación de estas nuevas tecnologías debe hacerse de forma racional, incorporándolas primeramente en aquellos centros con mayor capacidad productiva, pues su elevado coste imposibilita inicialmente su introducción en todos los centros sanitarios. Progresivamente, a medida que disminuya su coste de implantación y mantenimiento, se podrán ir extendiendo a mayor número de centros sanitarios.

Estos nuevos avances tecnológicos les aportan a los profesionales las herramientas necesarias para poder colaborar entre ellos sin depender de su ubicación, pasando de las simples conversaciones telefónicas a las virtualizaciones de los escritorios de trabajo, con la posibilidad de compartir imágenes médicas.

¿Cómo ve la evolución de la tecnología en el campo de la gestión de centros sanitarios? ¿Hacia dónde vamos?

Hacia una medicina cada vez más tecnificada y protocolizada; en este sentido, las diferencias prácticas entre los distintos países civilizados es cada vez menor.

Por otra parte, los avances en la comunicación y en la transmisión de datos por vía telemática (imágenes, informes médicos) permiten una concentración de la tecnología de alto coste, con una mayor optimización de la economía de escala.

¿Cuáles son los retos que todavía quedan por alcanzar?

En el terreno diagnóstico y en el del control evolutivo de los pacientes seguramente se pasará de una fase de imágenes anatómicas de alta calidad y precisión a lograr conseguir ese mismo nivel en el conocimiento funcional y, más aún, a llegar al conocimiento molecular, a su fisiopatología, para llegar no sólo al diagnóstico cada vez más preciso de las patologías sino a su prevención. La implantación de equipos híbridos SPET-TC, PET-TC y, en los próximos años, PET-RM combina la información morfo-metabólica de forma que el clínico puede obtener una valoración precisa del grado de actividad de los procesos patológicos y su exacta localización anatómica. |



Cartagena, 340-350 / 08025 Barcelona (España) / Apt. Correus 24 055 (08006)
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 l'activitat 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



LinkH: posant en pràctica la interoperabilitat en la sanitat

L'exploració d'informació de l'activitat i la gestió assistencial comporten la millora de la qualitat, l'eficiència i el control de l'assistència sanitària.

Laia Lluas Mestres

Serveis integrals de suport a l'Electromedicina de COSTAISA

La gestió sanitària s'emmarca en un entorn de negoci cada dia més exigent: l'evolució demogràfica i sociològica de la població (mobilitat, dispersió, envelliment) i el marc econòmic, entre molts d'altres, requereixen models eficients i de qualitat.

Així doncs, és necessari assegurar la continuïtat del procés assistencial independentment del proveïdor, i part de la solució recau en els sistemes d'informació (SI) integrats en el procés assistencial. La gestió de la informació respon a la necessitat d'obtenció i processat de dades que són les claus per resoldre els problemes tractats durant l'assistència de la salut.

En aquest marc, l'organització pot assegurar la qualitat i la continuïtat del procés, però, com el control? I com en millora l'eficiència?

En definitiva: S'exploten les dades que permetrien un correcte control de gestió? Com sabem quina activitat s'ha fet? La facturem tota? Quantes hores s'utilitzen? Quin és el consum de fungibles? Quants equips nous són necessaris? Com planifico l'activitat?

Per resoldre totes aquestes qüestions cal considerar solucions basades en diferents SI que permetran l'explotació de la informació generada durant l'assistència i especialment la generada pels equips mèdics. Cadascun dels SI ens oferirà visions orientades al procés assistencial, la gestió econòmica, el manteniment, els quadres de comandaments per a la presa de decisions, etc.

És clau, doncs, considerar l'explotació de la informació des dels diferents àmbits, però el paradigma actual és complex:

- Els equips estan aïllats i la informació que generen només es pot explotar en format paper, la informació sobre les persones no es pot gestionar localment.

- Molts equips tenen un baix nivell de connectivitat: amb tecnologies que en dificulten la seva integració.

- La tendència, fins ara, era fer desenvolupaments a mida d'interfícies punt a punt, una solució amb un elevat cost.

- Les solucions són a nivell assistencial i per tant no es pot fer una explotació de la informació des del punt de vista del control i la gestió.

- Certs àmbits com la imatge radiològica han estat digitalitzats i funcionen sota la integració d'equips i sistemes, però, i els altres tipus de proves?

I en l'àmbit assistencial el paradigma es complica encara més, doncs, no només volem explotar les dades en el nostre centre, sinó que les necessitats de l'activitat assistencial impliquen compartir dades entre centres, i aquestes dades han de poder ser interpretades pels diferents SI.

Aquesta interoperabilitat semàntica quedaria resolta amb el desenvolupament d'estàndards de models de dades i significats que permetessin la interpretació de la informació. Tot i que ja hi ha molta feina feta, no és prou global i completa.

Eines com LinkH tenen com a objectiu oferir solucions que ajudin a la integració d'equips i SI assegurant-ne la interoperabilitat tant a nivell d'informació assistencial com de gestió.

Així doncs cal considerar l'impacte de la implantació i manteniment d'una plataforma com LinkH no només des del punt de vista clínic, sinó també de les millores a nivell de cost i d'organització dels processos de gestió i control de l'activitat, així com del procés assistencial.



LinkH: Una plataforma d'interoperabilitat per a la informació clínica i de gestió. Dissenyada per integrar el màxim nombre d'equips i sistemes, en un temps raonable, reduint la complexitat i el nombre d'interfícies i, per tant, aconseguint una disminució del cost d'implantació i manteniment.

Ofereix una visió integrada de la història clínica i el procés assistencial i és una novetat en la disponibilitat d'informació per al control dels processos crítics, i la gestió, planificació i evolució controlada dels equips.



Nº de Sistemes i/o Equips	Interfícies a desenvolupar	
	Sense Plataforma	Amb Plataforma integració
2	<p>1</p>	2
3	<p>3</p>	3
4	<p>6</p>	4
5	<p>10</p>	5
10	45	10
30	435	30
...
100	4950	100



Manel Balcells

President de la Comissió Executiva de Biocat (BioRegió de Catalunya)

Estefanía Linés
Redactora en cap

Manel Balcells és metge especialitzat en cirurgia ortopèdica i traumatologia, i en medicina de l'esport, diplomat per EADA en Gestió sanitària i membre de diferents societats científiques. En la seva trajectòria en l'àmbit de la salut ha estat Director d'Estratègia i Coordinació del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya i Conseller del Departament d'Universitat, Recerca i Societat de la Informació. Des del 27 de desembre del 2006, és el President de la Comissió Executiva de La Fundació Privada de BioRegió de Catalunya (Biocat).

Biocat presenta el primer informe sobre l'estat del sector Bio a Catalunya, en relació a l'estat de la biotecnologia, la biomedicina i les tecnologies mèdiques a casa nostra, quina és la situació d'aquests sectors a Catalunya?

En primer lloc aquest informe significa un abans i un després, perquè anteriorment no existia cap referent que ens permetés saber en quin punt es trobava el sector. El primer que fa l'informe és definir què és el sector, explicant que està format per tres subsectors: el de la biotecnologia des del punt de vista més estricte, el de la biomedicina pel que fa referència a la recerca bàsica i a la translacional i, per últim, el de les tecnologies mèdiques. Per tant, el que fa l'informe és donar uns indicadors de quin és l'estat del sector. A mode de resum, l'informe situa la recerca biomèdica a Catalunya en un nivell molt bo, amb grups molt potents. El percentatge de publicacions científiques que s'hi generen és

elevat: representa el 25,54% de totes les que es produeixen a l'Estat espanyol i el 2,5% de les que es fan a Europa. També destaca l'existència d'empreses biotecnològiques molt emergents i detalla un creixement molt efectiu pel que fa al nombre d'empreses. Així mateix, l'informe explica que hi ha un grau de maduració d'empreses amb un coll d'ampolla quant al creixement a partir d'una certa mida; això es deu al fet que n'han crescut moltes i s'arriba a un punt en què les empreses biotecnològiques petites necessiten un nivell de finançament superior, necessiten sumar-se, fusionar-se, etc. D'altra banda, és lògic en un lloc en què el sector és en certa manera jove (aquí les empreses van començar a créixer a partir de l'any 2000 i ara és el moment d'una segona fase).

L'informe també indica en quines àrees estan focalitzades, no només les empreses, sinó també la recerca, de forma principal. El resultat és que veiem que conflueix molt bé el grau d'excel·lència en la recerca amb les àrees de focalització de les empreses i que són àrees terapèutiques com l'oncologia, les malalties cardiovasculars i neurodegeneratives i també la dermatologia i de tots els seus derivats. Ara, comencem a tenir uns certs indicadors de funcionament de dades agregades i també de l'impacte econòmic que això suposa. Així com sabem que l'impacte econòmic d'inversió que és fa en recerca a Catalunya és de l'1,6% del PIB, no era ben conegut l'impacte en llocs de treball que té aquest sector ni la repercussió econòmica directa i indirecta del conjunt.

"Hi ha un grau de maduració d'empreses amb un coll d'ampolla quant al creixement a partir d'una certa mida; això es deu al fet que n'han crescut moltes i s'arriba a un punt en què les empreses biotecnològiques petites necessiten un nivell de finançament superior"

En aquest moment podem dir que el sector de R+D+i d'aquesta àrea biomèdica a Catalunya està ocupant un conjunt d'unes 20.000 persones, sumant els grups de recerca i les empreses biotecnològiques, que tenen un 80% del personal doctorat, i la part de recerca i desenvolupament de la indústria farmacèutica i de les empreses de tecnologies mèdiques.

La bondat d'aquest informe, que ha estat molt ben rebut per la comunitat, és que ha ajudat a situar el sector i que permetrà marcar tendències. Si el creixement de les empreses biotecnològiques aquest any ha estat d'un 30%, cal veure l'any que ve com es manté, sobretot en referència a l'Estat, i també la capacitat de tenir dades pròpies.

Quin és l'objectiu de l'informe?

El principal objectiu de l'informe és saber on estem mitjançant dades objectives i dades agregades. A més d'actuar com a reposador de dades, de les quals es poden extreure les tendències, també fem la funció d'observatori. Això serveix per evidenciar i objectivar on tenim les forteses i on les febleses. Com a efecte col·lateral també pot servir per aconseguir finançament, ja que de l'informe es deriva que és un sector emergent i que té futur. És cert que les entitats de capital risc, les family offices, les entitats financeres, etc., que volen invertir, miren cap a aquest sector i, sens dubte, tenir un informe objectiu validat pel mateix sector, ajuda. En definitiva, aquest informe té un conjunt d'efectes col·laterals importants, però com ja he dit, el primer de tots era fer una radiografia del sector, saber on estem, amb què comptem i fer una mica d'inventari, de forma qualitativa, que és el que s'ha intentat aconseguir amb el model d'enquesta de l'informe; aquest és molt complet i ha permès que tots els que hi han participat hagin pogut contestar amb molt de detall les àrees d'expertesa, quin és el seu pipeline, quines són les seves ambicions i objectius, el nivell de participació en consorcis, el volum de patents que generen o la composició dels seus equips de persones. És a dir, l'informe ens ha proporcionat una radiografia que ens dóna informació, no ens la dóna tota, però ens dóna informació molt interessant.

L'informe destaca la clara preeminència de la biotecnologia vermella (medicaments i teràpies per a la salut humana) i dels centres i instituts de recerca que són referents estatals i internacionals, que ocupen un personal altament qualificat i que centren especialment la seva recerca en àrees com l'oncologia (60% dels centres), el sistema nerviós (42%) i la cardiologia (40%), però que

encara generen un nombre reduït de patents i promouen la creació d'un nombre baix d'spin-off. Quines mesures adoptarà la Bioregió per tal d'impulsar aquests actius? I dintre d'aquestes mesures, com es conjugarà la col·laboració público-privada?

L'informe evidencia que la biotecnologia vermella és la preminent. Això, que ja s'intuïa, ara està quantificat. Precisament les àrees en les quals hi ha una fortalesa són aquelles de les malalties prevalents en el conjunt d'Europa, per tant, aquí no hem de rectificar res. Que hi hagi una atenció prioritària en l'oncologia, en les malalties cardiovasculars i degeneratives ens va molt bé perquè precisament són els reptes que s'han d'afrontar.

És veritat que hi ha poques patents i moltes publicacions. I això és preocupant. Per tant, aquí sí que cal fer coses. Una de les coses que ja estem fent des de Biocat és incentivar la transferència tecnològica, però cal posar instruments de forma més organitzada per tal de ser capaços de fer aquesta transferència sobretot en la valorització de la recerca i en la posada en el mercat. En aquest sentit estem treballant per desenvolupar una unitat de valorització en el sector bio molt centralitzada i alhora desenvolupar també totes les àrees de coneixement. Hem de ser capaços d'estructurar un model que bàsicament faciliti que en els hospitals la innovació i la recerca trobin els camins per arribar a les patents, a les llicències i a l'explotació dels productes que permetin que es produeixin a Catalunya. Per tant, hi ha un camí a fer important: fer créixer el nombre de patents en relació al volum de publicacions, de manera que s'equipari una mica.

Un dels objectius clau que ens hem proposat és fer créixer la posada en valor del coneixement existent i que a més a més està ubicat en gran mesura en els hospitals. El valor que hi ha en les fundacions de recerca dels hospitals és extraordinari des del punt de vista de coneixement, però costa que arribi als mercats. Aquest informe ajuda a prendre decisions en aquest sentit i a sensibilitzar, per una banda, els hospitals i, per l'altra, l'Administració pública, sobre la necessitat del partenariat público-privat al món de la recerca i del coneixement. Ara mateix Biocat està impulsant alguns projectes público-privats per promoure la valorització i la transferència tecnològica en el camp de les tecnologies mèdiques, com el que serà un centre tecnològic adaptat a les necessitats i als temps actuals, amb el nom d'Aliança de les tecnologies mèdiques a Catalunya. En aquest espai hi ha participació del sector públic i privat, tant en els objectius com en el funcionament.

"El principal objectiu de l'informe és saber on estem mitjançant dades objectives i dades agregades. A més d'actuar com a reposador de dades, de les quals es poden extreure les tendències, també fem la funció d'observatori"

"Hem de ser capaços d'estructurar un model que bàsicament faciliti que en els hospitals la innovació i la recerca trobin els camins per arribar a les patents, a les llicències i a l'explotació dels productes que permetin que es produeixin a Catalunya"

"Els experts en macroeconomia mundial diuen que els sectors que estan sent tractors de l'economia als EUA, i nosaltres anem una mica a remolc, són el de biotecnologia, el de les tecnologies mèdiques, i el de les TIC, en aquest ordre"

"Respecte a la inversió, a més d'importants fons públics, a Catalunya trobem una major proporció d'inversió privada respecte al conjunt, perquè hi ha moltes empreses farmacèutiques que estan ubicades aquí, sobretot les grans"

Les inversions en el sector de la biotecnologia i la biomedicina cada vegada ocupen un espai més important en el total d'inversions en recerca, en especial a Catalunya. Quin pes té com a motor econòmic i com a motor de coneixement?

Com a motor de coneixement és altíssim. Des del punt de vista biomèdic el grau de publicacions a Catalunya és molt elevat. Des del punt de vista del conjunt de les àrees del coneixement, el sector biomèdic a Catalunya ocupa més del 60% del nombre de publicacions totals. Això és un percentatge molt important de motor de coneixement. Els centres de recerca són excel·lents i estan ubicats en xarxes internacionals i, per donar una dada, recordem que en nanobiomedicina les publicacions que es fan a Barcelona i l'entorn, en nombre, ocupen el segon lloc del món (el primer és Bòston i després Barcelona). Per això, som un motor de coneixement molt important. Des del punt de vista del sector econòmic en aquests moments és la gran esperança de la sortida de la crisi. No podem dir que sigui un motor econòmic en aquests moments, però sí que pot ser-ho d'aquí a uns anys.

Els experts en macroeconomia mundial diuen que els sectors que estan sent tractors de l'economia als EUA, i nosaltres anem una mica a remolc, són el de biotecnologia, el de les tecnologies mèdiques, i el de les TIC, en aquest ordre. Per tant, estem parlant bàsicament d'aquest sector. Europa ara es comença a despertar en aquest sentit, i el que no podem permetre és que Catalunya quedi al marge quan pel que fa a coneixement en aquesta àrea som bons.

La inversió tan pública com privada en aquest sector és un element de futur, perquè en el decurs de quatre o cinc anys la creació de llocs de treball i l'atracció de capital el converteixen en un dels dos o tres sectors claus de Catalunya. Tenint en compte que darrera hi ha el suport més o menys explícit del sector hospitalari, que continua sent un valor molt sòlid, tant des del punt de vista d'estabilitat de treball, com de qualitat de l'assistència, de demanda de compra pública en el sector dels subministraments i de la demanda sofisticada. Cal tenir en compte que una de les fortaleces que tenim a Catalunya és l'alt nivell del sistema hospitalari, dels deu primers hospitals d'Espanya, sis són de Catalunya, i gairebé per aquest ordre. Des del nostre sector ho valorem molt i creiem que hem de continuar apostant en aquesta línia perquè sigui el tractor de la transferència, de la internacionalització, etc. Cal pivotar sobre el que tenim fort i cuidar-ho.

Una de les grans fortaleces del sector biotecnològic i biomèdic català és la convergència de la recerca dels centres i de les empreses en àrees terapèutiques com l'oncologia i el sistema nerviós. Sota quin model i amb quins recursos s'està treballant?

Estem treballant amb dos o tres grans instruments centralitzats per tot Catalunya, per tots els hospitals, per fer possible aquesta transferència tecnològica. Això vol dir la utilització de tots els parcs científics, dels centres tecnològics, de les fundacions de recerca dels hospitals i de les unitats d'innovació actuals i futures dels hospitals, d'una forma harmonitzada i única en un país que és petit (7 milions i mig d'habitants) i amb estructures molt fragmentades. Per això, a l'hora de treballar de cara al futur, cal unificar esforços i centralitzar la feina que es fa a Catalunya amb unitats de suport per aquesta transferència tecnològica, i sumar esforços, com estan fent el conjunt d'hospitals, perquè puguin anar a l'hora. D'altra banda, cal propiciar una convergència de plantejaments entre el sector públic i el privat i una convergència de criteris entre tots els actors que estan treballant en aquest sector.

L'estudi posa de manifest que Catalunya compta amb 65 empreses biotecnològiques i 70 farmacèutiques (representen el 45% del total estatal), entre les quals destaquen els sis principals laboratoris amb presència internacional (Almirall, Esteve, Grupo Ferrer, Lácer, Uriach i Grifols). Les farmacèutiques catalanes van invertir 381 milions d'euros en R+D el 2008. En un entorn econòmic com l'actual com s'estimularà aquest tipus d'inversió cabdal per al desenvolupament d'aquest àmbit?

Hi ha 65 empreses estrictament biotecnològiques, però n'hi ha unes 230 que tenen la biotecnologia com una part de la seva activitat, i que també fan altres feines amb química fina. Respecte al tema d'inversió, a més d'importants fons públics, a Catalunya trobem una major proporció d'inversió privada respecte al conjunt, perquè hi ha moltes empreses farmacèutiques que estan ubicades aquí, sobretot les grans. I es continuarà invertint, perquè hi ha un pacte entre Farmaïndústria i el Ministeri de Sanitat per mantenir l'aposta per la inversió. Pel que fa al sector públic, a Catalunya també hi ha una aposta clara per invertir, en el marc del pacte per la recerca i la innovació, que farà incrementar la despesa pública de l'1,6% del PIB fins a arribar al 2%. És a dir, a Catalunya tenim bones notícies perquè la inversió es manté, però aquest any hi ha hagut males notícies per la important retallada en els pressupostos generals

de l'Estat pel que fa a pressupostos de recerca. Això ens preocupa, perquè una bona part dels ingressos que tenim a Catalunya són ingressos de l'Estat, però hem de considerar que això és purament conjuntural i intentar compensar aquesta manca d'ingressos estatals amb ingressos europeus. L'objectiu a Catalunya és que en aquest sector s'incrementi any rere any el pressupost global dedicat a recerca i desenvolupament, fins a arribar al 2% del PIB en qüestió de dos o tres anys, lluny encara, però, de l'objectiu fixat per la Unió Europea en el Tractat de Lisboa d'arribar al 3% del PIB en R+D.

Segons els experts, el futur del sector passa per la internacionalització, com impulsaran aquest fet des de la BioRegió?

Aquest tema ha estat prioritari per nosaltres des de la creació de Biocat com a element que dina-

mitza la BioRegió. Ho fem bàsicament actuant de plataforma, facilitant la presència internacional en fires de primer nivell com la convenció Bio, als EUA, a la qual anem cada any. Amb això facilitem, i molt, al conjunt de les empreses poder-hi accedir i entrar amb el partenariat que els interessa i aconseguir les entrevistes amb socis potencials. D'altra banda, facilitem la presència, a Catalunya i a Barcelona, de fires internacionals de primer nivell, com la Bio Europe Spring, que és la fira de referència europea de biotecnologia i que organitzarem el proper mes de març de 2010 a Barcelona. També participem, conjuntament amb la Cambra de Comerç, amb l'Ajuntament de Barcelona, amb Acció, en els ponts tecnològics que es munten de forma sistemàtica, a països com l'Índia, els EUA o Canadà, entre d'altres. Per tant, tenim una estratègia d'internacionalització molt gran que posa molt fàcil a les empreses sortir a fora per poder establir-hi contactes de primer nivell. |

"Facilitem, i molt, al conjunt de les empreses poder-hi accedir i entrar amb el partenariat que els interessa i aconseguir les entrevistes amb socis potencials"



SISinf s.L
tel: 93 720 59 69
fax 93 720 50 56
sisinf@sisinf.com
www.sisinf.com



TESISHCE

Més enllà d'un sistema d'informació sanitària

Integrat amb **TESISHIS**, o qualsevol altre Sistema d'Informació Sanitària, els professionals podran gaudir d'un Sistema que els permetrà saber en tot moment l'evolució de la salut del pacient, realitzant activitats relacionades amb:



- Curs clínic
- Informes
- Valoracions
- Estudis
- Problemes de Salut
- Interconsultes
- Ordres Mèdiques
- Petitori
- Voluntats anticipades
- Control de constants
- Antecedents
- Al·lèrgies
- Informació Rellevant del pacient
- Receptes



L'EVOLUCIÓ EN LA GESTIÓ DE LA SALUT DEL PACIENT

Una aliança estratègica amb compromís de futur

Partenariat Hospital de la Santa Creu i Sant Pau i Industria Farmacèutica

Manuel-José Barbanoj

Director del Centre d'Investigació de Medicaments (CIM-Sant Pau),

Jaume Kulisevsky

Director de l'Institut de Recerca, de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

En l'actualitat l'economia i els avenços tecnològics han pres un protagonisme transcendent en la medicina i en la salut. Tanmateix, la relació no és unilateral, donat que es reconeix àmpliament que la salut no solament és un factor crucial en el desenvolupament socioeconòmic d'una regió, sinó també en l'habilitat per a competir en el context econòmic global. L'aportació de la indústria en la pràctica mèdica actual ha pres diverses formes i ha incidit en la prevenció, en el diagnòstic i en el tractament mèdic i quirúrgic. Com exemples contemporanis es poden citar: el desenvolupament en un temps rècord de la vacuna en front de l'amenaça del virus H1N1, la possibilitat d'utilitzar la tomografia per emissió de positrons (PET) per fer una avaluació de processos fisiològics, bioquímics i moleculars en el diagnòstic oncològic o en el tractament de la síndrome d'immunodeficiència adquirida (SIDA), que ha passat a ser, en el món occidental, gairebé una condició crònica, molt distant de la sentència de mort que havia arribat a significar en algun moment. Lichtenberg va quantificar l'impacte que produeix el llançament al mercat de nous fàrmacs en la longevitat de 52 països en el món desenvolupat i va concloure que la contribució dels nous fàrmacs en l'augment de la longevitat cap a l'any 2000 podria ser de fins el 40% dels anys guanyats (Lichtenberg, 2003). La indústria farmacèutica és, a dia d'avui, una de les més innovadores i lucratives dins de les anomenades indústries d'alta tecnologia. L'any 2005 va reportar vendes per valor de 602 bilions de dòlars i una taxa de creixement del 10%. Espanya, amb un mercat estimat de 12 bilions de dòlars, ocupava en aquell any un 8è lloc en el mercat farmacèutic mundial (Kesič, 2009; EFPIA, 2008). La indústria farmacèutica a Espanya generava fins el 2006 prop de 40.000 llocs de treball directe i ocupava el 2n lloc entre els sectors manufacturadors, solament sobrepassada per la indústria metal·lúrgica (BEI, 2008).

A la indústria farmacèutica, els productes (medicaments) són el principal generador de creixement. Les companyies farmacèutiques competeixen amb les

característiques dels seus productes i tendeixen a invertir fortament en investigació, desenvolupament i innovació (I+D+i). De mitjana, les companyies farmacèutiques líders inverteixen aproximadament el 16% de les seves vendes en I+D+i (Kesič, 2006). De fet, la inversió en I+D+i és un pilar fonamental de la indústria farmacèutica per fer front a reptes com l'augment en la competència inherent a un procés accelerat de globalització, el ràpid creixement dels mercats de medicaments genèrics i un entorn regulador i social cada dia més exigent (Kesič, 2009). La indústria farmacèutica a Espanya segueix també aquesta estratègia d'inversió. El 2006 va aportar 844 milions d'euros d'inversió en I+D+i, fet que va representar un 18.6% del total en tots els sectors (INE, 2006). A diferència d'altres indústries, aquest procés d' I+D+i està fortament regulat, es troba ple d'incerteses i compta amb un temps finit per a poder realitzar-se, ja que un cop la molècula es patentia la seva vida útil no sol ser major de 20 anys. Tot el procés sol durar de 12 a 14 anys i en xifres de 2006 arribava a un cost estimat de 1.059 milions d'euros quan s'hi computaven totes les despeses erogades en entitats químiques que no arriben al mercat (Di Masi, 2007). De mitjana, solament 1 o 2 de cada 10.000 substàncies sintetitzades en els laboratoris poden arribar al mercat.

En tot aquest procés, les universitats, els centres de recerca i els hospitals (acadèmia) hi col·laboren activament. En països com EEUU, la relació acadèmia-indústria forma part de la pròpia història del desenvolupament de la indústria farmacèutica. Estudis, a finals dels noranta, mostraven que més del 90% de les companyies d'EEUU que desenvolupaven investigació en l'àrea de la salut tenien alguna relació amb alguna universitat, centre d'investigació o hospital (Blumenthal 2003). En l'etapa de desenvolupament clínic han de ser els hospitals els grans protagonistes. Són socis obligats per a la integració del procés. L'evidència generada a partir dels estudis clínics és la que constitueix un dels pilars més importants en una petició de comercialització. En particular, els hospitals amb

"La indústria farmacèutica és, a dia d'avui, una de les més innovadores i lucratives dins de les anomenades indústries d'alta tecnologia"

vincles acadèmics estrets compten amb un potencial immillorable per al desenvolupament farmacològic. En el nostre entorn es planteja un model transversal en el qual tant l'acadèmia com la indústria puguin desplegar tot el seu potencial, reconeixent les seves fortaleses i debilitats. En definitiva, es busca un model veritablement bidireccional en el qual ambdues parts es puguin beneficiar i el fruit de la seva relació sigui el desenvolupament de productes més segurs i eficaços per als pacients.

En aquest context, l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (HSCSP) ha apostat per millorar el procés d'interacció acadèmia-hospital-indústria amb l'objectiu d'aconseguir una investigació i un desenvolupament farmacològics més racionals, eficients i dirigits a resoldre les necessitats de la nostra societat. L'HSCSP, a través de l'Institut de Recerca (IR), ha endegat un projecte que pretén la potenciació de la investigació clínica fàrmaco-terapèutica i translacional. Els elements nuclears del projecte resideixen en la materialització de dues estructures, el Centre d'Investigació de Medicaments (CIM-Sant Pau) dirigit a donar suport en les fases inicials del desenvolupament, i l'Àrea de Gestió de Documentació d'Assaigs Clínics (AGDAG), per donar suport en les fases avançades del procés.

El CIM-Sant Pau és una estructura funcional i organitzativa integrada en l'IR de l'HSCSP i vinculada al Servei de Farmacologia Clínica del mateix hospital. Inicià les seves activitats el 1983, i d'aleshores ençà ha anat canviant de nom, grandària i àmbit de competències a desenvolupar: Àrea d'Investigació Farmacològica (1993-1998), Centre d'Investigació de Medicaments [CIM] (1999-2005), i des de 2006 CIM-Sant Pau, amb un canvi d'ubicació física (ampliant l'espai disponible) i un canvi de model organitzatiu que han suposat, per un costat, una ampliació de les activitats relacionades amb la investigació farmacològica, en particular, l'obertura cap a la investigació clínica i els assaigs clínics amb medicaments que es duen a terme en pacients dels diferents Serveis Assistencials de l'hospital, i per l'altre, facilitar el compliment dels requeriments exigits pels estàndards internacionals.

El canvi d'ubicació física ha suposat que el CIM-Sant Pau disposi d'un espai de 620 m², amb tres àrees de treball diferenciades: una assistencial, una de suport logístic i una de gestió, administració i processament de dades. L'àrea assistencial engloba una zona d'ingrés i una d'ambulatòria. La zona d'ingrés disposa de 24 llits distribuïts en 4 mòduls (assaigs clínics en voluntaris sans i en voluntaris malalts) i 2 habitacions individuals per a estudis relacionats amb el Sistema Nervios Central (SNC). La zona ambulatoria consta de 4 gabinets per a la realització de proves complementàries, principalment

relacionades amb el SNC, i 3 cabines per avaluar l'anomenat rendiment psicomotor. Les dues zones disposen de l'equipament clínic general. També es disposa de l'equipament tècnic (majoritàriament sistemes informatitzats) per dur a terme les avaluacions específiques. L'àrea de suport logístic està constituïda per la zona de descans per als participants dels assaigs clínics: dutxes, lavabos, cuina, zones de preparació, centrifugació i separació de mostres biològiques, zona freda, i zona d'arxiu. Per últim, l'àrea de gestió, administració i processament de dades, d'accés restringit al personal del centre, compta amb l'equipament necessari per dur a terme les activitats associades amb la part no experimental dels assaigs clínics (despatxos, zona pels monitors i equips informàtics). El CIM-Sant Pau es troba a menys de 5 minuts caminant de la Unitat per a l'atenció d'emergències mèdiques i cures crítiques de l'hospital.

El canvi de model organitzatiu ha suposat la diferenciació de l'activitat desenvolupada en les següents categories: activitat assistencial facultativa, activitat assistencial d'infermeria, activitat de suport logístic, activitat de control de qualitat, activitat administrativa i activitat de recerca. També s'han identificat dos àmbits d'actuació: (I) investigació en farmacologia clínica, com a nòdul prestador de serveis a tercers i (II) investigació eminentment pròpia, centrada en dues àrees específiques: a) avaluació dels efectes dels fàrmacs sobre el SNC, amb dues línies actives: fisio-fàrmaco-patologia dels sistemes de vigília i son: sedació i seguretat conductual, i neuro-psico-farmacologia de les funcions mentals superiors; i b) utilització de models matemàtics predictius en farmacologia, avaluant la relació dosi-concentració-efecte.

Aquests canvis han suposat l'ampliació del que fins aleshores era la seva activitat principal, la realització d'assaigs clínics en fase I. Actualment, es participa en la realització d'assaigs clínics terapèutics (tant de fase II com de fase III) i en assaigs clínics sense interès comercial (independents, no promoguts per la indústria farmacèutica: avaluació fisio-patològica, centrats en estratègies terapèutiques i no en el fàrmac), proporcionant el suport científic i logístic necessari en les diferents etapes del seu desenvolupament.

Com a conseqüència de l'obertura envers la participació activa en la recerca clínica de l'hospital, la missió inicialment adscrita al CIM-Sant Pau s'ha vist redefinida i actualment es descriu amb els següents termes: Facilitar la realització i millora de la qualitat, expertesa i seguretat dels assaigs d'investigació clínica i/o amb medicaments portats a terme a l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, mitjançant l'establiment dels adequats mecanis-



Figura A. Imatges del CIM-Sant Pau (Centre d'Investigació de Medicaments). Imatge 1: Recepció. Imatge 2: Zona de descans per als participants dels assaigs clínics. Imatge 3: Zona d'ingrés. Imatge 4: Gabinet per a la realització de proves complementàries.

"Els hospitals amb vincles acadèmics estrets compten amb un potencial immillorable per al desenvolupament farmacològic. En el nostre entorn es planteja un model transversal en el qual tant l'acadèmia com la indústria puguin desplegar tot el seu potencial, reconeixent les seves fortaleses i debilitats"



Figura B. Imatges del AGDAG (Àrea de Gestió de Documentació d'Assaigs Clínics). Imatge 1: Àrea administrativa. Imatge 2: Àrea d'arxiu de documentació. Imatge 3: Zona freda. Imatge 4: Àrea de gestió i processament de dades.

mes per explotar tot el potencial investigador de la Institució, amb l'objectiu que aquesta activitat sigui d'alt nivell científic, competitiva i orientada cap a la innovació i el desenvolupament de noves estratègies terapèutiques per contribuir a l'estat de salut del ciutat (vegeu figura A).

El nou CIM-Sant Pau, amb la seva missió redefinida, conseqüència del canvi d'ubicació física i del model organitzatiu, ha vist potenciada la seva contribució en la dinamització de la investigació clínica fàrmaco-terapèutica de l'hospital gràcies a la posada en marxa de l' AGDAG.

L' AGDAG és una estructura de 314 m2 que es va posar en funcionament al llarg de l'any 2007 i que té com objectius: (i) ordenar, controlar i gestionar d'una manera eficient tota la documentació, material clínic i mostres biològiques que es relacionen amb els assaigs clínics, i (ii) garantir el compliment de la Llei de Protecció de Dades, a la qual els centres assistencials han de sotmetre's. A l'AGDAG s'identifiquen 4 àrees amb finalitats ben definides: a) Àrea d'arxiu de documentació, zona on es custodia la documentació associada als assaigs clínics actius de l'hospital i on també es porta a terme la depuració de la documentació dels estudis tancats (assaigs clínics passius) abans d'èsser enviada a un arxiu extern, on és custodiada per una empresa externa contractada per a aquesta finalitat, b) Àrea de magatzem de material clínic, zona on es centralitza la recepció, manteniment i dispensació de tot el material clínic associat als assaigs clínics (excepte la medicació en estudi, cas en el qual aquestes activitats són portades a terme pel Servei de Farmàcia, segons disposa la legislació vigent), c) Zona Freda, on es centralitza la recepció, manteniment i enviament de totes les mostres biològiques obtingudes durant la realització dels assaigs clínics, i d) Àrea de gestió i processament de dades: zona administrativa i àrea de treball per al personal que dóna suport a la realització dels assaigs clínics en les estructures assistencials (gestors de dades) i àrea per dur a terme reunions entre els diferents

professionals implicats en el desenvolupament de l'assaig clínic (Vegeu figura B).

Amb la redefinició de l'activitat a desenvolupar al CIM-Sant Pau, no solament com a Unitat de Fase I sinó com a estructura de suport a la investigació clínica col·laborant activament en aquells assaigs clínics amb finalitat terapèutica que es duen a terme en l'hospital, i amb la posada en marxa de l'AGDAG, com estructura centralitzada per donar suport administratiu i logístic als professionals de l'hospital per al desenvolupament de la investigació clínica, s'han materialitzat dues fites plantejades en el Pla d'Actuació elaborat per l'hospital en relació a la millora, optimització i potenciació de la Investigació Clínica i en particular dels Assaigs Clínics. La seva planificació, execució, i posada en marxa ha constituït la materialització d'un projecte que té com a últim objectiu dinamitzar la investigació clínica fàrmaco-terapèutica portada a terme a l'HSCSP.

Les estructures presentades estan en constant evolució i el procés està lluny d'haver-se completat. En aquesta primera etapa es concep l'augment en la col·laboració indústria-hospital. Tanmateix, conscients de l'interès de protagonisme de tot el cercle, es preveu la potenciació de l'Àrea de Gestió del Coneixement i Màrketig Estratègic. Aquesta àrea tindrà com a missió la sistematització d'estratègies que permetin l'intercanvi de coneixements i el treball col·laboratiu entre ambdues parts, afavorint les relacions en l'altre direcció: hospital-indústria. L'IR compta amb elements que poden ser d'interès per a la indústria, tal com ho indiquen diverses patents que ja han sorgit com a conseqüència del treball de diferents grups d'investigació. Per acabar, la relació indústria-hospital és una aliança estratègica que s'ha de cuidar adequadament. L'HSCSP està convençut que els fruits positius superen els eventuals inconvenients, tant per al mateix hospital i les indústries implicades, com per a la societat i l'individu.

Agraïm a Salvador Rico les idees aportades i la cerca bibliogràfica que fonamenta les dades presentades. |


Referències.

- Boletín de Economía Industrial (BEI) no. 3. Junio 2008, pp.136, 204-205.
- Blumenthal, D. Academia-Industrial Relationships in the Life Sciences. N Eng J Med 2003, 349:25:2452-2459.
- Di Masi, J. Tufts University, Centre for the Study of Drug Development, 2007.
- European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations (EFPIA). The Pharmaceutical Industry in figures , 2008.
- INE. Encuesta sobre Innovación Tecnológica en las Empresas, 2006.
- Kesič, D. Strategic analysis of the world pharmaceutical industry. Magement 2009, 14; 1: 59-76.
- Kesič, D. Dynamic development of world pharmaceutical market. Delo 2006. Ljubljana, 12.
- Lichtenberg, FR. The impact of new drug launches on longevity: evidence from longitudinal, disease-level data from 52 countries, 1982-2001. NBER Working Paper Series. June 2003. Working Paper 9754. (<http://www.nber.org/papers/w9754>)

La comunicació és quelcom més que enviar missatges



- Comunicació corporativa
- Continguts
- Esdeveniments professionals
- Relacions amb els mitjans
- Serveis editorials
- Assessorament



**Mi objetivo:
dejar el informe
clínico hecho en
el momento**

El poder de la voz en el sector sanitario

Nuance es la empresa líder en soluciones del habla. Ponemos a su disposición la familia más completa de soluciones para la documentación clínica. Nuestros esfuerzos se centran en facilitar el uso de la Estación Clínica, acelerando así su implantación y aceptación como herramienta para la captación de datos clínicos.

SpeechMagic, plataforma líder de voz de Nuance, contribuye a maximizar el rendimiento de las inversiones tecnológicas realizadas por hospitales y proveedores. Póngase en contacto con nosotros para comentar su situación individual e informarse sobre los nuevos modelos de financiación flexible a través de info.speechmagic@nuance.com o visite nuestro sitio web

www.nuance.es/sanidad.

WWW.NUANCE.ES/SANIDAD
T: 93 479 4328



NUANCE