

Referent

PAPERS DE LA **FUNDACIÓ UNIÓ**

A fons

- Hacer más con menos
- La reforma sanitaria americana

A reflexió

La valoración de la dependencia para el acceso a la Ley 39/2006

Entrevista

Joan Vila-Masana
Director d'infraestructures de
l'Hospital Clínic de Barcelona



07

STAFF

CONSELL EDITORIAL

President:

Roser Fernández

Vocals:

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

CONSELL DE REDACCIÓ

Direcció:

Josep Martí i Lluís Miravittles

Coordinació:

Cristina Aragüés

Redactora en cap:

Estefanía Linés

Redacció:

Anna Cerdà i Andrea Gil Bermejo

Col·laboradors:

Joan Maria Ferrer i Carles Loran

Disseny i maquetació:

Wenceslau Aparicio

Serveis comercials:

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

Correcció:

Isabel Vidal

Impressió:

Vigor

Serveis editorials i comercials

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

Fundació Unió

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

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

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

ÍNDEX

- P. 3 EDITORIAL
Una reflexió serena sobre l'IVA;
- P. 4 A FONTS
Hacer más con menos;
Albert Siré
- P. 8 La reforma sanitaria americana y su impacto en los sistemas europeos;
Ignacio Riesgo
- P. 12 A REFLEXIÓ
La valoración de la dependencia para el acceso a la Ley 39/2006;
Toni Rivero
- P. 18 CASOS PRÀCTICS
Els sistemes de qualitat als hospitals d'Europa;
Rosa Suñol
- P. 22 ENTREVISTA
Joan Vila-Masana;
- P. 24 GESTIÓ DE RECURSOS
Directius per a l'atenció primària i competències organitzacionals

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

Una reflexió serena sobre l'IVA

El Govern de l'Estat farà efectiva una pujada dels impostos en l'exercici 2010. Entre els tributs que aniran a l'alça està l'IVA que, en el seu tipus general, s'enfilarà del 16% actual al 18%. Referent no és una publicació d'anàlisi fiscal i política i, per tant, no entra dins del seu camp d'actuació l'argumentació sobre l'oportunitat o la inoportunitat d'aquesta mesura per fer front a la crisi econòmica. No obstant això, en tant que publicació especialitzada en els sectors sanitari i social, sí que és la nostra obligació dedicar unes línies a valorar l'impacte d'aquest increment impositiu, en especial de l'IVA, en ambdós sectors.

I val a dir que ho fem de manera molt negativa pel seu caràcter indiscriminat i també per no valorar adequadament l'impacte perjudicial que tindrà sobre dos sectors, el sanitari i el social, que són bàsics per a l'economia productiva i a l'hora per garantir la cohesió social en períodes de dificultat econòmica com l'actual.

Només a Catalunya, i només tenint en compte el sector hospitalari, l'IVA suportat impossible de recuperar representa uns 215 milions d'euros l'any. Amb la pujada impulsada pel Govern de l'Estat aquesta xifra s'incrementarà en 25 milions, la qual cosa suposa un 11% més. Sembla clar doncs que una major pressió fiscal anirà en detriment del manteniment dels serveis i, per suposat, comportarà una frenada de les inversions necessàries per a garantir noves prestacions.

La Unió Catalana d'Hospitals ha liderat una campanya, a la qual s'han sumat amb posterioritat d'altres entitats i associacions, per exigir un compromís governamental que tingués en compte aquests arguments i que els traduís en un IVA superreduït del 4% en la compra de béns

i serveis en els sectors de la salut i social. De moment, aquesta petició no ha estat atesa tot i que ha estat inicialment ben rebuda per tots els grups parlamentaris. L'executiu central no s'ha mostrat sensible a una demanda que, en última instància, afavoriria tots els ciutadans ja que està pensada per garantir la qualitat, l'equitat i l'eficàcia dels serveis sanitaris i socials.

Cal dir que la petició de la Unió Catalana d'Hospitals no deriva de la improvisació. Fa molts anys que aquesta petició està damunt la taula avalada per diferents estudis independents. Malauradament, en les decisions dels poders públics sempre ha prevalgut la visió a curt termini, centrada en la recaptació, i no pas una visió a mig i llarg termini que inclogués una anàlisi detallada de l'impacte final que l'IVA representa sobre el sector.

Es dona la paradoxa que els increments d'aquest impost pretenen garantir una major recaptació per fer front a la despesa en serveis sanitaris i socials amb l'objectiu de garantir-ne la prestació en moments de crisi econòmica. L'objectiu és lloable, però el resultat és el contrari del que es pretén, ja que afegir tensió a la situació financera del sector només fa que perjudicar la prestació dels serveis que es pretén garantir. Ens trobem doncs, enmig d'un cercle viciós que hauria d'ésser substituït per un altre de virtuós.

Des de Referent convidem el govern de l'Estat a una reflexió serena que tingui en compte els arguments presentats pel sector. Tot i que cada dia que passa sembla més inviable una rectificació, el cert és que no podem deixar d'insistir sobre els efectes perniciosos de la mesura, si es posa en pràctica tal com està prevista. Per rectificar només cal voluntat, esperem que el govern la hi demostrï. |

Hacer más con menos

Albert Siré
Socio de Accenture

A fons



Después de varios años de crecimiento sostenido, la economía española se enfrenta a un periodo de incertidumbre global que afectará en diferente medida a todas las organizaciones. Sin embargo, se trata de una magnífica oportunidad para que las empresas transformen sus procesos, aplicaciones o infraestructuras con el objetivo de alinearlas con sus modelos de negocio, porque pese a que el contexto haya cambiado, y quizá las respuestas no sean las mismas, las preguntas persisten. En efecto, incluso en medio del ciclo recesivo, las organizaciones siguen interesadas en mejorar su competitividad, asegurar la eficacia de su personal e invertir en tecnología para continuar innovando procesos de negocio ya maduros. Frente a esta necesidad, el mercado español ha demostrado que el outsourcing, entendido como el proceso por el cual una organización contrata a un tercero especializado la ejecución de determinados procesos que no considera parte de su actividad

principal, es una de las opciones estratégicas de las organizaciones.

En los últimos años la demanda de estos servicios ha crecido a ritmos del 15%. Si bien es cierto que los analistas están revisando a la baja las previsiones de crecimiento de estos servicios para 2009, estamos convencidos de que el mercado español crecerá este año por encima de esa estimación, particularmente en el outsourcing de procesos de negocio, conocido por sus siglas en inglés como BPO. La explicación tiene que ver con una lección del pasado reciente: las empresas que en crisis anteriores fueron exitosas fueron aquellas que se atrevieron a cambiar e innovar. Y la externalización es una herramienta que puede contribuir claramente a estos dos procesos. Nuestra experiencia con los clientes demuestra que aplicando esta herramienta, un banco puede recortar sus gastos operativos hasta un 45%, una empresa puede reducir el tiempo de capaci-

tación de su fuerza de ventas en un 15%, y una farmacéutica, acortar el plazo que normalmente lleva lanzar un nuevo medicamento al mercado de 18 a 12 meses.

Las empresas están viviendo momentos difíciles. La incertidumbre es tal que las organizaciones ya no están pensando en los siguientes dos años, sino en los siguientes dos meses e incluso, los siguientes dos días. En este contexto, ¿cómo pueden las compañías aprovechar la crisis para acelerar su crecimiento? No es una cuestión menor. Las empresas que salieron ganadoras de la recesión de 1991, la última de repercusión global, se mantuvieron seis años más a la delantera de su sector, y las que resultaron perdedoras, se quedaron a la zaga un tiempo similar. Por lo tanto, las recesiones son importantes porque determinan qué sucederá después con las compañías. Como ya hemos comentado en el artículo, la última crisis enseña también que los ganadores fueron aquellos que aprovecharon la coyuntura para invertir en nuevos mercados, vender unidades de negocio o comprar activos baratos. El outsourcing puede contribuir al éxito de estas estrategias. Al mejorar la motivación de la plantilla, reducir el tiempo en que se absorben las adquisiciones y acelerar el ciclo de ventas, la externalización puede ayudar no sólo a reducir costes sino también a incrementar el capital circulante y aumentar los ingresos. El outsourcing es mucho más que un simple recorte de gastos; es útil también para generar liquidez y acelerar la entrada de ingresos. Esto es cierto para las empresas de todo el mundo y lo es también para las empresas españolas.

Outsourcing en sector sanitario

El número de contrataciones de outsourcing en el sector sanitario público y privado ha crecido significativamente en los últimos años.

En Sanidad son muchos los servicios que ya están siendo operados por terceros y que no afectan directamente a la atención al paciente. Por ejemplo, servicios de limpieza, restauración, esterilización, seguridad y otros relacionados con el desarrollo y mantenimiento de aplicaciones informáticas, entre otros.

No obstante, los planteamientos y las reflexiones estratégicas alrededor del Outsourcing en el sector sanitario público se vienen realizando sin tener en cuenta, por lo menos de forma explícita, la reducción de costes que debería llevar asociada un proceso de este tipo.

Es decir, habitualmente se focaliza el proceso en la obtención de los beneficios cualitativos del mismo. Las organizaciones que contratan estos servicios esperan conseguir beneficios tales como focalizar a sus personas en la actividad fundamental (prestación de servicios sanitarios), disponer de acceso a expertos cualificados y a las mejores prácticas para la ejecución de los procesos externalizados, mejorar el servicio mediante la implantación de acuerdos de nivel de servicio y minimizar la inversión para disponer de tecnología de última generación, entre otros.

“La última crisis enseña también que los ganadores fueron aquellos que aprovecharon la coyuntura para invertir en nuevos mercados, vender unidades de negocio o comprar activos baratos. El outsourcing puede contribuir al éxito de estas estrategias”

¿Qué es el outsourcing?

Ahora más que nunca, las empresas reconocen que para alcanzar el alto rendimiento es necesaria la colaboración. Entienden que la capacidad de ser global y actuar localmente exige una cooperación continua. Ninguna otra actividad de negocio aborda las realidades arriba mencionadas más directamente que la externalización. El outsourcing es, después de todo, una manera de aprovechar los talentos combinados de múltiples organizaciones y permitir que cada parte se concentre en sus competencias básicas. En muchos aspectos, la externalización constituye la clave para crear las capacidades y eficiencias del siglo XXI que garantizan la rentabilidad y la competitividad.

Hay tres objetivos que persiguen las compañías cuando hacen outsourcing: dos están más

del lado del coste y uno, del crecimiento. Todo el mundo intenta reducir el coste y mejorar el flujo de caja –especialmente importante en esta época, pero no sólo eso. También quiere aprovechar el periodo de incertidumbre para crecer porque en épocas así, el que quiere comprar o hacer fusiones puede encontrar cosas al mejor precio imaginable. Entonces, el outsourcing también tiene que contribuir al crecimiento. Los servicios AO (Outsourcing de Aplicaciones) e IO (Outsourcing de Infraestructuras) ayudan mucho a reducir costes y mejorar el flujo de caja. Bien planteado, el BPO (Outsourcing de Procesos de Negocio) ayuda mucho a crecer. Por lo tanto, la tendencia del mercado va hacia los servicios integrales. Una combinación de AO, IO y BPO que encaje con las necesidades del cliente.



“La sanidad pública debería arrancar nuevas iniciativas de outsourcing donde se altere el orden de los factores, primando la obtención de los beneficios cuantitativos frente a los cualitativos”

En todo caso, es difícil introducir beneficios cuantitativos como la reducción de costes, la sustitución de costes fijos por costes variables, etc. dentro del análisis asociado con el proceso de externalización.

En el contexto económico actual, de sobra conocido por todos, esta situación debería cambiar. La realización de los beneficios cuantitativos asociados a un proceso de outsourcing en la sanidad pública debería ser de obligado cumplimiento dado que la racionalización y contención de costes se han situado como una prioridad en la agenda política. Adicionalmente, la sanidad se enfrenta a retos como el envejecimiento poblacional, la escalada de demanda que cuestiona la sostenibilidad de nuestro sistema sanitario.

Dentro de este contexto, la sanidad pública debería arrancar nuevas iniciativas de outsourcing donde se altere el orden de los factores, primando la obtención de los beneficios cuantitativos frente a los cualitativos. Para ello, la definición y ejecución de un proceso de outsourcing debería formar parte de un programa estructurado de mejora del servicio y reducción del gasto en un proveedor de salud.

Es decir, se trata de identificar medidas estructurales que permitan “hacer más con menos”, cuantificando a priori en un análisis coste-beneficio (por no utilizar otros términos como coste-efectividad o

coste-utilidad) los resultados cualitativos y cuantitativos que se esperan obtener a corto, medio y largo plazo.

Hay que tener en cuenta que una parte importante del trabajo ya se ha desarrollado, porque la mayoría de las áreas donde existen oportunidades potenciales de mejora de coste y servicio ya se han identificado.

Si pensamos en las actividades no fundamentales de un proveedor de Salud (aquellas que no son propias de su “negocio” que es la prestación de servicios sanitarios), nos encontramos con áreas que tienen un claro potencial de mejora.

Por ejemplo, en el área de Compras. La implantación de nuevos modelos de aprovisionamiento y logística que integren con perspectiva global ambos procesos, permite optimizar los costes y gestionar las operaciones de una forma más eficiente garantizando el nivel de servicio perseguido. Cabe destacar que observamos en la actualidad una cierta tendencia generalizada a abordar esta área de mejora, especialmente en la sanidad pública nacional.

Existen otros procesos de soporte que pueden ser susceptibles de externalización logrando los objetivos de coste y servicio. Cabría destacar el proceso de citación, la libre elección de médico,

la gestión de garantías de demora o la gestión de la documentación (no únicamente las Historias Clínicas en archivo).

Por lo tanto el camino está claro. Pero, ¿cuáles son las barreras? Las barreras son múltiples pero, en este análisis, nos vamos a centrar únicamente en dos. La primera es el peso de los costes de personal en la consecución de los objetivos de reducción de costes. La gestión del capital humano es un aspecto crítico en la gestión de los procesos de outsourcing en el sector público (con diferente tratamiento en el sector privado). Es en este punto donde debemos acuñar y hacer nuestro el término de *cosourcing*, es decir, que ese tercero que presta los servicios se constituya con un equipo mixto de personal interno y externo, focalizando al personal interno en las tareas de mayor valor añadido. La implantación de modelos de *cosourcing*, junto con la ejecución de otras líneas de acción, puede ser la solución que definitivamente rompa esta barrera.

Por otro lado, está el compromiso con la reducción de costes. Para ello es imprescindible contar con un socio, un outsourceer, que crea en el proyecto y,

no hay mayor demostración de esa creencia que comprometer parte de los honorarios a conseguir los resultados identificados en el análisis coste-beneficio. Es decir, riesgo y recompensa.

Finalmente, ¿qué pasaría si empezáramos a pensar en actividades no fundamentales con mayor impacto en la propia asistencia sanitaria? Existen oportunidades razonablemente claras para ser más eficientes y eficaces en determinados entornos, como por ejemplo la radiología y/o la gestión de crónicos. Ya existen referencias en ese sentido a nivel nacional e internacional, con outsourceers prestando determinados servicios en dichos entornos.

Es necesaria una evolución en el concepto de outsourcing, contemplando diferentes modalidades en la gestión del capital humano, entrando en áreas que, aunque complejas, presentan un claro potencial para la mejora y la consecución de ahorros, comprometiéndose realmente al proveedor del servicio en la consecución de los resultados y, en definitiva, contribuyendo de forma clara a la sostenibilidad del sistema sanitario y la mejora del servicio prestado a los pacientes. |

"La gestión del capital humano es un aspecto crítico en la gestión de los procesos de outsourcing en el sector público. Es en este punto donde debemos acuñar el término de *cosourcing*, es decir, que ese tercero que presta los servicios se constituya con un equipo mixto de personal interno y externo, focalizando al personal interno en las tareas de mayor valor añadido."



www.uch.cat



CONFIDE: CORREDURIA DE SEGUROS



Business Services



La reforma sanitaria americana y su impacto en los sistemas europeos

Ignacio Riesgo

Director de Sanidad de PricewaterhouseCoopers

El sistema sanitario americano se debate en un proceso de reforma, como consecuencia de la prioridad que, desde el principio de su mandato, concedió a este tema el Presidente Obama. Aunque cuando se escriben estas líneas el nuevo texto legislativo todavía no se ha aprobado, no es muy aventurado pensar que irá en la línea de aumentar la accesibilidad del sistema, avanzando hacia la cobertura universal o cuasi-universal.

Es evidente que, al final, ha calado en Estados Unidos lo que ya está implantado en Europa y todo el resto de los países industrializados: la cobertura sanitaria universal de sus ciudadanos.

No obstante, lo que queremos explorar en este artículo no es tanto la influencia de los sistemas sanitarios europeos en el sistema americano, sino al revés, qué consecuencias tendrá esta reforma en los sistemas europeos. Estos sistemas vivían hasta ahora en una especie de complacencia y sensación de superioridad frente al sistema americano, que los “protegía” de las influencias de ese gran laboratorio de iniciativas en marcha en la sanidad americana. Partimos de la base de que esta sensación tiene los días contados.

La tradición europea

Toda la tradición de los sistemas sanitarios europeos parte de finales del siglo XIX en Alemania. En 1883 el canciller Otto von Bismark introduce un modelo de cobertura para ciertos trabajadores asalariados financiados por cotizaciones sociales. Este sistema comienza primero en Alemania y a continuación se traslada al resto de los países europeos, que empezaron todos por este sistema.

La base de estos sistemas basados en Seguros Sociales, tipo Bismark, es la agrupación gremial obligatoria para la cobertura de la asistencia sanitaria. La cobertura era en virtud de la pertenencia a una categoría social determinada, la financiación era a través de cotizaciones sociales (empresarios y trabajadores) y había un papel relevante de las entidades aseguradoras de base gremial en la gestión del sistema. Este sigue siendo el sistema vigente en los países del centro de Europa (Alemania, Holanda, Bélgica, Francia,...)

Sin embargo, en algunos de ellos se produce un cambio del sistema, hacia otro de tipología Servicio Nacional de Salud, modelo Beveridge, evolucionando a otro cuya lógica es la cobertura universal en virtud de la condición de ciudadano (ya no por la pertenencia a un gremio determinado), financiación vía impuestos generales (y no por cotizaciones sociales), mayor papel del Estado en la organización de los servicios y tendencia no sólo a la financiación pública sino también al carácter público de la provisión. Este cambio se inicia en el Reino Unido después de la Segunda Guerra Mundial, en 1946, y es seguido por Irlanda y los países nórdicos, en torno a los años 70's del pasado siglo y finaliza por una nueva ola de países mediterráneos (Italia, España, Grecia, Portugal) en los años 80's.

Sin embargo, en ambos sistemas se produce un proceso de convergencia, avanzando los de tipología seguros sociales a la cobertura universal, más propia de los servicios nacionales de salud. Es así como se ha ido configurando un modelo europeo común, cuyos rasgos fundamentales son la cobertura universal y la financiación predominantemente pública.

No obstante, en los últimos años se ha introducido una nueva lógica, ausente hasta ahora en los debates de los sistemas sanitarios europeos: el valor de la competencia a nivel de aseguradoras. Bien por partir de la aseguradora única (caso de los Servicios Nacionales de Salud), bien por mantener un régimen de aseguradoras en régimen de no competencia debido a la obligatoriedad de la afiliación de base gremial (caso de los Seguros Sociales), lo cierto es que la competencia no se producía a nivel de aseguradoras, sino, como mucho, y sólo en ciertos países, a nivel de la provisión. Pues bien, en los últimos años por parte de algunos países se ha introducido la competencia entre aseguradoras, partiendo de la base de que la competencia puede operar favorablemente en el sistema sanitario como lo hace en otros sectores. Esta lógica se ha introducido en Alemania, Holanda y Suiza.

Así pues, hoy en día en Europa hay una divergencia mayor que la que en su momento representó el modelo Seguros Sociales vs. Servicios Nacionales de Salud. La divergencia más relevante es la que se da entre los países con sistema de afiliación obligatoria a una aseguradora (bien única o de base gremial) y la de aquellos otros con libertad de elección de aseguradora, sobre la base de un régimen de competencia.

Este nuevo planteamiento no quiebra las bases de los sistemas europeos –basados en la financiación predominantemente pública y la cobertura universal- pero introduce ciertos elementos de competencia, hasta ahora más propios del sistema americano.

En este marco, los sistemas europeos gastan aproximadamente de media un 9% de su PIB en sanidad, que, como veremos, representa un contraste muy notorio con lo gastado por Estados Unidos.

La tradición americana

En Estados Unidos no ha venido operando esta tradición, sino que el núcleo del sistema se configura a partir del final de la Segunda Guerra Mundial. En ese momento había dificultades de encontrar trabajadores y las empresas pusieron en marcha, como incentivo, la oferta de seguro sanitario. Esto sigue constituyendo la columna vertebral del sistema americano. A través de las empresas reciben cobertura el 59,3% de los americanos. Así pues, la esencia del sistema americano está basada en un sistema de seguros privados, en competencia entre sí, sin subsidios directos por parte del gobierno. La ayuda pública se produce por incentivos fiscales a las empresas.

No obstante, también hubo intentos de impulsar un seguro sanitario público universal, particularmente por parte de presidentes demócratas, muy notablemente por Truman.

El gran cambio se produce en el año 1965 cuando la extraordinaria habilidad parlamentaria del presidente Lyndon Johnson, así como la amplia mayoría demócrata que se produce tras el asesinato de John Kennedy, logra que se apruebe la Ley de Seguridad Social, que establecía el Medicare y el Medicaid, los dos programas públicos más importantes. El Medicare cubre a mayores de 65 años y discapacitados. El Medicaid a personas más jóvenes de esa edad con bajos ingresos. Adicionalmente, existe el programa Veterans, para el personal militar, excombatientes y sus familias. Una consecuencia de la fracasada reforma Clinton fue la introducción de un nuevo programa público llamado SCHIP, para los niños. En conjunto el 27,8% de la población americana tiene algún tipo de seguro sanitario público.

Si sumamos el 59,3% de personas cubiertas por las empresas, al 27,8% de la población cubierta por algún programa público y el 8,9% con compra individual de un seguro sanitario, llegamos a la cifra de 84,7% de personas cubiertas en Estados Unidos, lo que es tanto como decir que el 15,3% no están cubiertos, lo que representa en torno a 45 millones de personas ⁽¹⁾. Además, hay en torno a 16 millones de americanos infraasegurados (un 5% de la población). Según el Institute of Medicine, son 18.000 las muertes anuales que se producen en Estados Unidos como consecuencia de la falta de seguro médico ⁽²⁾, que equivale a un 15%, lo que constituye la excepción americana en cuanto a los países industrializados. Para poner esta situación en perspectiva debemos decir que una cobertura similar, exactamente el 84,51%, no se alcanzó en España hasta el año 1982 ⁽³⁾.

Con ser importante, el tema de la accesibilidad y de la ausencia de cobertura, no es este el problema que más preocupa a la sociedad americana. Estados Unidos gasta un 17% de su PIB en sanidad, este es el tema de mayor preocupación. Esto afecta a la competitividad de la economía americana. Se ha constatado que cada coche GM incorpora 1.200 \$ de gastos sanitarios, por 100 \$ para los automóviles Toyota. Está claro que este alto gasto sanitario ya no es sólo un problema sanitario, sino representa un problema económico de primer nivel.

¿A qué se debe este alto gasto sanitario en Estados Unidos? Este es un tema que ha sido analizado por muchos autores. Existen tres factores importantes que implican un mayor coste del sistema sanitario americano respecto al de otros países ⁽⁴⁾.

1 "Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2007." U.S. Census Bureau. Issued August 2008

2 "Insuring America's Health: Principles and Recommendations", Consensus Report, Institute of Medicine, January 13, 2004

3 Freire Campo, JM, Cobertura sanitaria y equidad en España, I Simposio sobre Igualdad y Distribución de la Riqueza, Vol. VIII, Fundación Argentaria, 1993

4 Cutler, D, Keenan, P, "Healthcare". In "Understanding America, The Anatomy of an Exceptional Nation", Public Affairs, New York 2008

5 Woolhandler et al. "Costs of Health Administration in the U.S. and Canada", *N Engl J Med* 349 (8) Sept. 21, 2003

6 Blendon J. et al, "Voters and Health Reform in the 2008 Presidential Election", *N Engl J Med* 359:19. November 6, 2008

7 Prólogo de Víctor R. Fuchs al libro de Ezequiel J. Emanuel "Healthcare Guaranteed, A simple, secure solution for America", 2008

En primer lugar, precios elevados, tanto de honorarios médicos como de medicamentos. En segundo lugar, gastos administrativos muy altos debido a la descentralización del sistema y a la multitud de compañías aseguradoras. Los gastos administrativos suponen el 31% del total de los costes, equivalente a 1000 \$ por persona y año (5). Por último, en tercer lugar, una mayor utilización de recursos por parte de la población enferma que en otros países.

El debate americano

Visto desde Europa, puede parecer obvia la "anomalía" del sistema sanitario americano, con su insuficiente cobertura, frente a lo que son el resto de los países industrializados, no sólo europeos, sino también Canadá, Australia, Nueva Zelanda, Japón, etc.

Sin embargo, esta visión puede llevarnos a no entender cómo se plantea el debate en Estados Unidos, dónde básicamente la sanidad está dividida entre los que argumentan **a favor de un sistema universal** y aquellos que se oponen.

Los que están a favor de un sistema universal utilizan argumentos del tipo de: la asistencia sanitaria es un derecho humano; reducción de despilfarro e ineficiencias en la asistencia sanitaria, un sistema de pagador único podría ahorrar 286 mil millones de dólares al año en gastos administrativos; cerca del 60% del sistema sanitario actual es de financiación pública, un sistema universal simplemente sustituiría el gasto privado y de las empresas por impuestos con lo que el gasto total se reduciría para individuos y empresas; varios estudios muestran que la mayoría de los contribuyentes y ciudadanos, independientemente de su ideología política, preferirían tener un sistema universal frente al sistema actual; EEUU tiene un gasto sanitario como porcentaje del PIB superior al de cualquier otro país pero tiene peores resultados en salud; un sistema universal aumentaría los incentivos para invertir en productividad a largo plazo, en prevención y en la mejora del manejo de las enfermedades crónicas; y, en los países de Europa occidental, coexiste un sistema público universal con un sistema privado.

Por el contrario, los que están en **contra de un sistema universal**, utilizan argumentos no menos contundentes: la asistencia sanitaria no es un derecho; la asistencia gratuita puede conllevar a la sobre-utilización de los servicios y por tanto, al crecimiento global de costes; la cobertura universal no garantiza en la práctica, el acceso a la asistencia ya que muchos países ofrecen cobertura universal pero tienen largas listas de espera o asistencia limitada; existe una ley que

obliga a hospitales y servicios de ambulancias a prestar asistencia sanitaria a cualquier persona que requiera tratamiento de urgencias independientemente de su ciudadanía, estado legal o capacidad de pago; existe una red de recursos médicos sin ánimo de lucro que proporciona cierta asistencia a los no asegurados; eliminar el incentivo del beneficio económico puede ralentizar el ritmo de innovación; el paso a un sistema de pagador único conlleva un cambio radical que puede crear un caos administrativo; países con sistemas sanitarios basados en mayor control del gobierno, tienden a tener mayores obstáculos en la prestación de la asistencia, tales como aumento de listas de espera y restricciones en la elección de médico; el acceso desigual y las disparidades en salud continúan existiendo en sistemas universales; el problema de incremento de costes ocurre en todos los países, no es un problema único del sistema americano; y, no necesariamente por último, los sistemas nacionales de salud tienden a ser más efectivos con la incorporación de mecanismos de mercado y la limitación de controles centralizados del gobierno.

En resumen, los defensores de un sistema de cobertura universal utilizan argumentos morales, sanitarios y también económicos; los que se oponen a dicho sistema argumentan con su oposición al sistema de pagador único, por considerar que concede excesivo papel a los gobiernos, así como la posible introducción de restricciones a la asistencia, con la aparición de las listas de espera o exclusión de servicios.

Con todo, los problemas del sistema sanitario están muy presentes en la preocupación de los americanos. Según los resultados de diversas encuestas nacionales, los norteamericanos tienen una imagen pobre de su sistema sanitario y es uno de los temas de mayor preocupación de los ciudadanos, con independencia de su ideología política. Para los republicanos e independientes, supone el cuarto tema de preocupación, mientras que para los demócratas es el segundo aspecto más importante por detrás tan sólo de la crisis económica (6).

Víctor Fuchs, el prestigioso y veterano economista de la salud, resume muy bien los problemas del sistema americano en una serie de preguntas (?): ¿por qué EEUU es el único país desarrollado sin una cobertura universal o cuasi universal?; ¿por qué el gasto en sanidad en EEUU es el doble al de los países europeos, cuando sus ciudadanos viven tanto o más que los americanos?; ¿por qué existe tanta sobre-utilización, infra-utilización y despilfarro de tecnología médica?; ¿por qué la cobertura sanitaria se ha convertido en el principal motivo de las disputas laborales y de gestión y es

la principal causa de un gran número de huelgas que suponen cuantiosos costes económicos?; ¿por qué un gran porcentaje del presupuesto sanitario se dirige a costes administrativos y de marketing, duplicación de servicios, e intervenciones caras de escaso o nulo valor para el paciente?

Lecciones del debate americano

Todos los argumentos, e incluso fantasmas, del debate sobre la sanidad en Estados Unidos salieron en las agrias e intensas discusiones que se produjeron a nivel nacional el pasado agosto de 2009. Si algo ha quedado claro en este debate es un par de puntos:

- Primero, la mayoría de los americanos no miran como ejemplo a imitar hacia los países con sistema de pagador único. En concreto el sistema británico del Servicio Nacional de Salud se presentaba, a veces muy injustamente, como la bestia negra de los sistemas europeos; y,

- Segundo, de mirar a algún país europeo miran hacia aquellos que hay aseguradoras en competencia: Alemania, Holanda y Suiza.

Partimos de la base de que la reforma sanitaria que se está planteando, de resultar exitosa, lo que no está absolutamente claro, no va a resolver todos los problemas de la sanidad americana, que son fundamentalmente tres ⁽⁸⁾: es demasiado costosa, es muy incompleta en cobertura y con grandes diferencias de calidad.

Si hay suerte, la reforma va a abordar el problema de la cobertura, acercando el sistema americano a la cobertura universal, con la exclusión de los residentes ilegales. Todo el resto de problemas permanecerían en la agenda política al día siguiente de aprobada la reforma.

Con esto no queremos minimizar la importancia de la reforma, que representa un avance histórico cuya relevancia es difícil de exagerar. Simplemente queremos ponerla en contexto.

Por otra parte, es posible que, una vez alcanzada la cobertura semiuniversal y “normalizado” el sistema americano y una vez ahuyentada la demonización a la que ha estado sometido ese sistema desde Europa, se produzca una relación más normalizada entre los sistemas sanitarios americano y europeos, y podamos reflexionar tranquilamente sobre muchos temas, produciéndose una mayor influencia mutua entre ambos sistemas.

En concreto hay tres temas, en los que es posible, que los europeos tengamos mucho que aprender, y observar críticamente, de Estados Unidos:

- **El valor de la competencia en sanidad.** En Europa en general, quitando los países ya mencionados, hay una tendencia a decir que la competencia y el mercado no aporta valor en sanidad. Aunque éste no es un tema ni mucho menos fácil, creemos que este es un asunto en el que hay lugar para un debate con los Estados Unidos. El debate mercado-gobierno en sanidad creemos que debe plantearse como lo hace Mark Pauly, enfrentando “mercados imperfectos a gobiernos imperfectos” ⁽⁹⁾, obviando considerar a los mercados o al gobierno como panacea. Es difícil, sin embargo, sustraerse al hecho de que los sistemas europeos controlados por los gobiernos de diferentes tipos pueden ser altamente efectivos, ofreciendo atención sanitaria de alta calidad a un coste menor y con mejores resultados que en los Estados Unidos y en países con muy variados gobiernos, historias y culturas (no hay más que pensar en las diferencias entre Italia y Suecia o Noruega y Francia). Aunque esta constatación, de la que se suele partir como algo obvio, ha sido cuestionada recientemente ⁽¹⁰⁾, al demostrarse que los americanos tienen mayor supervivencia que los europeos en los cánceres más comunes, o mejor acceso a los tratamientos en enfermedades crónicas, o están menos tiempo en listas de espera. Por eso, puede ser interesante el debate de introducir “elementos de mercado” en los sistemas europeos, entendiendo por dichos elementos lo que propone el economista de la salud italiano Maurizio Ferrera ⁽¹¹⁾: un estilo de gestión empresarial más que burocrático en la organización de los servicios; la promoción de la conciencia de coste entre los ciudadanos-consumidores; y el estímulo de la competencia y otras interacciones típicas del mercado entre aseguradores y proveedores.

- **La innovación.** Gran parte de la innovación en tecnologías médicas, incluyendo las farmacológicas, se genera en Estados Unidos. Europa en gran medida ha venido perdiendo la batalla en este campo ⁽¹²⁾. Pensemos que sólo en los cinco hospitales más destacados de Estados Unidos se hacen más ensayos clínicos que en cualquier otro país desarrollado ⁽¹³⁾. Otro elemento de reflexión y de posibles enseñanzas desde el sistema americano.

- **Fórmulas de gestión.** Por último, será posible aprender mucho de ese gran laboratorio de innovación en cuanto a fórmulas de gestión e introducción de nuevos servicios que es el sistema sanitario americano.

En resumen, el resultado de la reforma sanitaria americana no es algo cuya influencia vaya a quedarse en Estados Unidos, sino que nos afectará, y mucho, a los sistemas sanitarios europeos. |

8 Fuchs; VR, Four Health Care Reforms for 2009, *N Engl J Med* 361; 18, October 29, 2009

9 Pauly, MV et al. “A Plan for a Responsible National Health Insurance”, *Health Affairs* 10, nº 1, (1991), 5-25

10 Atlas, S, 10 Surprising Facts About American Healthcare, National Center for Policy Analysis (NCPA), Nº 649, March 24, 2009-10-31

11 Ferrera, M, “The Rise and Fall of Democratic Universalism: Health Care Reform in Italy”, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 20, nº 2 (1995), 275-302

12 “The U.S. Health Care System as an Engine of Innovation,” *Economic Report of the President* (Washington, D.C.: Government Printing Office, 2004), 108th Congress, 2nd Session H. Doc. 108-145, February 2004, Chapter 10, pages 190-193, en http://www.gpoaccess.gov/usbudget/fy05/pdf/2004_erp.pdf

13 Nicholas D. Kristof, “Franklin Delano Obama,” *New York Times*, February 28, 2009. En <http://www.nytimes.com/2009/03/01/opinion/01Kristof.html>

La valoración de la dependencia para el acceso a la Ley 39/2006

Toni Rivero

Responsable d'Estudis i Consultoria de l'Institut de l'Envel·liment (Universitat Autònoma de Barcelona)



A pesar de que en nuestro país la cobertura mediática sobre las situaciones de dependencia, y, por ende, la problemática asociada a su valoración, sea un fenómeno relativamente reciente, lo cierto es que las Administraciones, las entidades y los profesionales llevan un largo tiempo trabajando en este campo.

En geriatría, por ejemplo, el primero de los instrumentos de valoración fue desarrollado en el servicio de rehabilitación del Montebello State Hospital en Baltimore por la fisioterapeuta Dorothea W. Barthel, en el año 1955, para medir la independencia funcional. Desde entonces, se ha desarrollado un intenso trabajo en distintas disciplinas que ha comportado la construcción de un número indeterminado, pero sin duda elevado, de instrumentos de valoración (criterios, escalas, tests, etc.) y su posterior aplicación, con mayor o menor éxito, en diferentes ámbitos. El análisis de la literatura especializada permite concluir que, en la actualidad, no se dispone de un instrumento que no presente limitaciones en el abordaje de la valoración de la dependencia. Ni siquiera los instrumentos de valoración

integral como los de la familia RAI (Resident Assessment Instrument), los cuales se encuentran entre los más avanzados actualmente. La diversidad de instrumentos se explica, por un lado, por estas limitaciones, por otro lado, por diferencias en las definiciones de dependencia y, por último, porque su empleo responde a finalidades distintas.

Una contextualización necesaria

En el acceso a la Ley 39/2006, la valoración de la dependencia debe ajustarse a las definiciones que establece el artículo 2, particularmente en sus tres primeros apartados (ver Cuadro 1). Según estas definiciones, la dependencia es un estado de carácter permanente; por tanto, quedan excluidas las personas que se encuentran en situaciones transitorias, independientemente de su severidad (por ejemplo en altas hospitalarias o en periodos de convalecencia o rehabilitación). Así mismo, el concepto de dependencia no considera, en absoluto, el alcance de las problemáticas sociales o económicas (por ejemplo, la falta de hábitos de los hombres de edad avanzada en las tareas domésticas o la escasez de recursos económi-

cos para afrontar las necesidades de apoyos). Además, la dependencia se fundamenta en la existencia de condiciones de salud que afectan al funcionamiento de la persona en el desarrollo de actividades de un modo que ésta requiere de apoyos. La edad, la enfermedad o la discapacidad no determinan por sí mismas la dependencia ni su severidad. El alcance de la dependencia se limita, con carácter general, a las actividades básicas o tareas más elementales de la vida diaria, las cuales no quedan explícitamente reguladas en la Ley 39/2006, aunque sí queda mencionado que las actividades domésticas básicas deben estar incluidas – sin menoscabo que en diferentes disciplinas estas actividades no se han considerado como básicas-. En el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, se considera además la autonomía personal, definida legalmente como la capacidad de tomar decisiones y desarrollar las actividades básicas de la vida diaria (ver nuevamente Cuadro 1). Esto explica que el instrumento de valoración cuente con una escala general y una específica, que considerarían la misma información salvo por el hecho de que la escala específica incluye, además, la actividad de tomar decisiones, con su ponderación correspondiente.

Más allá, la finalidad de la valoración en el acceso a la Ley 39/2006 se limita, de acuerdo con el artículo 26, a la identificación de aquellas personas que se encuentran en una situación de dependencia moderada, dependencia grave y gran dependencia. De modo que existe una situación de dependencia de severidad inferior a las mencionadas que no obtiene un reconocimiento oficial. Por este motivo, el instrumento de valoración no discrimina entre independencia y

dependencia, por lo que es un error catalogar a las personas que no alcanzan, cuando menos, el grado de dependencia moderada como personas sin dependencia o autónomas. Además, resulta clarificador subrayar que las definiciones de los grados de dependencia se decantan por criterios basados fundamentalmente en la cantidad y frecuencia de actividades que requieren apoyos, en vez de en la cantidad, frecuencia y cualidades de los apoyos que se requieren en tales actividades, lo que limita la introducción de criterios relativos a la “carga asistencial”.

Por último, la determinación de las modalidades de intervención más adecuadas a la situación de la persona con dependencia no constituye una finalidad propia de la valoración. De acuerdo con el artículo 29, esta función corresponde a los servicios sociales del sistema público. En consecuencia, la valoración en el acceso a la Ley 39/2009 no se ha configurado como una valoración para el diseño de un plan de asignación de servicios, ni más allá, un plan detallado de cuidados. Por el mismo motivo, la información contenida en la valoración no resulta suficiente por sí misma para el diseño de las cuantías de las prestaciones económicas, ni de los pagos a los proveedores de servicios.

Resultados del sistema de valoración para el acceso a la Ley 39/2006

Desde la puesta en marcha de la Ley 39/2006 se han presentado en España un total de 1.118.163 solicitudes de valoración, habiéndose elaborado 979.008 dictámenes de valoración. En los últimos doce meses se ha realizado un promedio mensual de 41.473 dictámenes de valoración.

“El alcance de la dependencia se limita, con carácter general, a las actividades básicas o tareas más elementales de la vida diaria, las cuales no quedan explícitamente reguladas en la Ley 39/2006, aunque sí queda mencionado que las actividades domésticas básicas deben estar incluidas”

Cuadro 1: Definiciones relativas al concepto de dependencia en la Ley 39/2006

Artículo 2. Definiciones.

A efectos de la presente Ley, se entiende por:

1. Autonomía: la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria.
2. Dependencia: el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal.
3. Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD): las tareas más elementales de la persona, que le permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia, tales como: el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas.

"La mayor parte de los dictámenes de valoración que se han realizado desde el inicio del sistema han resuelto el grado oficial de dependencia de mayor severidad, el grado III o gran dependencia."

Tabla 1: Comparación del escenario del Libro Blanco (año 2010) y la situación actual

	Libro Blanco		Reconocimiento		Reconocimiento
	Escenario 2010		1 de octubre 2009		/ Libro Blanco
Grado III	223.457	18%	422.520	51%	189%
Grado II	420.336	34%	250.228	30%	60%
Grado I	602.636	48%	151.509	18%	25%
Total	1.246.429	100%	824.257	100%	66%
Dependencia sin grado	1.771.539	59%	67.270	8%	4%
Total dependencia	3.017.968	100%	891.527	100%	30%

Fuente: Elaboración propia a partir del Libro Blanco de sobre la atención a las personas en situación de dependencia en España y las estadísticas del SAAD (<http://www.saad.mtas.es>).

La mayor parte de los dictámenes de valoración que se han realizado desde el inicio del sistema han resuelto el grado oficial de dependencia de mayor severidad, el grado III o gran dependencia. En los expedientes actualmente en vigor, el grado III representa el 47%, el grado II el 28% y el grado I el 17%. Debe ser destacado que sólo el 8% de los dictámenes acumulados han resultado sin grado oficial de dependencia. Si estos datos se relacionan con las previsiones iniciales de las personas en situación de dependencia, se pone de manifiesto que, por un lado, se ha reconocido a un mayor número de personas en situación de grado III del que inicialmente se esperaba; mientras tanto, el reconocimiento de la suma de los tres grados oficiales aún no ha alcanzado el máximo previsto de beneficiarios; y, por otro lado, las solicitudes que han sido valoradas sin un grado oficial de dependencia se sitúan muy por debajo del escenario estimado en el Libro Blanco sobre la atención a las personas en situación de dependencia en España (ver Tabla 1).

Dicho esto, la proporción del grado III en el total de dictámenes tiende a reducirse. Conforme se avanza en el número de solicitudes valoradas, aumenta la proporción del resto de situaciones (ver Gráfico 1). Si se tiene en cuenta la distribución de los dictámenes realizados en el último mes, aislando de este modo el efecto acumulado durante el primer año y medio, la disminución del grado III es más intensa. Así, en el mes de septiembre de 2009, el grado III ha representado sólo el 22% de los dictámenes realizados, mientras que el Grado II se ha situado en el 34% y el Grado I en el 31%. Por su parte, los dictámenes sin grado oficial han seguido teniendo una presencia relativamente escasa, un 13%, aunque su progresión es ascendente.

Esta situación resulta en cierta medida coherente con el carácter progresivo de la implantación de la Ley 39/2006, mediante el cual primero acceden al sistema las personas con dependencia que tienen una mayor severidad. La implantación de la Ley 39/2006 finalizará entre enero de 2013, cuando podrán acceder las personas con grado I, nivel 1 –el nivel reconocido de menor severidad de la dependencia- y diciembre de 2015, cuando concluirá el periodo transitorio del actual sistema de financiación del Estado. Los datos evidencian que el sistema acabará teniendo más beneficiarios de los inicialmente previstos, aunque todavía no se puede asegurar si este desbordamiento se producirá con la misma intensidad en todos los grados oficiales de dependencia o bien quedará concentrado en algunos de ellos, especialmente el Grado III –como ya ocurre en la actualidad, ver nuevamente Tabla 1 -.

Otro aspecto relevante en los resultados de la valoración corresponde a su comportamiento entre las Comunidades Autónomas, más teniendo en cuenta que son éstas las gestoras de los Órganos de Valoración, excepto en el País Vasco, que son las Diputaciones Forales y en las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, que es el IMSERSO. En primer lugar, se constatan diferencias significativas en las solicitudes y en los dictámenes por cápita. Así, Andalucía, País Vasco y La Rioja han superado las 300 solicitudes por 10.000 habitantes, mientras que otras como la Comunidad Valenciana y, especialmente, la Comunidad de Madrid aún no han alcanzado las 100 solicitudes. La media española se ha situado en 217 solicitudes y en 193 dictámenes de valoración por 10.000 habitantes. En segundo lugar, se aprecian diferencias en la distribución de la severidad de la situación de

dependencia. Así, en el País Vasco, Ceuta y Melilla y, sobre todo, en Navarra la proporción del grado III en el total de dictámenes está por debajo del 35%, en otras como la Comunidad Valenciana, Murcia e Islas Canarias se superan el 60%. En el otro extremo, la proporción de dictámenes sin grado comprende desde el 0% en la Comunidad de Madrid y la Región de Murcia (ver nota al pie anterior), y el 2% de la Comunidad Valenciana, hasta el 17% de Ceuta y Melilla. Por último, se observan diferencias territoriales en la relación existente entre el total de dictámenes en vigor por cápita y la proporción de Grado III en los dictámenes en vigor, tal como se ilustran en el siguiente gráfico. De modo que no siempre se encuentra que la proporción de Grado III sobre el total de dictámenes sea más baja en las Comunidades Autónomas que han hecho más valoraciones por cápita (compárense las posiciones de Navarra y La Rioja), o bien se manifiesta una cierta resistencia a reducirse la proporción de Grado III conforme se han realizado más valoraciones (compárense las posiciones de Andalucía y Cataluña).

Los datos presentados deben ser analizados con cautela y con una mayor profundidad, ajustando aquellas diferencias territoriales que sean de carácter estructural, cuando menos en lo concerniente a la tasa de envejecimiento y sobrevenimiento demográfico.

Propuestas para la mejora

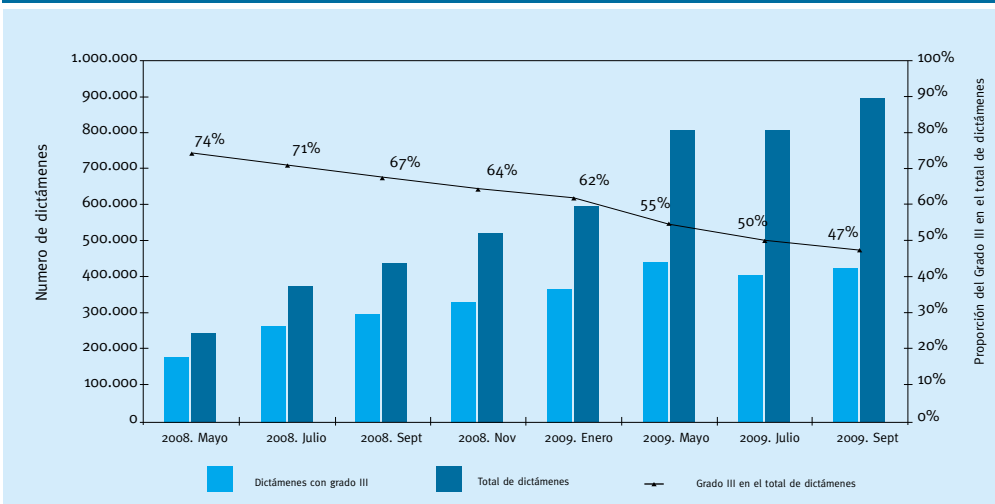
Actualmente, la información disponible sobre la valoración en el acceso a la Ley 39/2006 es bastante limitada. Sin embargo, su análisis resulta suficiente para justificar la conveniencia de alcan-

zar un nuevo acuerdo entre el Estado y las CCAA en esta materia.

Atendiendo a la situación actual, dicho acuerdo debería suponer, por un lado, el refuerzo de las líneas de actuación impulsadas en el despliegue inicial de la Ley 39/2006; y, por otro lado, la consecución de una verdadera coordinación entre los sistemas de servicios sociales y de salud en España. Más en particular, el contenido del acuerdo debería considerar los siguientes objetivos y acciones concretas:

1. Clarificar, simplificar y agilizar el procedimiento administrativo que concierne al reconocimiento oficial de la situación de dependencia; elaborando una información más cercana al ciudadano, las entidades y los profesionales implicados; optimizando el uso de la tecnología de la información y la comunicación para posibilitar el seguimiento permanente del estado del expediente; habilitando intervenciones específicas que impidan la dilatación del procedimiento por causas imputables a la Administración.
2. Mejorar la información de salud que se incorpora en el proceso de valoración de la situación oficial de dependencia, mediante la aprobación de un modelo de informe de salud armonizado –no necesariamente único- con información de mayor alcance, rigor y vinculado a las historias clínicas; el impulso de la coordinación entre los sistemas sociales y de salud, especialmente en el caso de la atención primaria, la salud mental y la atención temprana; la intensificación de las acciones de formación y el refuerzo de los profesionales de salud que realizan los informes de salud.

Gráfico 1: Evolución del número de dictámenes realizados y el reconocimiento del grado III. Datos acumulados desde el inicio del despliegue del SAAD en España. (Año 2010) y la situación actual

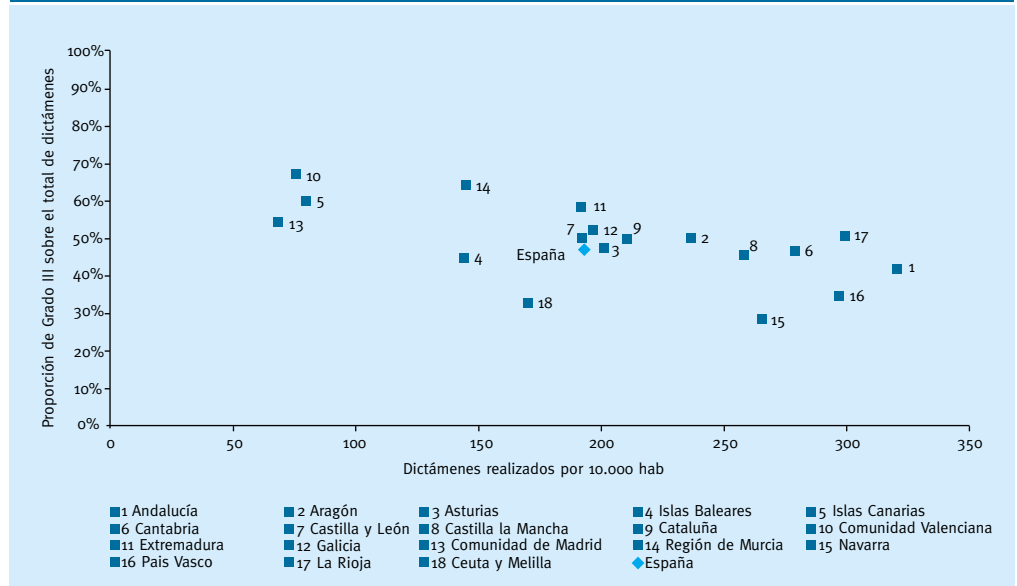


Fuente: Elaboración propia a partir de las estadísticas del SAAD (<http://www.saad.mtas.es>).

“Se debe fortalecer las competencias de los equipos oficiales de valoración, definiendo la carrera profesional, los criterios de acceso y de promoción interna”

“Hay que reducir las dificultades de valoración de situaciones complejas relativas a las enfermedades que cursan en brotes, evolucionan con rapidez o afectan al funcionamiento mental”

Gráfico 2: Relación entre el despliegue del sistema de acceso y la severidad de los dictámenes de valoración. España y Comunidades Autónomas. Octubre de 2009.



Fuente: Elaboración propia a partir de las estadísticas del SAAD (<http://www.saad.mtas.es>).

3. Consolidar la información disponible sobre los sistemas de valoración en España, habilitando un verdadero Conjunto Mínimo de Base de Datos del SAAD de acceso público que contenga los principales datos sociodemográficos, de salud, de la valoración de la dependencia y del proceso administrativo; incorporando una encuesta sobre los beneficiarios de la Ley 39/2006 que profundice en la información de salud y del entorno, el plan de apoyos personales, el uso de recursos sociales y sanitarios, así como la información económica.

4. Fortalecer las competencias de los equipos oficiales de valoración, definiendo la carrera profesional, los criterios de acceso y de promoción interna; implementando un mayor despliegue de cursos y materiales de formación específica; reforzando las dotaciones de personal, especialmente en los equipos de apoyo técnico y administrativo.

5. Profundizar en los sistemas de gestión de la calidad de las valoraciones, reforzando la coordinación entre las CCAA y el Estado en la gestión de casos; desarrollando guías y criterios específicos de valoración en casos complejos; normalizando los sistemas de doble valoración de solicitudes; y, aumentando los recursos que se dedican a investigación y desarrollo en esta materia.

En la relación anterior de objetivos y acciones concretas no se ha incluido la cuestión relativa a la revisión de las herramientas de valoración. Medida que, a diferencia del resto, ya está comprometida su ejecución por la normativa vigente. Sin embargo, su omisión obedece a un interés por poner de manifiesto que, por un lado, la mejora del sistema de valoración para el acceso a la Ley 39/2006 no

puede articularse sólo en base a la revisión de las herramientas de valoración, en particular el Baremo de Valoración de la Dependencia (BVD). No tanto por que no sea recomendable su revisión, que lo es, la cual debería enfocarse a reducir las dificultades de valoración de situaciones complejas relativas a las enfermedades que cursan en brotes, evolucionan con rapidez o afectan al funcionamiento mental; así como a ajustar las actividades y tareas que se valoran; mejorar el tratamiento de los apoyos personales y aquilatar los coeficientes de los ítems considerados. Si no, por que acometer la revisión del BVD sin un programa de medidas de acompañamiento que refuercen los sistemas de valoración sería ineficaz para mejorar la situación actual. Más allá, esto podría ser incluso contraproducente pues las organizaciones podrían verse desbordadas ante el cambio. Y no faltaría quien justificase el mantenimiento de dificultades en el acceso a la Ley 39/2006 por los efectos de dicha revisión.

Por último, los distintos agentes implicados deberían ser conscientes de que la revisión que se pueda acometer de las herramientas de valoración tendrá que estar sujeta a los límites y objetivos que establece la Ley 39/2006. La revisión no podría desbordar dicho marco, el cual ha sido analizado al principio. La pretensión, bien legítima, de incorporar todas las situaciones de dependencia, aquella cuya severidad no alcanza la consideración de dependencia moderada, no sería abarcable desde la revisión de las herramientas de valoración, si no desde la revisión de la propia Ley 39/2006, incorporando un nuevo grado, menos severo, de dependencia al sistema. |

Creamos el futuro hoy

smack-communications.com



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

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

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

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

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

www.vanguard-iberica.es

 **VANGUARD**
Leading to Technological Excellence

Els sistemes de qualitat als hospitals d'Europa

Resultats i conclusions del PROJECTE MARQuIS

Rosa Suñol

Directora de la Fundació AVEDIS DONABEDIAN (FAD)



Durant l'última dècada els polítics europeus s'han trobat amb una difícil contradicció. D'una banda, els sistemes de salut segueixen sent bàsicament responsabilitat de cada país membre (excepte temes de Salut Pública que poden afectar a tots) ja que els successius tractats els han mantingut fora de les competències de la Unió Europea (UE) i, de l'altra banda, la progressiva integració dels sistemes econòmics i socials ha creat una pressió creixent perquè es produeixi una convergència i millori la coherència i la coordinació entre els diferents sistemes de salut. El 2003, durant la presidència espanyola, la UE va començar a abordar aquest tema que culminà en la proposta de Directiva sobre Drets dels Pacients en l'Atenció Transfrontera (1) i cada cop s'ha fet més evident que garantir la qualitat i la seguretat dels pacients és un tema clau, no tan sols pels ciutadans dels estats membres, sinó també a nivell global de la UE.

Per aquesta raó la Comissió Europea ha promogut una sèrie de projectes de recerca per generar evidència sobre el tema. Un d'aquests és el projecte MARQuIS (Methods of Assessing Response to Quality Improvement Strategies) coordinat per l'Institut Avedis Donabedian en el qual varen participar 385 hospitals de 7 països. El seu objectiu era avaluar el valor de les diferents estratègies de qualitat que utilitzen els centres i augmentar la informació sobre els requisits de qualitat que calen als pacients transfronterers.

Principals resultats

El fenomen dels pacients transfronterers pot agrupar-se en cinc categories: visitants temporals, persones que passen un llarg període de la seva vida en un altre país (retirats etc), persones que viuen en àrees fronteres, persones enviades a l'estranger pel seu propi país per tractament i persones que decideixen elles mateixes anar a buscar tractament a un altre país. El nostre projecte confirma que

l'atenció transfronterera és només un petit percentatge de l'atenció dels hospitals (entre un 1 i un 2% dels ingressos) però que pot representar el doble en les visites a urgències. De totes formes aquestes dades poden tenir un important factor de confusió ja que els ciutadans d'un altre país (per exemple Anglaterra) que treballen per a una companyia local (espanyola) no es consideren estrangers a efectes de les classificacions actuals de l'atenció transfronterera per bé que les seves necessitats poden ser molt diferents de les de les persones del país.

Les necessitats dels pacients transfronterers són similars a les dels locals, però tenen requeriments específics per poder garantir la qualitat i seguretat de la seva atenció (2) entre els quals destaca la necessitat de proveir d'intèrprets per millorar la comunicació en el moment de fer la història clínica, l'explicació de les medicacions i la preparació de l'alta. Hi ha considerables variacions entre països en temes tals com els models i la forma d'aplicació del consentiment informat, el contingut de guies de pràctica, els noms i les dosis de medicaments i els nivells de cobertura (en alguns països no són legals els trasplantaments a persones a cor parat, i hi ha grans diferències en rehabilitació o en la possibilitat de fer cesàries a demanda o en els procediments per fer trasllats de pacients entre països).

En relació a les estratègies de qualitat promogudes pels països membres se'n poden identificar set: pressió externa (acreditació i altres), gestió organitzativa de la qualitat, auditoria interna clínica, sistemes de seguretat dels pacients, desenvolupament de guies de pràctica, indicadors i sistemes per obtenir l'opinió dels pacients. Els nivells de desenvolupament d'aquestes estratègies entre els diferents estats membres varien considerablement (3,4). Les estratègies de qualitat es perfilen en aquest estudi com a part d'un mateix constructe i per tant sembla que són més efectives si s'utilitzen en combinació en comptes d'optar per una sola.

L'anàlisi del grau d'implantació d'aquestes estratègies va permetre desenvolupar una classificació de la maduresa del sistema de qualitat de cada hospital que podria ser un primer pas cap a un instrument d'àmplia aplicació (5) i va permetre trobar algunes relacions entre el grau de maduresa dels sistemes de qualitat dels hospitals i els outputs clínics, de seguretat i d'atenció centrada en els pacients (6) tot i que el grau d'associació varia en funció de quin sigui l'output que es considera. Algunes d'aquestes associacions poden però tenir factors de confusió per país (7-8). A més sembla perfilar-se que els centres amb sistemes externs de qualitat s'associen de

forma consistent amb millors outputs en un bon nombre de casos.

L'estudi mostra a més que hi ha hospitals madurs i menys madurs quant als seus sistemes de qualitat a tots els països i que les diferències internes poden ser tan grans com les diferències entre països (9).

Què poden aprendre els hospitals d'aquest estudi

Quant al maneig dels pacients transfronterers, cal tenir molt present que aquests poden no entendre l'idioma local i que això pot representar problemes importants en relació a la seva seguretat. A més dels intèrprets i els fulletons en diverses llengües, es podria fer un cens de coneixements d'idiomes dels diferents professionals dels centres de cara a poder ajudar a millorar la comunicació en els casos en què calgui i permetre així decisions compartides (per exemple en el cas del consentiment informat o de les instruccions d'alta). Per altra banda es recomana escriure l'informe d'alta en anglès sempre que sigui possible i utilitzar noms de genèrics per a les prescripcions, a més de proveir el pacient de la medicació necessària mentre arriba al seu país o és visitat per un metge.

A més es recomana posar especial cura en el cas de trasllats entre hospitals de diferents països ja que és important parlar amb el centre per tal de garantir que el pacient tingui una reserva de llit abans d'iniciar el trasllat.

Cal assenyalar que les necessitats clíniques i de seguretat són similars per a tots els pacients i que per tant es recomana desenvolupar-les a nivell global del centre.

En relació a les estratègies de millora de qualitat als hospitals que a vegades poden semblar llunyanes a la pràctica clínica concreta, segons aquest estudi sembla evidenciar-se que tenen relació amb el correcte maneig dels pacients. Per això sembla recomanable dedicar recursos a desenvolupar sistemes de qualitat tant a nivell de centres com en els serveis i unitats d'hospitalització (10). A més, sembla que és més efectiu l'ús combinat de les diferents estratègies que optar per una de sola.

Discussió i conclusions

Els resultats d'aquest estudi tant a nivell de les necessitats dels pacients amb atenció transfronterera com de l'efectivitat dels sistemes de qualitat són rellevants per a la UE però ho poden ser també per a altres continents on es produeix igualment l'atenció transfronterera.

“La Comissió Europea ha promogut una sèrie de projectes de recerca. Un d'aquests és el projecte MARQuIS (Methods of Assessing Response to Quality Improvement Strategies) coordinat per l'Institut Avedis Donabedian en el qual varen participar 385 hospitals de 7 països”

“Les necessitats dels pacients transfronterers són similars a les dels locals, però tenen requeriments específics per poder garantir la qualitat i seguretat de la seva atenció entre els quals destaca la necessitat de proveir d'intèrprets per millorar la comunicació en el moment de fer la història clínica”

“El projecte MARQuIS ha produït la primera avaluació del valor de les diferents estratègies de qualitat als països membres de la UE. A més ha avançat en el coneixement de l'efectivitat dels sistemes de qualitat i ha creat una comunitat d'aprenentatge entre 385 hospitals de set països.”

L'estudi presenta certes limitacions que cal tenir en compte a l'hora d'analitzar els resultats. En primer lloc els set països estudiats no són representatius de la totalitat de la UE i malgrat que es van fer tots els esforços possibles per la selecció a l'atzar dels hospitals no es pot garantir que els hospitals participants siguin una mostra representativa dels de cada país ja que el nombre de centres de cada un variava notablement. A més es tracta d'un estudi transversal, per la qual cosa no es pot garantir la causalitat dels resultats obtinguts.

Tot i això el projecte MARQuIS ha produït la primera avaluació del valor de les diferents estratègies de qualitat als països membres de la UE. A més ha avançat en el coneixement de l'efectivitat dels sistemes de qualitat i ha creat una comunitat d'aprenentatge entre 385 hospitals de set països. Pensem que aquestes iniciatives són útils per apropar les experiències dels diferents països i avançar vers uns desenvolupaments més coordinats.

Un resultat important és constatar la variabilitat d'aplicació de les diferents estratègies de qualitat entre els estats membres. Sembla però que con-

siderant la variació intra-país dels diferents graus de maduresa dels sistemes de qualitat, no cal en aquest moment promoure un sistema únic de qualitat a nivell europeu, sinó que es pot optar per aprendre dels diferents enfocaments de cada país.

A més ha estat possible desenvolupar un sistema de classificació de la maduresa dels hospitals en l'aplicació dels sistemes de qualitat que sembla correlacionar-se, en diferents graus, amb millors outputs clínics, de seguretat dels pacients i d'atenció centrada en la persona.

Recentment l'Institut Donabedian ha guanyat un altre projecte europeu per ampliar aquest en els propers 4 anys (DUQuE) que ofereix noves propostes per verificar el sistema de classificació de la maduresa en qualitat dels centres, i estudiar la relació entre les estratègies de qualitat als hospitals, als serveis i a les unitats, incloent-hi no tan sols outputs sinó també outcomes. En el futur això pot representar un millor coneixement de l'efectivitat de les estratègies de qualitat i pot ser d'utilitat per als gestors i els compradors de serveis així com per a les agències reguladores. |

Bibliografia

1. European Commission. Proposal for a directive of the European Parliament and of the Council on the application of patients' rights in cross-border healthcare (COM2008 414 final). Brussels: European Commission http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/healthcare/docs/COM_en.pdf (accessed 28 July 2008).
2. Groene O, Poletti P, Vallejo P, et al. Quality requirements for cross-border care in Europe: a qualitative study of patients', professionals' and healthcare financiers' views. *Qual Saf Health Care* 2009;18(Suppl 1):i15-21.
3. Spencer E, Walshe K. National quality improvement policies and strategies in European healthcare systems. *Qual Saf Health Care* 2009;18(Suppl 1):i22-7.
4. Legido-Quigley H, McKee M, Nolte E, et al. Assuring the quality of health care in the European Union. A case for action. *Observatory Study Series No. 12, European Observatory on Health Care Systems*, 2008. <http://www.euro.who.int/document/e91397.pdf> (accessed 28 July 2008).
5. Lombarts MJMH, Rupp I, Valejo P, et al. Differentiating between hospitals according to the "maturity" of quality improvement systems: a new classification scheme in a sample of European
6. Suñol R, Vallejo P, Groene O, et al. Implementation of patient safety strategies in European hospitals. *Qual Saf Health Care* 2009;18:64-8.
7. Groene O, Lombarts K, Klazinga N, et al. Is patient-centredness in European hospitals related to existing quality improvement strategies: analysis of a cross-sectional survey (MARQuIS Study). *Qual Saf Health Care* 2009;18(Suppl 1):i44-50.
8. Suñol R, Vallejo P, Groene O, et al. Implementation of patient safety strategies in European hospitals. *Qual Saf Health Care* 2009;18(Suppl 1):i57-61.
9. Suñol R, Vallejo P, Thompson A, et al. Impact of quality strategies in hospital outputs. *Qual Safety Health Care* 2009;18(Suppl 1):i62-8.
10. Shaw C, Kutryba B, Crisp H, et al. Do European hospitals have quality and safety governance systems and structures in place? *Qual Saf Health Care* 2009;18(Suppl 1):i51-6.



Cartagena, 340-350 / 08025 Barcelona (Espanya) / Apt. Correus 24 055 (08000)
Tel. +0034 934 169 700 / Fax +0034 934 169 730


Fundació Puigvert

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

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

www.fundacio-puigvert.es



L'externalització de processos de suport a l'activitat assistencial

Una opció vàlida pel servei d'electromedicina

Laia Llanas Mestres

Serveis integrals de suport a l'Electromedicina de COSTAISA

L'activitat principal dels centres de salut és la provisió de serveis assistencials als seus clients: els pacients o usuaris de la sanitat.

Per a l'òptima prestació d'aquests, els centres han de dur a terme processos de suport directes com la farmàcia o indirectes com podrien ser els serveis d'hostaleria. Els processos relacionats amb la tecnologia sanitària o electromedicina engloben la planificació de la tecnologia i la seva inversió, la gestió i el manteniment dels equips. Són, clarament, processos de suport directe a l'activitat assistencial. La fallada o l'obsolescència d'un equip comporta una discontinuïtat de l'activitat assistencial o una disminució del seu rendiment en el millor dels casos. Aquestes situacions impacten en la qualitat del servei prestat, que sovint es tradueix en la pèrdua de clients.

El sector

L'electromedicina és un àmbit complex, on es consideren gran quantitat i diversitat de famílies d'equips, amb diferents finalitats assistencials, que utilitzen diverses tecnologies, amb múltiples graus de complexitat i risc. Aquesta diversitat fa que la planificació, la gestió i l'avaluació d'aquest equipament siguin complexes.

Malgrat la importància d'aquests processos i el requeriment de coneixements específics i recursos especialitzats i escassos, sovint és l'àmbit del manteniment general que els duu a terme quedant diluïda la seva rellevància. Així doncs, cal considerar les diferents opcions existents per a la resolució d'aquesta problemàtica.

Les activitats de gestió i manteniment de les tecnologies sanitàries queden emmarcades per les directives europees 2007/47/CE (transposada al RD414/92) que actualitza la directiva 93/42/CEE (pendent de publicar la seva transposició). La metodologia per assegurar la qualitat d'aquests processos pot basar-se en la "UNE 209001N:2002. i la "ISO 13485:2004"

L'externalització

L'objectiu principal d'externalitzar processos de suport és centrar els esforços de l'organització en l'activitat principal: s'alliberen recursos i es disposa de serveis especialitzats que milloren l'operativa i la competitivitat. També s'assoleixen objectius tals com: la variabilitat i la reducció de costos, l'estructura i la infraestructura, la millora de la qualitat i l'augment de la flexibilitat.

L'abast d'un projecte d'externalització abraça l'anàlisi de la situació, la definició dels objectius, els *factors crítics d'èxit* (CSI), els *indicadors clau d'acompliment* (KPI), el disseny del servei i el seguiment segons les necessitats de l'organització. La no consideració del cicle pot comprometre el projecte, cal assegurar el procés de canvi, els protocols per a una comunicació fluïda i àgil que garanteixi la no pèrdua de control i de l'entorn de confidencialitat, i dels *acords de nivell de servei* (SLA) sobre la base dels CSI i KPI identificats.

Solucions

L'assegurament de la continuïtat, la qualitat del servei assistencial i el marc legal i normatiu requereixen als centres dur una gestió específica per aquest tipus d'equipaments. Malgrat tot, i més en centres de mida reduïda, sovint no és econòmicament viable tenir recursos propis destinats a la gestió dels equips, a l'assistència tècnica o a l'avaluació tecnològica.

Una opció de pes és cercar un especialista amb qui col·laborar, que pugui oferir-nos **el cicle complet de la gestió**: des de la instal·lació fins a la renovació tecnològica, passant per la **gestió** i el manteniment (plans de manteniment, control d'actius, gestió de contractes, llibres de manteniment i revisions tècnicolegals, la resolució de les incidències, entre d'altres).

També pot aportar-nos l'assistència tècnica tot mantenint la cadena de responsabilitat dels equips instal·lats en el centre. D'aquesta manera assegurarem una resolució ràpida i de qualitat a les incidències de baixa complexitat i una correcta col·laboració amb els fabricants, que hagin d'assistir a incidències complexes. L'externalització del servei d'electromedicina ha de permetre'ns afrontar amb èxit la planificació i la gestió de l'equip, amb el clar objectiu d'assolir la màxima disponibilitat en òptimes condicions de funcionament d'aquestes tecnologies que donen suport a l'activitat assistencial, en un marc d'eficiència i eficàcia i econòmicament viable. |



"L'externalització dels processos relacionats amb els equips electromèdics és una opció vàlida que permet als centres tenir un responsable actiu i especialitzat encarregat de la gestió i el manteniment dels actius i assessor en matèria de tecnologia sanitària."



Joan Vila-Masana i Portabella

Director d'Infraestructures de l'Hospital Clínic

Estefanía Linés
Redactora en cap

Joan Vila-Masana i Portabella és enginyer Superior, especialitzat en Tècniques Energètiques per la Universitat Politècnica de Catalunya i també és enginyer en "Génie Atomique" per l'Institut de Sciences et Techniques Nucléaires de Saclay (INSTN) de París. Ha realitzat molts cursos de coneixement sobre seguretat i energia nuclear i ha publicat nombrosos articles i llibres sobre radiologia, instal·lacions radioactives i energia nuclear.

Quant a l'experiència professional, ha estat cap de la Secció d'Inspecció d'instal·lacions radioactives del Departament d'Indústria i Energia de la Generalitat de Catalunya, director de Serveis Generals, membre del Comité de Direcció i Director Corporatiu d'infraestructures i serveis tècnics de l'Institut Català de la Salut. Actualment, és Director d'Infraestructures de l'Hospital Clínic i de totes les entitats participades.

1- L'externalització o outsourcing és una estratègia empresarial ja consolidada, però quin motiu els ha impulsat a utilitzar aquesta eina?

L'externalització és una eina de gestió que té un valor importantíssim des del moment en què pots encarar l'objectiu de les feines que has de fer amb dos camins molt clars: el de l'especialització i el de la flexibilitat. Per exemple, una organització que té unes estructures massa fixes permet una externalització, sempre que es trobi un partner que conegui l'especificitat d'un sector concret i que pugi oferir fórmules flexibles i noves per fer front als diferents canvis de necessitats i requeriments en un moment concret.

2- Quins són els aspectes de risc que cal evitar quan es planteja un procés d'outsourcing?

Hi ha riscos de tot tipus, de continuïtat del servei, d'encariment dels costos, de problemes laborals, de perdre els coneixements de l'especialitat que s'està externalitzant, etc. Per això en qualsevol procés d'outsourcing el que s'ha de fer és externalitzar l'especificitat, però quedar-se el know-how com a gestor.

L'externalització sempre ha de formar part de l'estratègia de l'empresa i mai no pot ser un objectiu final en si mateix, ni és una figura de gestió que s'ha de defugir. Els punts mitjans són els més adequats i sempre s'ha d'analitzar professionalment i objectivament quan és vàlid l'outsourcing i quan no ho és, en quins aspectes i en quins moments. És a dir, no tots els temes són externalitzables ni qualsevol moment és bo per fer una externalització. A vegades pot ser bo externalitzar coses i a vegades és bo recuperar coses que s'han externalitzat.

3- Què els ha aportat o què els pot aportar?

L'externalització ens ha aportat fonamentalment l'especificitat en algunes coses que s'han de fer. En una organització hospitalària com la nostra, tot i que això pot ser abordable des de qualsevol organització empresarial, es tenen uns objectius que formen part del core business del negoci i tota la resta són aspectes de suport perquè la funció del core funcioni. Per tant, no es pot ser especialista en 10 ó 12 camps per donar suport a una activitat, sinó que el que s'ha de fer és anar a buscar a fora especialistes en coses en què realment hi hagi empreses especialitzades, o sinó avançar per aconseguir aquesta especificitat. D'altra banda, des del moment en què s'està en un context laboral d'una organització, no es pot tallar amb el mateix patró tots els elements que en formen part. Així doncs, es necessita una flexibilitat davant de certs requeriments. En un moment donat pots necessitar més mitjans que en un altre, per tant aquesta flexibilitat només es pot aconseguir amb recursos externs que juguen amb diferents organitzacions juntes i que poden anar modulant la seva oferta. Així doncs, l'especificitat i aquelles coses que no requereixin un coneixement profund de la pròpia organització on presten els serveis és el que ens ha portat a avançar en aquest capítol d'outsourcing en parcel·les concretes de la nostra gestió.

4- En un moment de crisi com l'actual, l'externalització els ha permès introduir o beneficiar-se de millores organitzatives?

Sempre. No només en els moments de crisi sinó també en els que no ho són. Tot i que és veritat que en els moments de crisi s'accentua, perquè cal que ajustis molt més els teus mitjans per fer front als teus objectius. Per tant,

aquest procés que dèiem d'especialització i de flexibilitat és amb el que has de jugar per poder adaptar les teves necessitats als mitjans que t'imposes per aconseguir-los. Per tant, l'optimització dels recursos és més fàcil de fer amb empreses especialitzades que no pas amb empreses no especialitzades.

5- Quin valor li dóna vostè al fet de formular estratègies conjuntament amb els col·laboradors com a element d'un major compromís amb el partner?

Aquest és un valor afegit que és importantíssim i jo diria que fins i tot primordial. Si un només externalitza perquè s'estalvia diners, perquè aconsegueix una flexibilitat però no una tecnologia ni uns coneixements propis, segur que a la llarga l'externalització fracassarà. El que és bo és fer una aliança estratègica amb un partner que vagi avançant simultàniament de tal forma que als requeriments que necessites perquè vas evolucionant en el teu negoci, pugui oferir-los solucions noves. A més a més, com a empresa externa que té una visió sobre el conjunt d'aquest procés productiu i d'altres, et pot aportar el valor afegit que des de dins, en la teva parcel·la, a vegades desconeixes. Per això, al partner, li pots plantejar les teves necessitats i aquest enriquiment mutu de visió global des de fora i d'especificitat teu dels teus requeriments fa que puguis definir noves estratègies i nous productes amb els quals puguis ser més competitiu.

6- Quines estratègies conjuntes han dissenyat i implementat amb els seus partners?

Hem dissenyat diverses estratègies conjuntes, com per exemple processos de restauració hospitalària, en els quals hem avançat en sistemes nous de producció hotelera; processos de cuina refrigerada; processos de cuina pasteuritzada. En altres temes, com per exemple el manteniment, en aquest moment estem desenvolupant nous sistemes, com els sistemes més difícils d'il·luminació sobre la base de lluminàries de leds (nous elements d'il·luminació, que tenen un consum per sota del 30% i una il·luminació a la vora del 20% superior a les bombetes convencionals). Tot això significa marcar una nova estratègia i aconseguir nous productes i que a més s'implementi amb la millor eficiència, i això només ho pots fer amb un partner extern especialitzat en coses d'aquest tipus. |

“No es pot ser especialista en 10 ó 12 camps per donar suport a una activitat, sinó que el que s'ha de fer és anar a buscar a fora especialistes de coses en què realment hi hagi empreses especialitzades o sinó avançar per aconseguir aquesta especificitat.”

“Al partner, li pots plantejar les teves necessitats i aquest enriquiment mutu de visió global des de fora i d'especificitat teu dels teus requeriments fa que puguis definir noves estratègies i nous productes amb els quals puguis ser més competitiu.”

Directius per a l'atenció primària i competències organitzacionals

Ricard Gutierrez Martí i Pere Torán Monserrat
Càtedra de Gestió, Direcció i Administracions Sanitàries. Fundació Doctor Robert. Universitat Autònoma de Barcelona.

Maite Martínez Gonzalez i Susana Pallarés Parejo
Grup de recerca UIM (Unitat d'Investigació de Management). Departament de Psicologia Social. Universitat Autònoma de Barcelona.

Moltes organitzacions adopten pràctiques i sistemes de recursos humans basats en competències per abordar els problemes de gestió i motivació del seu personal. De forma sintètica podem definir les competències com les capa-

citats humanes susceptibles de ser mesurades i que són necessàries per assolir amb eficàcia els nivells de rendiment que exigeix el lloc de treball. D'alguna manera ens referim a construccions hipotètiques, a les quals no es pot accedir directament, però sí tenir-ne constància a través

Quadre 1. Definició de funcions i tasques del Director/a Mèdic i Adjunt/a d'Infermeria d'Equips d'Atenció Primària.

Director/a Mèdic	Adjunt/a d'Infermeria
<ul style="list-style-type: none"> · Tasques pròpies com a metge de l' Equip d'Atenció Primària^{a,b}. · Integració i harmonització de les activitats dels professionals sanitaris i no sanitaris que formen l'EAP, amb independència del règim jurídic que els és d'aplicació, i d'aquells que hi col·laboren amb l'Equip^{a,b}. · La coordinació amb la resta d'EAPs del sector, amb els serveis i les institucions sanitàries i la població^{a,b}. · Direcció i coordinació de totes les activitats i serveis de l'Equip, garantint la seva planificació, organització, execució i avaluació, vetllant per l'eficiència i la qualitat de l'atenció prestada^b. · Assegurar el correcte funcionament de l'Equip, a través de la gestió del personal i dels recursos materials^b. · Representació de l'Equip davant instàncies superiors^b. · Procurar l'actualització del Reglament de Règim Interior de l'EAP^b. · Elaborar la Memòria anual d'activitats^b. · Exercici d'aquelles funcions que li atribueixin els òrgans superiors^b. 	<ul style="list-style-type: none"> · Col·labora amb el director i és el/la responsable directe del personal auxiliar sanitari de l'EAP^{a,b}. · Tasques pròpies com a ATS/Diplomat d'infermeria d'atenció primària^{a,b}. · Organització, coordinació i avaluació de les tasques d'infermeria, així com l'assignació de funcions al personal auxiliar sanitari^a. · Promoció i participació en els programes de formació continuada i reciclatge del personal d'infermeria^{a,b}. · Col·laborar amb el director de l'Equip en la gestió del personal i dels recursos materials^b. · Promoure la formació continuada de tot l'equip d'acord amb les indicacions del director i els objectius de l'Equip^b. · Vetllar per l'adequat registre i processament de la informació, l'avaluació de la qualitat de la informació registrada i la seva utilització per part de l'Equip^b. · Assumir les funcions del director de l'Equip en cas d'absència, malaltia o vacant. · Totes aquelles funcions que li siguin encomanades pel director de l'Equip^b.

Fonts:

a. Decret 84/1985 de 21 de març, de Mesures per a la Reforma de l'Atenció Primària de Salut a Catalunya.

b. Decret 53/2006, de 28 de març, de Mesures de Reforma de l'Institut Català de la Salut.

Quadre 2. Llistat i definició de les 15 COMPETÈNCIES TRANSVERSALS per als Directius d'Atenció Primària de Salut.

Competència	Definició operativa
PLANIFICACIÓ	Ordenar i seqüenciar les activitats en el marc estratègic de la institució.
ORGANITZACIÓ	Combinar recursos (temps, espai, persones...) per al bon desenvolupament de les activitats en el temps adequat.
SUPERVISIÓ	Fer el seguiment de les accions que es desenvolupen per tal d'avaluar-les.
INICIATIVA	Oferir suggeriments i proposar accions diferents a les actuals per millorar les activitats i els resultats.
RESOLUCIÓ DE SITUACIONS COMPLEXES	Prendre decisions per resoldre situacions quotidianes de la feina.
GESTIÓ DELS CONFLICTES INTERPERSONALS	Prendre decisions per resoldre problemes entre persones.
VISIÓ GLOBAL DE LA SITUACIÓ	Posicionar-se des d'una visió integradora dels diferents elements del context.
EMPATIA	Sentir i comprendre les emocions alienes com a pròpies.
CAPACITAT DE COMUNICACIÓ	Expressar fets o idees en termes comprensibles per a l'interlocutor de tal manera que li permeti comprendre la informació o donar-la.
GESTIÓ DE LA INFORMACIÓ	Buscar i seleccionar els elements necessaris que afavoreixin la creació d'una informació eficaç i fidedigna.
ORIENTACIÓ AL CLIENT	Reconèixer qui són els clients interns i externs, valorar els recursos, les necessitats i les seves expectatives, per buscar solucions.
CAPACITAT NEGOCIADORA	Aconseguir un acord davant situacions de conflicte d'interessos, obtenint-ne el màxim benefici de la situació, per ambdues parts.
ADAPTABILITAT	Treballar en diversos entorns, mantenint l'eficàcia davant una gran varietat de situacions, responsabilitats i grups.
TREBALLAR EN EQUIP	Fer participar als equips per tal que desenvolupin les seves potencialitats, comparteixin objectius i assoleixin resultats.
LIDERATGE DE PERSONES	Influir en les persones i grups d'acord amb els seus nivells d'autonomia per tal d'aconseguir el seu desenvolupament.

Fonts: Anàlisi de la informació de les entrevistes individuals realitzades al treball de camp esquematitzat a la figura 1.

del comportament visible o de l'exercici professional de les persones.

No hi ha una definició clara d'aquestes competències, més vinculades a la funció directiva que a la tasca assistencial, per als professionals assistencials que accedeixen als diversos nivells directius de les organitzacions d'atenció primària de salut. A aquests, els diem, en abstracte, que han de tenir capacitat de lideratge o que han de saber conduir equips humans o gestionar el canvi; se'ls defineixen les funcions o tasques que han de realitzar, però el "com" desenvolupar-les (allò que s'espera que facin en termes de competència professional) queda difús en la descripció del propi lloc de treball (quadre 1).

Podem dir que les competències (tant tècniques com genèriques o core skills) que aquests gestors han de tenir per aconseguir un desenvolupament eficient en els seus llocs de treball no són gaire conegudes. Conèixer què s'ha de fer pot resultar relativament fàcil (són les tasques més o menys complexes que vénen dibuixades en la definició del lloc de treball), però les habilitats per fer-les d'una manera determinada, i que siguin més eficients per al servei i per a les persones, ens obliga a l'estudi de les competències.

És del tot imprescindible conèixer aquest buit, moltes vegades un "calaix de sastre", existent entre les tasques i les responsabilitats que les organitzacions assignen i les que efectivament es fan (o s'haurien de realitzar) en els diversos contextos i nivells de direcció i encara és més necessari tenir els indicadors observables del comportament que es desenvolupen per realitzar les diverses activitats que configuren la gestió.

Per aportar alguns coneixements en aquesta àrea, la Càtedra de Gestió, Direcció i Administracions Sanitàries va realitzar un estudi (figura 1) del qual avancem els resultats de manera molt sintètica en aquest article (quadre 2). Es tracta de quinze competències que, a més, tenen associades una sèrie d'indicadors, entesos com aquells comportaments observables (entre 4 i 20 per cada competència) en el desenvolupament de les funcions directives. Aquests indicadors evidencien la presència, o no, d'una determinada competència i mostren l'assoliment de tasques i maneres de fer diverses davant d'una mateixa situació.

L'aportació d'aquest treball rau en el fet que la definició de les competències s'ha dut a terme a partir de l'estudi dels comportaments observables dels

professionals en funcions directives en els centres i serveis d'atenció primària de salut a casa nostra, i no a partir de manuals de gestió o dels textos legals (quadre 1). Això ens ha de permetre una definició més acurada del lloc de treball, del mapa competencial de la persona que l'ha d'ocupar i del sistema d'avaluació d'assoliment d'objectius i promoció professional.

Aquestes quinze competències haurien d'ajudar a definir diversos nivells de complexitat, des d'un nivell clau o nuclear, que haurien de poder mostrar tots els directius de l'organització, fins a nivells d'excel·lència exigibles només per a determinats llocs o responsabilitats específiques. D'alguna manera es poden perfilar tres àrees competencials:

1. Competències clau o nuclears: aquelles que han de mostrar tots els professionals en funció directiva a qualsevol lloc de l'organització.
2. Competències de nivell: les que van lligades a processos comuns que es realitzen i que no estan incorporades com a competències nuclears.
3. Competències específiques: aquelles que van lligades a aspectes o processos concrets de l'organització, bé perquè van lligades a nivells d'excel·lència, bé per l'especificitat de les responsabilitats a assumir.

Aquesta manera de diferenciar les competències (lloc-nivell-específiques) permetria establir plans de desenvolupament i de carrera professional especí-

fics per a l'àmbit de la gestió en atenció primària. D'altra banda, disposar d'un marc competencial definit pot facilitar l'establiment de sistemes d'avaluació i incentivació més orientats a l'excel·lència organitzacional que a la simple productivitat. Entenem que aquesta avaluació competencial s'hauria de fonamentar en instruments adequats per explicar els comportaments en el vèrtex de la piràmide de Miller (2006) (allò que realment es fa en el lloc de treball: observació directa, portafoli professional, etc). Una avaluació orientada al desenvolupament professional continu, més objectiva i relacionada amb les activitats en el lloc de treball i, per tant, amb una major capacitat discriminatòria de l'èxit en l'assoliment d'objectius.

Òbviament la utilització del mapa competencial no s'ha de quedar en la simple identificació de les característiques diferenciadores entre professionals, sinó que s'ha d'assumir com el primer pas per una política de gestió més àmplia basada en competències.

Els estudis en relació a les competències professionals han evidenciat avantatges competitius per a les organitzacions o institucions que les analitzen, ja que donen rellevància a la importància del capital humà per a l'organització, aporten la flexibilitat necessària perquè l'organització s'adapti als canvis mitjançant el correcte encaix de la persona i les necessitats dels usuaris i creen una cultura d'aprenentatge continu. |

Bibliografia

- Boyatzis R. (1982).** *The competent manager: A model for effective performance.* New York: John Wiley & Sons.
- Le Boterf G. (2000).** *Construire les compétences individuelles et collectives.* Paris : Éditions d'Organisation.
- Fernández G, Cubeiro JC, Dalziel MM (1996).** *Las competencias clave para una gestión integrada de los RRHH.* Bilbao: Deusto.
- Costa Zamora P, Cortés Rubio JA (1997).** *La función directiva en el Centro de Salud:coordinador versus director.* *Centro de Salud.* 7(3):147-9.
- Checkland K (2004).** *Management in general practice: the challenge of the new General Medical Services contract.* *Br J Gen Pract.* 54:734-9.
- López LA, Jiménez JM, Luna JD, Solas O, Martínez JI, Manuel E (2002).** *Opiniones de los gestores de la atención primaria sobre las fuentes de influencia en la práctica médica. Diferencias con la opinión de los médicos asistenciales.* *Gac. Sanit.* 16(5):417-24.
- Williams SJ.** *What skills do physician leaders need now and in the future?.* *Physician Exec;*27(3):46-8.
- Frezza EE, Wachtel MS (2006).** *Practicing medicine in a new environment:what can we learn from the business managers?.* *J Med Pract Manage.* 22(1):52-4.
- Marshall MN, Mannion R, Nelson E, Davies HTO (2003).** *Managing change in the culture of general practice: qualitative case studies in primary care trusts.* *BMJ.* 327: 599-602.
- Iñiguez L.(1999).** *Investigación y evaluación cualitativa: bases teóricas y conceptuales.* *Aten Primaria.* 23(8):496-502.
- Denzin NK, Lincoln YS (2000).** *Handbook of qualitative research.* London: Sage.
- García Calvente MM, Mateo Rodríguez I (2000).** *El grupo focal como técnica de investigación cualitativa en salud: diseño y puesta en práctica.* *Aten Primaria.* 25:181-6.
- Durante E. (2006).** *Algunos métodos de evaluación de las competencias: escalando la pirámide de Millar.* *Rev.Hosp.Ital.B.Aires.* 26(2):55-61
- Millar G. (1990)** *The assessment of clinical skills/competente/performance.* *Academic medicine.* 65:S63-S67.



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.



Mi objetivo: dejar el informe clínico hecho en el momento



El poder de la voz en el sector sanitario

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

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

www.nuance.es/sanidad.

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



NUANCE