

# Referent

PAPERS DE LA **FUNDACIÓ UNIÓ**

## Entrevista

Pedro Nuevo

Professor de l'IESE d'Entrepreneurship

## A reflexió

Per què una Central  
de Resultats

## A fons

Llei de dependència:  
un projecte de cooperació  
públicoprivada



# 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

### Disseny i maquetació:

Eduardo Fuente

### Serveis comercials:

Víctor Bertran, Jordi López, María Rodríguez, Alejandro Nigro i 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:

2.500 exemplars

# ÍNDEX

- P. 3 EDITORIAL //  
La creu a la casella de les opcions;
- A FONTS //
- P. 4 Del laboratorio al mercado;  
Dr. Lluís Orozco y Dr. Robert Soler
- P. 8 Llei de dependència: un projecte de cooperació públicoprivada;  
Albert Serra
- P. 11 RECOMANACIÓ DE LLIBRES
- P. 12 A REFLEXIÓ//  
Per què una Central de Resultats?;  
Dr. Boi Ruiz
- P. 16 CASOS PRÀCTICS//  
La gestión de la Responsabilidad Social en el sector sanitario;  
Marcos Urarte y Silvia Urarte
- P. 20 ENTREVISTA//  
Pedro Nueno;
- P. 22 GESTIÓ DE RECURSOS//  
L'hospital lleuger: una resposta d'atenció innovadora;  
Dra. Roser Vicente
- OPINIÓ//
- P. 24 Los planes funcionales de las infraestructuras sanitarias;  
Ángel Hortal
- P. 28 Environmental design in hospitals;  
Romano del Nord

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

# La creu a la casella de les opcions

L'actual situació econòmica tindrà conseqüències en el nostre sistema sanitari i, per tant, és necessari prendre mesures que en garanteixin la sostenibilitat. La seva contribució a la cohesió social i la condició de sector econòmic com a valor afegit són elements que, units a la finalitat primera del sistema, justifiquen sobradament que la sanitat sigui considerada prioritària. L'atenció a la dependència és un altre sector que, tot i no ser objecte d'una prestació similar a la sanitària, ha de tenir-se en compte. La situació econòmica del sector públic depèn de la recaptació de l'Administració, i aquesta de l'activitat econòmica de l'individu i de les empreses que generen recursos per pagar impostos. Les comunitats autònomes han reduït considerablement els seus ingressos i és d'aquests que en depèn el finançament de l'atenció sanitària. No obstant això, la despesa pública no pot ser reduïda a curt termini sense greus repercussions en els ciutadans. Des d'un punt de vista realista, difícilment seria contenible el seu creixement en proporcions similars a la reducció dels recursos disponibles de les administracions.

Per aquest motiu, s'hauran de buscar mesures i recursos que compensin la diferència entre els ingressos i la despesa; uns millorant els primers, i els altres contenint la segona. Si no s'adopta cap mesura, la conseqüència és més que previsible: l'augment de les llistes d'espera i el deteriorament en la qualitat dels serveis generals per a preservar al màxim la seguretat de les prestacions clíniques. Ara toca segurament parlar de la despesa, no del necessari finançament, per obvi i molt documentat que estigui.

És inevitable plantejar escenaris de contenció dels costos salarials i, en tot cas, lligar qualsevol millora a increments de la productivitat. En relació als metges, cal aprofundir amb valentia en compromisos i reconeixements individuals,

vinculats al seu acompliment. És necessari, paral·lelament, donar prioritat al mèrit professional en el nomenament de gestors a tots els nivells del sistema, separant les legítimes responsabilitats polítiques de les responsabilitats de gestió. La gestió empresarial dels serveis públics també obliga a retre comptes dels resultats de forma transparent i objectiva. No cal tenir por.

Hem de potenciar l'ús racional del medicament, amb la complicitat de la indústria farmacèutica i de la pedagogia en l'ús racional dels serveis sanitaris. També cal afavorir el tracte fiscal de la despesa sanitària privada i el fet de potenciar l'assegurança sanitària. Ambdós han de ser vistos, no des de la manca d'equitat, sinó des de la contribució indirecta a la reducció de la demanda dels serveis públics.

L'increment de la despesa ve també de les decisions preses sobre noves prestacions, actuacions i equipaments, que en els últims anys haurien d'haver estat objecte d'una justa mesura. Si no pot créixer el pastís pressupostari, cal avaluar la seva repercussió sobre el finançament de la resta de prestacions.

D'altra banda, en el cas d'haver-hi la necessitat ineludible de noves inversions, el sistema sanitari ha de contemplar fórmules, que ja es donen en molts altres sectors, de col·laboració públicoprivada.

La gestió de les polítiques públiques sanitàries no són responsabilitat exclusiva dels consellers de salut, com a vegades la majoria considerem i exigim. Són competència del Govern central, i han d'estar harmonitzades amb les polítiques pressupostàries, que alhora han de ser sostenibles per la riquesa del país i la seva fiscalitat. Cal decidir sense temors on posar la creu a la casella de les opcions. |

# 4 A fons\_ **Del laboratorio al mercado**

## El ejemplo de ITRT y las “Células Madre Adultas”

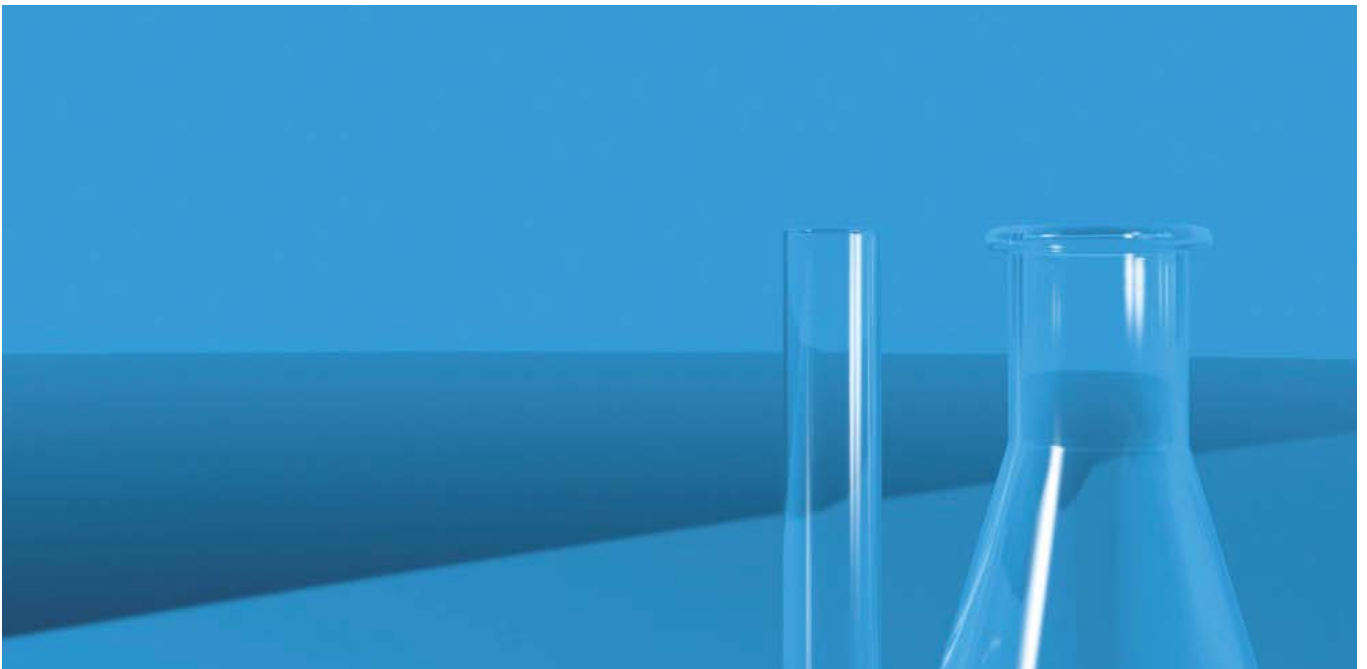
**Dr. Lluís Orozco**

Dirección Científica ITRT

**Dr. Robert Soler**

Dirección Médica ITRT

Institut de Teràpia Regenerativa Tissular de Centro Médico Teknon



**“La fase clínica es la más importante para asegurar que el conocimiento realmente funciona, y tiene una aplicación práctica en humanos”**

**E**s frecuente observar en los últimos tiempos cómo salen a la luz pública nuevos descubrimientos sobre terapias o productos farmacéuticos, para su aplicación en enfermedades, que, o bien no tienen solución, o que ésta no es suficientemente efectiva, pero que se encuentran en fases “tempranas” de su desarrollo. Es evidente que el interés social que pueden tener estos descubrimientos y, por qué no, el interés económico de quien los promueve, hacen que en algunos casos el proceso de comunicación se precipite y puedan llegar a generarse expectativas que después no podrán verse satisfechas. Por el contrario, retrasar innecesariamente o incluso impedir el lanzamiento de una innovación contrastada, que pueda aportar beneficios sociales y económicos, es poco rentable para quien la

promueve y puede impedir que la sociedad se beneficie de ella. Por eso es crítico que el proceso de transferencia, desde el conocimiento hasta la aplicación práctica de dichos conocimientos, para mejorar las expectativas y la calidad de vida de los pacientes, sea abordado con rigor a la par que con eficiencia. ITRT (Institut de Teràpia Regenerativa Tissular) tiene una contrastada experiencia en el desarrollo de la fase clínica, para la aplicación de injertos basados en CMA (Células Madre Adultas), para la regeneración de tejidos en el aparato locomotor. La fase clínica es, sin duda, la más importante para asegurar que el conocimiento realmente funciona, y tiene una aplicación práctica en humanos.

**Las Células Madre Adultas (CMA)**  
Las “células madre” son capaces de multiplicarse

indefinidamente y diferenciarse hacia distintos linajes celulares, que forman distintos tipos de tejidos dependiendo de las señales biológicas que reciben. Células con estas características, propias del embrión, se encuentran en la sangre del cordón umbilical y en todos los tejidos del cuerpo humano adulto, incluidos el corazón y el cerebro, por esto suelen llamarse “*células madre adultas*”<sup>(1)</sup>. No se agotan nunca, cuando inician el proceso de división se autogenera una nueva célula que conserva la característica primitiva de “*madre*” y permanece “*aletargada*” hasta recibir un nuevo estímulo que la induzca a multiplicarse y dar lugar a linajes celulares orientados a regenerar tejidos quizás distintos al anterior.

Es muy atractiva la posibilidad de “recolectar” estas células a partir del fácil aspirado de médula ósea de la pelvis, seleccionarlas, cultivarlas y obtener un producto rico en células progenitoras que pueda aplicarse con intención terapéutica al mismo paciente que hizo la donación celular.

Ya se están desarrollando ensayos clínicos con estos productos celulares, y es razonable pensar que quizás no convenga informar sobre ellos hasta disponer de resultados positivos incontrovertibles, ya que podrían promoverse falsas esperanzas a enfermos que finalmente quizás seguirán siendo incurables<sup>(2)</sup>. Generar excesivas expectativas preocupa especialmente cuando se habla de las posibilidades terapéuticas de las “*células madre*”, pero inevitablemente se generan muchas más expectativas cuando se anuncian multimillonarias inversiones en I+D y se construyen edificios de diseño singular destinados a la investigación en este campo. Como las fabulosas inversiones se justifican asegurando que las “*células madre*” remediarán paradigmáticas enfermedades incurables, se genera una esperanza en los enfermos y su entorno proporcional a la multimillonaria inversión realizada.

Pero tampoco parece tan negativo suscitar esperanzas, sobre todo si son fundadas. Por esto, entendemos que es procedente que comuniquemos los estudios que estamos realizando, los logros que conseguimos y los fracasos si los hay, siempre y cuando la explicación sea mesurada y se ciña a la realidad<sup>(3)</sup>.

Dicho esto, nos permitimos avanzar que los resultados que estamos obteniendo hasta el mo-

mento son prometedores, tanto en lo referente a viabilidad y seguridad del uso de las “*células madre adultas*” como a la manifestación de su potencial terapéutico.

### Organización del proceso: el marco escénico, actores y guión de los ensayos clínicos

El éxito del paso de un conocimiento científico a la comercialización de un tratamiento depende de que el complejo proceso organizativo se desarrolle de una forma adecuada.

No basta con la pericia y entusiasmo de los investigadores o con cumplir los trámites habituales que marca la legislación de los ensayos clínicos. Sólo se autoriza el salto a la aplicación de “*células madre adultas*” en clínica humana, si son satisfactorios los datos de la experimentación preliminar “*In Vitro*” y en modelo animal y se dispone de biotecnología adecuada a la producción celular humana. La complejidad administrativa aumentó desde el año 2004, cuando la ley equiparó los productos celulares procesados con los fármacos. Los laboratorios autorizados para la producción celular humana deben cumplir estrictos requisitos que impone la *Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS)* sobre *Procedimientos Normalizados de Trabajo (PNT)* y normas *Good Manufacturing Practices (GMP)*. La AEMPS supervisa, controla y aprueba cada una de las fases de las que se compone el ensayo clínico.

Conforme se finalizan los ensayos clínicos, la forma de aplicación, bajo la autorización de la AEMPS, se realiza de forma personalizada hasta un número determinado de pacientes. Si los resultados acompañan, dicha comercialización no dependerá de la AEMPS sino que pasará a ser un fármaco biológico.

El proceso de comercialización es, por tanto, un tratamiento personalizado, paciente a paciente, según cada protocolo de aplicación (pseudartrosis, osteonecrosis, artrosis lumbar, artrosis de rodilla, etc.).

Para entender la complejidad del proceso, basta con tener en cuenta la cantidad de “actores” obligados que participan en todo ensayo clínico: el **Promotor**, el **Patrocinador**, la **Gestora de la Investigación**, el **Investigador Principal** y

“La complejidad administrativa aumentó desde el año 2004, cuando la ley equiparó los productos celulares procesados con los fármacos”

1. Términos más apropiados son: “stem cells” o “células troncales”.

2. Artículo 101 del código deontológico: “El médico no tiene que fomentar engañosas esperanzas de curación ni tampoco promoverá falsas necesidades relacionadas con la salud...”

3. Artículo 102 del código deontológico: “El médico podrá comunicar a la prensa y otros medios de difusión, no dirigidos por médicos, información sobre sus actividades profesionales, siempre que esta sea verídica, mesurada, discreta, prudente y comprensible”.

“La puesta en marcha del ensayo también ha de ser autorizado por la citada AEMPS<sup>(4)</sup>, organismo dependiente del Ministerio de Sanidad pero que se rige por dictados de la European Medicines Agency”

“Las claves para que estos procesos hayan podido ser abordados de forma eficiente, tanto desde la perspectiva del coste como del tiempo, son, en primer lugar, la capacidad para generar complicidades y contar con el apoyo de todas las organizaciones que han intervenido; en segundo lugar, el conocimiento específico de ITRT relativo a la gestión de proyectos complejos”

los **Co-Investigadores**, las **CRO (Clinical Research Organization)**, el **Monitor**, el **Comité de Ética de la Investigación Clínica** y el **Centro Hospitalario**, sede del ensayo. En el caso de que el estudio trate de medicamentos formulados con células madre, la puesta en marcha del ensayo, el “estreno de la obra”, también ha de ser autorizado por la citada AEMPS<sup>(4)</sup>, organismo dependiente del Ministerio de Sanidad pero que se rige por dictados de la *European Medicines Agency (EMA)*. Previamente, el Promotor debe solicitar que se otorgue al producto celular la clasificación de Producto en Investigación (**PEI**)<sup>(5)</sup>. Este es un procedimiento que puede prolongarse durante bastantes meses y, desde luego, al final, la autorización puede ser denegada.

El guión lo marca el “Protocolo” y las evaluaciones deben registrarse en el “Cuaderno de Recogida de Datos” de cada paciente en el que son especialmente importantes las “Hojas de registro de Acontecimientos Adversos” ya que la evaluación de la seguridad es prioritaria frente a la evaluación de la eficacia.

### **Nuestra experiencia y resultados**

Nuestro grupo de trabajo -ITRT de Centro Médico Teknon- en colaboración con entidades públicas y privadas<sup>(6)</sup>, ha iniciado estudios en el 2003 orientados a la regeneración ósea en casos de atrofia maxilar y fracturas refractarias a la consolidación (pseudoartrosis atrofica). El año 2005 lo dedicamos casi íntegramente a trámites de solicitud del PEI y posteriormente continuamos con los estudios de pseudoartrosis que a día de hoy ya han finalizado. Dado que no se registraron efectos adversos y los resultados fueron satisfactorios, la AEMPS nos sigue autorizando regularmente a seguir con este tipo de tratamientos bajo la fórmula administrativa de “tratamientos de uso compasivo”. La eficacia terapéutica de los 23 casos de “pseudoartrosis atrofica refractaria” que hemos tratado, se sitúa alrededor del 80%.

En el 2007 iniciamos el ensayo para evaluar eficacia en “osteonecrosis de la cabeza de fémur” y, recientemente, comenzamos otro ensayo sobre “regeneración del disco intervertebral lumbar” que está incluido dentro del “Plan de Terapias Avanzadas” promovido por el Ministerio de Sanidad. También impulsamos estudios preclínicos en modelo animal ovino y equino con objetivos de tratamiento de la artrosis.

La función que esperamos ejerzan las “células madre” es la revitalización de un foco atrofico. En ningún caso, se plantean objetivos como la regeneración de una extremidad completa a modo de la cola cortada de la lagartija, imagen que abunda en los documentales sobre “*células madre*” y que pensamos da una visión distorsionada de las auténticas posibilidades terapéuticas de la terapia celular. Los términos que hemos venido empleando “ensayo” o “estudio” definen que los procesos a que se refieren están en vías de demostrar su beneficio, y que éste no puede asegurarse hasta que se hayan completado las sucesivas fases que impone el método científico. Sin embargo, ahora ya sabemos que podemos “recolectar”, “identificar”, “amplificar” y “aplicar” células madre autólogas con capacidad progenitora. El procedimiento hasta hoy se ha mostrado seguro, y, en la mayoría de casos tratados, se ha constatado una eficacia terapéutica, y que alienta a proseguir la investigación y abrir nuevos brazos de la misma. La reconocida versatilidad de las “células madre adultas” permite plantear su aplicación con intención regenerativa a tejidos distintos al hueso, como el músculo, tendón, cartílago o vasos sanguíneos. Estudios al respecto ya están o se pondrán pronto en marcha y conviene que todos los sectores vinculados a la innovación y el desarrollo, no sólo los del sector biosanitario, se mantengan atentos a los avances que se produzcan, porque, próximamente, todos esos sectores se verán implicados en el fenómeno socio-económico-sanitario que supondrá la comercialización de las “*células madre*”.

Las claves para que estos procesos hayan podido ser abordados de forma eficiente, tanto desde la perspectiva del coste como del tiempo, son, en primer lugar, la capacidad para generar complicidades y contar con el apoyo de todas las organizaciones que han intervenido a la largo de estos últimos años en ellos; en segundo lugar, el conocimiento específico de ITRT relativo a la gestión de proyectos complejos para transferir los conocimientos y convertirlos en terapias prácticas con un modelo de negocio claro, basado en la creación de unidades de recolección, identificación, amplificación y aplicación de estas terapias. Y, por último, y más recientemente, el apoyo económico financiero de algunos organismos públicos y privados que, poco a poco, van entendiendo que tan importante para la I+D es generar nuevos conocimientos como transfor-

4. Real Decreto 223/2004, de 6 de febrero

5. En terminología norteamericana IMPD (Investigational Medical Products and Devices)

6. (BST) Banc de Sang i Teixits (Servei Català de Salut), (IBGM) Instituto de Biología Genética y Molecular de la Universidad de Valladolid-CSIC, EGARSAT, Aastrom Biosciencias Inc. (Michigan-USA), Fundación Teknon, Fundación ME Müller-España, Hospital General de l'Hospitalet, Hospital de Barcelona-SCIAS, Hospital Clínico Veterinario (Universidad Autónoma de Barcelona).

marlos de forma eficiente para poder aplicarlos en la práctica. En este punto, y para acabar, es relevante destacar que para muchos centros sanitarios, el apoyo a estos procesos de trans-

formación del conocimiento en nuevas terapias o fármacos aplicables puede ser una gran oportunidad para mejorar sus resultados y la motivación de sus equipos. |

## A fons

### Del laboratori al mercat

Ja s'estan desenvolupant a tot el món assaigs clínics amb aquests productes cel·lulars i convé que els sectors vinculats a la innovació i al desenvolupament es mantinguin atents als avenços que es produeixen. L'èxit del pas d'un coneixement científic a la comercialització d'un tractament depèn que el complex procés organitzatiu es desenvolupi d'una forma adequada. No n'hi ha prou amb la perícia i l'entusiasme dels investigadors o amb complir els tràmits habituals que marca la legislació dels assaigs clínics.

Les "cèl·lules mare" són capaces de multiplicar-se indefinidament i, depenent dels senyals biològics que reben, diferenciar-se cap a diferents llinatges cel·lulars que formen diferents tipus de teixits.

Aquest article descriu els complexos requisits que exigeix la teràpia cel·lular i anuncia els primers resultats del grup investigador dels autors. |

#### Bibliografia

- Gomez Barrena-E, Orozco-L, Munuera-L.** *Agentes locales en la consolidación ósea: perspectivas de futuro.* Rev Ortop Traumatol. 2006; 50 Supl.1:22-9.
- Jorgensen-Ch, Gordeladze-J, Noel-D.** *Tissue engineering through autologous mesenchymal stem cells.* Current Opinion in Biotechnology 2004, 15:406-410
- Orozco-L.** *Terapies Avançades.* Revista de Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia. Vol.VIII (2),2008.
- Salgado - AJ, Coutinho-OP, Reis- Ri L.** *Bone Tissue Engineering: State of the Art and Future Trends.* Macromol. Biosci. 2004, 4, 743-765

SISTEMA  
**HumanSoft**  
SANITAT

GESTIÓ INTEGRAL  
DE PLANTILLES  
COMPLEXES

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

Pressupost, dotacions i base organitzativa

Torns, horaris, rotacions i guàrdies

Plannings i calendaris

Incidències del personal i control de presència

Traspàs automàtic de variables a nòmina

Dades estadístiques i informació on-line, sense errors

Tecnologia compacta i modular, amb funcionalitats web

Per a més informació:  
[www.pujadatec.com](http://www.pujadatec.com)

Mallorca 245 planta 7  
08008 Barcelona  
tel 935 362 650  
[info@pujadatec.com](mailto:info@pujadatec.com)

**PUJADATEC**

# Llei de la Dependència: un projecte de cooperació públicoprivada

**Albert Serra**

Professor associat del Departament  
de Política d'Empresa d'ESADE



“El SAAD suposa una novetat històrica en el desenvolupament de l'estat del benestar i estableix serveis i prestacions econòmiques per a les persones dependents i per als familiars que es dediquin a tenir-ne cura”

A finals de 2006 s'aprovà la *Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia*. La llei regula el *Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD)*, un dels majors avenços en matèria de polítiques socials des de la dècada dels vuitanta.

El 2007 s'inicià el desplegament de la *Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia* que posa en marxa i regula el *Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD)*.

Probablement aquest sigui un dels desplegaments de política social més importants que es promou a Espanya des dels anys vuitanta, dèca-

da en què es van instaurar la sanitat, l'educació i les pensions com a drets socials universals. El SAAD suposa una novetat històrica en el desenvolupament de l'estat del benestar i estableix serveis i prestacions econòmiques per a les persones dependents i per als familiars que es dediquin a tenir-ne cura, els quals podran ser donats d'alta a la Seguretat Social. A més, aquelles persones, que optin per contractar una assegurança privada de dependència, també obtindran beneficis fiscals.

La problemàtica de la dependència no és un fenomen nou, per bé que l'escala del problema ha canviat radicalment respecte al passat. Les projeccions de població dependent efectuades pel *Libro blanco sobre la atención a las personas en situación de dependencia en España (LBD)*, elaborat l'any 2004 pel Ministeri de Treball i



Assumptes Socials (MTAS), situen el total de població amb algun tipus de discapacitat per a les activitats bàsiques de la vida diària en més de dos milions i mig de persones l'any 2005 (MTAS, 2004: 89).

L'augment vertiginós de la població dependent tindria com a origen principal l'increment de l'esperança de vida i, en conseqüència, un procés d'envelliment gradual de la població. Gairebé dos terços de la població dependent superen els 65 anys d'edat i d'aquests, més de la meitat en té 85 o més. La població que pateix una dependència atribuïble a causes diferents de l'edat, en canvi, és comparativament baixa.

La problemàtica de la dependència, actualment, ha assolit unes dimensions que han forçat el sector públic a posicionar-se en aquest debat i a intervenir-hi activament a través de l'anomenada *Llei de la Dependència*. La nova llei instaura un nou sistema d'accés universal i, per tant, introdueix un nou dret subjectiu per al conjunt de la població. Tota una revolució, ja que el sistema de serveis socials espanyol -encara vigent, però bé que en procés de substitució- tenia una característica eminentment assistencial, dirigit exclusivament a persones sense recursos econòmics i familiars. Així doncs, era un sistema, que exclouia àmplies capes de la població, en la mesura que aquestes disposaven de massa recursos per a accedir als serveis socials de caire públic, alhora que no en tenien suficients per a comprar els mateixos serveis al lliure mercat.

El SAAD, per tant, és un gran avenç, que podria acostar Espanya als estats europeus més capdavanters en matèria de polítiques socials. Nogensmenys, els problemes relacionats amb el seu desplegament són complexos com és lògic en els inicis de qualsevol procés de construcció d'un nou sistema de servei públic de llarg abast. I aquests problemes s'han vist agreujats de forma significativa amb l'evolució crítica del sistema econòmic i dels pressupostos públics. Tot i això, és d'esperar que l'atenció a la dependència, i així ho han anunciat repetidament els responsables polítics, formi part dels àmbits d'acció pública orientats a afrontar la crisi econòmica. La seva aportació a les famílies i la injecció de recursos que suposa així ho fan preveure.

Queden, però, altres qüestions a resoldre. Una de les més rellevants és, sens dubte, l'articulació de la cooperació públicoprivada en la gestió de les polítiques públiques d'atenció a la dependència.

Una de les característiques principals del model SAAD de serveis d'atenció a la dependència és

la pràctica -ja implantada en els serveis socials i sociosanitaris preexistents a la llei- de la cooperació entre el sector públic i el sector privat com a eina clau en la producció dels serveis públics que donen cos al sistema. És convenient apuntar que la prestació de serveis a mans d'operadors privats no en compromet la seva naturalesa pública. En canvi, i amb el benentès que es faci correctament, l'externalització de la producció tot basant-se en aquesta cooperació, acostuma a millorar la qualitat i l'eficiència dels serveis públics, en la mesura que permet a cada actor involucrat en el sistema concentrar-se en aquelles tasques que constitueixen el seu *know how* i el seu centre de creació de valor afegit.

La cooperació entre operadors públics i privats en la prestació de serveis públics no és, evidentment, una novetat en ella mateixa. Sí que ho és, en canvi, en el cas de la dependència, el volum d'activitat a assolir, l'àmbit principal en què opera el sistema (municipal) i l'àrea de política pública on s'ubica (serveis socials). En definitiva, un entorn de gestió emergent, diferent del sanitari i en el qual el pes del govern local afegeix un factor de descentralització i proximitat ben diferent del que emmarca el sistema de salut.

### **La cooperació públicoprivada**

L'atenció a les persones dependents és fortament intensiva en recursos humans i atenció personalitzada (serveis domiciliaris, centres de dia, residències assistides). El desplegament del SAAD, segons xifres del MTAS i de la Generalitat de Catalunya requereix la creació, respectivament, de 300.000 (Espanya) i 40.000 (Catalunya) llocs de treball en 4 o 5 anys. La immensa majoria d'aquests llocs de treball només poden ser coberts, davant la inexistència d'oferta autòctona, per estrangeres i estrangers, molts dels quals ja treballen a Espanya de forma irregular i sense la formació legalment requerida per a prestar aquests serveis. En el conjunt de l'Estat espanyol, l'única referència disponible per avaluar la situació és el servei domèstic. De les altes a la Seguretat Social, com a conseqüència de la darrera regularització d'immigrants, el 33% correspon a aquest sector i, segons les dades d'afiliació a la Seguretat Social elaborades pel Ministeri de Treball corresponents a 2006, el 66% de les persones incloses en el Règim Especial de Servei Domèstic són estrangeres (223.131 persones), mentre que al 2000, la proporció assolida només el 30,2%. A més, tot i l'increment de les regularitzacions, el 50% de les treballadores estrangeres en situació laboral irregular es troben incloses en activitats del sector del servei domèstic, enfront del 27% de les dones de nacionalitat espanyola.

**“ La nova llei instaura un nou sistema d'accés universal i per tant, introdueix un nou dret subjectiu per al conjunt de la població ”**

“Si els diferents agents, públics i privats, involucrats en la política pública, troben respostes adequades a aquests reptes, sens dubte, s’obre una gran oportunitat tant a nivell de millora del benestar social de les persones dependents com en la creació d’ocupació i activitat econòmica”

En un altre vessant, per a alguns dels serveis d’atenció a la dependència, cal un procés de construcció d’equipaments significatiu, especialment centres de dia i residències assistides. Es tracta aquí d’afrontar tres reptes rellevants: actualitzar el parc existent, ampliar-lo i finançar-lo, i realitzar aquest procés.

La gestió d’aquest ben complicat mercat de treball i d’aquests processos inversors correspondrà que sigui realitzada, d’acord amb el model de política pública dissenyat, per empreses mercantils i entitats socials de caràcter no lucratiu. Aquestes mateixes empreses i entitats tenen un mercat potencial estrictament privat que també està en expansió per raons demogràfiques tot i que la crisi econòmica pot dificultar l’accés a serveis per part de les famílies.

Actualment aquest és un sector encara molt feble i limitat. L’aportació del sector salut pot ser molt significativa, tot i que les condicions d’operació són substancialment diferents (maduració del mercat de treball, preus, condicions contractuals, dispersió organitzativa). Darrerament s’ha percebut com un sector en expansió en el qual empreses constructores i empreses orientades a la gestió de serveis intensius en treball poden tenir oportunitats de negoci, especialment després de la caiguda del sector immobiliari. També els emprenedors i les organitzacions socials locals, arrelades al territori, poden realitzar aquests serveis que són de clara proximitat.

Per a fer possible l’ajust entre les necessitats i les oportunitats de cooperació públicoprivada que proposa el SAAD caldrà tenir en compte, almenys, cinc qüestions claus:

1. Aquest és un mercat de baixa rendibilitat i molt alta complexitat organitzativa, més que no pas tècnica, i estructuralment diferent del mercat sanitari.
2. La gestió d’un mercat públic realitzada per operadors no públics és sempre una gestió com-

plexa. En aquest cas, tot tractant-se d’un mercat emergent i encara ben poc madur i operat des del nivell local, sovint amb capacitats limitades de gestió, encara augmenta la complexitat. El procés d’aprenentatge compartit està per fer.

3. Com ja s’ha dit aquest és un mercat intensiu en treball. Però el sector no en té encara un sistema de gestió estructurat. El sistema de negociació col·lectiva és encara molt feble. Fins i tot el reconeixement i la identificació de les professions vinculades és força precari.

4. La incorporació de sistemes de finançament privat d’inversió en equipaments obre un espai relativament nou de cooperació encara pendent d’estructurar prenent com a base la nova llei de contractes de l’estat.

5. Les característiques del model de política pública, especialment la incorporació del copagament dels serveis, representa una novetat molt rellevant en el marc de les polítiques de benestar, però també representa un repte de gestió força complex operativament i social.

Si els diferents agents, públics i privats, involucrats en aquesta política pública troben respostes adequades a aquests reptes, sens dubte, s’obre una gran oportunitat tant a nivell de millora del benestar social de les persones dependents com en la creació d’ocupació i activitat econòmica. Els 12.000 milions d’euros -xifra en què s’estima l’aportació conjunta de l’Estat i les famílies a aquesta política en el període 2007-2015- que poden ser ara ralentits en el temps per l’efecte de la davallada pressupostària, però en tot cas irreversible, representen un volum ben important de recursos, que permet confiar de disposar de la possibilitat de madurar i consolidar aquest mercat i aquests serveis per a la millora de les condicions de vida de les persones dependents. |

## A fons

### Ley de dependencia: un proyecto de cooperación público-privado

A finales de 2006 se aprobó la Ley 39/2006, que regula el Sistema para la Autonomía y Atención en la Dependencia (SAAD). El SAAD podría acercar España a los estados europeos más punteros en materia de políticas sociales. No obstante, los problemas relacionados con su despliegue son complejos, como es lógico en los inicios de cualquier proceso de construcción de un nuevo sistema de servicio público de largo alcance. Y estos problemas se han visto agravados por la evolución crítica del sistema económico y de los presupuestos públicos.

Una de las características principales del modelo SAAD es la práctica de la cooperación entre el sector público y el sector privado como herramienta clave en la producción de los servicios públicos que dan cuerpo al sistema. La externalización de la producción, acostumbra a mejorar la calidad y la eficiencia de los servicios públicos, y permite a cada actor involucrado en el sistema concentrarse en su *know how* y su centro de creación de valor añadido. |

# Recomanació de llibres

## Fet a casa. La innovació a les empreses catalanes

En els darrers vint anys, l'economia catalana ha fet un gir copernicà. De l'economia de base industrial s'ha passat a una economia de serveis en la qual les empreses de tota la vida s'han hagut de reinventar alhora que hi ha fet l'aparició una nova generació d'empresaris que han posat l'èmfasi en la innovació com a estratègia de supervivència. *Fet a casa* és un viatge sorprenent i inspirador per aquests nous camins de l'economia catalana. |

Autor: Ramon Aymerich

Editor: Actualitat i opinió



## Catalunya serà logística o no serà

La primera part del llibre fa una valoració de la realitat i del potencial de la logística a Catalunya i s'hi presenta una comparació entre Catalunya i Flandes, atès que aquesta darrera és considerada la primera regió logística europea. La segona part del llibre revisa la situació de les infraestructures de transport a Catalunya, explicant les limitacions dels actuals models de gestió centralitzats vigents encara avui a l'Espanya autonòmica. |

Autor: Ramon Tremosa

Editor: Eliseu Climent

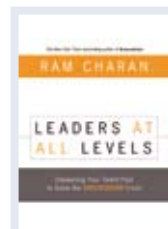


## Leaders at all levels

A *Leaders at All Levels*, Ram Charan presenta un problema que cada cop és més freqüent en el món de l'empresa: la manca de líders preparats per a fer front a la complexitat dels negocis d'avui dia. Aquest llibre presenta solucions radicals i controvertides per a superar la crisi en la successió del lideratge en una organització. |

Autor: Ram Charan

Editor: Jossey- Bass



## 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)

# A reflexió

## Per què una Central de Resultats?

**Dr. Boi Ruiz**

President de La Unió Catalana d'Hospitals

“La Central de Resultats s’articula com un instrument bàsic per establir, de manera integrada i global, un sistema transparent de mesura i avaluació dels resultats assolits pels diferents proveïdors que integren el sistema sanitari”

**E**l sector sanitari ha passat per diferents etapes en el seu desenvolupament. L’època actual es podria definir com la de la mesura i de l’avaluació de resultats.

El repte ja no consisteix solament, com en èpoques passades, a augmentar l’activitat o a controlar els costos.

En l’actual context de recursos limitats/demandes il·limitades en el qual la societat no pot assumir el cost de totes les actuacions tecnològicament factibles, el repte consisteix a prioritzar els serveis que es presten i garantir que es realitzin amb eficàcia, efectivitat, eficiència i qualitat, i sense posar en perill la continuïtat de l’entitat i la confiança generada, amb independència de la seva titularitat.

D’altra banda, les fallades que caracteritzen el mercat sanitari (bé públic, externalitats, incertesa, informació asimètrica), juntament amb la manca de competència efectiva entre els proveïdors sanitaris que operen en un entorn planificat per l’Administració que alhora actua de client, fan necessari l’establiment de mecanismes alternatius que proporcionin incentius a tots els agents del sistema per actuar segons les prioritats acordades i de manera efectiva, eficient i amb qualitat.

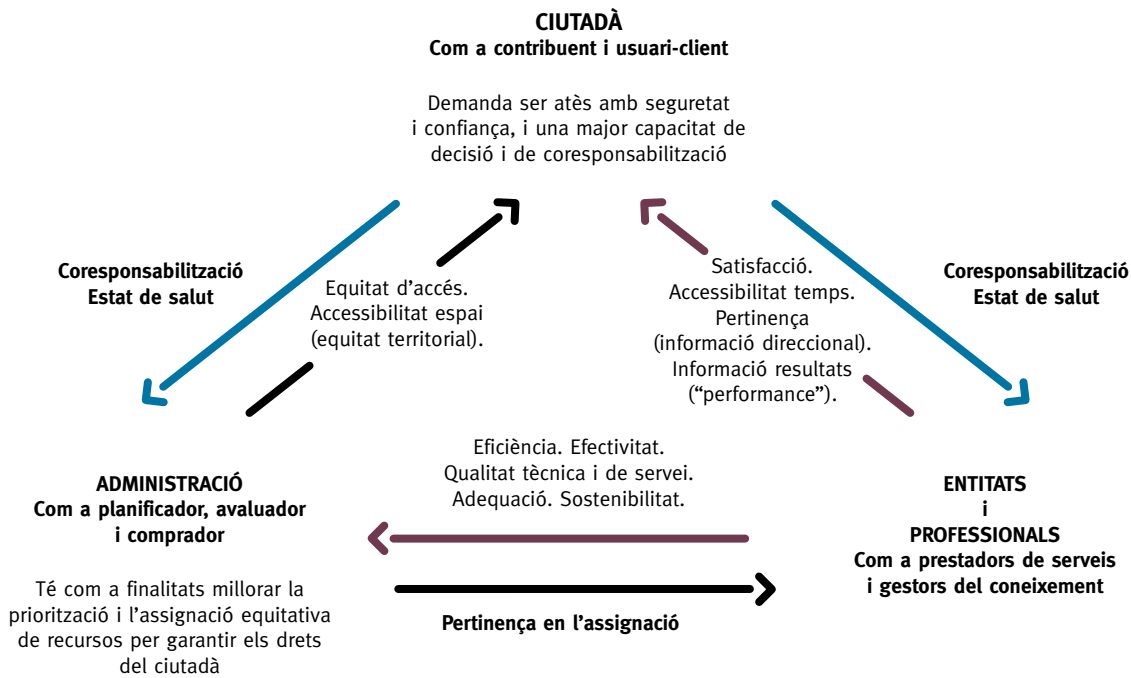
En aquest context té un important valor afegit l’existència d’un instrument, al qual anomenarem

“Central de Resultats”<sup>(1),(3)</sup>, que permeti mesurar, avaluar i fer transparents els resultats assolits pels diferents centres del sistema, en línia amb els compromisos bàsics que cada un d’ells assumeix i també amb els seus objectius prioritaris d’actuació:

- Es fa el que cal fer: d’acord amb les prioritats de salut dels ciutadans.
- Es fa el millor ús possible dels recursos disponibles: amb eficàcia, efectivitat i eficiència.
- Es fa de manera adequada: amb qualitat.
- Es fa valorant els resultats: incentivació.

I es contribueix així a donar resposta als principis que inspiren el model sanitari català (universalitat de l’assistència, solidaritat, equitat i eficiència en la prestació de serveis, i també concepció integral i integrada de l’atenció).

La Central de Resultats<sup>(1),(3)</sup> s’articula com un instrument bàsic per establir, de manera integrada i global, un sistema transparent de mesura i avaluació dels resultats assolits pels diferents proveïdors que integren el sistema sanitari perquè, mitjançant la “competència per comparació” i la “cooperació”, actuï com a mecanisme autoregulator que incentivi la introducció de millores per part de tots els agents implicats -els ciutadans, l’Administració, les entitats proveïdores i fins i tot els mateixos professionals- i s’anticipi a les situacions de crisi de forma preventiva, o legítimi les actuacions necessàries d’intervenció.



Quadre 3.1

**MARC CONCEPTUAL DE LA CENTRAL DE RESULTATS: Agents, rols, compromisos mutus i finalitats<sup>(3)</sup>**

Les fletxes indiquen els compromisos a què ha de donar resposta cada agent (origen) davant la resta (destí).

**Missió i objectius**

La Central de Resultats té com a missió<sup>(3)</sup> mesurar, avaluar i fer transparents els resultats del sistema hospitalari català de manera útil i significativa pels diferents agents que hi estan implicats, els ciutadans, els professionals, les entitats prestadores de serveis i l'Administració, amb l'objectiu de contribuir a:

- ▶ La millora de l'eficàcia, l'efectivitat, l'eficiència, l'equitat i la qualitat en l'assignació i la utilització dels recursos disponibles.
- ▶ La definició de prioritats d'actuació.
- ▶ La presa de decisions de cada organització en línia amb les seves responsabilitats i compromisos bàsics (*accountability*).

La finalitat<sup>(3)</sup> de la Central de Resultats és ser un instrument, que mitjançant la mesura, l'avaluació i la transparència, proporcionis incentius als diferents agents del sistema per millorar els resultats en els seus àmbits claus de responsabilitat i, conseqüentment, en els del sistema sanitari català en el seu conjunt.

Per assolir aquesta finalitat, la visió per als diferents agents del sistema ha de ser:

- ▶ Quant als ciutadans, rebre l'atenció sanitària amb seguretat i confiança, així com disposar d'un millor coneixement del sistema que els permeti incrementar la seva capacitat d'elecció per a una millor utilització dels recursos.
- ▶ Quant a les entitats prestadores de serveis, poder comparar els resultats que s'assoleixin, identificar i compartir les millors pràctiques (*benchmarking*) i buscar oportunitats de millora i de cooperació entre institucions, tot eliminant les situacions o resultats no acceptables, i anticipant-se així a les situacions de crisi.
- ▶ Quant als professionals, ser una font d'informació agregada per a treballs de recerca, d'utilització dels serveis i d'anàlisi econòmica a l'abast dels clínics, que els permeti millorar la gestió de l'aplicació del coneixement clínic.
- ▶ Quant a l'Administració, permetre retre comptes a la societat dels resultats de la política de salut i de serveis, tot divulgant informació sobre el funcionament, l'organització i els resultats



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

[www.fundacio-puigvert.es](http://www.fundacio-puigvert.es)



		Ciudadà	Professional	Gestor	Responsable Polític
Accessibilitat	1. Trigaré molt a ser visitat i/o operat?	X	X	X	X
	2. Estaré molts dies ingressat?	X		X	X
Qualitat Satisfacció	3. Ho fan bé?	X	X	X	X
	4. Quins serveis té?	X	X	X	X
	5. S'hi està bé?	X	X	X	X
Solvència i Gestió	6. Quina situació econòmica té?		X	X	X
	7. Té moltes urgències?	X	X	X	X
	8. S'hi treballa molt?		X	X	X

### Quadre 3.2

#### Qüestions simples

La mesura d'aquests indicadors ha de poder donar resposta a les preguntes pròpies o comunes que es fan el contribuent-usuari, els gestors i professionals, i els responsables polítics de l'Administració. A títol enunciatiu podrien ser les exposades en el quadre anterior.

“La Central de Resultats cal contemplar-la en un procés evolutiu de transparència del sistema sanitari”

del sistema de manera habitual i periòdica i amb la finalitat última de contribuir a la millora de l'assignació equitativa dels recursos, a l'estabilitat del sistema i a la sostenibilitat de les entitats.

Les dificultats per establir mesures objectives de resultats en el sector sanitari són múltiples:

- › El producte sanitari és multidimensional, la qual cosa fa que sigui difícil de mesurar.
- › No existeixen dades homogènies i estàndards de totes les dimensions.
- › És necessari dissenyar un mètode que permeti avaluar les diferents dimensions amb un cert equilibri entre elles.

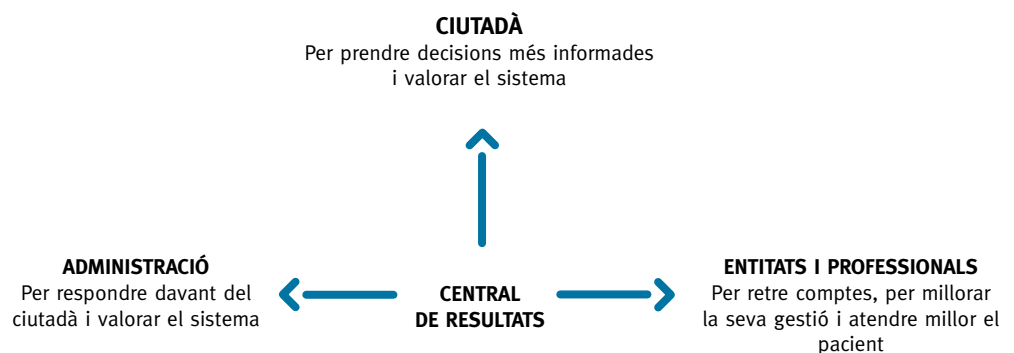
Tanmateix, a Catalunya ja existeix una certa tradició de mesura i transparència de la informació mitjançant el desplegament d'instruments com la Central de Balanços o el registre de l'activitat hospitalària de manera estàndard (CMBD-HA), que constitueixen bases sobre les quals desplegar aquesta nova eina més ambiciosa, basada en l'avaluació i comparació dels

resultats de tots els agents del sistema, sobre bases objectives, tot començant pels centres hospitalaris de la XHUP.

La Central de Resultats cal contemplar-la en un procés evolutiu de transparència del sistema sanitari. En una primera fase, la seva informació serà modesta, però en la mesura que tots els agents del sistema hi confiïn, podrà ampliar la informació que faciliti.

### Què volem avaluar? Marc conceptual

La manera com es mesurin i avaluin els resultats influirà en la resposta dels agents del sistema<sup>(3)</sup>. Per tant, la Central de Resultats ha d'actuar com a instrument que, mitjançant la mesura i l'avaluació transparents, proporcioni incentius de millora als diferents agents del sistema; un pas previ fonamental és definir quins han de ser els àmbits prioritaris de mesura i d'avaluació. En altres paraules, el mecanisme que es defineixi de mesura i d'avaluació ha de ser coherent amb els objectius que es vulguin assolir.



### Quadre 3.3

Utilitat per als agents<sup>(3)</sup>

Tots els agents implicats en el funcionament del sistema sanitari -els ciutadans, les entitats de serveis sanitaris, els professionals i la pròpia Administració- tenen un rol dins del sistema, del qual han de retre comptes.

La Central de Resultats ha de proporcionar la informació als diferents agents del sistema sobre com s'està donant resposta a aquests compromisos i demandes que cada un d'ells té vers la resta d'agents implicats, tal i com s'il·lustra en l'esquema dels quadres 3.1, 3.2 i 3.3.

En altres paraules, la Central de Resultats ha de ser com un baròmetre que proporcioni en cada moment indicacions que ens permetin saber en quina mesura els diferents agents que actuen en el sistema estan complint la seva part del compromís, per tal que tots ells puguin orientar les seves decisions d'acord amb aquesta informació i, conseqüentment, incentivar la introducció de millores<sup>(4)</sup>.

Aquest instrument, lluny dels interessos de tots els agents, ha de trobar en el món acadèmic el seu aval. |

## A reflexió

### ¿Por qué una central de resultados?

La Central de Resultados se articula como un instrumento básico para establecer, de manera integrada y global, un sistema transparente de medida y evaluación de los resultados alcanzados por los diferentes proveedores que integran el sistema sanitario para que, mediante la "competencia por comparación" y la "cooperación", actúe como mecanismo autorregulador que incentive la introducción de mejoras por parte de todos los agentes implicados, desde los ciudadanos, la Administración, las entidades proveedoras e incluso los

propios profesionales y se anticipe a las situaciones de crisis de forma preventiva, o legitime las actuaciones necesarias de intervención.

La Central de Resultados hace falta contemplarla en un proceso evolutivo de transparencia del sistema sanitario. El mecanismo que se defina, de medida y de evaluación, tiene que ser coherente con los objetivos que se quieran alcanzar. |



Socis col·laboradors

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



CONFIDE: CORREDURIA DE SEGUROS



# La Gestión de la Responsabilidad Social en el sector sanitario

## La apuesta por un sistema de gestión ética

**Marcos Urarte**

Director General de Pharos

**Silvia Urarte**

Directora General de Conética

La Responsabilidad Social es el compromiso que adquieren las organizaciones con la transmisión de valores, con acciones que garanticen el bienestar y la calidad de vida de los trabajadores, con la preservación del medio ambiente, con el alivio de la pobreza, con la comunicación transparente, etc. Con una serie de actuaciones que tienen en cuenta los intereses y las motivaciones de las personas que forman parte o que están relacionadas con la organización (sus pacientes, sus profesionales, sus proveedores...).

Cuando una institución sanitaria decide apostar por la Responsabilidad Social (RS), lo hace porque desea adquirir un compromiso voluntario con la mejora de la sociedad y actuar teniendo en cuenta los intereses y valores de todos sus grupos de interés. Para ello, debe trazar una estrategia en la que todas las acciones que lleve a cabo, tanto internas como externas, integren la ética.

Muchas organizaciones están avanzando en la línea de la RS, a través de la elaboración de Memorias de Sostenibilidad y Códigos de Conducta, de la implantación de planes de formación,

de la ejecución de acciones de cooperación con los países más necesitados, etc. Sin embargo, no basta con llevar a cabo acciones aisladas, sino que se debe trazar una línea que les dé coherencia, una estrategia de RS acorde con la filosofía de la organización y su cultura.

Todas las organizaciones sanitarias ya tienen, de por sí, una finalidad ético-social de gran relevancia. Su objetivo es el de mejorar el estado de salud de sus pacientes, ofrecer asistencia de calidad, aliviar el dolor de las personas, servir a los ciudadanos, etc. Para éstas, aplicar planes de RS no sólo les ayuda a reforzar su labor social, sino que les permite mostrarse como una entidad de confianza, que se preocupa por las buenas prácticas laborales y que impulsa a que otras organizaciones con las que se relaciona.

### *Cómo implantar un sistema de gestión ética en la organización*

Estamos acostumbrados a oír hablar de las normas ISO, de las normas OSHAS, del EFQM... En definitiva, de normas que acreditan que una empresa tiene un sistema de gestión basado en la calidad, el medioambiente o en la pre-





vención de riesgos laborales. Sin embargo, no estamos tan familiarizados con los sistemas de gestión ética.

Los sistemas de gestión ética son un conjunto de reglas y esfuerzos internos que la dirección de una organización utiliza para llevar a cabo una serie de acciones inspiradas en sus valores corporativos, con los que pretenden cumplir los objetivos éticos planificados. Estas acciones van encaminadas a consolidar un comportamiento ético común a todas las personas que forman parte de la organización.

Para implantar con éxito un sistema de gestión ética es imprescindible que la iniciativa surja de la dirección. Sin embargo, la implantación no será efectiva si el uso del sistema no se realiza en todos los niveles de la empresa. Si la organización ya cuenta con algún otro sistema de gestión (basado en la calidad, en el medio ambiente o en la prevención, por ejemplo), el modelo a implantar se deberá integrar en éste

para evitar posibles duplicidades. El nuevo sistema también se tendrá que sustentar en los valores corporativos compartidos y en el plan estratégico de la organización para proporcionar la base donde se interrelacionen todas las políticas, estrategias, comportamientos y procesos de la empresa.

En el ámbito de la RS existe una gran variedad de normas en las que basar un sistema de gestión ética, como la SA 8000, la AA 1000, la SGE 21, la SI 1000, la ECS 2000 y la PNE 165010 EX. La mayoría de organizaciones españolas se decantan por dos de ellas: la norma SA8000:2001 y la SGE21:2005.

### **Las normas de RSE: SA8000 y SGE21**

La norma **SA 8000:2001** es una certificación voluntaria de reconocimiento internacional, creada por una organización estadounidense llamada *Social Accountability International (SAI)* con el propósito de promover las mejores condiciones

**“ En el ámbito de la RS existe una gran variedad de normas en las que basar un sistema de gestión ética, pero la mayoría de organizaciones españolas se decantan por dos de ellas: la norma SA8000:2001 y la SGE21:2005”**

“Para implantar un sistema de gestión ética se debe analizar el entorno de la organización, revisar la legislación del sector al que pertenece, el estado de sus instalaciones, la actividad del sindicato, los otros sistemas de gestión implantados, etc.”

“El sistema de gestión ética permite mejorar las condiciones laborales de los trabajadores, lo que implica un aumento de su lealtad, de su implicación con los resultados y, en consecuencia, de su productividad”

laborales y de ejercer un mayor control sobre la cadena de suministro. La norma SA8000 establece unos requisitos de RS, relacionados con los derechos laborales y el bienestar del trabajador. Se trata, en definitiva, de un estándar voluntario-certificable que facilita la implantación de un sistema de gestión basado en las convenciones de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Declaración Universal de los Derechos Humanos, entre otras, así como en la obligatoriedad de establecer el principio de la mejora continua.

**Por su parte, la SGE21:2005**, propuesta por Forética (Foro para la Evaluación de la Gestión Ética), es un modelo que se basa en la superación voluntaria de los aspectos legislativos. Este sistema abarca nueve áreas (alta dirección, clientes, proveedores y subcontratistas, recursos humanos, entorno social, entorno ambiental, inversores, competencia y administraciones competentes) y establece criterios de gestión responsable para cada una de ellas.

### **Cómo se implementa un sistema de gestión ética**

Antes de empezar a implantar un sistema de gestión ética, es necesario saber en qué punto se encuentra la empresa. Para ello, se debe analizar el entorno de la organización, revisar la legislación del sector al que pertenece, el estado de sus instalaciones, la actividad del sindicato, los otros sistemas de gestión implantados, etc. Además, es muy importante identificar cuáles son sus grupos de interés (*stakeholders*) y analizar cómo impactan las actividades de la empresa sobre cada uno de éstos. De este análisis surgirá un plan de acción y un equipo de personas que se encargarán de llevarlo a cabo.

Las acciones que se diseñen para implantar un sistema de gestión ética dependerán de las características de la organización y del camino que ya tenga recorrido. En la mayoría de casos, es necesario definir una política de Responsabilidad Social Empresarial, comunicar internamente los objetivos éticos que se quieren conseguir, definir qué acciones éticas se llevarán a cabo, qué recursos serán necesarios para hacerlo y qué procesos permitirán realizar la verificación y posterior auditoría del sistema implantado.

Una vez realizadas las acciones que hacen posible cumplir con los requisitos de la norma, se deberá definir unos indicadores que nos permitan conocer la efectividad de dichas acciones, así como el grado de éxito en el cumplimiento de los objetivos planificados. Se deberán establecer, también, métodos para informar a todos

los grupos de interés de los compromisos que ha adquirido la organización y de cómo los está cumpliendo.

Finalmente, una empresa externa se encargará de realizar la auditoría de certificación, con el fin de asegurar la correcta implantación del sistema de gestión ética en la organización.

### **Los beneficios de implantar un sistema de gestión ética**

Apostar por un sistema de gestión ética aporta infinidad de beneficios a las organizaciones. Internamente, ayuda a ordenar y a dar coherencia a todas las acciones que realiza la organización, con el denominador común de la ética. Permite, además, mejorar las condiciones laborales de los trabajadores, lo que implica un aumento de su lealtad, de su implicación con los resultados y, en consecuencia, de su productividad. Externamente, un sistema de gestión ética demuestra que la organización se preocupa por la mejora de la sociedad, le permite ganar en reputación, en posicionamiento y, lo que es más importante, hacer que sus grupos de interés confíen en ella.

Buen ejemplo de la gestión ética en el sector asistencial es La organización sanitaria municipal *Badalona Serveis Assistencials (BSA)*, que cuenta con nueve centros y tiene una plantilla de más de mil trabajadores. La organización sanitaria recibió el pasado año la certificación en materia de responsabilidad social de la norma SA8000. Esto la ha convertido en la primera organización sanitaria del Estado que ha conseguido certificarse con esta norma de RSC.

Con esta certificación, BSA pasa a ser un referente en RS en el campo de la asistencia sanitaria. El compromiso que ha demostrado esta entidad municipal con la calidad en la gestión y con la mejora de las condiciones laborales de sus profesionales es una garantía para la ciudadanía.

Atendiendo a los requisitos de esta norma, la Dirección de BSA ha definido su política de RSC, en la que incluye su compromiso con la mejora de las condiciones laborales y con el respeto de los derechos humanos. Además, para cumplir esta norma, la organización ha establecido procedimientos para seleccionar y evaluar a los proveedores en función de la capacidad de éstos de asumir, también, los requerimientos de la norma SA8000.

En línea con su compromiso con la RS, *Badalona Serveis Assistencials* aplica, también, medidas

para ahorrar energía y minimizar los residuos que genera. Acciones como la no impresión de radiografías para evitar la producción de contaminantes radiológicos o la utilización de la historia clínica electrónica, que reduce el con-

sumo de papel, son algunas pruebas de ello. BSA tiene previsto, además, organizar sesiones sobre RSC para explicar su experiencia en este campo e influir positivamente en las organizaciones de su entorno. |

## Casos pràctics

### La Gestió de la Responsabilitat Social en el sector sanitari

Totes les organitzacions sanitàries ja tenen, de per si, una finalitat ètico-social de gran rellevància. El seu objectiu és el de millorar l'estat de salut dels seus pacients, oferir assistència de qualitat, alleugerir el dolor de les persones, servir als ciutadans, etc.

En l'àmbit de la RS hi ha una gran varietat de normes en què basar un sistema de gestió ètica. La majoria d'organitzacions espanyoles es decanten per dues d'elles: la norma SA8000:2001 i la SGE21:2005.

Apostar per un sistema de gestió ètica aporta infinitat de beneficis a les organitzacions. Internament, ajuda a ordenar i a donar coherència a totes les accions que realitza l'organització i permet, a més, millorar les condicions laborals dels treballadors. Un bon exemple de la gestió ètica al sector assistencial és l'organització sanitària municipal Badalona Serveis. |

# Quarck Consultores

## División de Asesoramiento Sanitario

Empresa dedicada al análisis, búsqueda de soluciones y mejoras para centros sanitarios de tamaño medio, Consultas Médicas, Clínicas, Residencias, etc.

- Análisis de los procesos organizativos y administrativos en el ámbito de las empresas sanitarias.
- Revisión del cumplimiento de las leyes que afectan al sector:  
**Ley de Protección de Datos y Riesgos Laborales.**
- Análisis de la Comunicación y la imagen orientado al Paciente, Médicos Referidores, Compañías Aseguradoras....
- Diseño y selección de los puestos de trabajo.
- Plan de Marketing.
- Plan Integral de aplicación de las mejoras detectadas.

**QRCK**  
Grupo Quarck

# Entrevista

## Pedro Nueno



**Estefanía Linés**  
Redactora en cap

**P**edro Nueno Iniesta es arquitecto, ingeniero y doctor of Business Administration por la Universidad de Harvard. En la actualidad es profesor de Entrepreneurship del IESE de la Universidad de Navarra y presidente del Consejo Académico de la escuela de Dirección China Europe International Business School.

**Después de analizar la evolución de los presupuestos sanitarios por cápita en Cataluña, se constata que a pesar del esfuerzo de los últimos años de pasar de 860 euros en el 2003 a 1.250,5 euros en el 2008, y Cataluña se sitúa por debajo en relación a otras regiones similares de Canadá e Italia y la decimotercera con respecto a presupuestos sanitarios por cápita de las CC.AA. del Estado Español, a pesar de ser la segunda en aportación por esfuerzo fiscal. ¿Cómo abordaría la financiación a Cataluña, en especial en el ámbito sanitario y social?**

Los ciudadanos de toda Europa aspiramos y queremos toda la sanidad disponible de manera inmediata y, además, queremos que alguien lo pague. En Cataluña podemos decir que tenemos una buena calidad en el sector sanitario. Todo puede mejorar, pero es verdad que tenemos un buen nivel en relación con otros sectores de España y Europa. Lo que no deberíamos es ni perder calidad ni perder la posibilidad de incorporar cualquier novedad que aparezca en el sector. Que esto pueda llevar a costes superiores, es posible, pero también debemos pensar que el sector produce un montón de puestos de trabajo en Cataluña, que, además, son de calidad. Si, al final, tuviéramos todas estas ventajas pero no existiesen esos puestos de trabajo, éstos estarían en algún otro sitio. Por consiguiente, vale más que el sector mantenga aquellas posiciones que ya tiene aquí y lo haga con continuidad hacia el futuro, tanto las industriales como las de I+D, y tenga en cuenta el tremendo impacto multiplicador que este sector tiene sobre otros sectores industriales (logística, química, universidad, etc.).

**¿Considera que en estos momentos hay suficientes mecanismos para garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario con los niveles de calidad? ¿Qué recetas cree que se tienen que aplicar en el corto y el largo plazo?**

Una pequeña ventaja de vivir en un mundo globalizado es ver este debate desde diferentes perspectivas. En América, la gente dice que lo que tiene que hacer el ciudadano es asegurarse, es decir, “comprarse” su seguro médico. El otro día un “gurú” famoso hacía la recomendación de que todo aquél que no tenga seguro de salud debería ser multado. La conclusión es que todo el mundo debe tener un seguro privado de sanidad. Este es un planteamiento. Mientras que en Europa, te das cuenta de que cualquier ciudadano europeo quiere toda la sanidad y no le importa nada quién lo pague, eso no le preocupa. Es obligación del Estado dar toda la sanidad que haya y la que venga nueva. Y cuando te vas a China, lo chinos dicen que el sistema americano es inhumano y el europeo es insostenible. Por consiguiente, lo lógico es que al montar su sistema busquen algo entre una cosa y otra, en donde el Estado cubra una parte y los ciudadanos cubran otra. Eso crea un uso más racional, un mejor conocimiento, un entendimiento de que la sanidad tiene sus costes. En este planteamiento, me siento más chino que americano o europeo. Estoy a favor de buscar algún tipo de solución intermedia.

**La Central de Balances del CatSalut acaba de hacer público el informe 2006. Estos trabajos hasta ahora muestran una mejora en los resultados económicos de las entidades sanitarias aunque se observa una tendencia creciente del endeudamiento con entidades financieras y proveedores. ¿Considera que en la actual coyuntura que esta tendencia puede ser una amenaza para la estabilidad del sistema?**

Si analizamos todo el sector sanitario, vemos que hay casos en los que los cobros de la administración se atrasan extraordinariamente, es-

“En Cataluña podemos decir que tenemos una buena calidad en el sector sanitario. Todo puede mejorar, pero es verdad que tenemos un buen nivel en relación con otros sectores de España y Europa”

pecialmente en algunas autonomías. Los bancos piensan que, a la larga, la administración pagará, y, por tanto, les conceden crédito y como luego pagan los intereses, consideran que no hay perjuicio. Ésta no es una manera correcta de funcionar. Primero, siempre existirá la tentación, por parte de una administración que se ha gastado más dinero de la cuenta o que se lo ha gastado en otras cosas, de renegociar a la baja o pedir quitas. Esto ha pasado en la historia y no es una forma correcta de funcionar. Segundo, aunque es verdad que la Banca suele estar dispuesta a financiar los cobros pendientes de la administración en temas de sanidad, la realidad es que la empresa más pequeña, sobre todo la industrial, puede tener problemas en conseguir financiación, sobre todo porque de toda su producción sólo una parte es de este sector. Estas demoras en el pago no son justas, porque no afectan por igual a todo el mundo. Lo que sí hay que tener en cuenta es, como ya he dicho antes, el tremendo impacto multiplicador que tiene este sector, que tira de otros sectores y que está comprando maquinaria, materias primas, productos químicos, etc. Es un sector con un efecto multiplicador brutal en la economía. Eso hay que tenerlo en cuenta, porque, si financiamos mal a este sector, estamos perjudicando a muchos otros.

**¿Qué medidas propondría para reconducir esta situación cuando la coyuntura económica no permite repercutir costes en los usuarios y las tarifas pagadas por parte de la administración son insuficientes para las entidades sociales?**

Aquí volvemos a estar en el problema de antes. En Europa lo queremos todo, en América aceptan no tener nada. Por ejemplo, en América es frecuente ver a una señora de más de 70 años trabajando de dependienta en una tienda, porque su marido tuvo una enfermedad, no tenían cobertura y convirtieron sus pensiones en *cash*, para pagar el tratamiento y, por tanto, ahora están obligados a trabajar. Nosotros, en Europa, en cambio, tenemos personajes que se prejubilaban antes de los 60 años y piensan que van a vivir hasta más de los 120 con todo resuelto, y eso tampoco es realista. Hemos de buscar, cuando algo toca techo o suelo, cómo generamos más ingresos por la vía de que la gente trabaje durante más tiempo o más horas para tener más ingresos.

**Cataluña tiene una fuerte tradición de colaboración público-privada en el ámbito sanitario y social que ha resultado provechosa para ambas partes pero sobre todo beneficiosa para el ciudadano. La cooperación y los partenariados ya son una herramienta clave para el desarrollo de infraestructuras y servicios. ¿Considera bastantes nítidas y efectivas las reglas del juego o estaría**

**justificada una alteración de estas reglas?**

Precisamente, creo que esta es la línea en la que hay que seguir profundizando: la colaboración público-privada. Es por donde se debe seguir avanzando, con los incentivos que sea necesario poner para que esta colaboración sea fructífera. Quizás sería justo que aquellas personas que no dependan del sistema público tengan algún incentivo respecto a aquéllas que dependan más.

**Según datos de un estudio de La Unió, la mayoría de las entidades sanitarias valoran positivamente la línea de cooperación público/privada de internalización de bienes y servicios ¿Qué actuaciones son necesarias para fomentar este tipo de colaboración?**

Como he dicho antes, quizá algún tipo de incentivo sea lo conveniente. Por ejemplo, yo no he utilizado nunca el servicio público de salud. Siempre he contado con una cobertura privada. Si hubiera más gente así, costaríamos menos dinero al Estado. Y si tuviéramos un incentivo para esto, todos nos apuntaríamos mucho más.

**Una de las tesis que usted defiende, en relación con la supervivencia y competitividad de las empresas, es la innovación. ¿De qué manera incentivaría la innovación y la investigación en las entidades sanitarias?**

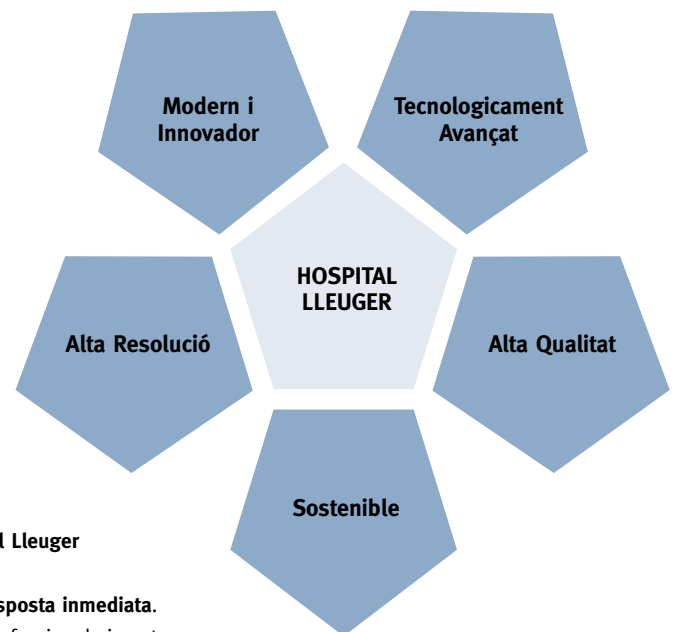
El sector sanitario es el primero en I+D en toda Europa, pero está perdiendo terreno en relación con los Estados Unidos, junto con el riesgo de que hay países emergentes que ya están dedicando esfuerzos aquí. La activación de la infraestructura de innovación en Europa es cada vez más complicada, por su enorme fragmentación y porque no hacemos más que seguir fragmentándola. Debemos buscar esquemas para todo lo contrario, para que, aunque estemos fragmentados, podamos trabajar en equipos de más dimensión, poder trabajar conjuntamente, con esquemas que estimulen la alianza para innovar. Ya se han lanzado algunos proyectos, pero hay que profundizar, ver que cosas son mejorables en estos esquemas y seguir avanzando en esta idea. Por ejemplo, en Estados Unidos hay universidades gigantescas, y, a su lado, las sociedades de capital riesgo, las grandes compañías, los centros de I+D, etc. En cambio, en Europa, cada 50 Km. tienes una universidad que engloba un montón de facultades y que no aspira a ser nada en el mundo, sino que tiene una visión meramente local. Entonces, nos preguntamos cómo podemos competir con ese "polo" brutal que pueden ser Boston, Chicago, Nueva York, etc. En definitiva, tenemos que crear esquemas para ver cómo podemos trabajar juntos. |

“En América es frecuente ver a una señora de más de 70 años trabajando de dependienta en una tienda, porque su marido tuvo una enfermedad, no tenían cobertura y convirtieron sus pensiones en *cash*, para pagar el tratamiento y, por tanto, ahora están obligados a trabajar”

“El sector sanitario es el primero en I+D en toda Europa, pero está perdiendo terreno en relación con los Estados Unidos, junto con el riesgo de que hay países emergentes que ya están dedicando esfuerzos aquí”

# L'hospital lleuger: una resposta d'atenció innovadora

**Dra. Roser Vicente**  
Directora General de Gesaworld



## Característiques bàsiques d'un Hospital Lleuger

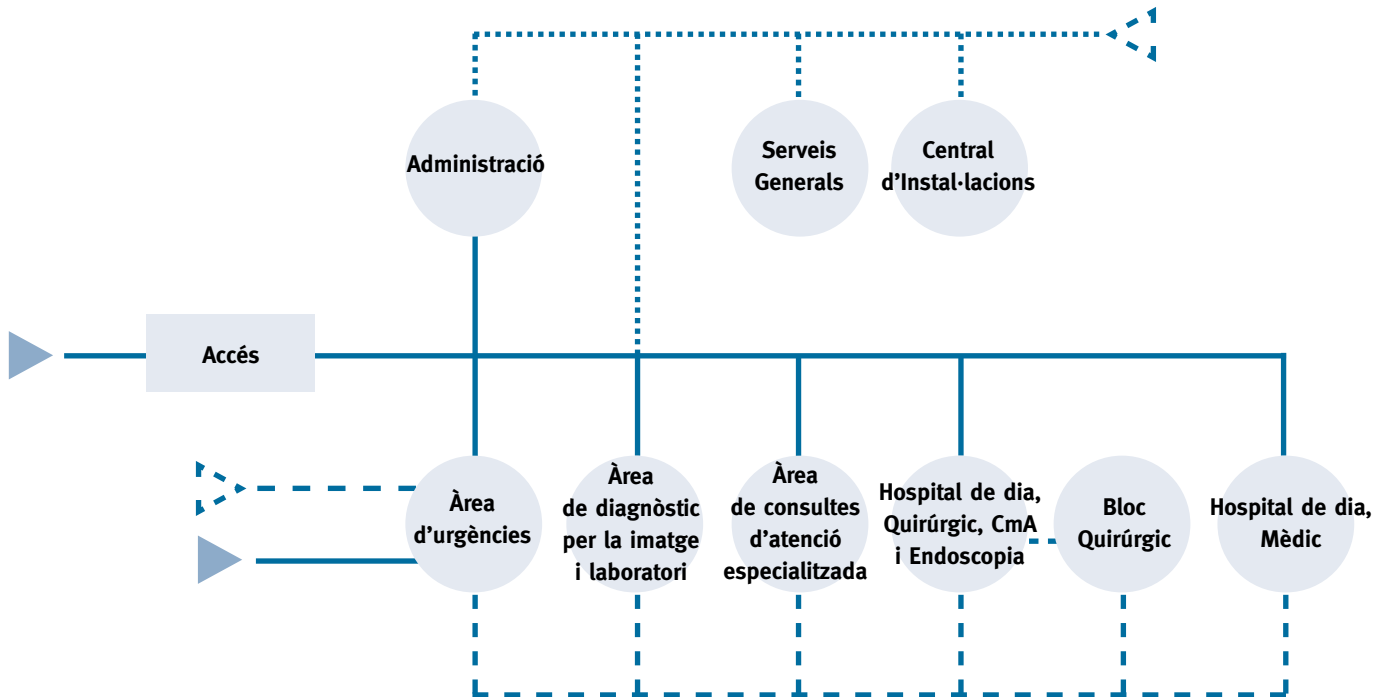
- › Millora de l'**accessibilitat**.
- › Disminueix **temps d'espera** i dona **resposta immediata**.
- › Facilita la **cooperació** entre nivells, professionals i centres.
- › Alternatives a l'hospitalització.
- › Potencia la **consulta en acte únic**: evita visites i desplaçaments.
- › Incorpora **noves tecnologies**: Telemedicina, interconnexió entre centres i professionals.

**E**ls sistemes de benestar occidentals s'han caracteritzat en els últims anys per un creixement de la demanda de serveis públics i una major exigència de qualitat i eficiència per part dels ciutadans. Aquest creixement s'ha traduït en un major volum de serveis i també en la seva diversificació, amb la intenció d'apropar-se a les noves realitats socials i d'oferir una major proximitat al ciutadà. És per això, que els planificadors i gestors públics han de plantejar respostes que combinin alts graus de cost-efectivitat i rapidesa resolutiva, amb nivells de qualitat cada vegada més elevats.

El Sistema Sanitari Català no és aliè a aquests processos de canvi, com ho demostren l'increment de la demanda d'atenció urgent, l'accés a les in-

tervencions quirúrgiques i a les especialitats de l'Atenció Primària, o a la realització de proves diagnòstiques, etc. Davant d'aquests processos, l'Administració catalana ha endegat diverses accions encaminades a millorar la resposta de la xarxa assistencial. Aquestes accions tenen un denominador comú: la introducció de millores en l'atenció, tot aprofitant les oportunitats que ofereixen les tecnologies de la informació i les comunicacions, i incorporant conceptes innovadors quant a l'organització d'unitats i equips assistencials.

Un exemple d'això ha estat el sorgiment de l'Hospital Lleuger com una aposta per millorar l'oferta actual de serveis hospitalaris introduint un nou concepte d'Hospital. Es tracta d'un recurs amb una clara vocació de proximitat, al-



tament resolutiu, que desenvolupi noves modalitats d'atenció i que eviti l'internament dels pacients. El Departament de Salut va impulsar l'any 2006 un estudi sobre aquest nou recurs, en què Gesaworld va aportar el seus coneixements en innovació hospitalària. Producte d'això es la publicació "Directrius per al Disseny d'Hospitals Lleugers", un document que conceptualitza aquest dispositiu hospitalari innovador i en dóna les directrius per al seu disseny funcional i arquitectònic.

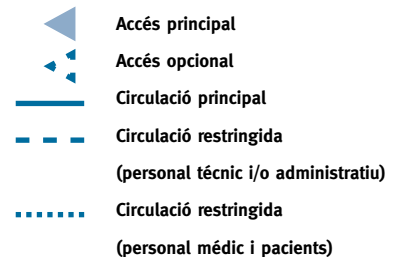
Conceptualment l'Hospital Lleuger es defineix com un centre d'especialitats, com a nexa i suport de l'Atenció Primària, i que manté una dependència funcional amb un centre hospitalari de major complexitat. Amb un pes important de la cirurgia major ambulatoria i de la consulta externa, l'Hospital Lleuger ha de permetre una alta productivitat i una activitat flexible i adaptada a les necessitats de la seva població més propera.

Aquest nou plantejament assistencial parteix també d'unes bases organitzatives diferenciades. Es passa de la tradicional estructura funcional a una altra basada en els processos d'atenció al pacient, tot potenciant la consulta

en un acte únic amb l'objectiu de resoldre els principals problemes de salut en un mateix dia. D'aquesta manera l'organització assistencial haurà de permetre que, al pacient que acudeixi a la consulta de l'especialista, se li realitzin les proves diagnòstiques pertinents i obtingui una proposta terapèutica el mateix dia.

L'Hospital Lleuger té referents clars a d'altres realitats assistencials. En aquest sentit experiències nord-americanes com els Ambulatory Procedures Units o els Outpatient Services han demostrat la viabilitat d'aquest nou concepte d'hospital d'especialitats autònom. D'altres experiències com l'escolesa *Ambulatory Care and Diagnostic Centres* o els més propers *Centros de Alta Resolución* desenvolupats a Andalusia són referents clars que marquen noves línies de desenvolupament hospitalari.

En definitiva l'Hospital Lleuger significa una aposta per una assistència més pròxima, eficient i adaptada als reptes que el nostre Sistema Sanitari té plantejats. Alhora suposa una oportunitat per incorporar innovacions organitzatives, assistencials i tecnològiques per a la millora de la pràctica clínica. |



#### Bibliografia

**Generalitat de Catalunya.** *Directrius per al disseny d'hospitals lleugers.* Departament de Salut. Direcció General de Planificació Sanitària, 2007.

**Juan Ruiz, F.J.; Aranda Pérez, G; Trujillo Ruiz, J.A.,** *Alta Resolución, Pacientes, Parientes e Innovación organizativa.* Revista de administración sanitaria siglo XXI, ISSN 1696-1641, Vol. 5, Nº. 1, 2007, pags. 105-121

**SMITH, R.** *Reconfiguring acute hospital services.* BMJ 1999; 319: 797-798.

**McKee, M y Healy, J.** *The significance of hospitals.* Hospital in changing Europe. Open University Press, 2002.

# Opini

## Los planes funcionales de las infraestructuras sanitarias

Ángel Hortal

Director de MENSOR Consultoría y Estrategia



**E**n 2007 España contaba con 800 centros hospitalarios, públicos y privados, y 11.025 centros de atención primaria (Fuente: Catálogo Nacional de Hospitales y Catálogo de Centros de Atención Primaria del SNS, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007).

Los planes de infraestructuras aprobados y en vigor prevén la inversión en el período 2007-2012 de al menos 7.315 millones de euros (Fuente: Elaboración propia sobre análisis de planes de infraestructuras).

Este esfuerzo inversor en los últimos años (en el período 2001-2007 ya se habían ejecutado otros 9.163 millones de euros) ha vuelto a poner de actualidad un elemento clásico de la planificación sanitaria como es la elaboración de planes funcionales.

### *Cadena de valor de la infraestructura sanitaria*

El desarrollo de la planificación de infraestructuras se ha basado tradicionalmente en la distribución de diferentes tareas entre quienes tienen más conocimiento para desarrollarlas. Así, la cadena de valor de la planificación de un hospital suele tener los siguientes hitos:

- Un plan director, en íntima relación con un plan estratégico (o al menos así debería ser), que visiona las necesidades básicas de infraestructuras, necesarias para llevar a cabo la cartera de servicios dentro de los parámetros de organización elegidos. Se basa, por tanto, principalmente en la estrategia.
- Un plan funcional de Espacios, que desarrolla el anterior, bajando al detalle de espacios concretos y circulaciones. Atiende sobre todo al volumen de demanda y las previsibles nece-



sidades derivadas de la evolución de la forma de atención.

› Un proyecto arquitectónico, o sus subdivisiones de anteproyecto, proyecto arquitectónico y proyecto de ejecución. Se centra así en las necesidades estructurales.

### Los planes funcionales

Podemos definir entonces el plan funcional como una parte del proceso de desarrollo de una infraestructura, consistente en el estudio de las necesidades de espacios, y de las relaciones entre éstos, derivadas de la oferta de servicios y la demanda esperada de atención sanitaria para una población definida.

Esto hace que en nuestro sector podamos encontrar planes funcionales para construir un hospital o para reformar uno ya existente, para centros ambulatorios de especialidades, para centros de salud... O para cualquier área específica de uno de estos tipos de centro.

Siguiendo estas premisas, un plan funcional debe necesariamente incorporar los siguientes elementos: cartera de servicios, estimación de la demanda, previsión de actividad, necesidades de personas y equipos, detalle de espacios, relaciones funcionales y orientaciones generales sobre espacios y circuitos.

› **Cartera de servicios.**- Será la conexión entre el plan funcional y los ejercicios de planificación de nivel superior. Es necesario tener como base de partida una idea sobre sí el centro en el que se hace el plan funcional va a ser, por ejemplo, un hospital universitario o un hospital comarcal. Y, aunque luego se produzca el ajuste fino, esta idea debería venir marcada por un plan estratégico o director previo.

› **Estimación de la demanda.**- La base del plan funcional está en el conocimiento de la realidad sociodemográfica de su ámbito de cobertura objetivo. Conocer la población, así como el perfil epidemiológico de la misma permite poner las bases del dimensionado de sus necesidades.

› **Previsión de actividad.**- Una vez conocida la demanda, el cruce con la cartera de servicios y los datos de frecuentación esperada nos permitirán una primera aproximación a la tipología de espacios necesarios, así como al número de éstos.

› **Cálculo de necesidades de personas y equipos.**- En paralelo, los mismos datos de partida deben servir para un cálculo aproximado de los requerimientos de oferta que tendrá el centro. No basta con conocer cuántas personas serán atendidas, sino que es necesario saber cuántas personas se prevé que presten servi-

cio en la infraestructura y con qué equipos y tecnología.

› **Enumeración detallada de los espacios.**- Superado el apartado anterior, es posible llegar a detallar el número de espacios necesarios.

› **Relaciones funcionales entre los espacios.**- Cualquier centro sanitario es por definición un lugar de circulación personas

› **Orientaciones generales de características de espacios y circuitos.**- El plan funcional en estas orientaciones no debe buscar sustituir la labor de otros equipos expertos que tienen que empezar a trabajar a partir de ese momento (ingenieros y arquitectos para los proyectos de obra y ejecución). Por tanto, deben centrarse principalmente en aportar elementos de valor añadido ligados al conocimiento de la operativa de este tipo de centros, o a resaltar detalles que pueden penalizar la funcionalidad.

### La evolución de los planes funcionales

El diseño de las infraestructuras sanitarias, y sobre todo de los hospitales, no ha sido nunca ajeno a criterios de planificación funcional. Estos se encuentran ya en la opción de cuatro naves en cruz, ventiladas por cuatro patios y con un área de control en el cruce de los Hospitales Reales de Granada o Santiago de Compostela, por poner un ejemplo. Además, estos mismos criterios han ido evolucionando con el avance del conocimiento sanitario, reflejándose así en las necesidades de ventilación y aislamiento para controlar los gérmenes, o en los espacios para paseo de convalecientes, en Hospitales como la Santa Creu i San Pau.

Sin embargo, la idea de planificación funcional es más reciente, y tiene que ver con el lanzamiento de programas de infraestructuras más o menos masivos, que exigían unos criterios homogéneos en el levantamiento de los hospitales. Ello permite una primera oleada de construcción de las grandes residencias sanitarias de la Seguridad Social entre los años 65 a 75 (de Vall d'Hebron al Juan Canalejo, de Valdecilla a Carlos Haya). La segunda oleada, destinada principalmente a acercar la sanidad a la población, en línea con los postulados de universalización de la Ley General de Sanidad de 1986, permite durante los años 80 crear una extensa red de hospitales comarcales y centros de salud.

En estas dos oleadas, prima el despliegue rápido de la red asistencial y los planes funcionales se realizan desde los cuerpos técnicos de los servicios centrales del INSALUD y de las Comunidades Autónomas con las competencias de sanidad transferidas. Son planes por tanto

“ Los criterios de planificación han ido evolucionando con el avance del conocimiento sanitario, reflejándose así en las necesidades de ventilación y aislamiento para controlar los gérmenes, o en los espacios para paseo de convalecientes”

“El arquitecto, en fase de anteproyecto, es el que determinaría el espacio óptimo para una habitación individual (seguro menor que las actuales) y para la habitación potencialmente doble (probablemente mayor que las actuales)”

homogéneos, diseñados sobre criterios de planificación más o menos estandarizados, con énfasis en el dimensionado sobre las previsiones poblacionales, y que tiene la virtud de sentar las bases metodológicas de una justificación cuantitativa y objetiva de los mismos.

Durante los años 90 se produce una contracción en la inversión pública en nuevas infraestructuras aunque, paradójicamente, la planificación funcional encuentra un amplio campo de actividad. La entrada en el sector desde el comienzo de la década de empresas de consultoría, las necesidades de adecuación de las residencias sanitarias de la primera oleada, las reivindicaciones políticas de entidades locales no dotadas en la segunda oleada, así como la demanda de los profesionales de tener mayor peso en la definición de la infraestructura para adaptarlas a su trabajo, cambian el enfoque de los planes funcionales.

Frente a los diseños *top-down* de las dos primeras oleadas, los planes funcionales se ven como una herramienta que permite dilatar el proceso en un escenario de restricción presupuestaria, así como fomentar la participación de los profesionales. De este modo, tanto en ámbito INSALUD como en las distintas comunidades autónomas, comienzan a desarrollarse proyectos caracterizados por:

- › Un buen entendimiento de la evolución de las formas de atención, con énfasis en la ambulatorización, cuyo déficit era uno de los principales problemas de los hospitales anteriores.
- › Un notable acopio de conocimiento del funcionamiento del día a día del hospital, debido a una participación elevada de los profesionales y a una aproximación metodológica ordenada por consultores especializados.
- › Una dificultad intrínseca a la participación de los profesionales, y potenciada por actores políticos, consistente en considerar que la titularidad de más metros de espacio supone mayor poder en el interior del centro, o mayor capacidad de captación de votos de la sociedad.
- › Una pésima comprensión de los tiempos de ejecución de las inversiones, cuya dilación provoca frustración en los profesionales participantes, y desajustes en ocasiones inhabilitantes del dimensionado de la demanda.

Con estas bases, se va produciendo una industrialización de la planificación funcional en torno a empresas de consultoría de estrategia y gestión sanitaria, de ingeniería o de arquitectura y que constituye la tercera oleada en la que aún estamos incursos.

Cada uno de los participantes, en un proceso de planificación y puesta en funcionamiento de la infraestructura, debe asumir los riesgos y las responsabilidades derivadas de sus decisiones. Así, un consultor sanitario encargado de definir un plan funcional debe dar con la mayor exactitud posible los datos de necesidades de cada tipo de dispositivo asistencial (partiendo de los análisis de frecuentaciones y previsiones de actividad) y los requerimientos de circulaciones necesarios. El arquitecto es el que debe encargarse en el anteproyecto de traducir estas necesidades a espacios concretos.

### *El futuro cercano de los planes funcionales*

Las últimas experiencias en planes funcionales, por ejemplo los desarrollados para los nuevos Hospitales de Madrid, no responden a este criterio. Los planes funcionales establecen criterios que dificultan la viabilidad de los proyectos aumentando desmesuradamente las necesidades de inversión. Prescribir, como se hace en estos planes funcionales, que el tamaño de todas las habitaciones individuales permita que en un momento determinado se puedan usar como dobles, duplica las necesidades de espacio (y con ello la inversión y costes de explotación) de las áreas de hospitalización. Esta solución, además de ineficiente, es poco funcional, ya que no está estudiado que el resto del hospital pudiera acoger el doble de la hospitalización inicialmente proyectado. Un diseño racional del plan funcional debería prever qué número de habitaciones individuales son necesarias, y cuántas de ellas, en caso de necesidad, podrían doblarse. Sobre esta base, el arquitecto, en fase de anteproyecto, es el que determinaría el espacio óptimo para una habitación individual (seguro menor que las actuales) y para la habitación potencialmente doble (probablemente mayor que las actuales). Con un indicador ilustrativo como es el de los metros cuadrados construidos por cama en hospitales, vemos que en la primera y segunda oleadas descritas, en el ámbito Insalud, se movía en torno a los 100 m<sup>2</sup>/cama, mientras que hospitales como los Nuevos de Burgos o Son Dureta alcanzan los 200 m<sup>2</sup>/cama.

Esta reflexión puede servir de apertura al camino que en los próximos años deberían tener estos planes, ligados principalmente a un entorno de colaboración público-privada, a la irrupción de las nuevas tecnologías de información y comunicación (TICs), a las nuevas formas de organización de los servicios sanitarios y a la incertidumbre que la aceleración de los avances en genética plantean sobre el abordaje de la atención sanitaria en el futuro inmediato.



► En el entorno de la colaboración público-privada a través de proyectos PFI (*Private Finance Initiative*) o de concesiones de Gestión de Servicio Público, los planes funcionales van incorporados a la documentación de licitación junto al plan de viabilidad económica de la operación. Dado que, en dichos modelos, se realiza un traslado del riesgo de disponibilidad y de la responsabilidad de mantenimiento del activo al concesionario, el plan funcional debe garantizar los parámetros esenciales que desde la administración se considere necesario respetar para el buen cumplimiento de los objetivos finales de respuesta a las necesidades sanitarias de la población. El plan funcional debe ser suficientemente abierto como para que el ente colaborador pueda ajustar su infraestructura a su modelo de explotación del servicio, siempre dentro de los parámetros que marca la administración.

► En similar línea, los planes funcionales hoy día deben contemplar la intensidad en el uso de tecnologías de información y comunicación por la que se vaya a optar. En nuestro entorno inmediato, la circulación de datos en lugar de personas, tiene un impacto decisivo sobre los paradigmas pasados ligados a las relaciones funcionales de espacios. El teletrabajo, la telemedicina, la telemonitorización, la historia clínica compartida,... permiten racionalizar espacios destinados a la asistencia y a los cuidados.

► El aumento de la resolución en todos los puntos de atención, ligado al entendimiento de los sistemas sanitarios como Organizaciones Sanitarias Integrales, origina cambios en la concepción de los espacios. Así, los centros de salud aumentan su complejidad tecnológica, dejando de lado su tradicional arquitectura de espacio de corte administrativo para pasar consulta.

También en el ámbito hospitalario, esta tendencia debe tener correlación con base en el reparto de la ubicación de la alta tecnología.

► Las exigencias de flexibilidad determinadas por las nuevas disciplinas y abordajes asistenciales no pasa tanto por prever la capacidad de crecimiento del hospital frente a aumentos de la demanda (doblar camas), como por la posibilidad de cambios estructurales de grandes áreas de los centros por caída en obsolescencia de tecnologías (sustitución de ciertos abordajes quirúrgicos por farmacológicos) o la aparición de otras nuevas.

### Conclusiones

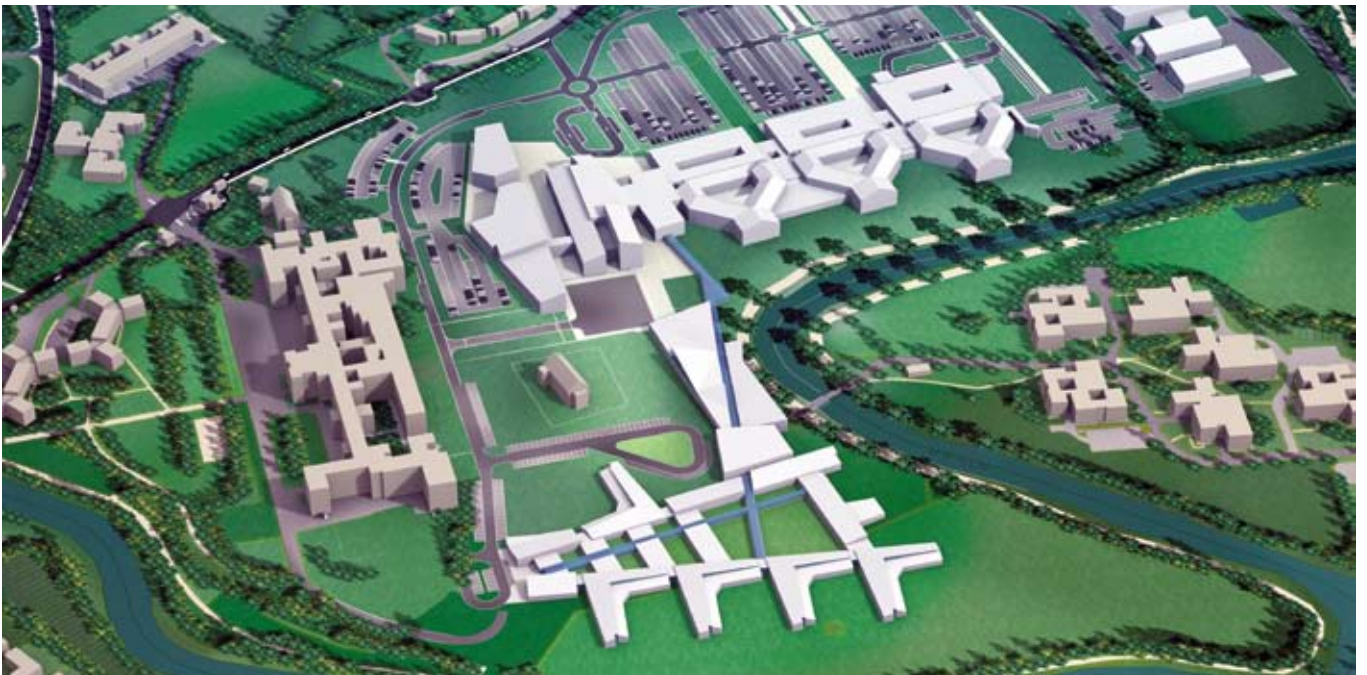
Ante el esfuerzo inversor en infraestructuras sanitarias previsto para los próximos años, se hace necesario homogeneizar algunos criterios de cara a la planificación funcional:

- Comprimir en el tiempo los momentos de planificación funcional, ejecución de obra y apertura del centro.
- Delimitar el marco temporal de vida útil de la infraestructura y prever el impacto sobre ésta de cambios en la demanda y la oferta sanitaria.
- Adecuar los contenidos del plan funcional a los objetivos estratégicos de la organización.
- Tratar cada plan de manera artesana, huyendo de la traslación fácil de ratios de dudosa adecuación a situaciones diversas.
- Incorporar nuevas sensibilidades en el momento de la planificación, con orientación concreta al paciente y a criterios de sostenibilidad.
- Garantizar la transmisión del contenido esencial del Plan Funcional hasta el momento de puesta en servicio de la infraestructura. |

**“Los planes funcionales hoy día deben contemplar la intensidad en el uso de tecnologías de información y comunicación por la que se vaya a optar”**

# Environmental design in hospitals

Romano Del Nord  
Arquitecte



**N**owadays we are getting increasingly aware of the close relationship between environment and health. But how to design it is by far a more complex matter. Through the design of healthcare facilities environment we can influence – both in a positive or negative way - the determinants of health or disease. Interior design, artwork integration and aesthetic issues are key aspects of the more general problem of the health promotion through the design of the physical environment.

The subject of my presentation deals with the role that the “environment” –in the broadest sense of its meaning- can play for increasing therapeutic outcomes in a renewed conception and planning of the healthcare facilities.

Among the various kinds of buildings that have received attention from contemporary architectural culture, that of the hospital structure

undoubtedly merits special critical reflection due to the debatable quality of the results achieved by the work that has been performed and, above all, due to the absence of innovative suggestions coherent with the accelerated evolutionary dynamics of the therapeutic procedures and medical technologies that it hosts.

The reasons for said discrepancy differ in nature: in part they are attributable to the anachronistic – but widespread – conviction that a hospital building must be conceived of only as a “healing machine”, thus giving the “functional” component priority importance in the planning criteria for the project and the manner in which architectural solutions are determined, and in part they are due to limited cognition of the evolution that this kind of structure has undergone over time in terms of the manner in which treatment and caregiving are provided, as well as its specific environmental characteristics.

An additional reason can be found in the scarce consideration given to cognitive contributions originating from other disciplines, but which have increasingly studied in greater depth the overall phenomenology of man/environment relationships, and which in an increasing effective manner currently tend to provide valid operative contributions for the reinterpretation of the hospital space as a place for psycho-physical and sensory interaction.

In this sense, the contributions of environmental psychology, sociology, ergonomics and proxemics can concur in determining the project input required to enrich the cultural heritage of its designers, and in granting the project significance as a true symbol of the interactive dynamics that it generates.

More and more, we become “scientifically aware” that there is a very close connection between the environment and the illness or wellness of a person.

This assumption is directly depending by the “evidence based consciousness” that, nowadays, illness, as a concept, has new contours and requires an overall viewpoint of the organism and of the intertwining of the body, the psyche and the environment.

In this sort of scenario the patient must be empowered of appropriating the healing process getting back in touch with the emotional, intellectual and sensorial aspects of his nature.

### ***Hospital as a sophisticated container***

In said context, the hospital must not be considered just as a machine with high productive efficiency, often to the detriment of the human dignity of hospitalized patients, but as a sophisticated container in which components of a physical-environmental, socio-relational and architectural nature assume therapeutic significance, acquiring strategic importance for the pursuit of the same objectives as the overall health system.

What is needed, is a holistic view of the patient according to which the patient can no longer be seen, merely, as the mechanical sum of his parts, but rather, as a whole, being made up, of body psyche and soul.

Indeed, medicine -in antiquity- was considered an ecological profession because it was closely intertwined with the environment and through the relationship with the surrounding environment, with the very idea of life and death, could

generate a person’s internal harmony (wellness). Due to a perverted change of direction medical progress and innovation have progressively aimed at a mere spurting ahead in terms of technological advances, rather than providing a backdrop and a support, to an anthropological and ecological concept of health.

If we were to accept the notion that “health” can be defined both in “negative terms” ..... as an absence of illness or feelings of anxiety, pain or stress; or in “positive terms”, such as .... the existence of a state of wellness, then the environment can become a resource\_if it is used to support the process of re-establishing conditions of health and well-being. Otherwise it becomes a pathogenic factor.

### ***Health and environment***

Part of the definition of health in “positive terms”, thus, stresses relationships between people and the environmental context of the person, unlike what happens in the “negative definition” of health, which is centered on the individual and only in the individual’s capacity as a sick person.

Research has moreover revealed that some conditions and factors related to the architectural dimension of the built environment may influence human health altering the “stress levels” of the people living in them.

“Stress” is treated, in scientific research, as a psychological and medical concept. It derives from problematic interactions between a person and the environment in which he lives and operates. According to this vision it is impossible not to consider the environment in its physical/spatial dimension as a fundamental locus in the generation of conditions and factors of risk which can stimulate “stress responses”. For this reason the concept and phenomenon of “stress” may also be considered as a possible criterion for the correct planning of the care locus, since this is a place of proven stress generation.

The planned environment can therefore become a powerful instrument to promote, improve and support health. Said action, however, on the one hand must involve the limitation - or elimination - of environmental factors that are stressors, while on the other facilitate users in implementing the processes that they activate spontaneously to deal with highly critical environmental situations.

The Hospital is certainly an emblematic type of built environment for an investigation of this kind. “Stress” and “hospital” are closely connected through the

**“The hospital must not be considered just as a machine with high productive efficiency, often to the detriment of the human dignity of hospitalized patients, but as a sophisticated container in which components of a physical-environmental, socio-relational and architectural nature assume therapeutic significance”**

**“It is impossible not to consider the environment in its physical/spatial dimension as a fundamental locus in the generation of conditions and factors of risk which can stimulate stress responses”**

two fundamental events of illness and hospitalisation, so much so that they can cause illness-induced distress plus hospital-induced distress.

Hospital buildings, as they are conceived today, have clearly shown that they possess certain stress-inducing qualities which are able seriously to threaten the psychophysical balance of its users.

In the specific case of this type of hospital, the concept of “environmental vulnerability” finds a concrete expression in the stress-inducing potential of the physical/spatial environment.

The hospital may thus become a “paradigmatic physical place” for focusing the process of conception of spaces for health care in order to control psycho-emotional stress conditions.

The more complex problem for planners and designers regards the means for translating this

conviction into practice, i.e. “how” to create environments that reduce stress and promote health.

Design and the effectiveness of treatment are clearly inter-related. A high level qualitative medical design can help those who offer assistance to provide more efficient services.

On the other hand, design that does not consider the health objective is reflected in an elevated cost in terms of stress, compromising the possibility of creating efficient environments from a functional viewpoint, which are effective in supporting the individual’s psychosocial state.

The architectural solutions defined in many projects of my office and documented in the projected slides are finalized to reach this sort of results. |

## Opini3

### La dimensi3n del dise1o ambiental en los hospitales

Hoy en d1a somos cada vez m1s conscientes de la estrecha relaci3n entre Salud y Ambiente. El edificio en s1 puede ser una fuente de enfermedad (o mala salud) o al contrario un recurso para mejorar la salud de las personas. Pero c3mo dise1arlo es un tema complejo. Por ello necesitamos entender mejor lo que somos capaces o queremos conseguir a trav3s del dise1o ambiental y c3mo hacerlo.

La investigaci3n actual en este sentido concluye que los pacientes hospitalizados sufren estr3s f1sico y psicol3gico. Puede adelantarse la hip3tesis de que, al menos en parte, los pacientes est1n influenciados por el dise1o de los espacios

para su asistencia sanitaria, lo cual se refleja en la percepci3n de su estado de salud.

Junto con el tratamiento psicol3gico y m3dico que el hospital proporciona a pacientes y sus familiares, el ambiente puede convertirse en un elemento positivo de adaptaci3n en su larga trayectoria de tratamientos de su enfermedad.

La creaci3n de condiciones ambientales que puedan contribuir a la salud de los pacientes y su recuperaci3n, es un tema amplio y complejo. Necesitamos un dise1o adecuado de un ambiente hospitalario con influencias positivas en el proceso de curaci3n y tomar decisiones sobre estrategias para conseguirlo. |

#### Bibliograf1a

- Lazarus R.S. (1966).** *Psychological stress and the coping process*, McGraw-Hill, New York.
- Saegert S. (1976).** *Stress-inducing and stress-reducing qualities of environment*, in Proshansky H.M., Ittelson W.H., Rivlin L. (Eds), *Environmental psychology*, Holt, New York, pp. 218-223.
- Ulrich R.S. (1984).** *View through a window may influence recovery from surgery*, in “Science”, 224, pp. 420-421.
- Evans G.W., Cohen S. (1991).** *Environmental stress*, in Stokols D., Altman I. (Ed.), *Handbook of environmental psychology*, vol. II, Krieger Publishing Company, Malabar, pp. 571-610.
- Evans G.W., Mitchell McCoy J. (1998).** *When buildings don’t work: the role of architecture in human health*, in “Journal of Environmental Psychology”, 18, pp. 85-94.
- Edelmann R.J. (2000).** *Psychosocial aspects of the health care process*, Pearson Education Limited, Prentice Hall.
- Ulrich R. (2001).** *Effects of healthcare environmental design on medical outcomes*, in Dilani A (Ed.), *Design and Health – The therapeutic benefits of design*, AB Svensk Byggtjanst, Stockholm, pp. 49-59.
- Scher P. (2002).** *The Exeter evaluation – A basis for hospital design and art in the millenium*, in Dilani A. (Ed.), *Design & Health – The therapeutic Benefits on Design*, Elanders Svensk Tryck AB, Stockholm, pp. 317-327.
- Devlin A.S., Arneill A.B. (2003).** *Health care environments and patient outcomes. A review of the literature*, in “Environment & Behavior”, 35(5), pp. 665-694.
- CABE, Commission for Architecture and the Built Environment (2004).** *86 per cent of nursing chiefs say design of hospital buildings improve the performance and morale of NHS nurses*, CABE Press Release, 27 July
- Ahmann E., Abraham M.R., Johnson B.H. (2004)** , *Changing the concept of families as visitors: supporting family presence and participation*, Institute for Family-Centered Care, Bethesda (MD, USA).
- Ulrich R., Zimring C., Xiaobo Q., Anjali J., Choudhary R. (2004).** *The role of the physical environment in the hospital of the 21th century: a once-in-a-lifetime opportunity.*

# ekon salud



## La solución que diagnostica el éxito de las organizaciones sanitarias

¿Por qué numerosas instituciones asistenciales y socio-sanitarias utilizan **ekon salud** para gestionar su actividad? Porque **ekon** es líder en soluciones sectoriales.

- **Agiliza y personaliza el servicio**, tanto ambulatorio como hospitalario
- **Ofrece rápidamente historiales de salud**, al ser el paciente el eje de toda la actividad
- **Integra la gestión asistencial con los procesos directivos** y administrativos
- **Optimiza el trabajo** del personal
- **Facilita la integración con plataformas del sector** y dispositivos móviles
- **Incrementa la calidad asistencial** optimizando los costes de los procesos

Llámenos al **902 227 000**  
**[www.ccsagrosso.com](http://www.ccsagrosso.com)**

**CCSAGRESSO**  
A Unit 4 Agresso Company

**ekon**  
líder en soluciones sectoriales



# 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.*