

Referent

PAPERS DE LA **FUNDACIÓ UNIÓ**

A fons

Les opcions efectives
per a una col·laboració
públicoprivada a la sanitat

A reflexió

El repte de l'envelliment
de la societat

Opinió

La mediació intercultural en una
societat canviant



STAFF

CONSELL EDITORIAL

President:

Roser Fernández

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:

Estefanía Linés

Redacció:

Anna Cerdà i Andrea Gil Bermejo

Col·laboradors:

Xavier Gibert, Joan Maria Ferrer
i Carles Loran

Disseny i maquetació:

Eduardo Fuente

Serveis comercials:

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

Correcció:

Isabel Vidal

Impressió:

Vigor

Serveis editorials i comercials

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

Fundació Unió

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

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

Tiratge d'aquest número: 3.000 exemplars
Dipòsit Legal: B-12.544-2009

ÍNDEX

- P. 3 EDITORIAL // El model d'atenció social per a les persones amb dependència encara a debat;
- P. 4 A FONTS // Les opcions efectives per a una col·laboració públicoprivada a la sanitat; Dr. Josep Santacreu
- P. 10 A REFLEXIÓ// El repte de l'envelliment de la societat; Josep de Martí
- P. 15 RECOMANACIÓ DE LLIBRES
- P. 16 CASOS PRÀCTICS// La seguretat del pacient, una prioritat; Lena Ferrús
- P. 22 Què recordaran de tu quan deixis el càrrec?; Carles Mendieta
- P. 24 OPINIÓ// La mediació intercultural en una societat canviant; Núria Roca
- P. 26 ENTREVISTA// Comparativa entre els sistemes sanitaris en Atenció Primària de Gran Bretanya i Holanda;

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

Nom: _____

Cognom: _____

Adreça: _____

Telèfon: _____

email: _____

T. 34 93 209 36 99

F. 34 93 414 71 22

email: comunicacio@uch.cat

El model d'atenció social per a les persones amb dependència encara a debat

Estem encara lluny de veure tancat el necessari debat sobre l'atenció social per a les persones amb dependència per resoldre aquesta demanda. Les lleis promulgades, tant l'estatal com l'autonòmica, han ajudat a crear unes expectatives entre la ciutadania que tard o d'hora hauran de ser satisfetes. Ara bé, el que encara no existeix és un model definit i unes regles de joc clares per a tots els actors implicats en el sector de la dependència, pel que fa a la prestació dels serveis.

Amb la voluntat d'ajudar a definir aquest model, almenys a Catalunya, La Unió va presentar fa unes setmanes un decàleg en relació al model d'atenció social per a les persones amb dependència. El document plantejava la necessitat de definir un model sostenible, augmentar el grau de col·laboració públicoprivada, afavorir la lliure concurrència, millorar la productivitat i les condicions laborals del sector, i introduir el tractament fiscal favorable a l'assegurament privat, entre d'altres mesures.

Val a dir que, quant al model, els avenços són molt limitats. És cert que no pot definir-se amb pressa, però no ho és menys que tampoc pot eternitzar-se una situació de provisionalitat que perjudica les inversions i la captació de recursos imprescindibles per posar en marxa infraestructures i serveis del tot necessaris per donar compliment als drets que els ciutadans ja tenen garantits d'ençà de la promulgació de les lleis.

A la lentitud, cal afegir-hi que algunes tendències, que s'endevinen al darrera de certes decisions del regulador, no conviden a l'optimisme. No fóra raonable discutir a l'administració el seu paper com a garant del servei, incloent-hi el finançament, la planificació, l'acreditació i l'avaluació d'entitats i serveis. Però tot fa pensar que es vol anar més enllà en la prestació dels serveis.

La creació de consorcis i empreses de titularitat pública, amb els quals l'administració dissimula la creació de monopolis en la prestació de serveis, anirà sempre en detriment de la capacitat del ciutadà d'escollir i, a més a més, en limitar la competència efectiva també acabarà perjudicant

la qualitat dels serveis i el seu cost. D'altra banda, val a dir que aquestes són eines que, en mans de l'administració, dificulten paradoxalment la transparència que ha de presidir el funcionament i les decisions de tots els poders públics.

Detectem que l'administració té una marcada tendència a fer la pregunta equivocada quan es refereix als serveis públics, ja que s'obsedeix a posar l'accent en excessives ocasions en la titularitat del prestador, quan la pregunta oportuna hauria de referir-se a la qualitat i a l'optimització dels recursos que sempre són limitats. La pregunta, per dir-ho clar i ras, no és "qui ho fa?", sinó "com ho fa?" i "quant ens costa?", i sempre comptant amb els indicadors públics de mesura.

Creiem que la col·laboració públicoprivada, que tants bons resultats ha donat en d'altres ocasions, és més necessària que mai en el marc de l'atenció a la dependència. Però per fer-la realitat no valen únicament les paraules i les declaracions, sinó que és imprescindible la política dels fets. I els fets, a dia d'avui, marquen una tendència que com a mínim resulta ambigua. Una ambigüitat que pot perjudicar clarament el ciutadà i el mateix país.

Al ciutadà el perjudica perquè endarrerix la posada en marxa d'infraestructures i serveis del tot necessaris i, a més a més, limita la seva capacitat de tria i decisió. Els greuges per al país deriven del fet que Catalunya s'allunya de les tendències més modernes de gestió de serveis públics (que aposten decididament per la col·laboració d'entitats, institucions i empreses de caràcter privat) i també perquè les decisions que s'intueixen suposaran un clar desavantatge pel que fa referència a la flexibilitat, escalabilitat i adaptabilitat dels recursos a les necessitats reals del país.

Res no és irreversible. Encara hi ha temps d'avançar cap a un model raonable i modern que situï el ciutadà i la seva capacitat d'elecció en el vèrtex d'un model de garantia pública que ha d'assegurar el benestar de milions de ciutadans. Res no és irreversible, però quants menys errors es facin ara, als inicis, menys perjudicis trobarem a mig termini. |

A fons

Les opcions efectives per a una col·laboració públicoprivada a la sanitat

Dr. Josep Santacreu

Conseller delegat DKV seguros

“Cal assenyalar que actualment existeixen dues formes de gestió privada dins el Sistema Nacional de Salut: les Mutualitats de Funcionaris de l'Estat i el model de concessions a la Comunitat Valenciana”

La majoria dels països desenvolupats han establert una assegurança obligatòria i universal per a resoldre el risc d'emmalaltir. La coexistència d'aquesta amb l'assegurança privada voluntària es manté en la mesura que les preferències individuals i la disponibilitat econòmica permeten una cobertura duplicada. A Catalunya, el 23% de la població té cobertura duplicada, fet que hauria de fer reflexionar sobre el nivell de satisfacció que s'assoleix en un sistema obligatori, en la mesura que els resultats obtinguts impulsen tal duplicitat.

L'adopció de cobertura obligatòria admet alhora una combinació de finançament públic i privat. Actualment tan sols l'1,41% del finançament total de la cobertura obligatòria de la cartera de prestacions és privat i està centrat en els copagaments farmacèutics per als usuaris actius. L'augment potencial del finançament privat en la cobertura obligatòria és una opció que ha estat repetidament proposada i alhora descartada políticament.

Les decisions sobre el nivell de despesa en sanitat s'acaben prenent en l'àmbit polític i individual. La configuració entre despesa pública i privada s'hi ha mantingut estable al llarg del temps. El total de despesa sanitària a Espanya va arribar el 2006 als 82.063 milions d'euros. Per les característiques abans descrites, la major part d'aquesta quantitat és despesa pública, uns 58.466 milions, que signifiquen el 71,25% del total i el 6% del PIB. El finançament privat de la sanitat va representar el 2006, el 28,75% de la despesa en salut a Espanya, 23.597 milions d'euros. (Quadre 1)

La majoria de la despesa privada (74,69%) correspon als pagaments directes de les llars i a la despesa en assegurances privades de salut (20,95%). Els pagaments directes de les llars són despeses com els copagaments, les visites, l'hospitalització, l'odontologia o els medicaments.

Encara que la proporció entre despesa pública i privada es manté constant en els últims anys,

aquesta ha augmentat en valor absolut (de 45.447 M€ a 82.063 M€ en 7 anys) i també el seu pes sobre el PIB ha variat de forma significativa: la despesa en salut era el 7,2% sobre el Producte Interior Brut l'any 2000, i el 8,4% l'any 2006.

Públic i privat en la gestió de la cobertura obligatòria

El Sistema Nacional de Salut és finançat majoritàriament amb fons públics, si bé la gestió de la cobertura asseguradora obligatòria és diversa. En aquest sentit cal assenyalar que actualment existeixen dues formes de gestió privada dins el Sistema Nacional de Salut (SNS): les Mutualitats de Funcionaris de l'Estat i el model de concessions a la Comunitat Valenciana. Anteriorment havien existit les empreses col·laboradores de la Seguretat Social però avui dia ja han finalitzat la seva activitat i per altra banda el model de les Mútues d'Accidents de Treball respon a una realitat singular de cobertura d'accidents, que no podem assimilar a un esquema general.

Els dos models existents ja tenen anys de trajectòria. MUFACE es va crear el 1976, mentre que les concessions van iniciar-se fa una dècada. Estem parlant per tant de models consolidats, que han aportat uns resultats tangibles, dels quals ben segur podríem tenir avaluacions més precises, però que, en la mesura que es valora la seva contribució, es mantenen com a models de referència en la col·laboració públicoprivada.

El cas de les Mutualitats de Funcionaris es correspon amb el que s'anomena habitualment “*Managed Competition*”, competència gestionada. Aquest esquema, originàriament suggerit per Alan Enthoven, proposa que la competència entre companyies asseguradores (públiques i privades) es basi en la qualitat i no en el preu. És a dir, perquè això sigui possible cal que hi hagi un finançador únic que transfereixi les primes en funció dels usuaris que han escollit l'asseguradora. El sistema per tant acaba obligant la cobertura i evita la selecció de riscos que es considera una de les dificultats

DESPESA SANITÀRIA	2003	2004	2005	2006
Despesa sanitària pública	44.938	48.581	53.127	58.466
Despesa sanitària privada	18.852	20.287	22.144	23.597
Pagaments directes de les llars	14.463	15.597	16.836	17.625
Assegurances privades	3.565	3.922	4.410	4.943
Altres	824	768	898	1.029
Despesa sanitària total	63.790	68.868	75.271	82.063
Despesa pública % total	70,45%	70,54%	70,58%	71,25%
Despesa privada % total	29,55%	29,46%	29,42%	28,75%
Despesa sanitària total - % PIB	8,1	8,2	8,3	8,4
Despesa sanitària -% PIB	5,7	5,8	5,8	6,0
Despesa privada en salut -% PIB	2,4	2,4	2,4	2,4

Quadre 1
Despesa sanitària pública i privada

Font: ECO-SALUD OCDE 2008, Desembre 08
Dades en milions d'euros

clau dels sistemes voluntaris privats de cobertura. Enthoven considerava que una regulació específica, on la cartera de prestacions fos clara i les primes s'ajustessin segons el risc assumit, permetria obtenir la millor eficiència i satisfacció per als usuaris.

El cas de les concessions esdevé diferent en la mesura que la capacitat d'elecció de gestor de cobertura s'esvaeix i contràriament un sol gestor és l'encarregat de la inversió d'equipaments sanitaris i de la seva explotació durant 15 anys, al termini dels quals cal revertir el patrimoni al sector públic. La singularitat del model valencià ha estat l'interès amb què companyies expertes en la gestió de la cobertura s'implicaren en els projectes. D'aquesta forma s'ha assolit un model de competència *ex-ante*, on existeix competència per l'adjudicació, i posteriorment només una sola companyia en fa la gestió. El mateix Enthoven havia assenyalat que l'elecció era possible si la densitat demogràfica elevada justificava que hi haguessin moltes opcions, atès que això permetria costos administratius més baixos. Si la densitat demogràfica, però, és més baixa, aleshores aquest model de monopoli gestionat resultaria més ajustat.

Vist així hi ha dos models satisfactoris de col·laboració públicoprivada al Sistema Nacional de Salut i caldria preguntar-nos, si tenint en compte la satisfacció i l'eficiència assolides, seria bo impulsar-ne la rèplica, o altrament esbrinar quines serien les barreres que ho impedeixen.

En un marc de crisi econòmica i amb una pressió pel creixement continuat de la despesa és necessari crear nous mecanismes de gestió amb nous incentius per a millorar l'eficiència i l'equitat del sistema sanitari de cara a satisfer la demanda de serveis a usuaris cada vegada més informats, formats i exigents, en un context amb recursos limitats. La col·laboració públicoprivada a la sanitat representa en el cas de MUFACE uns costos per càpita inferiors en un 35%, mentre que en el cas

de les concessions a València representa un 25% menys dels costos que es generen quan la gestió de la cobertura és pública.

Els motius per tal d'impulsar la col·laboració públicoprivada són múltiples:

- ▶ Per afavorir les sinèrgies entre els sectors públic i privat
- ▶ Per crear incentius en el mercat: eficiència
- ▶ Perquè els proveïdors privats poden donar suport a objectius socials, a més dels econòmics
- ▶ Per introduir competència pel mercat en competes de competència en el mercat
- ▶ Perquè introdueixen més flexibilitat al sistema
- ▶ Per realitzar una transferència de risc financer
- ▶ Per millorar l'estructura de costos
- ▶ Per la capacitat de respondre a l'augment de la demanda

La quantificació del que suposa el sistema actual resta sovint poc clara a les estadístiques. Com s'explica al principi de l'article, l'assegurança de salut privada significa el 20,95% de la despesa privada en salut. Dins de l'assegurança privada trobem diversos tipus de serveis: els serveis de finançament privat, o sigui, l'assegurança tradicional individual i col·lectiva, i els serveis de finançament públic. És en aquesta part on s'inclouen les col·laboracions amb el sector públic: les concessions sanitàries portades a terme per grups amb una base asseguradora que consoliden ingressos (pagament per càpita) en forma de prima, i els acords amb les mutualitats. (Quadre 2)

La col·laboració en forma de finançament públic i gestió de cobertura privada significa el 26% de les primes del sector assegurador privat. La recent posada en marxa de la concessió a DKV de la gestió poblacional per a l'Àrea de Dènia representa afegir 170.000 nous usuaris als ja existents, i assolir, per tant, la xifra de 630 mil persones sota l'esquema de concessions.

A continuació analitzarem amb més deteniment

“Alan Enthoven proposa que la competència entre companyies asseguradores (públiques i privades) es basi en la qualitat i no en el preu. És a dir, que hi hagi un finançador únic que transfereixi les primes en funció dels usuaris que han escollit l'asseguradora”

Quadre 2

Assegurança privada

Només s'inclouen els hospitals en funcionament: Alzira i Torreveja (tota la població SIP de l'àrea segons les dades de febrer 08)

Font: elaboració pròpia a partir de dades d'ICEA i dades de població SIP i Càpita de la Conselleria de Sanitat Valenciana

Assegurança privada	Primes	Assegurats
Finançament privat	4.179.169.923	8.189.055
Finançament públic mutualitats	1.230.216.827	2.004.036,00
Finançament públic concessions	246.557.802	460.520
Finançament total	5.655.944.553	10.653.611
% Finançament privat sobre total	73,89%	76,87%
% Finançament públic sobre total	26,11%	23,13%

els dos tipus de col·laboració públicoprivada esmentats: el cas de les concessions sanitàries a València i el cas de les mutualitats de l'Estat.

Concessions sanitàries: el model valencià

Mentre que algunes formes de col·laboració públicoprivada estan relacionades només amb algun aspecte de la construcció o gestió hospitalària i es concentren més en les infraestructures i serveis de suport -deixant al marge la gestió de les prestacions sanitàries- l'interès més gran es mostra per aquell model en el qual l'Administració Pública contracta una companyia privada per a dissenyar, construir i gestionar un hospital sencer. Aquest és un cas especial de concessió sanitària: el model dut a terme a la Comunitat Valenciana.

Les diferències entre els dos models de concessió són significatives.

En el primer model, s'externalitza el finançament de les infraestructures sanitàries i es paga mitjançant un cànon per disponibilitat i ús, i un altre per serveis de suport a l'assistència que es presten des de l'empresa privada.

La característica principal d'aquesta iniciativa és que no es realitza la prestació sanitària per part de l'empresa privada, la qual es limita a aspectes més estructurals: construcció, manteniment, serveis generals, hostaleria, seguretat, neteja, sistemes...

Aquesta és una fórmula molt utilitzada en diferents països, coneguda com a *PFI: Private Financial Initiative*.

El model de concessió sanitària valencià, en canvi, gestiona l'assistència sanitària d'una àrea i l'empresa concessionària assumeix la prestació sanitària de tota la població integrant d'aquesta àrea.

El pagament es realitza en forma de prima capitativa. En aquest model es transfereixen els riscos financers i operatius (a part de la gestió sanitària) a l'empresa privada.

Descripció del model

El model està basat en la concessió temporal per part de l'Administració, a una companyia privada

de salut, de la gestió de tots els serveis sanitaris de la població d'una àrea de salut. És a dir, es gestiona la sanitat segons els següents principis, provinents de la Llei d'Ordenació Sanitària aprovada el 2003:

1. Descentralització de la gestió
2. Integració de l'assistència
3. Canvis en el finançament: pressupost únic amb base capitativa

La descentralització de la gestió significa, en el cas valencià, que els serveis sanitaris es gestionen amb equips directius únics per a cada àrea de salut o departament sanitari.

La integració de l'assistència vol dir que es gestionen tots els serveis sota el control del mateix operador sanitari, com una organització sanitària integrada, és a dir, incloent-hi elements clínics i funcionals que garanteixen la continuïtat assistencial. Aquest és un model d'assegurança sanitària pública amb una gran part de provisió de serveis sanitaris i una part d'assegurança per a tots els serveis inclosos.

El projecte es porta a terme mitjançant un consorci de companyies que solen constituir una Unió Temporal d'Empreses especialment per a aquest cas i que generalment comprenen una asseguradora experta en salut.

El model s'integra en un projecte de finançament capitatiu de totes les àrees de salut, amb operadors públics i privats. El pressupost amb base capitativa és una forma de finançament que incentiva la contenció de la despesa i genera millores d'equitat en l'assignació de recursos. En principi, el finançament capitatiu incentiva els proveïdors a trobar la millor fórmula per a coordinar els diferents nivells assistencials per tal de proporcionar l'atenció més cost-efectiva, ja que les accions repercuteixen en el compte de resultats conjunt.

Característiques principals

- ▶ La durada del contracte és de quinze anys, prorrogable a 5 més, i es garanteix la cobertura de l'assistència sanitària de la població assignada mitjançant el SIP (Sistema d'Informació Poblacional).
- ▶ Pagament mitjançant una prima capitativa in-

“Dins de l'assegurança privada trobem diversos tipus de serveis: els serveis de finançament privat, o sigui, l'assegurança tradicional individual i col·lectiva, i els serveis de finançament públic. És en aquesta part on s'inclouen les col·laboracions amb el sector públic”

dexada segons la despesa sanitària pública del Govern valencià.

› Inversió en la construcció i equipament de tots els actius definits per l'Administració per a la prestació del servei sanitari.

› La gestió de l'assistència sanitària integral: Atenció Primària i Atenció Especialitzada de tot el departament sanitari.

› La integració de tots els recursos sanitaris existents en el concessionari: tot el personal adscrit, els centres d'especialitat i els de salut.

› El model inclou un sistema de facturació inter-centres, per a compensar al departament el cost de l'assistència prestada a pacients que no formen part de la seva població protegida. (Quadre 3)

Aquest tipus de col·laboració significa l'oportunitat d'oferir a la població coberta una millora en la qualitat assistencial a un cost menor per a l'Administració. Es mantenen els principis bàsics del SNS quant a accessibilitat universal, equitat, elevats nivells de qualitat i també es garanteix l'estabilitat financera per a l'Administració per l'ajornament del pagament de les infraestructures i per la transferència de risc. El model de concessió utilitzat a la Comunitat Valenciana transfereix al concessionari tota la inversió, la gestió del projecte d'infraestructures, la gestió de la prestació sanitària i el risc financer de la cobertura sanitària pública.

Llavors, la propietat, el finançament i el control són públics i la provisió privada.

L'Administració manté el control sobre: la despesa sanitària, la definició de les cobertures, la població protegida, la supervisió operativa i els controls de qualitat i de funcionament de la concessió.

Una vegada finalitzat el període de la concessió, totes les inversions realitzades pel concessionari reverteixen a l'Administració Pública, en aquest cas, la Generalitat Valenciana.

MUFACE, MUGEJU i ISFAS: cobertura sanitària per a funcionaris públics

Les mutualitats de l'Estat són un altre exemple de contractació pública de l'assistència sanitària a través de pagament capítatiu. Representen una forma de gestió de la cobertura sanitària més en el SNS i així són considerades en el marc de la legislació sanitària actual. Es tracta, doncs, d'un sistema de cobertura universal amb finançament públic per al risc d'emmalaltir. El pressupost de les mutualitats prové de les aportacions contributives dels mutualistes i de l'Estat.

El model de previsió social del mutualisme administratiu cobreix sociosanitàriament els funcionaris de les Administracions Públiques mitjançant tres institucions: la Mutualidad General de Funciona-

rios Civiles del Estado (MUFACE), l'Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS), i la Mutualidad General Judicial (MUGEJU).

Una de les funcions del mutualisme administratiu és la protecció dels mutualistes i dels seus beneficiaris, en les següents contingències:

› Necessitat d'assistència sanitària

› Incapacitat temporal, derivada d'una malaltia comuna o professional, d'un accident comú o en acte de servei o com a conseqüència d'aquest, així como el risc durant l'embaràs o durant la lactància natural.

› Càrregues familiars

› Altres suports mutuels

D'entre les prestacions cobertes per aquest model, l'assistència sanitària és la més rellevant de totes i es caracteritza per la no exclusió de riscos, la llibertat d'elecció entre les asseguradores disponibles, la llibertat d'elecció de proveïdor sanitari, tot mantenint el control financer i la cobertura homogènia del Sistema Nacional de Salut.

Descripció del model

Els funcionaris espanyols poden escollir anualment entre la cobertura pública del Sistema Nacional de Salut i l'assistència privada d'una asseguradora, que sempre es finança públicament.

Aquesta capacitat d'elecció introdueix dos elements singulars en el sistema:

› Un element de competència, ja que les entitats privades concertades competeixen en qualitat per a la mateixa prima ("managed competition").

› Un element de mesura de la satisfacció dels mutualistes, ja que poden comptabilitzar-se: el nombre de baixes anuals, la ràtio de transferència d'assegurats entre entitats i, per últim, el percentatge de mutualistes que escull cada sistema (públic o privat).

Cal destacar que, el cos de funcionaris, l'integren uns 2 milions de persones, de les quals el 87% escull l'opció privada. (MUFACE: 1.297.297 persones, 85,02% el 2007; MUGEJU: 75.392 persones, 88,54%; ISFAS 628.021 persones, 86,34%).

El paper realitzat per les asseguradores consisteix a proveir d'una cartera de serveis sanitaris pràcticament igual a l'oferta pública del Sistema Nacional de Salut -Real Decret 1030/2006, del 15 de setembre- mitjançant un acord de prima per càpita.

Les asseguradores mantenen una xarxa de professionals i centres mèdics per tot el territori nacional seguint les condicions de les mutualitats que exigeixen una oferta mínima.

“El model de concessió utilitzat a la Comunitat Valenciana transfereix al concessionari tota la inversió, la gestió del projecte d'infraestructures, la gestió de la prestació sanitària i el risc financer de la cobertura sanitària pública”

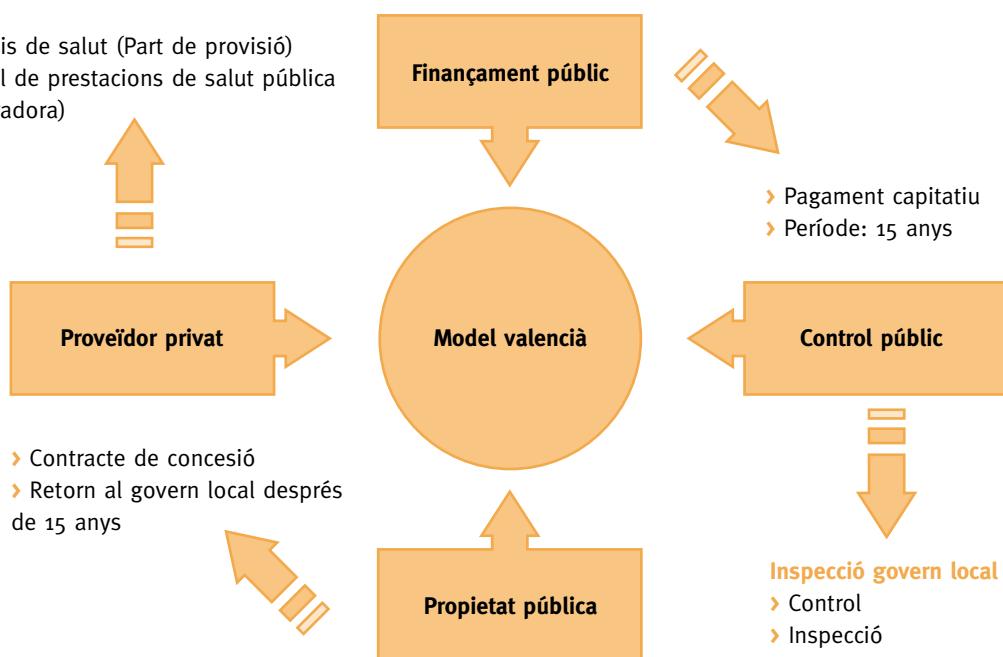
“El paper realitzat per les asseguradores consisteix a proveir d'una cartera de serveis sanitaris pràcticament igual a l'oferta pública del Sistema Nacional de Salut -Real Decret 1030/2006, del 15 de setembre- mitjançant un acord de prima per càpita”

- › Gestió de centres públics de salut (Part de provisió)
- › Assegurament del total de prestacions de salut pública en l'àrea x (Part asseguradora)

Quadre 3

Model de concessions valencià

La il·lustració descriu el model, utilitzant les relacions entre els principals actors



- › Contracte de concessió
- › Retorn al govern local després de 15 anys

- › Pagament capitatiu
- › Període: 15 anys

- Inspecció govern local**
- › Control
 - › Inspecció

Característiques principals

Cal destacar les següents característiques en la prestació sanitària de les mutualitats per part de les entitats asseguradores:

- › Inexistència de terminis de carència
- › Inexistència de selecció de riscos
- › Lliure accés a l'especialista sense funció de *gatekeeper*
- › Possibilitat d'utilització complementària de recursos sanitaris públics

A MUFACE, el sistema de finançament per càpita s'articula segons tres rangs d'edat, amb l'objectiu de compensar les desigualtats financeres produïdes per la distribució etària del col·lectiu.

El sistema capitatiu funciona com una transferència de risc financer a les asseguradores, que cobren aquesta prima fixa.

Una altra característica d'aquest sistema és la presència del copagament. Els usuaris paguen el 30% dels productes de farmàcia ambulatoria. El cost dels medicaments d'ús i diagnòstic hospitalari és assumit per les entitats privades i institucions de la Seguretat Social concertades.

Alguns dels avantatges i les sinèrgies creades per aquest model són:

- › La despesa sanitària per càpita de la població coberta per les mutualitats és substancialment inferior a la generada en el sistema sanitari públic.
- › La prima capiativa fixa actua com un sistema de control de la despesa.
- › La xarxa sanitària que formen les entitats privades realitza una funció substitutiva al sector públic, descongestionant el sistema.

L'existència d'aquests models permet que l'assegurament privat contracti els proveïdors privats i per tant garanteixi un flux de demanda crucial que d'una altra manera es reduiria considerablement.

Increment del pes de l'assegurança privada

Tant en el cas de les concessions com en el cas del model MUFACE, les asseguradores de salut privades tenen un paper molt important tant en la part d'assegurament per la transferència del risc que és duta a terme, com en la part de provisió de serveis, en les quals aquestes entitats són especialistes per la seva experiència en el marc privat de la doble cobertura. Per tant, es podria dir que aquests models tenen part de contracte d'assegurances ja que la companyia assumeix els cost de totes les prestacions de la població assignada en el marc de la SNS o en la xarxa concertada per a tot el territori.

Conclusió

La relació entre el sector públic i el privat, i la seva col·laboració segueix sent una part important del debat sanitari. El que poden aportar les entitats privades, especialment les asseguradores, en aquest context és el coneixement de la gestió de la compra de serveis, funció tradicionalment asseguradora, i que de cara al futur, és una de les oportunitats de millora que pot repercutir amb més pes en el Sistema Nacional de Salut.

Hi ha models existents que fan efectiva la col·laboració públicoprivada: en aquest article n'hem analitzat dos que demostren que aquesta col·laboració genera sinèrgies entre els sectors i representa una estratègia eficaç per a millorar el nivell de cobertura i qualitat assistencial que ofe-

“El que poden aportar les entitats privades, especialment les asseguradores, en aquest context és el coneixement de la gestió de la compra de serveis, funció tradicionalment asseguradora, i que de cara al futur, és una de les oportunitats de millora que pot repercutir amb més pes en el Sistema Nacional de Salut”

reix el SNS. La col·laboració públicoprivada consisteix a externalitzar, a agents de mercat experts en la gestió d'un determinat servei, la provisió d'aquest servei.

És una forma per a incrementar l'eficiència per tal d'afavorir un major valor, i sense modificar el control i la propietat dels serveis.

El model de concessió no és garantia d'èxit o fracàs *per se*, la bondat del model depèn del disseny aplicat per l'Administració, dels controls que s'estableixin en les clàusules dels plecs i contractes, i de les exigències i dels incentius associats al funcionament de la concessió.

En el cas valencià, el model es regeix per la Llei d'Ordenació Sanitària que indica que el Sistema Sanitari Valencià està integrat per tots els recursos sanitaris disponibles en el territori independentment de la seva titularitat jurídica.

El mateix passa amb el sistema de mutualitats. En aquest cas la bondat del model ve regida pel sistema de *managed competition*, que introdueix la

competència entre les entitats privades, que competeixen per prestar una assistència de qualitat.

L'opció continuada per la gestió privada de cobertura és una mostra de la satisfacció dels mutualistes al llarg del temps i ha obert la porta al desenvolupament de la provisió privada. De no existir aquest esquema, ben segur que l'opció d'integració vertical pública de finançament i provisió hauria impedit avançar cap a una consolidació del sector privat. De totes maneres, actualment el model té un problema d'adequació del cost a la càpita, donades les incorporacions de les noves prestacions a causa de la demanda. En aquest sentit, la falta d'actualització dinàmica de la prima és motiu de preocupació del sector.

La necessitat d'un acord polític, l'ampliació de la col·laboració entre els sectors públic i privat i un coneixement més gran per part dels ciutadans dels costos reals de l'assistència sanitària són els tres elements bàsics que s'haurien de tenir en compte a l'hora de buscar un pacte per a la millora de la sanitat. |



www.uch.cat



CONFIDE: CORREDURIA DE SEGUROS



Business Services



HumanSoft
Informació i noves tecnologies



A reflexió

El repte de l'envelliment de la societat

Josep de Martí

Director d'Inforesidencias.com



“Vivim en una societat en la qual hi ha més avis que néts i sabem que la tendència que ens porta cap al sobreenvelliment s'anirà accelerant a mesura que els que van néixer durant el baby boom (des de començament dels 60 fins a la meitat dels 70) vagin envellint”

Si a Thomas Robert Malthus li haguessin dit que el gran problema demogràfic de l'Europa de començament del segle XXI seria l'envelliment de la població i la disminució dels naixements, no s'ho hauria cregut de cap manera. Aquest economista britànic, nascut el 1766 va formular a finals del segle XVIII una teoria segons la qual la població humana creixeria en proporció geomètrica, mentre que els recursos només ho farien en proporció aritmètica. Amb aquestes dues tendències, si no hi intervenien factors extraordinaris, la societat tendiria cap a una crisi de manca de recursos que podria acabar amb la mateixa humanitat.

Avui dia a Espanya, el 17% de la població té més de 65 anys i tenim més de dos milions d'habitants amb més de 80 (aquest és el grup de població que creix més ràpidament). Vivim en una societat en la qual hi ha més avis que néts i sabem que la tendència que ens porta cap al sobreenvelliment s'anirà accelerant a mesura que els que van néixer durant el baby boom (des de començament dels 60 fins a la meitat dels 70) vagin envellint.

Mai a la història no s'havia donat una situació com la que estem vivint en el món occidental de manera que, com a societat, hem de navegar sense cartes i amb l'única referència dels països del centre i del nord d'Europa que varen viure el baby boom uns anys abans que nosaltres.

Aquesta situació preocupa molta gent i, periòdicament, llegim articles sobre “la bomba de rellotgeria demogràfica”, “els riscos de l'envelliment excessiu” o sobre la pressió que la gent gran exerceix en el nostre sistema de pensions o de salut.

La veritat és que, el món occidental, a força de mirar-se el melic, està desenvolupant una greu miopia. Ens preocupa molt el sobreenvelliment, però si penséssim des d'una perspectiva global veuríem que els veritables problemes del planeta són la pobresa i la mortalitat infantil. Una prova d'això la tenim en el document que va redactar l'ONU per tal de plasmar els seus principals objectius per als propers anys (“Objectius de desenvolupament del mil.leni”) en el qual en cap moment es parla de l'envelliment com a problema global.

I és que l'envelliment és un triomf de la societat. Que hi hagi tantes persones grans vol dir que no moren tants nens, que no hi ha fam, que existeix un sistema de salut a l'abast de la gran majoria i que algú està tenint cura dels que ho necessiten. Una societat envellida és un luxe, i els luxes costen diners.

Des de la gerontologia se sol dir que ara no vivim més que abans sinó que ara més gent viu més que abans. A la Grècia clàssica o a Mesopotàmia haguéssim pogut trobar algun centenari, però, en conjunt, veuríem molts més joves que vells. Ara trobarem més centenaris però, a més, veurem una alta proporció de vells.

La situació en què ens trobem té una altra característica que la fa nova: durant molts anys hi ha hagut, per un costat, una vellesa "venerable", o sigui, aquella formada per persones d'edat que atresoren coneixements, que tenen el respecte dels més joves i que solen arribar a formar part dels òrgans de govern (consells d'ancians, senat...) i, per l'altre, una vellesa "decrèpita", transitòria i breu, antesala de la mort i que no rep gaires atencions. Ara, en canvi, vivim en una societat que valora la innovació per sobre de l'experiència, que premia l'adaptació al canvi constant per sobre del manteniment de les tradicions, o sigui que, en principi, no "venera" la vellesa venerable. I existeix, d'altra banda, un creixent nombre de persones dependents, que poden viure durant molt temps sent-ho, i que són mantingudes a expenses del sacrifici dels seus familiars i del pressupost públic.

Vellesa activa

La nova vellesa, en la seva triple vessant, s'està convertint en oportunitat i en amenaça. Sorgeix la idea de "vellesa activa" que té diners i temps, que consumeix oci i productes pensats per a ells, que omple els hotels de costa a l'hivern i contracta hipoteques inverses. Però també, l'ancianitat dependent, que consumeix de forma creixent recursos sanitaris, pensions, i més recentment serveis de la dependència. Amb la recent crisi cobra importància una tercera vellesa que sempre ha existit però que ara es fa més visible: la vellesa pobra que no arriba a fi de mes amb una exigua pensió i depèn de familiars o de serveis socials.

Aquesta diversitat de realitats ens fa plantejar una pregunta: existeix "la gent gran" com a realitat?

Si existeix, vol dir que hi ha un sistema per a diferenciar els vells dels no-vell i la veritat és que el sistema no existeix.

Hi ha una sèrie d'estereotips acceptats per tots que substitueixen la necessitat del mecanisme. Per a la major part de les persones, ser vell implica solitud,

pobresa, malaltia, dependència, demència, residència, o sigui, coses negatives. En canvi, la realitat ens diu que la major part de gent gran viu en companyia o en una solitud volguda, té prou capacitat econòmica per sobreviure dignament (més d'un 80% és propietària d'un immoble sense càrregues), té prou autonomia i salut per viure autònomament (si traiem els darrers sis mesos de vida la immensa majoria de persones grans són autònomes), i té lucidesa (els estudis amb dades més extremes parlen d'una possibilitat entre tres de tenir algun grau de demència als 85 anys). Només una de cada vint persones grans viuen en residències.

La veritat és que, quan creiem veure la vellesa, no estem mirant la realitat sinó una imatge que ens hem creat amb el pitjor. L'equivalent seria que al pensar en la joventut ens vinguessin al cap les drogues, l'atur, la violència o la marginació. Totes aquestes idees són predicables d'alguns joves però de cap forma han arribat a generar l'estereotip de la joventut. Per què aleshores ha passat amb la vellesa?

Quan intentem respondre aquesta pregunta ens trobem que estem parlant d'un grup molt heterogeni i amb fronteres difuses.

Un dia visitant una residència vaig sentir una senyora gran resident al centre que deia a una altra: "Sembles més vella tu que jo", i l'altra li responia: "No diguis bajanades, mare". Eren una mare de 98 anys i la seva filla de 76, ambdues residents al centre. La veritat és que a simple vista semblava que feien edats semblants. Després de sentir-les parlar, però, vaig acabar pensant que la filla veia la seva mare com una persona molt diferent a ella mateixa, d'una altra generació, amb perspectives i conviccions diferents. Possiblement durant tota la vida no havien coincidit en gaires idees i ara, per a qualsevol que estigués visitant la residència es tractava, simplement, de dues "velles". Quan vaig sortir de la residència vaig veure un noi d'uns quinze anys: pantalons baixos, calçotets a la vista, una gorra de beisbol posada de costat i dues arracades a cada orella. Normalment hagués pensat: no tinc res en comú amb aquest noi que podria ser fill meu. En canvi, no sé per què vaig pensar, si no ens mata el cor, el càncer o el cotxe, potser ens acabem fent amics a la residència.

Si preguntem pel carrer a un grup de persones d'entre 60 i 80 anys si són velles veurem que molt poques entendran la pregunta ja que ens respondran si "se senten" velles, no si ho són. En canvi, si agafem fotografies de les mateixes persones i les mostrem a nois i noies de 12 anys tot demanant-los que les classifiquin segons sigui la persona vella o no, ho faran sense dificultat, tot i que no obtindrem un únic resultat.

Amb això vull dir que en la societat, en què vivim,

"En canvi, vivim en una societat que valora la innovació per sobre de l'experiència, que premia l'adaptació al canvi constant per sobre del manteniment de les tradicions, o sigui que, en principi, no "venera" la vellesa venerable. I existeix, d'altra banda, un creixent nombre de persones dependents, que poden viure durant molt temps sent-ho, i que són mantingudes a expenses del sacrifici dels seus familiars i del pressupost públic"

hi ha dues perspectives ben diferenciades sobre la vellesa. Una és la individual que es basa en un sentiment “em sento vell perquè... (seguit d’algun element negatiu)” i una altra, la col·lectiva, que es basa en una ficció “ets vell perquè tens més de 65 anys”. Així les coses, podem dir que vivim en una societat plena de vells que no se senten vells.

I el més curiós és que aquesta doble perspectiva ve d’antic. Si mirem la perspectiva individual observem que grans pensadors de diferents segles han establert l’entrada en la vellesa en moments molt diferents, així, Hipòcrates (s. V a C) l’establia als 56 anys, Aristòtil (s. IV a C) als 50, Sant Agustí (s. IV) als 60, i Isidoro de Sevilla (s. VI) als 70. Veiem clarament que cadascun d’ells parlava mirant cap a ell mateix i pensant en la vellesa “sentida”.

En canvi, quan el que es vol és determinar una edat a partir de la qual s’és vell per a la societat les coses varien.

La societat i el dret necessiten seguretat. Volen saber exactament quan una persona neix, quan mor i a partir de quin dia és adulta, i ho volen saber perquè aquests moments tenen una gran repercussió. És necessari saber a partir de quin moment una persona és vella? A vegades ha calgut i per això trobem alguna concreció.

A la Bíblia trobem una primera forma de “gero-classificació” quan en el *Llibre dels salms* s’estima la durada de la vida (Salm 90:10): “Els dies de la nostra edat són setanta anys i, en els més robustos, vuitanta”. Durant l’època romana i l’edat mitjana veiem determinacions d’edats per ser considerat vell, sobretot en un cas molt concret: “Quant temps ha d’estar desapareguda una persona per poder-la considerar morta (i que es pugui obrir la successió)?”. Cada llei estableix un sistema però gairebé tots determinem que si la persona té més de setanta anys el termini serà més curt.

La xifra dels 65 anys com a determinant d’entrada a la vellesa la trobem a l’Alemanya de finals del segle XIX quan es comença a parlar de la jubilació dels treballadors. Ja el 1888 es parla dels 65 anys.

És clar que una persona d’aquella edat, al final del segle XIX, tenia una expectativa de vida força curta. De fet, la jubilació es pensa com una sortida per aquells que, després de treballar durant molts anys, ja no són capaços de rendir suficientment i que, de no existir un sistema de protecció, es veurien abocats a la misèria o a la caritat. En aquells moments no seria la jubilació el que marcaria l’entrada en la vellesa sinó un mecanisme a utilitzar amb persones que, amb tota seguretat, ja serien considerades velles per tothom, incloses elles mateixes.

Auvi dia la jubilació té un doble significat. Per

un costat, és l’exercici d’un dret (no oblidem que la paraula jubilació té com a primer significat al Diccionari de l’Institut d’Estudis Catalans “alegria expansiva”), i per un altre suposa una mena d’expulsió del mercat per deixar lloc als joves. És cert que recentment s’han aprovat lleis que permeten seguir treballant després dels 65 anys, però socialment es considera que a partir d’aquesta edat ja no has de fer-ho. Si, a això, hi afegim que en molts sectors d’activitat es prejubila les persones quan tenen 60 o fins i tot 55 anys, trobem una situació peculiar: atesos els avenços de la ciència i uns hàbits de vida (sobretot pel que fa a alimentació i confort) més saludables, la majoria de persones arriben als 65 en un estat més semblant al que tenien als 50, que al que tindran als 85. Són persones plenament capaces, productives i amb una capacitat intel·lectual plena, i en canvi són tretes del món productiu i enviades al món del jubilat on cobraran una pensió (inferior al que guanyaven com a treballadors) fins al dia que morin. Tot això per un fet incontrovertible i sense cap fonamentació lògica: han complert 65 anys.

La situació a la qual hem arribat en els moments justament anteriors a la crisi econòmica, i com hem afrontat com a societat el progressiu envelliment només es pot entendre tenint en compte, en la nostra realitat espanyola, dos factors.

Primer: l’adveniment de la democràcia, després de quatre decennis de dictadura, va portar unes ànsies col·lectives de construir un estat social de dret que comptés amb un sistema públic i universal d’ensenyament, sanitat i pensions. Aquesta força va permetre que en trenta anys es construís un sistema homologable amb molts d’altres països del nostre entorn que hi treballaven des de trenta anys abans.

Segon: l’existència d’un dels períodes més llargs i intensos de bonança econòmica que recorda l’economia espanyola. Bonança que no és tant mèrit d’uns polítics eficients com d’una conjuntura econòmica global favorable i una pluja de milions europeus que van permetre afrontar inversions que no haguessin estat possibles d’altra manera.

Amb aquests dos factors, no només es varen crear els tres pilars clàssics de l’estat de benestar sinó que, a més, es va constituir un sistema polític descentralitzat i, més recentment es va gosar crear un quart pilar que es va denominar “atenció a la dependència”.

La Constitució Espanyola de 1978 només parla de la gent gran en el seu article 50 i ho fa d’una manera un tant peculiar:

Article 50

“És cert que recentment s’han aprovat lleis que permeten seguir treballant després dels 65 anys, però socialment es considera que a partir d’aquesta edat ja no has de fer-ho”

Els poders públics garantirán la suficiència econòmica als ciutadans durant la tercera edat, mitjançant pensions adequades i actualitzades periòdicament. Amb independència de les obligacions familiars, en promouran el benestar mitjançant un sistema de serveis socials que atendran els problemes específics de salut, habitatge, cultura i lleure.

Com es pot veure parla de “tercera edat”, i garanteix l’existència de pensions, d’un sistema de serveis socials, i d’alguns serveis específics.

Com a conseqüència d’aquest article, després de la creació de l’estat de les autonomies, es va crear un sistema de pensions (contributives i no contributives) i de disset sistemes de protecció a la gent gran des de cada comunitat autònoma dins de la xarxa de serveis socials.

Cap a començament del nou mil·lenni, després d’aconseguir amb l’anomenat “Pacte de Toledo” treure les pensions del camp de discussió entre partits polítics, es va plantejar la necessitat d’afrontar la situació de dependència de les persones grans amb la promulgació d’una llei estatal que establís un dret comú de ciutadania consistent en el fet que totes les persones grans que estiguessin en situació de dependència, només per estar-hi, tinguessin dret a rebre prestacions de serveis i/o econòmiques. Els serveis prestats en l’àmbit autonòmic estarien sotmesos a copagament (sempre que hi hagués capacitat econòmica), però ningú seria exclòs del sistema per tenir o no tenir diners o per viure en una o en una altra comunitat autònoma.

La llei que finalment es va anomenar “Llei de Promoció de l’Autonomia Personal i Atenció a Persones en Situació de Dependència” (col·loquialment coneguda com a Llei de Dependència) va tenir una llarga gestació, durant la qual es va haver de superar la manca de competència de l’Estat en matèria de serveis socials i es van anar incorporant al seu àmbit d’aplicació altres dependències (discapacitats, menors de tres anys, malalts mentals) cosa que la va millorar materialment tot i que la va llastrar econòmicament.

La Llei té la gran virtut d’afrontar una qüestió rellevant tot generant un nou dret per als ciutadans, acompanyant aquesta virtut, però, hi ha un estol de defectes que l’estan convertint en quelcom gairebé inaplicable en la seva concepció original.

Per començar, per tal que la Llei funcioni adequadament resulta indispensable que l’Estat i cadascuna de les disset comunitats autònomes arribin a un acord anual per tal de determinar els diners que ha de posar cadascuna de les parts per aplicar la Llei durant l’any següent. Aquest ridícul sistema ha fet que la dependència entri en el camp de batalla política a tots els nivells,

que les diferents administracions facin servir la qüestió com a arma per agredir el contrari i que, al final, un ciutadà pugui rebre un millor o pitjor servei no atenent al nivell de dependència que tingui sinó a la relació política que hi hagi entre el seu municipi, la seva comunitat autònoma i el govern de l’estat.

La veritat és que la Llei de Dependència ha millorat parcialment la situació de l’atenció a la gent gran atès que ha fet que es gastin més diners en aquesta àrea, però ha generat frustració en la mesura en què els polítics han volgut vendre un pas en la bona direcció com si fos una mena de panacea per a la gent dependent.

Després d’aquestes pinzellades sobre l’evolució que ha tingut la realitat de la gent gran i la protecció que s’ha establert durant els darrers anys, cal mirar cap al futur per imaginar quins han de ser els reptes amb què ens enfrontarem i com possiblement haurem d’afrontar-los.

Sabem que l’augment del nombre de persones envellides creixerà fins a mitjans de segle i a partir d’aleshores (una vegada morts els *babyboomers* - nascuts durant el *baby boom*) la pregunta serà com afrontar un país amb tan poca gent. Fins que això passi però ens enfrontarem a diverses qüestions:

Implicarà l’augment de la població gran que cada vegada hi hagi més dependents?

James Fries l’any 1980 va proposar una interessant teoria, que ha anat guanyant adeptes i que es coneix com a compressió de la morbiditat. Segons aquesta, els increments d’expectativa de vida cada vegada seran menors però també cada vegada les malalties cròniques es produiran en una edat més avançada per la qual cosa s’anirà incrementant el temps de vida saludable. En altres paraules, no afegirem gaire més anys a la vida però sí més vida als anys (una bonica frase feta que s’ha fet servir en moltes ocasions).

Si la teoria de Fries resulta adequada, com sembla ser, durant els propers anys, no només veurem com els hàbits de vida saludable (menys alcohol i tabac, per exemple) i els avenços científics reduïen les morts entre els pre-vells, sinó que també augmenten la qualitat de vida dels que arriben a grans fins als darrers estadis de la vida.

Imaginem només per un moment que la medicina genètica i molecular unides a tecnologies que avui encara no tenim permetin en vint anys evitar l’aparició de la malaltia d’Alzheimer, reduir considerablement la incidència del càncer i aconseguir la regeneració del calci dels ossos. Només aquests tres avenços podrien fer reduir la dependència en

“La llei que finalment es va anomenar “Llei de Promoció de l’Autonomia Personal i Atenció a Persones en Situació de Dependència” (col·loquialment coneguda com a Llei de Dependència) va tenir una llarga gestació, durant la qual es va haver de superar la manca de competència de l’Estat en matèria de serveis socials i es van anar incorporant al seu àmbit d’aplicació altres dependències”

xifres altíssimes.

Està clar que cap avenç ens farà immortals (els investigadors més agosarats, com Aubrey de Grey, defensen que amb una correcta enginyeria genètica i molecular podríem arribar a viure mil anys) però determinar a partir de quin moment serem dependent pot resultar clau.

Tot i que la compressió de la morbiditat ens pot portar al cap la idea d'una vellesa activa i plena, també pot comportar (i és molt possible que ho vegem) un retard considerable en l'edat de jubilació, la qual cosa ens porta a la següent pregunta.

Serà sostenible el sistema de Seguretat Social i el d'Atenció a la Dependència?

Abans de la crisi, els polítics que ens governen ens deien que el sistema de pensions estava garantit fins més enllà de 2025. Com que, amb el pacte de Toledo, hi ha el compromís de no espantar el personal amb el tema de les pensions, no sabem exactament fins quan durarà. El que és del tot segur és que, quan els nascuts durant el baby boom arribin a l'edat de jubilació, (entre 72 i 75 anys segons com vagin les coses) necessitaran estalvis privats per tal de complementar la necessàriament exigua pensió pública.

En aquest sentit, la Seguretat Social i el sistema de pensions s'assemblen distantment a un sistema d'estafa piramidal. Tot funciona perfectament sempre que hi hagi un creixement constant de la base de la piràmide. El problema sorgeix quan comencen a haver-hi menys nous cotitzants. És molt possible que la "mort anunciada" del sistema de pensions faci que molta gent busqui arreglar el seu propi envelliment, però també es probable que a mida que ens apropem a 2050 vegem un increment del nombre de vells pobres o propers a la pobresa. També és possible que abans del col·lapse definitiu els poders públics intentin transferir diners dels impostos a les pensions, això però, seria com intentar buidar el mar amb una galleda.

Amb la Llei de Dependència la cosa és diferent ja que no fonamenta el seu finançament en cotitzacions sinó en impostos. La situació en què ens podem trobar pel que fa al Sistema de la Dependència és, en primer lloc, que en un futur no gaire llunyà es decideixi dictar una moratòria en l'aplicació de la Llei, fet que voldria dir donar cobertura als més dependents (els que la Llei preveu cobrir fins a 2010) i no deixar, de moment, entrar els menys dependents. Aquesta seria una opció valenta per tal de consolidar el dret dels que més ho necessiten tot i que generaria una gran frustració entre els que es quedarien fora de la protecció.

Altres possibles "ajustaments" en l'aplicació de

la Llei poden tenir un caràcter més negatiu. Per un costat és més que probable que es continuï prioritzant el lliurament de diners per sobre de la prestació de serveis. L'administració sap que quan es donen serveis es genera riquesa atès que es fomenta la creació de feina i el tràfic econòmic, no obstant això, resulta més econòmic donar diners i, a més, amb el lliurament en metàl·lic s'aconsegueix una "fidelització" política del beneficiari més eficient que amb els serveis. Si les administracions segueixen aquesta via devaluaran molt l'atenció. Si la crisi s'allarga, però, és molt possible que ho acabem veient.

A més llarg termini veurem un canvi en el càlcul del copagament. No perquè els governants vulguin entrar en la qüestió sinó perquè no tindran més remei que fer-ho. No és agosarat pensar que a partir d'un determinat nivell de renda el beneficiari hagi de pagar el 90 o el 95% del cost del servei o, fins i tot que es torni a la idea del rescabament mitjançant la qual, una vegada mort el que hagi rebut serveis o prestacions del sistema, l'administració pot recuperar el que ha pagat presentant-se a la successió del beneficiari.

A mesura que s'aproximi el tsunami dels *babyboomers* a la setentena, s'anirà despertant la imaginació dels gestors públics de manera que, coses que avui imaginem com a impossibles seran vistes com totalment normals.

Arribaran les persones grans a tenir consciència que formen un grup amb rellevància social?

Aquesta és possiblement la pregunta més important que cal fer-se ja que, de la resposta que s'obtingui depèn la que hem donat a les preguntes anteriors.

Tornem al començament. No hi ha dubte que cada vegada hi haurà més persones grans, però tampoc que cada vegada hi ha menys nadons (Espanya està entre els països del món amb la taxa de natalitat més baixa, malgrat la lloable aportació feta pels nouvinguts).

Els vells d'ara són persones que, en la seva gran majoria han viscut una guerra i una postguerra, que han contribuït a crear l'estat de benestar (més o menys luxós) de què disposem i que, en algun moment de la seva vida, han hagut de fer sacrificis. En canvi els vells del demà serem persones que, com a nens vàrem viure, en la gran majoria de casos, sense privacions, que hem viscut el període de pau, democràcia i prosperitat més llarg, i que hem conegut una societat avançada des de petits. És molt probable que a mida que anem envellint, siguem cada vegada més conscients de la delicada situació que genera el desequilibri dels grups d'edat i que també siguem conscients que com

“La Seguretat Social i el sistema de pensions s'assemblen distantment a un sistema d'estafa piramidal. Tot funciona perfectament sempre que hi hagi un creixement constant de la base de la piràmide. El problema sorgeix quan comencen a haver-hi menys nous cotitzants”

a grup nombrós podem influir activament en les polítiques dels governs.

És molt possible que una majoria de persones grans pressionin per intentar que la política econòmica s'orienti cap el manteniment i increment de serveis per a aquest col·lectiu i és molt possible que, al fer-ho generin una reacció contrària per part de les persones més joves que poden arribar a veure en una nova "gerontocràcia" una amenaça per al seu propi benestar.

Aquest possible escenari ha estat descrit d'una

forma molt entretinguda per Frank Schirrmacher en el seu llibre *El complot de Matusalem* en el qual defensa que després de la guerra de classes i la guerra freda i la guerra nord/sud, serem testimonis de la guerra entre generacions. Una guerra en la qual una majoria de gent gran receptora de prestacions i serveis haurà de lluitar per defensar els seus drets davant d'una minoria de joves en edat de treballar que intentaran limitar-los per tal de gastar en altres camps que considerin més beneficiosos per a ells. |

A reflexió

El reto del envejecimiento de la sociedad

La situación actual del nivel de envejecimiento de la población española no tiene precedentes históricos, situación que provoca que algunos retos deban afrontarse sin referencias. Problemas como la determinación del momento en que empieza la vejez o el concepto mismo de vejez como realidad social plantean dudas.

La vinculación de vejez a la jubilación marca un punto de inflexión que sigue con el nacimiento del estado de bienestar y los sistemas de protección social y de dependencia. Como se han afrontado estas necesidades marca una serie de retos de futuro que pueden determinar el destino de la sociedad durante los próximos cincuenta años. |

Recomanació de llibres

Recomanació de llibres

La dictadura de la incompetència

Aquest llibre defensa la iniciativa privada i per tant la llibertat. És un retrat clar i actual dels vicis d'Europa, sobretot del sud d'Europa. Ens fa veure les trampes de l'antiglobalització, deixa en evidència la falsa solidaritat i denuncia les relacions promíscues entre cert poder econòmic, el progressisme mal entès i el poder polític. Amb extraordinària lucidesa Xavier Roig pretén posar-nos en guàrdia contra un Estat ineficaç que cada cop cobreix més espai amb la seva densa teranyina, una escola que modela el pensament i un discurs dominant que denigra per sistema tot allò que sigui privat i exalta tot allò que sigui públic. |

Autor: Roig Castelló, Xavier

Editor: La Campana



Historias de un corresponsal económico

Martí Saballs, reconeguda ploma del periodisme econòmic espanyol, ens acompanya al llarg de dues dècades per ciutats com Nova York, Buenos Aires, Mèxic D. F. Shanghai, Madrid i Barcelona. Un punt de vista únic sobre els escàndols, anècdotes i estafes que aquest ha conegut i narrat, desgranant alhora els detalls i costums de la seva tasca professional i dels personatges que es troba, des de John Kenneth Galbraith fins a Carlos Menem i Jack Welch. |

Autor: Martí Saballs

Editor: Ediciones Gestión 2000



La respuesta ambiental

Aquest llibre tracta de les respostes econòmiques i socials al repte ambiental que té davant la societat del segle XXI. Resumeix les estratègies que poden adoptar els governs, les empreses i els ciutadans per fer front amb èxit als riscos ambientals que amenacen el nostre futur. I aquests models de resposta s'apliquen a la resolució dels problemes ambientals del transport i la mobilitat. Els sis models són: la inacció, la norma obligatòria, el principi "qui contamina paga", l'eco-eficiència, l'eco-suficiència i el decreixement voluntari. |

Autor: Manuel Ludevid

Editor: Colección Nuevo Punto de Vista



Casos pràctics

La seguretat del pacient, una prioritat

Lena Ferrús

Responsable corporativa de la seguretat del pacient. Consorci Sanitari Integral.



“Els múltiples estudis, que s’han realitzat posteriorment, han provocat de forma accelerada que dins les polítiques governamentals i dels proveïdors de serveis de salut, la seguretat del pacient sigui una prioritat”

Durant la segona meitat del segle passat, els sistemes sanitaris del món desenvolupat estaven centrats a oferir el major nombre possible de prestacions assistencials al major nombre de persones possible. Darrerament, a l’objectiu de l’equitat, s’hi ha afegit el de la qualitat dels serveis que s’ofereixen.

Quan per a prestar assistència sanitària el que calia eren coneixements, bon tracte, domini d’algunes tècniques i l’ús dels remeis que hi havia a l’abast, l’assistència sanitària que es donava era en certa mesura segura. Però amb l’increment de la tecnologia, que ocasiona una sofisticació en els processos diagnòstics i terapèutics, també s’ha incrementat el nombre d’esdeveniments adversos (EA).

De fet, la seguretat clínica o els riscos que tenen els pacients que són atesos en el sistema sanitari, ha estat des de sempre un motiu de preocupació dels professionals sanitaris; l’aforisme hipocràtic “Primum non nocere” (segle IV aC) n’és un clar referent. Existeixen altres referents més recents com Coldman (1989-1949), el cirurgià que va ser expul-

sat de diverses societats científiques per recomanar als metges que havien de fer un seguiment dels seus malalts per tal de saber com havien evolucionat després del tractament al qual havien estat sotmesos. O Florence Nightingale que va reduir la mortalitat de forma significativa entre les tropes britàniques a la guerra de Crimea (1855) aplicant mesures higièniques i organitzatives.

Des dels inicis dels estudis de qualitat en el sistema sanitari, la seguretat del pacient (vegeu taula 1) ha estat considerada com un atribut, però en els últims anys ha pres una major rellevància, s’ha fet inqüestionable i se li presta una gran atenció. Aquesta notorietat ve arran de la publicació de l’informe de l’Institute of Medicine (IOM) *To err is human: Building a safer Health System*. Aquest informe posava en evidència que als EU d’Amèrica es produïen entre 44.000 i 98.000 morts anuals evitables a conseqüència dels esdeveniments adversos (EA), més morts que per accidents de trànsit, càncer de mama, o HIV+.

Els múltiples estudis, que s’han realitzat posteriorment, han provocat de forma accelerada que dins

Institute of Medicine (E.U.)	La prevenció del dany als pacients. L'èmfasi es posa en el sistema de lliurament de l'atenció que evita l'error, aprèn dels errors que ocorren i construeix una cultura de seguretat que implica els professionals, les organitzacions i els pacients
Agency for Healthcare Research and Quality	L'absència de lesions accidentals/evitables produïdes per l'atenció mèdica

Taula 1

Definicions de Seguretat del Pacient

les polítiques governamentals i dels proveïdors de serveis de salut, la seguretat del pacient sigui una prioritat. Aquest interès es tradueix en el fet que cada vegada hi ha més polítiques i línies d'actuació de les autoritats sanitàries recomanant "pràctiques segures". La primera iniciativa a nivell mundial va ser de l'OMS, que l'any 2002 a la 55 Assemblea Mundial de la Salut va aprovar una resolució en què s'instava els estats membres a prestar "la major atenció possible al problema de la seguretat del pacient" i a establir i consolidar "sistemes de base científica necessaris per a millorar la seguretat del pacient i la qualitat de l'atenció de salut, en particular la vigilància dels medicaments, l'equip mèdic i la tecnologia".

Davant la necessitat de compartir experiències entorn de la seguretat del pacient, des de l'OMS, l'any 2004 es constitueix l'Aliança Mundial per la Seguretat del Pacient amb el propòsit de facilitar el desenvolupament i la implantació de les polítiques relacionades amb la seguretat del pacient, disminuir la duplicat d'activitats i els costos que se'n deriven, donar suport a iniciatives col·lectives, servir de vehicle per a compartir coneixements i recursos (aprendre del altres) i promoure el treball en equip. (Vegeu taula 2)

A Catalunya l'any 2006 es va constituir l'Aliança per la Seguretat del Pacient a Catalunya, impulsada

Repte global per la seguretat del malalt	Abordar el problema de les infeccions associades amb l'atenció de salut en un campanya denominada "Atenció higiènica és atenció més segura"
Pacients per la seguretat del pacient	Involucrar els pacients i consumidors
Taxonomia per a la seguretat del pacient	Formular una taxonomia de la seguretat del pacient que serveixi per notificar successos adversos.
Investigació en el camp de la seguretat del pacient	Elaborar sistemes de notificació i aprenentatge per a facilitar l'anàlisi de les causes que originen els errors i prevenir-los
Solucions per a la seguretat del pacient	Identificar i divulgar "les millors pràctiques"

Taula 2

Àrees d'acció de l'Aliança Mundial per la Seguretat del Pacient

pel Departament de Salut de la Generalitat, amb la coordinació de la Fundació Avedis Donabedian (FAD), per establir una xarxa de grups d'interès que s'impliquessin en la promoció de la seguretat del pacient i en la integració d'idees que potenciessin la conscienciació i l'abordatge d'aquesta temàtica a Catalunya. La creació de l'Aliança es va formalitzar mitjançant un conveni entre diferents entitats. (vegeu taula 3)

Magnitud. Xifres entorn de la Seguretat del pacient

El primer estudi d'entitat va ser el Harvard Medical Practice Study (HMPS), el 1984, que estimava que un 3,7% dels malalts ingressats patia algun esdeveniment advers (EA) durant la seva estada hospitalària -i que el 47,7% estaven relacionats amb intervencions quirúrgiques. Una anàlisi posterior va concloure que el 70% d'aquests EA va conduir a discapacitats lleus o transitòries i el 3% a discapacitats permanents; i que en el 14 % va contribuir

"L'any 2006 es va constituir l'Aliança per la Seguretat del Pacient a Catalunya, impulsada pel Departament de Salut de la Generalitat, amb la coordinació de la Fundació Avedis Donabedian (FAD), per establir una xarxa de grups d'interès que s'impliquessin en la promoció de la seguretat del pacient i en la integració d'idees que potenciessin la conscienciació i l'abordatge d'aquesta temàtica a Catalunya"

1. L'esdeveniment advers és l'esdeveniment relacionat amb l'assistència rebuda pel pacient que té o pot tenir conseqüències negatives. Inclou els diferents nivells:

Efecte advers: Tot accident imprevisit i inesperat, que ha causat lesió i/o incapacitat i/o prolongació de l'estada i/o èxitus, que es deriva de l'assistència sanitària i no de la malaltia de base del pacient.

Incident: Succés que no ha provocat dany o complicació, o aquell que en altres circumstàncies podria afavorir l'aparició d'un efecte advers.

Quasi incident: Acció o omissió que podria haver causat dany a un pacient, però que no l'ha produït a causa de l'atzar, la prevenció o la seva mitigació.

Taula 3

Organismes que componen l'Aliança per la seguretat del pacient a Catalunya

Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya
Institut Català de la Salut
Consorti Hospitalari de Catalunya
Fundació Unió Catalana d'Hospitals
Agrupació Catalana d'Establiments Sanitaris
Fundació Avedis Donabedian

L'any 1992, utilitzant una metodologia similar a la del HMSP, es va realitzar un estudi a Utha i Colorado i van trobar una incidència anual del 2,9%. També la perspectiva de l'estudi, igual que el de Harvard, era medicolegal.

A aquests estudis, els han seguit altres que han arribat a conclusions similars, aportant una altra dada clau: el grau d'esdeveniments adversos "evitables", i s'han fet seguint la mateixa metodologia però amb una motivació diferent: conèixer-ne els errors, la gravetat i la importància. Així l'estudi realitzat a Austràlia va trobar una taxa del 16,6% d'EA (51% d'evitables). S'han fet altres estudis en altres països amb la mateixa motivació, com el cas de l'estudi ENEAS a Espanya. Segons aquest (25 hospitals) la incidència d'EA relacionats amb l'assistència sanitària és del 9,3%, dels quals el 42,6% eren evitables (taula 4), i els malalts majors de 65 anys, com en altres estudis, presentaven una major freqüència d'EA que els menors de 65 (12,4% vs 5,4%).

“L'estudi APEAS, realitzat a 48 centres d'atenció primària posa en relleu que la pràctica sanitària a l'atenció primària és raonablement segura: la freqüència dels EA és baixa i són de caràcter lleu”

Taula 4

Típus d'EAs segons incidència i evitabilitat (ENEAS 2005)

Típus d'EAs	Incidència	Evitables
Relacionats amb l'atenció	7,63%	56,0%
Relacionats amb la medicació	37,4%	34,8%
Relacionats amb la infecció nosocomial	34,8%	56,6%
Relacionats amb els procediments	25,04%	31,7%
Relacionats amb el diagnòstic	2,75%	31,7%
Altres	1,85%	33,3%
Total	100%	(42,6%)

L'estudi APEAS, realitzat a 48 centres d'atenció primària posa en relleu que la pràctica sanitària a l'atenció primària és raonablement segura: la freqüència dels EA és baixa i són de caràcter lleu. Aquest estudi presenta una prevalença de pacients amb EA del 10,11 o/oo, dels quals el 70,2 % eren evitables (54,7% lleus). Els factors causals d'aquests EA estaven relacionats amb la medicació

(48,2%), l'atenció (25,7%), la comunicació (24,2%), el diagnòstic (13,1%), la gestió (8,9%), i amb altres causes (14,4%).

Error és humà

James Reason des del camp de la psicologia, presenta diverses teories i models universalment acceptats per explicar la naturalesa de l'error humà. Segons Reason, el problema de l'error humà pot ser vist de dues maneres: l'enfocament de la persona individual o l'enfocament del sistema. Cadascun té un model de causalitat de l'error diferent, de forma que per afrontar-lo hi ha dos enfocaments.

L'enfocament de l'individu se centra en el fet que l'error pot ser a causa d'un oblit, del cansament, de la falta d'atenció, de la càrrega de treball, de la imprudència o de la negligència; mentre que l'enfocament del sistema es concentra en les condicions sota les quals cada persona treballa i tracta de construir defenses per a evitar errors o mitigar-los. La premissa bàsica de l'enfocament del sistema és que els éssers humans són fallibles, els errors formen part de la condició humana, per tant són d'esperar inclús en les millors organitzacions.

Atès que no es pot canviar la condició humana, el que s'ha de canviar són les condicions en què els éssers humans actuen. Cal doncs crear sistemes segurs on defenses, barreres i garanties ocupin un lloc clau en l'enfocament del sistema, perquè ajudin a prevenir els errors que són la conseqüència de la manca de barreres. En un món ideal cada barrera estaria intacta, però en realitat aquestes barreres són com talls de formatge suís, amb forats. Els forats en les defenses/barreres sorgeixen per dues raons: fracassos actius i condicions latents. Quasi tots els EA es produeixen per una combinació d'aquestes dues raons. Els fracassos actius són els actes poc segurs que cometem les persones (lapsus, barroeries, descuits...). Les condicions latents són els "agents patògens residents" dins del sistema. Sorgeixen de les decisions preses pels dissenyadors, els constructors, els qui elaboren els procediments o normes, i els gestors. Totes les decisions estratègiques tenen un potencial apte per introduir agents patògens en el sistema. Els partidaris de l'enfocament de sistema treballen per assolir un programa de gestió que s'orienti a diferents objectius: la persona, l'equip, la tasca, el lloc de treball i la institució com un tot.

La característica distintiva i més important de les organitzacions d'alta confiabilitat (portaavions nuclears, centrals nuclears, centres de control de trànsit aeri) és la seva obsessió col·lectiva en la possibilitat de fracàs. Esperen fer errors i s'entrenen per a què el seu personal els reconegui. En lloc d'aïllar els fracassos els generalitzen, en lloc

GRUPO 1: Cultura de Seguridad
1. Cultura de seguridad.
GRUPO 2: Adecuar la capacidad del servicio a necesidades del paciente
2. Información al paciente sobre riesgos comparados.
3. Existencia de normas razonadas para la dotación de personal de enfermería.
4. Personal médico de UCI con formación específica.
5. Participación del farmacéutico en los procesos de prescripción, dispensación y administración de fármacos.
GRUPO 3: Adecuada transferencia de información y una clara comunicación.
6. Asegurar comprensión de órdenes emitidas verbalmente.
7. Uso normado de abreviaturas y anotación de dosis.
8. Preparar resúmenes e informes con datos y documentos, no de memoria.
9. Transmisión clara y a tiempo de cambios en la atención del paciente.
10. Asegurar la comprensión del consentimiento informado.
11. Asegurar conocimiento de preferencias del paciente para cuidados terminales.
12. Implementar prescripciones computerizadas.
13. Implementar protocolo para prevenir etiquetado erróneo de Rx.
14. Implementar protocolos para prevenir cirugía en sitio y paciente equivocado.
GRUPO 4: Mejorar seguridad en situaciones específicas.
15. Evaluar riesgo de infarto en pacientes quirúrgicos y prescribir betabloqueantes a los pacientes con alto riesgo.
16. Evaluación y prevención de úlceras de decúbito.
17. Evaluación y prevención de trombosis venosas profundas.
18. Gestión específica de la anticoagulación.
19. Evaluación y prevención del riesgo por aspiración.
20. Prevención de infecciones asociadas al uso de catéteres venosos centrales.
21. Prevención de infección en herida quirúrgica.
22. Utilizar protocolos para prevenir daños renales por contraste.
23. Evaluar riesgo de malnutrición y prevenir su aparición.
24. Evaluar y prevenir complicaciones en pacientes intervenidos con manguito de isquemia.
25. Lavado / descontaminación de manos antes y después de contacto directo con pacientes y objetos en torno al mismo.
26. Vacunar personal sanitario contra la gripe.
GRUPO 5: Mejorar seguridad en el uso de medicamentos.
27. Zona de preparación de medicación 5S.
28. Métodos estandarizados para el etiquetado, empaquetado y almacenaje de medicamentos.
29. Identificación específica de medicación de “alta alerta” (quimioterapia, anticoagulantes, electrolitos concentrados, insulina).
30. Dispensación de medicamentos en dosis unitarias.

“Cal doncs crear sistemes segurs on defenses, barreres i garanties ocupin un lloc clau en l'enfocament del sistema, perquè ajudin a prevenir els errors que són la conseqüència de la manca de barreres”

Taula 5

Set de bones pràctiques per a la seguretat del pacient. Adaptat de: *Safe Practices for Better Health-care. The National Quality Forum, Washington 2003.*

de fer reparacions locals busquen reformes en el sistema. Encara que aquestes organitzacions estan lluny de l'àmbit sanitari, hi comparteixen característiques importants.

Les organitzacions de confiabilitat alta són exemples perfectes de l'enfocament de sistema. Prevenen el pitjor i s'equipen per afrontar-lo a tots els nivells de l'organització. “Aquestes organitzacions no són immunes als EA però han après el do de convertir els entrebanca ocasionals en l'elasticitat millorada del sistema”.

Pràctiques segures

Les pràctiques segures s'han definit com “les que redueixen el risc d'esdeveniments adversos relacionats amb l'exposició a l'atenció sanitària”, per exemple l'ús de les màximes barreres estèrils en la col·locació de catèters endovenosos per evitar infeccions.

La pràctica clínica segura exigeix, segons Aranaz, assolir tres objectius: identificar quins procediments clínics, diagnòstics i terapèutics són més eficaços, garantir que s'apliquin a qui ho necessita, i que es

Taula 6
Pràctiques segures amb major impacte potencial i menor nivell de complexitat

Millorar la higiene de les mans
Vacunació de treballadors i pacients contra la grip
Mesures per prevenir la pneumònia (n. nosocomial) associada a l'ús de ventilació mecànica
Utilització de codis de colors per equips i material de neteja per prevenir la infecció nosocomial.
Mesures relacionades amb la prevenció de la infecció del lloc quirúrgic

faci correctament i sense errors. De fet, seguretat no vol dir absència total de riscos relacionats amb les infeccions nosocomials, les complicacions, els efectes no desitjats dels medicaments i els errors de diagnòstic o de tractament, els quals són motiu de preocupació pels professionals i gestors. Aibar diu que un risc assistencial és aquella situació o acte relacionat amb l'assistència sanitària rebuda que pot tenir conseqüències negatives per als pacients: efecte advers, incident, etc.

El National Quality Forum (NQF) promou 30 recomanacions per a millorar les pràctiques clíniques segures. L'equip de la Universitat de Murcia dirigit per Saturno ha elaborat un informe sobre el grau d'implantació de les recomanacions del NQF (vegeu taula 5) que posa de manifest que només se'n compleixen de forma acceptable un 10% i que un 69,6% de les recomanacions tenen un nivell de compliment amb deficiències importants.

Des del Ministeri de Sanitat i Consum (MSC) s'ha elaborat un informe tècnic sobre les pràctiques segures recomanades pels agents governamentals de diferents països per prevenir els EA en els pacients atesos als hospitals. N'han identificat 28, de les quals 9 no estan a la llista del NQF (taula 5), aquestes són: ús únic dels dispositius d'injecció; utilització de codis de colors per equips i materials de neteja per a prevenir infeccions; identificació dels pacients; mesures per a evitar els errors de connexió de catèters i tubs; mesures per garantir la seguretat dels pacients amb al·lèrgies associades al làtex; mesures de precaució en l'ús de la contenció física o immobilitzacions dels pacients; mesures per a la valoració efectiva a urgències després d'un traumatisme; mesures de prevenció de suïcidis en malalts hospitalitzats i equips de resposta ràpida per a tenir cura dels pacients en estat crític.

Entre les 28 identificades se'n varen seleccionar 5 considerades pràctiques segures contra els esdeveniments adversos que són de baixa complexitat d'implantació i alt impacte potencial general en la seguretat del pacient. (taula 6)

Cultura de seguretat

L'orientació cap a l'enfocament de la seguretat des

d'una perspectiva sistèmica significa acceptar els errors com a part inherent al treball; aleshores, el que cal és actuar en la prevenció i minimització dels riscos per al malalt. Això condueix a nous models d'intervenció dirigits a estandarditzar-se basant-se en l'evidència científica i a complir les recomanacions. Només així es podran prevenir els riscos i aprendre dels propis errors, només així és possible identificar les causes que els originen i desenvolupar estratègies per a evitar que es repetixin. Per això cal crear una cultura professional que afavoreixi la comunicació i l'anàlisi dels errors, com fan en les empreses d'alta confiabilitat tal com s'ha esmentat anteriorment.

Segons les recomanacions del NQF, la cultura de la seguretat és essencial per a minimitzar els errors i els efectes adversos. L'estudi sobre aquesta cultura realitzat també des de la Universitat de Múrcia n'ha identificat 12 dimensions. A partir d'una enquesta que explorava aquestes dimensions han identificat com a fortaleres de la cultura de seguretat "el treball en equip dins de les unitats/serveis" (71,8%) i "accions de la direcció/supervisió de la unitat que promou la seguretat" (61,8), mentre que destaquen per la seva feblesa "dotació de personal" (27,6%), "treball en equip entre unitats i serveis" (42,1%), "percepció de seguretat" (48,4%) i "recolzament de la gerència en la seguretat del pacient" (24,5%).

Sistemes de registre i notificació d'esdeveniments adversos

L'informe de l'IOM va posar de manifest que els sistemes de notificació eren una estratègia clau per aprendre dels errors i evitar que tornessin a aparèixer. Els sistemes de registre i notificació dins d'un enfocament sistèmic són voluntaris i sense un component punitiu, i posen l'èmfasi en la identificació d'incidents on no hi ha hagut dany o un dany menor. S'estima que aproximadament només es notifiquen un 5% dels esdeveniments adversos. Ens trobem doncs a la punta de l'iceberg que amaga a sota un 95% d'incidents o quasi errors, la identificació dels quals seria una important font d'aprenentatge.

Els costos de la no seguretat del pacient

L'estudi ENEAS posa també de manifest que el 63,3% del total dels EA va requerir la realització de nous procediments (p.ex. proves diagnòstiques) i en un 69,9% tractaments addicionals (p.ex.: medicació, rehabilitació o cirurgia). Així que a la no seguretat del pacient se li afegixen els costos associats als EA.

Un estudi realitzat per l'Agència de Calidad del Sistema Nacional de Salud sobre els costos de la no seguretat del pacient posa en evidència que per al sistema de salut espanyol, el cost global

"L'orientació cap a l'enfocament de la seguretat des d'una perspectiva sistèmica significa acceptar els errors com a part inherent al treball; aleshores, el que cal és actuar en la prevenció i minimització dels riscos per al malalt"

(en euros, 2005) dels problemes associats a procediments i intervencions quirúrgiques significa una despesa considerable. Per exemple, per l'EA hemorràgia o hematoma s'estima un cost de 446 milions d'euros anuals i pel pneumotòrax 39 milions d'euros. Les infeccions nosocomials també signifiquen, segons el mateix estudi, una despesa a considerar. Si arribéssim a prevenir el 56,6% de les infeccions nosocomials en el lloc quirúrgic (% que es considera evitable) el sistema de salut estalviaria 417 milions d'euros.

En el cas dels EA per l'ús dels medicaments, les despeses que se'n deriven són fonamentalment a causa de l'increment de l'estada, les proves diagnòstiques i el tractament per la solució; el cost global per al sistema de salut se situa al voltant dels 41 milions d'euros.

Conclusions

Les organitzacions sanitàries preocupades per la qualitat dels seus serveis han de fer front als EA fomentant una cultura de seguretat caracteritzada per: la percepció de seguretat per part dels professionals i pacients, la millora contínua, el treball

en equip intra i inter unitats/serveis, el *feedback* i la comunicació dels errors de forma transparent, garantir la comunicació entre torns i durant el trasllat dels malalts, la resposta no punitiva als errors, l'oferir una dotació de personal que permeti afrontar la càrrega de treball i per últim el suport de la gerència de l'hospital al foment de les pràctiques clíniques segures.

Promoure la notificació i el registre dels EA compromet la direcció a donar feedback de les accions empreses i a no actuar penalitzant l'error, sinó encoratjant a millorar; així s'estimula la notificació i s'entra en un cicle de millora contínua.

Les xifres, que es presenten sobre l'impacte econòmic de la no seguretat del pacient, signifiquen unes despeses evitables de molta consideració. Conèixer els EA, i saber el cost que originen pot ajudar a prioritzar les accions de millora per a reduir els errors i poder justificar les despeses que se'n puguin derivar. |

“Un estudi realitzat per l'Agència de Calidad del Sistema Nacional de Salud sobre els costos de la no seguretat del pacient posa en evidència que per al sistema de salut espanyol, el cost global (en euros, 2005) dels problemes associats a procediments i intervencions quirúrgiques significa una despesa considerable”



Huella Digital

Solución óptima de identificación y accesos

SISTEMA HumanSoft SANIDAD

Plantillas complejas y la gestión del tiempo de las personas

- Presupuesto, dotaciones y bases técnicas
- Rotaciones, turnos, horarios y guardias
- Plannings y propuestas
- Generador y simulador de calendarios
- Incidencias del personal y absentismo (factor Bradford)
- Traspaso automatizado de variables a nómina
- Estadísticas e información on-line, sin errores
- Tecnología compacta y modular con funcionalidades web

PUJADATEC
www.pujadatec.com

Què recordaran de tu quan deixis el càrrec?

Carles Mendieta

Soci director de Nova Consulting Organization, SL



“Si ens limitem a la simple observació de l’actuació dels caps, podem veure que, essencialment, fan tres coses: relacionar-se, tant amb les persones de l’organització com amb les de fora d’aquesta; integrar les persones, però també les idees, els objectius i els sistemes de l’organització; i crear realitats, és a dir, fer que les coses siguin d’una certa manera, impulsar el propi projecte directiu”

Canvis tecnològics, noves fórmules en els models d’organització, concentració de serveis, desconcentració de responsabilitats, crisis, gestió pública versus privada, modes, necessitats, clients i usuaris, pressupostos, control i servei, indicadors, quadres de comandament, direcció per objectius, impuls de valors, i, alhora, motivar i engriscar l’equip per a un objectiu comú. Hi ha tants conceptes que poden arribar a ser contradictoris, hi ha tantes perspectives des de les quals focalitzar la direcció, hi ha tants models que cal impulsar que, de vegades, podem confondre les eines amb els objectius i aquests amb les finalitats. Com deia la tortuga “tots diuen que vaig molt lenta...però tant se val, perquè vaig pel camí equivocat”.

Quan he tingut l’oportunitat de preguntar a directius, tant del món privat com del públic, què vol dir ser “cap”, sovint la resposta és del tipus: “És el responsable d’aconseguir els objectius de la seva unitat, de planificar les accions dels membres de l’equip, de controlar les seves actuacions, de representar el grup i de motivar les persones que estan al seu càrrec”. Aquesta resposta és formalment correcta, però sospito que poc realista.

Quan els pregunto què fan al llarg del dia la resposta és del tipus: “Reunions, trucades, apagar focs, més reunions, fer cas a les demandes del seu cap, gestionar petits conflictes, més reunions...”. Res a veure amb la resposta anterior. I quan els demano que em parlin del millor cap que hagin tingut mai o del cap que voldrien al seu equip la resposta és del tipus: “Professional, que sàpiga el que vol, valent i integrat a l’organització, amb capacitat d’escoltar i de encomanar els valors del seu equip, entusiasta i que contagii il·lusió”.

Com pot ser que hi hagi respostes tan sensiblement diferents per a cada pregunta? I, en tot cas, quina és la resposta més certa? Personalment, crec més en les segones respostes que en la primera. Les segones són fruit de l’experiència i la primera de l’aprenentatge.

Si ens limitem a la simple observació de l’actuació dels caps, podem veure que, essencialment, fan tres coses: relacionar-se, tant amb les persones de l’organització com amb les de fora d’aquesta; integrar les persones, però també les idees, els objectius i els sistemes de l’organització; i crear realitats, és a dir, fer que les coses siguin d’una certa manera, impulsar el propi projecte directiu.

Un altre element a considerar: quan alguna persona em parla del millor cap que ha tingut mai, sempre m'explica que va ser una època de la seva vida professional intensa, amb molta feina, que li demanava un alt nivell d'exigència, però que aquell esforç tenia sentit i valia la pena.

Aquest fet no és estrany. Hi ha una fórmula que ens pot ajudar a entendre'l:

$$\text{Satisfacció (Rendiment)} = \text{Esforz} \times \text{Significat} \times \text{Resultat}$$

És a dir, la satisfacció i, en conseqüència, el rendiment esdevenen quan hem aconseguit algun repte que per a nosaltres és important i, alhora, és proporcional a l'esforç d'assolir-ho. "El que res no costa res no val", diu la dita popular.

La fórmula ens diu que, perquè hi hagi satisfacció, és necessari que les persones posin esforç, i això està, estrictament, en mans de cadascú. Un pot forçar les conductes, però no les voluntats. Però amb esforç no n'hi ha prou! Cal, alhora, que aquest tingui un "significat" i, aquest, l'ha de donar el cap immediat.

Sembla senzill, però no ho és tant! No és fàcil respondre a la pregunta "Per a què estem treballant?" o dit en passiva "Què valorem com a èxit?" I si l'equip no sap per a què treballem i què valorem com a èxit, difícilment podran enfocar els seus esforços en la direcció correcta.

Val a dir que en el sector sanitari tenim l'avantatge que el sentit del treball ve donat per la pròpia naturalesa de la feina. No és estrany trobar el significat en el fet d'ajudar les persones que atenem. Però inclús en aquest cas hi ha moltes maneres diferents de dur-ho a terme i cal mostrar com volem que es faci. Aquest també és un significat en ell mateix.

El "significat" de l'esforç és el que anomenem "projecte directiu" i és aconsellable que tinguin alguns trets perquè sigui efectiu:

- ▶ Ha de ser concret. No valen expressions de l'estil "volem un servei de qualitat", cal indicar què es vol dir amb això.
- ▶ Ha de centrar-se en l'esforç de l'equip. Es tracta que sigui l'equip el que sàpiga on va i què ha de fer, i no només el cap.
- ▶ S'ha de focalitzar l'esforç en una direcció concreta. Sovint hi ha molts camins per a anar al mateix lloc i és necessari que el cap determini quin és el que seguirà el seu equip.
- ▶ S'ha de desenvolupar al llarg de tota la cadena de comandament. La posició jeràrquica indica l'espai de què dispo per a crear una realitat o una altra. Com més alta és la posició més espai tindrà, però també menys concreció. L'establiment de significats ha de permetre que es pugui anar concretant per tota la línia de comandament.

D'altra banda, no oblidem que la fórmula acaba identificant que, perquè hi hagi satisfacció (rendiment) cal també que existeixin resultats, i, aquests, els ofereix l'organització. No n'hi ha prou amb l'esforç i amb el sentit de l'esforç, cal, també, que la valoració dels èxits, del reconeixement i dels mèrits que se'n derivin, estiguin en consonància. Aquí adquireix sentit un bon model de direcció per objectius i aquí s'enfonsa un model mal dissenyat.

En definitiva, del directiu depèn saber on va l'organització o la part d'organització que lidera, d'ell depèn que el seu equip sàpiga on va i que tingui sentit el seu esforç, d'ell depèn que se sàpiga avaluar els esforços més enllà de les conductes. I tot això, sigui en positiu o en negatiu, és el que recordaran d'ell quan deixi el càrrec. |

"Perquè hi hagi satisfacció (rendiment) cal també que existeixin resultats, i, aquests, els ofereix l'organització. No n'hi ha prou amb l'esforç i amb el sentit de l'esforç, cal, també, que la valoració dels èxits, del reconeixement i dels mèrits que se'n derivin, estiguin en consonància"

A reflexió

El reto del envejecimiento de la sociedad

El rol directivo implica, esencialmente, cubrir tres competencias: La capacidad de relación, tanto con las personas, como con el resto de la organización, las ideas o los recursos; la capacidad de integración vertical y horizontal y, sobre todo, la capacidad de crear realidades y de dar sentido al esfuerzo compartido.

Por otro lado, el rendimiento de los equipos va en función de su propia capacidad de esfuerzo, del sentido del esfuerzo y de las medidas con las que se evalúa su esfuerzo. El mando directo es responsable principalmente de dar sentido al esfuerzo y, en ocasiones, de establecer las medidas de su reconocimiento. |



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 i 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



Opinió

La mediació intercultural en una societat canviant

Núria Roca

Secretària Docent - Universitèria d'Infermeria de Sant Joan de Déu



“Quan ens referim al procés salut/malaltia no podem perdre de vista la seva articulació amb el sistema social i cultural, la diversitat de vivències i interpretacions que cada grup humà fa del procés d'emmalaltir i curar, el paper social que té la malaltia i la consideració integral de la persona”

Les migracions internacionals de les últimes dècades han generat una gran transformació social, tant a nivell global com local. Les societats del segle XXI són multiculturals, cosmopolites i diverses. La societat multicultural és una realitat que hem de definir en tots els seus àmbits. Garantir els drets de totes les persones es converteix en un fet que afecta transversalment totes les polítiques. En aquest sentit, l'atenció en salut a la població immigrada esdevé una de les prioritats fonamentals.

Tots els professionals implicats hem de reflexionar sobre la nostra praxis amb l'objectiu de millorar-la, ja que sovint ens trobem amb dificultats en l'atenció dels “altres” culturals. Som víctimes, com bona part de la societat, del desconeixement i/o desconfiança vers “l'altre”, al que veiem diferent. La nostra mirada pot estar esbiaixada per estereotips, prejudicis i etnocentrisme que ens porten a posicionaments excessivament paternalistes o que situen el pacient immigrant en inferioritat. “És indispensable que el professional de la salut sàpiga analitzar i gestionar significats culturals, comprendre la varietat de situacions en què es

troba i sigui capaç de relativitzar els propis prejudicis” (Comelles i Bernal, 2007:16).

El procés salut-malaltia-atenció és un universal de l'espècie humana que té particularitats. En l'actualitat aquests processos no són culturalment autònoms. Quan ens referim al procés salut/malaltia no podem perdre de vista la seva articulació amb el sistema social i cultural, la diversitat de vivències i interpretacions que cada grup humà fa del procés d'emmalaltir i curar, el paper social que té la malaltia i la consideració integral de la persona.

El Comitè Consultiu de Bioètica de Catalunya assenyala, entre altres qüestions, que en l'atenció a la diversitat cal assegurar:

- ▶ L'accés just i igualitari als serveis de salut.
- ▶ El respecte a la diversitat cultural com a garant de la dignitat de la persona, és a dir, la comprensió i el respecte des d'una perspectiva multicultural.
- ▶ La sensibilització sobre les diferents opcions diagnòstiques i terapèutiques d'una atenció culturalment competent.

Per la seva banda, el Pla de Ciutadania i Immigració 2005-08 considera, com un dels dotze objectius específics, la millora de l'accés a la Sanitat de la població immigrada. Aquest propòsit passa, entre altres actuacions, per millorar la qualitat dels serveis de salut impulsant la figura dels professionals de la mediació en l'àmbit sanitari i la formació adaptada dels professionals, per atendre persones de contextos culturals diversos.

En la societat actual, tan diversa, la nostra activitat professional l'hem de dirigir cap a un enfocament intercultural. Dos processos són necessaris, primerament la descentració, és a dir, prendre distància del propi sistema relativitzant la nostra cultura, el nostre univers simbòlic, per després entrar en el sistema de "l'altre". Conèixer "l'altre" ens permet obrir la nostra mirada a altres horitzons, a altres patrons i models culturals. Hem de ser flexibles i oberts.

En aquest marc, la mediació intercultural sanitària pot ser una eina que faciliti el treball de l'equip de salut, ja que simplifica la comunicació entre professionals i usuaris i preveu o resol conflictes entre persones de diferents cultures. Algunes de les funcions primordials del professional de la mediació són facilitar la comunicació i la comprensió entre les parts, treballar estereotips i prejudicis, facilitar el coneixement mutu i la cohesió social, formar els membres de l'equip, facilitar la inclusió de les persones immigrades en el sistema de salut i promoure la seva autonomia. En definitiva, assegurar una assistència de millor qualitat, potenciar la participació de tots els ciutadans i garantir la igualtat de tots els usuaris. El mediador/a intercultural és el professional que té el paper més actiu en la consecució d'aquestes activitats. Millorar la comunicació i la interpretació de la malaltia i donar suport a professionals i usuaris augmenta el grau de satisfacció d'ambdues parts.

La comunicació és l'essència de la mediació. Sabem que davant de "l'altre" la tendència en

un primer moment és sobredimensionar les diferències. La comunicació ens ajuda a valorar les similituds. En un context de diversitat cultural creixent, la comunicació amb persones i col·lectius d'origens culturals diferents al nostre ha de ser intercultural. S'ha de basar en el principi ètic de la igualtat i dignitat de totes les persones i formes culturals. Establir una relació empàtica, tenint plena consciència dels propis prejudicis i de l'etnocentrisme, és el primer pas que ha de guiar la nostra praxis. "Se impone la reflexión global entorno a la persona, pues sólo es posible cuidarla y atenderla dignamente si el agente sanitario conoce profundamente la naturaleza humana y sus múltiples dimensiones" (Torralba, 1998: 23).

El sistema sanitari necessita adaptar-se a una realitat social i cultural canviant, integrant la diversitat de formes d'entendre, representar i viure la malaltia, la salut i la terapèutica. Per assolir-ho necessitem formació en diversitat cultural i en antropologia de la salut i de les migracions. Cal que els currículums de Medicina i Infermeria incorporin aquesta formació i, paral·lelament, necessitem professionals que treballin la comunicació intercultural.

El coneixement de la diversitat afavoreix l'adquisició d'una actitud ètica i de civilitat, i fomenta valors imprescindibles com la solidaritat, el respecte, la llibertat i la igualtat, tots ells fonamentals en la pràctica diària dels professionals de la salut. És imperatiu que els serveis de salut siguin oberts a la diversitat, tant en la malaltia com en la salut. La medicina i la infermeria han de ser transculturals, obertes més enllà del nostre univers sociocultural, per a poder respondre al compromís que com a professionals de la salut tenim. |

"En aquest marc, la mediació intercultural sanitària pot ser una eina que faciliti el treball de l'equip de salut, ja que simplifica la comunicació entre professionals i usuaris i preveu o resol conflictes entre persones de diferents cultures"

"El mediador/a intercultural és el professional que té el paper més actiu en la consecució d'aquestes activitats. Millorar la comunicació i la interpretació de la malaltia i donar suport a professionals i usuaris augmenta el grau de satisfacció d'ambdues parts"

Opinió

La mediación intercultural en una sociedad cambiante

Las migraciones internacionales han producido una gran transformación social. Se deben garantizar los derechos de las personas inmigradas y la atención en salud es una de las prioridades. El proceso salud-enfermedad-terapéutica es un universal de la especie humana que tiene particularidades. Los profesionales de la salud debemos reflexionar sobre nuestra práctica para mejorarla.

La mediación intercultural es un instrumento que facilita el trabajo del equipo asistencial ya que favorece la comunicación y comprensión entre las partes. Permite trabajar estereotipos y prejuicios, mejorar el conocimiento mutuo, formar a los profesionales y asegurar la inclusión de las personas inmigradas en el sistema sanitario. |

Entrevista

Comparativa entre els sistemes sanitaris en atenció primària de la Gran Bretanya i Holanda



Dr Ken Williamson, aged 66, Qualified BM BCh 1969, Oxford.

General partitioner in Oxford City from 1973. Partner at Jericho Health Centre 1975, clinical tutor in GP 1978. Senior partner 1990, retired from partnership at end 206, continued working as a Locum GP in the same practice 0-3 days per week, according need, including teaching attached students when asked to do so.



Mark Hofstetter. Born on november 4th, 1975 in Veendam. General Practitioner for 2 years: 1 year as substitute and since one year in healthcare centre Nesselande (region in Rotterdam).

Gran Bretanya

Característiques principals

- › Sistema universal de salut que des de 1948 és de prestació gratuïta.
- › Els proveïdors privats participen en la provisió de serveis i infraestructures.
- › El tractament dels pacients és igualitari, a diferència dels Estats Units en què depèn del poder adquisitiu del pacient.
- › A partir de 2004 s'inverteix el diner segons la quantitat de població i usuaris.
- › El personal sanitari d'atenció primària cobra sous en funció de la població de cada localitat i en funció dels pacients que atenen. Existeixen canals per tal que el personal sanitari vehiculi les seves queixes.

Prestació de serveis

- › L'autoritat sanitària s'encarrega del control de malalties.
- › Jornada laboral d'un *General Practitioner (GP)* a Londres: atenció domiciliària amb una mitjana de 10 minuts per visita. Posteriorment tenen 12 pacients amb visita reservada 24 hores abans. Una vintena són derivats a urgències. Finalment visiten pacients

que no es poden desplaçar. A la tarda reben una quinzena de persones a la consulta. A més disposen d'un servei telefònic per atendre consultes.

- › Les infermeres juguen un paper molt important. Ajuden en tot el procés, i si poden atenen directament els pacients i si no els deriven als metges.
- › A més, es disposa d'administratius i recepcionistes.
- › Existeixen equips d'infermeres que visiten a domicili.
- › Tot el personal dedica un temps a l'any a activitats formatives amb un plantejament de formació continuada.

Regulació normativa de la salut pública

- › Disposen d'una website disponible per a pacients amb "patologies especials".
- › Existeixen algunes responsabilitats, quant a les autoritats sanitàries: informar de nous virus i malalties, i realitzar recomanacions especials per a infants i persones grans.
- › S'instrueix els ciutadans sobre possibles riscos i mesures preventives, la prestació sanitària és gratuïta. |

Holanda

Característiques principals

- › El sistema de salut és de copagament en funció de la renda dels ciutadans usuaris. Aquests paguen 100€ al mes per la prestació de salut. La resta del cost del servei el sufraga el Govern.
- › Els usuaris amb rendes baixes o a l'atur tenen tarifes reduïdes.
- › El personal sanitari guanya un sou mensual i un plus per serveis extres per cada pacient atès.

Prestació de serveis

- › El sistema holandès és molt similar al de Gran Bretanya pel que fa als mètodes de treball amb els pacients i la prestació dels serveis.
- › El personal s'ocupa de tasques administratives.
- › Les sessions formatives són vitals per a la millora continuada. Per actualitzar els coneixements i la titulació, el personal sanitari ha d'obtenir 200 punts cada 5 anys. Anualment tenen 40 punts i una hora de formació equival a un punt. Aquesta pot ser online. Assistir a congressos suposa 4 punts i la

formació a altres col·legues també en suma.

- › Els equips de treball són molt importants. Els formen 15 persones: 3 metges, 3 assistents, 1 responsable de formació, 1 infermera practicant, 1 fisioterapeuta i un farmacèutic, entre d'altres.
- › Aquests grups realitzen reunions de treball per consolidar l'equip. Disposen de 200 hores laborals de vacances i permisos per assumptes propis.
- › Si els metges treballen en solitari, ells mateixos s'han d'ocupar de contractar un substitut per als períodes de vacances i de pagar-lo.

Regulació normativa de la salut pública

- › S'utilitza Internet per informar la població sobre qüestions de salut. Es disposa d'una web específica.
- › Es realitzen jornades de portes obertes als centres de salut (dues per any). Es dona informació sobre malalties cardiovasculars i riscos de salut i informació sobre hàbits de risc: tabac, mala alimentació. |

Creamos el futuro hoy



Controles correctos
Preparado Paciente/equipo
Bloque quirúrgico 02/13:00
Instrumentos completos

Por esto aseguramos que el material estéril está siempre disponible a tiempo

Como partner tecnológico innovador, VANGUARD da soporte a los hospitales para la gestión eficiente de su material estéril. Desarrollamos soluciones modernas y de alto nivel tecnológico que mejoran de forma permanente la calidad al tiempo que reducen los costes.

Beneficiarse de la experiencia de un líder internacional y de nuestras soluciones modulares para la gestión del servicio de esterilización y de todos los procesos relacionados.

VANGUARD IBÉRICA
Polígono Industrial Can Mitjans, Vial St. Jordi s/n
08232 Viladecavalls-Barcelona, T 93 7485-628, F -627

www.vanguard-iberica.es

 **VANGUARD**
Leading to Technological Excellence



Pioners de la restauració sanitària a Catalunya **ajudem a fer salut.**

A Arcasa entenem la professionalitat com un repte que ens obliga a una constant actualització, al servei dels nostres clients i al de les organitzacions de l'entorn sanitari.

La nostra experiència ens avala com a especialista en tota la cadena de producció del servei, amb incidència a les diferents àrees de gestió:

- Auditories personalitzades de servei
- Estudis de viabilitat
- Projectes d'obres e instal·lacions
- Reconversió de models de producció i servei
- Serveis logístics
- Compres i aprovisionament
- Preparació, producció i servei dels àpats
- Gestió de recursos humans
- Formació i reciclatge
- Controls de gestió
- Estudis de marketing i merchandising hotelier
- Programes de control de qualitat higiènica i sanitària
- Manuals de dietètica i plans de menús
- Plans de neteja i desinfecció
- ...

ARCASA

Compromesos amb la restauració sanitària.