

Observatori de la cooperació publicoprivada en les polítiques sanitàries i socials

- El projecte de validació de la tècnica de biòpsia selectiva del gangli sentinella a la Regió Sanitària Girona
- El servei integrat atenció al malalt crític del Parc Taulí-Hospital de Sabadell i IDCSalud Hospital General de Catalunya

Ferran Curtó i
Xavier Porteros

Estudi promogut per:

PROGRAMA **PARTNERS**

Observatori de la cooperació publicoprivada en les polítiques sanitàries i socials

El projecte de validació de la tècnica de biòpsia selectiva del gangli sentinella a la Regió Sanitària Girona

El servei integrat atenció al malalt crític del Parc Taulí-Hospital de Sabadell i IDCSalud Hospital General de Catalunya

Programa PARTNERS

Director: Albert Serra

Directora associada: Mònica Reig

Editors:

Albert Serra

Mònica Reig

Observatori de la cooperació publicoprivada en les polítiques sanitàries i socials.

Any 2015

Barcelona, núm. 10.

© 2015 ESADE. Av. de Pedralbes, 60-62
08034 Barcelona

ISBN: 978-84-606-6597-7

La sèrie de Relats Programa PARTNERS és una col·lecció de textos sobre cooperació publicoprivada de l'Institut de Governança i Direcció Pública (IGDP).

www.esade.edu/igdp

Dipòsit legal B-7798-2015

Sumari

Pròleg	5
Dra. Helena Ris	
Introducció	7
Albert Serra i Mònica Reig	
El projecte de validació de la tècnica de biòpsia selectiva del gangli sentinella a la Regió Sanitària Girona	
Introducció	9
Els objectius del projecte del Pla director d'oncologia: el cas del càncer de mama	9
La introducció de la prova a Girona	16
Una oportunitat per a un grup privat	19
La creació d'un grup de treball intersectorial i multidisciplinari	22
La validació de la tècnica	25
Valoracions globals	26
El servei integrat d'atenció al malalt crític del Parc Taulí-Hospital de Sabadell i IDCSalud Hospital General de Catalunya	
Introducció	28
Orígens del projecte: la necessitat d'optimitzar els recursos assistencials	28
La cerca de solucions: la unificació de les UCI	32
La definició d'un servei innovador a Catalunya	33
Les dificultats d'encaix dels altres sistemes: el col·lectiu professional, el SEM i la xarxa informàtica	38
Valoracions globals	41
Epíleg	
L'oportunitat de cooperació	46
El lideratge adequat	48
La superació del xoc de cultures	51
Conclusions finals	52
Referències	54

Pròleg

Un any més, La Unió i ESADE renovem el nostre compromís amb l'Observatori de la cooperació publicoprivada en les polítiques sanitàries i socials perquè creiem fermament que aquesta col·laboració, forma part del nostre ADN i un dels nostres principis irrenunciables, contribueix a la sostenibilitat del sistema sanitari del nostre país facilitant-ne el progrés.

Recentment, La Unió ha publicat un estudi sobre Aliances Estratègiques i Col·laboració Publicoprivada Empresarial, en el qual s'han analitzat més de 200 iniciatives a Catalunya que impliquen 118 entitats i que posa en relleu com les diferents formules de cooperació combinen un triple win: jo hi guanyo, tu hi guanyes i la societat hi guanya.

Un 41% de les organitzacions busquen a través de la col·laboració publicoprivada millorar l'efectivitat de la pràctica. Per tant, la suma repercuteix en benefici del conjunt del sistema i dels ciutadans. També és remarcable que el 40% de les col·laboracions són estables en el temps (amb un recorregut de més de cinc anys).

També cal destacar que el 50% de les col·laboracions s'acorden entre el sector públic i el sector privat i que es produeixen en tot el territori de manera proporcional al dimensionament de les estructures sanitàries i socials, segons la població i la prestació de serveis. En aquest sentit, el sector públic aconsegueix una millora en els béns i serveis públics i, alhora, el sector privat veu com augmenta la competitivitat i es dinamitza el mercat.

Per tant, el servei a la societat no es limita al que fan les administracions públiques exercint les seves competències i responsabilitats. Un estat modern ha d'estar obert a les iniciatives de l'esfera privada per respondre als reptes econòmics i socials del conjunt de la ciutadania i resulta un parany pensar que pot afrontar sol el desenvolupament econòmic i social.

El repte que tenim és dibuixar com ha de ser aquesta relació a través de la col·laboració publicoprivada i la creació de valor públic. Des de l'Observatori, treballarem per donar resposta a alguns dels reptes que es plantegen com la generació de confiança a través d'un marc estable i una normativa adequada o la rendició i avaluació de comptes, lluny de la polarització en els posicionaments ideològics i fugint de la demagògia que plana sobre aquesta qüestió.

Les experiències recollides al llarg del temps i les recentment analitzades per La Unió, en el marc d'un model sanitari propi com és el català, mostren que col·laborar no és privatitzar i que col·laborar significa progressar. En el marc del programa PARTNERS, els casos que presentem en aquest llibre en són un exemple.

Vull agrair molt sincerament la participació d'altres entitats i fer notar que pel seu valor s'inclouran en el registre de l'Observatori, que és un compendi de tots els casos presentats al llarg d'aquests anys. Des d'aquesta plataforma compartim i aprenem de les experiències i contribuïm a divulgar-les.

Dra. Helena Ris
Directora General La Unió

Introducció

En aquest document, es presenten dues experiències d'èxit en la cooperació publicoprivada en el sector sanitari, i s'assenyalen alguns dels factors que n'han possibilitat l'èxit.

El primer cas és el projecte de validació de la tècnica de biòpsia selectiva del gangli sentinella a la Regió Sanitària Girona, centrat en el procediment de validació d'una nova tècnica de detecció del càncer de mama en què l'objectiu era mantenir la descentralització del tractament d'aquest en els hospitals comarcals de la Regió Sanitària Girona. La manca de metges especialistes en medicina nuclear en cadascun d'aquests centres feia inviable la validació de la prova, però, gràcies a un acord amb una organització privada (CETIR) que desplaçava metges i material als hospitals, es va poder tirar endavant.

El segon cas descriu el servei integrat d'atenció al malalt crític implantat a Sabadell entre la Corporació Sanitària Parc Taulí i l'Hospital General de Catalunya. Aquesta experiència va permetre millorar l'atenció als malalts que requerien un seguiment a l'UCI. Davant les limitacions, tant econòmiques com físiques, de l'UCI a l'Hospital Parc Taulí (públic), i atesa la seva proximitat a un hospital privat, es va optar per una única unitat d'atenció a malalts en estat crític compartida entre els dos hospitals, la qual cosa ha permès crear sinèrgies i millorar l'atenció que reben els pacients.

Per tal de dur a terme aquest estudi i analitzar amb profunditat aquests dos casos, s'han utilitzat diferents tècniques i metodologies. D'una banda, s'ha fet una recerca bibliogràfica que inclou tant els documents que regulaven la posada en funcionament de les experiències –documents públics, documents d'ús intern, convenis, etc.– com articles acadèmics per tal de poder interpretar millor cadascun dels casos. Mentre els documents del primer tipus han estat útils per analitzar amb detall cadascun dels casos, els segons ho han estat per contextualitzar-los respecte d'altres experiències ja analitzades. D'altra

banda, també s'han utilitzat tècniques de recerca qualitativa, com les entrevistes semiestructurades, que han estat útils per aprofundir el funcionament intern i descobrir aquells elements més informals que no és possible detectar a partir de la informació bibliogràfica. En general, s'ha tractat de seleccionar els diferents actors clau, tant del sector públic com del privat, en cadascun dels projectes, per tal de disposar d'informació de primera mà.

Aquest treball no hauria estat possible sense la realització de les entrevistes. És per això que cal agrair sincerament la disponibilitat i la col·laboració de totes les persones entrevistades. En el cas de la tècnica de biòpsia selectiva del gangli sentinella, agraïm la col·laboració de Maria Teresa Faixedas, cap de Planificació de la Regió Sanitària Girona, Eduard Riera, coordinador de Medicina Nuclear de CETIR, Antoni Rubió, responsable mèdic de la Unitat de Medicina Nuclear del Centre IDI Girona, Hospital Universitari Doctor Josep Trueta i Francesc Tuca, cap de Cirurgia Mamària de l'Hospital Universitari Doctor Josep Trueta. En el cas de la unitat de crítics de Sabadell, agraïm la col·laboració d'Antoni Artigas, director del Centre de Crítics del Vallès, Joan Martí, director general de la Corporació Sanitària Universitària Parc Taulí i Xavier Mate, director regional d'IDCSalud.

Albert Serra i Mònica Reig,
 Director i directora associada al Programa Partners

El projecte de validació de la tècnica de biòpsia selectiva del gangli sentinella a la Regió Sanitària Girona

Introducció

La validació i l'aplicació de la tècnica de biòpsia selectiva del gangli sentinella és un projecte liderat per la Regió Sanitària Girona del Servei Català de la Salut –òrgan descentralitzat de gestió del sistema sanitari públic de Catalunya– per tal de portar la tècnica a tot el territori, amb la col·laboració directa del grup mèdic privat CETIR. La voluntat d'implantar la tècnica amb criteris d'assistència universal en els diferents hospitals d'un mateix entorn geogràfic, però amb diferències demogràfiques significatives, condueix a la idea d'establir un protocol consensuat i comú entre centres mèdics/hospitals públics i privats de la Regió Sanitària Girona, implicant diferents especialitats mèdiques i quirúrgiques.

Els objectius del projecte del Pla director d'oncologia: el cas del càncer de mama

L'any 2001, el Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya aprova el Pla director d'oncologia, un instrument mitjançant el

qual el Departament “determina les línies directrius per impulsar, planificar, coordinar i avaluar les actuacions que s’han de desenvolupar en l’àmbit de la prevenció, el tractament i la rehabilitació de les malalties de càncer, amb l’objectiu de reduir la mortalitat associada a aquestes malalties i millorar la qualitat de vida dels afectats” (Departament de Sanitat i Seguretat Social, 2001). El Pla fa una diagnosi de l’impacte del càncer a Catalunya i en destaca la baixa incidència respecte de la resta de països de la UE (v. Figura 1); descriu quins han estat els desenvolupaments més rellevants pel que fa a l’atenció oncològica (per exemple, des del punt de vista de la qualitat assistencial, els aspectes organitzatius o la recerca), i, finalment, presenta els objectius de futur en aquest àmbit.

Figura 1: Mortalitat del càncer a nivell comparat

	Estómac	Colorectal	Fetge	Pàncrees	Pulmó	Mama	Úter	Ovari	Vesícula biliar	L. no Hodgkin	Leucèmies
Alemanya	7,2	16,0	0,9	5,3	8,5	22,1	6,4	7,1	1,7	2,4	3,6
Bèlgica	4,5	12,7	1,1	4,4	8,7	25,6	5,4	7,5	1,7	2,6	3,5
Catalunya**	4,6	10,5	3,1	3,0	4,1	16,3	5,6	4,2	1,1	2,6	3,2
Dinamarca	3,9	17,4	1,2	6,5	24,8	27,2	8,3	9,9	2,4	3,7	3,8
Espanya	6,0	10,6	1,3	3,3	3,7	17,4	5,0	3,9	1,2	2,0	3,3
França	3,1	11,9	1,0	3,9	5,4	19,7	5,4	5,7	1,2	2,7	3,5
Grècia	4,6	7,6	0,2	3,4	7,0	15,5	3,9	3,4	1,1	1,0	3,5
Holanda	4,6	14,6	0,4	5,3	11,7	26,8	4,4	7,7	1,7	3,2	3,2
Irlanda	5,7	15,4	0,1	5,5	17,8	26,5	5,4	9,0	1,5	3,9	3,2
Itàlia	7,5	12,8	2,5	4,6	7,6	20,4	5,3	4,5	1,3	2,8	4,0
Noruega	4,7	14,4	0,4	5,5	11,4	19,0	6,3	7,8	1,7	3,3	2,8
Portugal	11,1	12,3	0,6	3,1	4,6	18,1	7,2	3,3	1,2	2,1	3,6
Regne Unit	4,6	14,2	0,4	4,9	20,9	27,1	6,0	8,2	2,2	3,2	3,1
Suècia	4,1	11,3	1,3	6,6	10,7	17,4	4,8	7,3	1,3	3,1	3,2
Unió Europea**	5,4	11,7	2,5	4,8	9,9	21,4	5,4	6,2	1,5	2,7	3,4

* La taula presenta les taxes per 100.000 persones i any ajustades a la població estàndard mundial

** Mortalitat en el període 1996-1997

** Mortalitat l'any 1995

Font: F. Levi et al., EIC 2000; 35 (10):1477-1516

L'objectiu general de la lluita contra el càncer comporta una sèrie d'actuacions adreçades a assolir diferents objectius, entre els quals hi ha, per exemple, la reducció de la incidència de la mortalitat del càncer a Catalunya, la millora de la supervivència i la qualitat de vida de les pacients amb càncer i –aspecte especialment rellevant en relació amb l'objecte d'anàlisi d'aquest document– **la millora de l'accessibilitat de la població a la xarxa sanitària, per tal de garantir-ne un diagnòstic precoç i un tractament apropiat i de qualitat.**

Figura 2: Prevalença del càncer

>30.000	10.000 a 30.000	5.000 a 9.999	1.000 a 4.999	<1.000
Mama (45)	Bufeta urinària (27)	Laringe (8)	Pròstata (6)	Pàncrees (0,7)
Colorectal (33,5)	L. no Hodgkin (12)	Estómac (8)	Melanoma (5,5)	Mieloma (0,5)
	Cos d'úter (10)	Coll d'úter (7)	Pulmó (5,5)	Fetge (0,2)
		Leucèmies (6)	L. Hodgkin (4)	
			Ovari (4)	

* Prevalença: Nombre de persones amb un diagnòstic de càncer, ja sigui cuidat o bé en fase de diagnòstic o tractament.
Font: Servei de Prevenció i Control del Càncer. ICO. Dades de 1994

En l'estudi de diagnosi recollit al Pla director –basat, eminentment, en dades dels anys noranta–, s'observa que, de tots els tipus de càncer, el de mama és el que causa més morts entre les dones i el que més preval. Com passa en la majoria de càncers, el diagnòstic precoç de la malaltia és clau a l'hora d'obtenir un bon pronòstic. L'examen dels especialistes i les mamografies¹ són les tècniques que ajuden a assolir aquest objectiu. Fins a finals dels anys noranta, les proves quirúrgiques habituals per comprovar si existeix progressió limfàtica en el cas del càncer de mama impliquen l'extirpació del tumor primitiu de la mama i l'extirpació dels ganglis de l'aixela. Aquestes proves –les biòpsies quirúrgiques– són molt intrusives i comporten efectes secundaris negatius,

1 Es tracta d'una radiografia de la mama que es realitza amb un aparell de raigs x, la forma de la qual s'adapta a la situació de les mames i produeix una dosi de radiació mínima.

per exemple, limfedemes al braç, hematomes que requereixen drenatge o limitacions funcionals.

Durant els anys noranta, diferents publicacions científiques de prestigi comencen a plantejar una solució molt menys intrusiva en la detecció del progrés del càncer de mama, anomenada biòpsia selectiva del gangli sentinella (BSGS). Aquesta tècnica consisteix a identificar el gangli sentinella, anomenat així perquè és “el primer gangli que rep el drenatge limfàtic procedent del lloc primitiu on es localitza el tumor” (Regió Sanitària Girona, 2007, p. 1), fer-ne l'exèresi quirúrgica i, posteriorment, l'anàlisi anatomopatològica. Les diferents publicacions científiques que apareixen arreu del món parlant d'aquesta tècnica conclouen que, si s'analitza exhaustivament el gangli sentinella, es pot arribar a confirmar o descartar si hi ha cèl·lules metastàtiques, amb un marge d'error petit, la qual cosa té una importància cabdal en l'evolució de la malaltia, tant en el pronòstic com en la reducció de la presència d'aquesta malaltia en la societat.

El Pla director 2001-2004 destaca: “La vinculació entre la investigació aplicada i la clínica cada vegada hauria de ser més forta. El paper dels assajos clínics en l'atenció oncològica és més important i caracteritza la part més innovadora de l'atenció oncològica. L'aparició de nous marcadors pronòstics del càncer pot contribuir a modificar les estratègies terapèutiques en un futur immediat” (Departament de Sanitat i Seguretat Social, 2001, p. 32). Aquest és el cas, sens dubte, de l'emergent tècnica BSGS, la tècnica isotòpica, que consisteix a introduir unes partícules col·loïdals al cos, marcades amb un isòtop radioactiu. Mitjançant les gammagrafies,² es pot fer el seguiment de la distribució del radiofàrmac dins el sistema limfàtic; a més, el cirurgià encarregat d'extreure el gangli sentinella, es pot ajudar d'aparells detectors de la radiació per saber cap a on s'ha de dirigir.³ Una vegada extret el gangli sentinella, se'n fa una anatomia patològica per poder estudiar si està envaït o no per cèl·lules tumorals.

2 Les gammagrafies són imatges que serveixen per veure la distribució limfàtica d'aquesta substància i el recorregut que segueix fins arribar al gangli sentinella.

3 La intensitat d'aquesta radiació és baixa i tolerable per al pacient i per al personal mèdic.

Un altre element destacat del Pla director 2001-2004 és que “els tractaments oncològics cada vegada són més complexos i requereixen, necessàriament, la integració multidisciplinària dels cirurgians, els oncòlegs, els radioterapeutes, els hematòlegs, els patòlegs” (p. 32). Aquest és el cas de la tècnica BSGS que, com s’observa a la Figura 3, implica la participació de diferents professionals.

Figura 3: Professionals i tasques en la tècnica BSGS

Metges nuclears	<ul style="list-style-type: none"> • Preparen la substància radioactiva que s’injectarà en el tumor • Injecten la substància radioactiva en el tumor • Fan la gammagrafia • Actuen com a assistents a la cirurgia portant la sonda de detecció de radiació
Metges radiòlegs	<ul style="list-style-type: none"> • Ajuden esporàdicament el metge nuclear a injectar el radiofàrmac sempre que els tumors no siguin palpables i, per tant, sigui necessari guiar la injecció amb una ecografia
Metges cirurgians i/o metges ginecòlegs	<ul style="list-style-type: none"> • S’encarreguen d’extreure el gangli sentinella, amb l’ajuda dels metges nuclears, que els guiaran en la seva detecció fent ús de la sonda de detecció de radiació
Metges anatomopatòlegs	<ul style="list-style-type: none"> • Analitzen els ganglis sentinella mitjançant microscòpia i tècniques histològiques específiques

Font: elaboració pròpia a partir de documents interns del projecte

En aquests casos, segons s’afirma al Pla director, els models d’actuació s’han de basar en la integració de les activitats, la cooperació dels recursos i el treball multidisciplinari. El repte és, com s’observa a la Figura 4, dissenyar un model de governança del sistema capaç d’integrar les funcions de prevenció, assistència i recerca; d’establir mecanismes de relació i cooperació entre els actors implicats en aquest procés (professionals, centres i nivells), i de bregar amb la tensió entre la necessitat d’especialització del servei i la necessitat de satisfer les necessitats integrals del pacient i la seva família.

Figura 4: Model d’integració d’activitats

Integració	Cooperació	Integració
Prevenició	Entre professionals	Especialització
Assistència	Entre centres	Necessitats integrals del pacient i de la seva família
Recerca	Entre nivells	
Centres especialitzats i descentralització de recursos Accessibilitat geogràfica Protocols basats en l’evidència científica		

Font: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 2001, p. 48

Atesos la complexitat de la implantació de les tècniques, i el nombre i la varietat dels professionals implicats, el Pla director també esmenta la necessitat **d’integrar “protocols d’actuació consensuats i comuns als equips interdisciplinaris entre els professionals implicats en el diagnòstic i el tractament del càncer”** (p. 47). L’any 2001, la Societat Espanyola de Sinologia (SESPM) estableix que “s’ha de validar la tècnica [BSGS] mitjançant uns resultats superiors al 90 % de localització i falsos negatius inferiors o iguals al 5 % d’axil·les positives, en un nombre de 50 casos [...]” (Piñero et al., 2007, p. 94). El caràcter inèdit de la BSGS i la necessitat que sigui aplicada per un equip multidisciplinari obliguen a dur a terme validacions abans d’abandonar les tècniques tradicionals de limfadenectomia axil·lar sistemàtica.⁴

A partir de l’any 2000, diferents unitats de Patologia Mamària de Catalunya dels hospitals capdavanters comencen a aplicar la tècnica en les seves pacients. Aquests hospitals disposen d’un gran nombre de pacients i operen en centres que integren la majoria de les especialitats requerides per dur a terme la tècnica, fet que els permet internalitzar-ne la validació sense haver-se de coordinar amb altres centres. Tanmateix, això no és possible en altres territoris de Catalunya on la concentració poblacional és molt més reduïda i, per tant, es requereix una important tasca d’implicació i coordinació d’actors. Aquest és el cas, com es veu a continuació, de la implantació de la tècnica BSGS a la Regió Sanitària Girona.

⁴ La limfadenectomia és un procediment quirúrgic en què s’extrauen els ganglis limfàtics i s’examinen per determinar si contenen càncer.

La introducció de la prova a Girona

La Regió Sanitària Girona té algunes peculiaritats que dificulten l'aplicació de la tècnica BSGS. Maria Teresa Faixedas, que hi treballa des de la creació del CatSalut l'any 1986 i que actualment és cap de Planificació de la Regió Sanitària, coneix de primera mà la realitat del territori i els reptes que presenta el seu sistema sanitari, des del punt de vista de la planificació. Un element que afavoreix la implementació de protocols comuns és, segons Faixedas, la mida de la població: “Girona és una regió ideal pel que fa a la mida. Prou gran com per fer-hi coses i no tant com Barcelona com perquè es descontrolin les coses. Nosaltres tenim uns 800.000 habitants de referència... El territori és, aproximadament, el 10 % de Catalunya. La Regió Sanitària Girona inclou, actualment, les comarques de Girona i també l'Alt Maresme, que abans⁵ pertanyia a la regió de Barcelona” (v. Figura 5).

5 En el període en què es va dur a terme el projecte, l'Alt Maresme encara formava part de la Regió Sanitària Barcelona.

Figura 5: Mapa de la Regió Sanitària Girona: distribució comarcal



Font: Departament de Salut (2012)

Malgrat la idoneïtat de la mida de la població, Faixedas explica que “Girona és un territori molt dispers i té sis hospitals comarcals distribuïts per tot el territori [pertanyents a la Xarxa Hospitalària d’Utilització Pública, XHUP] i un hospital de referència, que és l’Hospital Universitari Doctor Josep Trueta de Girona. Incorporar la tècnica BSGS al Trueta era relativament senzill, però no era tan fàcil introduir-la a tots els territoris”. Sortosament, continua Faixedas, “el Trueta està molt ben reconegut per tothom. I això és important perquè els hospitals comarcals no estan en lluita constant amb el Trueta...” El doctor Francesc Tuca, coordinador de Patologia Mamària en aquest hospital des de 1989, explica que “contràriament al que passa en altres regions sanitàries, on la cirurgia oncològica de mama es concentra a l’hospital de referència, a la Regió Sanitària Girona es fa simultàniament a set hospitals, i això fa que la tasca de validar la tècnica en cada un dels centres

sigui complexa, perquè es poden generar asimetries en el volum de tests i, en conseqüència, en el temps de validació". Com a conseqüència d'aquest conjunt de factors, la introducció de la tècnica BSGS a la Regió Sanitària Girona requeria una bona planificació estratègica i grans dosis de lideratge.

En l'àmbit de Catalunya, el compromís dels més alts estaments polítics estava garantit. Roger Pla, cirurgià de professió i director de l'ICO, liderava el Pla director d'oncologia a Catalunya. Segons Francesc Tuca, *"el doctor Pla tenia molt d'interès que aquesta tècnica es pogués aplicar a tot Catalunya, no en uns hospitals sí i en d'altres no..."* Des de la perspectiva regional, hi havia les bases per poder tirar endavant la fase de validació: *"A la Regió Sanitària Girona, sempre s'ha potenciat que es facin protocols comuns; el fet de tenir molts proveïdors diferents de salut ens ha obligat sempre a exercir el lideratge a la regió."* Com a encarregada de la planificació a Girona, Faixedas va iniciar les reflexions sobre com desenvolupar els diferents aspectes del pla i va impulsar la creació de subcomissions, una d'elles encarregada del càncer de mama. En aquesta subcomissió, molt genèrica, hi van participar principalment els directius dels diferents centres, juntament amb alguns professionals sanitaris experts en cada tema. Dins aquesta comissió, es va decidir plantejar la implementació de la fase validació i posterior aplicació de la tècnica de BSGS.

Una de les qüestions que es planteja de seguida en les reflexions inicials és, com ja s'ha dit, la complexitat que implica el fet que la tècnica BSGS sigui multidisciplinària i requereixi necessàriament un vector bàsic, la medicina nuclear. Fins al 2003, a la província de Girona, totes les necessitats de medicina nuclear, incloses les del seu hospital de referència, les havien cobert un conjunt d'empreses de serveis sanitaris, amb seu a Barcelona, dedicades al diagnòstic per la imatge i la medicina nuclear, CETIR Grup Mèdic (CGM). Eduard Riera, actual coordinador de medicina nuclear al CETIR, explica que el fet que no existís un centre propi a la província de Girona provocava una fuga de pacients: *"Tot i que a l'àrea de Girona treballaven experts en mama que venien de formar-se en hospitals capdavanters i eren coneixedors de la tècnica de la BSGS, no disposaven d'unes instal·lacions de medicina nuclear que els possibilités aplicar-la. Això obligava a derivar pacients amb càncer de mama a altres hospitals de primer nivell fora de la Regió Sanitària."* Es generava, doncs, una situació en la qual hi havia

professionals capacitats per fer aquestes tasques a la Regió Sanitària Girona, però no disposaven dels mitjans adequats per desenvolupar-la.

Aquesta realitat contrasta amb les previsions del Pla director d'oncologia amb relació al model funcional d'atenció oncològica, que especifiquen que aquest "s'ha de desenvolupar de forma operativa, tenint en compte la realitat del nostre sistema sanitari i la realitat social", com també la necessitat de "promoure l'equilibri adequat entre l'equitat d'accés segons el lloc de residència i la necessària utilització eficient de la tecnologia terapèutica en oncologia" (Departament de Sanitat i Seguretat Social, 2001, p. 47). Implantar la tècnica BSGS, articulada sobre la base de la medicina nuclear, en una regió on no hi havia cap centre especialitzat en medicina nuclear no satisfia ni els requisits d'oferir una atenció oncològica de forma operativa ni, encara menys, la necessitat de garantir l'equitat d'accés i de fer un ús eficient de la tecnologia.

Una oportunitat per a un grup privat

Els anys 2001 i 2003, respectivament, es posen en funcionament les unitats de medicina nuclear del CETIR a la Clínica Girona –una clínica privada que pertany a la XHUP– i de l'Hospital Universitari Doctor Josep Trueta, gestionada per l'Institut de Diagnòstic per la Imatge (IDI), empresa pública adscrita al CatSalut. D'aquesta manera, es cobreixen algunes necessitats de la ciutat de Girona, però queda per solucionar el problema de la validació als hospitals de la comarca. Eduard Riera, aleshores director del CETIR a Girona, identifica l'oportunitat que representa per a ells arribar al territori. *"Nosaltres teníem el convenciment que volíem portar la tècnica a Girona. Mitjançant els professionals i la infraestructura de què disposàvem, érem capaços de superar el problema que suposava el desplaçament de l'especialista en medicina nuclear cap als hospitals de la Regió Sanitària i donar així viabilitat al projecte multihospitalari."* L'oferiment del CETIR respon, doncs, a la voluntat de captar pacients de la Regió Sanitària Girona i es correspon també, com s'explica a continuació, amb la seva estratègia interna.

La missió, la visió i els valors corporatius del CETIR expressen la voluntat de “posar a disposició del Sistema Sanitari, tant públic com privat, mitjans diagnòstics d’alta tecnologia, basats en la imatge i en tècniques i teràpies de medicina nuclear, amb les garanties de la màxima qualitat tecnològica, qualificació professional i excel·lència operativa. Aquesta missió es desenvolupa en un escenari canviant, en què l’adaptació a l’entorn i els valors de l’organització són essencials per a la seva actualització constant”. Com a part dels valors de l’organització, hi ha la voluntat d’utilitzar la seva capacitat per establir acords estratègics amb altres entitats sanitàries, “aportant un valor afegit als nostres clients, als usuaris i al sistema de salut” (CETIR, 2014). D’aquesta manera, aprofitant l’avantatge que té el CETIR pel fet de ser, ja aleshores, el proveïdor de tots els hospitals comarcals de la província de Girona i tenir les relacions (per exemple, de tarificació) ja establertes, s’ofereix a ser un partner per al sector públic.

L’oferiment es concreta posant a disposició del sector públic els seus especialistes en medicina nuclear, per tal que es desplacin pel territori, fent ús d’una sonda mòbil de detecció, amb vista a satisfer les necessitats de medicina nuclear en aquells hospitals comarcals que no tenen especialistes. Tal com indica la Maria Teresa Faixedas, “la gràcia de tot això és el muntatge de la sonda portàtil per poder dur a terme les validacions... I, si no tens una entitat com el CETIR que ho vulgui fer, això pot ser molt difícil segons en quins territoris.” És així com, havent obtingut la garantia que és possible arribar a tot el territori –gràcies a la bona disposició del partner CETIR–, Faixedas planteja als diferents hospitals de la Regió Sanitària la possibilitat de dur a terme la fase de validació de la tècnica BSGS. “Calia decidir entre atribuir a pocs centres el tractament del càncer de mama o continuar fent el tractament a tots els centres en què es feia fins en aquell moment”. Per Faixedas, era molt important respondre al principi d’equitat territorial inclòs al Pla director d’oncologia per tal d’oferir una atenció similar en qualitat a tot el territori.

En primer lloc, i en el marc de la Comissió de Seguiment d’Oncologia de la Regió (en què participaven els directors assistencials i/o els gerents de totes les entitats proveïdores, els referents clínics dels problemes oncològics prioritzats i els directius de la pròpia regió sanitària), es decideix crear un grup de treball

intersectorial i multidisciplinari que analitzi i proposi una solució basada en els coneixements científics per garantir la incorporació correcta de la tècnica del gangli sentinella a la pràctica assistencial. Per tant, s’encarrega a aquest grup de treball que dissenyi el protocol de validació, el qual serà posteriorment aprovat per la mateixa comissió, amb el compromís exprés dels gerents de tots els hospitals. D’aquesta fase, Faixedas en destaca la necessitat d’identificar els interlocutors més adequats per a la cooperació. “És diferent buscar un lideratge clínic que buscar un lideratge de gestió... Normalment, en el primer cas, interessa algú que tingui ascendència sobre els clínics del seu entorn; en canvi, en el cas del líder de gestió, és millor que els elegeixi el gerent o el director de l’hospital.” En aquest cas, en les primeres reunions per tractar del tema de la implantació de la tècnica de BSGS, hi assisteixen tant els directors com els gerents de tots els hospitals, fet que demostra, d’entrada, molt bona predisposició per part de tots els implicats.

Aconseguir fer una primera reunió de gerents i caps de servei és l’èxit més gran de tot el procés, segons explica Riera: “Normalment, tothom vol tenir el seu protagonisme, i en aquest projecte va predominar l’antiprotagonisme. Aquí anàvem tots a una, a la mateixa, malgrat que hi havia hospitals que sabien que eren més potents que altres, fet que podia haver posat les coses difícils.” També calgué superar algunes reticències professionals ja que, segons el mateix Riera, “en les primeres intervencions, quan els metges nuclears entraven al quiròfan, lògicament hi havia expectació i una certa incomoditat en els equips quirúrgics –era la primera tècnica de medicina nuclear en què l’especialista participava activament en un quiròfan... La Unitat d’Anatomia Patològica també estava expectant i preocupada amb el projecte, perquè, si bé és cert que abans analitzava una vintena de ganglis axil·lars i ara l’anàlisi se centrava només en un, l’estudi d’aquest gangli havia de ser molt acurat, amb múltiples talls i fent unes tincions especials... Això comportava un increment considerable del temps de dedicació i, és clar, els responsables es preguntaven com assumir aquest increment de necessitat de personal i de costos”. Finalment, preval la voluntat de millorar professionalment i tothom es mostra disposat a dur a terme la prova de validació de la tècnica BSGS per tot el territori.

La creació d'un grup de treball intersectorial i multidisciplinari

Entre final de 2002 i començament de 2003, es crea, amb l'empareda de la Regió Sanitària Girona, el Grup de Treball de Cirurgia del Càncer de Mama en relació amb el procediment de biòpsia selectiva del gangli sentinella. El grup és integrat per professionals de les diverses especialitats esmentades d'hospitals públics i privats de la província de Girona (incloent-hi els epidemiòlegs del Registre de Càncer Poblacional de Girona, que seran els que donaran el suport metodològic a tot el procés de validació de la tècnica). Els objectius són, d'una banda, validar de forma conjunta la tècnica de la BSGS en el càncer de mama als hospitals de la Regió Sanitària Girona,⁶ i, d'altra banda –una vegada obtinguda la validació– implementar conjuntament la tècnica de la BSGS en el càncer de mama, incorporant-la en l'activitat assistencial rutinària.

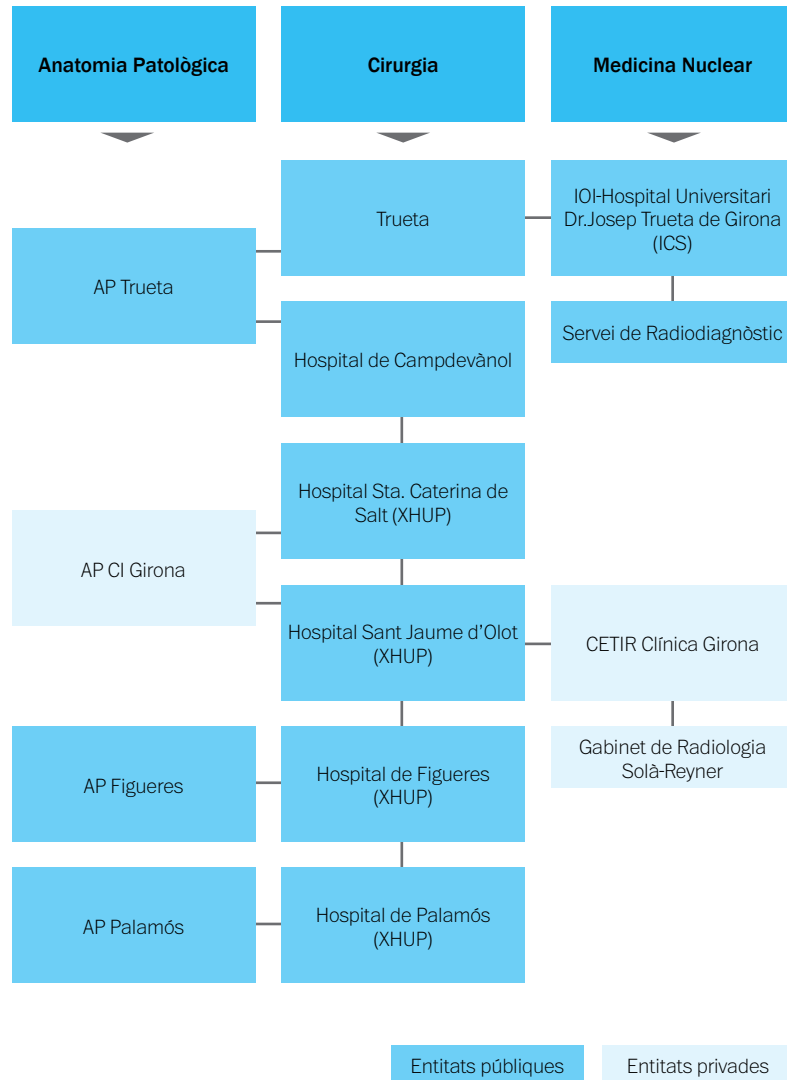
En primer lloc, es dissenya un protocol consensuat per tal d'establir uns criteris comuns per a tots els centres mèdics i hospitals públics i privats de la Regió Sanitària Girona. Segons Faixedas, la definició del protocol és el que resulta més complicat. Després de moltes deliberacions, a final de 2003⁷ es decideix aplicar la metodologia basada en els criteris consensuats a la Reunión Nacional de Consenso de Salamanca: primer, el Servei de Medicina Nuclear farà una limfogammagrafia prequirúrgica per identificar el gangli sentinella (GS); a continuació, el Servei de Cirurgia o de Ginecologia de l'hospital prescriptor durà a terme la cirurgia per resecció del GS (amb la col·laboració dels metges nuclears), i, finalment, el Servei d'Anatomia Patològica realitzarà l'avaluació anatomopatològica (AP) del GS.

6 Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta, Hospital provincial Sta. Caterina de Salt, Hospital de Figueres, Hospital de Palamós, Hospital Sant Jaume d'Olot i Hospital de Campdevànol

7 El projecte de validació de la tècnica s'aprova, amb l'acord de totes les entitats proveïdores, en la Comissió de Seguiment d'Oncologia del 9 d'octubre del 2003, presidida pel gerent de la Regió Sanitària de Girona (Dr. Joaquim Casanovas) i amb la presència del Dr. Roger Pla, director del Pla Oncològic de Catalunya.

L'esquema global d'actuació (v. Figura 6) inclou les quatre especialitats (medicina nuclear, radiologia, cirurgia i anatomia patològica), repartides en diferents hospitals i centres mèdics, i les seves relacions entre serveis i entitats respecte al projecte. *“L'objectiu d'aquesta primera fase –explica Faixedas– és obtenir un percentatge d'identificació del 90 % i una taxa de falsos negatius inferior al 5 %.”* A més, cal garantir que els facultatius reben la formació suficient. En aquest sentit, Eduard Riera apunta que *“l'equip de medicina nuclear del Trueta se sentia còmode que nosaltres [el CETIR] estiguéssim allà, donada l'experiència que podríem aportar en la tècnica, obtinguda en altres grups quirúrgics un temps abans.”*

Figura 6: Esquema global d'actuació en la fase de validació de la tècnica BSGS



Font: elaboració pròpia a partir de documents interns del projecte

La validació de la tècnica

La proposta econòmica de CETIR Clínica Girona per a la realització de la tècnica de detecció isotòpica del GS durant el període de validació 2004-2005 és de 750 euros. Aquesta proposta inclou els costos de comandament i del trasllat del radiofàrmac, la injecció del radiofàrmac (ecodirigida intratumoral en cas que sigui necessària), l'adquisició d'imatges gammagràfiques per a la identificació del GS, el desplaçament del metge nuclear a l'hospital comarcal corresponent, i l'assessorament i la col·laboració del metge nuclear a l'acte quirúrgic per a la identificació i resecció del GS mitjançant la sonda quirúrgica de detecció de radiació. CETIR cobra aquesta quantitat per a cada prova a cadascun dels hospitals amb els quals treballa. Aquests, al seu torn, reben una ajuda que els concedeix la Regió Sanitària Girona. "Vam aconseguir un pressupost per a la fase de validació -explica Faixedas- i vam donar una quantitat addicional a tots els centres per poder fer els casos que els pertocaven." Aquests recursos afegits que reben els diferents hospitals comarcals també van facilitar que tots ells es comprometessin a participar en les proves de validació de la tècnica BSGS. A l'Hospital Universitari Doctor Josep Trueta, el Servei de Medicina Nuclear de l'IDI va fer-se càrrec de la realització de la tècnica.

Un altre element remarcable té a veure amb els metges nuclears del CETIR que es desplaçaven a fer les proves. Es va donar la situació que, en algunes ocasions, professionals de l'IDI del Trueta treballaven paral·lelament pel CETIR quan aquest no tenia la disponibilitat d'anar als hospitals de comarca. "Alguns havien treballat amb el CETIR abans, a la Clínica Girona, esperant que es posés en funcionament el nou servei públic. Quan hem necessitat més professionals, llavors s'han fet contractes mercantils amb persones del Trueta, que ja tenien l'experiència." És el cas d'Antoni Rubió, que explica que, en aquell moment, "encara que ja estava a l'IDI, atenia els malalts que venien com a sector públic al matí i, a la tarda, anava a Figueres i d'altres hospitals de la XHUP a fer les proves del GS." Aquest aspecte també va facilitar l'aplicació de les noves tècniques, ja que aquests metges coneixien la manera de treballar dels hospitals públics i es podien adaptar amb més facilitat als equips mèdics que havien de fer la prova. A més, els metges dels hospitals comarcals podien tenir més confiança

en un metge de fora si sabien que, com ells, també coneixia les dinàmiques de funcionament del seu hospital.

Valoracions globals

L'experiència de validació de la tècnica de BSGS és pionera a tot l'Estat. El fet d'haver aconseguit validar una tècnica quirúrgica en entitats mèdiques públiques i privades dins una mateixa regió sanitària no té precedents. I encara menys si és té en compte que ha implicat la coordinació d'equips multidisciplinaris de diverses persones, en una àrea amb unes peculiaritats demogràfiques concretes, i del sistema de proveïdors de salut, la qual cosa fa la tasca més complexa. El veritable èxit d'aquest projecte, segons els diferents entrevistats, és haver actuat dins de tota la Regió Sanitària, i no tan sols en el marc d'una cooperació públicoprivada entre dos hospitals (com podria haver estat si que l'IDI del Trueta i el CETIR de la Clínica Girona haguessin decidit col·laborar sense tenir en compte els hospitals comarcals).

El cas de la tècnica BSGS és especialment interessant perquè, com afirma Francesc Tuca, *"és dels pocs casos en què l'Administració pública ha tingut molt a veure en l'impuls del projecte"*. El lideratge d'aquest partenariat públicoprivat ha estat exercit essencialment pels organismes públics, que l'han impulsat des dels inicis. La voluntat d'adaptar-se al Pla director d'oncologia i assegurar que qualsevol pacient del territori pogués rebre el mateix tractament al seu hospital de referència va guiar l'activitat de la Maria Teresa Faixedas a l'hora de crear un grup de treball amb l'Hospital Trueta, l'IDI, tots els hospitals comarcals i el CETIR. Així i tot, és important remarcar el rol de colideratge que hi ha exercit el CETIR, que es va involucrar molt en les reunions i en algunes d'elles va tenir un paper preponderant. La coincidència en els interessos i en la manera com calia implementar el projecte de validació va permetre crear un partenariat públicoprivat que va validar amb èxit la tècnica BSGS.

Des de l'any 2005, la tècnica BSGS s'aplica de manera sistemàtica i assisen-

cial als sis hospitals de la regió. Fins avui, més de 1.600 pacients amb càncer de mama de la Regió Sanitària Girona s'han vist beneficiades per una tècnica que permet fer una diagnòsi molt acurada i que simplifica la tècnica quirúrgica, evita efectes secundaris i redueix l'estada hospitalària. A més, la implementació de la tècnica a tot el territori ha permès concretar el principi de proximitat, evitant als pacients els desplaçaments en moments en què ser a prop de la llar adquireix una importància especial.

Actualment, la tècnica BSGS es continua aplicant sense gaires canvis. Tanmateix, Francesc Tuca lamenta que, *"després de la validació [i una vegada incorporada a la pràctica habitual], la Regió Sanitària va decidir abandonar la qüestió de forma natural"*, de manera que l'estructura de la cooperació públicoprivada no va anar més enllà de la fase de validació de la tècnica BSGS. Les activitats del grup de treball que s'havia posat en funcionament per a la validació de la tècnica BSGS s'han aturat, cosa que ha fet impossible compartir els avenços i anar ampliant els protocols per al benefici col·lectiu –cada comitè d'hospital ha anat decidint com fer-ho de forma independent. Malgrat la falta de continuïtat de la col·laboració, cal concloure que el projecte de validació de la prova BSGS ha estat un èxit i una demostració que l'esperit de col·laboració entre totes les parts implicades pot comportar beneficis organitzatius i, el que és més important, beneficis en el benestar de la ciutadania.

El servei integrat d'atenció al malalt crític del Parc Taulí-Hospital de Sabadell i IDCsalud Hospital General de Catalunya

Introducció

El servei integrat d'atenció al malalt crític del Parc Taulí-Hospital de Sabadell i IDCsalud Hospital General de Catalunya és un projecte de col·laboració entre l'Àrea de Crítics de l'Hospital de Sabadell i el Servei de Medicina Intensiva de l'Hospital General de Catalunya. Aquesta aliança entre el sector públic i el privat té com a objectius principals transferir coneixements i generar una alternativa per donar resposta assistencial als intensius a la ciutat de Sabadell i a la seva àrea d'influència del Vallès Occidental, en situacions de pressió assistencial elevada, augmentant la disponibilitat de llits per a malalts crítics al territori. D'altra banda, també té la finalitat de crear un treball en xarxa, pioner a Catalunya, amb la vocació de millorar tant l'atenció al malalt com la formació dels professionals implicats.

Orígens del projecte: la necessitat d'optimitzar els recursos assistencials

L'Hospital Parc Taulí de Sabadell es va crear fa més de 25 anys amb la inten-

ció clara de crear una xarxa assistencial que pogués donar resposta i atenció integral als malalts de la ciutat de Sabadell i de la seva àrea d'influència, tal com recorda el seu director executiu, el doctor Martí: *“El Parc Taulí és fruit de la fusió d'una sèrie d'hospitals petits que convivia o malvivien en aquella època, perquè realment tots eren bastant deficitaris a la ciutat de Sabadell. En un moment determinat, es va muntar un hospital gran, que destacava pel fet d'operar dins d'un àmbit territorial important i amb una vocació de donar una atenció integral i completa a tots els ciutadans del territori i de la seva àrea d'influència.”* Per tant, la concentració dels serveis sanitaris en un únic centre complia l'objectiu de millorar l'atenció al ciutadà, ja que les economies d'escala permetien que un gran centre disposés de més serveis que els diferents hospitals, més petits.

Un cop fusionats els hospitals, el doctor Artigas, responsable actual de l'Àrea de Crítics de l'Hospital de Sabadell, Corporació Sanitària Universitària Parc Taulí, palesa una situació de manca de recursos assistencials a l'àrea del Vallès i, en conseqüència, inicia l'organització de l'Àrea d'Intensius, tal com ell mateix relata: *“Vam fer un estudi previ fa uns deu anys, en què vam veure que el nombre de llits d'intensius per habitant a Catalunya era d'uns 12 per a cada 100.00 habitants, quan a Sabadell en teníem 5... Això, d'entrada, plantejava una situació de dèficit que calia esmenar... [...]. Així, vam començar el servei fins que, sis anys després, ja teníem una unitat de 10 llits; més endavant, es va ampliar a 16, i finalment vam crear una unitat de semi-crítics, fins que el Servei de Medicina Intensiva es va acabar transformant en un centre de crítics.”*

Aquesta divisió del servei en crítics i semicrítics va comportar millores no tan sols en la qualitat assistencial, sinó també en la gestió més eficient dels recursos, tal com remarca el doctor Artigas: *“Des del punt de vista organitzatiu, per ser més eficients, el que hem fet és definir quines són les càrregues assistencials que tenim, les necessitats de cada malalt, i, en funció d'això, el pacient va a un lloc o un altre, però les dues unitats estan funcionant de forma conjunta [...]. A l'Àrea de Crítics, hi ha els malalts de molt alt risc i amb tractaments invasius, i tenen una infermera per cada dues persones, en canvi, a la de Semicrítics, tenim pacients de molt alt risc però sense tractaments invasius, en què la prioritat és la vigilància, de manera que allà destinem una infermera cada cinc malalts. Aquesta organització permet distribuir els recursos d'infermeria de forma molt més efici-*

ent, ja que comporten alts costos a la unitat. D'aquesta manera, es garanteix la continuïtat assistencial, perquè els metges visiten els pacients en qualsevol de les dues unitats." Aquesta nova divisió en l'organització ha permès augmentar el nombre de llits d'intensius, però optimitzant els recursos que s'hi destinen; a més, permet que, en cas de necessitat, qualsevol pacient de la Unitat de Semicrítics pugui passar fàcilment a la de Crítics (o a la inversa), cosa que ajusta la despesa sanitària a l'estat real de cada pacient.

Malgrat aquest canvi en l'organització, les necessitats de llits per a aquest tipus de pacients han anat augmentant, sobretot pels requeriments de l'Àrea de Semicrítics, que està molt lligada a una filosofia "de portes obertes". Aquest plantejament suposa que el servei admet qualsevol pacient de l'hospital que estigui en risc d'empitjorar, tant si es troba dins com fora de qualsevol de les dues unitats, i que les famílies podran acompanyar-lo en tot moment, humanitzant així al màxim la seva estada a l'hospital. D'altra banda, la monitorització d'aquests malalts a distància a través de les noves tecnologies permet també l'obertura més enllà de "les quatre parets de la unitat".

És en aquest context que neix la idea de cercar una col·laboració que vagi més enllà del propi hospital, una cooperació amb altres institucions, que faci factible la sostenibilitat d'aquesta estructura: "Fa tres anys –comenta el doctor Artigas–, vam veure que, si manteníem aquest criteri obert, el dèficit de llits per a crítics a l'àrea de Sabadell difícilment es podria solucionar des del propi hospital, perquè era complicat en termes d'espai disponible i també per qüestions econòmiques..." És a partir d'aquest moment que des del Parc Taulí es comença a pensar a establir relacions amb algun altre hospital que li permeti mantenir o millorar l'assistència als pacients que requereixen vigilància intensiva.

Arribats en aquest punt, es planteja la possibilitat d'establir sinèrgies amb l'Hospital General de Catalunya (en endavant, HGC), gestionat per IDCSalud (privat), que és a prop, a uns 18 km, cosa que el converteix en el candidat prioritari com a *partner* del projecte de col·laboració en l'Àrea d'Intensius. Actualment, el Servei de Medicina Intensiva de l'HGC té uns 1.000 ingressos a l'any, amb una estada mitjana de 5,4 dies i una ocupació del 68 %, amb una estructura de 22 llits (Centre de Crítics del Vallès, 2014). IDCSalud neix, a més, amb

una filosofia estratègica de fer xarxa a Catalunya entre tots els seus centres: l'HGC, la Clínica del Vallès, El Sagrat Cor i la Clínica del Pilar. El seu Servei de Medicina Intensiva té un contracte vigent per oferir una activitat de medicina intensiva pactada amb el Sistema d'Emergències Mèdiques (SEM) del Servei Català de la Salut. D'altra banda, a l'HGC es realitzen part de les coronariografies i dels procediments quirúrgics cardíacs de malalts residents a la zona, i això generava, ja aleshores, un flux important de pacients entre ambdós centres.

IDCSalud parteix d'una filosofia assistencial i d'un raonament estratègic molt favorables a la col·laboració, com ens indica el seu responsable, el doctor Mate: "Les barreres entre públic i privat no tenen sentit per al malalt i nosaltres pensem que el model de sanitat ú a ú ha mort. Cal assolir massa crítica treballant en xarxa i maximitzant la professionalització i l'eficiència, i utilitzant les economies d'escala. El Parc Taulí, el nostre veí, és un hospital capaç de gestionar l'assistència hospitalària amb aquests criteris, el qual ens oferia la possibilitat de treballar conjuntament, i la vam aprofitar. En aquells moments, estava col·lapsat, i això, junt amb algunes eventualitats nostres (baixa de la cap de Servei de l'UCI de l'Hospital General de Catalunya), va fer que ens decidíssim per un projecte multiUCI, en comptes només de nomenar un nou director de l'UCI." Per tant, la predisposició inicial de l'HGC a establir relacions amb altres hospitals públics va facilitar molt la posada en funcionament d'un projecte de cooperació públicoprivada en l'àmbit de l'atenció als pacients crítics.

Així i tot, un dels punts clau del projecte era trobar la persona idònia que liderés el nou servei en tots els aspectes i que fos acceptada per ambdues parts. Havia de ser un professional capaç d'integrar filosofies, d'instaurar una nova forma de treballar i de resoldre dificultats, no tan sols de caràcter administratiu, sinó també de relacions interpersonals, com per exemple les resistències dels professionals dels dos hospitals als canvis que generava la nova reestructuració del centre.

En aquest cas, la direcció de tota la unitat va recaure en el doctor Artigas, director de l'Àrea de Crítics del Parc Taulí, perquè era un professional amb experiència reconeguda en el tema, que creia en el projecte i que podia exercir el rol de lideratge i aconseguir integrar progressivament una visió única i implantar

noves dinàmiques de treball, que incidirien en la millora de la qualitat assistencial dels malalts i en la formació de professionals de la plantilla dels dos hospitals. Com comentava el doctor Mate: *“Ens sembla que el doctor Artigas és un referent en el tema i, a més, compartim una visió del que hauria de ser un model en xarxa. [...] Necessitàvem una persona que fes de cap de servei i, a la vegada, que cregués en aquest projecte i ens integrés en una visió única progressivament.”* És important remarcar que l'elecció del doctor Artigas com a líder del projecte va ser ben vista per les direccions d'ambdós hospitals, fet que li va facilitar la tasca al capdavant del projecte.

La cerca de solucions: la unificació de les UCI

Davant l'ambiciós projecte d'unificació de les UCI en un sol servei, s'inicia un procés de recerca d'experiències similars arreu del món sanitari que pugui servir de referent per a la consecució del projecte multiUCI. El resultat d'aquesta recerca és molt conclouent: el repte que tenen al davant és força innovador en el món sanitari. Cap de les experiències anteriors no preveia la fusió de serveis d'un hospital públic amb un de privat separats geogràficament (encara que estiguin a pocs quilòmetres de distància) com és el cas de l'Hospital Parc Taulí, situat a la ciutat de Sabadell, i l'Hospital General de Catalunya, a prop de Sant Cugat del Vallès. Com comenta el doctor Mate: *“El doctor Artigas és el que més ha estudiat el tema i sap que al món no n'hi ha experiència, que als Estats Units hi ha un megaprojecte d'ajuntar 300 llits, però que estan a tocar.”* Per tant, la proposta de crear un únic servei de crítics per als dos hospitals era pràcticament un experiment, ja que no hi havia cap experiència prèvia en què es poguessin basar.

La cerca d'informació requeria tota una tasca d'anàlisi dels casos existents, com explica el doctor Artigas: *“Vam anar veient altres exemples de veïns i coneixuts, i vam fer diverses visites. Per exemple, a Londres, hi ha tres hospitals que pertanyen a la mateixa xarxa i tenen especialitats diferents; a Seattle, hi ha tres hospitals que depenen del departament d'un únic hospital, i, a Pittsburgh, hi ha*

un departament d'intensius amb vuit unitats d'intensius posades a diferents llocs del complex universitari de Pittsburgh.” Així i tot, les característiques d'aquests projectes eren força diferents del que es volia implantar a Sabadell.

Per tant, es tractava de cercar una nova solució creativa i imaginativa per tal d'assolir els objectius proposats, que requeria un treball en xarxa liderat pels dos hospitals, a més d'una forta implicació i interès per part dels seus responsables. Aquesta fusió implicava, en paraules del propi doctor Mate, *“compartir un projecte assumint riscos en la inversió, en desplaçar professionals d'un centre a l'altre, i fer una gran inversió tecnològica en la part d'informatització i software”*. Malgrat els riscos, tant la direcció del Parc Taulí com la de l'HGC van creure que valia la pena intentar establir una cooperació públicoprivada en l'àmbit de l'atenció als pacients crítics.

La definició d'un servei innovador a Catalunya

La integració de l'actuació de dos serveis de medicina intensiva en hospitals diferents era un repte, ja que es tractava de treballar sota un únic organigrama comú, sense perdre de vista que, inevitablement, cada centre mantindria la seva idiosincràsia. Això havia de facilitar el bon funcionament entre tots els grups de treball i d'autoavaluació, amb el suport de les noves tecnologies de la informació (element imprescindible però no suficient per garantir l'èxit del projecte).

És llavors quan s'inicia la fase de plantejament, com ens recorda el doctor Martí: *“A la primera fase, es va observar que l'HGC necessitava un replantejament estratègic de la seva UCI, i aquí és on vam arribar al primer acord, que era definir un nou marc estratègic i, bàsicament, donar suport al que feia la direcció del servei. Posteriorment, hem anat ajustant alguns aspectes de l'UCI i rejuventint la plantilla, atès que els resultats han estat positius i l'experiència, beneficiosa per a ambdues parts.”*

Per concretar el servei, se'n van definir les bases organitzatives i de qualitat sobre les quals s'hauria de sustentar l'àrea multiUCI, o el que després s'anomenaria Centre de Crítics del Vallès. Quant a les bases organitzatives, era prioritari crear una única direcció, que coordinés tot el Centre de Crítics i establís els rols professionals, amb les seves responsabilitats respectives, a fi d'evitar duplicitats i costos innecessaris. També calia instaurar uns protocols comuns, que incloïen tant aspectes mèdics i de formes de treballar com aspectes més administratius, com ara la definició de la forma de pagament de l'asseguradora, que era un factor clau molt rellevant, segons explica el doctor Mate: *“Un tema molt important és que, independentment de qui pagui l'activitat, ens hauríem de comportar seguint uns criteris clínics homogenis. Al malalt, li hem de fer el que toca fer, independentment de quin sigui l'ens que ho finança.”* La fusió de dues unitats que fins llavors havien actuat cadascuna d'acord amb uns criteris diferents no va ser una tasca fàcil, però era evident que calia homogeneïtzar els procediments per tal que les dues unitats comencessin a treballar com una de sola.

També era necessari, com explica el doctor Artigas, desenvolupar de forma coordinada i simultània les tres àrees fonamentals, com són l'assistència al pacient, la recerca i la docència: *“El projecte de treball en xarxa hauria de ser capaç de millorar el desenvolupament dels seus professionals respecte als seus coneixements i la seva qualitat assistencial.”* D'altra banda, s'havia de garantir la mobilitat dels professionals per tot el Centre de Crítics, és a dir, per a qualsevol dels dos hospitals i per a qualsevol espai que ocupés l'UCI, i assegurar, a banda del continu assistencial, la transferència de coneixements i d'expertesa de cada una de les institucions, com comenta el doctor Mate: *“Nosaltres hem plantejat que gent de la nostra UCI faci rotacions allà per aprendre-hi determinades tècniques, i també que residents o adjunts d'ells vinguin aquí perquè nosaltres fem cirurgia cardíaca i ells no.”* Aquest punt de vista el comparteix la part pública, com ratifica el doctor Martí: *“El fet que alguns professionals del Taulí, perquè tenim sistemes d'intercanvi, convisquin amb altres models organitzatius és bo perquè veuen altres maneres d'organitzar-se, i és bo que ho vegin en el marc d'un centre amb criteris privats, o que ho vegin en un altre centre públic perquè hi vagin a operar o a fer altres tasques, perquè veuen altres realitats.”* Així, més enllà

d'assegurar un tractament igual als pacients a qualsevol dels dos centres, el partenariat públicoprivat també resultava beneficiós per al personal dels dos hospitals, que així podia adquirir noves habilitats i compartir-les.

A més, calia facilitar el flux de pacients entre els dos hospitals, i el SEM era un element clau d'aquesta garantia, juntament amb la disponibilitat de l'HGC i la integració del personal mèdic i d'infermeria a l'UCI. En paraules del doctor Mate, *“calia facilitar el trasllat entre seus, perquè no oblidem que l'UCI és el drenatge natural d'alguns quiròfans, amb la qual cosa, si no tens on col·locar els malalts, no podràs operar-los.”* Paral·lelament, s'havia de consolidar a cadascun dels centres un equip assistencial per donar resposta a les interconsultes i a les demandes assistencials fora de l'Àrea de Crítics, mitjançant la creació de l'*Emergency Team*, que consisteix, com explica el doctor Artigas, *“en un equip que està pendent de qualsevol trucada que pugui haver-hi de la institució amb referència a qualsevol malalt, d'acord amb uns criteris que ja s'han explicat en uns serveis, i ens han d'avisar en un telèfon de risc vital i nosaltres anirem ràpidament a veure aquest malalt, estigui a Urgències o no”.* Per tant, es va haver de crear un equip que, seguint uns criteris comuns, decidís a cada hospital si un pacient complia els requisits per ser ingressat a l'Àrea de Crítics.

Finalment, era imprescindible concretar i delimitar, des del punt de vista administratiu i econòmic, què aportava o rebia cada una de les institucions. La regulació basada en contractes marc que aclarien el rol de totes les parts, inclosos els pagaments, les nòmines i les despeses, quedava determinada pels que s'havien fixat en col·laboracions prèvies. *“Aquest tema està ben resolt –comenta el doctor Mate–; aquí dues institucions es posen d'acord i, en funció dels recursos que hi posa cada part, ajustem la realitat econòmica: cap de serveis, guàrdies, professionals coneixement...; és una col·laboració institucional. Això és una aliança estratègica.”*

En relació amb les bases de qualitat del servei, el pacient havia de ser la prioritat en tot moment i, per tant, calia oferir-li una atenció integral i una garantia de continu assistencial, com explica el doctor Artigas: *“Per nosaltres, el malalt és responsabilitat nostra, i aquesta idea s'ha mantingut i es mantindrà sempre a dintre de la institució; per tant, l'organització del servei ha d'anar en funció de*

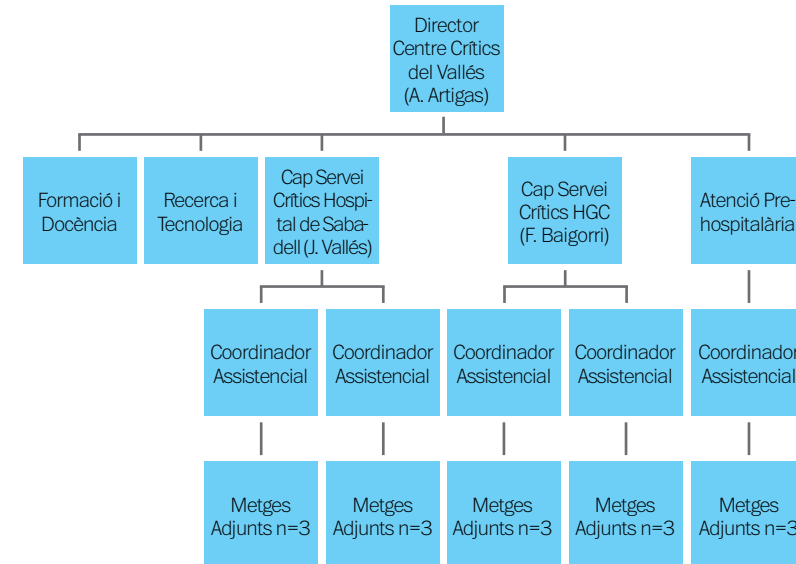
les necessitats del malalt, i no de les dels professionals que hi treballen." Per assegurar que això es complia correctament, van ser decisiva la implantació de protocols comuns d'actuació.

Una altra de les implicacions de la fusió de les unitats va ser la possibilitat d'oferir una assistència al pacient amb professionals molt especialitzats, tal com explica el doctor Martí: "El fet de tenir molt volum de gent en múltiples centres permet una cosa que cada cop s'està mostrant més rellevant en el món sanitari, que és la hiperespecialització, si es volen obtenir bons resultats. En aquest sentit, apareixen cada dia tècniques més complexes, en què al final només hi ha un o dos professionals que en són els autèntics experts. La resta ho sabran fer anar, però, quan poses un filtre determinat a un malalt que ha fet una sèpsia, cal un cert nivell d'expertesa, i el fet de disposar d'un volum més gran de professionals permet tenir experts en diferents àrees." Així, la possibilitat de tenir més professionals treballant en una mateixa àrea obria la via que cadascun d'ells s'especialitzés en elements diferents, per tal de poder aplicar unes tècniques més sofisticades i adequades a les especificitats dels pacients.

Finalment, era essencial mantenir la continuïtat d'un model de portes obertes a Semicrítics i a la resta de plantes on hi pogués haver una necessitat d'atenció a malalts de gravetat, cosa que implicaria adaptar-hi uns espais adequats pel que fa a la infraestructura. La divisió dels pacients en crítics i semicrítics havia estat un dels grans èxits del Parc Taulí, i calia mantenir-la per tal de maximitzar l'eficiència en l'ús dels recursos i en l'atenció als pacients.

Sobre la base d'aquestes directrius, es va traçar l'esquema d'organització del Centre de Crítics del Vallès (v. Figura 7), en el qual quedaven configurats els diferents equips de treball, per àrees determinades, i on hi hauria els experts encarregats del control de la qualitat assistencial, de l'elaboració dels protocols i de les activitats de recerca i docència de les seves àrees concretes.

Figura 7: Organigrama del Centre de Crítics del Vallès



GRUPS DE TREBALL
Grup de Treball Infeccions/Sepsis
Grup de Treball Cardiovascular
Grup de Treball Neurocrítics
Grup de Treball Politraumàtic
Grup de Treball IRA i V. Mecànica

PROGRAMES
Programa Donació d'Òrgans
Programa RCP
Programa Marcapassos
Programa Emergency Team

Font: elaboració pròpia a partir de documents interns del projecte

La implantació de la nova multiUCI

Una vegada definits els conceptes organitzatius i de qualitat de servei, l'any 2009 les direccions d'ambdós centres inicien la configuració del pla estratègic de gestió compartida de les dues UCI. Hi participen el doctor Artigas, conjuntament amb el doctor Martí, i amb la posterior valoració positiva del doctor Mate –com a responsable de l'HGC–, i tot seguit inicien la fase operativa, signant l'acord de gestió.

La cerca i la introducció de figures de lideratge en l'organigrama va ser una de les claus del desenvolupament de la resta d'àrees. *“La direcció estratègica –afirma el doctor Martí– la porta el doctor Artigas i, llavors, hem anat col·locant a cada lloc persones clau que sabem que generaran canvis allà on vagin a parar, sempre en benefici d'ambdues parts [tant la pública com la privada]”*. En aquest context, va tenir una rellevància especial la figura de cap de serveis que es va implantar a l'HGC, càrrec que va exercir el doctor Baigorri, provinent de l'Hospital Taulí, amb una vocació clara d'integrar una única cultura de treball conjunta, que resultés profitosa per a ambdues parts, com ens indica el doctor Mate: *“Les direccions decideixen posar un implant, la figura del cap de servei, el doctor Baigorri, que s'hi integra perfectament i aconsegueix una cosa que és molt fàcil de dir sobre el paper però que, en realitat, és molt difícil d'aconseguir: que els d'aquí el vegin com a nostre i els d'allà, com a seu, i que tothom estigui relaxat... I això permet encomanar progressivament una determinada manera de funcionar similar.”* Aquesta figura de lideratge intermedi va ser clau per tal que els objectius que el doctor Artigas havia fixat es poguessin implantar, superant les reticències que haguessin pogut sorgir entre els treballadors.

Les dificultats d'encaix dels altres sistemes: el col·lectiu professional, el SEM i la xarxa informàtica

Cal tenir en compte que, quan un sistema es redimensiona (en aquest cas, el nou servei multiUCI), els altres serveis als quals està vinculat s'han de redefinir i actualitzar, perquè tot pugui funcionar de forma homogènia i sincronitzada. En aquest cas, els sistemes que s'han d'adaptar a la nova àrea multiUCI són:

el col·lectiu professional, ja que cal vèncer les reticències als canvis, produïdes en qualsevol àmbit de treball que es redefeix, i els sistemes logístics d'interconnexió dels centres, tant físicament (per mitjà del servei del SEM) com virtualment (per mitjà del nou sistema informàtic). Pel que fa al SEM, encara opera seguint els criteris anteriors a la fusió del servei i, per tant, es manté la distinció entre privat i públic a l'hora de transportar els pacients, en què es prioritza sempre el transport a un centre públic, malgrat que tots dos centres operin com un sol. En relació amb la interconnexió informàtica, la dificultat radica en el fet que és una eina molt costosa que s'ha d'implantar progressivament, amb les dificultats que això comporta.

Pel que fa a la qüestió dels col·lectius professionals, el Dr. Martí explica que *“la cultura de resistència al canvi crec que la tenim tots; llavors, la primera reacció que va sorgir entre el personal de l'HGC és que veníem a colonitzar-los”*. *“La percepció d'alguns professionals era que ens envaïen”*, confirma el doctor Mate. En aquest sentit, la figura del cap de servei va tenir un paper destacat per vèncer aquestes reticències, amb un tarannà bàsicament negociador, transparent i obert al debat. *“Aquesta va ser una primera reacció, que s'ha anat venent també perquè els resultats econòmics, de gestió i d'eficiència de l'estructura han millorat, i això ho perceben els professionals, els quals han acabat essent col·laboradors i han creat una interrelació considerable entre ells”* –conclou el doctor Martí.

En aquest mateix sentit, el doctor Mate adverteix: *“Quan passen els anys, la gent s'aparta dels seus orígens formatius i es tendeix a relaxar... quan no hi ha comparabilitat. Si saps que no et vigila ningú, doncs continues amb la mateixa dinàmica... Diuen que la confiança al final fa fàstic, i en part és cert quan parlem de gent que porta vint anys treballant junta, però aquest moviment fa que la gent augmenti una mica la cura, la percepció professional... No tan sols s'han vençut aquestes reticències –continua el doctor Mate–, sinó que el factor de comparabilitat entre professionals ha estat una motivació extra per a la majoria dels professionals implicats en el projecte multiUCI, ja que s'ha produït un intercanvi de coneixements entre ells que ha permès augmentar la seva expertesa: el resultat és que aquí tothom sap més que abans.”* Al final, s'observa que, un cop superat el xoc de cultures organitzatives, tots els treballadors se n'han vist beneficiats, i han pogut millorar el rendiment gràcies a la creació d'una unitat comuna.

Afortunadament, les dificultats que el doctor Mate esmenta se solucionen amb la pròpia definició del servei, que requereix la mobilitat del personal mèdic assistencial per tot el centre d'acord amb les necessitats organitzatives i assistencials, ja que tot està connectat i els pacients poden estar tant a planta, com a risc o a semirisc.

D'altra banda, els problemes d'organització logística amb el SEM encara són considerables avui, i aquesta és una peça clau i prioritària per garantir la flexibilitat i l'adaptació de la Unitat de Crítics del Vallès a les necessitats reals d'aquests pacients. *“El SEM té prioritat a l'hora d'enviar d'un centre públic a un altre públic (per exemple, Terrassa). Si no, ha de facturar..., i això és una situació absurda”, segons el doctor Artigas, ja que “la idea original era que nosaltres poguéssim traslladar aquests malalts immediatament, però no hi ha manera!” “Encara avui, malgrat ser una única unitat d'intensius formada per dos hospitals –explica el doctor Mate–, el SEM, a l'hora de decidir si un pacient ha d'ingressar al HGC o al Taulí, sempre opta pel recurs públic primer, però en el nou servei el que determina el lloc d'ingrés és la tipologia de malalt, i això encara costa que ho entenguin, que són dos hospitals, però una sola unitat.”*

Malgrat aquestes dificultats, que ja estan en via de solució, s'han produït millores considerables, fruit dels protocols que han treballat conjuntament les dues institucions: *“El que sí que intentem –comenta el doctor Martí–, i amb això el doctor Artigas té tota la raó, és que l'atenció extrahospitalària crítica tingui criteris absolutament homogenis. Per exemple, està demostrat que el temps de resposta en un malalt que ha tingut una embòlia cerebral és important en l'expectativa de recuperació. Doncs bé, en un cas així, enviem una UCI mòbil o bé una ambulància convencional, acompanyada d'un qüestionari bàsic que, un cop aplicat pel professional pertinent, farà que s'activi un codi que es rebrà a urgències i que adreçarà el malalt al lloc adient, a Urgències o directament a fer-se un TAC, sense perdre temps que és un factor de risc en aquests casos. Si el que es desplaça és l'UCI mòbil, pot constatar-ho millor i començar a tractar l'ictus ja al carrer mateix.”* Així, els metges d'ambdós centres es beneficien d'una atenció extrahospitalària més eficient, que facilita l'atenció al pacient quan aquest arriba a l'hospital.

Finalment, l'altre factor de dificultat que destaquen els implicats en el projecte

és la consolidació i posada en funcionament, a tots els centres, de l'eina informàtica, el software imprescindible per unir tots els professionals, independentment de la seu on es trobin, per tal de poder actuar amb diligència respecte als malalts crítics, una implementació que encara resta fer a l'Hospital Taulí. *“Cal tenir present –explica el doctor Mate– que a l'UCI tot està molt tecnificat; el pacient està connectat a uns monitors que registren una sèrie de paràmetres que es poden estandaritzar molt fàcilment, ja que, per al pacient UCI, més important que l'anamnesi és l'activitat de monitoratge en temps real. Per tant, la informàtica evita desplaçaments físics, és un sistema que permet fer una consulta immediatament, fer sessions per videoconferència i, fins i tot, fer una informàtica de prevenció/anticipació [...]: si tots tenim uns preavisos de determinades complicacions que estan pautats entre tots, sabem perfectament que, si això es complica, es poden prendre mesures. Per exemple, si sabem que un malalt s'estressa, en comptes d'esperar al dia següent podem connectar-nos-hi per vídeo o per tecnologia virtual i evitar que s'estressi. I això, a banda de repercutir en el malalt, redueix els costos de forma significativa...”* És evident, a més, que disposar d'una xarxa informàtica compartida beneficia la comunicació i el tractament dels pacients, ja que permet una immediatesa en el tractament que no seria possible si els metges d'un centre s'haguessin de desplaçar fins a l'altre.

La implantació i, consegüentment, la forta inversió en aquest software fa que en aquest punt sorgeixin diferències entre el model públic i el model privat. El primer encara ha d'incorporar-se al sistema, per falta de la infraestructura necessària, mentre que el segon, l'HGC, ja ha pogut interconnectar en xarxa tots els seus centres perquè disposa de més autonomia i poder de decisió en les seves inversions.

Valoracions globals

Totes les persones entrevistades que s'han implicat en el projecte insisteixen a valorar els resultats d'aquesta col·laboració públicoprivada com a molt positius, tenint en compte l'esforç que va representar al seu moment engegar

un projecte d'aquestes dimensions i característiques. El repte d'unir i integrar en el nou esquema de treball els tres pilars bàsics del centre multiUCI –assistència, docència i recerca– s'ha aconseguit amb èxit, malgrat que encara se n'hagin de polir alguns aspectes.

- Cal destacar també el lideratge que hi ha exercit el doctor Artigas i, en general, el sector públic a l'hora d'implementar aquest partenariat. La necessitat de millorar l'atenció als pacients crítics i les limitacions del sector públic van fer que es busquessin alternatives, i el doctor Artigas va liderar el projecte. A més, la seva expertesa va ser reconeguda pels gestors privats, ja que el propi doctor Mate (HGC) afirmava que *“el doctor Artigas és un referent en aquest camp, pel seu coneixement i lideratge”*. El reconeixement i la bona sintonia del doctor Artigas amb els gestors tant públics com privats dels dos hospitals, i el seu encert a l'hora de situar persones que encaixessin amb els diferents equips de treball, van ser algunes de les claus de l'èxit del projecte.

Els beneficis aconseguits són transversals, ja que repercuteixen en totes les parts implicades: en l'eficiència general de les institucions que el formen, en els professionals que hi desenvolupen la seva carrera, i evidentment, en la qualitat assistencial que rep el malalt. En destaquem, a manera de síntesi, alguns dels més importants:

- **Des del punt de vista general o institucional**, es tracta d'una estructura més eficient, que ajusta els costos amb la introducció de l'estandardització de tots els processos a tots els hospitals i destinant a cada moment els recursos de forma equilibrada (ni per sota ni per sobre dels necessaris), un objectiu molt nuclear, sobretot en el context actual de crisi. Com comenta el doctor Mate, *“només fent coses similars és quan es guanya eficiència... Si nosaltres disminuïm la variabilitat en la praxi clínica aplicant criteris comuns, comencem a veure que hi ha menys variabilitat, que no hi ha tanta dispersió en el maneig, i això ho comencem a fer a tots els tipus de malalts que són iguals, de manera que aquests malalts utilitzaran unes drogues similars en els*

seus tractaments, s'hi estaran els mateixos dies i els passaran coses similars. I, si això ho estandarditzem entre nosaltres, només això ja dona per pagar la inversió... És un procés que s'autofinança, però t'ho has de creure i "llançar-te a la piscina”. Així, la unió de les dues unitats ha permès generar unes economies d'escala i unes estandarditzacions en la manera de funcionar que han revertit en benefici del funcionament dels dos hospitals.

- **Des del punt de vista professional**, tant els metges com la resta de l'equip assistencial tenen possibilitats de desenvolupar les seves especialitats i de crear els seus propis grups de treball, gràcies a la massa crítica que es genera en sumar tots els pacients dels dos hospitals. Això permet, a més, crear un sistema d'oportunitats laborals, com indica el doctor Mate: *“A vegades, al resident, tu no el pots enganxar perquè no tens una plaça per a ell, però sí que en tens mitja; llavors, aquests models permeten sumar això i donar la plaça... Per tant, ens ha permès recanviar posicions, o sigui, la gent es jubila i entren noves generacions amb capacitat i empenta: aquests projectes estan oberts.”* A més, ara que la sanitat pública disposa de menys recursos, el nou model ha permès mantenir les plantilles, tal com afirma el doctor Martí: *“Fer això ens ha permès dues coses. Ara mateix, que estem en fase de reducció, ens ha permès mantenir determinades plantilles i, a sobre, generar un marge de diners que serveix per fer el que sigui; per tant, en els dos aspectes, és positiu [...]. Determinats volums de pacients ajuden a moure i et permeten optar a diferents línies de recerca, cosa que individualment seria més difícil, per la casuística que manegues.”* Per tant, els professionals sanitaris també s'han beneficiat de la cooperació publicoprivada, d'una banda, assegurant el lloc de treball i, de l'altra, millorant les seves habilitats a partir de l'establiment d'estàndards d'actuació comuns i de les relacions amb professionals de l'altre hospital.
- **Pel que fa al pacient**, se li assegura la continuïtat assistencial amb els seus metges, ja sigui en un centre com en l'altre. Alhora, el malalt es beneficia conscientment d'un rigor metodològic fruit de l'aplicació

d'uns protocols comuns a totes les fases de la seva hospitalització (diagnòstic, tractament i evolució). Així ho explica el doctor Martí: *“La percepció de l'estandardització, el malalt sí que la nota. Jo crec que el malalt es beneficia d'aquest rigor; té la percepció d'ordre; que no et descuides les coses; que, estigui qui estigui, veu el mateix... I acaben disminuint els dies d'ingrés.”* En aquest sentit, també cal destacar la filosofia mantinguda de “portes obertes”, en què el malalt percep una integració en el procés de la seva família (a Semicrítics i la resta de la planta), fet que millora el seu benestar durant el període d'hospitalització.

A la Figura 8, se sintetitzen els beneficis derivats de l'establiment de la Unitat de Crítics del Vallès, tant des d'un punt de vista més general com per als treballadors i els pacients.

Figura 8: Quadre resum dels beneficis derivats de la nova multiUCI

Per al sistema global (per a tota la nova unitat multiUCI)	Per als professionals	Per als pacients
<ul style="list-style-type: none"> •Parametrització/estandardització dels protocols: rigor en els diagnòstics, tractaments, cures, transparència en els criteris mèdics emprats per a les altes/baixes dels pacients, pautes de tractament... •Guany del sistema en eficiència: flexibilitat en la disponibilitat de llits, facilitant el trasllat entre seu si la mobilitat segons les necessitats, repartiment de les càrregues assistencials d'acord amb criteris de pacient i no altres. •Assolir una massa crítica de pacients (63 llits amb una coordinació única): millores en la qualitat de la recerca i, per tant, en la docència i el reconeixement, i prestigi d'ambdues institucions en aquestes àrees. 	<ul style="list-style-type: none"> •Més especialització professional. •Augment de les expectatives i de les sortides professionals dels residents. •Intercanvi de coneixements i augment de la competitivitat (per la comparabilitat entre professionals de diferents centres). •Possibilitat de recerca específica en determinats camps de treball gràcies a un nombre més gran de casos clínics (massa crítica). •Atenció i supervisió de casos a distància (mitjançant el software i el monitoratge). •Ajust en la càrrega de treball d'infermeria segons la ubicació (crítics: 1 infermera per a 2 pacients; semicrítics: 1 per a cada 5). 	<ul style="list-style-type: none"> •Garantia de continu assistencial. •Percepció de tractament més humanitzat, en integrar famílies i personal mèdic. •Velocitat més alta de resposta en situacions crítiques (especialment, gràcies a l'EmergencyTeam, suport avançat a distància). •Tractaments més específics i acurats a cada cas, cosa que fa disminuir els dies d'ingrés a Intensius.

Font: elaboració pròpia a partir de documents interns del projecte i relats de les entrevistes realitzades

Epíleg

L'oportunitat de cooperació

Els dos casos que es relaten en aquest document –el projecte de validació de la tècnica de biòpsia selectiva del gangli sentinella fet a Girona i el servei integrat d'atenció al malalt crític dut a terme a Sabadell– són exponents clars de dues experiències d'èxit en el camp de la cooperació publicoprivada. Ambdós exemplifiquen els beneficis de la implantació de sistemes de cooperació entre organitzacions privades i públiques. Aquests partenariats aplicats a l'àmbit sanitari han permès crear un valor (afegit) públic que cap de les institucions implicades –ni públiques ni privades– no hauria pogut aconseguir per separat. L'èxit d'aquestes experiències no és fruit de la casualitat: la construcció i el manteniment de les estructures de cooperació és el resultat d'una amalgama de factors que els *Relats PARTNERS*, dels qual aquest document és un exponent, proven de dilucidar. Enguany, els casos exposats permeten observar la importància del lideratge en la construcció i en l'èxit d'aquests partenariats.

Partim de la base que els dos projectes havien de complir determinats objectius que les polítiques públiques havien marcat. Les polítiques públiques en l'àmbit sanitari tenen l'objectiu clar i fonamental de millorar les condicions per al benestar de la ciutadania, però, en aquests dos casos, s'expressaven de maneres diferents. En el cas del projecte de validació de la tècnica BSGS, l'objectiu era mantenir la descentralització del sistema i la proximitat de l'atenció sanitària amb la ciutadania, mentre que, en el cas del servei integrat d'atenció al malalt crític, l'objectiu era ampliar el nombre de llits disponibles per tal de preservar el model d'UCI per a pacients semicrítics. En ambdós casos, els centres sanitaris públics no podien assumir els costos de tirar-ho endavant. En el primer cas, es dona la circumstància que la medicina nuclear és d'ús puntual i massa especialitzada per als hospitals comarcals i, per tant, contractar un metge nuclear per a cadascun d'aquests centres no és una solució eficient.

En el segon cas, l'Hospital Parc Taulí té una limitació d'espai –a banda de la dels recursos financers– que fa impossible reestructurar el servei d'atenció als pacients crítics per oferir-hi més llits.

Les limitacions amb què es troben els centres sanitaris públics a l'hora de complir els objectius de les polítiques públiques porten els seus directius a ampliar la seva visió portes enfora, per cercar alternatives. En el cas de la Regió Sanitària Girona, l'alternativa l'ofereixen els directius del CETIR, que identifiquen l'oportunitat de posicionar-se a les comarques gironines i evitar així la concentració de pacients a l'hospital de referència de Girona, el Trueta. En el cas de Sabadell, l'alternativa prové dels contactes i la bona sintonia professional entre el doctor Artigas, responsable principal de l'UCI de l'Hospital Parc Taulí, i els seus homòlegs de l'Hospital General de Catalunya. En aquest cas, el benefici que espera la part privada és la possibilitat d'incorporar-se a un model de gestió de l'UCI capdavanter a escala internacional. Els efectes positius que això pot generar per a l'Hospital General de Catalunya van des de la millora de la capacitat de recerca i del coneixement, passant per la millora de la coordinació i de l'eficiència dels processos interns, fins a l'augment de la capacitat de captar pacients.

Com s'observa en els dos casos, la part pública i la privada parteixen d'una expectativa de *win-win* que s'origina prèviament a l'establiment de la CPP, en algun dels quatre estadis que Noble i Jones (2006) defineixen. El primer d'aquests estadis és el de les relacions exploratòries, en què actors dels organismes públics i privats es troben per primera vegada per temptejar el terreny i conèixer les necessitats de cadascun d'ells. El segon estadi és el de la consciència de l'oportunitat, en què, un cop conegudes les necessitats expressades pels altres actors, cadascun d'ells pot contextualitzar les seves necessitats i plantejar quins beneficis li comportaria l'establiment de relacions de cooperació. El tercer estadi implica la negociació, el compromís i l'execució: és un estadi en què els diferents actors es reuneixen i exposen als altres com creuen que s'han d'estructurar les seves relacions per tal que siguin beneficioses. Finalment, en el quart estadi, es constitueix el partenariat a partir dels compromisos a què s'ha arribat anteriorment i es formalitza l'estructura de la cooperació publicoprivada. Si, en qualsevol d'aquests quatre estadis, una de

les parts considera que el projecte de cooperació no li representa cap guany, té l'opció de retirar-se'n.

El lideratge adequat

L'expectativa compartida de *win-win* és una preconditioni necessària però no suficient per a l'èxit de la cooperació. Un element crucial a l'hora d'establir la cooperació és l'existència d'un lideratge adequat. En els dos casos exposats, s'observa que aquestes funcions de lideratge les han exercides fonamentalment els líders de les parts públiques corresponents (Maria Teresa Faixedas i Roger Pla a la Regió Sanitària Girona i el doctor Artigas al Parc Taulí). Tanmateix, una vegada introduïda la possibilitat de la cooperació, la part privada de seguida ha sintonitzat amb els objectius i n'ha exercit el colideratge. Per exemple, en el cas del projecte de validació de la tècnica BSGS, sense la voluntat de participar d'Eduard Riera, del CETIR, hauria estat impossible tirar endavant el projecte. I el mateix es pot dir del doctor Xavier Mate, de l'HGC de Sant Cugat, que arran d'una baixa laboral decideix redefinir tot el sistema i crear un projecte multiUCI en cooperació amb entitats públiques, en comptes de limitar-se a nomenar un nou director de l'UCI. L'existència d'un lideratge públic fort, acompanyat dels colideratges de la part privada, s'ajusta a la tesi d'Agranoff (2006), que defensa que, malgrat que es produeixi un increment de les relacions de cooperació entre les entitats públiques i privades, les institucions públiques hi mantenen un pes preponderant i hi continuen tenint l'última paraula.

Més enllà de qui hagi exercit el lideratge, també és important observar les quatre funcions bàsiques que aquests líders desenvolupen al llarg del procés de construcció de la cooperació. Segons Vangen i Huxham (2003), aquestes funcions són les següents. A) Saber incorporar-hi nous membres, és a dir, saber detectar les persones que podrien estar interessades a participar en el projecte i/o les persones més adients per desenvolupar determinades tasques. B) Conferir-los poder per actuar en la cooperació. En general, això implica dotar-los d'eines perquè puguin dur a terme les seves tasques adequadament, i

una de les millors maneres de fer-ho és donant-los accés a tota la informació i facilitant el contacte entre tots els actors implicats. C) Captivar-los (a favor de la cooperació), és a dir, que no tinguin dubtes a l'hora d'actuar d'acord amb els principis de la seva organització o els del partenariat, i aconseguir que, quan calgui, actuïn d'acord als criteris establerts en el marc de la cooperació públicoprivada. D) Mobilitzar-los. Aquest darrer punt és el més essencial perquè, encara que un treballador compleixi els tres requisits anteriors, això no implica necessàriament que faci la seva feina; per tant, cal buscar eines i incentius per tal que els propis treballadors i les seves organitzacions vegin que els resulta beneficiós treballar d'acord amb els requisits establerts en el partenariat.

En el cas del projecte de validació de la tècnica BSGS, cal destacar la capacitat de Maria Teresa Faixedas per incorporar i habilitar tots els hospitals igualment. Tot i que els hospitals comarcals de la Regió Sanitària Girona no tenien la capacitat de validar la tècnica BSGS, els que són una mica més grans podrien haver reclamat, per raó del seu major pes en el sistema d'hospitals públics de Girona, que les proves no es fessin a tots els hospitals comarcals, sinó només a alguns, i així reduir costos de desplaçament. Per sort, això no va passar i el gran encert, des del punt de vista del lideratge, va ser atorgar la mateixa rellevància a tots els hospitals i que tots ells ho acceptessin. Probablement, això va ser possible gràcies al fet que els gerents de tots els hospitals es van poder reunir en una mateixa sala, on es va comunicar adequadament l'objectiu del projecte. Un altre element essencial era involucrar els treballadors i que aquests acceptessin la presència de metges d'altres sectors i àmbits d'especialització, amb cultures de treball sovint molt diferents. En aquest sentit, sembla que va imperar l'ètica professional dels diferents professionals a l'hora d'adaptar-se als nous paràmetres d'una tècnica notablement més beneficiosa per als pacients que les anteriors.

Figura 9: Procediment d'establiment de la cooperació públicoprivada a Girona

Incorporar	Habilitar (empower)	Involucrar	Mobilitzar
<ul style="list-style-type: none"> •Convèncer tots els gerents dels hospitals comarcals que s'havien d'incorporar al projecte. •Convèncer el CETIR que li interessava participar en el projecte. 	<ul style="list-style-type: none"> •Es van organitzar reunions entre totes les parts implicades. •Es van donar recursos addicionals als hospitals per poder sufragar la nova tècnica. •En va assegurar al CETIR que podria exercir les seves funcions als hospitals públics. 	<ul style="list-style-type: none"> •Es va aconseguir que tots els hospitals anessin a la una, amb els mateixos objectius. •Es van superar les reticències d'alguns professionals de treballar amb metges del CETIR. 	<ul style="list-style-type: none"> •Tots els hospitals van aplicar el programa de la mateixa manera. •Tothom va fer el que calia fer.

Font: elaboració pròpia a partir de la figura 2 de Vangen i Huxam (2003, p. S66)

En el cas del Centre de Crítics del Vallès, cal destacar el fet que el lideratge del projecte es concentrés en una única persona, que en fos la cara visible, tant per a l'Hospital Parc Taulí com per a l'HGC. L'elecció del doctor Artigas va ser un punt d'inflexió en el projecte de la Unitat de Crítics del Vallès, ja que va simplificar i facilitar les dues etapes posteriors. La presència d'un lideratge clar i en què es concentraven tots els objectius que s'havien d'assolir va contribuir a reduir els problemes de poder i de comunicació entre el que abans eren dues unitats completament separades i diferenciades.

Figura 10: Procediment d'establiment de la cooperació públicoprivada a Sabadell

Incorporar	Habilitar (empower)	Involucrar	Mobilitzar
<ul style="list-style-type: none"> •El doctor Mate opta per repensar la gestió de l'UCI i, en lloc de substituir la baixa, opta per acceptar la proposta d'establir una unitat de crítics conjunta amb el Parc Taulí. 	<ul style="list-style-type: none"> •Elecció del doctor Artigas com a responsable del projecte i elecció de figures intermèdies (com el doctor Baigorri), que coneguin totes les especificitats del projecte. 	<ul style="list-style-type: none"> •Superar el xoc de cultures i aconseguir que tots els professionals implicats en l'establiment de la Unitat de Crítics del Vallès vegin que el projecte també els beneficia a ells. 	<ul style="list-style-type: none"> •Aconseguir que els treballadors apliquin el mateix programa de la mateixa manera.

Font: elaboració pròpia a partir de la figura 2 de Vangen i Huxam (2003, p. S66)

La superació del xoc de cultures

Un dels elements predominants en qualsevol experiència de CPP és la superació del xoc cultural. A totes les organitzacions, es desenvolupa una cultura organitzacional que, segons Schein (1996, p. 231), es pot definir com “les formes –donades per fet, compartides i tàcites– en què es percep, es reacciona i es pensa davant un context determinat” en una organització concreta. Per tant, la cultura organitzacional implica totes aquelles normes i maneres de funcionar, sovint implícites, pròpies d'una organització. Quan s'estableix una cooperació públicoprivada, les diferents cultures organitzatives solen entrar en conflicte, ja que els nous actors que entren a relacionar-se amb l'organització han de familiaritzar-se amb aquesta cultura, ja sigui per canviar-la o per adequar-s'hi i poder dur a terme les tasques encomanades efectivament.

En el cas del servei integrat d'atenció al malalt crític, un dels rols més importants que aconsegueix el doctor Artigas com a líder del projecte és treballar per superar el xoc de cultures provocat per la fusió d'UCI. En aquest cas, van ser els treballadors de l'organització privada els que es van sentir amenaçats davant la percepció que els estaven colonitzant. El doctor Artigas va trobar la manera

de superar aquestes barreres mitjançant la figura d'un cap de servei, el doctor Baigorri, provenint del Parc Taulí, que va ser capaç de transmetre bé els objectius de la cooperació. El fet de tenir un cap que provenia de l'organització que liderava el projecte també va permetre fer canvis en la cultura de treball per tal d'homogeneïtzar-la. En el cas del projecte de validació de la tècnica BSGS, en canvi, aquest xoc cultural es va viure més aviat entre els treballadors dels hospitals públics, ja que eren els qui havien d'acceptar que un metge nuclear aliè a l'organització participés en les proves de la tècnica BSGS. Afortunadament, les característiques d'aquests metges nuclears del CETIR van facilitar la superació del xoc cultural.

Conclusions finals

Per finalitzar aquest epíleg, és necessari apuntar alguns reptes de futur o àmbits de millora que val la pena prendre en consideració. Segons Crosby i Bryson (2010, p.226), els efectes que persegueixen els partenariats publicoprivats poden ser de tres tipus. A curt termini, busquen promoure estratègies innovadores i generar capital social i intel·lectual per als seus integrants. A mitjà termini, han de provocar canvis en les pràctiques i en les percepcions, una coordinació i una acció conjunta, i un aprenentatge compartit. A llarg termini, haurien de fomentar noves col·laboracions i, fins i tot, la creació de noves institucions. Doncs bé, en termes generals, es podria afirmar que les dues experiències que s'han relatat aquí han assolit els efectes de curt i mitjà termini, però no els efectes més profunds i de llarg termini.

En el cas del projecte de validació de la tècnica BSGS, com esmenta una de les parts implicades, possiblement hauria estat positiu allargar la col·laboració més enllà de la fase de validació, per continuar compartint experiències i intercanviant coneixements. Tanmateix, la Regió Sanitària es va desvincular del projecte quan la fase de validació ja estava finalitzada i amb els resultats proposats assolits, i els protocols compartits ja estaven establerts. Per la seva banda, el partenariat entre el Parc Taulí i l'HGC en principi es va signar per a

tres anys, renovables anualment. Si bé encara no es pot parlar d'haver generat una nova institució, el cert és que la col·laboració que s'ha establert entre les dues UCI és força intensa, i les perspectives de futur semblen indicar que la cooperació publicoprivada que ha generat la Unitat de Crítics del Vallès s'acabarà institucionalitzant.

En definitiva, els dos casos narrats exemplifiquen els bons resultats a què es pot arribar amb la creació d'estructures de cooperació entre entitats públiques i privades. Per a l'èxit d'aquestes experiències, és essencial, com s'ha vist, el paper que acompleixen els líders del projecte. Sovint, la capacitat de bregar amb els intangibles, com la comunicació correcta del projecte, la incentivació dels diferents actors o les diferents cultures organitzatives, és el que permet que els projectes publicoprivats tinguin èxit. I és que, en projectes d'aquesta envergadura, que s'estructuren en xarxa, els elements informals, com la capacitat d'influència real, la participació o les dinàmiques diàries, solen ser més importants que el que diguin les estructures formals. És per tot això que el lideratge és clau, ja que, en aquestes estructures més difuses, un bon lideratge permetrà ajustar els elements més complexos, potenciar els elements similars de les organitzacions i recordar els objectius en comú. Un bon lideratge sovint marca la diferència entre una cooperació publicoprivada d'èxit i una de fracassada, i aquests dos exemples en són una bona mostra.

Referències i bibliografia

- Agranoff, R. (2006): "Inside Collaborative Networks: Ten Lessons for Public Managers". *Public Administration Review*, desembre, p. 56-65.
- Centre de Crítics del Vallès (2014): *Centre de Crítics del Vallès. Un projecte sostenible i regional orientat al malalt. Pla funcional per a la integració de l'Àrea de Crítics de l'Hospital de Sabadell i el Servei de Medicina Intensiva de l'Hospital General de Catalunya*.
- CETIR (2014): *CETIR*. Disponible a: <<http://www.cetir.es/ca/cetir/valors.asp>> [Data d'accés: 20 de desembre de 2014].
- Crosby, B. C.; Bryson, J. M. (2010): "Integrative leadership and the creation and maintenance of cross-sector collaborations". *The Leadership Quarterly*, 21(2): 211-230.
- Departament de Salut (2009): *Estratègia i prioritats en el càncer a Catalunya. Pla director d'oncologia: objectius 2010*.
- Departament de Salut (2012): *Memòria de la Regió Sanitària Girona*.
- Departament de Salut (2006): *Pla director d'oncologia*.
- Departament de Sanitat i Seguretat Social (2001): *Plan director de oncología en Catalunya 2001-2004*.
- Grup de Treball de Cirurgia del Càncer de Mama de la Regió Sanitària de Girona (2003): *Acords del Grup de Treball de Cirurgia del Càncer de Mama en relació amb el procediment de biòpsia selectiva del gangli sentinella*.
- Grup de Treball de la Regió Sanitària Girona, *Biòpsia selectiva del gangli sentinella al càncer de mama*.
- Noble, G.; Jones, R. (2006): "The role of boundary-spanning managers in the establishment of public-private partnerships". *Public Administration*, 84(4): 891-917.
- Piñero, A.; Giménez, J.; Merck, B. (2007): "Reunión de consenso sobre la biòpsia selectiva del ganglio centinela en el càncer de mama". *Revista Española de Patología*, 40(2): 91-95. Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria.
- Regió Sanitària Girona (2007): *Validació i posada en marxa multidisciplinària i multicèntrica publicoprivada de la tècnica de biòpsia selectiva del gangli sentinella en el càncer de mama a la Regió Sanitària Girona*.
- Schein, E. (1996): "Culture: The missing concept in organization studies". *Administrative Science Quarterly*, 41(2): 229-240.
- Tuca, F., et al. (2005): *Validació de la tècnica de la biòpsia selectiva del gangli sentinella a la Regió Sanitària Girona*.
- Vangen, S.; Huxham, C. (2003): "Enacting Leadership for Collaborative Advantage: Dilemmas of Ideology and Pragmatism in the Activities of Partnership". *British Journal of Management*, 14, p. S61-S76.



Programa PARTNERS

Més informació:

Programa PARTNERS, ESADE

**Av. de Pedralbes, 60-62
08034 Barcelona, Espanya**

Persona de contacte:

Srta. Carla Rebés

Telèfon: +34 934952083

carla.rebes@esade.edu

www.esade.edu/igdp

PROGRAMA **PARTNERS** 10

Són promotors de PARTNERS:

