

# Referent

PAPERS DE LA **FUNDACIÓ UNIÓ**

## Entrevista

David Nicholson  
Chief Executive NHS UK

## A reflexió

La protecció de dades personals  
al sector sanitari:  
un trajecte cap a la maduresa

## A fons

Beneficis, costos i riscos  
de la descentralització sanitària  
a l'Estat Espanyol



03

# STAFF

## CONSELL EDITORIAL

### President:

Roser Fernández

### Vocals:

Lluís Miravittles, Josep Martí, Anna Riera, Cristina Aragüés, Estefania Linés

## CONSELL DE REDACCIÓ

### Direcció:

Josep Martí i Lluís Miravittles

### Coordinació:

Cristina Aragüés

### Redactora en cap:

Estefania Linés

### Redacció:

Anna Cerdà, Andrea Gil Bermejo, Marina Pujol

### Col·laboradors:

Xavier Gibert, Joan Maria Ferrer, Carles Loran i María Rodríguez

### Disseny i maquetació:

Eduardo Fuente

### Serveis comercials:

Víctor Bertran, Jordi López, Jorge Carballo, Raquel Goicoechea

### Correcció:

Isabel Vidal

### Impressió:

Vigor

### 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:

2.000 exemplars

# ÍNDEX

- P. 3 EDITORIAL // Recursos, col·laboració i realisme;
- P. 4 A FONTS // Beneficis, costes y riesgos de la descentralización sanitaria en España; Beatriz González i Patricia Barber
- P. 12 A REFLEXIÓ// La protecció de dades personals al sistema sanitari: un trajecte cap a la maduresa; Josep M. Bosch
- P. 16 CASOS PRÀCTICS// Plantilles complexes i la gestió del temps de les persones; Montserrat Pellegero
- P. 18 El sector sanitari aposta per la prevenció de riscos; Josep M. Padrosa
- P. 21 RECOMANACIÓ DE LLIBRES
- P. 22 ENTREVISTA// David Nicholson, Chief Executive NHS UK;
- P. 28 GESTIÓ DE RECURSOS// Direcció per objectius: de la feblesa a la fortalesa; Josep Albet

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

Nom: \_\_\_\_\_

Cognom: \_\_\_\_\_

Adreça: \_\_\_\_\_

Telèfon: \_\_\_\_\_

email: \_\_\_\_\_

T. 34 93 209 36 99

F. 34 93 414 71 22

email: comunicacio@uch.cat

# Recursos, col·laboració i realisme

La nova fórmula de finançament autonòmic servirà, en bona lògica, perquè l'administració catalana -també la balear i la valenciana- disposi de més recursos, i encara més si -com sembla- un dels criteris que ha de servir per determinar la xifra final és el nombre d'habitants, tot posant l'accent de la prioritat en el binomi salut i educació.

Sigui com sigui, i al marge de l'evolució del finançament autonòmic, La Unió ja ha expressat les necessitats financeres del sector que passen, inevitablement, per assumir els costos reals que té avui dia el sistema. Per fer-ho, la despesa diària en salut hauria de passar dels 3,3 euros actuals als 5 euros; o, dit d'una altra manera, hauria de rebre una injecció addicional de 4000 milions d'euros.

I, a més a més, caldria afegir-hi el sector social. La *Llei de la Dependència* és, encara, una exposició de bones voluntats més que no pas de realitats. No sembla que es pugui ajornar gaire més el necessari debat sobre com fer realitat allò que els butlletins oficials dels governs ja han reconegut en forma de dret.

Tot i que el nou finançament econòmic de Catalunya es negociï en un moment de clara desacceleració de l'activitat econòmica no ha de servir d'excusa per limitar l'augment de recursos que els sectors salut i social requereixen per garantir la seva activitat per tal que els ciutadans segueixin rebent l'atenció que mereixen i a la qual tenen dret.

Una altra cosa és que sigui, precisament, en un marc de desacceleració econòmica, quan sigui

més oportú insistir novament en la necessària col·laboració entre el sector públic i el sector privat, tant pel que fa a la prestació de serveis, com a la gestió de recursos i la creació d'infraestructures.

Si del que es tracta és d'optimitzar recursos, sempre limitats i més encara en situacions d'estancament econòmic, aquesta col·laboració entre els poders públics i la iniciativa privada s'entén més necessària i imprescindible que mai. La necessària flexibilitat i capacitat d'adaptació del sistema és més assolible en el marc d'aquesta franca i necessària col·laboració. Anunciem, en aquest sentit, que properament La Unió organitzarà una jornada de treball específica que ha de servir per revisar aquest model de col·laboració i identificar quines són les diferents possibilitats per fer-la encara més intensa i productiva en el futur més immediat.

Als recursos suficients i a la imprescindible col·laboració entre poders públics i iniciativa privada caldria, per últim, sumar-hi una nova clau de volta: el realisme ambiciós. És a dir, treballar la prestació de serveis públics i universals des de la convicció que només poden fer-se tangibles aquells objectius per als quals s'han previst i assignat els recursos suficients (realisme) i que serà saludable pressionar a l'alça en la dotació d'aquests recursos perquè sempre quedaran coses per fer (ambiciós). Treballar d'una altra manera s'assembla, i molt, a començar les coses per la teulada en el sentit que pot resultar vistós però al mateix temps poc pràctic i arriscat. |

# Beneficios, costes y riesgos de la descentralización sanitaria en España

## ¿Tenemos un sistema de salud territorialmente desigual?

**Dra. Beatriz González López-Valcárcel**

**Dra. Patricia Barber Pérez**

Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

**L**a descentralización de la sanidad en España es un hecho que trasciende al ámbito de la sanidad y responde a una voluntad política clara de la democracia nacida en los setenta de devolver a las nacionalidades y otorgar a las regiones capacidad de gestión pública de sus asuntos. Las transferencias sanitarias respondieron conceptualmente a un proceso de “devolución” de competencias que debieran haber pertenecido a la esfera subestatal pero habían estado centralizadas por causa del desmedido afán centralista del franquismo. Así, la descentralización se ha tomado más como un fin en sí misma que como un instrumento para conseguir objetivos del sistema de salud. La descentralización sanitaria ha sido un efecto secundario de la voluntad política de crear el Estado de las Autonomías.

Esa vocación autonomista del estado democrático entiende tácitamente que todas las CCAA tienen que ser esencialmente “iguales” en el alcance de sus competencias. La responsabilidad sobre la financiación, gestión y provisión de asistencia sanitaria es la misma en la Rioja que en Andalucía. Pero las CCAA no son iguales, las pequeñas ni siquiera alcanzan la masa crítica poblacional que requiere un plan de seguro de salud financieramente viable, mientras que la población de las CCAA “grandes” supera la de varios estados europeos. Esta es la raíz de uno de los problemas más serios de gobernabilidad del SNS como veremos más adelante.

La descentralización sanitaria tardó dos décadas en completarse y se vio muy afectada por cuestiones políticas ajenas a la sanidad, a ellas se

debe la desigualdad o asimetría entre la responsabilidad autonómica respecto a los ingresos y a los gastos. Las CCAA tienen plenas competencias de asignación y gestión del gasto sanitario, pero los ingresos fiscales siguen estando básicamente centralizados. Habiendo descentralizado gastos pero no ingresos, no es de extrañar que haya presiones intensas desde las CCAA hacia el Estado reivindicando más fondos para la sanidad sin ofrecer contraprestaciones. La tensión latente entre el nivel central y el autonómico no está bien resuelta en España. En nuestra opinión, en gran parte se debe a que el sistema de financiación territorial se ha cerrado en falso.

La descentralización sanitaria no es exclusiva de España, hay antecedentes en otros países de los que podemos aprender. Después de una breve referencia al entorno internacional, en este artículo revisamos las ventajas (beneficios) y los inconvenientes (costes y riesgos) de la descentralización, con especial referencia a los hechos que pueden poner en peligro el SNS y a los retos para el “futuro perfecto”.

### *Experiencias internacionales de descentralización sanitaria*

Son varios los países que han descentralizado la organización y gestión de la sanidad pública para ganar eficiencia. Además España, Italia, Suecia, Reino Unido e Irlanda han emprendido reformas en esta dirección, y los gobiernos de Escocia y de Gales están asumiendo las competencias sanitarias. Incluso los países políticamente más centralistas tienen algún tipo de descentralización geográfica de las competencias



sanitarias. Otros, como Canadá, acumulan casi un siglo de experiencia descentralizadora en las provincias, a pesar de lo cual el gobierno central conserva la capacidad de retirar fondos a las provincias que no cumplan con los objetivos acordados para dichos fondos. Canadá ha emprendido en 2002 reformas en profundidad tras detectar desigualdades territoriales notables en materia de salud.

La Medicina Basada en la Evidencia como corriente para guiar la práctica clínica se ha contagiado de la Política Basada en la Evidencia, instrumento para guiar las grandes decisiones de las políticas públicas. Parte de esa evidencia se produce en otros países, de los que se puede aprender, evitando errores y reproduciendo experiencias e intervenciones exitosas. Los países nórdicos, con sanidad descentralizada en los municipios, han conseguido acercar los servicios a los ciudadanos. Los países de estructura federal, como Alemania, descentralizan en los Estados gran parte de las competencias. El Reino Unido ha seguido una trayectoria de descentralización “técnica” más que política, en las autoridades

sanitarias de área o distrito y en los equipos de médicos generales.

Pero todos los países conservan un núcleo importante de decisiones en el nivel central, las que afectan a las grandes políticas y a las estrategias globales del Sistema de Salud. Iniciativas como la creación de la Agencia NICE o el Plan de Modernización del NHS británico son ejemplos de estrategias de cambio de rumbo diseñadas e implementadas como estrategias nacionales. El núcleo central es necesario por razones técnicas (estandarización, coordinación, etc.) y de cohesión y homogeneidad del sistema de salud.

En España, ese núcleo central es muy estrecho y tenue. La propia idea de “lo central” todavía conserva connotaciones peyorativas viscerales, que son una secuela de aquellos ya lejanos tiempos predemocráticos de dictadura centralizada. Con las diez últimas transferencias sanitarias de 2002, el SNS se disgregó en 17 sistemas regionales de salud con vocación de autosuficiencia, aunque en la realidad gran parte de la gestión y provisión asistencial se hace mirando al vecino.

**“La descentralización sanitaria no es exclusiva de España, hay antecedentes en otros países de los que podemos aprender”**



**“La descentralización por sí misma no basta para mejorar la eficiencia de las organizaciones, hay otros factores tanto o más importantes, como la cultura organizacional y el entorno”**

El MSC se quedó con un papel residual, y el sistema tiene holguras y “tierras de nadie” que las CCAA se apresuran a ocupar.

No puede afirmarse que la descentralización territorial de la sanidad conduzca, con carácter general, a mejoras de salud. La descentralización por sí misma no basta para mejorar la eficiencia de las organizaciones, hay otros factores tanto o más importantes, como la cultura organizacional y el entorno. En Italia, la descentralización regional de las competencias sanitarias parece haber lesionado la equidad y agravado diferencias regionales de salud preexistentes.

De la comparación internacional de las fórmulas para el reparto de la financiación territorial se infiere que la mayor parte de los países diferencian fondos por funciones (hospitales, atención primaria, atención domiciliaria, ...). Las transferencias incondicionadas son la excepción más que la norma y los gobiernos centrales conservan bastante capacidad de acción sobre la política sanitaria de los territorios, regiones y estados federados, reservándose incluso una especie de “derecho fáctico de veto” sobre los sistemas regionales de salud mediante el carácter condicionado de las transferencias de los fondos. España es uno de los países con descentralización del gasto más radical.

### **Las ventajas de la descentralización**

Hay razones técnicas y razones políticas para descentralizar. Entre las razones técnicas, se descentraliza para mejorar la eficiencia - uso más eficiente de información local, proximidad a los centros de decisiones, adaptar la negociación a

las condiciones de los mercados locales-. Entre las razones políticas (en el sentido de *policy*, políticas públicas para mejorar el bienestar social) destacamos dos. Por una parte, permitir cierto margen de variaciones territoriales en los objetivos de los sistemas regionales de salud, en las prioridades y en las valoraciones sociales. En este sentido, equidad no equivale en absoluto a igualdad o uniformidad. Por otra parte, con la descentralización es de esperar que se facilite la rendición de cuentas y la participación ciudadana en el gobierno y en último término que se profundice en la democracia. Esto es particularmente importante en el sector salud, donde se busca, al menos en teoría como nuevo paradigma, la centralidad del paciente.

Precisamente esa diversidad es la que podría dar pie a la competencia por comparación y a las Políticas Basadas en la Evidencia, que es una de las principales ventajas, en teoría, de la descentralización. Unas CCAA podrían aprender de otras, de sus éxitos y de sus fracasos, comparándose con ellas. Para que esto fuera posible, sin embargo, se debería de contar con un sistema de información comparable territorialmente. Este es uno de los problemas medulares y puntos débiles de nuestro SNS como analizaremos más adelante.

Hay quien dice que el riesgo de la descentralización es la pérdida de cohesión del sistema de salud y la aparición de desigualdades injustas entre ciudadanos, la falta de equidad. Por ejemplo, que los ciudadanos de la región A tengan buena salud, y asistencia sanitaria, porque son ricos y su gestión pública es eficiente, mientras que los ciudadanos de la región B esperen más para ser atendidos, por médicos peores y no

**“Hay quien dice que el riesgo de la descentralización es la pérdida de cohesión del sistema de salud y la aparición de desigualdades injustas entre ciudadanos, la falta de equidad”**

tengan tantos derechos y prestaciones en su póliza de aseguramiento público. Lo cierto es que los datos indican: a) que las desigualdades territoriales más visibles son las de los territorios forales, que tienen más fondos y gastan más en sanidad que el resto. Esta desigualdad tiene que ver con la financiación y no con las transferencias; b) las desigualdades injustas (inequidades) que importan son entre personas, y no entre territorios. El gradiente social es el que marca diferencias de salud más serias, en España y en todo el mundo. La obesidad es más prevalente entre los pobres y no educados, y lo mismo ocurre con la diabetes y con algunos tipos de cáncer. Las desigualdades sociales en salud son menos visibles que las territoriales, pero más importantes. Desde esta perspectiva, esencial, de la equidad, las transferencias han conseguido mejorar la situación. Las desigualdades intra-regionales, es decir, entre familias y personas en el interior de las CCAA, se han reducido, si bien las desigualdades entre CCAA tal vez hayan aumentado.

### Los costes y riesgos de la descentralización

Con la fragmentación del SNS en sistemas autonómicos de salud se pierden las ventajas relacionadas con el tamaño de los mercados, con el aprovechamiento de economías de escala y con la capacidad para definir estrategias globales de salud y para planificar.

La centralización permite planificar la oferta sin necesidad de tener que “ofertar de todo en todas partes”. Con la descentralización sanitaria la mayor parte de las Comunidades Autónomas se han marcado, explícitamente o no, el objetivo de la “autosuficiencia”, o de la “cartera de servicios completa” sin que en algunos casos la población regional alcance el tamaño mínimo crítico para que determinados servicios queden justificados desde la perspectiva de la eficiencia económica y de la calidad clínica. Está bien documentado que los servicios quirúrgicos necesitan un nivel de actividad mínimo, nivel crítico para la calidad. La tendencia a completar cartera es un riesgo potencial y real de la descentralización sanitaria en España.

La negociación colectiva de salarios descentralizada a nivel regional crea tensiones inflacionistas y aumenta el coste político de los negociadores públicos de los sistemas regionales de salud. Si bien una ventaja evidente de la descentralización podría ser la flexibilidad salarial para adaptarse a las condiciones de los mercados (escasez, desajustes entre oferta y demanda), en la práctica las transferencias han dado lugar a una espiral

inflacionista por el efecto emulación. A raíz de las transferencias de 2002, las CCAA recién transferidas han acometido simultáneamente ambiciosos planes de inversión. Esto está creando un shock de demanda en los mercados de profesionales que crea efectos externos de costes en las CCAA limítrofes, sin que éstas tengan por ley ni voz ni voto. Los nuevos hospitales de Madrid detraen médicos de las Castillas, Rioja y Extremadura y están creando tensiones en los mercados. Las políticas de recursos humanos a nivel nacional podrían mitigar esas tensiones.

También se pierden economías de escala, que son particularmente importantes en I+D, incluyendo investigación en servicios sanitarios. Puesto en negativo, las transferencias han multiplicado por 17 muchos esfuerzos de regulación, legislativos, de gestión, etc., sin que el valor añadido se haya multiplicado. Por ejemplo, gran parte de la regulación autonómica de sanidad es una maraña de normas copiadas por unas CCAA de otras –cartas de derechos y deberes de los pacientes, leyes de ordenación sanitaria, precios públicos o regulación de farmacia por poner algunos ejemplos. La homogeneidad de gestión y regulación entre las CCAA es grande, salvo en algunas CCAA más innovadoras. Es más lo que une que lo que separa a las CCAA españolas.

Un ámbito de especial relevancia es el de la evaluación de tecnologías. No es eficiente que en España haya 17 agencias regionales de evaluación de tecnologías sanitarias

Con las transferencias, se produjo una diáspora informativa, se perdieron indicadores comparables y se perdió la oportunidad de crear un sistema de información integrado para todo el SNS. No se puede evaluar la eficiencia de la gestión ni la equidad del acceso entre CCAA por falta de datos. Año tras año, el barómetro sanitario indica que los ciudadanos están preocupados por las listas de espera y temerosos de que se estén produciendo desigualdades territoriales serias en el acceso a los servicios. Pero los estándares de indicadores sobre listas de espera y su difusión obligada cada seis meses se debieron a la alarma social creada a raíz del informe del Defensor del Pueblo de 2002.

Desgraciadamente, no es posible contrastar objetivamente esas diferencias por falta de indicadores homogéneos fiables. En otros ámbitos, la falta de información es todavía más lesiva (calidad asistencial, variabilidad en la práctica médica, eficiencia de los servicios, etc.). En definitiva, una de las grandes ventajas potenciales de la descentralización no se puede

“La negociación colectiva de salarios descentralizada a nivel regional crea tensiones inflacionistas y aumenta el coste político de los negociadores públicos de los sistemas regionales de salud”

“Año tras año, el barómetro sanitario indica que los ciudadanos están preocupados por las listas de espera y temerosos de que se estén produciendo desigualdades territoriales serias en el acceso a los servicios”

materializar por causa de uno de los grandes inconvenientes.

### *¿Hay inequidad territorial en salud en España?*

Lo primero que llama la atención es que con tanto como se ha escrito sobre la descentralización en España no se tenga evidencia científica, objetiva, de cuánto han supuesto las autonomías sanitarias en términos de pérdidas y ganancias, en eficiencia y en equidad. La cuestión que más preocupa a los ciudadanos, y lo dicen muchas encuestas, es si la fragmentación del SNS tiene como consecuencia desigualdades indeseables, intolerables, entre ciudadanos por el hecho de vivir en uno u otro territorio.

Muy sintéticamente, la evidencia disponible apunta a que hay ciertas diferencias en cobertura –definición de las prestaciones cubiertas en las pólizas de aseguramiento público- en el sentido de que algunas CCAA amplían la “póliza básica” con prestaciones adicionales. Es el caso de los programas de salud mental, servicios de odontología, el ámbito sociosanitario, derechos como la libre elección de especialista y hospital, o a la segunda opinión, y financiación pública de medicamentos excluidos a nivel estatal. Ya desde principios de los noventa, el País Vasco y Navarra se diferencian positivamente de las CCAA de Régimen Común en su catálogo de prestaciones, cubriendo la atención dental infantil con un programa específico (PADI) que años más tarde irían imitando sucesivamente la mayor parte de las CCAA, empezando por Cantabria, Castilla-León y Galicia y que el Ministerio ha elevado recientemente a la categoría de cobertura estatal. Navarra también ha realizado un gran esfuerzo en las prestaciones complementarias en tocoginecología y planificación familiar, y Andalucía ha sido pionera en la ampliación del catálogo de prestaciones básicas, desde 1998, financiando medicamentos excluidos con cargo a los fondos propios de la Comunidad Autónoma, prestaciones ortoprotésicas, asistencia dental básica a los niños, anestesia epidural, la píldora del día después o las intervenciones quirúrgicas de cambio de sexo. Tras la pionera ley catalana regulando el derecho de instrucciones previas, en 2000, otras CCAA siguieron sus pasos.

Hay una tendencia clara a la emulación. Por ejemplo, los precios públicos y de conciertos que publican cada año las distintas CCAA son sospechosamente iguales, indicando que o bien no hay estudios sobre costes de oportunidad de ofertar dichos servicios en la red propia, o bien que la oferta es extremadamente homogénea en costes, hecho este muy improbable. Las CCAA justifican

sus decisiones en las que previamente han tomado otras regiones, con el peligro de practicar la gestión de un país entero por emulación y no por racionalidad, conocimiento y evaluación. La emulación básicamente consiste en igualar en máximos. En parte por este motivo, las desigualdades formales de coberturas se atemperan y las CCAA terminan convergiendo. El problema es de eficiencia global. No parece una buena forma de incluir nuevas prestaciones al sistema de salud esta especie de subasta basada en el “quién da más” sin evaluar el coste-efectividad de las prestaciones.

Las diferencias, de momento, son, sin embargo, más de calidad que de cantidad, en tiempo efectivo de espera más que en la letra de los derechos y los programas. El problema de fondo es que sólo con documentos programáticos no se puede evaluar el funcionamiento real de los servicios de salud y que desafortunadamente no tenemos un sistema de información integrado con indicadores comunes de calidad y acceso comparables entre CCAA. Los datos publicados supuestamente comparables no muestran diferencias realmente graves. Por ejemplo, exceptuando las comunidades forales, la dispersión del gasto sanitario entre las CCAA españolas es menor que en otros países del entorno. Además, gastar más no implica gastar mejor o conseguir más salud.

Hay algunas diferencias en utilización de servicios sanitarios entre CCAA que deben preocupar, como la cobertura de los programas de cribado de cáncer de mama o la vacunación antigripal. Debería consensuarse un conjunto mínimo de indicadores de salud comparables que sirviera para monitorizar la posible presencia de desigualdades territoriales sistemáticas injustificadas e injustas.

Otra cuestión distinta es el nivel de calidad y de confort de los servicios. Las sucesivas ediciones de los barómetros sanitarios del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) donde los ciudadanos expresan su opinión, muestran diferencias sistemáticas en satisfacción a favor de unas CCAA y en contra de otras. Los indicadores de recursos (médicos de atención primaria o pediatras por mil habitantes por ejemplo) no muestran diferencias alarmantes, y lo mismo ocurre con los indicadores de listas de espera. Queda la duda de hasta qué punto esos pocos indicadores comparables, escaparates de la gestión pública autonómica, son fiables. Tal vez una auditoría pública sería un instrumento eficaz, y saludable, contra la tentación de maquillar datos por parte de las CCAA que ocupan las últimas posiciones.

“Ya desde principios de los noventa, el País Vasco y Navarra se diferencian positivamente de las CCAA de Régimen Común en su catálogo de prestaciones”

“La dispersión del gasto sanitario entre las CCAA españolas es menor que en otros países del entorno. Además, gastar más no implica gastar mejor o conseguir más salud”



## Pasos hacia el mejor de los mundos

El mejor de los mundos sería aquel en que el SNS pudiera gozar de las ventajas de la descentralización sin pagar coste alguno, o un coste mínimo, maximizar las sinergias de la coordinación y desarrollar políticas que minimicen los efectos adversos de la descentralización, particularmente las desigualdades injustas.

Delimitar hasta dónde las desigualdades territoriales son justas, resultado de las diferentes prioridades de los ciudadanos, y dónde empiezan las desigualdades injustas y las intolerables es una cuestión empírica de gran interés. En cualquier caso, los ciudadanos manifiestan una y otra vez en las encuestas que la cartera de servicios del SNS debe garantizar prestaciones comunes a todos, independientemente de la Comunidad donde vivan. En cualquier caso, definir la cartera básica de prestaciones es competencia del Estado y complementarla con coberturas adicionales es una potestad que las CCAA pueden acometer con sus fondos propios. El problema es que el ritmo de unas CCAA viene condicionado por el de otras, en la carrera de emulación en máximos que se juega en el juego autonómico.

En nuestra opinión, para alcanzar el “mejor de

los mundos” son necesarios avances en los siguientes frentes:

1. El Buen Gobierno. Para devolver al ámbito del SNS la capacidad de definir estrategias globales y coordinar el sistema de salud, es preciso cambiar en profundidad la gobernabilidad y las instituciones de gobierno.

Habría que delimitar con generosidad por parte de las CCAA el ámbito de decisiones conjuntas para todo el SNS, que no es lo mismo que centralizadas en Madrid, en un movimiento de retorno a partir de los excesos del proceso de “devolución”. Proponemos el concepto de un SNS multicéntrico, con una coordinación federada, para recuperar el ámbito de decisiones comunes, aprovechar sinergias, reducir costes políticos y de transacción y ganar economías de escala y alcance. Habría que dotar al Consejo Interterritorial del SNS de capacidad decisoria y ejecutiva más allá de la actual vocación de gobierno por el método del consenso voluntarista en el que, por no plantear el voto ponderado, se evita decidir por mayorías y con frecuencia se evita decidir. El diseño institucional del SNS conduce a la inacción e imposibilita las reformas de cierto calado que afecten al conjunto del sistema.



Servei i manteniment de neteges

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



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

C/. Sant Sebastià, 15  
17006 GIRONA

C/. Aragó, 484  
08011 BARCELONA

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



Servei d'Atenció al Client.

**902 17 05 48**

[www.hermanoscant.net](http://www.hermanoscant.net)

“Hay una fuerte presión de la industria por introducir los nuevos fármacos biotecnológicos, de altísimo coste y efectividad incierta o escasa, en los hospitales como segundas y terceras líneas de tratamientos oncológicos”

“Proponemos una reforma en profundidad, con mejora técnica, del Fondo de Cohesión, que pasaría a desdoblarse en un Fondo para la atención a pacientes desplazados, administrado por el MSC, y un Fondo de Cohesión, para reducir desigualdades no deseadas”

No se puede gobernar la mayor empresa del país con un consejo de administración en el que no se puede votar. Se podría delegar algunas funciones centrales en organismos o agencias independientes, en los que participaran las CCAA, que no estuvieran sometidas al vaivén del juego político. Por ejemplo, las decisiones sobre estrategias clínicas comunes, financiación pública de nuevos tratamientos y evaluación de tecnologías en manos de una Agencia de ámbito estatal, independiente, con capacidad ejecutiva al estilo de la agencia británica NICE, creada en 1999 como reacción a la falta de equidad geográfica en el acceso a tratamientos (el efecto “código postal”) y la preocupación por la sostenibilidad financiera. La NICE tiene autoridad para decidir pero independencia política, y ha imprimido confianza al sistema. En España, las Agencias de Evaluación de Tecnologías de ámbito regional deberían dar el salto de la colaboración voluntarista a la institucional.

Al reforzar la confianza y el poder de ese SNS multicéntrico, se potenciaría la capacidad para resistir las presiones de la industria y se ganaría poder negociador a favor del bienestar social.

Pongamos un ejemplo actual. Hay una fuerte presión de la industria por introducir los nuevos fármacos biotecnológicos, de altísimo coste y efectividad incierta o escasa, en los hospitales como segundas y terceras líneas de tratamientos oncológicos –una vez que el tratamiento de elección ha dejado de funcionar. Las decisiones sobre utilización, de momento, son la resultante de las presiones de la industria y la profesionalidad de los servicios de farmacia hospitalarios y de las comisiones terapéuticas de los centros. Gracias a la colaboración voluntarista en red, horizontal y desde abajo, de esas organizaciones, se imprime cierta racionalidad. Hoy por hoy, la probabilidad de recibir tal o cual tratamiento de quimioterapia varía entre hospitales y entre CCAA. Lo deseable no es la igualación en máximos (que todos los pacientes se tupan de medicamentos, aunque no sean efectivos), sino la igualación en protocolos basados en la mejor evidencia científica y en la calidad clínica.

2. La financiación de la sanidad debería aumentar la responsabilidad de las CCAA por el lado de los ingresos. En España, la tensión entre los niveles central y autonómico no está resuelta porque las reglas del juego, por mucho que se pretenda lo contrario, nunca son definitivas ni estables. En 2002 entró en vigor la nueva ley de financiación territorial, LOFCA, que incorpora la sanidad a la financiación general, con ciertas restricciones y especificidades. La LOFCA nació con vocación de permanencia, pero apenas tres años más tarde ya la habían descalificado todos los interesados

y se había decidido su revisión. En septiembre de 2005 se planteó por primera vez un conflicto abierto que se saldó con un parche, inyección de fondos para enjugar el déficit a corto plazo de las autonomías, y fondos para el plan de calidad del SNS, a gestionar por el MSC.

Está claro que el aumento de competencias de gestión de los servicios de salud debe llevar aparejado un aumento de la corresponsabilidad fiscal. Es preciso que las CCAA tengan incentivos a la recaudación, y que asuman los costes fiscales de las crisis económicas cuando surjan. Conciliar este propósito con la solidaridad, la cohesión, y la equidad del sistema público de salud es una tarea compleja pero necesaria.

Sería preciso mantener un margen financiero amplio para mantener la cohesión del sistema, desarrollar estrategias estatales de salud financiadas con fondos centrales, y para crear fondos de igualdad y de compensación por la atención de pacientes entre CCAA. Es urgente. Los déficits crónicos no se han resuelto y aflorarán de nuevo. Proponemos una reforma en profundidad, con mejora técnica, del Fondo de Cohesión, que pasaría a desdoblarse en un Fondo para la atención a pacientes desplazados, administrado por el MSC, y un Fondo de Cohesión (o “Fondo de Igualdad” propiamente dicho), para reducir desigualdades no deseadas y para realizar políticas de salud de ámbito suprarregional. No hay que olvidar que sin financiación no se pueden hacer políticas de salud.

3. Un reto particularmente grave y urgente es recuperar la dimensión nacional de los mercados laborales de profesionales, segmentados profesional y geográficamente. Por su estrechez, les cuesta llegar al equilibrio y sufren de una rigidez de oferta excesiva.

4. Conseguir un Sistema de Información Integrado del SNS español es uno de los principales retos, condición necesaria, aunque no suficiente, para los demás. El sistema de información del SNS ha de tener directrices, estándares y definiciones operativas comunes para permitir la comparabilidad. Esta tarea requiere liderazgo técnico y ejecutivo del gobierno central. Se podría crear una Agencia Estatal independiente de Información Sanitaria, o bien dejar esta función como competencia directa del MSC, pero con obligación de las CCAA de cumplimentar datos. Hoy en día se suele dar la insubordinación, encubierta o abierta. El sistema de información es el cemento que amalgama el SNS. No hay cohesión posible del sistema de salud sin información comparable sobre salud, recursos, acceso, utilización, y costes. |

## A fons

**Beneficis, costos i riscos de la descentralització sanitària a Espanya**

A Espanya, la descentralització sanitària ha estat un efecte secundari de la voluntat política de crear l'Estat de les Autonomies. Molts països han descentralitzat l'organització i la gestió de la sanitat pública per guanyar eficiència, però tots conserven un nucli important de decisions en el nivell central; són les que afecten les grans polítiques i les estratègies globals del Sistema de Salut. A Espanya, aquest nucli central és molt estret.

Hi ha raons tècniques i raons polítiques per descentralitzar: millorar l'eficiència - ús més eficient d'informació local, proximitat als centres de decisions, adaptar la negociació a les condicions dels mercats locals-; aconseguir un cert marge de diversitat "legítima" en els objectius dels sistemes regionals de salut, en les prioritats i en les valoracions socials; i aprofundir en la democràcia. Precisament aquesta diversitat és la que podria donar peu a la competència per comparació, que és un dels principals avantatges teòrics de la descentralització. Però amb la fragmentació del SNS en sistemes autonòmics de salut es perden els avantatges relacionats amb la mida dels mercats i les economies d'escala.

Hi ha certes diferències en la cobertura pública entre CCAA. Les diferències, de moment, són més de qualitat que de quantitat, en temps efectiu d'espera més que en la lletra dels drets.

Exceptuant les comunitats forals, la dispersió de la despesa sanitària entre les CCAA és menor que en altres països de l'entorn. Hi ha algunes diferències en la utilització de serveis sanitaris que han de preocupar, com la cobertura dels programes de cribatge de càncer de mama o la vacunació antigripal. S'hauria de consensuar un conjunt mínim d'indicadors de salut comparables que servís per monitoritzar la possible presència de desigualtats territorials sistemàtiques injustificades i injustes.

El millor dels mons seria aquell en el qual el SNS pogués gaudir dels avantatges de la descentralització sense patir pels seus inconvenients. A parer nostre, per assolir el "millor dels mons" són necessaris avenços als següents fronts: el Bon Govern; el finançament territorial de la sanitat, que hauria d'augmentar la responsabilitat de les CCAA per la banda dels ingressos; recuperar la dimensió nacional dels mercats laborals de professionals, segmentats professionalment i geogràficament; aconseguir un Sistema d'Informació Integrat. |

**Bibliografia**

- Repullo, JR y Freire, JM (2008).** *Gobernabilidad del SNS: mejorando el balance entre los beneficios y los costes de la descentralización*, en Informe SESPAS 2008, capítulo 3.1 (en prensa)
- González López-Valcárcel, B. y Barber Pérez, P. (2006).** *Desigualdades territoriales en el Sistema Nacional de Salud (SNS) de España*. Fundación Alternativas, Documento de Trabajo 90/2006. Accesible en [http://www.falternativas.org/base/download/8f3c\\_28-09-06\\_doc90.pdf](http://www.falternativas.org/base/download/8f3c_28-09-06_doc90.pdf)
- Peckham, S., Exworthy, M., Powell, M., & Greener, I. (2005).** *Decentralisation as an organisational model for health care in England*. Accesible en <http://www.sdo.lshtm.ac.uk/files/adhoc/67-final-report.pdf> / (acceso 9 enero 2008)
- Giannoni, M. & Hitiris, T. (2002).** *The regional impact of health care expenditure: the case of Italy*, Applied Economics, vol. 14, pp. 1829-1836
- Cabasés, JM (2006).** La financiación del gasto sanitario desde la perspectiva de la experiencia comparada Fundación BBVA
- González López-Valcárcel, B y Barber Pérez, P (2008).** Demografía médica ¿Sabemos cuántos médicos tenemos, cuántos necesitamos y cómo variarán las necesidades?. Revista Jano número monográfico sobre educación médica (en prensa)
- González López-Valcárcel, B y Barber Pérez, P (2007).** Oferta y necesidad de especialistas en España 2007-2030. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo



Cartagena, 340-350 / 08025 Barcelona (Espanya) / Apt. Correus 24 055 (08090)  
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](http://www.fundacio-puigvert.es)



# A reflexió

## La Protecció de dades personals al sector sanitari: un trajecte cap a la maduresa

**Josep Maria Bosch**

Assessor jurídic de La Unió i membre del seu comitè tècnic del Codi Tipus de Protecció de Dades de Caràcter Personal



**A**quest article no pretén altra cosa que, a partir d'una visió privilegiada com la que es té des del Codi Tipus de Protecció de Dades de Caràcter Personal de La Unió, i del coneixement acumulat al llarg dels darrers anys, posar sobre la taula unes reflexions que, articulades al voltant de determinades fites que han configurat el procés d'implementació de la normativa de protecció de dades al Sector sanitari català, ens permeten assegurar que estem en una fase on les mostres de maduresa i d'interiorització dels conceptes ens poden fer estar prou satisfets.

### *Un primer moment: la percepció del nou escenari legal*

Si parlem de protecció de dades i fem una relació de la normativa d'aplicació, la majoria de nosaltres situaria un punt inicial l'any 1992, quan apareix la primera norma amb rang de Llei Orgànica que pretén regular aquesta matèria. Però el cert és que la Llei Orgànica de Regulació del Tractament Automatitzat de les Dades de Caràcter Personal no va tenir un efecte decisiu en el nostre sector. Potser perquè era una normativa adreçada als tractaments de dades amb suport de caràcter informàtic, i per aquelles dates aquest no era un suport essencial en la gestió de la informació per part de centres, serveis i establiments sanitaris, el cert és que en general aquests no es van sentir especialment afectats per aquella norma.

L'any 1999, amb l'aparició de la Llei Orgànica de Protecció de Dades (LOPD) es produeix una onada que comença a penetrar en les organitzacions: la nova llei ja afecta la resta de suports, és a dir, al paper. Els anys 2000 i 2001 són anys en què es produeix una accelerada cursa cap a la regularització d'una activitat essencial en les entitats sanitàries: el tractament (ús, gestió i comunicació) de les dades dels usuaris. Es tracta d'una cursa accelerada i plena d'obstacles, endògens i exògens, que no faciliten gens el procés.

Entre els obstacles exògens cal destacar diversos aspectes no menors:

1. La legislació, amb caràcter de Llei Orgànica, per naturalesa generalista pretén abastar totes les activitats que impliquen tractament de dades; no hi ha lloc pel matís ni per l'especialització. El sector sanitari (i l'assegurador) és un dels espais de la vida pública més perjudicats per aquest fet.

2. La norma pateix defectes de nomenclatura i, per tant, en alguns aspectes no és exemple ni model de seguretat jurídica.

3. L'opció legislativa espanyola, que optà per dissuadir més que per seduir, implica un règim sancionador amb multes que poden ser extraordinàriament elevades. Aquest fet, combinat amb un mercat de venda de serveis hàbil en la transmissió del temor a la sanció, va tenir un efecte prou desafortunat en la percepció que les organitzacions van tenir de la matèria en un moment inicial.

4. El retard històric en la regulació de temes centrals pel que fa a la informació en l'activitat sanitària, deixant de banda el debat sobre la titularitat de la Història Clínica, i abordant-ne les obligacions de la custòdia, la finalitat i les condicions en què s'hi pot accedir (no és fins el desembre de 2000 que no apareix la Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernent a la salut i l'autonomia del pacient, i a la documentació clínica, primera norma que intenta abordar directament aquests vells debats).

Cal però, fer una certa autocrítica des del sector, i això ens porta als elements endògens:

1. Un cert paternalisme, que ja es posà de manifest quan, amb uns anys d'antelació, la pràctica professional de la medicina es va veure impactada per una de les manifestacions capitals del dret a l'autonomia de la voluntat: el consentiment informat.

2. La combinació de dos factors: per una banda, la convicció que el propi sector, a diferència d'altres, tenia prou interioritzat el valor de la confidencialitat, i, per l'altra, la percepció que l'ús finalista de la informació, en benefici de l'usuari (garantir el continuum assistencial, afavorir el diagnòstic, per posar-ne dos exemples) actuava com a justificant o habilitant de l'ús que es feia de les dades.

Així doncs, el Sector percebia la situació amb una certa hostilitat: una llei amb voluntat penalitzadora, que no "comprenia" la seva realitat, que revisada amb detall plantejava contradiccions conceptuals, que incidia principalment en el maneig de la Història Clínica els fonaments jurídics de la qual encara restaven per perfilar, que podria qüestionar un ús de la informació en benefici de l'usuari en un territori on es considerava la confidencialitat com un valor, i, en definitiva, una regulació que podia complicar la tasca assistencial i de cura de la salut de la ciutadania.

En el cas català s'accentuava la percepció de complexitat a causa del perfil del Model Sanitari Català. La diversitat de titularitats entre proveïdors de serveis sanitaris, i la diferència de la naturalesa de les prestacions segons el seu finançament fan que, a Catalunya de manera especial, hi hagi un entrecruament no menor d'entitats privades i públiques implicades en cada episodi assistencial. A efectes del Dret a la Protecció de les Dades de Caràcter Personal aquesta estructura del Model suposa una permanent circulació d'informació, "cessions" i "accessos" a dades per entitats diferenciades. Les dificultats d'ordenació i gestió jurídica de les dades personals en territoris, on la xarxa pública és pròpia de l'administració, la concertació és puntual o inexistent tant d'assistència com de productes intermedis, i la ratlla entre la sanitat pública i la privada és gairebé física, són escasses o gairebé inexistents si les posem en relació amb l'entorn del Model Català. De la navegació fluvial a l'oceànica, semblança conceptual però realitat radicalment distinta.

La reacció a tot aquest escenari va ser la regularització dels aspectes formals més essencials i que oferien aparentment menys debat: les entitats van inscriure fitxers i van començar a dotar-se dels documents de seguretat (guies internes per regular el maneig de les dades), els quals, a l'ensem, van suposar la definició i aplicació de les "mesures de seguretat" adreçades a garantir els objectius de la llei. Però alhora que s'implementava la norma més evident, es feien les complexitats en la seva aplicació.

**“La diversitat de titularitats entre proveïdors de serveis sanitaris, i la diferència de la naturalesa de les prestacions segons el seu finançament fan que, a Catalunya, hi hagi un entrecruament d'entitats privades i públiques implicades en cada episodi assistencial”**

“La prestació de serveis sanitaris implica una universalitat de comportaments. El paradigma antic únicament centrat en el procés diagnòstic-pronòstic-tractament resulta estret per explicar la realitat”

“El Codi Tipus, ha resultat útil de manera especial pel que ha propiciat: debat, reflexió i interiorització de valors probablement millor entesos”

### **Un segon moment: la necessitat de generar estàndards**

Certament la posada en funcionament de les previsions de la llei varen evidenciar un munt de zones grises on la sensació dominant era la incertesa.

Efectivament, per la banda baixa, és a dir, les mesures de seguretat -les actuacions concretes i materials on es materialitzen les polítiques de confidencialitat-, es generaven tensions en les organitzacions quan en no poques ocasions resultava extremadament complicat aplicar-les tal com la norma les podia arribar a definir:

**1.** La tensió entre allò que l'experiència ha revelat com assistencialment eficient (per posar-ne un exemple, la comunicació de dades entre dispositius diversos per resoldre necessitats de l'usuari) no conciliava sempre amb les limitacions que la Protecció de Dades hi imposava.

**2.** La tecnologia que hauria de permetre el compliment de la norma no sempre està a l'abast de les entitats afectades ni tan sols de la complexitat del sistema (així la encriptació de les comunicacions electròniques, per exemple).

**3.** La conciliació del compliment de la norma amb les crítiques de burocratització (deure d'informar del tractament de dades, i, especialment, la necessitat de poder demostrar que s'ha complert aquest deure).

Aquestes tensions es traslladaven al que podríem anomenar banda alta del debat, és a dir, els conceptes i la identificació dels grans eixos que han de permetre “explicar” el funcionament del Sector Salut des de l'òptica de la Protecció de Dades de Caràcter Personal. Alguns dels temes als quals ens referim s'anuncien tot seguit:

**1.** La prestació de serveis sanitaris implica una universalitat de comportaments. El paradigma antic únicament centrat en el procés diagnòstic-pronòstic-tractament resulta estret per explicar la realitat. Les actuacions de recerca retrospectiva, les activitats epidemiològiques i de prevenció de la Salut (més enllà de la Salut pública), la planificació del propi procés individual mitjançant tercers recursos assistencials, les múltiples formes de finançament de l'assistència rebuda, que impliquen tercers no prestadors directes de l'assistència, són alguns exemples que ens fan creure que la definició del concepte “finalitat” associat al tractament de les dades (la finalitat posa els límits a la recollida de dades, al seu ús i a la seva comunicació, determina que és

adequat i pertinent i que, per contra, resulta excessiu) es presenta com un punt de sortida determinant per poder traçar les polítiques de protecció de dades al sector.

**2.** No es pot explicar un sistema sanitari, i especialment el seu futur immediat, sense l'avenç que significa l'intercanvi i la disposició d'informació amb la màxima celeritat (ja sigui per l'actuació concreta, ja sigui per l'eficiència en la utilització dels recursos). Per tant la comunicació de dades es una fita inexorable, però a la vegada és un escenari en el qual la legislació situa el màxim risc per a la confidencialitat. Cal per tant preveure que la circulació i la comunicació de les dades és imprescindible en un estat modern, és un valor afegit per l'individu (en tant que receptor de millors serveis de salut) i per la col·lectivitat (en tant que permeten que els costos del sistema es racionalitzin), i cal doncs articular equilibris en la matèria.

**3.** Les organitzacions sanitàries estan patint una evolució cap a sistemes integrats, l'essència del funcionament dels quals es basa en el coneixement de les dades que permeten la planificació i la gestió dels recursos en ocasions integrats en titularitats diverses que pertanyen a “grups” únics. La rigidesa legal en relació a l'organització de les dades en fitxers de titularitat única feien difícil conciliar una realitat existent amb un escenari legal. La interpretació de la figura del responsable del fitxer i la delimitació de les figures complexes de l'encarregat del tractament de les dades (aquell que les usa per compte i encàrrec del titular i sota les seves condicions) van sorgir també com a necessitats imprescindibles per encaixar norma i realitat.

Aquests exemples demostren fins a quin punt es va fer necessari desenvolupar col·lectivament, des del sector, uns estàndards imprescindibles per tal que la realitat fos més comprensible a la norma. La iniciativa la va servir La Unió, amb el Codi Tipus; el Sector s'hi va integrar de manera majoritària, percebent que solament els mecanismes d'autoregulació haurien de permetre superar la situació. Individualment es podrien assolir solucions concretes, però les solucions estructurals requereixen massa crítica. El Codi Tipus, doncs, ha resultat útil de manera especial pel que ha propiciat: debat, reflexió i interiorització de valors probablement millor entesos.

### **Un tercer moment: constatació d'una maduració profunda**

Certament, a partir de l'experiència del Codi Tipus s'han constatat elements que fan pensar

que les organitzacions del sector han integrat les polítiques de protecció de dades de manera sòlida. No es tracta estrictament de “complir la norma”; el cert és que s'estan superant aquells obstacles que esmentàvem al principi de l'article; no són poques les entitats que integren la confidencialitat com un valor de qualitat afegit en les seves organitzacions.

Un exemple revelador, el tenim en aquests moments en el que ha publicat el nou Reglament de la LOPD, les entitats adherides al Codi Tipus han constatat que no seran moltes les variables que hauran d'incorporar a les seves organitzacions com a conseqüència de l'esmentada norma. En l'àmbit que més s'esperava de la norma, la regulació de les dades en suport paper, l'impacte és escàs i de fet, la nova norma ha fet bo el conjunt de bones pràctiques que les entitats a l'entorn del Codi Tipus ja assumien en aquesta qüestió.

Aquell paternalisme que esmentàvem va perdre intensitat davant d'una percepció del dret a la confidencialitat i a una protecció eficaç de la informació integrat en el conjunt de drets que l'individu, el ciutadà, ostenta com a receptor de serveis de salut. Solament així era possible analitzar l'entorn generat. Solament així era possible fer l'esforç que s'ha fet, de manera eficient, en un sector molt pressionat per altres factors que influeixen en la seva supervivència de futur (finançament, recursos humans). I segurament aquest esforç ha afortunat, o així ho volem creure, el fet que la nova normativa (Reglament de la LOPD) hagi resolt algunes de les incògnites que la LOPD mantenia des d'un punt de vista

conceptual (justificació legal per a la majoria de comunicacions de dades que es donen al Sector Salut, habilitació per als sistemes d'Història Clínica Compartida, configuració més realista de la figura de l'encarregat de tractament i la possibilitat de titularitats compartides de determinats fitxers).

Cal seguir el camí. No s'ha d'oblidar l'impacte que determinats supòsits han significat per al sector; així el cas de la participació dels Hospitals de Barcelona en un estudi estadístic de la Generalitat sobre els Usos lingüístics, ha posat en qüestió la confiança del sector en la situació de garantia legal en la qual es troba. Cal dir però que a conseqüència d'aquell incident s'ha generat un increment de comportaments vigilants en matèria de protecció de dades que en el sector segurament no han estat innecessaris. I d'altra banda, les reduccions rellevants de les sancions i les primeres sentències jurisdiccionals sobre la matèria, amb la retirada de la sanció imposada, ens porten a dir que el camí fet és l'adequat. La complexitat era elevada però l'esforç realitzat ha estat a l'altura de les circumstàncies i hem de pensar que tot treball obté el reconeixement que mereix. Cal però animar-nos a seguir, ja que la realitat és canviant i hem de seguir adaptant-nos a les noves necessitats. El camí fet ens marca el full de ruta. |

## A reflexió

### La Protección de los datos personales en el sector sanitario: un trayecto hacia la madurez

Este artículo no pretende otra cosa, que, a partir de una visión privilegiada como la que se tiene desde el Código Tipo de Protección de Datos de Carácter Personal de La Unión, y del conocimiento acumulado a lo largo de los últimos años, poner sobre la mesa unas reflexiones que, articuladas en torno a determinados hitos que han configurado el proceso de implementación de la normativa de protección de datos en el Sector sanitario catalán. Asimismo, demuestra hasta qué punto se hizo necesario desarrollar colectivamente, desde el sector,

unos estándares imprescindibles, para que la realidad fuera más comprensible a la norma. El Código Tipo ha resultado útil de manera especial, ya que ha propiciado: debate, reflexión e interiorización de valores probablemente mejor entendidos. La consecución de estos hitos nos permiten asegurar que estamos en una fase donde las muestras de madurez y de interiorización de los conceptos nos pueden hacer estar bastantes satisfechos. |

# Casos pràctics

## Plantilles complexes i la gestió del temps de les persones

**Montserrat Pellegrero**

Gerent de Pujadatec

**U**n article publicat a *La Vanguardia* – el divendres, 4.01.08- comença afirmant per boca de Francesc José María, gerent de l'Institut Català de la Salut, que “la dificultat per disposar de més metges i infermeres constreny les polítiques sanitàries més que la limitació pressupostària”. I continua “encara hi ha marge per a la millora, optimitzant els recursos a partir de la reorganització territorial, de les funcions o dels horaris”. Igualment assegura que “la plantilla estructural és correcta..., el problema és que en ocasions no està ben distribuïda i que han de fer-se moltes substitucions, per festes, baixes, vacances...”.

La gestió dels centres sanitaris requereix moltes hores i coneixements. Certament no hi ha res més important que treballar per la salut de les persones, i per això cal aprofitar i optimitzar els sempre creixents requeriments de recursos, i fer-ho amb eines que facilitin i garanteixin el seguiment i acompliment dels paràmetres pactats, tot permetent que els gestors es puguin dedicar al que realment importa i és prioritari: la sanitat i la salut.

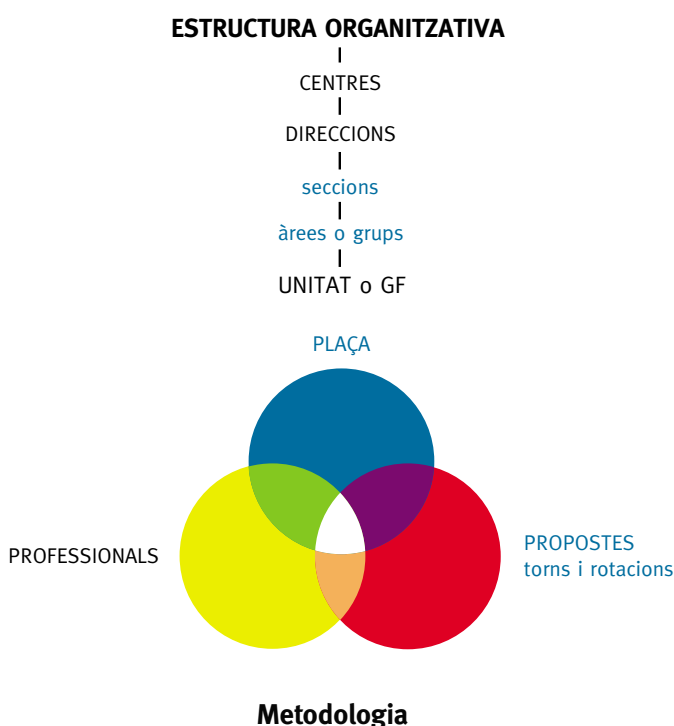
L'hospital és el paradigma d'empresa que dona servei durant les 24 hores dels 365 dies de l'any. Això l'obliga a haver de dissenyar múltiples combinacions de professionals, de torns i d'horaris, per dotar degudament tots els requeriments.

No obstant això, encara avui dia la funció principal de molts gestors de recursos humans és fer les nòmines dels treballadors, portant a mà i en l'últim moment les llistes dels qui han cobert una guàrdia o han fet una suplència. Aquests sistemes, en general poc fiables, obliguen a revisar mensualment nombroses nòmines i, el que és pitjor, a satisfer moltes queixes.

El món actual, però, exigeix entorns dinàmics de gestió, als quals calen eines solvents i eficients, que facilitin la gestió diària, de manera transparent i *on-line*.

### Metodologia

La plasmació de l'estructura organitzativa de cada centre sanitari, des de les direccions fins a les unitats funcionals - havent configurat, segons la grandària del centre, les seccions i les àrees- genera uns requeriments de places o dotacions a ocupar pels diversos professionals mitjançant diferents rotacions que observen els patrons dels calendaris anuals.





Aquestes places opcionalment poden ser ajustades i pressupostades, combinant les activitats a realitzar i els temps que hi dedica cada professional.

Les places es defineixen amb tota la informació relacionada: períodes i dies d'obertura, horaris, torns, categoria i requeriments.

Els professionals s'assignen a les places mitjançant la rotació escollida, obtenint-se així els plannings o calendaris que permetran fer el seguiment i control de totes les incidències, substitucions i canvis que es produeixin, tant a partir de la persona com des de qualsevol dels diferents nivells definits: places, unitats, departaments, torns, categories, grup professional, direcció, centre, etc.

### Entorn operatiu

Un cop generat el planning no es requereix cap més manteniment que la interactivitat en la informació quan es produeixin absèntismes o s'hagin de preveure moviments. El planning mostra les persones que ocupen les diferents places, i també permet que els professionals sàpiguen quines hores fan o quines places ocupen, quines incidències tenen i, quantitativament, quants professionals estan treballant.

El planning Humansoft gestiona el seguiment i control de les guàrdies de localització i de presència, així com l'acompliment dels temps màxims d'atenció continuada i de temps lliure, si procedeix.

Sobretot, a més de segur i efectiu, procura que l'entorn sigui molt intuïtiu, amigable i no requereixi cap formació especialitzada per part de l'usuari, ja que guia i controla els procediments segons els paràmetres que s'hagin establert.

El sistema permet contractes simultanis en diferents centres i en diferents categories, sempre que no coincideixin les franges horàries. També, en un sol moviment, permet ocupar places de la mateixa categoria en diferents unitats i horaris.

El sistema gestiona substitucions per cadenes que retornen als seus llocs quan s'acaba la suplència, i permet també indicar incidències per franges horàries i més d'una per a la mateixa jornada.

Com a resultat, Humansoft permet compensar crèdits i dèbits, verificar-ho i fer el traspàs de totes les incidències amb repercussió econòmica directament a la nòmina. Així mateix, dóna tota la informació necessària per als diferents segui-

ments i estadístiques. La fitxa del professional concreta la visió directa del calendari i de tots els plannings i canvis que afecten la persona.

### Seguretat i noves tecnologies

L'accés a Humansoft està perfectament definit segons el perfil de cada usuari, i manté les indicacions legals respecte a la protecció de dades.

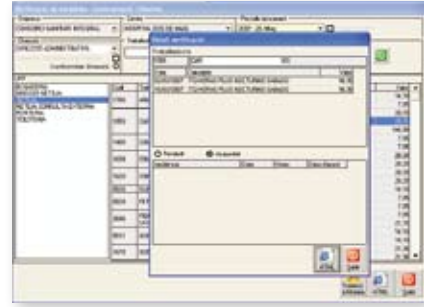
Un altre extrem en què també cal incidir és en la necessitat que té l'entorn hospitalari de disposar de sistemes de seguretat i control d'accés a àrees restringides -quiròfans, farmàcia, laboratori, documentació clínica, manteniment, etc.-, així com a àrees controlades -vestuaris, menjador, etc.-, fins arribar a la gestió dels acompanyants en l'àrea d'hospitalització.

Pujadatec ha integrat la comunicació per software en els equips de control d'accés que tenim homologats i distribuïm, tant de biometria -empremta dactilar- com de proximitat -targeta sense contacte o rfid-.

La biometria és una tecnologia de seguretat basada en el reconeixement d'una característica física i intransferible de les persones, com és l'empremta dactilar, que ha esdevingut sens dubte el patró òptim per determinar la identitat d'una persona de forma inequívoca i segura, sense obllits, ni pins, ni contrasenyes o intercanvi de targetes i apta per a la majoria d'usos, a causa de la seva exactitud, velocitat, fiabilitat, inviolabilitat contra intrusos, etc.

El dispositiu lector capta la imatge de l'empremta dactilar i el software biomètric transforma els punts característics d'aquesta mostra, o minutae, en una seqüència numèrica mitjançant un algoritme matemàtic que no estableix la inversió. Aquesta seqüència numèrica, anomenada patró, és la que el sistema manté i compara per reconèixer una empremta, sense guardar cap imatge, ni elaborar-la o tractar-la.

La integració en el planning que brinda Humansoft aporta el plus garantit per controlar accessos i serveis al personal de manera dinàmica i sempre actualitzada. |



Verificació i traspàs a nòmina



Via intranet o web, el mateix professional podria visualitzar les seves dades i sol·licitar incidències, vacances, etc.

# El sector sanitari aposta per la prevenció de riscos

**Josep M. Padrosa**

Director General de la Corporación Fisiogestión



**“L’atenció domiciliària no venia a substituir una bona assistència per una altra menys bona però més “barata”, sinó que aquesta tenia el seu moment i la seva funció dins del desenvolupament del procés de la Rehabilitació del pacient”**

**L**any 1987, la Corporación Fisiogestión va iniciar un programa pioner a Espanya sobre Rehabilitació Domiciliària amb el propòsit de donar resposta a un col·lectiu de població que tenia com a característica comuna la pèrdua d’autonomia en les Activitats Bàsiques de la Vida Diària.

La rehabilitació domiciliària va haver d’afrontar, en aquella etapa inicial, diferents dificultats i canvis estructurals, ja que la rehabilitació ambulatoria fins aleshores havia estat la nostra activitat habitual.

Algunes d’aquestes dificultats les vam trobar en el nostre propi entorn sanitari on vam haver de fer front a una cultura sanitària molt insti-

tucionalitzada, tot demostrant que aquest nou paradigma de l’atenció domiciliària no venia a substituir una bona assistència per una altra menys bona però més “barata”, sinó que aquesta tenia el seu moment i la seva funció dins del desenvolupament del procés de la Rehabilitació del pacient.

Una altra dificultat, la vam tenir en el disseny del propi model, ja que en aquell moment la casuística en Rehabilitació Domiciliària era pràcticament inexistent en el nostre país i ens trobàvem amb un col·lectiu de professionals procedents de diferents cultures sanitàries (hospitalàries i ambulatoris), amb poca formació específica sobre la importància de la implicació del cuidador i de l’entorn del pacient en l’eficàcia terapèutica domiciliària i, sobretot,

amb poca preparació en el tractament de pacients amb alts nivells de dependència. Tots aquests factors requerien la incorporació de noves habilitats de treball que havien d'estar orientades a millorar el maneig del pacient i la prevenció de lesions osteomusculars en els nostres professionals, lesions a hores d'ara encara tan freqüents dins dels sectors sanitari i sociosanitari.

Malgrat aquesta realitat, ràpidament vam aprendre que en moltes ocasions l'objectiu no era curar sinó ajudar individualment la persona malalta i el seu cuidador a viure amb el màxim confort i seguretat.

I és precisament en matèria de confort del pacient i en seguretat dels cuidadors i professionals, on fem l'any 1992 una de les evolucions exponencials més rellevants del nostre model assistencial a l'incorporar el mètode Dotte. Aquest mètode, de gran utilitat a l'hora de mobilitzar persones discapacitades, malalts dependents i/o persones grans, no només permet economitza els esforços i incidir de forma preventiva en el mal d'esquena sinó que aporta uns valors relacionals amb el pacient que milloren la forma de comunicar-nos, d'aproximar-nos a ell i d'agafar-lo amb les mans sense pràcticament fer força. El Mètode indirectament reforça l'educació sanitària i sens dubte millora la qualitat percebuda.

El mètode Dotte, que pren el nom del seu creador, aprofundeix en un concepte, l'Ergomotricitat, que essencialment és una habilitat basada en un conjunt de comportaments psicomotrius que el professional ha d'integrar per actuar amb seguretat en el seu treball quan ha de mobilitzar el pacient o bé reeducar el seu cuidador. Aquesta habilitat, no és possible adquirir-la amb la bona voluntat dels cuidadors, necessita una formació específica.

Estem convençuts que el Mètode Dotte és un coneixement bàsic per a tots els professionals sanitaris i sociosanitaris i considerem que aquesta formació és de caràcter universal per a tots els que treballen amb persones dependents pel que fa a la seva seguretat i benestar.

Conscients de la mancança que el nostre sector té en matèria de mobilitzacions i transferències, i de la necessitat d'incorporar dins dels seus plans de formació interna, eines que donin resposta pràctica a la prevenció de riscos laborals perquè els treballadors disposin de criteris que els permetin valorar amb exactitud cada situació de risc de forma racional alhora que els protegeixin dels esforços, iniciem l'any

1996 l'àrea de formació (actualment Fisiogestió-Formació), en gran part promoguda pels nostres professionals.

Els principis estructurals sobre els quals es fonamenta Fisiogestió-Formació són per ordre de prioritat els següents:

› La formació contribueix a reforçar la imatge corporativa i és un agent dinàmic que facilita l'establiment de noves sinergies de cooperació amb altres organitzacions i sectors.

› Serveix de plataforma corporativa per tal de gestionar el coneixement i el desenvolupament de les habilitats i el talent dels nostres professionals. Entenem la gestió d'aquest coneixement no només com un element de motivació interna sinó especialment com un acte de responsabilitat social corporativa.

› I en tercer lloc, és una oferta que es caracteritza per la singularitat i especificitat d'una formació de contingut essencialment pràctic i vinculada estructuralment a l'àmbit de la dependència i a la prevenció de riscos laborals.

En el transcurs dels anys creiem que hem omplert de contingut els nostres objectius: el premi Preventia, atorgat l'any 2006 en categoria d'empresa per la nostra contribució formativa a la seguretat i promoció de la prevenció dels riscos laborals, és un exemple que reforça la nostra imatge corporativa; a l'igual que la col·laboració amb el Departament de Prevenció de Riscos Laborals de l'ICASS en la publicació del llibre "Manual per a la prevenció del risc de lesió osteomuscular en residències de gent gran". Protocol de transferències i mobilitzacions i publicat pel Departament d'Acció Social i Ciutadania (novembre de 2007).

La impartició de formació adreçada a professionals de parcs i jardins, tècnics forenses, manteniment o professionals de cuina mitjançant la formació orientada a la manipulació de càrregues és la conseqüència i la voluntat de penetrar en nous mercats i sectors.

La implicació dels nostres professionals, que alternen la seva activitat assistencial amb la participació docent dins dels programes de formació continuada de diferents Comunitats Autònomes i Institucions com la Unió Catalana d'Hospitals (UCH), l'Obra Social la Caixa, el BBVA, la Consejería de Bienestar Social de la Comunitat de Castella i Lleó, l'IMSERSO o l'Ajuntament de Girona entre d'altres, són arguments clars que contribueixen a la seva motivació, un dels pilars dels objectius de Fisiogestió-Formació.

**“El mètode Dotte, que pren el nom del seu creador, aprofundeix en un concepte, l'Ergomotricitat, que essencialment és una habilitat basada en un conjunt de comportaments psicomotrius”**

També cal ressaltar especialment la nostra col·laboració amb associacions de col·lectius de pacients i familiars d'Alzheimer, de neuromusculars i de Parkinson entre d'altres, on la gestió del nostre coneixement aporta benestar, confort i seguretat, i una contribució a la responsabilitat social, al poder cooperar a la societat en general i en aquests col·lectius en particular.

A les administracions públiques un dels principis bàsics consisteix a promoure i proporcionar el benestar econòmic i social dels nostres ciutadans. Un d'aquests principis rau en la millora de la qualitat de la vida laboral i la millora de les condicions de treball, i trasllada aquesta responsabilitat i protagonisme a les organitzacions i als seus gestors amb la participació dels treballadors per tal que amb el suport

tècnic necessari assumeixin la responsabilitat d'avaluar els riscos amb el propòsit que més enllà de complir la Llei es pugui crear una autèntica cultura de prevenció i seguretat dins de l'entorn de treball. I és en aquest sentit que Fisiogestió-Formació fa una aposta en el sector sanitari de cooperació i d'interdependència en matèria de Prevenció de Riscos Laborals.

Lord Robens deia: "La prevenció dels riscos laborals és, principalment, una qüestió de gestió eficient; però no una prerrogativa de la gestió...i per això és necessària la participació dels treballadors". Nosaltres n'estem convençuts. |

### Casos pràctics

## El sector sanitario apuesta por la prevención de riesgos

La implantación de la Rehabilitación Domiciliaria representó en 1987 un cambio de paradigma del hasta entonces modelo más convencional e institucionalizado de la rehabilitación.

Este nuevo escenario comportó nuevos retos pero también incorporó nuevas dificultades, una de ellas la encontramos en las condiciones de trabajo de nuestros profesionales, apareciendo de forma precoz lesiones osteomusculares aún tratándose de un colectivo joven, el diagnóstico fue fácil dada la heterogeneidad de cada domicilio que impedía en muchas ocasiones trabajar en unas condiciones ergonómicas adecuadas ante pacientes que requerían además, de un plus complementario de esfuerzo por parte del profesional, al tratarse de pacientes cuya característica común era la pérdida de autonomía en las Actividades Básicas de la Vida Diaria y por tanto, con un alto nivel de dependencia.

En este artículo exponemos cómo de una dificultad apareció una oportunidad de mejora incorporando el método Dotte y cómo la gestión de este conocimiento abrió nuevas oportunidades de negocio al implantar posteriormente FISIOGESTIÓN una área de formación que actualmente imparte cursos por prácticamente la totalidad de comunidades de España habiendo penetrado en nuevos sectores y mercados no sólo sanitarios y socio-sanitarios y dando respuesta satisfactoria a los diferentes grupos de interés que configuran nuestra Corporación, es decir, a nuestros pacientes/clientes, profesionales, accionistas y a nuestra sociedad en su conjunto. |

### Bibliografía

**Abriç M; Dotte P.** Gestos y activación para las personas mayores (Vol I-II). Traducción y revisión técnica. Masson. Barcelona 2002.

**Austill R; Jackson B; Kelsey Th and others.** *Guidelines for occupational therapy services in home health.* sheridan press, Hanover, Pennsylvania. 1987.

**Dotte P.** Método de manutención manual de los enfermos (Vol I-II). Traducción y revisión técnica. Springer. Barcelona 1999.

**Gené J; Contel JC.** Gestión en atención primaria. Incorporación de la práctica directiva en el liderazgo asistencial. Masson. Barcelona 2001.

**Gimbert X.** El enfoque estratégico de la empresa. Principios y esquemas básicos. Deusto. Bilbao 1998.

**Montagut F; Flotats G; Lucas E.** Rehabilitación domiciliaria. Principios, indicaciones y programas terapéuticos. Masson. Barcelona 2005.

**Departament d'Acció Social i Ciutadania. Barcelona 2007.** Manual per a la prevenció del risc de lesió osteomuscular en residències de gent gran. Protocol de transferències i mobilitzacions. Generalitat de Catalunya.

# Recomanació de llibres

## Patologías en las organizaciones

En aquest text, els autors presenten un diccionari o vademècum empresarial amb les principals malalties que pateixen les organitzacions i també amb les seves maneres de curació. En el pròleg de l'obra, Eduard Punset destaca que «han estat capaços de trobar inspiració tant en la ciència mèdica com en el seu profund coneixement de la realitat organitzativa». |

Autor: Javier Fernández Aguado, Marcos Urarte, Francisco Alcaide

Editor: LID Editorial Empresarial

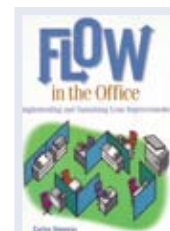


## Flow in the office

Venegas exposa un cas convincent per a aconseguir més eficiència en els processos a l'oficina, tot posant en pràctica noves estratègies de negoci, basades en la filosofia de "lean manufacturing", promoguda per l'empresa Toyota. Mostra als lectors com trobar "desaprofitament" i com trobar els processos de més valor, com planejar i implementar una atmosfera en què el kaizen (millores petites, contínues) reeixirà i creixerà, i finalment com avaluar aquelles petites millores respecte als objectius de negoci. |

Autor: Carlos Venegas

Editor: Productivity Press



## Las trampas del deseo: cómo controlar los impulsos irracionales que nos llevan al error

Aquest llibre respon preguntes sobre les nostres decisions quotidianes, com a consumidors i com a ciutadans, a partir d'experiments capdavanters duts a terme per l'especialista en psicologia del consum Dan Ariely. L'autor proporciona conclusions noves i sorprenents sobre la naturalesa humana, que ajudaran el lector a prendre millors decisions com a consumidor, i també en la seva vida personal, social i laboral. |

Autor: Dan Ariely

Editor: Editorial Ariel, S.A.



## Abelló Linde, seguridad, calidad y medioambiente

Nuestro objetivo es la fabricación de medicamentos y gases medicinales, produciendo innovaciones y soluciones que marquen la diferencia en el mundo, siendo nuestra prioridad la seguridad, la calidad y el medio ambiente.

Abelló Linde S.A. · C/ Bailén 105 · 08009 · Barcelona · Tel. 934 767 400 · [www.abellolinde.es](http://www.abellolinde.es) · mail: [info@abellolinde.com](mailto:info@abellolinde.com)

# Entrevista

## David Nicholson



**Estefanía Linés**  
Redactora en cap

**D**avid Nicholson treballa al NHS (Servei Nacional de Salut) des de fa 29 anys i des de setembre del 2006 ocupa el càrrec de *chief executive*, vetllant per a proporcionar el lideratge estratègic necessari per l'entitat. Es va graduar a l'Universitat de Bristol en Història i Política. En el 2004 se li va atorgar el CBE al *New Years Honours list*, i va rebre el premi honorífic de Doctor per la *University of Central England*, de Birmingham, per la tasca realitzada/pels seus serveis al NHS. Té dos fills i és confessa un gran seguidor de *Nottingham Forest Football Club*.

**En general, quins mecanismes s'han d'aplicar per fer sostenible el sistema de salut pública?**

Al Regne Unit, el sistema de salut es finança mitjançant els impostos, proporciona una cobertura universal i és gratuït en el punt d'ús. Així, per a nosaltres, sostenible significa dur a terme amb èxit aquest model i també el manteniment de suport públic al NHS (Servei Nacional de Salut). En la pràctica, això no significa que s'hagin d'utilitzar uns mecanismes específics, sinó que s'usin els mecanismes necessaris per aconseguir aquests objectius.

Els objectius són els següents:

- › **Millor salut per a tothom:** ajudar a que la gent se senti bé, donant suport a la independència personal i lluitar contra les desigualtats.
- › **Millor atenció:** aconseguir la millor salut possible i benestar social, oferint serveis segurs i eficaços, quan i on es necessiten i donant la possibilitat d'escollir.
- › **Millor servei:** repartint serveis assequibles, eficients i sostenibles, i que contribueixin a crear una economia i una nació més forta.

Per sostenibilitat entenem l'habilitat de propor-

cionar un servei de valor similar en el futur i a mig termini.

**Quines polítiques han aplicat al Regne Unit?**

A Anglaterra, estem desenvolupant un 'sistema gestionat' que busqui l'equilibri entre la innovació local i les prioritats nacionals.

Aquest sistema ha d'incloure:

- › Possibilitat d'escollir.
- › Aproximació des de diferents punts de vista per millorar la qualitat, per exemple en el registre, en la formació, en la informació, en les inspeccions, etc.
- › Personal: motivació, compartir propòsits i valors.
- › PBC.
- › Tarifes.

**Com conjuguen la sanitat pública i la privada?**

Variarà en funció de l'objectiu que es pretengui assolir:

- a) **Finançament mixt, públic i privat:** s'ha d'establir si els dos sistemes han de ser substitutius (el sector privat cobreix els grups exclosos o els que poden optar a sortir de la cobertura pública), suplementaris (accés més ràpid, més opcions) o complementaris (l'oferta privada cobreix serveis exclosos de la cobertura pública).
- b) **Provisió pública vs. Privada:** es necessita decidir si la titularitat dels proveïdors del servei és important, i si els proveïdors poden fer, mantenir o utilitzar beneficis.

Qualsevol decisió sobre una combinació d'un sistema públic i privat tindrà un impacte damunt:

- › L'equitat en el finançament (p.ex. increment del percentatge entre inversió pública i privada).
- › L'equitat en l'accés als serveis d'assistència sanitària (p. ex. preus i recursos).

- › L'eficiència (p. ex. incentius, compres).
- › La capacitat d'escollir (p. ex. entre proveïdors, entre finançar els tractaments).
- › Abast o cobertura del sistema de salut públic.

### Com es plantegen el copagament?

El copagament al Regne Unit inclou la prescripció i les càrregues en les proves dentals i oculars.

El copagament en la prescripció va representar al voltant de £425 milions per al NHS en el bienni 2007-2008. El copagament és una quota fixa que assegura que els pacients sàpiguen exactament quin serà el cost de la medicació abans que els la dispensin. Hi ha mecanismes perquè els pacients que necessitin una medicació cara no siguin penalitzats.

El copagament s'efectua per cada ítem o quantitat dispensada, llevat d'aquells pacients que estiguin exempts (El cost, a partir d'1 d'abril de 2007, és £6,85). Al voltant d'un 87% dels elements de prescripció es reparteixen sense copagament, un 4,7% es paguen anticipadament i només un 7,8% dels elements es paguen en el punt de dispensació.

Les categories d'exempció es poden agrupar per:

Edat	majors de 60, nens de menys de 16, i joves entre 16, 17 o 18 anys que siguin estudiants.
Raons mèdiques	en el cas de pacients que pateixin unes condicions mèdiques determinades i tinguin un certificat d'exempció vàlid, dones embarassades i dones amb nens de menys d'un any d'edat que tinguin un certificat d'exempció vàlid.
Nivell d'ingressos	els receptors de certs ingressos de subsidis, aquells crèdits tributaris atorgats a gent amb ingressos familiars per sota del llindar de la pobresa i aquells per sota de determinats nivells de renda.
Tipus de tractaments	com per exemple tractament per una infecció transmesa per via sexualment transmissible.
Tipus de medicació	medicació hospitalària, dispensada però per un metge de capçalera.

### Càrregues dentals de NHS

Hi ha copagament pels serveis dentals d'atenció primària del NHS (però no pels serveis dentals d'hospital). Els nens, les persones amb ingressos baixos i les dones embarassades o que han donat a llum durant els 12 darrers mesos, no han de pagar. El copagament contribueix al finançament d'un 25% de la despesa global d'odontologia d'atenció primària del NHS.

Des de l'abril de 2006, el sistema de copagament s'ha basat en un sistema de tres nivells. El copagament s'aplica al tractament global, i no als tractaments individuals dins del tractament global.

Els tres nivells són:

Nivell	Quota	Tractament
1	£15,90	Per tractament que inclou un examen, diagnòsi (p. ex. raigs X), consell de com evitar futurs problemes, i una neteja general, si cal.
2	£43,60	Per tractament que inclou tot el llistat del nivell 1, més altres tractaments com empastaments, endodòncia o extraccions.
3	£194,00	Per tractament que inclou tot el llistat dels nivells 1 i 2, més corones, ponts o dentadures.

El pacient paga la quota corresponent al dentista que fa el tractament. El dentista es queda les càrregues, i les comunica a l'autoritat central de pagaments (l'Autoritat de Serveis de Negoci de NHS), que dedueix les quantitats del següent pagament mensual al dentista pel treball encarregat pel NHS. Per tant, la quantitat d'ingressos pel copagament no afecta en ingressos dels dentistes del NHS.

### NHS examen ocular

No hi ha cap copagament del NHS pels exàmens oculars. No obstant això, només certs grups de pacients (nens, gent gran, els que tinguin risc de malalties oculars i aquells que tinguin ingressos baixos) són candidats a poder-se fer exàmens oculars a càrrec del NHS, cobrant un abonament de part de la despesa. La resta de grups paguen de manera privada els test oculars.

Hi ha acords similars per òptics. En certs grups de pacients (principalment nens i aquells que

“El copagament al Regne Unit inclou la prescripció i les càrregues en les proves dentals i oculars”

“Només certs grups de pacients (nens, gent gran, els que tinguin risc de malalties oculars i aquells que tinguin ingressos baixos) són candidats a poder-se fer exàmens oculars a càrrec del NHS”



“Estem treballant amb l'Oficina d'Estadística Nacional per desenvolupar un sistema únic per mesurar la producció de la sanitat que tingui en compte també la qualitat de l'atenció.”

tinguin ingressos baixos) el NHS pot contribuir al pagament d'ulleres o lents de contacte. La compra d'ulleres o lents de contacte és una transacció privada. L'abonament és, de fet, una ajuda econòmica indirecta per aquelles persones que, d'altra manera, tindrien dificultats per comprar-se ulleres.

L'òptic que realitza l'examen ocular al pacient emetrà el val (el valor del qual depèn de la gravetat i tipus de prescripció). El pacient llavors pot portar el val al proveïdor de la seva elecció, per comprar-se les ulleres o lents de contacte. En cas que volgués unes ulleres més cares, pot pagar la resta amb diners de la seva butxaca.

#### **Quins paràmetres utilitzeu per mesurar l'eficiència del sistema sanitari públic?**

No utilitzem un únic indicador per mesurar l'eficiència del NHS a Anglaterra. El sistema d'assistència sanitària és massa complex perquè l'eficiència es mesuri utilitzant un únic paràmetre. En particular, és molt difícil mesurar la qualitat de la producció del sistema de salut. Tenim una sèrie d'estadístiques que ens dóna una visió ampla de l'eficiència del sistema, per exemple:

- a) Mitjana de temps d'estada en hospital.
- b) Percentatge d'altres de menys d'un dia.
- c) Percentatge de fàrmacs genèrics prescrits.

Estem treballant amb l'Oficina d'Estadística Nacional per desenvolupar un sistema únic per mesurar la producció de la sanitat que tingui en compte també la qualitat de l'atenció.

#### **Com avaluem els resultats obtinguts i com són respecte a altres sistemes sanitaris públics europeus?**

El sistema d'assistència sanitària del Regne Unit

està subjecte a la Comissió d'Assistència Sanitària, que publica indicadors d'actuació i rendiment pels proveïdors individuals. Aquests indicadors inclouen índexs de càncer, índexs de mortalitat, els temps d'espera i els índexs d'infecció hospitalària. A més, el Departament de Salut (DH) analitza els indicadors d'actuació i rendiment, i les estadístiques d'activitat, així com el càlcul de l'índex relatiu a l'activitat de cada any, que inclou ajustaments per temps d'espera i ratios de cost per supervivència. El Tresor controla les despeses del DH sobre salut i benestar social.

La font principal de dades comparatives amb sistemes de salut d'altres països és la base de dades de salut de l'OCDE. A més a més, el DH té un contracte amb l'Escola d'Economia de Londres i l'Escola de Medicina Tropical i Higiene de Londres perquè proporcionin comparacions a llarg i a curt termini en temes específics com els resultats de salut. A més, dins de la Unitat d'Estratègia del DH i els Equips del Departament d'Anàlisi, hi ha equips individuals que fan estudis comparatius amb experiències internacionals.

#### **Com s'avalua la satisfacció dels usuaris?**

El Departament sovint fa estudis d'investigació i recerca nacional (tant qualitatiu com quantitatiu) entre la població i grups d'usuaris dels serveis, per conèixer les seves percepcions i avaluar l'experiència directa des del punt de vista de diferents aspectes de la seva cura i tractament.

Durant els últims anys, s'han dut a terme un conjunt d'enquestes per mesurar la satisfacció dels usuaris. Aquestes es fan a nivell local, i mesuren la qualitat de l'atenció proporcionada



per organitzacions de salut dins les seves comunitats locals, segons l'experiència de l'usuari. Per exemple, el programa nacional d'enquesta als pacients (que coordina la Comissió d'Assistència Sanitària) està constituït per un programa d'enquestes específiques, i està promogut pel NHS que se n'ocupa dels resultats.

Els resultats d'aquestes enquestes alimenten les dades de l'enquesta de Salut Anual de la Comissió d'Assistència Sanitària, en relació als objectius nacionals, i poden ser usades i revisades per investigadors. Existeix un sistema similar d'enquestes per als serveis socials.

**Com valora el futur de les teràpies alternatives dins de sistema de salut pública? Proposa promoure, finançar o introduir-les al sistema?**

El Govern valora l'elecció per part dels pacients de tractaments de medicina alternativa com a complementaris. Aquests són atractius a un cert nombre de persones i així podrien aparèixer en l'oferta de serveis d'organitzacions locals del NHS.

La selecció dels "Millors Tractaments" que el NHS ofereix en línia ([www.nhsdirect.nhs.uk](http://www.nhsdirect.nhs.uk)) admet que certes teràpies alternatives poden ajudar a tractar malalties comunes com el mal d'esquena, depressió, mareigs matinals, tabaquisme i estrès posttraumàtic.

El Departament de Salut ha dut a terme i ha finançat projectes per generar informació sobre tractaments alternatius tant per a pacients com per a professionals de medicines alternatives, de manera que es disposi de la informació adient per a la seva elecció.

La decisió de si finançar o no qualsevol tipus de tractament ofert pel National Health Service es pren a nivell local. Les unitats d'atenció primària i els NHS trust són els que millor coneixen les necessitats de salut de la seva comunitat i són els més indicats per prendre decisions. D'aquesta manera, poden adoptar la decisió sobre quins tractaments es finançaran. A causa, precisament que l'adequació de l'oferta a les necessitats és diferent a cada àmbit local. Altres veuen que la possibilitat d'accedir a aquestes teràpies varia d'àrea a àrea.

El NICE (Institut Nacional per a l'Excel·lència de Salut Clínica) avalua el cost-eficàcia de les teràpies alternatives i dels tractaments convencionals en condicions específiques, quan hi ha una evidència. En aquests darrers anys, el Govern ha fet una inversió substancial en la recerca de tractaments alternatius.

**Com es combinen l'organització dels recursos d'assistència sanitària amb els creixents fluxos d'immigració?**

La població emigrant es comptabilitza quan es fa el càlcul dels recursos assignats basant-se en la població a cada PTC. Els pressupostos de salut pública per als exercicis 2006/07 i 2007/08 es basen en les projeccions de població publicades per l'ONS (Oficina d'Estadística Nacional) el 25 de novembre de 2004.

Les projeccions de població preveuen l'evolució de la població anual, tenint en compte l'envel·liment i fent previsions basades en tendències passades sobre naixements, morts i migració.

La fórmula capítativa utilitzada per elaborar l'assignació pressupostària a les àrees de salut és contínuament supervisada per l'ACRA (Comitè Assessor en Assignació de Recursos). Aquest és un organisme independent constituït per metges d'atenció primària, representants de la gestió del NHS i acadèmics. Les experiències passades mostren que les projeccions de població són les més ajustades en termes de finançament per assignar els recursos econòmics en què es preveuen les variacions en la població en els exercicis d'anys vinents.

Pel que fa al càlcul pressupostari de l'exercici 2007/08, el Comitè Assessor està revisant les dades poblacionals. Les recomanacions fetes pel Comitè basant-se en la població s'enviaran als ministres del Govern a la tardor.

**Com s'organitza l'atenció primària (primer examen per al diagnòstic)? La intenció és evitar la saturació dels serveis d'urgència?**

A Anglaterra hi ha 154 centres d'atenció primària de salut que tenen l'obligació d'assegurar la prestació de serveis mèdics dins les seves àrees. Fan això prestant tots els serveis i també contactant amb els proveïdors externs.

Els proveïdors de serveis mèdics d'atenció primària del NHS treballen amb contractes de serveis mèdics generals (GMS) o amb un contracte de serveis mèdics personal, o poden treballar amb acords contractuals amb altres proveïdors (APMS o PCTHS).

L'accés als serveis mèdics d'atenció primària del NHS es fa habitualment mitjançant el registre com a pacient del NHS, i se li assigna un metge i el centre d'atenció primària és el responsable de mantenir la llista correcta.

El registre serveix per assegurar, com a mínim, la prestació d'uns serveis bàsics als usuaris. La categorització de serveis (essencial, addicional i

**“La fórmula capítativa utilitzada per elaborar l'assignació pressupostària a les àrees de salut és contínuament supervisada per l'ACRA (Comitè Assessor en Assignació de Recursos)”**

“A Anglaterra estem introduint un sistema que combini el pagament prospectiu que ja es fa servir a molts altres països d’Europa, i que a Anglaterra s’anomena remuneració per resultats”

extraordinari) proporcionats per la pràctica diària facilita l’elecció de metges, així com elecció de tipus diferents i empreses diferents de provisió de serveis. Encara que cada àrea de salut és responsable que l’accés de cada pacient als serveis estigui garantit.

#### **Quines són les causes de la manca de professionals al Regne Unit?**

Al llarg dels anys 90 es va detectar una escassetat significativa d’infermeres, personal mèdic i treballadors del sector de la salut. Hi ha un cert nombre de factors que contribueixen a aquesta escassetat, com la disminució de la inversió en formació durant els anys 80 i 90, una població activa envellida i una moral baixa entre els treballadors.

#### **A banda d’importar professionals d’altres països, quines mesures s’han dut a terme per resoldre el problema a curt i llarg termini?**

El 1997, el Govern de Tony Blair decidia que calia una estratègia de reforma global per satisfer les necessitats actuals i futures de la població. L’any 2000 el Govern establia les bases d’un programa de reforma a fons anomenat Pla del NHS (National Health Service, Servei Nacional de Salut). El pla reafirmava els principis bàsics del NHS però afegia que aquest proporcionaria una gamma completa de serveis, tenint com a eix el pacient, amb una organització que donaria suport i valor per les persones.

Per tal de donar resposta als reptes assenyalats pel Pla, el Departament de Salut d’Anglaterra va desenvolupar una àmplia estratègia de contractació i fidelització del personal sanitari. Les mesures concretes per tal d’assolir aquests objectius contemplaven:

Increment del nombre de llocs de formació dels professionals.

Presentar el NHS com un empresari modèlic a través de campanyes nacionals de contractació de professionals.

Establiment d’un servei d’informació nacional sobre estudis professionals.

Programes de pràctiques subvencionals per a professionals sanitaris.

Contractació de professionals estrangers seguint principis ètics.

Millora de la vida laboral del personal amb mesures de flexibilitat i ajudes per les necessitats dels fills.

Afavorir la diversitat, evitant discriminacions i abusos.

L’any 2006, el NHS era en gran part autosuficient gràcies a l’augment de la inversió en formació i polítiques de recursos humans fortes per atreure i retenir personal. Addicionalment, l’expansió de la Unió Europea va significar que el personal sanitari originari d’Europa Oriental tingui dret a treballar al Regne Unit. A partir del març de 2006, el Regne Unit en gran part tancava les portes als sanitaris originaris d’altres parts del món. Ara per ara, és un dels pocs països desenvolupats que -en línia amb la política de la OMS- és virtualment autosuficient pel que fa a professionals d’assistència sanitària qualificats.

#### **Com s’acrediten els professionals que treballen en medicina alternativa?**

El 2 de març de 2004 publicàvem propostes per a la regulació de les pràctiques dels professionals de la medicina alternativa i acupuntura. La regulació legal millorarà la protecció pública, establint normes clares de qualificació i competència a aquests professionals. També donarà tranquil·litat als pacients en el sentit que els professionals estan adequadament qualificats, i també són competents i tenen coneixements actualitzats.

El Govern ha posat en marxa també un grup de treball per preparar la regulació reglamentària de l’acupuntura, de la medicina alternativa i de la pràctica de la medicina tradicional xinesa.

La posició del Govern s’explica en el llibre blanc “Confiança, Assegurança i Seguretat. La Regulació dels Professionals de Salut al Segle XXI”, publicat el 21 de febrer de 2007.

El Govern no té previst cap pla per estendre la regulació reglamentària a altres professions del món de la salut. Tanmateix, el DH ha encarregat a la Fundació Príncep de Gal·les per a la Salut Integrada (FIH) que desenvolupi un sistema d’autoregulació voluntària entre tot el ventall de professions lliures vinculades a la salut, i que actualment no estan regulades. Les professions que avancen cap a un sistema d’autoregulació són la tècnica d’Alexander, aromateràpia, tècnica de Bowen, homeopatia, massatge, naturopatia, nutricional, reflexologia i ioga.

#### **Com es pot fer el control de la relació costos/tractament?**

El NHS a Anglaterra està en procés de canviar el sistema de pagament dels hospitals de la xarxa. Estem introduint un sistema que combini el pagament prospectiu que ja es fa servir a molts altres països d’Europa, i que a Anglaterra s’anomena remuneració per resultats.

Sota aquest sistema, els hospitals són respon-

sables de facturar el cost de l'assistència en el marc que anomenem Grups de Recursos d'Assistència Sanitària (HRGS), que són la versió anglesa dels GRD utilitzats per altres països. El Departament de Salut calcula una tarifa per cada HRG, que es basa en la mitjana de tots els costos comunicats pels mateixos hospitals.

La majoria d'assistències prestades en hospitals d'aguts es cobreix amb la tarifa, però hi ha excepcions i hem publicat darrerament un document per a la consulta pública anomenat "Opcions pel Futur de Remuneració per Resultats" disponible a la web [www.dh.gov.uk/consultations/liveconsultations](http://www.dh.gov.uk/consultations/liveconsultations), que explica les nostres propostes per reforçar el nou sistema nou i estendre'l.

#### Com s'implica el personal mèdic i d'infermeria en la direcció i gestió hospitalària?

Els hospitals es dirigeixen de forma multidisciplinària. Els gerents treballen molt de prop amb els seus directors d'Infermeria i directors mèdics, i els seus grups clínics sobre tots els aspectes de la prestació dels serveis, i sobre estratègies de desenvolupament de serveis.

Els càrrecs de responsabilitat clínics també formen part de la junta directiva. Els hospitals generalment tenen una estructura de gestió en forma

de directors clínics. El Director Clínic, sovint un metge, fa un paper de gestió en sentit ampli. Per exemple, és responsable d'assegurar la qualitat dels serveis clínics, ajustant-se al pressupost, i d'assegurar valor afegit i opimitzar l'ús dels recursos sanitaris públics.

#### Com s'incorpora la innovació en els tractaments públics?

Hi ha mecanismes adients per identificar i fomentar innovacions a l'assistència sanitària prestada pel NHS. Al 1995 es va crear el NICE (L'Institut Nacional per a l'Excel·lència de Salut Clínica) per avaluar quins procediments calia incorporar al NHS basant-se en estudis de cost-eficiència. Aquest anàlisi afectarà a proves, a fàrmacs, a procediments i a tractaments.

El NICE ha accelerat l'incorporació de tractaments que recomana. El Departament de Salut, per la seva banda, està interessat en provar noves tècniques i la implantació de tractaments nous i eficaços en el NHS.

Les mesures proposades per l'Institut són una part important de l'Estratègia de Lideratge a Llarg Termini que s'està prenent de cara al futur, en col·laboració amb la indústria farmacèutica del Regne Unit. |

**"Els hospitals es dirigeixen de forma multidisciplinària. Els gerents treballen molt de prop amb els seus directors d'Infermeria i directors mèdics, i els seus grups clínics"**



Socis col·laboradors

[www.uch.cat](http://www.uch.cat)



CONFIDE: CORREDURIA DE SEGUROS



# Gestió de recursos

## Direcció per objectius: de la feblesa a la fortalesa

Josep Albet

Director d'Albet Consellers Bcn



**O**bjectius, resultats, gestió, i ja no diguem guanys, costos o pressupostos, conceptes tots ells relacionats amb l'economicisme o amb la introducció de la cultura empresarial a la gestió de la sanitat. Aquells que es refereixen a la “cultura empresarial” normalment la fan equivalent al resultat, i sovint equiparen resultat a guany, i clar, guany i salut són conceptes incompatibles.

Un hospital<sup>(1)</sup> és primer de tot una organització, és a dir, un grup humà compost per especialistes que treballen junts en un projecte comú. A diferència de “societat”, “comunitat” o “família” – els agregats socials tradicionals – una organització està dissenyada a propòsit i no es basa en la naturalesa psicològica de l'home ni en la seva necessitat biològica. La societat, la comunitat, la família són; les organitzacions fan. Fan que els coneixements siguin productius<sup>(2)</sup>. I aquest és un punt de partida cabdal en el raonament que farem. Després l'organització pot ser pública (titularitat, finançament i gestió per part d'algun dels nivells territorials de l'Administració Pública) o privada i amb afany de lucre (societat mercantil) o sense afany de lucre (fundació, consorci, mútua...), però això el que fa és definir qui són els seus propietaris o titulars, com es finança i què volen fer amb el guany que obtinguin, però

no canvia allò que és substantiu d'una organització: el projecte comú, el coneixement, el propòsit i per tant el resultat. Un hospital és un projecte comú de diferents i molts professionals, amb coneixement científic aplicat, té un propòsit – proporcionar assistència mèdica i sanitària – i té un resultat – proporcionar-la eficientment, generant recursos per al futur.

La necessitat que les organitzacions aconseguixin els seus resultats és el que des del segle XVIII ha anat configurant el camp de coneixement que avui anomenem ja *Management Sciences*<sup>(3)</sup>. La direcció per objectius (DpO) és una de les pràctiques del management i n'existeixen referències que daten del 1916 (Fayol, Henri. *Administration industrielle et générale. Bulletin de la Société de l'Industrie Minérale*. 1916); però fou Peter Drucker qui va introduir el concepte del *Management by Objectives* l'any 1954 en la seva obra *The Practice of Management*, i no ho va fer des de la creativitat sinó des de la pràctica i des de l'experiència d'empreses en creixement, com eren General Motors i General Electric, la complexitat de les quals anava paral·lela a la seva dimensió i necessitaven alinear els objectius empresarials i els objectius de les diferents unitats. En aquell moment encara no existia el concepte d'estratègia empresarial tal com avui el coneixem – no serà fins a la dècada dels se-

“Peter Drucker va introduir el concepte del Management by Objectives (1954), i no ho va fer des de la creativitat sinó des de la pràctica i des de l'experiència d'empreses en creixement, com eren General Motors i General Electric”

tanta que se'n començarà a parlar –, i aleshores la finalitat de la DpO era coordinar les diferents funcions de l'organització, mitjançant resultats concrets, per tal de satisfer la demanda creixent del mercat, segons les expectatives de venda que existien.

La introducció de la direcció estratègica posarà l'èmfasi en el mercat i s'interessarà per la competència i per l'avantatge competitiu, i deixarà en un cert oblit la DpO, la qual serà utilitzada, i normalment mal utilitzada, per la funció de recursos humans a fi i efecte d'impulsar sistemes de retribució variable que incentivin els empleats, canviant així el focus del que inicialment es pretenia: objectius per aconseguir els resultats de l'organització i recompensar la seva consecució vs. retribució variable per incentivar els empleats fonamentada en uns objectius que la justifiquin.

És des de finals dels noranta fins ara que s'està tornant amb força cap als resultats per la via del concepte de l'execució – Norton i Kaplan, Bossidy i Charan, Hamel –, és a dir, la integració del concepte de direcció estratègica i de la DpO per tal d'assegurar que allò que les organitzacions aspiren a aconseguir efectivament ho aconseguixin.

Per tant, i tornant unes línies més amunt, l'hospital com a projecte comú, amb coneixement, amb un propòsit i un resultat a aconseguir, sembla lògic que es doti de les eines que el management li proporciona, i la seva major o menor dificultat per fer-ho vindrà determinada per la capacitat – tot es pot aprendre – però sobretot per la cultura organitzativa, que es pot canviar – amb temps.

En el cas concret dels hospitals de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública (XHUP) de Ca-

1. Agafem l'hospital com a referència de tots coneguda, però el raonament pot ser aplicable a la resta de serveis sanitaris i socio-sanitaris.

2. Drucker, P. (1993): *Post-capitalist society*. Harper Collins Publishers.

3. Per aprofundir en l'evolució del management vegeu:

Wren, D.A. (2005): *The History of Management Thought* (Fifth Edition). John Wiley & Sons.

Nieto, J. (2005): *Estructura, estrategia y conocimiento. Una lectura històrica de la Política de Gestió*. Tesis doctoral. No editada. Esade.

Amareto  
fashion



Rambla de Vallromanes, 45 C 08188 Vallromanes (Barcelona) - Tel./Fax: 93.572.80.64 – www.amareto.biz  
AMARETO FASHION S.L. Registro Mercantil de Barcelona-Tomo 39502, Folio 52, Hoja B-348162, Inscripción 1ª. C.I.F. B-64455389

talunya – i d'aquests ja no diguem en els de titularitat pública – no s'acostumen a plantejar estratègies lligades al rendiment, ni a la rendibilitat, ni al creixement pròpies de les organitzacions privades amb afany de lucre – altrament dit empreses – ja que estan en situació típica de monopsoni(4), sent la conseqüència que, aleshores, només en poden tenir tres de possibles, atenent les estipulacions del client: una estratègia d'eficàcia, és a dir, ser capaç de complir allò que el client demanarà; si ja són eficaços, una estratègia d'eficiència, és a dir, a més a més de complir, aplicar òptimament els recursos i intentar obtenir un guany mínim de reposició; i si ja és eficient, una estratègia d'excel·lència, és a dir, mantenint aquest guany mínim de reposició, aspirar a ser un referent, a poder impartir docència i a invertir en recerca. Per aplicar cadascuna d'aquestes estratègies hem de saber en quin estadi estem, necessitem tenir un bon diagnòstic, ser realistes i començar a definir els diferents objectius estratègics que

comporta cadascuna d'elles. Al final, si som ambiciosos, tots voldrem ser excel·lents però com el concepte d'excel·lència evoluciona amb el temps, fins i tot els que ara puguin apropiars'hi tindran reptes, i aquells que n'estan més lluny tindran reptes diferents. Però tot plegat, i això és el més important, serveix per crear un projecte proper als professionals i donar sentit al centre. Si ens és igual treballar que fer feina, no calen DpO's, ni les carreres professionals, ni les millores salarials per motivar la gent. Les persones volen projectes, saber quin és el sentit d'allò que fan i per quina raó cal fer un esforç quan cal(5).

La DpO només té sentit des d'una perspectiva d'execució estratègica que ens permet conèixer què s'ha d'aconseguir en un termini concret i saber si ha estat així o no i quines conseqüències té de cara als nostres propòsits i al projecte de futur. |

4. Un sol client controla els proveïdors en termes de preus i quantitats.

Aquells que busquen altres clients – asseguradores, mútues, particulars... – i disminuir la dependència d'aquest client únic si s'estan plantejant aquestes estratègies. Les motivacions per buscar-los o no, són diverses.

5. Per aconseguir una excel·lència organitzativa sostinguda:

*Senior executives must provide for clear roles within a structure matched to the needs of the business (accountability), articulate a compelling vision of the future (direction), and develop an environment that encourages openness, trust and challenge (culture).* Leslie, K., Loch, M.A., Schaninger, W. (2006): *Managing your organization by the evidence.* The McKinsey Quarterly, nº 3.

## Gestión de recursos\_

### Dirección por objetivos: de la debilidad a la fortaleza

Un hospital es una organización, entendida como proyecto común de diferentes profesionales, con un conocimiento científico aplicado, cuyo propósito es proporcionar asistencia médica y sanitaria de forma eficiente. Como tal organización son aplicables los conceptos tradicionales del Management, entre ellos la DPO, introducida en 1954 por Peter Drucker.

El concepto de dirección por objetivos, unido al de dirección estratégica, debería ser plenamente aplicable en la gestión de centros sanitarios, ya sea de carácter público o privado, por cuanto permita crear proyectos cercanos a los profesionales médicos y dar sentido a los centros hospitalarios. |

#### Bibliografía

**Bossidy, L. Charan, R. (2002):** Execution, crown business.

**Curtright, J.W.; Steven C Stolp-Smith, S.C.; Eric S Edell E.S. (2000):** Strategic performance management: development of a performance measurement system at the mayo clinic. Journal of healthcare management; Jan/Feb 2000, 45, 1.

**Drucker, P.F. (1954):** The practice of management. Harper Collins Publishers.

**Generalitat de Catalunya. Departament de Salut (2005):** Acreditació de centres d'atenció hospitalària aguda a Catalunya. Manual vol. 1 – Estàndards essencials; Manual vol. II – Estàndards no essencials.

**Greenwood, R.G. (1981): Management by objectives:** As developed by Peter Drucker, assisted by Harold Smiddy. The Academy of management review, pg. 225.

**Migliore, R. H.; Gunn, B. J. (1995):** Strategic planning/management by objectives. Hospital topics, summer 95, vol. 73 issue 3.

**Mannion, R.; Davies H.T.O.; Marshall, M.N.(2005):** Cultural characteristics of "high" and "low" performing hospitals. Journal of health organization and management Vol. 19 No. 6.

**Odiome, G. (1965): Management by Objectives: A System of Management Leadership.** New York. Pitman.  
**Terés, J. i cols. (2007):** La direcció per objectius incentivats. Un dilema deontològic?. Comissió de Deontologia. Col·legi Oficial de Metges de Barcelona. Annals de medicina, vol. 90, núm. 1.

# El nostre valor més important

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

podria ser **la nostra capdavantera tecnologia** o

**el nostre expert equip de professionals.**

Però, realment, el nostre valor més important és

## la seva confiança



**GENERAL LAB**

LABORATORIS D'ANÀLISIS

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



# 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.*