

Referent

PAPERS DE LA **FUNDACIÓ UNIÓ**

A fons

La liberalització en farmàcia

Gestió de recursos

L'IVA al sector sanitari

Entrevista

Guillem López
Casasnovas

A reflexió

Situació dels metges

01

REVISTA DE MANAGEMENT
PER AL SECTOR SANITARI I SOCIAL
NÚMERO 1 | ANY 2007


FUNDACIÓ UNIÓ

STAFF

CONSELL EDITORIAL

President: Boi Ruiz

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

CONSELL DE REDACCIÓ

Direcció: Josep Martí i Lluís Miravittles

Coordinació: Cristina Aragüés

Redactora en cap: Estefania Linés

Redacció: Anna Cerdà

Col·laboradors: Xavier Gibert, Joan Maria Ferrer i

Carles Loran

Disseny i maquetació: Carlos Ramos

Serveis comercials: Víctor Bertrán, Jordi López

i Raquel Goicoechea

Correcció: Treeloc

Impressió: Difoprint.PuntDigital

Fundació Unió

Carrer Bruc, 72 1r. 08009 - Barcelona

comunicacio@uch.cat

T. 34 93 209 36 99

F. 34 93 414 71 22

www.uch.cat

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

Tiratge d'aquest número 2.000 exemplars

ÍNDEX

- P. 2 EDITORIAL // LA SALUT DE LA SALUT
- P. 4 A FONTS // LA COMISSIÓ EUROPEA POSA EN PEU DE GUERRA EL SECTOR FARMACÈUTIC
- P. 6 LA UNIÓ EUROPEA I LA DESREGULACIÓ DE LES FARMÀCIES; Joan Duran Pou
- P. 9 A REFLEXIÓ// ELS PROFESSIONALS PROPOSEN SOLUCIONS
- P. 10 ACREDITACIÓ PROFESSIONAL; Albert Oriol i Bosch
- P. 12 IMPLICACIÓ DEL METGE EN EL PROJECTE EMPRESARIAL; Albert Ledesma
- P. 14 RELACIÓ ENTRE GESTORS I METGES; Helena Ris
- P. 16 CASOS PRÀCTICS// DE L'ARXIU A LA LLAR: LA HISTÒRIA CLÍNICA COMPARTIDA A LA XARXA SANTA TECLA; Manuel Sanromà
- P. 19 UN NUEVO MODELO DE GESTIÓN MIXTA PÚBLICO-PRIVADA; Carlos Pérez Espuelas
- P. 22 EL SISTEMA DE SALUT ANDORRÀ; Joan Tomàs Reig
- P. 24 ENTREVISTA// GUILLEM LÓPEZ CASASNOVAS
- P. 26 GESTIÓ DE RECURSOS// L'IVA, UN SOBRECOST PER A LES ENTITATS SANITÀRIES; Carles Loran
- P. 28 OPINIÓ// PROVISIÓ DE SERVEIS D'ATENCIÓ A LA DEPENDÈNCIA; Pedro M. Cano Desandes

Abelló Linde
Div. Medicinal

Linde

Evolucione con nosotros hacia
una nueva categoría de Servicios
Medicinales

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

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

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

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

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



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

És norma no escrita que el primer editorial d'una publicació serveixi per explicar els motius de la seva arribada al mercat de la informació. En aquest punt serem fidels a l'ortodòxia i ens atendrem a aquesta tradició.

La revista neix gràcies a l'empenta de la Fundació Unió Catalana d'Hospitals, però això no la converteix en el seu butlletí corporatiu, sinó que Referent vol ser una eina d'anàlisi, debat, informació i reflexió de qualitat que vagi molt més enllà de la promoció de l'entitat editora. Aquest és un tret distintiu imprescindible per entendre l'objectiu de la publicació.

És honest i convenient expressar en aquest primer número que la revista tindrà una línia editorial pròpia. Així, igual que la Fundació i la Unió Catalana d'Hospitals (organització empresarial que la promou), els qui fem Referent compartim el compromís i, també, creiem en la validesa d'un model sanitari, sociosanitari i d'atenció a la dependència participat per la societat civil i fonamentat sobre la base de l'autonomia de la gestió, del comportament empresarial com a única garantia per assolir resultats mesurables i satisfactoris i una estricta conducta ètica.

La revista està escrita en català i es distribuirà a Catalunya, València, les Illes Balears i Andorra. De tots els articles podem trobar un breu resum en castellà. La tirada inicial és de 2000 exemplars adreçats, principalment, a gestors, directius i decision makers vinculats a la salut, a l'àmbit socio-sanitari i d'atenció a la dependència, però també a acadèmics, investigadors i dirigents d'entitats

representatives del món associatiu i empresarial relacionats en aquest àmbit. En definitiva, tot l'entramat que respon de manera genèrica al que hom coneix per "societat civil". És a dir, volem arribar a tots els que, d'una manera o d'una altra (gestionant, opinant, decidint, investigant, etc.), participen habitualment en les qüestions que giren al voltant del sector sanitari.

Referent vol omplir un buit que, amb franquesa, creiem que hi ha en l'àmbit dels productes informatius vinculats al món de la salut, l'àmbit sociosanitari i d'atenció a la dependència. Volem parlar de salut, però volem fer-ho des d'un angle que normalment no s'aborda: el de la gestió empresarial d'aquest sector i totes les seves derivades. En aquest sentit, a Referent hi tindran cabuda estudis, experiències, opinions autoritzades i tots aquells elements que puguin aportar un nou punt de vista sobre com assolir l'excel·lència en el nostre sector.

Aquesta és una revista de salut que no vol parlar de salut, sinó de la salut de la salut. És sota aquest prisma que estem convençuts que Referent arriba com una novetat necessària i, desitjaríem, que també imprescindible.

L'objectiu principal (convertir-nos en una publicació de referència en l'anàlisi i l'estudi de la gestió de la salut) és extremadament ambiciós i difícil. Però això fa més engrescador el projecte. Un projecte que també està obert a la seva participació perquè tots tenim coses a dir i a explicar. A partir d'avui, a més a més, tenim el lloc on dir-les i explicar-les: Referent. |

A fons

La Comissió Europea posa en peu de guerra el sector farmacèutic

La Comissió Europea va exigir per primera vegada a Espanya, el juliol del 2005, la liberalització del sector farmacèutic, demanant la supressió dels requisits d'establiment de les noves oficines de farmàcia a Espanya

La liberalització de les farmàcies a Espanya està actualment en mans del Tribunal Europeu de Justícia de Luxemburg. El que havia començat com un conflicte en el terreny polític va entrar en la via judicial per una qüestió plantejada pel Tribunal Superior de Justícia d'Astúries al màxim tribunal europeu perquè sigui aquest tribunal qui decideixi si la planificació espanyola del sector farmacèutic viola o no el Tractat de Roma de creació de la Comunitat Econòmica Europea el 1957, que consagra la llibertat d'empresa.

La qüestió presentada pel Tribunal Superior de Justícia d'Astúries ha interromput les negociacions entre el Govern Espanyol i la Comissió Europea. Per posar-nos en antecedents, el conflicte es va iniciar quan la Comissió Europea va exigir per primera vegada a Espanya, el juliol del 2005, la liberalització del sector farmacèutic, demanant la supressió dels requisits d'establiment de les noves oficines de farmàcia a Espanya. L'exigència es fonamenta perquè algunes de les normes espanyoles entren en conflicte amb el dret comunitari. Tant el Ministeri de Sanitat i Consum com els col·legis farmacèutics d'Espanya van rebutjar aquests arguments i van defensar l'actual model farmacèutic espanyol, que estableix la necessitat d'una distància mínima de 250 metres entre oficines de farmàcia, a més d'un mínim de població de 2.800 habitants. El

juny de 2006 Brussel·les va insistir en la seva postura, aquest cop recolzant-se en un dictamen que requereix la liberalització del sector farmacèutic, eliminant els límits d'obertura de noves oficines de farmàcia i permetent la creació de cadenes farmacèutiques propietat de societats o persones alienes al sector. Aquest dictamen va ser contestat per part espanyola amb una allau d'al·legacions, on es defensava el model espanyol d'oficina de farmàcia.

El dictamen de la Comissió Europea, datat el 28 de juny de 2006, argumenta que la legislació espanyola vulnera el dret comunitari, i demana, tal i com ja es va fer el juliol de 2005, un canvi en la normativa interna de l'Estat. La Comissió fa menció de tres aspectes: el primer és que "la ràtio d'habitants per farmàcia i la distància mínima entre aquestes és desproporcionada i contraproductent respecte a l'objectiu d'abastir correctament la població"; el segon és que segons Brussel·les "algunes comunitats autònomes, com la Valenciana, donen preferència a farmacèutics amb experiència professional a la mateixa comunitat, i això implica un caràcter discriminatori", i el tercer és que la Comissió Europea "rebutja determinades restriccions en la propietat de les oficines, que només permeten ser titular d'una farmàcia als farmacèutics, i que prohibeixen que un mateix professional sigui propietari o copropietari de més d'una

Els col·legis farmacèutics i el govern espanyol

- › L'obertura indiscriminada de nous establiments perjudicaria la qualitat del servei
- › El nou model de la Comissió Europea suposaria la descapitalització de les oficines de farmàcia més antigues
- › La ràtio d'habitants per oficina de farmàcia a Espanya és la tercera més baixa d'Europa
- › Volen conservar els requisits de població mínima per obrir una farmàcia (2.800 persones) i el mínim de 250 m de distància entre farmàcies

La Comissió Europea

- › Els dos requisits de població i distància vulnereixen el dret comunitari de llibertat d'establiment i són desproporcionats
- › Volen possibilitar la creació de cadenes de farmàcies propietat de societats o persones alienes al sector
- › El model espanyol és discriminatori pel fet d'establir barreres d'entrada a professionals europeus
- › La liberalització afavorirà l'obertura de farmàcies en zones molt poblades sense perjudicar els establiments de zones menys habitades

farmàcia alhora". Com a conclusió, la Comissió Europea veu aquesta regulació del sector com una trava a la llibertat d'establiment, atès que limita el nombre de farmàcies. Una liberalització implicaria un augment de farmàcies en zones molt poblades, sense que això perjudiqui els establiments de zones menys habitades, com és el cas de les àrees rurals.

Els farmacèutics espanyols, a través dels seus col·legis professionals representats per Pedro Capillo, conseller general de col·legis oficials de farmacèutics, defensen que el model espanyol "es troba entre els millors del món i dona el millor servei al ciutadà", de la mateixa manera que el Ministeri de Sanitat i Consum. Segons l'organisme col·legial, el model espanyol és sinònim de qualitat i eficiència, i assegura que el 99% dels ciutadans disposa d'una farmàcia en el seu lloc de residència. Per als professionals, l'obertura indiscriminada de nous establiments perjudicaria la qualitat del servei de farmàcia, a més de descapitalitzar les oficines més antigues. Un altre dels arguments en defensa de la postura dels farmacèutics és la ràtio d'habitants per oficina de farmàcia. Espanya se situa entre les més baixes d'Europa, només superada per Grècia i Bèlgica i molt lluny dels 10.000 habitants de Suècia i Holanda, i dels 20.000 de Dinamarca. |

A fondo_

La Comisión Europea pone en pie de guerra el sector farmacéutico

La Comisión Europea exigió por primera vez a España, en julio de 2005, la liberalización del sector farmacéutico, al considerar que algunas de las normas españolas entran en conflicto con el derecho comunitario de la libertad de empresa.

El Ministerio de Sanidad y Consumo y los Colegios Farmacéuticos de España rechazaron estos argumentos, defendiendo el modelo español que establece la necesidad de una distancia de 250 metros entre las oficinas de farmacia, además de un mínimo de población de 2.800 habitantes, y alegando que se caracteriza por la calidad y la eficiencia, ya que el 99% de los ciudadanos dispone de una farmacia en su lugar de residencia.

En junio de 2006 la Comisión elaboró un dictamen en que se hacía mención a tres aspectos: el primero hace referencia a que el ratio de habitantes por farmacia y la distancia mínima no permiten abastecer correctamente a la población, el segundo es que algunas comunidades autónomas dan preferencia a farmacéuticos con experiencia profesional de la misma comunidad y esto tiene un carácter discriminatorio, y el tercero rechaza las restricciones en la propiedad de las oficinas, que sólo permiten ser titular a los farmacéuticos y prohíben que un mismo profesional sea propietario de más de una farmacia a la vez. |

Els farmacèutics espanyols defensen que el model espanyol és sinònim de qualitat i eficiència i asseguren que el 99% dels ciutadans disposa d'una farmàcia en el seu lloc de residència

La Unió Europea i la desregulació de les farmàcies

Joan Duran Pou

President del Col·legi de Farmacèutics de Barcelona

El comissari de Mercat Interior va iniciar, el juliol del 2006, diferents procediments d'infracció contra Espanya, Itàlia i Àustria, per considerar que les seves normatives en matèria d'ordenació i planificació farmacèutica podien vulnerar els principis referents a la llibertat d'establiment i de lliure circulació de capitals

Tots els països de la Unió Europea (UE) tenen regulat el sistema de salut en general i el sector del medicament en particular. A principis de 2004, la Comissió de les Comunitats Europees, per iniciativa del comissari de Mercat Interior, en la seva *Proposta de Directiva de Serveis del Mercat Interior*, va pretendre aplicar els principis d'absoluta desregulació als serveis de salut amb una interpretació il·limitada i sui generis de l'article 43 del Tractat de la Comissió Europea, relatiu a la llibertat d'establiment.

Aquesta iniciativa va topar tant amb el Parlament Europeu com amb el Consell, que no van considerar adequat aquest plantejament, en determinar que no es prenen en consideració altres disposicions de la UE relacionades amb drets dels ciutadans i de la salut. De la mateixa manera, molts Estats membres van al·legar que la iniciativa era una intromissió en les seves competències i que, a més, dificultava el compliment del dret a la protecció de la salut dels ciutadans, dret que està en l'esfera de les seves responsabilitats. En conseqüència, els serveis sanitaris i, per tant, els farmacèutics, van quedar exclosos del seu àmbit d'aplicació.

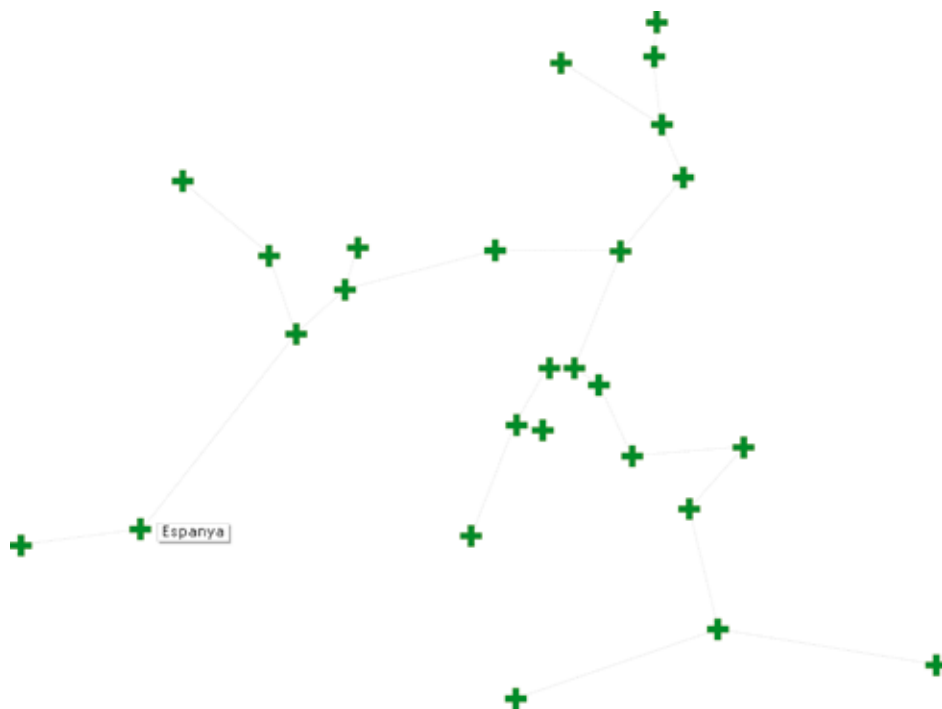
Tot i aquests antecedents, el mateix comissari va iniciar el juliol de 2006 diferents procediments d'infracció contra Espanya, Itàlia i Àustria, perquè considerava que les seves respectives normatives en matèria d'ordenació i planificació farmacèutica podien vulnerar els principis referents a la llibertat d'establiment i de lliure circulació de capitals, un cop més, basant-se en l'article 43 del Tractat.

Els tres procediments han estat contestats pels Estats, que reclamen de nou el dret a no supeditar els sistemes sanitaris respectius a criteris excessivament mercantilistes, atès que la regulació protegeix un bé superior com és la salut dels ciutadans i, en aquest sentit, diversos articles del Tractat de la Comissió Europea així ho corroboren.

Altres Estats també s'han alarmat per aquesta nova actuació del Comissari d'Interior i s'han agrupat al voltant de la Direcció General de Sanitat i Defensa dels Consumidors (DG SANCO) de la Unió Europea en contra dels procediments iniciats per neutralitzar o suavitzar aquestes iniciatives i elaborar una proposta legislativa dels serveis sanitaris, inclosos els farmacèutics, a Europa.

En el procediment obert contra Espanya, la Comissió Europea qüestiona bàsicament tres aspectes, dos molt importants, la planificació de les oficines de farmàcia, basada en criteris geogràfics i demogràfics, i el binomi titularitat-propietat, mentre que el tercer fa referència a disposicions particulars d'algunes comunitats autònomes sobre el barem de mèrits de la carrera professional.

Com hem dit, la planificació i la titularitat-propietat són eixos essencials en el debat sobre la liberalització de les oficines de farmàcia, però cal dir que aquest sector, com molts altres, està regulat d'una forma o altra en tots els Estats europeus, bé mitjançant normatives específiques o procediments més difuminats que es mostren sovint més inadequats i àdhuc més restrictius. El debat se centra en si aquestes normatives



específiques són excessives en relació als criteris de mercat i als drets dels ciutadans que es protegeixen.

En el nostre país, cal recordar que l'ordenació farmacèutica té un primer nivell de regulació de caràcter bàsic, la Llei de l'Estat, i un altre de competència autonòmica elaborat per les diferents comunitats autònomes. Amb alguna excepció, totes les disposicions autonòmiques en matèria d'ordenació farmacèutica són relativament semblants i tenen caràcter de llei, i aquest és el cas de Catalunya.

Abans de seguir, cal recordar que a la UE, elements tan mercantils com són els preus dels medicaments estan, en la majoria dels països, intervinguts en tot el procés: fabricació, distribució majorista i dispensació.

Aquestes premisses ja dibuixen una situació de complexitat que afecta, per tant, tot el sector del medicament incloent-hi fins i tot el consum, que no es pot frivoltzar.

Pel que fa al sector de les oficines de farmàcia (OF), hi ha criteris de regulació a tot Europa. En alguns països hi ha una desregulació "curiosament regulada", com en el cas del Regne Unit on mitjançant concertacions selectives del principal client, el National Health Service amb les OF, en condiciona la viabilitat, per tant, tot i no haver una regulació estricta o formal, n'hi ha una de pràctica. El resultat és que al Regne Unit, tot no havent una regulació expressa, hi ha menys farmàcies per habitants que a Espanya, i la distribució és prevalent a les àrees amb més densitat poblacional.

Dels tres elements qüestionats en el procediment obert contra Espanya, el primer afecta les comunitats de València i Canàries i fa referència als barems de mèrits a l'hora d'atorgar una farmàcia nova, perquè discriminen positivament els farmacèutics que han desenvolupat l'activitat en aquella comunitat autònoma.

El segon és l'existència de criteris de planificació tenint en compte paràmetres geogràfics i demogràfics. Aquests criteris, que s'han establert per llei, es justifiquen en el nostre cas per garantir l'accessibilitat dels ciutadans als medicaments en condicions d'equitat. Sembla que aquestes regulacions, almenys en el nostre país, han aconseguit l'objectiu, ja que Espanya té una de les xarxes d'oficines de farmàcia més denses i més equilibrades pel que fa a la distribució territorial. En aquest sentit, assenyalem que la ràtio d'habitants per oficina de farmàcia a Espanya, 2.143 habitants/OF, és de les més baixes d'Europa. Paradoxalment, en altres països menys regulats, o que ho estan amb criteris més mercantilistes com Holanda o el Regne Unit, el nombre d'habitants per farmàcia és superior, amb 9.552 habitants/OF i 4.846 habitants/OF respectivament i, a més, aquestes es concentren de forma majoritària en els grans conglomerats urbans.

Sembla, doncs, que el sistema regulador existent a Espanya és més permissiu i, en la pràctica, limita menys el nombre de farmàcies que es poden posar, sense perdre el concepte d'accés equitatiu als medicaments, i això essent Espanya un dels països on els preus dels medicaments són dels menys cars de la Unió Europea.

“Aquest sector està regulat d’una manera o altra en tots els Estats europeus, bé mitjançant normatives específiques o procediments més difuminats que es mostren sovint més inadequats i restrictius”

“Els criteris de planificació que s’han establert per Llei es justifiquen en el nostre cas per garantir l’accessibilitat dels ciutadans als medicaments en condicions d’equitat”

En el cas del barem de mèrits de les comunitats Valenciana i de Canàries molt probablement aquestes hauran de modificar les disposicions per adaptar-les a les normatives de les altres comunitats d'Espanya i de la resta d'Europa

La Llei de societats professionals aprovada, segons com es desenvolupi, pot arribar a ser un instrument per afrontar i resoldre aquest conflicte entre la Comissió Europea i l'Estat espanyol

Amb aquest plantejament, ens hem de preguntar si la iniciativa de la Comissió Europea no obeeix més a qüestions dogmàtiques de l'Europa dels mercaders que a l'interès de l'Europa dels ciutadans.

El tercer element que qüestiona el Dictamen és el que té a veure amb la propietat-titularitat de l'oficina de farmàcia, que per Llei està reservada als farmacèutics de manera similar a la situació de França, Alemanya, Dinamarca o Finlàndia. Amb tot, en aquest aspecte la situació és més complexa i en el nostre entorn coexisteixen situacions més diverses i, per tant, aquesta és una discussió més oberta que, naturalment, admet un ampli ventall de respostes i d'interpretacions.

En aquest sentit, el 15 de març de 2007 en el Congrés dels Diputats es va aprovar la Llei 2/2007 de societats professionals, que incideix en la majoria de professions col·legiades (advocats, arquitectes, metges, etc.) i que també pot afectar les farmàcies. Tot i que és una llei que "reclama" una reglamentació "intensiva" perquè està poc "travada", amb una primera lectura, es dedueix que amb totes les cauteles i limitacions, un desenvolupament adequat pot ser una resposta sensata i equilibrada a la iniciativa de la Comissió, però insistim, a aquesta afirmació encara li falta un contrast jurídic rigorós.

En resum, pel que fa a l'assumpte de la liberalització de les farmàcies i l'expedient obert

contra Espanya, cal dir que en el cas del barem de mèrits de les comunitats Valenciana i de Canàries, molt probablement aquestes hauran de modificar les disposicions per adaptar-les a les normatives de les altres comunitats d'Espanya i de la resta d'Europa.

Pel que fa a la planificació de les farmàcies i, després de saber de manera oficiosa que en l'expedient obert posteriorment contra França, país que té una regulació semblant i més restrictiva, no s'hi ha inclòs els aspectes lligats a la planificació, fa pensar que les evidències numèriques abans descrites inclinen a la Comissió a abandonar aquesta línia i, si hi ha coherència, aquest criteri afectarà l'expedient espanyol.

Finalment, i pel que fa al concepte de la propietat-titularitat, en la meua opinió, la Llei de societats professionals aprovada, segons com es desenvolupi, pot arribar a ser un instrument per afrontar i resoldre aquest conflicte entre la Comissió Europea i l'Estat espanyol d'una manera raonable, si realment la iniciativa europea té en compte interessos de salut i dels ciutadans i no respon a posicions dogmàtiques.

Amb tot, no hem d'ignorar que estem davant d'un escenari certament turbulent no exempt d'incògnites. Però també estic convençut que ens trobem, perquè estem parlant de la salut dels europeus, més a prop d'una evolució progressiva del model que no d'un trencament immediat. |

A fondo

Liberalización de las oficinas de farmacia

A principios del 2004 la Comisión Europea propuso un proyecto de Directiva de los Servicios de Mercado Interior que tenía como finalidad la desregulación de los servicios de salud en los países de la Unión Europea. Posteriormente, en julio de 2006, la Comisión Europea abrió un procedimiento de infracción contra España a propósito de supuestas trabas a la apertura de nuevas farmacias, hecho que según el Comisario del Mercado Interior vulneraba el artículo 43 (relativo a la libertad de empresa) del tratado de Roma de 1957, de fundación de las Comunidades Europeas.

España y otros países afectados por el procedimiento argumentaron que se trataba de una intromisión en sus competencias y se cuestionaba el derecho de los Estados a proteger la salud de sus ciudadanos, dado que antepone el criterio mercantilista al de servicio público que prestan las oficinas de farmacia.

Los argumentos de la Comisión Europea se articulan en tres críticas al sistema español de oficinas de farmacia. El primero hace referencia la planificación de las oficinas de farmacia, basada en criterios geográficos y demográficos. El segundo, al binomio entre propiedad y titularidad de los establecimientos. Y el último a los baremos de méritos para acceder a la adjudicación de una oficina de farmacia, considerados discriminatorios en los casos de Canarias y la Comunidad Valenciana.

Para rebatir los argumentos de la Comisión Europea se alega que en todos los países existen regulaciones del sector. En la práctica, el sistema español permite más libertad de establecimiento que en otros países y tiene una red de oficinas de farmacia más densa y equilibrada en lo que se refiere a distribución territorial. |

Els professionals proposen solucions



La nostra societat es caracteritza pel dinamisme i el canvi constant, igual que les societats desenvolupades del nostre entorn. En aquest context canviant, la professió mèdica està revisant el seu paper al sistema sanitari. Durant l'any passat, els metges van intentar donar resposta a les causes del seu malestar a través de la via sindical. No obstant això, molts facultatius pensen que també cal tractar el seu desencís de la professió des del professionalisme que aborda aspectes com ara el reconeixement social o el prestigi, entre d'altres.

Sobre la situació de la professió mèdica s'han elaborat nombrosos documents, anàlisis, informes, articles, etcètera; que desgranen els seus reptes. Entre aquests reptes, cal destacar, per exemple, el fet de renovar el pacte entre el metge i l'Estat i redefinir el pacte entre el metge i el pacient.

En aquest article, tres destacats professionals ens aporten el seu punt de vista sobre tres temes diferents que giren al voltant de la situació actual dels metges i com tractar-la.

El Dr. Albert Oriol Bosch, president de la Fundació Educació Mèdica, subratlla la necessitat de crear un tercer nivell d'acreditació professional, a més de la llicenciatura universitària i l'obtenció de l'especialitat, vinculat a la valoració dels resultats professionals de la pràctica diària. El Dr. Albert Ledesma, metge de família i director d'EAP Vic, S.L., analitza el paper del metge dins les empreses sanitàries posant de manifest l'actual dilema de si el facultatiu és un treballador per compte d'altri o ha d'esdevenir un empresari de la salut. La Dra. Helena Ris, directora general de la Corporació Sanitària Parc Taulí, exposa la relació entre gestors i metges, i els problemes derivats de delimitar amb claredat les funcions de cadascú. |

Molts facultatius pensen que també cal tractar el desencís de la professió des del professionalisme que aborda aspectes com ara el reconeixement social o el prestigi

Acreditació professional

Albert Oriol i Bosch
President Fundació Educación Médica

“Caldria disposar d'un tercer nivell acreditatiu, responsabilitat d'instàncies competents (Col·legis de Metges i Societats Científiques) en garantir la capacitat per exercir la professió”

Actualment, en el nostre país, l'acreditació professional dels metges se sustenta en dos únics documents, el títol de llicenciat i el d'especialista, emesos per l'Estat (Ministeri d'Educació) i de naturalesa perenne. Fins ara, altres instàncies no hi han jugat cap paper formal.

A les societats modernes, que són de gran complexitat, és necessari que els diferents agents actius retin comptes els uns als altres de l'acompliment responsable de les seves funcions. En el nostre món ja hi ha múltiples senyals de la insuficiència del nostre sistema d'acreditació professional. Per tant, cal que comencem a considerar què caldria fer i per a qui hauria de ser fet.

Entenem que l'acreditació professional hauria de tenir tres nivells i no els dos actuals que, essent necessaris, certament no són suficients. Els dos primers, llicenciat i títol d'especialista, sense perdre el seu caràcter de perennitat, serien condició necessària però no suficient per a l'exercici professional, per la qual cosa caldria disposar d'un altre nivell acreditatiu, responsabilitat d'instàncies competents (Col·legis de Metges i Societats Científiques) en garantir la capacitat per exercir la professió.

Aquest tercer nivell no acredita el que un professional és (metge) ni el que està capacitat per fer (especialista) sinó el que un professional està fent cada dia i com ho està fent. Aquest nivell

d'acreditació és el que donaria la garantia al pacient i a l'organització que utilitza els seus serveis que el professional fa el que està fent al nivell exigible.

Es tracta d'una certificació garantida i periòdica de la feina que fa un professional i dels resultats que aconsegueix. Per a aquesta certificació es requereix:

- › Uns registres d'activitats professionals (quantitatius)
- › Uns referents de qualitat en l'actuació professional: Medicina Basada en l'Evidència (MBE)
- › Una instància responsable d'emetre les credencials i de verificar les dades dels registres

Aquest nivell d'acreditació d'antuvi pot semblar complicat d'endegar i perillós per les seves conseqüències. Tot i que és ben segur que no és senzill d'iniciar fins que no es posin en funcionament els instruments necessaris, la complicació i el perill han de ser menors si no es deixa en mans de la burocràcia estatal i la societat civil n'assumeix la responsabilitat del seu funcionament. Els perills de conèixer millor la nostra realitat i de disposar d'instruments vàlids per certificar-la s'han de comparar amb les seves alternatives: el preu de continuar com fins ara o bé ser regulats i no tenir cap paper en el procés.

Perquè de fet és la societat civil la que s'ha de beneficiar de disposar d'una eina credencial



que li permeti saber qui és qui en l'àmbit del treball professional. Si aquesta eina es crea amb criteris d'utilitat, senzillesa, credibilitat i flexibilitat, (tretos que rarament es donen en els processos que la burocràcia reguladora engega), i la societat civil se'n responsabilitza, podrem donar un salt molt important per tractar amb lògica i eficàcia alguns dels problemes que avui dia tenim ja sobre la taula (desenvolupament professional continuat, carrera professional, assegurament professional contra els litigis per mala praxis, etc).

“Aquest tercer nivell acreditatiu pot suposar un salt molt important per tractar amb lògica i eficàcia alguns problemes que avui en dia ja tenim sobre la taula (desenvolupament professional continuat, carrera professional, assegurament professional contra els litigis per mala praxis, etc.)”

Per als que no veuen com la societat civil pot assumir tal responsabilitat ella mateixa sense un àrbitre, cal dir que hi ha exemples de com és possible fer-ho. Entenem que aprofitar el que tenim és essencial.

Les organitzacions proveïdores de serveis assistencials ja existeixen i són les que tenen o poden tenir les dades bàsiques necessàries. Aquestes organitzacions ja estan agrupades en associacions com, per exemple, la Unió Catalana d'Hospitals. Els criteris de qualitat exigibles per l'MBE són donades per diferents instàncies, com ara les societats científiques. Els criteris del professionalisme estan establerts a casa nostra pel Consell de Col·legis de Metges. Per tant, només cal articular els interessos compartits pels agents socials actius a fi d'evitar una altra malifeta ben intencionada dels reguladors. |

A reflexió

Acreditación profesional

Para ejercer la medicina en nuestro país existen dos niveles de acreditación: la licenciatura en medicina y la de especialista.

Las sociedades médicas y científicas tendrían que crear un tercer nivel de acreditación profesional basado en el trabajo diario de cada facultativo.

Para conseguir esta certificación se requeriría un registro de actividades profesionales, unos referentes de calidad en la actuación profesional y un organismo responsable de emitir las credenciales y verificar los datos de los registros.

La puesta en marcha de este tercer nivel es complicada, aunque viable, si no se deja en manos de la burocracia estatal.

Gracias a este tercer nivel de acreditación, la sociedad podría conocer los niveles de competencia profesional de los facultativos. |

Implicació del metge en el projecte empresarial

Albert Ledesma

Metge de Família i Director d'EAP Vic S.L.

“El treball multidisciplinari ha deixat els metges en una situació de desconcert, amb moltes dificultats per assumir un nou rol en aquest complex empresarial que s’ha convertit el sistema sanitari català”

“La nostra posició com a treballadors assalariats és dèbil i gens satisfactòria. Posicionar-se a favor d’una opció minoritària i implicar-nos com a empresaris per exercir la nostra professió té inconvenients i suscita poques adhesions”

La creació i el desenvolupament del Sistema Nacional de Salut ha significat el pas d’una organització del treball basada en la individualitat i amb el metge com a eix vertebrador, a una altra on el treball multidisciplinari en organitzacions més o menys complexes, és la base per donar la resposta adequada a les expectatives dels ciutadans. Aquest canvi ràpid i profund ha deixat els metges en una situació de desconcert, amb moltes dificultats per definir i assumir un nou rol en aquest complex empresarial que s’ha convertit el sistema sanitari català.

Els àmbits i les situacions són diverses, però en tot cas el dilema és el mateix, volem ser treballadors per compte d’altri? O empresaris? La realitat sembla confirmar que la resposta majoritària seria la de convertir-nos en treballadors per compte d’altri amb una força sindical pròpia que defensi els nostres interessos laborals. La societat i l’entorn són favorables en aquesta posició que és la menys compromesa a títol individual i que s’ha consolidat entre la majoria dels metges. Malgrat que soni a definitiva i consolidada, la nostra posició com a treballadors assalariats és dèbil i gens satisfactòria. Posicionar-se a favor d’una opció minoritària i implicar-nos com a empresaris per exercir la nostra professió té inconvenients i suscita poques adhesions.

Els que hem fet aquest pas constatem els avantatges que comporta per un exercici professional compromès amb les persones i la societat, voldríem donar-vos arguments per a la reflexió i potser per reconsiderar la posició del col·lectiu. L’exercici professional de la medicina en el seu vessant assistencial passa necessàriament pel compromís i la implicació amb el pacient, la família, la societat i l’entitat on s’organitza tota aquesta activitat. Assumir el risc de ser part en la propietat de l’entitat que dóna els serveis sanitaris i alhora professional sanitari és la manera més directa per assolir aquests objectius d’implicació i compromís.

Per fer la nostra tasca professional amb garanties d’èxit calen unes determinades condicions als llocs de treball, i només les tindrem si som nosaltres els que decidim com són les nostres organitzacions. Deixar en mans dels altres la capacitat de decidir és abdicar de l’autonomia necessària per donar un bon servei i obtenir les compensacions adients per ser uns professionals satisfets amb la seva professió i amb el seu rol social. Els arguments que els metges no som empresaris o que privatitzar la gestió és un perill per al sistema públic només són excuses que defensen els que estan interessats en mantenir la situació actual i, si poden, fer-la definitiva. Emprendre un projecte professional i emmarcar-



Cartagena, 340-350 / 08025 Barcelona (Espanya) / Apt. Correus 24 055 (08080)
Tel. +0034 934 169 700 / Fax +0034 934 169 730



Fundació Puigvert

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

Centre hospitalari 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



lo en una empresa és una situació privilegiada que molts voldrien tenir.

A Catalunya es pot constituir un grup de professionals, crear una entitat i ser contractada pel CatSalut per prestar l'atenció primària d'una determinada zona. Això obre un ventall infinit de possibilitats per als metges i infermers de casa nostra: tenim l'oportunitat de dissenyar i aplicar un projecte per tal d'exercir la nostra professió en les millors condicions possibles, amb el nivell d'autonomia que sempre hem reclamat i sense influències externes per modular un servei a la mida dels ciutadans i les seves expectatives. No deixa de ser una aventura empresarial però amb uns riscos controlats que res no tenen a veure amb els del mercat privat i no regulat, en el nostre cas tenim assegurats uns ingressos anuals en funció dels ciutadans que atenem i de les característiques de la zona on viuen, per tant no tenim el risc econòmic dels que han de captar clients i vendre el seu producte.

Les possibilitats de no seguir en el mercat de la provisió són escasses i, per tant, tenim un futur força assegurat si som capaços d'oferir un servei de qualitat. El més important de tot és que els professionals que entrem en aquests projectes som experts en el servei que hem d'oferir i sabem el que volem i com cal fer-ho, els temes més tècnics de l'organització empresarial estan a l'abast de tothom a través de l'aprenentatge personal i de l'assessorament. Poder organitzar tot l'entramat de la nostra empresa, l'equip d'atenció primària, per tal de fer-lo a collidor, facilitador i útil per a nosaltres i per als ciutadans, que és un dels aspectes més motivadors que es pot donar a l'atenció primària.

La responsabilitat que assumim com a part de les nostres entitats ens submergeix en aquesta aventura fantàstica de ser l'agent de salut

dels nostres ciutadans, sentir que ells confien en nosaltres i saber que la nostra actuació com a metges i proveïdors pot satisfer les seves expectatives és una bona manera per confiar en el nostre futur professional i en el nostre creixement personal dins de l'entitat de la qual formem part. Un altre dels aspectes interessants per ser soci d'una d'aquestes empreses és saber que les coses i l'organització es poden modificar i adaptar per millorar o per adaptar-se a les noves situacions que van apareixent al llarg del temps, ja siguin les personals, dels companys o dels ciutadans que atenem. Podem entreveure que l'entorn és modificable i que els obstacles que trobem no es consoliden per sempre, la capacitat de canviar fan el futur més esperançador i interessant per a tots. És obvi que no tot és de color de rosa i que la nova situació d'empresari exigeix més dedicació, més responsabilitat en altres àmbits, més temps, però les compensacions són molt superiors als inconvenients que es plantegen. Quan fa un temps que t'hi dediques, veus els resultats, les compensacions, les satisfaccions personals i les mostres d'agraïment per un servei de qualitat que et fan arribar els ciutadans, perceps que ha estat un encert tot el projecte, la marxa enrere sembla impossible i no et sents capaç de tornar a treballar en l'anterior situació, on l'autonomia era molt limitada i la feina poc engrescadora.

Fer d'empresari en un projecte professional com aquest no és complicat per a metges de família que hem rebut una excel·lent formació en atenció primària, acabar-se de formar per ser un bon soci d'una d'aquestes entitats de provisió no és una tasca gaire complicada i sí molt engrescadora i gratificant. Al final els més beneficiats per aquestes iniciatives són els ciutadans, que es mereixen el millor i un petit esforç per part nostra no els ho podem negar. |

“Els arguments que els metges no som empresaris o que privatitzar la gestió és un perill pel sistema públic són només excuses que defensen els que estan interessats en mantenir la situació actual”

“Els professionals que entrem en aquests projectes som experts en el servei que hem d'oferir i sabem el que volem i com cal fer-ho. Els temes més tècnics de l'organització empresarial estan a l'abast de tothom a través de l'aprenentatge personal i de l'assessorament”

A reflexión

Implicación del médico en el proyecto empresarial

El desarrollo del Sistema Nacional de Salud ha significado el paso de una organización de trabajo individualizada a otra en organizaciones más complejas. Los médicos han tenido que asumir un nuevo rol en el mundo de la medicina, lo que les ha llevado al dilema de trabajar por cuenta propia o por cuenta ajena. La mayor parte de los facultativos ha optado por ser trabajadores por cuenta ajena y son pocos los que han optado por convertirse en empresarios del sector. En Cataluña, los médicos tienen la oportunidad de crear entidades y de ser contratados por el CatSalut. Esto les proporciona la autonomía

a menudo reclamada. Se trata de una aventura empresarial con riesgos controlados. Cabe subrayar que los facultativos que se implican en proyectos de estas características son expertos en el servicio que prestan. Los temas referentes a la organización empresarial también están a su alcance a través del desarrollo personal o de la asesoría. Es obvio que esta situación exige mayor compromiso e implicación pero la tarea de convertirse en socios de una entidad de provisión de servicios sanitarios puede ser muy gratificante. |

Relació entre gestors i metges

Helena Ris

Directora General de la Corporació Sanitària Parc Taulí

Al'informe “Ser Médico, hoy” de la *Fundación Educación Médica para el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos*, elaborat per Albert Oriol, Hèlios Pardell i Arcadi Gual, s'afirma el següent en relació als metges i als gestors:

“L'atenció sanitària necessita comptar amb professionals qualificats, compromesos i que assumeixin la seva funció de gestors dels recursos. No hi ha cap altra manera d'obtenir un servei eficient i de qualitat”

“La figura del profesional exigente, autónomo y capaz de autorregularse y asumir compromisos de gestión, conlleva grandes contradicciones y plantea situaciones de tensión en el seno de las organizaciones”.

“La figura del gestor está adquiriendo una predominancia evidente a expensas del profesional que se ha convertido en un técnico cualificado [...] alejándolo de sus responsabilidades tradicionales en la definición y organización de su trabajo”.

Si els autors tenen raó, tenim un greu problema a les organitzacions sanitàries. L'atenció sanitària necessita comptar amb professionals qualificats, compromesos i que assumeixin la seva funció de gestors dels recursos. No hi ha cap altra manera d'obtenir un servei eficient i de qualitat. Es diu que els gestors tendeixen a cercar l'eficiència i els clínics l'eficàcia, totes dues cerques es troben en el terreny de la correcta utilització dels recursos que la societat posa a disposició dels serveis sanitaris, i ambdues es complementen i s'orienten a la qualitat del servei.

Fa deu anys, pel cap baix, que parlem de crisi, que anem llistant i repetint quins són els problemes i enumerant les possibles solucions,

entre d'altres i molt principalment, la necessitat que els metges participin en el procés de presa de decisions en els centres, a nivell estratègic i operatiu. Aquesta és, quasi segur, la clau, però no ens n'acabem de sortir, per tant no deu ser fàcil.

Alguns elements per a la reflexió

És imprescindible reconèixer el paper bàsic i fonamental del metge en el procés d'atenció. Això sembla una obvietat, però cal insistir. La qualitat del producte que ofereixen els metges (les decisions clíniques) determina la qualitat global de l'organització. Certament, el metge no treballa sol, ha de treballar en equip, amb altres metges i amb altres professionals, sobretot amb les infermeres. I tots els professionals tenen el seu paper en l'atenció al pacient, però la funció del metge no es pot menystenir, ni diluir, ni subordinar. No es tracta de fer valer antics privilegis, sinó de reconèixer la seva funció, el seu paper. Aquest paper, per cert, està clarament reconegut pels ciutadans i quan s'exerceix amb compromís i rigor (i a més amb bonhomia) està excel·lentment valorat. Considero una percepció absolutament errònia la pèrdua d'autoestima que sovint té la professió sobre sí mateixa. Aquesta percepció planeja negativament sobre les noves fornades de metges, si no digueu-me com pot ser que residents de segon any, com un estudi citava, siguin ja portadors de la síndrome del *burnt-out* (!).

Un altre element de reflexió que proposo és sobre la, cada vegada més freqüent, barreja del discurs professional i el sindical/laboral,

“Tots els professionals tenen el seu paper en l'atenció al pacient, però la funció del metge no es pot menystenir, ni diluir, ni subordinar. No es tracta de fer valer els antics privilegis, sinó de reconèixer la seva funció, el seu paper”

fet que, al meu entendre, genera confusió en els professionals i també en els gerents. Tots dos discursos han de trobar el seu camí, però no s'han de mesclar, perquè si no els separem, cadascun en el seu moment i ocasió, ens porta a contradiccions aparentment insolubles (p. ex. autoorganització versus horaris).

Hem de trobar el camí de la gestió clínica als centres sanitaris. En el cas de l'Atenció Primària, estem força convençuts que la capacitat d'organitzar-se i l'autonomia dels Equips d'Atenció Primària afavoreixen els millors resultats i la satisfacció professional. Les EBAS (Equips en Base Associativa) en són l'exemple més extrem. Als hospitals és quelcom més difícil perquè l'organització és més complexa. Però igualment hem de trobar el camí per facilitar la gestió clínica, facilitar el debat, arribar a acords, avançar en els sistemes d'informació que hi donin suport, etc.

La funció fonamental del gerent hauria de ser proveir el suport als professionals perquè puguin dur a terme la seva tasca. Dit així sembla simple però no ho és. Ha de conduir l'organització d'acord amb els objectius de la propietat (defugir la temptació de sentir-se "propietari" i no confondre's), i mantenir l'equilibri entre els diferents interessos professionals vers la funció de donar el millor servei possible als usuaris dels centres, a la ciutadania que ens fa confiança.

La propietat ha d'exercir el seu paper amb decisió i, sobretot, vetllar per impedir la confusió de rols que genera greus problemes. Els consells d'administració han de mantenir-se vigilants respecte als equilibris entre els diversos actors.

Davant del repte d'una població cada vegada més demandant, millor informada i molt exigent, gestors i professionals necessitem treballar en equip. Immediatament després haurem d'inventar la manera d'incloure també la ciutadania en aquest equip, a nivell individual com a pacient, per descomptat, però també a nivell més comunitari tot procurant eliminar actituds demagògiques.

La sanitat pública està ben valorada, malgrat el soroll de fons. Tenim molta pressió assistencial i algunes cues. Necessitem més recursos? Segurament sí, però aplicats per professionals que exerceixen la seva professió amb qualitat i eficiència i que en el seu exercici tenen en compte l'evidència científica i miren d'evitar l'excessiva variabilitat de la seva pràctica clínica.

Que necessitem reordenar la demanda? És molt cert. Haurem d'explicar a la població (entre tots, però sobretot els polítics) que no és bo consumir els serveis sanitaris amb el mateix criteri consumista que apliquem als cotxes o a la roba. Com es fa això sense el compromís dels metges en el tracte amb els ciutadans? Sense l'existència, per exemple, d'un metge d'atenció primària compromès i segur del seu paper? Paper en el qual se sent còmode i reconegut.

Gaudim d'un sistema sanitari de qualitat i que és un important factor de cohesió social. El seus indicadors de funcionament i resolució són millors que mai, però també, mai com ara tots els seus protagonistes, metges, infermeres, gestors... han estat tan molestos i la síndrome del *burnt-out* tan publicitada. Haurem de ser capaços de reflexionar sobre el que ens passa, per avançar. |

“Cada vegada és més freqüent la barreja del discurs professional i el sindical/laboral, fet que genera confusió en els professionals i també en els gerents. Tots dos discursos han de trobar el seu camí, però no s'han de mesclar”

“El gerent ha de conduir l'organització d'acord amb els objectius de la propietat (defugir la temptació de sentir-se “propietari” i no confondre's), i mantenir l'equilibri entre els diferents interessos professionals vers la funció de donar el millor servei possible”

“Haurem d'explicar a la població (entre tots, però sobretot els polítics) que no és bo consumir els serveis sanitaris amb el mateix criteri consumista que apliquem als cotxes o a la roba”

A reflexión

Relación entre gestores y médicos

La atención sanitaria necesita buenos gestores de los recursos. La combinación de gestores y médicos ha de dar una correcta gestión de los recursos sanitarios que la sociedad ha puesto en manos de los profesionales.

Los médicos tienen que participar en el proceso de toma de decisiones en los centros, a nivel estratégico y operativo.

Todos los profesionales desempeñan su papel en el mundo sanitario, y el rol de los médicos no se puede menospreciar, diluir o subordinar. Los facultativos deben evitar la mezcla del

discurso profesional y el sindical/laboral. Se ha de encontrar el camino de la gestión clínica en los centros sanitarios. La función del gerente tendría que ser la de dar apoyo a los profesionales para que puedan desempeñar su tarea correctamente. La relación entre gestores y médicos pasa por el compromiso y la implicación de ambos desde su ámbito de actuación. Todos los actores implicados deben ser capaces de reflexionar sobre la situación de la profesión para poder avanzar. |

Casos pràctics

De l'arxiu a la llar

La Història Clínica Compartida a la Xarxa Sanitària i Social de Santa Tecla

Manuel Sanromà

Director de Sistemes d'Informació de la Xarxa Sanitària i Social de Santa Tecla

La Història Clínica Electrònica (en endavant HCE) s'està implantant en els darrers anys a totes les organitzacions sanitàries. Els indubtables avantatges que presenta, i que no repassarem aquí, units a la progressiva digitalització dels resultats de la majoria de les proves diagnòstiques (fonamentalment les imatges) impulsa un camí sense retorn cap a la digitalització de la Història Clínica (d'ara endavant HC) que fins fa poc estava basada en l'acumulació de documents en paper i plaques. Aquest camí, a la vegada, possibilita la conversió de l'HC, que fins ara estava lligada al centre que l'originava i custodiava, en una Història Clínica Compartida (d'ara endavant HCC) a la qual poden accedir (introduint i extraient informació) diferents centres i també diferents nivells assistencials.

És evident que això comporta la consolidació d'un canvi de paradigma. Si sempre ha estat clar que tota la informació objectiva continguda a l'HC és propietat del pacient, fins ara el concepte d'HC única era totalment virtual, fragmentada com estava aquesta en els diferents centres que havien atès el pacient. Amb la digitalització de l'HC i la possibilitat real d'una HCC, es pot realitzar en la pràctica el pas d'una HC centrada en les organitzacions a una HC centrada en el pacient. A la Xarxa Sanitària i Social de Santa Tecla de Tarragona (d'ara endavant la Xarxa) estem fent passes en aquesta direcció.

La Història Clínica Compartida

La Xarxa és una organització multicentre, multinivell i distribuïda en un territori homogeni (comarques del Tarragonès i Baix Penedès) que ha desenvolupat un exemple de la implementació pràctica d'una HCC. La Xarxa, nascuda a partir de la Fundació Hospital de Santa Tecla, està formada per 12 empreses i fundacions i

gestiona dos hospitals d'aguts (Santa Tecla de Tarragona i Comarcal d'El Vendrell), 1 hospital ambulatori a Tarragona, 6 àrees bàsiques de salut (Arbòs, Calafell, El Vendrell, Tarragona IV, Torredembarra i Vila-seca; un total de 6 centres d'atenció primària i 23 consultoris municipals) i un centre sociosanitari a Tarragona. Així doncs, la Xarxa cobreix tres nivells assistencials amb un total de 33 centres.

El pas cap a una HCC ha estat una decisió estratègica impulsada pel creixement d'una organització que fa quinze anys estava focalitzada en el centre matriu (l'Hospital de Santa Tecla) i que progressivament ha anat desplegant-se pel territori i ampliant el seu abast assistencial. Evitar el transport diari de tones de paper, possibilitar el funcionament i el suport a equips assistencials que treballen diàriament en centres diferents i aprofitar la informació generada en els diferents nivells en benefici de l'activitat assistencial, i per tant dels pacients, han estat algunes de les raons més que evidents que han impulsat un pas progressiu a l'HCC.

En els dos darrers anys a l'HCC s'hi ha integrat la imatge, la qual cosa ha comportat la necessitat de poder disposar d'unes comunicacions que fessin possible gaudir de prestacions similars tant on es genera la imatge com en els consultoris municipals. Això s'ha aconseguit amb una xarxa física que assegura la comunicació entre els 3 hospitals a un mínim de 100 Mbps (1Gbps entre els tres centres de Tarragona), 10 Mbps amb els Centres d'Atenció Primària i 1 Mbps amb els Consultoris Municipals.

Avui, l'HCC de la Xarxa és

INTEGRAL conté tota la informació clínica assistencial dels nostres pacients, incloent totes les imatges.

“Amb la digitalització de la Història Clínica (HC) i la possibilitat real d'una Història Clínica Compartida (HCC), es pot realitzar el pas d'una HC centrada en les organitzacions a una HC centrada en el pacient”

“Evitar el transport diari de tones de paper, possibilitar el funcionament i el suport a equips assistencials que treballen diàriament en centres diferents i aprofitar la informació generada en els diferents nivells han estat algunes de les raons evidents que han impulsat un pas progressiu a la HCC”

INTEGRADA amb tota la informació dels diferents nivells i actors del procés assistencial. La informació externa (típicament proves) es digitalitza i s'incorpora com a document; igualment es fa amb aquella informació històrica que es considera necessària a petició del facultatiu.

COMPARTIDA per a tots els professionals dels diferents nivells assistencials.

L'HCC comporta diversos avantatges que els pacients han anat assumint

> El primer i principal (per a la seva salut) és que qualsevol facultatiu de la nostra organització té una informació actualitzada de tot allò que pertoca a la salut del pacient. Això, que de fet ja era així amb l'HC única en paper, és molt més significatiu perquè la localització d'aquesta informació per part del facultatiu és molt més senzilla i ràpida.

> Augmenta l'eficiència (rapidesa, qualitat, minimització d'errades) en el tracte metge/pacient. En moltes ocasions s'evita la duplicació de proves.

> S'elimina la necessitat que el pacient porti o aporti informació que ja està en poder de

l'organització (el pacient no ha de carregar amb papers, plaques, ni ha d'aportar cap altre document que la seva TIS).

Quant a la pròpia organització, hi ha uns avantatges econòmics que encara no hem quantificat, donades les inversions necessàries per fer possible l'HCC i les noves formes de treball que s'imposen a l'organització. En tot cas l'HCC aporta:

> Cultura de lideratge tecnològic i d'implicació de tota l'organització en la nova forma de treball.

> Preparació per a un futur evident en el qual serà necessari compartir les HC generades per les diferents organitzacions sanitàries i anar a una HCC global per a cada pacient.

> Facilitat per extreure dades assistencials, científiques, econòmiques, socials, etc. de l'immens banc de dades que suposen desenes de milers d'HC.

> Increment en les possibilitats de col·laboració amb altres organitzacions i professionals (telemedicina, diagnòstic a distància, externalització de determinades tasques).

Evidentment l'HCC és més un camí que no pas un projecte que comença i acaba. En aquests

“La HCC no deixa de ser la projecció digital d'allò que es venia fent en paper, però obre noves possibilitats: cerques senzilles, simplificació de l'accés a la creixent quantitat i diversitat de dades, explotació automàtica d'aquestes aportant coneixement al personal assistencial, integració amb les guies clíniques”



Servei i manteniment de neteges

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



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

C/. Sant Sebastià, 15
17006 GIRONA

C/. Aragó, 484
08011 BARCELONA

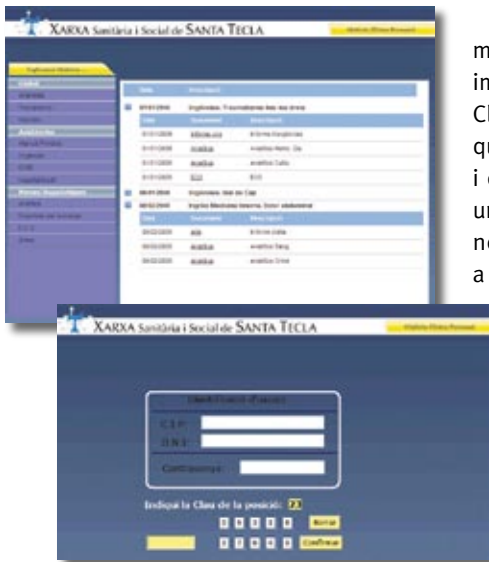
C/. Brujas, 19 (Gran Via)
08202 SABADELL
(Barcelona)



Servei d'Atenció al Client.

902 17 05 48

www.hermanoscant.net



Reproducció d'un moment del procés de la Història Clínica Compartida

moments la Xarxa està directament implicada en el projecte d'Història Clínica Compartida a Catalunya al qual aportem el nostre coneixement i el nostre interès en avançar cap a una HC global per als ciutadans del nostre país. A més hem començat a explorar els requeriments del que

hauria de ser el que anomenem una HC 3.0 (on l'HC 1.x seria l'HC en paper, i l'HC 2.x seria l'actual HCC). Efectivament, l'HCC no deixa de ser la projecció digital d'allò que es venia fent en paper; però no explota encara totes les possibilitats que obre l'HCE: cerques senzilles, simplificació de l'accés a la creixent quantitat i diversitat de dades, explotació automàtica d'aquestes aportant coneixement al personal assistencial, integració amb les guies clíniques. En la mesura que l'HCC integrarà cada vegada més informació, serà necessari introduir "intel·ligència" en l'HCE per fer-la més útil per a tots els actors del procés assistencial.

La Història Clínica personal

Mentre es fa realitat una HCC a nivell global, que assegurí que tota la informació de salut d'un pacient és accessible en qualsevol lloc i moment, és evident que la tecnologia actual permet que el pacient pugui tenir accés a la seva informació. A tal efecte, hem decidit que els usuaris de la Xarxa puguin accedir a la seva HCE a través d'Internet. És per això que durant l'abril 2007 hem viscut una fase de proves amb un sistema d'accés amb doble clau que permetria l'accés del ciutadà de

manera segura i assegurant la confidencialitat. El sistema de doble clau és similar al que ja existeix en banca electrònica. L'usuari que ho sol·liciti podrà obtenir, en qualsevol dels centres de la Xarxa, un codi d'usuari (típicament el seu CIP i/o DNI), una contrasenya i una targeta de claus, a l'envers de la qual hi constarà la imatge de l'organització sense cap identificació personal, de manera que només pugui ésser utilitzada pel propietari. En el moment de l'accés amb el seu usuari i contrasenya, amb un navegador web i des de qualsevol ordinador amb connexió a Internet, a l'usuari se li demanarà aleatòriament una de les claus que consta a la seva targeta, introduint-la podrà accedir a la seva HCE en un format amigable que estem dissenyant en aquests moments.

Aquest sistema té el valor afegit de l'accés universal: l'usuari pot autoritzar al facultatiu que el visiti a qualsevol centre a accedir a les seves dades de salut, amb la qual cosa, a la pràctica l'HCE "viatja" literalment amb les persones. A més, un sistema d'accés a l'HCE per als ciutadans té un potencial molt significatiu per incrementar el valor dels serveis de salut: pot ser ni més ni menys que la llavor d'un portal personalitzat de salut. Des de l'origen de la revolució en l'accés a la informació que ha suposat Internet, s'ha parlat de portals de salut i, en els darrers temps, estem assistint a apostes multimilionàries en aquest àmbit. De ben segur que és des dels centres de salut, on es desa la informació de cada pacient, des d'on es pot canalitzar la informació personalitzada que pot ser d'interès per al pacient i/o la seva família. El camí cap a una HC com a eina activa per a la millora de la salut dels ciutadans està obert. |

L'usuari que ho sol·liciti podrà obtenir, en qualsevol dels centres de la Xarxa, un codi d'usuari, un password i una targeta de claus per accedir al seu historial

Casos pràctics

La Història Clínica Compartida en la Xarxa Sanitària i Social de Santa Tecla

La Història Clínica Electrònica se ha implantado con éxito en las organizaciones sanitarias. La digitalización de la historia clínica supone una gran ventaja respecto al sistema antiguo basado en la acumulación de documentación escrita por su facilidad de consulta, y entre otras cosas ha permitido el paso de un historial clínico centrado en las organizaciones a uno centrado en el paciente.

La implantación de la Historia Clínica Compartida (HCC) ha sido una decisión estratégica, derivada del crecimiento de la red asistencial vinculada al Hospital Santa Tecla, que ha precisado la instalación de una red informática potente.

La HCC tiene toda la información necesaria, incluidas imágenes y pruebas de los pacientes y es compartida por todos los profesionales.

Los pacientes gozan de la ventaja de que cualquier facultativo está correctamente informado de una forma precisa y rápida de su información clínica desde cualquier lugar, y

con ello se evita la duplicidad de pruebas y la aportación de información por parte del paciente.

La HCC aporta una nueva cultura de trabajo, es un paso para alcanzar la HCC global y supone una facilidad para acceder a la información del paciente, así como un incremento de nuevas técnicas clínicas como la telemedicina y el diagnóstico a distancia. Por tanto, la HCC es más un camino que no un proyecto con un principio y un final. Además no deja de ser la proyección digital de lo que se venía haciendo en papel.

Se implantará la posibilidad de que los usuarios que así lo soliciten puedan tener acceso a su historial mediante un password y una tarjeta de claves. Esta consulta podrá realizarse vía Internet, y la información, si el usuario lo autoriza, podrá ser consultada por cualquier facultativo y de esta manera la información viajará con el paciente. |

Un nuevo modelo de gestión mixta público-privada

El caso del hospital de Manises demuestra la viabilidad de implantar un nuevo modelo de gestión entre la empresa privada y la administración pública

Carlos Pérez Espuelas
Director Ejecutivo de Desarrollo Hospitalario de Sanitas



Imágenes del proyecto del hospital de Manises

El Estado del bienestar en los países desarrollados se asentó a lo largo de todo el siglo pasado sobre la base de un estado que financiaba y prestaba estos servicios. Por eso, en la actualidad, la financiación vía impuestos de los servicios públicos (Sanidad, Educación, Transporte Público, Servicios Sociales, etc.) es algo que los ciudadanos no cuestionan.

La provisión de los servicios públicos en España ha seguido una aplicación desigual. En Sanidad, se desarrolló una importante red pública de hospitales de la Seguridad Social en todo el Estado, con excepción de Cataluña, donde ya existía una red asistencial configurada por una gran diversidad de entidades; además se ha mantenido el modelo MUFACE para el conjunto de funcionarios del Estado, pese a disponer de un Sistema Nacional de Salud financiado con impuestos y, por tanto, en el que todos los ciudadanos tienen los mismos derechos. En Educación, la red privada docente gestionada por la Iglesia estaba ampliamente implantada, lo que permitió, vía concertación, la utilización de la misma complementando la red de titularidad pública.

Pero es en la Administración Local donde la externalización es más patente. Servicios públicos

como la recogida de basuras, el tratamiento de aguas o el transporte público han dejado de ser gestionados por los ayuntamientos y son llevados por empresas que cuentan con el suficiente conocimiento para su gestión. También la nueva Ley de Dependencia prevé en su aplicación amplias posibilidades de colaboración entre el sector público y el privado.

Las restricciones presupuestarias derivadas de la normativa europea son el último elemento que ha impulsado la aparición de los modelos de colaboración público privado (PPP, en la terminología anglosajona). En estos modelos, el sector público traspasa parte de los riesgos al sector privado, que asume el coste de las infraestructuras a lo largo del periodo de utilización de las mismas y, además, paga por el uso del activo. Esto permite la no consolidación de la deuda dentro del balance de la Administración.

Es en este marco conceptual donde surge el proyecto de un nuevo modelo de gestión mixta público-privada de la Comunitat Valenciana, a través del desarrollo de la prestación asistencial por empresas privadas mediante un modelo concesional. Esta colaboración entre la Administración Pública y la empresa privada se inició en el departamento de Alzira y se ha extendido a los de Torrevieja, Denia, Manises y Elche.

“Las restricciones presupuestarias derivadas de la normativa europea son el último elemento que ha impulsado la aparición de los modelos de colaboración público privado”

“El contrato establece que la Generalitat Valenciana pagará a Sanitas 494,72 euros por año y por cada persona que forme parte de la población protegida (140.000 personas)”

Así, la Conselleria de Sanitat de la Comunitat Valenciana adjudicó, el pasado septiembre, al consorcio Sanitas-Ribera Salud la construcción y gestión del Hospital de Manises, gracias a una oferta de 137,08 millones de euros (57 millones por encima de lo exigido en el pliego).

La oferta de Sanitas y Ribera Salud no sólo incluye la construcción, el equipamiento y la gestión del nuevo hospital, situado en el cinturón metropolitano de Valencia, también conlleva actualizar, equipar y gestionar los centros de atención primaria de la zona, la construcción de un nuevo centro de salud en Turís y la adecuación del centro de especialidades de Aldaya.

Características del modelo valenciano

Este nuevo modelo de gestión mixta público-privada implica la prestación, por parte de la empresa concesionaria (en este caso, Sanitas y Ribera Salud), de la atención primaria, la atención especializada –tanto hospitalaria como ambulatoria–, la atención urgente, la atención sociosanitaria y la prestación farmacéutica dispensada en los centros sanitarios. En el caso de Manises, Sanitas no sólo se encargará de la

gestión del hospital, sino que además deberá construirlo, de acuerdo con las especificaciones funcionales y técnicas definidas previamente por la Comunidad. El contrato tiene una vigencia de 15 años, prorrogables en 5 más por acuerdo mutuo de las partes, desde la puesta en funcionamiento del hospital.

En cuanto a las condiciones económicas, el contrato establece que la Generalitat Valenciana pagará a Sanitas 494,72 euros por año y por cada persona que forme parte de la población protegida, esto es, por cada persona que tenga asignado médico de Atención Primaria dentro del ámbito de la concesión (en el caso de Manises asciende a unas 140.000 personas). Este precio incluye los costes de prestación de la asistencia sanitaria, los costes de elaboración de proyecto y construcción del nuevo hospital, las inversiones a realizar durante la vigencia del contrato (tanto en atención primaria como en especializada), el mantenimiento de los edificios e instalaciones, así como el coste del personal dependiente de la Conselleria que presta sus servicios en los centros a gestionar por el concesionario.

No obstante, el precio no incluye la prestación farmacéutica ambulatoria ni la oxigenoterapia



Socis col·laboradors:

www.uch.cat



domiciliaria. També exclue el coste de las prótesis y el transporte sanitario.

La actualización del capital es anual, y estará condicionada por el crecimiento del presupuesto sanitario expresado en los Presupuestos de la Generalitat Valenciana, pero en ningún caso podrá ser inferior al IPC ni superior al porcentaje de incremento anual del gasto sanitario público consolidado del Estado.

El contrato refleja, además, un mecanismo de compensación por la atención a pacientes provenientes de otras áreas mediante un procedimiento de facturación. De esta forma, Manises facturará a la Conselleria el 85% de la tarifa vigente (Ley de Tasas y Precios Públicos de la Comunidad Valenciana) por los pacientes no incluidos como “población protegida” y, por tanto, integrados en otros departamentos de salud, en otras CCAA o a ciudadanos extranjeros.

A su vez, la Conselleria facturará el 100% de la tarifa vigente por la atención realizada a la población protegida por el concesionario, en centros de asistencia especializada dependientes de la Conselleria de Sanitat (centros de titularidad y gestión pública).

Este modelo de gestión público-privado también incluye un incentivo por ahorro en la prestación farmacéutica dispensada en las oficinas de farmacia mediante receta oficial, que equivale al 30% del eventual ahorro.

Además, hay que resaltar, que las condiciones del contrato limitan la tasas internas de ren-

tabilidad del proyecto al 7,5% anual sobre la inversión realizada a lo largo de la duración de la concesión.

En cuanto a las obligaciones respecto al personal de la Conselleria, todo el personal dependiente del organismo público que presta sus servicios en los centros de atención primaria del ámbito de la concesión, así como en los de especializada, pasan a tener dependencia funcional de la concesión, en este caso, de Sanitas, si bien, mantienen sus condiciones de trabajo, en especial sus horarios y situación laboral.

Por último, Sanitas tiene, además, obligaciones respecto a la infraestructura de la Conselleria porque la Administración cobra un canon anual del 2% del valor de los inmuebles, por el deterioro estructural de los centros de salud que pone a disposición del concesionario.

El modelo del futuro

Esta nueva forma de gestionar un servicio público, la sanidad, va a permitir aportar mucho valor al sistema de salud en términos de eficiencia. Igualmente, va a implicar mejoras en cuanto a excelencia asistencial, diversidad de servicios y tiempos de espera. Al igual que ha ocurrido con otros servicios públicos, como la recogida de basuras o el tratamiento de aguas, la colaboración entre los organismos públicos y la empresa privada va a ser cada vez más habitual y necesaria para poder dar respuesta a las exigencias de los ciudadanos y para garantizar la buena marcha del Estado de bienestar. |

“El contrato refleja un mecanismo de compensación por la atención a pacientes provenientes de otras áreas (personas integradas en otros Departamentos de Salud, en otras CCAA o a ciudadanos extranjeros)”

El modelo incluye un incentivo por ahorro en la prestación farmacéutica dispensada en las farmacias mediante receta, que equivale al 30% del eventual ahorro

Casos pràctics

Un nou model de gestió mixta públic-privada

Els ciutadans no qüestionen el finançament via impostos dels serveis públics. La provisió d'aquests ha tingut a Espanya dos sistemes: el públic i el privat concertat. L'administració local és la que té més experiència en el tracte amb proveïdors privats. Les restriccions pressupostàries han impulsat la col·laboració entre els sectors públics i els privats. En el cas de la Comunitat Valenciana compten amb els exemples dels municipis d'Alzira, Torrevieja, Denia, Manises i Elche.

La Generalitat Valenciana va adjudicar el setembre de 2006 la construcció i gestió de l'hospital de Manises al consorci Sanitas – Ribera Salut. La concessió incloua la renovació i gestió dels CAP de la zona, la construcció d'un nou CAP i l'adequació d'un centre d'especialitats.

Característiques del model valencià

El model de gestió mixta inclou tots els nivells d'atenció:

urgent, especialitzada i de prestació farmacèutica en els centres sanitaris. El contracte té una vigència de 15 anys i més de 5 anys de pròrroga de mutu acord. El mateix contracte estableix que la Generalitat pagarà a Sanitas la quantitat de 494, 72 euros per persona protegida (140. 000 ciutadans). Aquest preu inclou tots els conceptes, excepte la prestació farmacèutica ambulatoria, el cost de la pròtesi i el transport sanitari. La tarifa es revisa anualment en funció de l'IPC. El contracte contempla mesures de compensació per atenció a pacients transeünts o estrangers.

El model preveu un incentiu per estalvi en la prestació farmacèutica. El personal propi de la Conselleria de Salut tindrà una dependència funcional de la concessió, si bé mantindrà les seves condicions de treball com treballadors públics.

Aquest model demostrarà en un futur la seva eficiència quant a assistència, diversitat de serveis i temps d'espera. |

El sistema de salut andorrà

Un sistema mixt proveït per l'Estat mitjançant estructures sanitàries de titularitat privada

Joan Tomàs Reig
Soci de Gaudit

El Govern coordina les activitats sanitàries públiques i privades i regula l'exercici professional d'acord amb la tradició existent de l'exercici professional dels sanitaris

El SAAS és una entitat parapública amb personalitat jurídica i autonomia financera que assumeix la gestió i l'administració de tots els recursos dedicats a l'atenció sanitària

El marc jurídic que regula tot el sistema de salut del Principat d'Andorra és la Llei General de Sanitat del 20 de març de 1989. El sistema de salut es configura com un sistema sanitari mixt, format pels serveis proveïts pel Govern relacionats amb la higiene, salut pública i l'assistència sanitària, tant individual com col·lectiva. El Govern d'Andorra regula normativament els programes d'higiene i de salut pública i les condicions i requisits per a l'exercici de la medicina i de les altres professions relacionades amb la salut. També coordina les activitats sanitàries públiques i privades. Per la seva banda, el Servei Andorrà d'Atenció Sanitària (SAAS) gestiona els serveis de salut finançats públicament. I per últim, la Caixa Andorrana de la Seguretat Social recapta les cotitzacions dels assegurats i finança els serveis sanitaris demandats per aquests. Tot seguit detallarem les funcions de cada una d'aquestes administracions.

El Govern d'Andorra

El Govern s'ocupa de les activitats relacionades amb la higiene i la salut públiques en diferents àrees específiques. Entre aquestes es compten la salubritat del medi, la higiene en el treball, la sanitat veterinària, la higiene alimentària i el control sanitari dels medicaments i altres productes d'ús sanitari. Pel que fa a l'assistència sanitària, el Govern coordina les activitats sanitàries públiques i privades, i regula l'exercici professional, tot respectant la tradició andorrana de l'exercici professional lliure dels professionals de la sanitat.

El Govern s'ocupa de programar els serveis assistencials següents: l'assistència primària, l'assistència sanitària especialitzada, les atencions específiques de rehabilitació, la pràctica d'exploracions i procediments diagnòstics i terapèutics, l'assistència farmacèutica, l'assistència d'urgències i l'específica prestada en hores nocturnes i dies festius i, per últim, el servei d'ambulàncies normal i urgent.

El Servei Andorrà d'Atenció Sanitària (SAAS)

El SAAS és una entitat parapública amb personalitat jurídica i autonomia financera que assumeix la gestió i l'administració dels recursos humans, materials i financers dedicats a l'atenció sanitària de la població resident a Andorra.

Els objectius dels SAAS són diversos: promou la utilització eficient dels recursos per a la millora de la salut de la població, la prestació dels serveis sanitaris a la població resident i de pas a Andorra, fomenta l'atenció sanitària preventiva, curativa i de rehabilitació; i garanteix la qualitat de la prestació sanitària i el control de la despesa.

El SAAS assumeix les competències en prestacions com les del Centre Hospitalari Andorrà, l'ordenació de l'assistència primària, el transport sanitari urgent i ordinari, l'ús dels serveis sanitaris situats fora d'Andorra, l'atenció sanitària a grups especials de població, el desenvolupament de programes sanitaris, la coordinació amb organitzacions públiques i privades del camp de la salut i el control de qualitat de l'assistència sanitària.

Cal fer una menció especial dels professionals sanitaris i parasanitaris. En el model sanitari andorrà és molt important l'assistència sanitària privada i l'exercici lliure de la professió, atès que no existeix la figura del metge assalariat amb estatus de funcionari, sinó que només existeixen metges pagats per l'Administració Pública dins l'àmbit hospitalari públic. Així, els andorrans i residents poden triar el metge privat que presti assistència sanitària a Andorra, o bé a fora del país en determinats casos. Una particularitat és el fet que els pacients abonen la consulta i posteriorment la Caixa Andorrana de la Seguretat Social reemborsa un percentatge segons les cobertures estipulades, tret del cas dels accidents de treball en què la CASS es fa càrrec del 100% de la despesa.

Quadres explicatius dels dos règims de recaptació de les cotitzacions

Règim dels assalariats

Classe de Vellesa	PART ASSALARIADA			PART PATRONAL				TOTAL
	Malaltia	Vellesa	Total part Assalariada	Malaltia	Malaltia Complementària	Vellesa	Total part Patronal	
A	3%	2%	5%	6%	1%	6%	13%	18%
B	3%	4%	7%	6%	1%	6%	13%	20%
C	3%	6%	9%	6%	1%	6%	13%	22%

Règim dels autònoms i no assalariats

Règim	Classe	Malaltia General	Malaltia complementària	Vellesa	Total per mes	Punts de vellesa adquirits
No Agrícoles	A (mínim)	122,58	13,62	97,67	235,87	8
	E (màxim)	122,58	13,62	299,02	435,22	24
Cònjuges i Fills de No Agrícoles	A (mínim)	81,72	9,08	99,67	190,47	8
	E (màxim)	81,72	9,08	299,02	389,82	24
Agrícoles	A (mínim)	102,15	11,35	99,67	213,17	8
	E (màxim)	102,15	11,35	299,02	412,52	24
Cònjuges i fills de Agrícoles	A (mínim)	68,10	7,57	99,67	175,34	8
	E (màxim)	68,10	7,57	299,02	347,69	24

Caixa Andorrana de la Seguretat Social

La Caixa Andorrana de la Seguretat Social (CASS) és una entitat parapública amb personalitat jurídica, que té la missió essencial de gestionar el sistema andorrà de seguretat, sempre sota el control del Govern.

La CASS formalitza les afiliacions, altes i baixes de l'assegurança, percep les cotitzacions socials, cita per via judicial els deutors i els infractors, fa efectives les prestacions, assumeix les tasques d'inspecció i de control inherents a la seva missió i gestiona el contenciós fins a l'aplicació de les corresponents sancions.

Existeixen dues regulacions de recaptació de les cotitzacions: treballadors autònoms i assalariats. Els primers cotitzen una quantitat fixa i els segons un tant per cent sobre el salari brut.

Pel que fa a les cobertures de la CASS, són les següents: pensió de jubilació, pensió de viduïtat, orfenesa o d'ascendents. Pel que fa a l'assegurança de malaltia, són el 75% de les despeses mèdiques i de farmàcia, el 90% de les despeses d'hospitalització, pensió d'atur de treball per malaltia o per maternitat i el 100% de les prestacions per accident de treball. |

Casos pràctics

El sistema de salud andorrano

El sistema de salud andorrano es un sistema sanitario mixto, que está formado por los servicios provistos por el Gobierno relacionados con la higiene, salud pública y asistencia sanitaria.

El Gobierno de Andorra ordena, programa y ejecuta en materias de higiene y salud pública y regula las condiciones de trabajo de los profesionales de la sanidad.

El Servicio Andorrano de Atención Sanitaria gestiona los servicios de salud financiados con dinero público. Finalmente, corresponde a la Caja Andorrana de Seguridad Social (CASS) recaudar las cotizaciones de los asegurados y financiar los servicios sanitarios.

Dentro del conjunto, está el Servicio Andorrano de Atención Sanitaria que asume la gestión y la administración de los recursos públicos dedicados a la atención sanitaria.

Los médicos que ejercen en Andorra no dependen laboralmente de la Administración, sino que únicamente cobren de esta por los servicios prestados.

Existe la particularidad de que los pacientes paguen la consulta al médico y posteriormente la CASS les reembolsa el porcentaje que corresponda en cada caso, de acuerdo con las coberturas estipuladas, excepto en el caso de los accidentes de trabajo.

La CASS es una entidad parapública con personalidad jurídica que asegura la gestión administrativa técnica y financiera del Sistema Andorrano de Seguridad Social bajo el control del gobierno. |

Entrevista

Guillem López Casanovas



Guillem López Casanovas és un reconegut professor, economista i advocat, nascut l'any 1955 a Ciutadella (Menorca). Ha estat vicerector i degà de la Facultat de Ciències Econòmiques i Empresariales de la UPF, membre dels consells assessors del Ministeri de Sanitat i Consum i dels Departaments de Salut de la Generalitat de Catalunya i del Govern de les Illes Balears. És autor de nombroses publicacions que versen sobre economia pública i sanitària en particular. Per la seva expertesa l'han requerit per col·laborar en diversos estudis i fundacions, l'han convidat a participar de manera continuada en congressos internacionals sobre economia, gestió pública i política social. Avui, a part de catedràtic d'Hisenda Pública a la Univ. Pompeu Fabra és un dels sis consellers independents del Banc d'Espanya. La regulació financera pública és així avui una de les seves noves preocupacions.

Com mantenir equilibrada l'equació sanitat de qualitat, sostenible i recursos limitats. Estaria d'acord a prioritzar la cartera de serveis?

Sens dubte. De fet prioritzar és l'única solució per al manteniment d'un sistema sanitari equitatiu i eficient. I és que en els sistemes europeus tenim dos reptes: l'entorn demogràfic, que està canviant força per l'envelliment poblacional i la constatació que els recursos que gastem en sanitat tenen a veure, sobretot, amb els impactes en la qualitat de vida, amb beneficis marginals decreixents, sabent que "més" no vol dir sempre "millor". Aquestes dues constatacions porten a qüestionar-se si no ha arribat el moment d'obrir finançaments complementaris privats per a carteres de serveis no prioritzades públicament per a una millor sostenibilitat del sistema sanitari en el seu conjunt. Si la societat reclama recursos que tenen més a veure amb certs aspectes de

la utilitat que amb l'objectivitat terapèutica i diagnòstica del tractament, no té massa lògica que el finançament d'aquesta despesa passi per la via de la coactivitat tributària solidària i col·lectiva. Una persona ha de ser solidària per fer possibles aquells recursos que poden incrementar l'esperança de vida i facilitar l'accés a tractaments de cost-efectivitat provats, però no per qüestions d'estils de vida, comportaments individuals poc responsables i de medicalització social gairebé iatrogènics. Si a més sabem que tendencialment els sistemes impositius són cada vegada més regressius (pes de la imposició indirecta i major gravamen de les rendes de capital que sobre el treball, entre d'altres) cal ser més curosos que mai amb el catàleg de prestació pública de serveis sanitaris, que es prioritza i finança públicament. A més, el que no oferta el sector públic en una societat democràtica no resta prohibit; de manera que qui aspiri a més ja s'ho pagarà. Així, una prestació fora de cobertura pública s'ha de poder assegurar privadament. L'objectiu és combinar assegurança pública i privada. La primera per aquelles coses objectivables des del cost-efectivitat; la segona per aquells aspectes més complementaris vinculats a preferències més que no a necessitats. D'aquí la importància de prioritzar. Agafem per exemple, la despesa farmacèutica. El reemborsament de medicaments en aquests moments té un greu problema, que és el de basar-se sovint en una decisió dicotòmica: o entra, o no entra. I, en realitat, un sistema modern, més aviat hauria de buscar si entra o no entra amb un determinat copagament, perquè podria haver prestacions que, perfectament, entressin de manera diferent en funció de l'efectivitat terapèutica o per col·lectiu destinatari. De manera que, en lloc de parlar de prestacions excloses o d'incluses, hauríem de parlar del percentatge de finançament amb què estan inclosos i per a qui. En general, no es

“Una persona ha de ser solidària per fer possibles aquells recursos que poden incrementar l'esperança de vida i facilitar l'accés a tractaments de cost-efectivitat provats, però no per qüestions d'estils de vida, comportaments individuals poc responsables i de medicalització social gairebé iatrogènics”

tracta de gastar més, sinó de redistribuir millor la despesa i el seu finançament.

Què cal demanar per incentivar els proveïdors dels serveis concertats?

Que millorin la coordinació amb l'atenció primària i sobre els territoris, elaborant un discurs que tingui més a veure amb la gestió de patologies, d'episodis de malalties i molt menys amb el número d'actes o l'activitat en sí mateixa. En els centres propis això es pot intentar impulsar des de dalt. Els centres concertats s'han finançat, però, majorment per activitat, ha primat aquest incentiu per sobre del de la coordinació. En un sistema públic, a què els centres concertats serveixen, no es tracta de fer més activitat, fet que els situaria en una cursa en la qual, quan pitjor funcionessin les coses (morbidity, descontrol de diabètics i hipertensos, menys prevenció...), més ingressos per internaments i per urgències, i així més recursos. D'altra banda, la prevenció o l'ambulatorització de certs serveis és avui un càstig per al finançament dels concertats. Els estímuls són contraris als que tenen lògica en el sistema públic. Els centres concertats han de deixar, per tant, de pensar en ser finançats per activitat i començar un discurs de gestió integrada de cara a la patologia atesa, tant des de la primària com des de l'especialitzada, tant des de la prevenció com des de l'assistència, etc., amb una lògica més de cobertura poblacional que de serveis aïllats.

És el copagament una solució a la manca de recursos financers?

El copagament té dos vessants. El primer és la seva utilització com a tiquet moderador, on l'èxit del copagament és que no recapta res, frena la demanda, les utilitzacions innecessàries i, per tant, situa l'usuari a la disjuntiva de consumir o de pagar. Una altra possibilitat és utilitzar el copagament per recaptar més diners, i en lloc de fer-ho sobre la base dels impostos, fer-ho a través dels preus. Per tant, per parlar amb exemples, si anéssim per la primera via, la dels tiquets moderadors, l'economista tindria molt poc a dir, perquè és el professional sanitari qui ha de dir on hi ha sobreutilització i nosaltres, economistes, analitzarem després com ha de ser el copagament perquè freni efectivament la demanda allà on aquesta s'ha identificat com a innecessària. Per tant, el primer dels vessants, el copagament, té un element sanitari molt important que els economistes no coneixem prou. En el segon vessant, el copagament és simplement per recaptar i substituir finançament amb impostos per recursos generats per la via dels preus, i llavors la prognosi és més fàcil. Es tractaria d'actuar allà on la demanda és més inelàstica: un euro per

medicament o tres euros per urgència... Aquí, si introdueixes un copagament, la gent no deixa de consumir, simplement es rasca la butxaca i coajuda en el finançament general: els usuaris i no els contribuents en prenen càrrec.

La despesa farmacèutica és un dels reptes dels sistemes sanitaris públics. Quin ha de ser el paper dels farmacèutics i de la farmaïndústria?

Aquí hi ha certa confusió. No crec que la despesa en medicaments sigui la causant dels problemes de la sostenibilitat financera del nostre sistema. Normalment, els salaris dels metges, les compres de servei que fan els centres sanitaris, etc., sí tenen molt a veure amb el PIB, amb la renda pròpia que té un país. En canvi, el consum de medicaments té molt menys a veure amb la idiosincràsia local. Aquest és un mercat mundial on el nivell de prescripció i de consum s'extrapola d'un país a l'altre, a uns preus relativament similars. Si acceptem que estem a Europa amb un mercat únic, també hem d'acceptar una certa convergència de preus (contra el comerç paral·lel) i de pràctiques. Si la tendència és que el preu sigui similar, i la pauta de consum és també bastant universal, el PIB no pot ser el referent de la despesa en medicaments, sinó que ho ha de ser la població. En aquest sentit, el consum per càpita a Espanya està entorn de la mitjana o per sota. Això no vol dir que en la despesa farmacèutica no hi hagi disbarats, més per la banda de les "quantitats" (receptes per càpita) que per la banda dels preus. Però en termes generals, diabolitzar la prestació farmacèutica indiscriminadament em sembla equivocat.

Pel que fa al paper de la farmaïndústria, a mi, en general, no m'agrada. Un grup de pressió de tota la indústria junta quan la seva capacitat d'innovació, aportació terapèutica, el seu esforç en I+D és diversa, fa per un lobby únic, on, molt probablement, paguin justos per pecadors. Em sona a sindicat de classe on hi ha barrejats interessos que no són de classe. I, finalment, pel que fa als dispensadors, en el moment present crec que estan afegint poc valor a la prestació farmacèutica. Són uns intermediaris que, o bé milloren ells mateixos la seva contribució al sistema, o ho acabarà fent per tots nosaltres el Tribunal de Defensa de la Competència o la mateixa Unió Europea. No té lògica, ni és just, que un intermediari que assumeix tan poc risc tingui unes rendes tan garantides amb un marge comercial de la quantia que s'emporta avui un dispensador. Del total del que és la diferència entre el preu de venda i el cost del medicament, crec que el valor generat s'hauria de redistribuir millor, més a favor de la indústria i menys a favor del dispensador i, per suposat, del majorista. I

“El catàleg, en aquests moments, té un greu problema, que és el de reduir-se a una decisió dicotòmica: o entra, o no entra. I, en realitat, un sistema modern, més aviat hauria de buscar si entra o no entra, per a qui, i amb un diferent copagament”

“Un lobby de tota la indústria junta quan la seva capacitat d'innovació, aportació terapèutica, el seu esforç en I+D és diversa, fa per un lobby únic, on, molt probablement, paguin justos per pecadors”

Gestió de recursos

L'IVA, un sobrecost per a les entitats sanitàries

Les organitzacions sanitàries defensen la reducció de l'IVA suportat

Carles Loran

Consultor Executiu de l'àrea economicofinancera de la Unió Catalana d'Hospitals

La problemàtica actual al voltant de l'IVA se centra en el fet que les activitats que duen a terme les entitats hospitalàries estan exemptes d'IVA i, per tant, no gaudeixen del dret a deducció de les quotes d'IVA suportat, és a dir, no poden recuperar les quantitats que paguen per aquest impost en la compra de béns i serveis que necessiten per realitzar la seva activitat. Aquest marc legal genera un sobrecost que en molts casos arriba al 16%, percentatge que es correspon amb el tipus d'IVA general del 16% que mantenen la majoria de productes i serveis.

Una modificació de la legislació referent al tipus d'IVA suportat pels centres sanitaris en la compra de béns i serveis suposaria un estalvi anual molt significatiu. Amb una substitució del tipus d'IVA actual per un tipus reduït del 7% o bé molt reduït del 4% en el subministrament de béns i serveis vinculats a l'activitat sanitària, es podrien obtenir recursos addicionals per aplicar en el sistema sanitari.

De fet, l'aplicació d'un tipus d'IVA reduït o superreduït en la compra de béns i serveis per desenvolupar l'activitat sanitària és una mesura prevista en la normativa espanyola, i aplicada en alguns sectors d'activitat.

Des del punt de vista normatiu, cal diferenciar les activitats hospitalàries de les d'assistència social, ja que la problemàtica que se'n deriva és força diferent. Les hospitalàries, com ja hem comentat i tal com dicta la normativa europea, estan exemptes de l'impost d'IVA i el legislador espanyol no té potestat per eximir aquesta exempció. Les segones, és a dir, les activitats d'assistència social, en canvi, poden optar o renunciar a l'exempció sempre i quan ho sol·licitin.

És necessari recordar que en els seus orígens, la normativa de l'Impost sobre el Valor Afegit establerta en la Sisena Directiva Comunitària permetia la possibilitat que els estats membres apliquessin un tipus impositiu del 0% per a determinades operacions. Aquest tipus impositiu nul, i que generava el dret a la deducció de les quotes suportades en l'activitat, únicament era d'aplicació per als estats que ho haguessin sol·licitat en un moment inicial i durant un període transitori. L'Estat Espanyol no ho va sol·licitar i per aquest motiu aquesta mesura que resultaria desitjable no és aplicable a cap de les operacions subjectes a l'IVA espanyol.

L'assistència social

Com que la legislació europea permet escollir entre tenir o no exempció d'IVA en aquestes activitats, en segons quins casos resultarà convenient renunciar a aquesta exempció a fi i efecte de poder gaudir de la deducció de les quotes d'IVA suportades.

D'altra banda, no existeix cap impediment legal perquè el legislador espanyol pogués regular l'aplicació d'un tipus superreduït del 4% per a aquelles activitats de caràcter social que no gaudissin de l'exempció i que es consideressin mereixedores d'una protecció especial, com ja en gaudeixen actualment béns de primera necessitat com alguns aliments, medicaments, habitatges protegits, etc.

Per tant, caldria analitzar la possibilitat que el legislador espanyol inclogués les activitats d'assistència social dins del conjunt d'aquests béns i serveis. Amb aquesta modificació s'obtidria una millor gestió de l'IVA vinculat a aquesta activitat atès que en repercutir les quotes d'IVA al 4% i recuperar les quotes d'IVA

Molts productes i serveis que compren les entitats sanitàries del nostre entorn, suporten fins a un 16% d'IVA que no es pot deduir, perquè l'activitat hospitalària està exempta d'IVA, el que representa un cost molt alt

Caldria que es configurés un tipus reduït o superreduït del 7 o 4% en la compra de béns i serveis vinculats a l'activitat sanitària, hospitalària i social i això suposaria un estalvi anual molt significatiu



suportat, que en alguns casos seria del 16%, permetria reduir els costos associats a les quotes d'IVA suportat no deduïble.

Les activitats hospitalàries

En aquest cas, la problemàtica actual se centra bàsicament en que les activitats realitzades per les entitats hospitalàries estan exemptes de l'impost i, en conseqüència, les quotes suportades en l'adquisició de béns i serveis vinculats a aquesta activitat no resulten deduïbles. En molts casos el sobrecost originat per aquesta circumstància arriba fins a un 16% del cost del bé o servei, percentatge que es correspon amb el tipus impositiu normal de l'IVA al que estan sotmesos la majoria de béns o serveis.

Seguint amb el plantejament inicial caldria analitzar la possibilitat que es configurés un tipus reduït o superreduït del 7 o 4% en la compra de béns i serveis vinculats a l'activitat sanitària, hospitalària i social. Així, tots aquells proveïdors dels centres hospitalaris aplicarien un tipus reduït en els seus lliuraments de béns o serveis

a aquestes entitats. Una mesura similar està en vigor actualment en la normativa interna espanyola relativa a serveis i subministrament vinculats a obres de manteniment i rehabilitació d'habitatges, entre d'altres.

Amb aquesta mesura es mantindria la neutralitat de l'impost, atès que el subministrador dels béns o serveis continuaria realitzant una activitat subjecta i no exempta amb dret a deducció, mentre que per l'entitat adquirent, que tal i com ja hem esmentat no li és d'aplicació la deducció de quotes suportades, veuria reduït el sobrecost per impostos indirectes no deduïbles fins al 4 o al 7%.

En resum, la modificació i reducció dels tipus impositius aplicables a les activitats d'assistència social, i una modificació legislativa que permetés l'aplicació de tipus impositius reduïts al subministrament de béns i serveis a les entitats amb activitat hospitalària, serien mesures que reduirien el sobrecost que per a aquestes entitats suposa l'impost de l'IVA.

Les activitats hospitalàries estan exemptes d'IVA, mentre que les d'assistència social poden sol·licitar l'exempció

Gestión de recursos

El IVA, un sobrecoste para las entidades sanitarias

La facturación de la actividad hospitalaria está exenta del pago del IVA. El problema de este hecho es que el pago del IVA en las compras que realiza el hospital supone un sobrecoste económico, dado que no tiene posibilidad de deducirse el IVA soportado frente a la Agencia Tributaria.

La asistencia social sí puede renunciar a la exención del IVA con lo que, esta renuncia permitiría a las entidades de asistencia social deducirse el IVA soportado de sus compras. En contrapartida debería ingresar a la Agencia tributaria el

7% de IVA de su facturación, rebajar este 7% a un 4% como tienen otras actividades en nuestro país sería un hecho muy beneficioso.

Las dos alternativas a esta situación serían la reducción del IVA en el suministro de bienes y servicios a entidades con actividad hospitalaria para disminuir el sobrecoste actual. Y por otro lado, el reducir el IVA de la actividad social permitiría una mejor gestión del IVA vinculado a esta actividad. |

La provisió de serveis d'atenció a la dependència en el marc de la nova llei

Desenvolupament i perspectives de futur

Pedro M. Cano Desandes

Director Tècnic i d'Organització de Sanitas Residencial

“A través del Sistema de Dependència, les persones dependents tindran garantit l'accés als serveis socials (ajuda a domicili, centres de dia, teleassistència, places residencials) i prestacions econòmiques (per al cuidador familiar o per a l'assistent personal) que necessitin”

“El 2007 tindran accés a l'atenció les persones amb gran dependència i, gradualment fins al 2015, s'aniran incorporant al sistema les persones amb dependències severes i moderades”

El sector d'atenció a la dependència està vivint un any fonamental per al seu futur. La Llei de promoció de l'autonomia personal i atenció a persones en situació de dependència (Llei de Dependència) estableix un nou dret de ciutadania: el de la gent gran i les persones amb discapacitat que no es poden valer per sí mateixes, que passen a ser ateses pels poders públics, i crea el Sistema de Dependència. A través del sistema, les persones dependents tindran garantit l'accés als serveis socials (ajuda a domicili, centres de dia, teleassistència, places residencials) i prestacions econòmiques (per al cuidador familiar o per a l'assistent personal) que necessitin.

La llei estableix un termini màxim de tres mesos des de la constitució del Consell Territorial de la Dependència (es va constituir a finals de gener) i per definir el desenvolupament reglamentari (barem, intensitat de serveis i prestacions, règim de la seguretat social dels cuidadors). A més, s'ha aprovat la constitució del Consell Consultiu (agents socials) del Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència (SAAD).

El Consell Territorial ja ha acordat el barem amb el qual s'avaluarà els ciutadans per determinar el seu grau i nivell de dependència.

Aquestes setmanes, el Consell Consultiu del SAAD està valorant els reglaments que han de donar forma operativa a la Llei:

- › Reial decret sobre el nivell mínim de protecció del Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència garantit per l'Administració General de l'Estat.
- › Acords sobre determinació de la capacitat econòmica del beneficiari i sobre els criteris de participació d'aquest en el cost dels serveis.
- › Acord sobre els criteris per determinar les intensitats de protecció dels serveis, la compatibilitat i incompatibilitat entre els mateixos i la protecció dels beneficiaris desplaçats, així com dels emigrants espanyols retornats.
- › Acord sobre acreditació de centres, serveis i entitats.

En les pròximes setmanes, els ciutadans podran sol·licitar ja una avaluació en els serveis socials de les seves CCAA per determinar el seu grau i nivell de dependència i les prestacions a les quals tenen dret.

El 2007, segons la llei, tindran accés a l'atenció les persones amb gran dependència i, gradualment fins al 2015, s'aniran incorporant al sistema les persones amb dependències severes i moderades. Per finançar l'engegada del Sistema de Dependència, el Govern i les Comunitats Autònomes destinaran prop de 26.000 milions d'euros addicionals fins l'any 2015 (més de 800 en 2007).

La Llei 39/2006, de 14 de desembre, de Promoció de l'Autonomia Personal i Atenció a les persones en situació de dependència, estableix

que la protecció de la situació de dependència es prestarà d'acord amb tres nivells de protecció: un nivell mínim de protecció garantit per l'Administració General de l'Estat; un nivell de protecció acordat entre l'Administració General de l'Estat i cadascuna de les Comunitats Autònomes i un nivell addicional que poden establir, per la seva banda, les Comunitats Autònomes a càrrec dels seus pressupostos. La suma de tots aquests serveis i prestacions constituirà el SAAD.

El nou SAAD, una vegada en marxa, transformarà la demanda finançant el funcionament de 50.000 llits més per cada 1.000 milions d'euros addicionals que aportí. Mentre el nombre de persones majors dependents és, almenys, tres vegades major que els dispositius formals operatius avui, el nou sistema universalitzarà l'accés de les famílies als dispositius formals. El creixement enorme de la demanda efectiva durà a una ocupació momentània dels dispositius actuals, que al seu torn impulsarà el creixement de l'oferta. Actualment, gairebé el 40% dels dispositius actuals estan finançats exclusivament pels usuaris i les seves famílies sense ajuda pública de cap ti-

pus. Amb l'entrada en funcionament del Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència, hi haurà una transferència massiva del client privat al client parcial o totalment finançat per l'Estat. Es reduirà la proporció de clients privats, i es reduirà sensiblement el valor facturat mitjà per usuari. El client privat que acceptava serveis de menor qualitat per pagar menys, tindrà dret i exigirà un estàndard més alt. Alhora, l'estructura de l'oferta canviarà: s'intensificarà el caràcter local de la competència, i es disminuiran els radis d'acció i de la població potencial disponible dins l'àrea d'influència.

En resum, el Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència propiciarà un entorn molt més competitiu, amb més clients, que seran més exigents i més poderosos. Això ens obligarà als operadors a oferir major qualitat, ser més eficients i estar millor organitzats.

En el nostre sector, qualsevol companyia o organització que té uns quants centres és considerat un grup empresarial o "un dels grans". Per exemple, la grandària mitjana "dels grans" a Espanya actualment és de menys de 25 milions d'euros

“La situació de dependència es prestarà d'acord amb tres nivells de protecció: un garantit per l'Administració General de l'Estat, un segon acordat entre l'Administració General de l'Estat i cadascuna de les Comunitats Autònomes i un tercer addicional que poden establir les Comunitats Autònomes a càrrec dels seus pressupostos”

“Gairebé el 40% dels dispositius actuals estan finançats exclusivament pels usuaris i les seves famílies sense ajuda pública de cap tipus. Amb l'entrada en funcionament del Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència, hi haurà una transferència massiva del client privat al client parcial o totalment finançat per l'Estat”

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



www.echevarne.com

ANÁLISIS INDUSTRIALES

Quirófanos

Control microbiológico ambiental y de superficies
Control de esterilidad

Servicio de diálisis

Perfiles indicados por la SEN
Endotoxinas bacterianas

Servicio de prevención propio

Control de gases anestésicos
Calidad del aire

Cocinas de Centros Sanitarios y hospitalarios

Implantación APPCC
Análisis alimentos, superficies, etc.
Elaboración de dietas
Cursos de manipuladores de alimentos

Mantenimiento

Control de aguas: potabilidad, *Legionella*,
residuales y piscinas de uso terapéutico.
Sistemas de refrigeración:
Higienización según norma UNE 100012.

LABORATORIO DE ANÁLISIS
DR. ECHEVARNE

“Catalunya és la seu de dues de les cinc primeres empreses estatals del sector i disposa del més ric teixit d’empreses proveïdores (mitjanes i petites) de serveis d’atenció a la dependència de tot l’Estat. No comptar de forma preferent i immediata amb aquests proveïdors és una pèrdua clara d’oportunitats”

de facturació, i no hi ha 20 companyies que tinguin més de 1.000 llits operatius. Més que la seva grandària, el que millor defineix les grans companyies és la voluntat de desenvolupar un model determinat en xarxa. En la provisió de cures de llarga durada, la grandària no és, ni serà en el futur, l’element clau per competir. En canvi, els elements clau per competir en el nou context seran l’ubicació geogràfica, la qualitat dels actius, o sigui, el model, i la qualitat del servei percebuda pel client, col·lectiu o particular, això és la gestió.

Pel que fa a Catalunya, es poden produir quatre maneres de gestionar la provisió:

1. De forma privada pura
2. Amb gestió privada de recursos públics
3. Amb la contractació/concertació de serveis: places finançades públicament en recursos privats
4. Projectes d’associació i inversió Públic-Privat (PPP/PFI)

El fet que es fomenti més un sistema o un altre depèn de com es redacti i es desplegui la llei a Catalunya i això es veurà fixat per la nova Llei de Serveis Socials, ara novament en tràmit al Parlament de Catalunya.

Seria bo que el principal interès de l’Administració de la Generalitat de Catalunya fos satisfer amb la

màxima eficiència i rapidesa les necessitats dels ciutadans en situació de dependència i les seves famílies. Això hauria de passar forçosament per analitzar els resultats dels diferents proveïdors de serveis i estimular la iniciativa privada (tota la iniciativa privada: mercantil i sense ànim de lucre) per tal de dotar de recursos i concertar la prestació dels serveis i no pas entrar a diferenciar les entitats per la naturalesa jurídica, subvencionar una tipologia determinada de proveïdor o bé destinar els recursos a construir equipaments que no estaran a disposició dels ciutadans fins al cap de dos o tres anys, en el millor dels casos.

Catalunya és la seu de dues de les cinc primeres empreses estatals del sector i disposa del més ric teixit d’empreses proveïdores (mitjanes i petites) de serveis d’atenció a la dependència de tot l’Estat. No comptar de forma preferent i immediata amb aquests proveïdors és una pèrdua clara d’oportunitats. Prioritzar la compra de serveis amb altres criteris que no siguin els resultats mesurables (en cost, qualitat, innovació i competitivitat) és un malbaratament dels recursos. A més a més, pot suposar la desaparició d’un eix de creixement empresarial generador de valor per al país i generador de benestar per als ciutadans. Els proveïdors de serveis estem preparats per al repte de la nova llei. |

Opinió

La provisión de servicios de atención a la dependencia en el marco de la nueva ley

La Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas en Situación de Dependencia, también conocida como la Ley de Dependencia, establece un nuevo derecho social de los ciudadanos. Se trata de la provisión por parte del Estado de los servicios de asistencia social a personas dependientes.

La Ley tiene un desarrollo reglamentario que permitirá a las autoridades determinar el grado de dependencia de los ciudadanos que soliciten esta prestación. También se fija, según el nivel económico del que disfrute el interesado, el porcentaje de gasto al que éste tendrá que hacer frente y la parte que será sufragada por el Estado. Actualmente, el coste del servicio corre íntegramente a cargo de las personas afectadas y de sus familias.

En el presente año 2007 se atenderá en primer lugar a los ciudadanos con un nivel severo de dependencia. En el futuro y de forma gradual se irá ampliando la prestación a las personas afectadas con grados de dependencia menor hasta cubrir, en el

horizonte del año 2015, a toda la población que lo precise.

Para financiar esta prestación, el Estado prevé gastar 26.000 millones de euros hasta el año 2015. Existirán tres niveles asistenciales. El primero será prestado por el Estado, el segundo conjuntamente entre el Estado y las Comunidades Autónomas y el tercero lo será por cada Autonomía con cargo a sus propios presupuestos.

Actualmente existe una proporción de tres personas dependientes por cada plaza asistencial de titularidad privada. Dada su vocación universal, esta Ley supondrá para las instituciones asistenciales un gran desarrollo y una transferencia masiva del cliente privado al cliente proporcionado por el Estado.

En Catalunya la Generalitat debería satisfacer con la máxima rapidez y eficiencia las necesidades de los ciudadanos en situación de dependencia. Esto pasaría forzosamente por analizar los resultados de los diferentes proveedores de servicios y estimular la iniciativa privada. |

El nostre valor més important

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

podria ser **la nostra capdavantera tecnologia** o
el nostre expert equip de professionals.

Però, realment, el nostre valor més important és

la seva confiança



GENERAL LAB
LABORATORIS D'ANÀLISIS

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

¿Qué tienen en común Da Vinci, la asistencia ventricular mecánica, las células madre y el robot RP-7?

Da Vinci da nombre al más avanzado sistema de cirugía robotizada, que reproduce en tiempo real y con gran precisión, los movimientos de las manos del cirujano, accediendo al interior del paciente a través de pequeñas incisiones.

La asistencia ventricular mecánica de Berlin Heart permite superar la insuficiencia cardíaca severa del paciente, bien de forma temporal en espera del trasplante o como soporte de asistencia definitiva.

El tratamiento con células madre adultas de médula ósea es una técnica revolucionaria en la cirugía ortopédica que consigue una mejor y más rápida consolidación de las fracturas, reduciendo el tiempo de recuperación.

El sorprendente robot RP-7 permite la visita del especialista a distancia y realizar el seguimiento interactuando con el paciente y sus familiares.

Cuatro importantes innovaciones que, gracias a PALEX, ya están a disposición del Centro Hospitalario. Con el asesoramiento de expertos especialistas. Con una asistencia técnica permanente. Y con la garantía de más de cincuenta años al servicio de la sanidad española.

Siempre por delante.

Palex

Palex Medical SA

Estamos a su lado

Johann Sebastian Bach, 12 - 08021 Barcelona
Tel. 93 400 65 00 - Fax 93 400 65 01
E-mail: palex@palex.es

www.palexmedical.com

CENTRO ATENCIÓN CLIENTES

902 180 132

Fax 93 400 65 02
E-mail: atencionclientes@palex.es