

REFERENT

NÚM. 11

PAPERS DE LA **FUNDACIÓ UNIÓ**

OCTUBRE 2012



FUTUR →

L'AUTONOMIA DE GESTIÓ DES DEL PUNT DE VISTA ASSISTENCIAL I EMPRESARIAL

REVISTA DE MANAGEMENT
PER AL SECTOR SANITARI
I D'ATENCIÓ A LA DEPENDÈNCIA


FUNDACIÓ UNIÓ

L'AUTONOMIA DE GESTIÓ DES DEL PUNT DE VISTA ASSISTENCIAL I EMPRESARIAL

5 Presentació. Autonomia de gestió per a uns millors resultats

Helena Ris · Directora general de la Unió Catalana d'Hospitals i de la Fundació Unió

6 L'abordatge del marc legal de l'autonomia de gestió (evolució i visió de futur)

Antoni Llamas · Director de Gestió de la Corporació Sanitària Parc Taulí

18 Autonomia i òrgans de govern

Albert Oriol · President de la Fundación Educación Médica

24 Empreses públiques i consorcis sanitaris: la trista imatge d'una Administració rovellada

Josep M. Via · President del consell rector del Parc de Salut MAR

32 El projecte de reformulació de l'Institut Català de la Salut

Joaquim Casanovas · Director gerent de l'ICS

38 Les entitats de base associativa (EBA) en la gestió dels serveis d'atenció primària a Catalunya: un model que cal estendre a tots els nivells assistencials

Albert Ledesma · President del Consell d'Administració de l'EAP de Vic SLP

46 L'experiència de la UDIAT Centre Diagnòstic i les principals característiques i avantatges d'aquest tipus de gestió

Lluís Donoso (director executiu) i Roser Muñoz (directora de Gestió i Administració) · UDIAT Centre Diagnòstic

54 Perspectiva des del sector de la salut mental

Enric Arqués · President del Fòrum de Salut Mental

60 Autonomia en la gestió. Visió pràctica des del punt de vista de l'atenció a la dependència

Jorge Guarner · President de l'Associació d'Empreses de Serveis per a la Dependència (AESTE)

REFERENT · OCTUBRE 2012

Consell Assessor

President

Manel Jovells · President de la Unió Catalana d'Hospitals i de la Fundació Unió

Membres

Jaume Duran · Director general de la Fundació Privada Hospital de Mollet

Maria Dulce Fontanals · Directora assistencial i operativa de SAR Residencial i Assistencial Sociosanitària

Salvador Guillermo · Secretari general de FEPIME

Pere Ibern · Professor associat del Departament d'Economia i Empresa de la Universitat Pompeu Fabra

Albert Jovell · President del Fòrum Espanyol de Pacients i director de la Universitat dels Pacients

Albert Oriol · President de la Fundació Educació Médica

Joan Rodés · Director de l'Institut d'Investigacions Sanitàries IDIBAPS

Albert Serra · Director del programa PARTNERS d'ESADE

Carles Sisternas · Director de FENIN Catalunya

Comitè Editorial

Presidenta

Helena Ris · Directora general de la Unió Catalana d'Hospitals i de la Fundació Unió

Membres

Xavier Baro, Josep M. Bosch, Joan M. Ferrer, Anna Riera, Llorenç Sotorres, Cristina Aragüés · Comitè de Direcció de la Unió Catalana d'Hospitals

Realització
hores.com

Disseny gràfic
Albert Roca

Fotografies
Institut Català de la Salut (pàg. 33 i 35), UDIAT (pàg. 45, 46, 48, 49 i 50), Parc de Salut MAR (pàg. 53, 57 i 59), Fundació Privada Hospital de Puigcerdà (pàg. 62) i 123rf.

Fundació Unió

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

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

III Edició dels Premis La Unió a la Innovació en Gestió 2012

El Pla estratègic de La Unió 2010-2015 inclou la Innovació en gestió com a aportació estratègica de les organitzacions i els professionals a la creació de valor en el sector sanitari i social.

Premis a la Innovació en Gestió

Responen a la voluntat de La Unió de reconèixer i atorgar valor al treball de les organitzacions sanitàries i socials en aplicar innovacions a la gestió de les seves institucions, de destacar el valor que aporten en la gestió de les persones i de premiar les innovacions que es tradueixen i impacten positivament en resultats per als ciutadans.



OBJECTE

Reconèixer les iniciatives d'innovació en l'àmbit de les entitats sanitàries i socials en:

- Polítiques d'eficiència i sostenibilitat.
- Gestió de les persones.
- Gestió assistencial a les persones.

DOTACIÓ

Els premis no tenen dotació econòmica. Per a cadascun dels àmbits es lliurarà un símbol i un diploma de reconeixement, i les iniciatives es publicaran als *Quaderns de Gestió Aplicada* de La Unió i es difondran en els àmbits del coneixement i la gestió aplicada. Es faran tres reconeixements, un per cada àmbit.

BASES

Candidatures

Les candidatures s'han de presentar a través del relat del cas d'innovació i d'un qüestionari que permetrà reportar la pràctica d'innovació en gestió. La informació sobre el premi (les bases i el qüestionari) es troben a la pàgina web de La Unió, www.uch.cat, i al butlletí electrònic de l'entitat, *El Missatger*.

Lliurament

El lliurament de premis tindrà lloc en el decurs de l'Assemblea General de desembre de 2012.

Divulgació

La Fundació Unió publicarà els relats dels casos mereixedors del reconeixement als *Quaderns de Gestió Aplicada* de La Unió.

Jurat

El jurat estarà constituït per gestors, professionals assistencials i del món acadèmic, que avaluaran les candidatures presentades. La seva resolució es farà pública en l'últim trimestre del 2012.

Valoració

Els criteris de valoració de candidatures prendran en consideració:

- La generació de recursos econòmics o d'estalvi energètic i de recursos materials i/o tecnològics, que faciliti constatar el compte d'exploració de la innovació en termes de sostenibilitat.
- La implicació de les persones en la implantació de la innovació.
- La quantificació de l'impacte en termes d'efectivitat i eficiència per resoldre les necessitats sanitàries i socials dels ciutadans.
- La promoció de partenariats i la creació d'aliances estratègiques per a aquesta innovació.



Premis *La Unió* a la
Innovació en Gestió



La Unió
Associació d'Entitats
Sanitàries i Socials

Presentació

Autonomia de gestió per a uns millors resultats

DURANT MÉS DE 30 ANYS, la xarxa sanitària d'utilització pública a Catalunya ha estat un model per la seva eficiència assistencial i econòmica. Ara, quan mirem el futur, és obligat potenciar aquells valors que ens han fet forts com a sector i com a sistema. Sens dubte, un dels trets que ha influït en l'èxit ha estat el model de separació del finançament i la provisió, en el qual l'Administració defineix polítiques, planifica, acredita, compra i avalua i es relaciona, a través del contracte, amb una xarxa mixta d'empreses proveïdores, públiques i privades, respectant i maximitzant l'autonomia de gestió de les organitzacions basada en el bon govern i el rendiment de comptes.

El *Referent* d'enguany l'hem volgut dedicar, precisament, a l'autonomia de gestió. Les dades objectives demostren que els sistemes de gestió empresarial s'han mostrat més eficaços que els sistemes de gestió administrativa. Un punt d'inflexió va ser el que les empreses públiques sanitàries quedessin afectades per les normes europees SEC-95, que van limitar l'autonomia de gestió als centres públics concertats, empitjorant aquesta funció directiva i afectant-ne els resultats. Ara toca fer una reflexió sobre la rigidesa d'aquests models de gestió. L'Administració regula i vetlla pel bon ús dels recursos públics, és una de les seves funcions, però també hauria d'incentivar i potenciar els millors resultats per estimular l'aprenentatge i el creixement de les organitzacions. En aquest sentit, aplaudim la Central de Resultats, iniciativa pionera a tot l'Estat, com una bona iniciativa. Estem fermament convençuts que la relació entre l'Administració com a comprador de serveis de salut de finançament públic i els proveïdors s'ha de consolidar en un contracte que, independentment

de la figura jurídica de les entitats, es basi en unes regles del joc conegudes i acceptades per tots els proveïdors de la xarxa d'utilització pública, i que promogui la cooperació i les aliances estratègiques entre aquestes organitzacions. A més a més, s'han d'anar fent evolucionar els sistemes de pagament per adaptar-los als reptes actuals (la cronicitat, la potenciació del rol de l'atenció primària, l'evolució de l'atenció especialitzada, la cooperació entre nivells...) incentivant la transparència, l'objectivitat i l'equitat.

Amb el número que presentem, volem aprofundir en l'autonomia de gestió com a valor de present i de futur, en la constitució jurídica de les empreses públiques i consorcis i el seu desenvolupament, en les característiques dels òrgans de govern, en el projecte de transformació de l'ICS (Institut Català de la Salut) en empreses públiques de serveis de salut, en models d'èxit com les EBA (entitats de base associativa) i en una redefinició de les estratègies d'optimització dels recursos també en l'àmbit de l'atenció a la dependència. Recollim tot aquest pensament i aquesta valuosa experiència, que ha estat possible gràcies a la col·laboració dels autors, protagonistes indiscutibles de la realitat actual del sector sanitari i social.

Helena Ris

Directora general de la Unió Catalana d'Hospitals
i de la Fundació Unió

L'abordatge del marc legal de l'autonomia de gestió (evolució i visió de futur)

ANTONI LLAMAS LOSILLA

Antoni Llamas Losilla és llicenciat en Dret per la Universitat de Barcelona, amb formació complementària en dret sanitari, gestió econòmica i pressupostària, contractació pública, control intern i e-administració, aquesta darrera amb especialització per la Universitat Oberta de Catalunya. Després de treballar durant més de deu anys en una cadena hotelera espanyola en els àmbits d'administració, assessoria jurídica i, finalment, com a cap d'organització i d'auditoria interna, el 1997 es va incorporar al consorci Corporació Sanitària Parc Taulí de Sabadell, on va desenvolupar funcions de suport tècnic i jurídic a la direcció general i als òrgans de govern. Actualment, com a director de Gestió de la Corporació Sanitària Parc Taulí, és membre del seu Comitè Executiu, secretari conseller dels consells d'administració de les entitats mercantils de propietat pública UDIAT Centre Diagnòstic, SA(U) i Sabadell Gent Gran Centre de serveis, SA(U) i secretari patró del patronat de la Fundació Parc Taulí.

DES DEL 2003, a Catalunya, les entitats públiques del sector salut (EPIC) han vist progressivament reduïda la seva autonomia de gestió, i han anat d'un concepte de gestió empresarial a un concepte d'administració pública. L'article intenta sistematitzar l'origen i l'evolució d'aquestes entitats, les causes que van afavorir la cada vegada major mediatització en la gestió i les vies possibles d'evolució. Es pretén reivindicar per a aquestes entitats (i també per a l'ICS) que siguin gestionades i no simplement administrades i, per a això, cal dissenyar i construir entramats de governabilitat que demostrin que el compromís dels òrgans de govern amb la complicitat dels professionals sanitaris és una alternativa enfront d'un sistema burocràtic que no ha demostrat cap avantatge en la gestió sanitària. Es dubta de la racionalitat jurídica de fer que les entitats públiques de salut es gestionin amb filosofia administrativa, la

qual és la principal causa de la seva ineficiència i, a la llarga, la justificació per a potencials privatitzacions. Només demostrant que un hospital públic és perfectament i necessàriament gestionable amb regles homogènies respecte a la de la resta de proveïdors del sistema, els hospitals públics i, en general, les entitats públiques de salut, tindran futur i podran demostrar els seus resultats en termes quantitius i qualitius comparables. Es nega que la proposta sigui una fugida del dret administratiu perquè es considera que un hospital públic mai no hauria d'haver estat sotmès a aquesta legislació. L'obstinació a fer dels hospitals públics petits ministeris en la seva forma de gestió pot portar-los a la seva insostenibilitat i, aleshores, els grans operadors *profit* de mercat trobaran el seu objectiu en aquest apetible espai de negoci.

Es defensa la necessitat de trencar paradigmes obsolets i reforçar, amb una llei actualitzada i en el marc del vigent Pla de salut de Catalunya, un blindatge del model sanitari públic amb totes les garanties i responsabilitats, incorporant-hi fórmules de gestió adequades i valentes.

Introducció

Per al tractament del marc legal de l'autonomia de gestió de les empreses públiques i consorcis del sector salut a Catalunya (d'ara endavant, EPIC) partiré de la premissa del coneixement per part dels lectors del present article pel que fa a la gènesi dels consorcis sanitaris tant abans com després de la Llei 15/1990 d'ordenació sanitària de Catalunya (d'ara endavant, LOSC). Poca cosa afegiria aquesta reflexió a allò ja explicat en bibliografia específica sobre això.¹

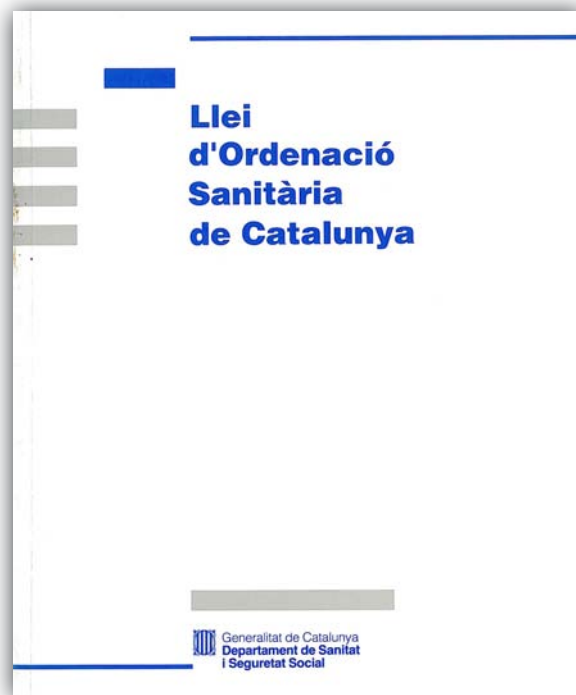
A més, tenint en compte l'abast d'aquest petit estudi, haurem de convenir que dins d'EPIC, als nostres efectes, s'hi inclouen els consorcis i les seves entitats instrumentals (mercantils unipersonals i agrupacions d'interès econòmic, fonamentalment), les empreses del CatSalut gestores de serveis sanitaris (IAS, GSS i GPSS),² i altres entitats prestadores de serveis hospitalaris i que no tenen la consideració ni de consorci ni d'empresa pública de conformitat amb la LOSC, però que són entitats que gestionen hospitals que són públics, que incorporen els seus pressupostos als de la Generalitat i que provenen de realitats heterogènies: l'Hospital Clínic, l'Hospital de Sant Pau i el Parc de Salut Mar.

Cal remarcar, aquí, el canvi que ha comportat la recent modificació de l'article 12.3 de la llei de l'ICS,³ la qual li permet crear consorcis o entitats de dret privat. Si s'exercís aquesta possibilitat i aquestes entitats portessin a terme la seva activitat mitjançant concert amb el CatSalut, no hi hauria cap obstacle perquè poguessin tenir un tractament com el que a continuació s'exposarà per a les EPIC.

Deixarem al marge de la consideració com a EPIC, per raons metodològiques, les empreses del CatSalut gestores de serveis sanitaris transversals (IDI, SEM, ICO i Banc de Sang i Teixits) i altres de no assistencials, que per les seves especificitats considerem que haurien de rebre un tractament diferenciat.

Una vegada establert l'abast subjectiu de les entitats objecte d'estudi, podríem arribar a afirmar, amb totes les matisacions que calguessin, que aquestes entitats van viure una etapa d'una certa estabilitat en el model d'empresarialització fins a pràcticament l'any 2003.

Per causa de la seva limitada extensió, el present article se centrarà, en una clara simplificació que pagarà el preu de perdre matisos, en l'anàlisi de tres etapes cronològiques:



I) Del 1980 fins a la llei 31/2002, de 30 de desembre de 2002 (disp. add. 6a).

II) Del 2003 fins a l'actualitat, passant per la Llei 7/2011, de 27 de juliol, de mesures fiscals i financeres i, en especial, els seus articles 68, 69 i 70.

III) Visió de futur sobre les entitats públiques del sector salut.

L'anàlisi procurarà evidenciar les dificultats que ha comportat el fet de permetre que les EPIC tinguessin una feblesa en la seva construcció jurídica, cosa que les ha situat "en terra de ningú" i ha permès, amb la mateixa base legal, que actuessin en alguna època "empresarialment" i, en una altra, que fossin considerades pràcticament com a administracions públiques pures.

I) Primers antecedents: de la Constitució del 1978 a l'any 2002

La Constitució espanyola del 1978 i el desplegament autonòmic va permetre que Catalunya assumís el 1981 les competències en matèria de Sanitat.⁴ El 1983 es va crear

l'Institut Català de la Salut⁵ com a entitat gestora dels serveis i les prestacions sanitàries pròpies de la Generalitat i dels transferits de la Seguretat Social, i tot i que deixava entreveure la necessitat d'aprofitar els recursos sanitaris preexistents al territori, encara no desplega ni conceptualitza el després anomenat model sanitari català, ni esmenta la creació de consorcis o d'empreses públiques.

L'assumpció competencial el 1981 venia marcada per una insuficiència de la capacitat sanitària instal·lada per part de la Seguretat Social espanyola al territori de Catalunya i, ben aviat, es va veure la necessitat d'afegir als dispositius incorporats a l'ICS uns altres que, existents al territori, eren de diferents titularitats (fundacions, ajuntaments, mútues, ordes religiosos i altres) i que estaven en disposició de prestar serveis sanitaris mantenint la seva personalitat jurídica específica.

Pel Decret 202/1985 es va crear la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública (XHUP), amb la qual es va integrar en una única xarxa tots els dispositius hospitalaris aliens a la Seguretat Social, que prestarien serveis d'una forma subordinada a l'ICS.

L'any 1986 es van identificar algunes de les entitats en una situació d'especial feblesa, o no coordinades en un mateix territori, i calia fer un pas més. Van néixer, aleshores, els primers consorcis hospitalaris: Vic⁶ i Sabadell.⁷

La capacitat creativa dels juristes del, encara, Departament de Sanitat i Seguretat Social⁸ va permetre utilitzar el 1986 una figura jurídica provinent de la normativa de l'àmbit local i amb origen en el dret italià. La figura jurídica dels consorcis no es va incorporar a la legislació catalana fins a l'article 55.2 de la Llei 13/1989, de 14 de desembre, d'organització, procediment i règim jurídic de l'Administració de la Generalitat de Catalunya i es va mantenir amb un sol article com a únic bastiment jurídic pràcticament fins a la Llei 26/2010, de 3 d'agost, que n'amplia la regulació.⁹

El 1990 la LOSC va consagrar els consorcis sanitaris i hi va incorporar la creació d'empreses públiques del CatSalut. Aquestes últimes sorgiren com a conseqüència d'una altra realitat: tenien com a origen el traspass a la Generalitat¹⁰ dels dispositius sanitaris, sociosanitaris i socials fins aleshores propietat i gestionats per les diputacions provincials de Girona (que va donar lloc a l'IAS¹¹), de Tarragona (que va portar a la creació de GPSS¹²) i de Lleida (que va donar lloc a GSS¹³). En aquests casos, la figura jurídica del consorci era inadequada, ja que la Generalitat n'esdevenia titular única tot i que els motius per a la seva creació i el fet de no

integrar-los directament en l'ICS eren similars als que van abocar a la creació dels consorcis.

Aquesta diferenciació va comportar que, en el cas dels consorcis, es mantingués una representació en el seu òrgan de govern de les entitats inicialment consorciades, mentre que en les empreses públiques el Consell d'Administració era nomenat en la seva totalitat per la Generalitat de Catalunya. Les primeres van ser hereves d'una certa presència de l'anomenada societat civil (terme de confusa i discutida definició¹⁴), mentre que en les segones el seu òrgan de govern era de designació directa de la Generalitat. El tercer grup d'entitats específiques (Clínic, Sant Pau i IMAS-Hospital del Mar) tenien, en aquell moment, uns òrgans de govern heterogenis.¹⁵

Malgrat això, l'explicitació de la raó última que va impulsar la creació dels consorcis i les empreses públiques no la trobem fins a l'any 1995,¹⁶ quan, en ocasió de la modificació de la LOSC, l'aleshores conseller de Sanitat i Seguretat Social va afirmar: "[...] (una) característica del model sanitari català establert a la LOSC ha estat la introducció de mecanismes de gestió empresarial, especialment en els centres sanitaris de titularitat pública. En aquesta línia s'han creat onze consorcis sanitaris i nou empreses públiques..."¹⁷

Quedava clar que la voluntat política que perseguia la constitució dels consorcis i les empreses públiques del CatSalut, encara que no s'establís en el cos substantiu de la norma, era la introducció de mecanismes de gestió empresarial en els centres sanitaris públics.

Els consorcis, ja avalats per la LOSC, tenien en els seus estatuts la norma bàsica de funcionament: règim orgànic, funcional i financer amb plena personalitat jurídica i uns òrgans de govern amb la sobirania decisòria.

Per la seva banda, les empreses públiques del CatSalut foren creades a l'empara de l'estatut de l'empresa pública catalana, però van ser contaminades per la voluntat de model empresarial públic que inspirava políticament la LOSC.

Aquestes entitats, en una conjuntura d'adequat *statu quo* polític, van poder actuar amb un cert marge d'autonomia de gestió sense haver d'aplicar una gran part dels mecanismes de control clàssics de l'Administració. Inclús, fins a la Llei 13/1995, de 18 de maig, de contractes de les administracions públiques, els consorcis sanitaris van restar exclosos¹⁸ de l'aplicació de la fins aleshores vigent Llei de contractes de l'Estat.

Hauria estat ideal poder dir ara que aquestes entitats, durant aquell període en què van gaudir d'autonomia

de gestió, van implantar un model de governabilitat i van demostrar un valor inqüestionablement superior al del model clàssic de fiscalització administrativa. Malauradament, els resultats econòmics i el rigor en la gestió no van ser ni homogenis ni van trobar l'adequada clau de volta que permetés que els òrgans de govern exercissin el paper que els pertocava com a veritables representats de la propietat. Va haver-hi intents d'assajar models de governabilitat en les institucions sanitàries,¹⁹ però no hi ha evidència de cap cas en què s'implementés amb èxit i de forma continuada.

Aquest *statu quo* va permetre la convivència de l'autonomia de gestió d'aquestes entitats amb un desplegament de la normativa de menor o major rang que de forma coetània era dictada pel Parlament o pels governs i que, malgrat les aquí enumerades EPIC, podria trobar-se dins del seu àmbit subjectiu; el cert és que aquestes mesures eren directament no aplicades en efectuar-se una acceptada interpretació excloent vers aquestes entitats. Això va permetre que, amb els seus estatuts com a norma bàsica i els seus òrgans de govern com a sobirans en les decisions, es creessin entitats instrumentals, hi hagués autonomia per a l'endeutament, s'hi apliqués una política de recursos humans d'estatut dels treballadors, no s'hi utilitzés la comptabilitat pressupostària ni s'estigués habituat a treballar amb bases d'execució pressupostària i fos la comptabilitat financera del PGC l'aplicada.

Tot i aquest entorn d'autonomia de gestió, el peculiar sistema de pagament de l'activitat per part del CatSalut (IRR i IRE)²⁰ (més marginalitats) va generar que els resultats econòmics en termes de no-compliment pressupostari fos prou generalitzat en el sector (EPIC, ICS i resta d'entitats) –de forma similar, per cert, a l'etapa posterior 2003-2010, en què les EPIC ja estaven mediatitzades en la gestió–, amb la qual cosa es va perdre l'oportunitat de demostrar les bondats de la gestió empresarial de les EPIC (que sí que s'evidenciava en termes d'eficiència quantitativa respecte a l'ICS: menys cost per igual activitat). Aquestes situacions van anar generant en l'àmbit de la Generalitat i, en matèria de salut, un pressupost incrementalista i deficitari.

La situació preexistent té un primer punt d'inflexió amb la promulgació de la Llei 31/2002, de 30 de desembre de 2002 (disp. addicional 6a), en la qual el Govern obliga els seus representants en els òrgans de govern a disposar d'autorització prèvia per aprovar operacions d'endeutament, d'aval o d'adquisició o alienació de títols representatius de capital d'entitats mercantils. Malgrat això, aquesta actuació no anava contra la coherència de

model d'empresarialització i autonomia de gestió, ja que la Generalitat no hi intervenia com a Administració, sinó com a propietat, i a través de donar instruccions de vot als seus representants en els òrgans de govern.

II) Del 2003 fins a la Llei 7/2011 de mesures fiscals i financeres (art. 68, 69 i 70)

Durant el període corresponent a la VII i VIII legislatura (del 2003 al 2010) es van produir dos fets que serien clau per entendre l'esdevenidor de les EPIC:

- i) D'una banda, la desaparició de l'*statu quo* que havia permès el desenvolupament d'un model que, sense prou bastiment legal, apostava per un model empresarial i permetia un cert grau d'autonomia de gestió.
- ii) D'altra banda, el gener del 2000, amb una actualització l'abril del 2002, l'Eurostat va publicar el Manual del SEC95 sobre el dèficit públic i el deute públic,²¹ el qual tenia com a origen el Reglament (CE) núm. 2223/1996, de 25 de juny, modificat pel Reglament (CE) núm. 1267/2003 del Parlament Europeu i del Consell, i en relació amb el Reglament (CE) núm. 3605/1993, modificat, a aquests efectes, pel Reglament (CE) núm. 475/2000.



i) Caiguda sobtada de l'*statu quo*

El primer aspecte va generar que tota la normativa dictada durant els anys previs i que havia estat interpretada com a no aplicable a les EPIC de cop i volta passés a ser de compliment obligatori, i no es van implementar mecanismes que permetessin una transitorietat entre models que *de facto* es produïen. Encara més, el model d'empresarialització i autonomia de gestió es va trencar d'arrel quan el Govern, per mitjà de reiterats acords i instruccions, no es va limitar a actuar orientant el vot dels seus representants en els òrgans de govern de les entitats, sinó que, menystenint el paper dels membres dels òrgans de govern de les EPIC, va dictar normativa de gestió de compliment obligatori i va desmuntar, de fet, el govern de les institucions.

Aquesta col·lisió entre la realitat (un model arrelat de tendència empresarial pública i d'autonomia de gestió)²² i la nova interpretació normativa durant aquestes dues legislatures, sense període transitori, van generar no poques dificultats. El major exponent van ser els informes de la intervenció i, també, de la Sindicatura de Comptes. Aquests darrers, com que eren objecte de publicació i no tenien en compte la contextualització d'un període històric en què s'havia produït *de facto* un canvi de model sobtat, van generar una projecció molt negativa cap a la ciutadania de la gestió del sector públic sanitari EPIC, i a això s'hi va afegir l'acció dels mitjans de comunicació, àvids a la recerca de potencials casos de frau o irregularitats i que no van contextualitzar les notícies.

ii) Irrupció de les normes SEC95 (manual de l'abril del 2002)

Recordarem breument que les normes SEC95 són aquelles que estableixen els sistemes de comptes nacionals establerts pels reglaments de la CE, l'aplicació dels quals evidència el dèficit públic dels estats membres i, per tant, el grau d'estabilitat pressupostària.

La doctrina no s'ha ocupat d'elaborar un treball profund respecte a si les EPIC s'havien d'incloure en les normes SEC95 com a administracions públiques (codi S13) o si, ateses les seves especials característiques, calia considerar-les entitats públiques de mercat (codi S11). La manca d'estudi rau, de segur, en el fet que es

tractava d'una problemàtica específicament catalana, no traslladable a la resta d'Espanya.

La diferència en l'enquadrament en un o altre grup vol dir que a les entitats incloses en el codi S13 (administracions públiques) els és exigible, a efectes SEC95, l'estabilitat pressupostària en termes de la situació d'equilibri o superàvit computat al llarg del cicle econòmic en termes de capacitat de finançament, mentre que a les incloses en el codi S11 (unitats productores de mercat) només els és exigible, a efectes SEC95, l'estabilitat pressupostària en termes d'equilibri financer. La integració en un o altre codi o grup no és insignificant, ja que el dèficit públic i el deute públic només està integrat pels sectors del codi S13.²³

El 2003, el Govern de la Generalitat va efectuar una interpretació que classificava les EPIC prestadores de serveis en règim de concert dins del grup d'administracions públiques a efectes de les normes SEC95, una interpretació que s'ha mantingut durant els governs de diverses legislatures (la VII, VIII i la IX, que és l'actual).

Tot i que hi ha criteris discrepants (exposats en informes ja posteriors²⁴), el cert és que les successives lleis de pressupostos de la Generalitat de Catalunya han mantingut el criteri d'enquadrar les EPIC com a administracions públiques (S13) a efectes de les normes SEC95.

A aquesta interpretació restrictiva no va restar aliena l'àmplia legislació en matèria d'estabilitat pressupostària dictada pel Parlament espanyol, la qual es va incloure en forma de text refós en el Reial decret legislatiu 2/2007, de 28 de desembre. Ningú no va voler veure que les EPIC es nodrien "d'ingressos comercials"²⁵ ("de mercat", segons el manual del 2002 de normes SEC95²⁶) i, per tant, exclosos de l'àmbit d'aplicació de la norma (article 2.1 c).

Així, doncs, amb l'entrada en vigor de la Llei catalana 7/2011, de 27 de juliol, de mesures fiscals i financeres i, en especial, dels seus articles 68, 69 i 70, s'ha intentat apedaçar allò que amb una bona anàlisi jurídica l'any 2003 hagués evitat l'estranya situació en què s'han vist involucrades les EPIC durant aquest període. Malgrat aquest meritori intent de tornar als orígens del model, ens atrevim a pronosticar que o s'ancora el model d'una forma més explícita per part del legislador o els benintencionats articles 68, 69 i 70 de la reiterada llei al final seran vençuts per qualsevol interpretació restrictiva o es generarà la permanent necessitat que els òrgans de govern i gestors de les EPIC treballin en una frontera difusa, incòmoda i de poc rigor professional. Un bon



exemple de la necessitat que ja apuntem de promoure una llei sobre aquest sector i l'adequada protecció jurídica del model sanitari català, bé a través de l'actualització de la LOSC, bé a través d'una llei específica, la tenim en els ingents esforços esmerçats per efectuar una coherent integració interpretativa respecte a la inaplicabilitat d'alguns aspectes de la Llei 1/2012 de pressupostos de la Generalitat per al 2012 a les entitats de l'article 68 de la Llei 7/2011, i que ha rebut l'aval de la Comissió de Retribucions i Despeses de Personal del Consell per a l'Impuls i l'Ordenació de la Reforma de l'Administració per acord de data 18 d'abril de 2012.

Aquesta és una bona mostra de la inseguretat jurídica que una no específica regulació de les entitats públiques del sector salut pot generar en el futur.

III) Visió de futur sobre les entitats públiques del sector salut

Començaré aquesta part efectuant un catàleg de les diverses possibilitats expressades en els darrers temps respecte a les potencials vies d'evolució de les fórmules de gestió per salvaguardar el model. Les possibilitats són heterogènies i s'enumeraran sense valorar la seva potencial versemblança o aplicació. Sens dubte, en teoria són totes possibles, i fins i tot és compatible un model sanitari en què coexisteixin unes i altres. Malgrat tot, jo em

permetré fer algunes preguntes sobre les fórmules detallades i, finalment, m'atreviré a fonamentar una alternativa, la construcció de la qual considero que pot conjugar millor la tradició del model sanitari català, algunes experiències internacionals i la gestió pública adaptada als temps especials en què vivim.

Totes les opcions que s'exposaran ho seran sota la premissa que el model de què parlem és el previst al Pla de salut de Catalunya 2011-2015, basat en un sistema públic sanitari en què "l'Administració sanitària acredita qualitat, planifica, compra i avalua i una xarxa d'entitats de diversa titularitat gestiona professionalitzadament la prestació dels serveis,²⁷ amb accessibilitat universal, equitat i eficiència,²⁸ i on el CatSalut desenvoluparà un veritable rol d'asseguradora pública."²⁹

Entre d'altres, les diferents opcions potencials identificades serien les següents:

- a) Tornar les EPIC (i fonamentalment els consorcis) a la gestió per part de la societat civil,³⁰ una qüestió inherent a la seva pròpia gènesi. Aquesta opció pot ser instrumentada també a través de la creació de fundacions específiques.
- b) Convertir les EPIC en entitats participades pels professionals de forma similar a les entitats de base associativa aplicades en l'atenció primària.
- c) Convertir les EPIC en entitats de capital mixt amb minoria pública donant entrada a capital privat, que gestionaria el centre amb criteris d'empresa privada.

- d) Privatitzar les EPIC sota el model de concessió de servei públic, de manera que operadors privats se subroguin com a ocupadors dels professionals i es comprometin a efectuar una activitat pactada i el manteniment de les instal·lacions a través d'un peatge a l'ombra en funció de l'ús (concertació per activitat).
- e) Seguir el model imperant en la gran majoria de comunitats autònomes i centripetar les EPIC en un model similar a l'ICS abans de la seva darrera reforma. Aquesta opció és purament retòrica, ja que, en cap cas, comportaria autonomia de gestió.

Tot seguit llanço, com a provocació intel·lectual, algunes qüestions sobre les fórmules exposades:

- Qui és la societat civil?
- Quins professionals tindrien entrada a les entitats de base associativa (EBA)?
- Sota quines formes jurídiques actuarien?
- Entitats actualment públiques passen a ser entitats *non-profit* o entitats *profit*?
- Quina en serà la fórmula de gestió?
- Es poden crear fons suficients entre els professionals per afrontar el cicle econòmic –necessitats de tresoreria– dels hospitals?
- Se n'ha calculat l'impacte mediàtic? I l'impacte entre els professionals?
- Les magnituds dels hospitals de les EPIC permeten aquestes opcions?
- Qui respondrà dels resultats econòmics negatius?
- L'equilibri econòmic, que és un requisit de la concessió, com actuarà?
- El model "centres propis" ha demostrat bondats enfront d'altres models?

Tal com ja hem anunciat, és evident que totes les opcions que han estat enumerades, entre d'altres, poc o molt són possibles, si bé són difícilment aplicables de forma homogènia i general a totes les EPIC.

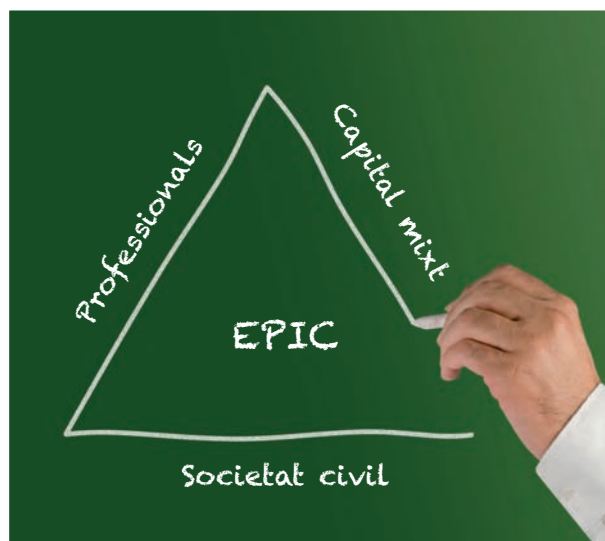
a) Plantejament i premissa d'un potencial model

Tractarem d'explicar en aquesta hipòtesi de model com és potencialment possible compatibilitzar una titularitat pública amb un model de gestió clarament empresarial, regit per l'autonomia de gestió i l'agilitat, que en cap cas posi en dubte el control intern i permeti assegurar els principis que han de regir els serveis públics sanitaris.

Es considera, així mateix, que el prestador públic de serveis no té per què restar mediatitzat per determinats principis administratius, atès que no actua investit de cap potestat administrativa.³¹

La premissa d'aquest model es troba en la defensa que les EPIC són entitats que cal classificar en el grup S11 de les normes SEC95, i, per tant, no Administració pública, sinó productors públics de mercat. Els trets característics³² necessaris que han de reunir les entitats perquè siguin considerades així són aquests:

1. Cal que no tinguin *ex lege* la competència de prestació de serveis sanitaris públics.
2. Han de produir serveis organitzades com a societats mercantils, o dotades d'uns estatuts específics que els atorguin personalitat jurídica pròpia.
3. Cal que disposin d'un conjunt complet de comptes.
4. Han de gaudir d'autonomia de decisió per a l'exercici de la seva funció principal en el marc dels seus estatuts. I, per tant:
 - 4.1. Han de ser titulars de béns i actius i tenir la capacitat dispositiva sobre aquests béns i actius.
 - 4.2. Cal que tinguin capacitat per adoptar decisions econòmiques i realitzar activitats econòmiques de les quals esdevindran directament responsables davant la llei.
 - 4.3. Han de tenir capacitat per contreure passius en nom propi, acceptar obligacions o compromisos futurs i subscriure contractes.



5. La seva activitat s'ha de finançar mitjançant tarifes a través de preus econòmicament significatius (preu de venda dels serveis $\geq$ 50% dels costos). Es compleix aquest requisit quan es presten les mateixes activitats i pels mateixos preus en concurrència amb proveïdors privats.³³

6. Com a productor públic de mercat ha d'actuar com una empresa sotmesa a la força del mercat i, per tant, haurà d'assumir les potencials conseqüències jurídiques en el supòsit d'impossibilitat de sobreviure en el marc de la legislació aplicable.

7. El control públic sobre el productor públic s'efectua per mitjà del nomenament d'administradors i donant-los instruccions, però mai no es fa intervenint sobre la gestió directa de l'entitat.

Tota l'enumeració precedent hauria de portar-nos a concloure³⁴ que si les EPIC són "productores de mercat", i no "administracions públiques",³⁵ estan excloses de consolidació de dèficit i deute públic.

Cal, creiem, substantivar normativament alguns aspectes que avui poden plantejar dubtes. En especial, cal restablir estatutàriament les plenes competències de les EPIC segades durant els darrers nou anys, i també és necessària la separació entre els potencials resultats deficitaris i l'Administració pública que exerceix la competència.

b) Característiques del model

Sota aquesta premissa plantejarem el següent model, que podríem esquematitzar així:

1. S'han de convertir/mantenir les EPIC sota la figura d'entitats mercantils o com a consorcis amb objecte social/consorcial de ser productors de mercat de serveis sanitaris. Són, en un cas, empreses privades de propietat pública i, en l'altre, consorcis administratius que fonamenten la seva activitat en el dret privat.
2. Les empreses tindran com a accionista majoritari o total la Generalitat i estaran subjectes al dret mercantil. En aquest cas, serà necessari dotar les entitats d'un capital social, el qual podrà estar constituït en metàl·lic o per aportacions no dineràries (béns immobles que caldrà desafectar patrimonialment



perquè puguin ser gravats a efectes d'endeutament per suportar el flux de tresoreria ordinari). En cas de consorcis, l'òrgan de govern tindrà la composició que determinin els seus estatuts.

3. Cal incorporar als estatuts mecanismes clars i indubtables de governança i bon govern específics per a la gestió d'una entitat empresarial/consorcial de propietat pública:³⁶

- Cal nodrir els òrgans de govern de persones compromeses amb el model, nomenades pels accionistes/propietaris amb un perfil professional (no polítics), de consellers independents, basat en capacitats i que aportin valor i prestigi al Consell (tant si és d'Administració –mercantils– com rector/govern –consorcis–). Allò ideal seria incorporar persones (no més de set) que hagin destacat en la seva trajectòria professional, acostumats a la gestió empresarial i el compromís dels quals neixi del prestigi social que doni formar part de l'òrgan de govern d'una entitat arrelada i ben gestionada. Tot i que pot requerir reconeixement retributiu, aquest hauria de consistir en dietes simbòliques taxades estatutàriament.
- El màxim executiu és un instrument de l'òrgan de govern. El Consell mana i exerceix la seva autonomia de gestió i el màxim directiu és la mà executiva de l'òrgan de govern. El Consell respon davant la propietat (el Govern de la Generalitat, majoritàriament) per mitjà dels canals que li ofereix la legislació de societats de capital o la que en cada cas s'hagi d'aplicar, o bé l'aplicable als consorcis de la Generalitat. Per això el Consell ha d'estar format per professionals de vàlua.

- S'han d'organitzar els treballs del Consell a través de la creació de comissions i altres òrgans interns (auditoria interna), amb dependència del Consell mateix i no de cap òrgan executiu. Comissions de control: a) d'auditoria interna i compliment, b) de seguiment econòmic/presupostari i d'activitat, c) de selecció, nomenament i retribucions (de consellers, directius i professionals), i d) de transparència i *e-government*, projectant a la ciutadania resultats i rendició de comptes. Aquest model de governança es podria dissenyar incloent-hi trets del model dual germànic.³⁷
4. S'ha de fomentar, a escala de sistema i mitjançant el Departament de Salut, una política d'*e-government*,^{38,39} en què la ciutadania i els agents del sistema coneguin els indicadors estructurals, assistencials, de qualitat, de finançament, i altres que garanteixin la transparència del sistema i la igualtat de tracte entre els ciutadans, els territoris i els proveïdors. Cal implantar en les EPIC l'obligatorietat de publicació electrònica d'una sèrie d'informació a l'abast de la ciutadania.
 5. Cal establir en l'àmbit dels departaments implicats (Salut, i Economia i Coneixement) els òrgans de monitoratge permanent que es considerin per exercir la funció de la propietat d'aquestes entitats determinant els supòsits excepcionals i taxats en què poden demanar al Govern la intervenció en aquestes entitats per mitjà de la substitució dels membres de l'òrgan de govern. Fora d'aquests supòsits, el Govern (propietat) hauria d'abstenir-se de participar-hi més enllà del seu paper de junta general, segons la normativa mercantil o consorcial.
 6. L'empresarialització del sector públic sanitari EPIC, que no pas privatització, haurà de comportar que els controls que s'hagin d'exercir siguin empresarials i no administratius, i, per tant, l'autonomia de gestió haurà de ser real amb responsabilitat personal dels òrgans col·legials, cercant també criteris interpretatius per tal que la llei de contractes del sector públic, en cas de ser aplicable (articles 3.1.h i 3.3.b –*a sensu contrario*– del Reial decret legislatiu 3/2011, de text refós de la Llei de contractes del sector públic), mai no ho sigui com a Administració pública, sinó, en tot cas, com a poder adjudicador. Estatutàriament, els excedents, si n'hi ha, es reinvertiran o aniran a reserves voluntàries una vegada superades les legals o els fons propis als consorcis.

7. Creiem, així mateix, que el sistema plantejat resultaria beneficiat, encara que no sigui estrictament necessari, si anés acompanyat del dret del ciutadà a accedir de forma lliure, per a totes o per a algunes patologies, al centre sanitari que considerés. Això no només afegiria competitivitat entre proveïdors que incentivaria millores en l'eficiència, sinó que també afavoriria les relacions en xarxa dels diferents proveïdors, la qual cosa comportaria millores holístiques per al sistema.

c) Reflexions sobre la proposta

Ens hem atrevit aquí a plantejar un posicionament que potser serà jutjat com a naïf o apriorísticament titllat de condemnat al fracàs perquè es té el prejudici de considerar que allò que es gestiona de forma pública és ineficient, i que ho és perquè l'aplicació de procediments poc àgils els situa en desavantatge enfront dels models empresarials. Malgrat això, hauríem de matisar que el que marca la ineficiència no és la titularitat, sinó, en tot cas, el model de gestió. De la mateixa manera, es tendeix a generalitzar que la gestió empresarial (que s'assimila erròniament a privada) és, per definició, contrària a l'interès general i menys justa o controlada que la gestió administrativa. Creiem que tots dos prejudicis són clarament falsos i que cal abandonar-los per poder efectuar una anàlisi lliure.

No mancarà alguna doctrina contrària d'entrada a aquest plantejament, que el consideri una fugida del dret administratiu⁴⁰ i defensi altres puritats. Malgrat això, en els temps actuals, en què hem vist com es trencaven principis inamovibles del dret laboral, de la funció pública, de la intervenció de l'Estat en inexplicables i vergonyosos rescats amb fons públics d'entitats financeres privades, enarborar determinades banderes de puritat, quan està en risc la sostenibilitat del sistema sanitari, és, encara que respectable, com a mínim qüestionable intel·lectualment. Potser ara és el moment de trencar paradigmes ideològics i afrontar una vegada per totes que un hospital té més trets d'empresa que de ministeri i, per tant, és absurd gestionar-lo com això últim, per més que sigui de propietat pública.

Considerem, per tant, que aquest model que plantejem trenca paradigmes.⁴¹ Tot i això, manté la propietat pública dels mitjans de producció, dota el sistema d'agilitat i autonomia de gestió, implanta dinàmiques de govern corporatiu reals, hi incorpora la societat civil des del punt de vista dels compromisos personals



dels membres dels òrgans de govern i pretén defugir dogmatismes de tota mena. Creiem que, com ja s'ha anunciat abans, seria aconsellable modificar la LOSC per actualitzar-la a aquesta nova realitat, per incorporar-la a l'ICS quan sigui possible i per blindar el sistema de manera que l'*statu quo* que ha mantingut el sistema sanitari català en una feblesa històrica es consolidi amb rang de llei i hi doni una estabilitat, de manera que es mantingui a recer dels vaivens polítics.

Conclusions

El model plantejat no és d'ortodòxia ni de complaences, però tampoc no considerem que, en la situació present de l'economia, els actuals sistemes permetin millorar l'eficiència del sistema,⁴² tan necessària en aquests moments, en què també caldria preguntar-se si la riquesa del país, ara com ara, ens permet mantenir un sistema sanitari amb el nivell de prestacions que tenim.⁴³ Ningú no dubta que el sistema sanitari català és eficient en termes €/habitant, tant enfront d'altres comunitats autònomes com per comparació a altres països de l'entorn en termes de PIB⁴⁴ o no,⁴⁵ però també hem de dir que hi ha marges de gestió encara abastables i que no podem perdre l'ocasió d'aprofitar-los. No fer-ho és una irresponsabilitat que ens obligarà a reduir despesa en aspectes de major sensibilitat per a la població.

El trencament de paradigmes forma part de la mateixa evolució de la ciència⁴⁶ i, per extensió, de les societats. Hem viscut en els darrers anys situacions que mai no podríem haver arribat a imaginar. Si la super-

vivència del sistema públic sanitari exigeix canvis normatius i l'adaptació a noves realitats, el manteniment dels paradigmes com a veritats absolutes i inqüestionables és quelcom que, com a mínim intel·lectualment, no s'hauria d'acceptar.

No és tampoc la hipòtesi plantejada una fugida del dret administratiu. En tot cas, qui la subscriu considera que el model d'administrativització en la prestació efectiva dels serveis públics sanitaris no se sustenta en cap principi de la teoria general del dret administratiu,⁴⁷ sinó en tot cas en raons històriques, per les quals l'Administració va haver d'actuar instal·lant infraestructures sanitàries a manca d'operadors *non-profit* o de mercat, però mai en el marc de voler exercir potestats administratives. Per tant, no és cap fugida del dret administratiu, sinó, en tot cas, una tornada de les institucions sanitàries al lloc d'on mai no haurien d'haver sortit, amb independència de la titularitat de la seva propietat. El que determina que el sistema sanitari és públic és el finançament de l'activitat per l'asseguradora pública, però no ho és en cap cas la titularitat del centre prestador del servei.

Un dels arguments demagògics que es plantejaran serà l'especial sensibilitat dels serveis sanitaris i els grans avantatges que té el fet que el prestador del servei sigui públic i que el model plantejat "tendeix a la privatització". Malgrat això, cap coneixedor del sistema sanitari català pot sostenir aquesta tesi si es té en compte que alguns dels més prestigiosos hospitals de Catalunya i que formen part de la Xarxa no són de propietat pública, i més encara si qui defensa aquesta posició de segur fa més de 25 anys que creu que els únics hospitals de titularitat pública de Catalunya són els de l'ICS.

Finalment, vull fer esment del fet que qui signa aquest article té la sort de poder haver escrit lliurement les tesis exposades, sense cap pressió i sense cap orientació. Per tant, si s'ha de responsabilitzar algú del contingut i dels errors és únicament l'autor. En cap cas, l'organització sanitària pública en què treballa ha participat en les reflexions que s'exposen aquí, ni tampoc es pot interpretar que les comparteix i, en conseqüència, no representen res més que la meua simple opinió personal. Aquest parer és fruit de la meua experiència professional en el sector, segurament parcial, i no s'ha deixat influenciar per cap deriva ideològica que no sigui la de creure i defensar un model sanitari de finançament públic que garanteixi l'accés universal, l'equitat i la prestació de serveis de màxima qualitat vers la població. ■

Notes

1. PLANAS MIRET, I. et al. Evolució del model de governança i gestió de les entitats participades pel Servei Català de la Salut. Servei Català de la Salut, febrer del 2010.
LAFARGA I TRAVER, J.L. "El Consorcio: un instrumento al servicio del consenso en la gestión de los servicios sanitarios. La experiencia de Cataluña". DS: Derecho y salud, 1994; vol. 2, núm. 1, pàg. 109.
DOMÍNGUEZ MARTÍN, M. Formas de gestión de la sanidad pública en España. La Ley, 2006; pàg. 368-80.
BRUNET I BERCH, L. et al. "Els consorcis: el Consorci Hospitalari del Parc Taulí (CHPT)". Fulls Econòmics del Sistema Sanitari, 1998; núm. 31, pàg. 25-8.
MANTÉ C., JOSÉ MARÍA F. Els consorcis sanitaris a Catalunya. Barcelona: CHC, 1999; informe tècnic.
2. Vegeu les notes 11, 12 i 13.
3. Modificació de l'article 12.3 i derogació dels apartats 4 i 5 de la Llei 8/2007 de l'ICS per la Llei 11/2011, de 29 de desembre, de reestructuració del sector públic per agilitar l'activitat administrativa (Òmnibus 2).
4. Mitjançant el Reial decret 1517/1981, de 8 de juliol, de traspàs de serveis de la Seguretat Social corresponents als instituts nacionals de la salut i de serveis socials.
5. Per mitjà de la Llei 12/1983, de 14 de juliol, d'administració institucional de la sanitat, l'assistència i els serveis socials de Catalunya.
6. Consorci Hospitalari de Vic. 25 anys creixent. Infocom 07, desembre del 2011.
7. CHPT. Consorci Hospitalari del Parc Taulí (1986-1996): 10 anys de servei. Memòria institucional.
8. Discurs parlamentari de presentació de la LOSC (13 de juny de 1990). Generalitat de Catalunya. Col·lecció "Quaderns de legislació", 23, setembre del 1999. Legislació sobre ordenació sanitària de Catalunya. El discurs inclou la següent expressió: "[...] la recerca de fórmules de gestió cada vegada més imaginatives –la constitució de consorcis hospitalaris en seria l'exemple paradigmàtic".
9. Sobre els antecedents normatius dels consorcis vegeu la nota 1: LAFARGA I TRAVER, J.L., pàg. 109-110.
10. Mitjançant el Decret 167/1992.
11. IAS: Institut d'Assistència Sanitària.
12. GPSS: Gestió i Prestació de Serveis de Salut.
13. GSS: Gestió de Serveis Sanitaris.
14. Diversos autors. El mite de la societat civil catalana. Barcelona METRÒPOLIS, 2008; núm. 71, pàg. 44-89.
15. Clínic: Estat, Generalitat i Ajuntament de Barcelona. Sant Pau: Generalitat, Capítol Catedralici i Ajuntament Barcelona. IMAS: Ajuntament de Barcelona i Generalitat.
16. Excepte una tímida expressió en l'apartat III de l'exposició de motius de la LOSC: "[...] avançar en la incorporació de mecanismes de gestió empresarial, adients amb el caràcter prestacional de l'Administració sanitària, no obstant la seva naturalesa pública"; o la genèrica expressió continguda en l'article 71 c) de la LOSC, que estableix que el CatSalut actua "[...] tot potenciant l'autonomia de gestió dels centres sanitaris".
17. Discurs parlamentari de presentació del projecte de llei de modificació de la LOSC (20 de setembre de 1995). Vegeu la nota 8 per saber-ne la publicació.
18. Aplicant-hi només els principis de publicitat i concurrència.
19. ORIOL BOSCH, A. Què han de fer els consells de govern? 2000, no publicat.
ORIOL BOSCH, A. Com esdevenir un millor conseller? Juliol del 1999, no publicat.
20. LORAN, C.; PEDROL, S. Anàlisi de l'evolució del preu de l'alta hospitalària i dels índexs IRR i IRE 2010. Informe 4 UCH, febrer del 2010, pàg. 5-9.
21. Luxemburg: Oficina de Publicacions Oficials de les Comunitats Europees, 2002.
22. VIA I REDONS, J.M. "La deconstrucció del modelo sanitario catalán". El País, 17 de febrer de 2012, pàg. 4.
23. Article 1.3 i 1.5 del Reglament (CE) 475/2000 del Consell, de 28 de febrer de 2000, pel qual es modifica el Reglament (CE) 3605/1993.
24. a) Posicionament del Consorci Hospitalari de Catalunya en defensa del model sanitari català, 2008, pàg. 16-8.
VILLAR ROJAS, F.J. Dictamen sobre la condició dels consorcis sanitaris i efectes de les normes SEC95 i les seves conseqüències. Universitat de La Laguna, 2008.
b) La Unió. Repensant el model sanitari català. Setembre del 2011, pàg. 16, 17, 29 i 35.
25. PÉREZ PÉREZ, J.A. "Introducción sobre la aplicación de los criterios del SEC95 a las cuentas públicas". Presupuesto y Gasto Público 54/2009, pàg. 115-126. Secretaría General de Presupuestos y Gastos. Instituto de Estudios Fiscales.
26. AMENGUAL ANTICH, J. "Una consecuencia de la Ley general de estabilidad presupuestaria: alternativas a la financiación de inversiones públicas". Presupuesto y Gasto Público 40/2005, pàg. 55-77. Secretaría General de Presupuestos y Gastos. Instituto de Estudios Fiscales. Pàg. 60.
27. Pla de salut de Catalunya 2011-2015, pàg. 9.
28. Pla de salut de Catalunya 2011-2015, pàg. 12.
29. Pla de salut de Catalunya 2011-2015, pàg. 13 i 38.
30. Vegeu la nota 14.
31. El mateix article 2 de la Llei 30/1992, de 26 de novembre, de règim jurídic de les administracions públiques i del procediment administratiu comú, una norma que hereta tota la normativa administrativa prèvia i la conjuga amb la Constitució del 1978, exclou del seu àmbit d'aplicació les entitats públiques quan no exerceixin potestats administratives. No arribem a identificar les potestats administratives que exerceix un hospital per molt públic que sigui.
32. CARRASCO CANALS, F. "El pacto de estabilidad y crecimiento en el contexto del Sistema Europeo de Cuentas (SEC95)". CLM Economía, núm. 1, 2n semestre del 2002, pàg. 180-181 (ap. 3, pàg. 179 per exclusió).
33. L'apartat I.1.5.5 del Manual del SEC95 sobre el déficit público y la deuda pública (vegeu la nota 16) estableix que "[...] sólo pueden considerarse ventas los pagos efectuados por las administraciones públicas a los hospitales públicos cuando éstos se efectúan con arreglo a un sistema de fijación de precios aplicado tanto a los hospitales públicos como a los hospitales privados".
34. De conformitat amb la norma 2.96 en relació amb la norma 2.23 de l'annex A del Reglament (CE) 2223/96 del Consell, de 25 de juny de 1996, relatiu al sistema europeu de comptes nacionals i regionals de la Comunitat, interpretat d'acord amb el manual del 2002.

35. Corroborar aquesta tesi l'apartat 2 de l'article 1 del Reglament (CE) 479/2009 del Consell, de 25 de maig de 2009, relatiu a l'aplicació del protocol sobre el procediment aplicable en cas de dèficit excessiu annex al tractat constitutiu de la Comunitat Europea quan estableix textualment: "Por 'público' se entenderá lo perteneciente al sector 'administraciones públicas' (S13) [...], con exclusión de las operaciones comerciales, según se definen en el SEC95. La exclusión de las operaciones comerciales significa que el sector 'administraciones públicas' (S13) abarca exclusivamente las unidades institucionales que producen, como función principal, servicios no mercantiles".
36. MENEU, R.; ORTÚN, V. "Transparencia y buen gobierno en sanidad. También para salir de la crisis". *Gaceta Sanitaria* 2011, vol. 25, núm. 4, pàg. 333-8. En especial, pàgina 337 (Govern de l'empresa pública).
ORTÚN V.; CALLEJÓN, M.; COLOMER, J. et al. *El buen gobierno sanitario*. Madrid: Springer, 2009.
37. Código alemán de gobierno corporativo. Regierungskommission. Juny del 2005.
38. "La manera en què els governs utilitzen les noves tecnologies per proporcionar als ciutadans un millor accés a la informació i als serveis públics, millorar la seva qualitat i donar més oportunitats per participar en els processos i en les institucions democràtiques". Traduït d'"E-government. A vision for New Zealanders", 2001.
39. Comunicació de la Comissió al Consell, al Parlament Europeu, al Comitè Econòmic i Social Europeu i al Comitè de les Regions sobre el paper de l'administració electrònica en el futur d'Europa.
40. PASCUAL GARCÍA, J. "La huida del derecho administrativo, del presupuesto y de los controles financieros por los nuevos entes del sector público". *Presupuesto y Gasto Público* 60/2010, pàg. 109-28. Secretaría General de Presupuestos y Gastos. Instituto de Estudios Fiscales.
41. VIVES, X. "El buen gobierno de las empresas públicas". IESE Business School, 2012, <blog.iese.edu> (respecte a entitats de mercat pur de propietat pública basades en els criteris de governabilitat d'OECD Principles of Corporate Governance, 2004, i d'OECD Guidelines on Corporate Governance of State-Owned Enterprises, 2005.)
42. POMÉS, X.; VIA, J.M. "Nuestra sanidad pelagra". *La Vanguardia*, 11 de març de 2012, pàg. 45.
43. COSTAS LOMBARDIA, E. "Sanar la sanidad". *El País*, 17 de maig de 2012, pàg. 33.
44. NAVARRO, V.; TORRES LÓPEZ, J.; GARZÓN ESPINOSA, A. Hay alternativas. Propuestas para crear empleo y bienestar social en España. Madrid: Ediciones Sequitur, 2011, pàg. 110-3.
45. Vegeu la nota 43.
46. KUHN, T.S. La estructura de las revoluciones científicas. Publicat per primer cop el 1962. Fondo de Cultura Económica de España, 2006.
47. Vegeu la nota 31.



Autonomia i òrgans de govern

ALBERT ORIOL BOSCH

Albert Oriol Bosch és doctor en Medicina (1961) per la Universitat de Barcelona. Actualment és president de la Fundació Educació Mèdica. La seva trajectòria ha estat molt vinculada a l'àmbit universitari i acadèmic com a catedràtic d'Endocrinologia Experimental (1971) de la Facultat de Medicina de la Universitat Complutense i de Fisiologia (1987) de la Facultat de Medicina de la Universitat Autònoma de Barcelona, i degà de la Facultat de Medicina de la Universitat Complutense (1976-1982). També ha ocupat càrrecs de diversa responsabilitat en l'Administració sanitària, com a director general del Departament de Sanitat de la Generalitat de Catalunya (1982-2004) i director de l'Institut d'Estudis de la Salut. Albert Oriol Bosch també ha estat president de societats espanyoles (de Ciències Fisiològiques i d'Endocrinologia) i europees (com ara la de degans de Medicina, AMDE).

A PARTIR DE L'ANÀLISI de la raó de ser i les funcions dels òrgans de govern de les organitzacions, es valora la seva autonomia, especialment quan hi ha conflictes d'interessos entre els diferents copropietaris. Així mateix, es considera que la bona governança passa per l'apoderament¹ del cap executiu, de manera que gaudeixi de màxima autonomia d'actuació tot gestionant dintre dels límits preestablerts i per tal que implantï una cultura institucional per atorgar poder als professionals, a fi que actuïn responsablement alineats amb l'organització tot gaudint de la màxima autonomia possible.

Introducció

A efectes d'aquesta reflexió personal, entenem per autonomia² la “capacitat per a la presa de decisions i l'actuació segons criteris propis”. Igualment, entenem per òrgan de govern d'una organització “l'ens col·legiat que n'és responsable en representació de la propietat”, que cal diferenciar clarament de l'equip de direcció encapçalat pel cap executiu, que és el “responsable de la gestió de l'organització”.

El que fa l'òrgan de govern s'anomena *governança* en la mesura en què el cap executiu diem que gestiona. Són dues funcions, govern i gestió, clarament diferenciables. La tesi d'aquesta reflexió defensa que l'autonomia de l'òrgan de govern i del cap executiu d'una organització hi confereixen valor afegit, és a dir, que governança i gestió aporten més a l'organització que la simple administració d'acord amb les normes establertes.

Aquesta reflexió es fonamenta en un seguit de conceptes que cal deixar clars de bell antuvi, com ara: què són i per a què existeixen els òrgans de govern?, què han de fer els òrgans de govern i com ho han de fer?, quina és la relació entre els òrgans de govern i els caps executius?, quins senyals avisen de les disfuncionalitats dels òrgans de govern? D'altra banda, hom considera que l'autonomia dels òrgans de govern envers els conflictes d'interessos entre la propietat de l'organització, com també el seu paper en l'apoderament de l'executiu i dels professionals de l'organització, hi aporten valor afegit.

Què són i per a què existeixen els òrgans de govern de les organitzacions?

Tota activitat humana es produeix en el marc d'organitzacions. Qualsevol tipus d'organització té tres components: a) els que fan les tasques, b) els que gestionen tot el que cal perquè les tasques es puguin fer i c) els que prenen les decisions per guiar els grups anteriors. En les organitzacions proveïdores de serveis sanitaris, el primer grup el constituïria el conjunt de professionals i el personal de la plantilla, excepte els d'administració, que juntament amb els responsables de les diferents

unitats funcionals de l'organització, són encapçalats pel cap executiu que formarien el segon grup, atès que el tercer seria l'òrgan de govern.

En la reflexió d'avui, ens centrarem en els dos darrers elements, tot i que és més que probable que la solució de la major part dels problemes sistèmics que hi ha actualment es trobi en la manca d'autonomia professional a causa de dèficits d'apoderament per part de la gestió en aquests grups. Segons Houle,³ l'òrgan de govern és “un grup organitzat de persones amb autoritat col·lectiva que promou i controla una institució dirigida per un executiu les tasques del qual són realitzades per personal qualificat”.

Ara bé, tenim present d'on emana l'autoritat que exerceixen en l'organització els seus òrgans de govern? Perquè, de fet, aquests òrgans de govern representen la institució i en són els responsables davant del món? Tota organització pertany a un(s) propietari(s). La propietat, per tal d'exercir el control sobre la seva organització, elegix o delega en un grup de persones aquesta funció: és l'òrgan de govern de la seva organització. Cal, doncs, no oblidar que els òrgans de govern són agents fiduciaris de la propietat, en quin nom actuen i de qui emana la seva autoritat.

La propietat de les organitzacions proveïdores de serveis sanitaris, de fet, és molt variada. No sempre és fàcilment visible i en alguns casos fins i tot pot arribar a ser confusa, si no jurídicament, almenys sí socialment i políticament. Això es manifesta sobretot en consorcis participats per entitats municipals i/o l'Administració estatal o la catalana, juntament amb altres institucions públiques o privades i empreses, fundacions, caixes o mútues. Si bé la propietat en uns casos està ben definida, tan jurídicament com socialment, en d'altres, quan es tracta d'entitats fiduciàries de la població general, pot ser difícil la identificació del principal (la propietat) per part del seu agent (el membre del consell de govern), i això genera dubtes respecte a qui deu fidelitat: a qui el va designar per a la funció actuant en nom de la població general, potser amb criteri partidista, o bé, i al marge que s'hagin produït canvis polítics, als interessos de la població general. És un afegit al problema d'agència, atès que el principal (propietat) delega en l'òrgan de govern el control de l'organització per a l'acompliment dels seus fins. En tot cas, cal que els membres de l'òrgan de govern tinguin ben clar de qui són agents fiduciaris últims per tal de poder exercir la seva funció coherentment.

Ara bé, si bé la tasca dels òrgans de govern defensant la visió i els interessos de la propietat no és sempre fà-

cil, especialment quan aquesta està fraccionada i hi ha conflicte d'interessos entre copropietaris, cal també tenir en compte que els òrgans de govern existeixen per una altra raó fonamental i prioritària: aconseguir que l'organització compleixi amb la seva missió de la millor manera possible. Per aconseguir complir amb la seva raó de ser, els òrgans de govern han de posar el compliment de la missió de l'organització per davant dels possibles conflictes entre els copropietaris que representen. Com que l'òrgan de govern és un ens col·legiat, que actua com un tot i parla amb una única veu, l'interès d'alguns copropietaris mai no podrà prevaler en detriment del bon funcionament de l'organització, motiu pel qual el seu representant o els seus representants no podran ser acusats d'incompliment en acceptar i/o compartir decisions col·legiades que no afavoreixin els copropietaris que representen. Aquest espai virtual entre els interessos potencialment divergents d'una propietat fraccionada i l'actuació col·legiada dels seus representants constituïts en òrgan de govern, que ha d'actuar en defensa de l'organització, és on rau l'autonomia necessària perquè els òrgans de govern puguin exercir correctament la funció que en justifica l'existència.

Per assolir els fins de l'organització, el seu òrgan de govern haurà d'atendre també, a més dels interessos de la propietat, els dels agents interessats (*stakeholders*), una qüestió sovint de gran complexitat que pot també condicionar-ne l'autonomia. En última instància, els agents amb interessos (*stakeholders*) representen també la comunitat i, per tant, indirectament, la propietat difusa ordenada per grups d'interessos.

Què han de fer els òrgans de govern i com ho han de fer?

Com a agents fiduciaris de la propietat, els òrgans de govern de les organitzacions han de vetllar tant pels seus actius com pel compliment de la missió que tenen, tot garantint la seva continuïtat. Els correspon desplegar un seguit d'obligacions que es poden agrupar en tres categories, semblants a les tres branques de poder de l'estat segons Montesquieu: funcions legislatives, funcions executives i funcions similars a la funció judicial.

Mitjançant les funcions legislatives, l'òrgan de govern manté el control de l'organització per mitjà del cap executiu. Les funcions executives de l'òrgan de go-

vern també tenen com a subjecte principal el cap executiu, encara que ell mateix també n'és objecte i, en menor mesura, tots els agents amb interessos (*stakeholders*) de la comunitat, atès que, com a màxima autoritat de l'organització, l'òrgan de govern és el darrer nivell d'apel·lació per a tots els conflictes que s'esdevinguin en l'organització.

Abans d'entrar en les funcions de l'òrgan de govern és convenient fixar alguns elements bàsics de la imbricació complexa entre la governança i la gestió, i, per tant, de la relació entre l'òrgan de govern i el cap executiu, ja que és en aquest espai on l'autonomia torna a ser un valor significatiu capaç d'aportar valor afegit.

La funció de govern i la gestió es poden diferenciar sota paràmetres variats (la planificació estratègica a llarg termini enfront del fet de tenir cura del dia a dia; la dedicació limitada amb recursos escassos enfront de la dedicació intensiva disposant de tots els recursos de l'organització; la presa de decisions col·legiada lenta i per consens, enfront del lideratge unipersonal amb presa de decisions ràpida, etc.), però en fer-ho hi ha el perill de caure en dos paranys: el de la generalització i el de la simplificació antagònica. De fet, les relacions i la distribució de funcions entre l'òrgan de govern i el cap executiu són singulars per a cada institució i fa de mal dir quin és el model d'equilibri millor en cada cas, més enllà dels resultats que se n'obtinguin. En tot cas, cal que ambdós constitueixin una associació responsable basada en la confiança i el respecte mutu. És com una relació matrimonial, en què el component dominant davant la llei, l'òrgan de govern, no pot exercir el seu domini més que com a darrer recurs i conseqüència ja d'haver permès que la relació es malbaratés. A més, les aparences fan que el cap executiu sigui visible com l'autoritat de l'organització, perquè l'òrgan de govern gairebé no té visibilitat sempre que les coses vagin bé.

Cal, doncs, tenir clar, en primer lloc, que la governança no és la gestió exercida per l'òrgan de govern, ni tampoc la inspecció i el control de l'organització per al manteniment del seu ordre. Governar sí que és establir polítiques institucionals, és a dir, construir un marc de conceptes i principis coherents i útils per afrontar les situacions que es presenten. Una política institucional comprèn des dels valors en què es basa fins a les normes que s'emeten. Les polítiques institucionals són l'expressió de l'ànima del consell que governa l'organització amb les seves creences, compromisos, valors i visions. Aquesta filosofia col·lectivament compartida per l'òrgan de govern no és el producte del seu president, ni del cap executiu, ni de cap dels mem-

bres del consell, és la filosofia de tots plegats i per a tota l'organització.

Segons Carver,⁴ els òrgans de govern, per a una bona governança, han d'organitzar els seus valors bàsics i les seves polítiques institucionals en quatre categories:

- Finalitats: la definició del que es vol assolir, per a qui i a quin cost, amb una perspectiva a llarg termini.
- Limitacions per a l'executiu: els límits del que és acceptable en l'ús dels mitjans i de com es fan les coses dona autonomia al cap executiu i al personal de l'organització i els responsabilitza per actuar dintre de l'espai que ha quedat definit en aquests límits.
- Relacions amb el cap executiu i el personal de l'organització: la definició de com es produeix la delegació d'autoritat i com s'avalua l'actuació en relació amb l'ús dels mitjans d'acord amb les polítiques establertes.
- Procés de governança: establir la filosofia pròpia, l'obligació de retre compte (*accountability*) i les especificitats de les tasques de l'òrgan de govern.

Per a la construcció de les polítiques institucionals cal progressar a partir dels principis més bàsics i els valors fonamentals cap a les normes més detallades i concretes sense fer salts, de manera que les decisions més petites han de derivar-se i encabir-se en les més àmplies. L'òrgan de govern ha d'anar detallant les polítiques fins on cregui convenient, i a partir d'aquest punt delegarà la seva interpretació al cap executiu. En fer-ho, no tan sols li atorga poders per a l'acció, sinó també el porta a actuar. De fet, l'apoderament del cap executiu, dins de les finalitats definides i dels límits establerts, és de total autonomia.

El per a què, és a dir, la finalitat d'una organització, és la seva raó de ser i cal que el seu òrgan de govern afini en la seva definició, perquè pugui prioritzar adequadament l'ús del temps i de les energies limitades de què disposa. Per conceptualitzar bé les finalitats de l'organització, cal enfocar l'atenció en els resultats (*outcomes*), en el que es vol aconseguir com a retorn de la despesa, i a qui s'adreça l'organització. Això vol dir concentrar-se en la raó de ser de l'organització i no quedar encallats en les qüestions pressupostàries, de personal, de programes o d'estructures.

La distinció entre fins i mitjans capacita l'òrgan de govern per alliberar-se dels elements trivials i el porta cap a un apoderament clar, que fa que centri la seva atenció en els temes importants, que són els de les finalitats. Malgrat tot, però, l'òrgan de govern pot

estar raonablement preocupat per altres assumptes, per exemple com es van fent les coses o com s'empren els mitjans disponibles. Per això cal que estableixi polítiques sobre els mitjans, que han de tenir caràcter restrictiu, definint els límits del que es considera tolerable per a l'assoliment dels fins institucionals, atès que és el responsable últim del comportament de l'organització, tot evitant entrar en els detalls de com ha d'actuar el personal professional que depèn del cap executiu. Aquest espai de llibertat dins dels límits del que hagi definit com a intolerable o inacceptable és on es desplega l'autonomia dels professionals sota el comandament del cap executiu. Aquestes polítiques restrictives sobre els mitjans han de tenir dues característiques: d'una banda, han de ser exhaustives respecte a les accions i situacions inacceptables, i, de l'altra, les prohibicions cal que siguin prou explícites per no deixar ambigüitats interpretatives. Així, doncs, l'òrgan de govern no podrà exigir responsabilitats sobre allò que no hagi prohibit explícitament, de manera que, al cap i a la fi, les polítiques sobre els mitjans són també una xarxa de seguretat per al cap executiu i el personal de l'organització.

A més del fet que l'òrgan de govern ha de dissenyar els seus propis processos per complir amb les seves funcions, té una altra funció cabdal: la d'establir els vincles



amb el cap executiu de manera que l'apoderament que estableixi sigui real i segur per al bon funcionament de l'organització en el compliment de la seva missió.

La bona praxi i les disfuncions en els òrgans de govern

El bon funcionament dels òrgans de govern de les organitzacions passa per l'explicitació de les polítiques institucionals a fi de garantir el compliment de la missió de l'organització (finalitats) i d'assegurar que l'actuació i els objectius estiguin ben enfocats en la missió. També passa per aprovar i revisar periòdicament les estratègies a llarg termini i el compliment de les directrius limitadores respecte als procediments i l'ús dels recursos per part de la direcció i dels equips professionals. És cabdal que l'òrgan de govern treballi de forma cooperativa i interactiva amb el cap executiu (direcció) i a través seu amb els professionals de l'organització. Aquest treball cooperatiu demana una molt bona entesa entre tots dos que no és gens fàcil d'assolir, especialment perquè l'òrgan de govern és la instància d'arbitratge dels conflictes generats per les decisions de la direcció i de supervisió del compliment de les responsabilitats ètiques i legals. Garantir la gestió adequada del recursos financers exigeix afrontar els pressupostos amb coratge, les subvencions amb dubtes, els dèficits amb consternació i els excedents amb rapidesa. Assegurar l'arrelament institucional a la seva comunitat requereix tenir-la ben identificada en el seu conjunt i molt especialment als agents socials (*stakeholders*) més importants. Generalment, no es té en compte que una funció essencial dels òrgans de govern és tenir cura d'ells mateixos, de la seva composició, representativitat, continuïtat i renovació, i de com treballen, com funcionen les seves reunions, com prioritzen els temes que tracten, com avaluen els seus membres i el conjunt com a ens col·legiat, i com es comuniquen amb l'organització i amb el seu entorn, etc.

Saber el que un òrgan ha de fer i com ho ha de fer per fer-ho bé no és una qüestió banal, a la qual sigui fàcil de donar-hi resposta. De fet, hi ha un gran nombre d'òrgans de govern poc operatius, per no dir disfuncionals, sense que en siguin plenament conscients. Les disfuncionalitats poden ser resultat d'una composició desequilibrada, del fet d'emprar procediments de treball ineficients, de l'establiment de relacions inade-

quades amb la direcció o amb la comunitat i els agents interessats, amb l'expressió de conductes i posicionaments col·legiats com el dèficit de perspectiva social, la senilitat, el nepotisme, el sectarisme, el conflicte d'interessos, les dificultats amb el cap executiu, la inèrcia rutinària, etc.

Abans que un òrgan de govern arribi a una disfuncionalitat evident és bo detectar-ne els senyals premonitoris per restaurar la seva capacitat d'exercir les seves responsabilitats a temps. Tokarski⁵ assenyala alguns trets que avisen del moment en què l'òrgan de govern incuba una malaltia greu:

- El consell no està disposat a discutir en plenari afers potencialment conflictius i els seus membres ho fan en cercles privats.
- El consell busca informació addicional i segones opinions sense la participació del director executiu.
- El consell dedica més temps a comentar com eren les coses abans que a planificar el futur.
- Les ordres del dia de les reunions del consell són sempre idèntiques.
- No s'aconsegueix el compromís dels professionals amb l'organització.
- S'abusa de l'ús de les assessories externes.

Fraguas⁶ analitza les malalties dels òrgans de govern i les diferencia segons corresponguin a consells actius o passius. Els consells actius poden emmalaltir per ignorància o localisme. El consell actiu ignorant és el que desconeix les seves funcions i responsabilitats i, per tant, com més actiu més pot equivocar-se. Per regla general, és compost per membres amb visió a curt termini que no coneixen el sector en què es mou l'organització. El consell actiu malalt de localisme aparentment ho fa tot bé, però amb perspectives de baixa volada, tant pel que fa al temps com a l'espai, i acaba malbaratant els seus avantatges competitiu.

Les malalties dels consells passius són: legalisme, partidisme, incompetència i ganduleria. El consell malalt de legalisme es limita a comprovar, abans d'aprovar el que se li presenta, si els procediments són correctes, és a dir, si es fan les coses com cal, i no es preocupa de si es fa el que cal fer. En la seva composició hi dominen jubilats anticipats, il·lustres i lleials a l'autoritat que els ha designat i que afavoreixen la concentració de poder en l'eix president del consell-cap executiu.

En els consells partidistes o sectaris, hi dominen els membres amb forts interessos individuals i/o grupals, de manera que si no estan alineats no els és possible

arribar a cap acord per consens, i si ho estan poden anar contra els interessos de la mateixa organització.

Els consells incompetents es paralitzen i ja els sembla bé no prendre decisions, igual que els consells ganduls. Ambdós deixen via lliure al director executiu perquè els substitueixi en les seves responsabilitats institucionals.

Consideracions relacionades amb l'autonomia dels òrgans de govern envers l'exterior i l'interior de les organitzacions

Amb aquest concentrat conceptual hem pretès emmarcar el principi d'autonomia en les organitzacions en tres nivells, que afecten i depenen directament o indirectament de l'òrgan de govern. El primer nivell és el que podríem anomenar extern, és a dir, l'autonomia de l'ens col·legiat envers la propietat de la qual els seus membres són agents fiduciaris. Aquesta autonomia només es posa a prova quan es presenten conflictes d'interessos. Si són totals entre una propietat unànime i l'organització, i a falta de contrapesos comunitaris prou potents, la voluntat de la propietat ha de prevaler. Si hi ha conflicte d'interessos en una propietat fraccionada, els interessos legítims de l'organització han de prevaler, de manera que l'òrgan de govern exhibirà plenament la seva autonomia. Sovint hi ha una part poderosa de la propietat, generalment una administració, que imposa la seva visió, cas en el qual es mostra la feblesa de l'autonomia real de l'òrgan de govern de la institució. Si això es repeteix i la força dominant s'imposa de forma prou evident, el perill que l'òrgan de govern esdevingui inactiu gandul i que deixi les seves responsabilitats al cap executiu és evident, especialment si aquest és imposat pel propietari dominant. Són situacions conegudes que mereixen ser tingudes en compte per tal d'evitar que es repeteixin, si és que es vol disposar d'òrgans de govern que aportin valor afegit amb la seva feina en l'assumpció de responsabilitats institucionals.

El segon nivell d'aplicació del principi d'autonomia es presenta entre l'òrgan de govern i el cap executiu de l'organització. Si el consell és conscient i valora plenament el principi d'autonomia per al seu exercici de responsabilitat institucional veurà els avantatges de respectar aquest principi en les relacions amb la direcció i fomentarà que aquesta hi afegeixi valor aportant

creativitat en l'exercici de les seves responsabilitats. Ja hem esmentat com es facilita l'apoderament del qual resulta l'autonomia: posant ben clar el que es vol assolir i com no és acceptable assolir-ho. Si es fa el contrari, és a dir, si hom és ambigu en els fins i detallista en els procediments, només s'assolirà un acompliment curós del com, sense generar interès en la possible millora de la qualitat ni per cercar solucions noves que donin millors resultats al per a què de la institució.

Finalment, el tercer nivell és el que relaciona la direcció executiva amb els professionals de l'organització. El cap executiu que gaudeixi d'un òrgan de govern capaç de fixar de forma clara i explícita el que espera que sigui assolit, per a qui i a quin cost s'ha d'assolir, i que fixi sense ambigüitats el que no es tolerarà per aconseguir-ho, estarà en millors condicions per aplicar aquests principis entre els professionals de l'organització. La responsabilització creativa que confereix aquest poderament al llarg de tota l'organització neix de l'òrgan de govern capaç d'apreciar, defensar i conrear el principi d'autonomia i transportar-lo a tots els nivells amb l'apoderament. ■

Notes

1. Apoderament és el terme que fem com a equivalent d'*empowerment*, la definició del qual al BusinessDictionary.com és "a management practice of sharing information, rewards, and power with employees so that they can take initiative and make decisions to solve problems and improve service and performance. Empowerment is based on the idea that giving employees skills, resources, authority, opportunity, motivation, as well holding them responsible and accountable for outcomes of their actions, will contribute to their competence and satisfaction".
2. El Diccionari de la llengua catalana de l'Institut d'Estudis Catalans defineix autonomia com la "capacitat de governar-se per les pròpies lleis", mentre que el Diccionario de la lengua española de la Real Academia Española ho fa en els termes següents: "condición del individuo que de nadie depende en ciertos aspectos". El Webster's Encyclopedic Unabridged Dictionary en dona la definició següent: "independence or freedom, as of the will, one's actions, etc.".
3. HOULE, CO. Governing Boards: their nature and nurture. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1995.
4. CARVER, J.; MAYHEW CARVER, M. Basic Principles of Policy Governance. Carver Guide 1, Jossey-Bass Publishers, 1996.
5. TOKARSKI, E. Board Distress. Health Care Executive, 1996; 11: 6.
6. FRAGUAS, R, citat per ORIOL, A., a El govern de les organitzacions. 1998. [Accés el 24 de juliol de 2012.] Disponible a: http://www.fundaciocperc.net/criteris/assets/1_EL_GOVERN_DE_LES_ORGANITZACIONS.pdf.

Empreses públiques i consorcis sanitaris: la trista imatge d'una Administració rovellada

JOSEP MARIA VIA

Josep Maria Via és doctor en Medicina, màster en Gestió de Serveis Sanitaris i diplomat en Gestió Hospitalària. Va ser director de l'Institut Català de la Salut i del Servei Català de la Salut (1984-1994). Durant aquesta etapa, la seva contribució va ser decisiva en la creació del model sanitari català. Entre el 1997 i el 2000 va ser secretari del Govern i de Relacions amb el Parlament de Catalunya, període en el qual va treballar per crear una Administració moderna i ben diferent del model actual. Ha fet de consultor de governs i empreses privades del sector salut en països d'Europa, Amèrica i Àfrica. Així mateix, ha estat professor a EADA, a la Universitat de Mont-real, a ESADE i a la UOC. Actualment és membre de diversos consells d'administració, desenvolupa serveis de consultoria i *coaching*, és membre del Consell Assessor per a la Sostenibilitat i el Progrés del Sistema Sanitari de la Generalitat de Catalunya i presideix el Consell Recor del Parc de Salut MAR de Barcelona.

QUAN ELS MITJANS I ELS INTERESSOS PREVALEN SOBRE ELS

OBJECTIUS. Qualsevol opinió que es pugui emetre sobre les empreses públiques i consorcis (EPIC) o qualsevol fórmula jurídica, procediment administratiu o manera d'organitzar l'estructura i el funcionament del sistema sanitari només hauria de prendre en consideració la raó de ser del sistema mateix: contribuir a la millora de l'estat de salut de la població.

Més enllà del que es deriva de les definicions de salut i dels aspectes preventius i de salut pública, el sistema sanitari persegueix que cada persona, en cada moment, segons la seva problemàtica, sigui atesa en el recurs més adequat, òptim i eficient. Això implica moltes coses, però ara em referiré a una que em permet apropar-me a l'anàlisi de la (in)coherència organitzativa actual del sistema sanitari en general i de les EPIC en particular. Fer realitat l'adequació del dispositiu assistencial a les

necessitats de les persones passa per adoptar decisions difícils com, per exemple, la reconversió hospitalària, la disminució del nombre d'hospitals tal com els concebem avui, per tal de transformar-los en altres tipus de dispositius i solucions assistencials. Aquest procés, potser el principal repte sanitari i de retruc econòmic per la flexibilitat i mobilitat laboral que comporta, és difícilment realitzable mentre el sector sanitari públic tingui la consideració de sector públic de la Generalitat. La Generalitat va tenir una oportunitat única de construir una Administració moderna i exemplar. En lloc d'això va mimetitzar la pitjor versió de l'Administració ibèrica, i va esdevenir una estructura anacrònica que, cada dia més, demonitza l'ús dels instruments propis de la gestió empresarial, malgrat ser els únics que poden permetre assolir l'eficiència necessària en el sistema sanitari. Més encara en temps de crisi.

A això cal afegir-hi que avui hi ha interessos diversos –no sempre clars i confessables– que no tenen res a veure ni amb la qualitat assistencial ni amb les necessitats dels pacients i que esdevenen incompatibles amb el fet de poder gestionar; ens trobem davant de propostes d'administrativització del sector públic empresarial de la Generalitat, on coincideixen des d'algun ministre conservador fins a partits d'esquerra, sindicats autoanomenats “de classe”, alts funcionaris i un determinat sector de la premsa.

De la XHUP pensada per perfeccionar el model ICS, a les EPIC com a instrument per transformar la XHUP en un gran i únic ICS

El model sanitari català, concebut durant les dècades dels vuitanta i noranta del segle passat, considerava que l'INP/INSALUD, rebatejat com a ICS (Institut Català de la Salut) a Catalunya, no era ni òptim ni adequat per assumir, de la millor manera possible, la prestació de serveis medicoassistencials als ciutadans. Per contra, el model concertat, fonamentalment per la capacitat de gestió que ofería en termes econòmics, de recursos humans i d'organització de la prestació, sí que ho era. Com a conseqüència d'això, la decisió tècnica i política va ser la de congelar, reduir i minimitzar l'ICS amb l'objectiu final de transformar-lo i equiparar-lo amb el dispositiu sanitari concertat.

Per aquest motiu es va optar per la creació de la XHUP, amb aquesta idea de tendir a l'equiparació dels centres de l'ICS amb els concertats. Però en els últims anys s'ha fet el contrari, i s'ha traslladat el model de control i d'administració de l'ICS a les EPIC.

Això s'ha argumentat fonamentalment al·ludint a la necessitat de controlar el dèficit públic, de combatre la corrupció, i contraposant, per part de l'Administració,

La maquinària administrativa de la Generalitat s'ha convertit en l'enemic número 1 a l'hora d'aconseguir els resultats que la mateixa Generalitat demana.

la titularitat patrimonial dels mitjans de producció a l'autonomia de gestió.

Pel que fa al control del dèficit, les tècniques administratives mai no han mostrat una capacitat superior a les de la gestió empresarial. Mai en la història, mai en cap exercici, els resultats de l'ICS, un sistema públic/públic, han estat millors que els del sector concertat.

No fa gaire, el mateix Departament de Salut assenyala que la productivitat estandarditzada per facultatiu superava, en el cas dels centres concertats, entre el 10 i el 15% la dels centres de l'ICS i que el cost en aquest últim cas era un 6% superior. És igual. Això s'ignora. Com s'ignora que el dèficit més gran de la història del sistema sanitari català va coincidir amb la major

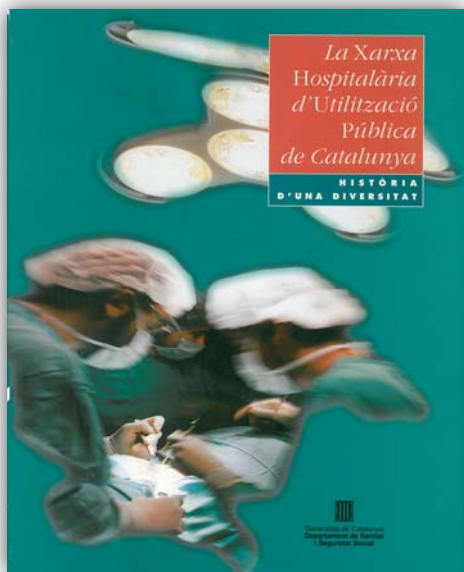
ofensiva intervencionista de la Generalitat: la despesa liquidada respecte de la presupostada el 2010 per al Departament de Salut es va desviar en 850 milions d'euros, aproximadament. Això malgrat que entre el 2006 i el 2010 la Generalitat va incrementar en un 23% el pressupost de Salut, mentre que en el mateix període el creixement del PIB català no va superar el 6,8%.

D'altra banda, darrerament, el dia 13 de juliol, el Departament de Salut va fer públiques les dades de la Central de Resultats. Malgrat que allà es fa prou evident tant la superioritat del model concertat sobre el vetust ICS com, dintre del model concertat, els millors resultats de les entitats privades sense ànim de lucre sobre les EPIC, cap mitjà de comunicació ni cap periodista dels que s'han dedicat últimament a assimilar el model sanitari català i l'autonomia de gestió a la corrupció, cap ni un d'aquests, va publicar res de res sobre això. Els resultats

presentats per la Generalitat feien evident que com més autonomia de gestió i menys sistemes de control administratiu, millors resultats de gestió.

Mai en la història, mai en cap exercici, els resultats de l'ICS, un sistema públic/públic, han estat millors que els del sector concertat.

L'informe de la Central de Resultats presenta les dades sota cinc dimensions. En la d'atenció centrada en el pacient, no s'observen diferències entre els hospitals de l'ICS i la resta, però pel que fa a l'efectivitat, ja comencen a entreveure's diferències significatives. Els grans hospitals de l'ICS presenten una major mortali-



tat per fractura de coll de fèmur i dupliquen el percentatge mitjà de complicacions mèdiques i quirúrgiques. Si mirem les infeccions nosocomials, el percentatge de prevalença en els grans hospitals de l'ICS quasi duplica la mitjana general. Addicionalment, no hi ha cap indicador en què els hospitals de l'ICS millorin la mitjana del sistema sanitari català. Quant a eficiència, tots els hospitals de l'ICS superen la mitjana catalana pel que fa a hospitalitzacions evitables i cap no arriba a la mitjana de substitució de cirurgia major ambulatoria.

Fins ara les dimensions anteriors, ja negatives per si mateixes, poden ser considerades el numerador d'un quocient mancat

del denominador: la rendibilitat econòmica dels recursos emprats. Quan hi incorporem aquest denominador, la diferència en detriment dels hospitals de l'ICS per comparació a la resta és extrema. Si la mitjana de la rendibilitat dels ingressos d'explotació és del -2,4%, els hospitals de l'ICS es mouen entre el -8% i el -12,6%.

És a dir, de cada 100 euros de diner públic ingressat, els hospitals de l'ICS poden arribar a generar quasi 13 euros de pèrdua.

Si considerem el rendiment tret dels actius en el sistema, se situa en el -6,3%. Els hospitals de l'ICS assoleixen valors negatius que sobrepassen el -20% en tots els casos, i en els hospitals més grans s'arriba al -40%. És a dir, el rendiment dels actius –de les inversions en edificis i en tecnologia– en el cas dels hospitals de l'ICS és entre un 20 i un 40% inferior a la mitjana del sistema sanitari català. Si detraïem de la mitjana l'impacte dels mateixos hospitals de l'ICS, el resultat es dispara fins a valors difícilment comprensibles i encara menys justificables.

Pot haver-hi qui encara digui que no es pot parlar de relació causa-efecte entre més intervencionisme administratiu que mai i més dèficit que mai, però aquesta “coincidència” es va donar en la passada legislatura.

Informar amb rigor passaria per analitzar aquestes dades i fer conèixer aquests resultats. En lloc d'això, els mitjans o bé callen o, pitjor, sense cap tipus de rigor, di-

fonen suposats casos de corrupció en el sistema sanitari –ara com ara cap cas ha estat condemnat, ni tan sols jutjat– i estableixen, en aquest cas sí, amb total impunitat, una relació causa-efecte entre autonomia de gestió

i corrupció. Lamento que cap veu institucional s'hagi aixecat en defensa del model sanitari català i en contra d'aquesta perversa i lamentable “política (des)informativa”.

La corrupció no ve determinada pel caràcter públic o privat dels proveïdors sanitaris, ni pel fet de ser funcionari o no ser-ho a l'hora d'exercir-ne el control.

El que és essencial és l'escala de valors de cada societat, en la mesura que els valors determinen les actituds i aquestes, els comportaments.

La crisi econòmica que patim és el resultat d'una crisi de valors, més acusada en uns països que en uns altres. La situació de Grècia, Portugal, Irlanda i Espanya no és casual. La corrupció en aquests països, tant en el sector públic com en el privat, és més elevada que en els sectors públics i privats de, per exemple, Noruega.

Els mètodes administratius no són superiors als de la gestió empresarial per evitar la corrupció. En canvi, són del tot inadequats per gestionar la sanitat amb eficiència. No es tracta evidentment de qüestionar-ne el control, però sí de rebutjar sense atenuants com es fa: la comptabilitat pressupostària, els mètodes d'auditoria de la Intervenció General, les regles aplicables al personal estatutari i funcionari i el gros del procediment administratiu, a més de no ser més eficaços que els mecanismes de control de la gestió privada, van en detriment de la gestió empresarial, la qualitat i l'eficiència en el servei.

El sistema sanitari català paga molt car el cas Palau de la Música. Alguns alts funcionaris de la Generalitat, conscients que la classe política, ja prou desprestigiada, no gosaria oposar-se a cap mecanisme de control addicional que es proposés per nefast que fos, van aconseguir que el Parlament de Catalunya aprovés per unanimitat la Llei 26/2009 de modificació de la Llei de finances públiques de Catalunya.

De cada 100 euros de diner públic ingressat, els hospitals de l'ICS poden arribar a generar quasi 13 euros de pèrdua.

El rendiment dels actius –de les inversions en edificis i en tecnologia– en el cas dels hospitals de l'ICS és entre un 20 i un 40% inferior a la mitjana del sistema sanitari català.

Lamento que cap veu institucional s'hagi aixecat en defensa del model sanitari català i en contra d'aquesta perversa i lamentable “política (des)informativa”.

D'aquesta manera, l'aleshores interventor general de la Generalitat va elevar a rang de llei les facultats de control de la Intervenció, fins llavors només "disposicions reglamentàries menors". Amb això, l'única cosa que s'ha aconseguit ha estat limitar les facultats dels òrgans de govern de les EPIC i augmentar els mecanismes de control burocràtic, i això ha laminat l'autonomia de gestió del sector públic empresarial i n'ha empitjorat els resultats. Lògic en la mesura que els mecanismes de control propis de l'Administració incideixen en els procediments, però ignoren els resultats, com ignoren que ja la Llei general de sanitat del 1986 i la Llei d'ordenació sanitària de Catalunya (LOSC) del 1990 van establir l'autonomia com un dels principis de gestió dels centres del sistema públic de salut.

Pel que fa al fet que si l'Administració ha d'assumir el risc d'una hipotètica mala gestió dels recursos públics ha de poder demanar responsabilitats, és evident que sí, però això no pot ser justificatiu en cap cas de la burocratització de la sanitat. Aquesta lògica hauria de dur a externalitzar el risc, o a vincular l'autonomia de gestió amb l'assoliment de l'equilibri econòmic com es va fer en la Llei de mesures fiscals i financeres del 2011.

El cert és, però, que avui les EPIC, les fórmules jurídiques escollides al seu moment pel Departament de Salut de la Generalitat per finançar noves estructures, dotades d'autonomia de gestió, s'assemblen cada dia més a l'ICS pel que fa a com són administrades i controlades per la Generalitat.

I en la mesura que el model ICS s'engrandeix i es consolida, es fa menys atractiva per al mercat l'externalització del risc, perquè pretendre que el sector privat hagi d'assumir els privilegis del personal estatutari de l'ICS només és concebible des de la manca total i absoluta del més mínim seny. Quina empresa privada assumiria la gestió a risc amb aquest panorama laboral?

Mentrestant és raonable que, en primer lloc, es garanteixi l'aplicació de l'article 68 i següents de la Llei de mesures fiscals i financeres del 2011 (tot i que cal tenir en compte que algun interventor adscrit al sector salut ja ha comentat a alguns gerents del sistema l'escassa predisposició a fer-ho) i s'aposti per unes EPIC dota-

des d'autonomia i d'instruments de gestió empresarial, allunyades de la gestió administrativa i amb òrgans de govern forts, autònoms i responsables, formats per consellers reputats, independents i, per tant, sense vinculació laboral amb l'Administració.

Els buits de poder polític no existeixen, algú els empena

Pretendre que el sector privat hagi d'assumir els privilegis del personal estatutari de l'ICS només és concebible des de la manca total i absoluta del més mínim seny.

Durant els anys de govern tripartit, la desconfiança entre els partits que formaven el Govern va comportar dificultats i tensions internes que en algun moment, especialment durant el segon tripartit, es van traduir en buits de poder polític. Però el poder sempre l'exerceix algú. I en aquest cas alguns alts funcionaris van ocupar un espai que normalment hauria correspost a l'Executiu: l'espai de decisió política.

A finals de juny, en una conferència a ESADE vaig manifestar que la classificació d'empreses públiques i consorcis sanitaris com a Administració pública per l'aplicació de la normativa del sistema europeu de comptabilitat, SEC95, em va fer pensar que determinats

alts funcionaris de la Generalitat havien guanyat la partida als polítics. Les normes SEC es diuen 95 perquè existeixen des del 1995.

No va ser fins al 2005 que, sense que variés el marc normatiu, l'interventor general de la Generalitat va incloure les EPIC en la llista d'institucions que havien de ser considerades Administració pública. I, a més, ho va fer en la pitjor de les interpretacions jurídiques possibles per al desenvolupament del model sanitari català.

Posteriorment algú m'ha indicat que la directriu va venir de Madrid. Aquest Madrid no sé si es referia al Govern de l'Estat o als organismes administratius espanyols encarregats d'aquesta funció. En tot cas, el resultat, en la mesura que va obrir la porta a incrementar el poder intervencionista dels buròcrates de la Generalitat, va ser estendre el model administratiu de l'ICS a les EPIC. El tsunami de lleis, decrets, ordres, instruccions i acords de govern adoptats a instàncies de la Intervenció General de la Generalitat, la Direcció

Els buits de poder derivats de les tensions internes del tripartit van ser ocupats per alguns alts funcionaris de la Generalitat, que van assumir *de facto* la decisió política.

General de Pressupostos i la Secretaria General de la Funció Pública va comportar l'inici del desmantellament del model sanitari català.

Destaco d'aquella època un treball signat, entre d'altres, per l'aleshores interventor general i director general de Pressupostos de la Generalitat, que proposava la integració de consorcis i empreses públiques a l'ICS i feia desaparèixer el Servei Català de la Salut.

És a dir, com qui no vol la cosa, modificava les bases del model sanitari català i promovia l'ampliació i la consolidació de l'ICS, i acabava de facto amb la separació de funcions. Aquesta posició, que repeteixo, és política, és ideològica, va prosperar no sé si amb el consentiment o el desconeixement del Govern de la Generalitat. No ho sé, però dubto molt que el Govern abonés una decisió que significava que, de cara a la UE, el deute de les empreses públiques i consorcis sanitaris de la Generalitat, pel fet d'incloure'ls en la normativa del SEC95, passava a engruixir el deute públic de la Generalitat i, per tant, d'Espanya.

El cas és que el model sanitari mixt, basat en la col·laboració publicoprivada, ha quedat desvirtuat per l'estatalització d'estructures privades, amb la consegüent pèrdua d'eficiència. Els òrgans de govern de les institucions sanitàries han vist com el lideratge de la societat civil ha anat minvant en favor del personal de l'Administració. A poc a poc, les funcions de govern dels òrgans rectors han estat substituïdes per la programació pressupostària i la integració administrativa.

Les conseqüències han estat i són greus. L'obsessió que hi ha pel seguiment de les normes pressupostàries té una enorme responsabilitat en el dèficit públic que patim.

I això és així perquè la comptabilitat pressupostària sap controlar despeses, però no sap gestionar ingressos i avaluar resultats.

A més, la comptabilitat pressupostària ha transformat el contracte de serveis entre el CatSalut i els proveïdors en paper mullat. Aquell contracte que havia de

regular les relacions entre comprador i proveïdor, que havia de determinar el pressupost anual dels centres segons l'activitat i la tarifa acordades i que, alerta, havia de garantir la translació de la política sanitària al sistema, fer operatiu el pla de salut i el mapa sanitari, aquell contracte peça clau del model avui ha quedat desvirtuat per un pressupost que es decideix per criteris administratius. Ni de salut, ni d'eficiència, administratius.

Com a president del Consell Rector d'un consorci sanitari, penso que el sistema perd una gran oportunitat quan no s'aprofita la vàlua, l'experiència i l'alt nivell dels seus membres –a més, en el nostre cas, de la independència de tots ells del comprador de serveis– per aportar valor a la confecció del pressupost i aprovar-lo. Aquests consellers veuen la seva funció reduïda a la mera sanció d'un pressupost administratiu predeterminat externament a la nostra institució per funcionaris que o no són especialistes en salut o desconeixen la nostra realitat.

Podria continuar posant de manifest tota mena de restriccions a l'autonomia de gestió i la governança: limitació de la capacitat d'endeutament a curt i a llarg termini, sotmetiment *de facto* a tot un conjunt de condicionaments que afecten la gestió de les entitats, ja sigui a través d'instruccions sobre procediments comptables, de gestió, sobre relacions laborals, contractació de proveïdors o procediments de compra, etc.

Acabo aquest apartat amb un tema que no és menor. Qualsevol persona que accepti formar part d'un consell d'administració o òrgan de govern sap que assumeix responsabilitats i que ha de retre comptes. Potser no tothom sap, però, que la inadequació del marc administratiu a l'empresa sanitària comporta situacions de risc absurdes, que poden acabar essent dramàtiques. Quan –i això ha passat– en algun informe d'intervenció s'ha arribat a escriure que el pagament –totalment justificat– de guàrdies mèdiques podia constituir una possible malversació de fons públics, aquests informes

El tsunami de lleis, decrets, ordres, instruccions i acords de govern adoptats a instàncies de la Intervenció General de la Generalitat, la Direcció General de Pressupostos i la Secretaria General de la Funció Pública va comportar l'inici del desmantellament del model sanitari català.

Les conseqüències han estat i són greus. L'obsessió que hi ha pel seguiment de les normes pressupostàries té una enorme responsabilitat en el dèficit públic que patim perquè la comptabilitat pressupostària sap controlar despeses, però no sap gestionar ingressos i avaluar resultats.

passen a la Sindicatura de Comptes de la Generalitat i eventualment al Tribunal de Cuentas i eventualment a la justícia.

Què cal fer?

Retrocedir en el que s'ha fet fins ara i tornar al model sanitari català. El poder polític l'ha d'exercir el Govern. I això no serà possible sense modificacions normatives. No m'estendré a exposar una llista exhaustiva de reformes i derogacions de normes de diferent rang que cal dur a terme.

Ja al seu moment, la Unió Catalana d'Hospitals (com el Consorci Sanitari i Social de Catalunya i altres persones i institucions), prenent com a base informes d'especialistes de prestigi en el camp del Dret Administratiu, va assenyalar que calia modificar la categorització de les empreses públiques i consorcis sanitaris a efectes de la normativa del SEC95, ja que el reglament europeu de dèficit excessiu estableix que "per públic s'entendrà allò que pertany al sector de les administracions públiques [...] amb EXCLUSIÓ de les operacions comercials segons es defineixen al SEC95".

És clar, doncs, que una entitat no financera –les EPIC no són financeres– participada majoritàriament per una Administració pública –les EPIC ho estan– no serà considerada com a Administració, sempre que les seves vendes cobreixin com a mínim el 50% dels seus costos de producció. És a dir, en la mesura que les EPIC obtenen els ingressos de les seves vendes que cobren a tarifa de mercat, aquestes vendes cobreixen molt més del 50% dels seus costos i, per tant, no han de ser conside-

rades Administració pública a efectes de consolidació dels seus dèficits i haurien de ser excloses de la modalitat en què l'anterior interventor general de la Generalitat va proposar que s'incloguessin, seguint el SEC95.

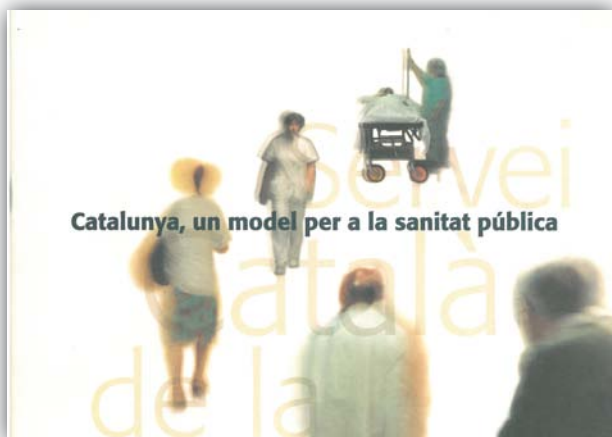
És evident que la desconfiança que provoca Espanya al món fa difícil justificar que se sol·liciti que entitats que ja s'ha tingut el desencert de declarar que computen pel dèficit públic ara en siguin excloses. I més quan el ministre del ram és un funcionari de carrera que ja s'ha manifestat contra l'autonomia de gestió en el sector públic. Però el Govern actual ho hauria de fer, si més no pel compromís electoral que van adquirir els partits que en formen part quan es van presentar a les eleccions al Parlament de Catalunya l'any 2010.

Sota el títol "Sostenibilitat i millora de gestió del sistema sanitari" el programa esmentat proposa:

- La contractació i l'avaluació dels serveis recaurà en el Servei Català de la Salut i la provisió dels serveis correspondrà a les entitats titulars dels centres i serveis, siguin públiques o privades, en condicions equíparables de competència.
- Potenciarem la col·laboració publicoprivada en matèria sanitària mitjançant la configuració d'una xarxa de recursos al servei del ciutadà amb indiferència de la seva titularitat patrimonial.
- Dotarem els ens públics sotmesos a dret privat i els consorcis amb participació pública dels mateixos mecanismes, flexibilitat i elements de gestió de què disposen la resta d'entitats que operen en el conjunt de la xarxa.

Programa electoral de CiU: Dotarem els ens públics sotmesos a dret privat i els consorcis amb participació pública dels mateixos mecanismes, flexibilitat i elements de gestió de què disposen la resta d'entitats que operen en el conjunt de la xarxa.

La Generalitat hauria de tenir en compte que la llista del SEC95 es revisa cada cinc anys i que la pròxima revisió és el 2013; per tant, l'any vinent pot sol·licitar exclore'n les EPIC.



Un canvi transcendent en la tendència dels darrers anys és perceptible en la Llei de mesures fiscals i financeres del juliol passat, on s'aprofundeix en el règim d'autonomia de gestió amb la plena capacitat de decisió de les EPIC. La llei és clara. S'evidencia una clara opció legislativa per desvincular les entitats públiques del sector de la salut del règim general de control econòmic



i financer de la Intervenció General de la Generalitat de Catalunya, i en l'àmbit dels recursos humans s'estén l'autonomia de gestió a la capacitat d'establir polítiques pròpies, sense que siguin aplicables al personal contractat laboral per les entitats les normes sobre despeses de personal, les instruccions, les restriccions a la contractació, ni altres mesures limitadores, destinades específicament al conjunt del sector públic de la Generalitat, sens perjudici de l'acompliment de la legislació bàsica.

Preocupa el fet que hagi passat més d'un any i no se n'hagi fet el desplegament reglamentari. Però és que la Llei és tan clara que no hi veig la necessitat. Ara bé, si es considera que s'ha d'acabar fent, cal evitar aquella tradició que el comte de Romanones va immortalitzar en dir: “Dejad que los diputados hagan las leyes, yo haré el reglamento”.

El desplegament de la llei de l'ICS va ser un bon exemple d'això: n'hi va haver prou amb un parell d'informes jurídics, absolutament interpretables, un de la Junta Consultiva de Contractacions i l'altre del Gabinet Jurídic Central, per destrossar una llei aprovada pel Parlament de Catalunya i exercir de nou el poder polític des d'instàncies administratives.

Cal estar atents també als esborranys que es preparin dels projectes de Llei de pressupostos del 2013 i de Llei d'acompanyament –si n'hi ha–, per evitar, com ja va passar el 2009, d'haver de retrocedir el poc terreny que s'ha avançat.

Per la mateixa raó, cal estar atents també als esborranys que es preparin dels projectes de Llei de pressupostos del 2013 i de Llei d'acompanyament –si n'hi ha–, per evitar, com ja va passar el 2009, d'haver de retrocedir el poc terreny que s'ha avançat.

Més enllà de les raons polítiques, hi ha arguments tècnics de pes per retornar a les EPIC l'autonomia de gestió i reformar i consolidar adequadament els seus òrgans de govern.

L'any passat l'OCDE publicava l'informe *Directrices de la OCDE sobre el gobierno corporativo de las empresas públicas*, que, entre altres coses, deia el següent:

“El marco jurídico y regulatorio de las empresas públicas debería garantizar la igualdad de condiciones en los mercados en los que compiten las empresas del sector público y las empresas del sector privado, con el fin de evitar distorsiones del mercado.”

I en aquest mateix document trobem una sèrie de principis de govern corporatiu. En citaré alguns:

- “Debe existir una clara separación entre las funciones de propiedad del Estado y las demás funciones

del Estado que pueden influir sobre las condiciones para las empresas públicas, especialmente en lo que se refiere a la regulación del mercado.”

- “Los gobiernos deberían esforzarse en simplificar las prácticas operativas y el régimen jurídico con el que funcionan las empresas públicas.”
- “El marco jurídico y regulatorio debería ofrecer la suficiente flexibilidad para realizar ajustes en la estructura de capital de las empresas públicas cuando fuese necesario para conseguir los objetivos de la empresa.”
- “Las empresas públicas deberían enfrentar condiciones competitivas a la hora de acceder a financiamiento. Sus relaciones con bancos estatales, instituciones financieras estatales y otras empresas públicas deberían basarse exclusivamente en términos comerciales.”
- “El gobierno no debería implicarse en la gestión cotidiana de las empresas públicas, y debería darles plena autonomía operativa para alcanzar sus objetivos.”
- “El Estado debería dejar a los directorios de las empresas públicas ejercer sus responsabilidades y respetar su independencia.”

El model sanitari català va assolir un prestigi remarcable, fins i tot a escala internacional. Resulta paradoxal que el que formava part de la nostra realitat trenta anys enrere ho haguem substituït per un model burocràtic desfasat i ara ho recomani la mateixa OCDE!

Consideració final

La contribució que podem fer des del sector Salut a la sortida de la crisi i al desenvolupament d'uns serveis vinculats als sectors productius i d'innovació passa per refermar els valors que van caracteritzar el model sanitari català. Si s'hagués fet, el “concepte empreses públiques i consorcis” no existiria.

El Govern de la Generalitat en té prou de contrastar el seu programa polític amb el marc legal que va trobar en prendre'n possessió per deduir ràpidament el que cal derogar, substituir o millorar, per recuperar el model. Algunes de les modificacions normatives depenen

de l'Estat. Però el que es pot fer en l'àmbit de la Generalitat, Parlament i Govern, és molt.

Es pot blindar el model anant a la major: la reforma de la Llei d'ordenació sanitària de Catalunya. És cert que pot resultar complex fer aquesta reforma sense majoria al Parlament. És possible que sembli que no és el moment, però s'ha de fer. Seria la millor contribució que podria fer el Parlament de Catalunya a la sanitat catalana.

Caldria extreure'n aquest tòpic de la confrontació política de baixa volada (*politics*) i situar-ho en el nivell dels grans temes que defineixen com és el país (*policy*). Il·lustro el que proposo amb l'exemple del rol destacat que va tenir el National Health Service en l'acte inaugural dels Jocs Olímpics de Londres aquest estiu.

Amb el concurs de juristes de prestigi, gestors professionals, planificadors, experts en política sanitària i economistes de la salut, es pot construir el substrat que caldria per modernitzar la LOSC, de forma totalment professional i apartidista, i es podria explicar a tots els grups parlamentaris un per un.

La situació de crisi fa més urgent recuperar la separació de funcions, el valor del contracte, l'autonomia real de gestió i la consolidació d'un model de governança basat en consells rectors capaços de donar valor a l'aposta per l'empresarialització del sector públic sanitari. No fer-ho pot portar el sistema a una situació límit, si és que no hi està ja instal·lat.

Fa uns mesos, el president Mas, referint-se al pacte fiscal, demanava al conjunt de la societat una resposta contundent i col·lectiva. En aquell moment, quan considerava la possibilitat que no fos possible convèncer els qui des de Madrid han d'acceptar parlar-ne, va al·ludir amb pesar i frustració a la possibilitat d'haver de desbordar la legalitat creant una hisenda pròpia i recaptant tots els impostos.

Per més paradoxal que pugui resultar, substitueixin pacte fiscal per model sanitari català i Govern espanyol per Govern de la Generalitat. Evidentment, em refereixo al marc legal que hem d'afrontar els que tenim responsabilitats en les EPIC i la interpretació sovint esbiaixada que en fan alguns dels funcionaris encarregats d'aplicar-lo. ■

Es pot blindar el model anant a la major: la reforma de la Llei d'ordenació sanitària de Catalunya.

Si se'n porta a una situació límit, la resposta, igual que en el cas del pacte fiscal, només pot ser la submissió irresponsable o, com deia el president Mas, desbordar no sé si el marc legal, espero que no, però potser sí la interpretació extensiva que se'n fa.

El projecte de reformulació de l'Institut Català de la Salut

QUAN LA DOCTORA HELENA RIS em va demanar que escrivís un article sobre el projecte de reformulació de l'Institut Català de la Salut (ICS), em va venir al cap una única intenció: ser capaç de transmetre el propòsit que persegueix aquest ambiciós procés de transformació en què ens trobem immersos, i que no és altre que fer de l'ICS una empresa pública més adaptada al model sanitari català. Una mica d'història ens pot ajudar a entendre els motius que porten a abordar ara aquest projecte de reformulació. La Llei 12/1983, de 14 de juliol, d'administració institucional de la sanitat, l'assistència i els serveis socials de Catalunya, va crear l'ICS com a entitat gestora de la Seguretat Social per desplegar les competències que la Constitució i l'Estatut d'autonomia atribuïen a la Generalitat de Catalunya en matèria sanitària i per executar els serveis i les funcions que li havien estat traspassats. Des d'aquell moment, la configuració del sistema de la Seguretat Social va anar evolucionant normativament i es va produir la distinció entre la integració en el sistema i les prestacions, la gestió diferenciada de les prestacions econòmiques i les prestacions sanitàries, i l'atribució progressiva de les competències sanitàries a les comunitats autònomes. Al llarg d'aquesta evolució normativa, destaquen la Llei 14/1986, de 25 d'abril, general de sanitat, que va crear el Sistema Nacional de Salut, i la Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya (LOSC), que va crear el Servei Català de la Salut com a organisme responsable de garantir l'atenció sanitària pública i una cobertura pública de qualitat dels ciutadans i les ciutadanes de Catalunya per mitjà d'una adaptació adequada de l'oferta sanitària a les seves necessitats.

JOAQUIM CASANOVAS LAX

Joaquim Casanovas Lax (Girona, 1957) és llicenciat en Medicina i Cirurgia per la UAB, diplomat en Ciències Empresarials i en Direcció d'Empreses per l'IESE. Gran part de la seva carrera professional està vinculada a l'Institut Català de la Salut, on es va incorporar l'any 1983 com a inspector mèdic. Del 1986 al 1989 va ocupar la Direcció de l'Hospital Universitari Doctor Josep Trueta de Girona i de l'any 1989 al 1995 va ser cap de Serveis Sanitaris de l'Àrea de Gestió 4 de Girona de l'ICS. Posteriorment, fins a l'any 2000, va ser director d'Atenció Primària de l'ICS a Girona. Del 2000 al 2004 va ocupar la Direcció Territorial del Departament de Salut a Girona i la Gerència de la Regió Sanitària Girona. Tot seguit va passar a formar part, com a responsable econòmic, del Programa per a l'impuls i l'ordenació de la promoció de l'autonomia personal i l'atenció de les persones amb dependència (Prodep), i, des del juny del 2006 fins al febrer del 2011, va ocupar el càrrec de director assistencial de la Corporació de Salut del Maresme i la Selva. El febrer de 2011 va ser nomenat director territorial del Departament de Salut a Girona i des del mes de juliol de 2011 ocupa el càrrec de director gerent de l'Institut Català de la Salut.

El model sanitari català

La LOSC va formalitzar també el model sanitari català, el qual es caracteritza, bàsicament, per la separació de la funció de finançament i compra de serveis de la provisió, per la diversificació de proveïdors, per l'existència d'un mercat mixt de competència planificada i regulada, i per la diversitat de fórmules de gestió. Es tracta d'un model sanitari mixt, que integra en una sola xarxa d'utilització pública tots els recursos sanitaris, siguin o no de titularitat pública, i que recull una tradició d'entitats (fundacions, consorcis, centres de l'Església...) històricament dedicades a l'atenció de la salut.

En aquest context, el Servei Català de la Salut, que s'organitza territorialment en regions sanitàries, esdevé l'asseguradora pública que concerta serveis amb les diferents entitats proveïdores del territori. El concert entre el Servei Català de la Salut i el proveïdor de serveis sanitaris és l'eina bàsica per la qual aquest últim es finança a canvi de la realització de serveis sanitaris en la modalitat, quantitat i qualitat requerides per l'asseguradora pública. Aquest contracte esdevé, doncs, un instrument precís per determinar el que l'asseguradora pública i el proveïdor de serveis de salut pretenen i esperen l'un de l'altre.

Aquest funcionament iguala els proveïdors amb independència de la seva titularitat pública o privada sense ànim de lucre. Els iguala tots, excepte l'ICS, que, malauradament, s'escapa d'aquesta manera de funcionar, ja que es finança directament per mitjà d'un pressupost limitador d'ingressos i de despeses que el Parlament de Catalunya li atorga cada any a la Llei de pressupostos.

Cal dir que el desplegament de la LOSC havia de permetre que l'ICS comencés a canviar progressivament el seu marc de gestió per poder interactuar com la resta de proveïdors del sistema sanitari, però això no va passar.

El model sanitari català integra en una sola xarxa d'utilització pública tots els recursos sanitaris, siguin o no de titularitat pública, i recull una tradició d'entitats històricament dedicades a l'atenció de la salut.

La Llei de l'ICS aprovada l'any 2007 gairebé no s'ha desplegat, i encara avui l'ICS desenvolupa la seva activitat d'acord amb unes normes més pròpies d'un organisme administratiu que no pas d'una empresa pública de serveis de salut.

La transformació de l'ICS en empresa pública

En un nou intent d'adaptar el marc normatiu i la naturalesa jurídica de l'ICS al model sanitari català que fixava la LOSC, l'any 2007 el Ple del Parlament de Catalunya va aprovar amb el consens de tots els grups parlamentaris la Llei 8/2007, de 30 de juliol, de l'Institut Català de la Salut. Aquesta llei, que transformava l'ICS en empresa pública i donava als centres i als serveis més autonomia en la gestió econòmica i dels recursos, tenia com a objectiu principal la descentralització territorial de la institució.

No obstant això, i malgrat alguns canvis més cosmètics que operatius, els principis que fixa la llei gairebé no s'han desplegat i encara avui l'ICS desenvolupa la seva activitat d'acord amb unes normes més pròpies d'un organisme administratiu que no pas d'una empresa pública de serveis de salut.

Posem un exemple d'aquest fet. L'ICS, que a la Llei de pressupostos comparteix epígraf amb el Servei Català de la Salut i l'Institut Català d'Assistència i Serveis Socials, està sotmès a unes normes de caràcter marcadament administratiu i té una regulació dels recursos humans dins el marc de la funció pública. En canvi, empreses públiques i consorcis del sector salut com ara l'Hospital Clínic de Barcelona, el Consorci MAR Parc de Salut de Barcelona, el Consorci Sanitari Integral, la Corporació Sanitària Parc Taulí de Sabadell, el Consorci Sanitari de Terrassa, el Consorci Sanitari del Maresme, l'Institut d'Assistència Sanitària o l'Institut Català d'Oncologia, entre d'altres, estan regits per tot un seguit de normes i mecanismes de control molt més flexibles i adequats per gestionar centres sanitaris.

No hi ha dubte que aquesta anomalia, aquesta manera de funcionar diferent de la resta del sector, no

afavoreix el desenvolupament dels centres de l'ICS, que, amb el pas dels anys i malgrat l'enorme qualitat humana i professional de les persones que hi treballen,

han tingut un ritme de creixement inferior al de la resta de centres de la xarxa hospitalària d'utilització pública.

Per mirar de reconduir aquesta situació i perquè estem convençuts que ni els professionals, ni els ciutadans, ni el sistema sanitari mateix es mereixen una pèrdua de lideratge i de pes específic dels nostres centres, creiem que esdevé imprescindible transformar i potenciar un nou ICS amb la finalitat de ser més útils i eficients a la societat a la qual servim.

És imprescindible transformar i potenciar un nou ICS amb la finalitat de ser més útils i eficients a la societat a la qual servim.

La descentralització com a mètode per canviar l'ICS

Per aconseguir aquesta transformació de l'ICS és imprescindible que l'actual model organitzatiu evolucioni cap a un model de descentralització que apropi la gestió al territori i que faciliti les aliances estratègiques amb la resta de centres sanitaris de cada regió sanitària. I tot això ho farem mantenint de manera centralitzada les economies d'escala i altres elements estratègics que aportin valor al conjunt (com ara els sistemes d'informació, la logística, els serveis de suport i les polítiques d'inversions), i disposant dels mecanismes públics necessaris per garantir la transparència, el control financer i l'equitat dels serveis. Dit d'una altra manera, volem transformar l'ICS per gaudir dels avantatges de ser un gran grup d'entitats descentralitzades, amb màxima capacitat per organitzar-se i gestionar els seus propis recursos, i, alhora, volem conservar els avantatges de ser un gran grup.

La nostra voluntat és fer una transició progressiva d'un ICS amb característiques d'organisme administra-

L'actual model organitzatiu ha d'evolucionar cap a un model de descentralització que apropi la gestió al territori i que faciliti les aliances estratègiques amb la resta d'entitats de cada regió sanitària, mantenint de manera centralitzada les economies d'escala i altres elements estratègics que aportin valor al conjunt.

tiu a un Grup ICS de centres hospitalaris i d'agrupacions d'equips d'atenció primària descentralitzats, amb autonomia de gestió i personalitat jurídica pròpia, és a dir, un Grup ICS amb unes característiques d'empresa pública semblants a les de les empreses que ja hi ha en el sector. Tot plegat té l'objectiu de promoure una atenció a les persones de continuïtat i integrada. Aquest procés de canvi no comporta en cap cas ni la privatització ni la destrucció de l'ICS, no hi ha res que estigui més allunyat de la realitat.

Les entitats filials del Grup ICS

A llarg termini, el procés es concreta en la creació de 7 entitats filials hospitalàries i unes 15 entitats filials d'atenció primària (cadascuna formada per 20-25 equips d'atenció primària). La titularitat d'aquestes entitats serà exclusivament pública. Aquestes entitats no podran dur a terme activitat privada, atès que no és la nostra voluntat ni tampoc ho permet el marc legal vigent.

Cada entitat filial tindrà el seu propi consell d'administració, proposat pel Consell d'Administració del Grup ICS. Aquests consells d'administració, que tindran com a funció prioritària supervisar la gestió de l'equip directiu de l'entitat filial i vetllar pel compliment dels objectius globals del Grup i per la preservació dels seus valors, estaran formats per representants del món professional, econòmic i intel·lectual. Vull destacar que els membres d'aquests òrgans de govern no rebran cap remuneració per dur a terme aquesta tasca.

Aquestes entitats filials estaran dotades de personalitat jurídica pròpia, fet que els permetrà desenvolupar una gestió més autònoma i flexible, tot i que segueixin les estratègies bàsiques marcades per la matriu del Grup ICS i els objectius assistencials fixats per l'autoritat sanitària. Aquest nou model de

El procés es concreta en la creació de 7 entitats filials hospitalàries i unes 15 entitats filials d'atenció primària de titularitat exclusivament pública.

governança permetrà apropar la presa de decisions als professionals i al territori i donarà flexibilitat a la gestió assistencial, a la dels recursos humans i a la dels recursos econòmics dels centres de l'ICS, de forma similar a com actuen les empreses públiques ja existents en el sector salut de Catalunya.

Un aspecte fonamental de tot aquest procés de canvi és que les entitats filials acordaran un concert amb el Servei Català de la Salut per tal de desenvolupar l'encàrrec de gestió que se'n derivi, i es comportaran com qualsevol altre proveïdor del sistema, cosa que condicionarà el seu finançament. Aquest concert el negociaran directament amb la regió sanitària corresponent. La flexibilitat i la capacitat de resposta a la regió que permetrà aquesta concertació directa amb cada entitat facilitarà que els centres de l'ICS es posicionin a la línia de sortida en les mateixes condicions que la resta de proveïdors del territori. I això, sense cap mena de dubte, és bo per a l'ICS i per als seus professionals, és bo per al Servei Català de la Salut i, evidentment, és bo per a la ciutadania a qui donem servei.

El finançament d'aquestes entitats vindrà de dues fonts. D'una banda, rebran el pressupost que els assigni la regió sanitària, corresponent al concert o contracte signat. Aquest pressupost pot representar aproximadament un 95% del total dels ingressos de l'entitat. L'altre 5% restant –i aquí és on rau una de les novetats més interessants d'aquest procés de canvi– arribarà a l'entitat mitjançant els ingressos que aconsegueixi gràcies a la facturació del que es coneix com a tercers obligats (en supòsits d'accidents de treball, accidents esportius, accidents de trànsit i MUFACE, entre d'altres).

En el cas específic de les entitats filials d'atenció primària, cal destacar que la constitució d'aquestes agrupacions d'equips d'atenció primària de l'ICS amb autonomia de gestió i capacitat per establir aliances estratègiques ha de possibilitar una atenció primària finançada d'acord amb els criteris establerts pel Servei Català de la Salut i ha de permetre més resolució assistencial i un millor seguiment dels pacients pluripatològics, entre d'altres.

La utilització intensiva de les tecnologies de la informació i la comunicació de què disposem avui dia (història clínica en xarxa en l'atenció especialitzada, plans de medicació a l'abast de tots els nivells assistencials,

Un aspecte fonamental d'aquest procés de canvi és que les entitats filials acordaran un concert amb el Servei Català de la Salut per tal de desenvolupar l'encàrrec de gestió que se'n derivi, i es comportaran com qualsevol altre proveïdor del sistema.



projectes de telemedicina, etc.) ha de permetre un model assistencial col·laboratiu en què l'atenció primària ha de tenir cura de la salut de les persones al llarg de tota la seva vida i l'atenció especialitzada s'ha de reservar per a aquells processos aguts, episòdics i de complexitat. Aquest model assistencial, que recull el Pla de salut de Catalunya 2011-2015, té com a finalitat oferir serveis sanitaris de qualitat, segurs i sostenibles. En aquest context, estem convençuts que la creació d'entitats filials d'atenció primària significarà un impuls al model assistencial col·laboratiu.

Pel que fa a les condicions contractuals i d'accés als llocs de treball de les entitats filials, l'objectiu és anar cap a un model més flexible i alhora transparent i equitatiu. Aquesta flexibilitat s'ha de concretar en l'aprofitament de les possibilitats que dona l'actual Llei de l'ICS en les diferents modalitats de contractació, tot respectant els drets laborals adquirits del personal estatutari, funcionari i laboral.

La matriu del Grup ICS

La matriu del Grup ICS, que sorgirà de la reconversió de l'actual Centre Corporatiu, serà titular de les entitats

filials assistencials creades. El Govern nomenarà el Consell d'Administració del Grup ICS, com fins ara.

Les funcions bàsiques de la matriu seran, entre d'altres: establir l'estratègia corporativa del Grup ICS; supervisar la política financera i econòmica de les entitats filials; consolidar els balanços i el compte de resultats de totes les filials; establir un sistema de rendició de comptes basat en la comptabilitat de costos, que incorpori indicadors de qualitat, satisfacció i eficiència econòmica; aprovar els pressupostos de les entitats i els seus plans d'inversions; definir les bases de les polítiques de recursos humans del Grup i garantir-ne l'aplicació a les filials; responsabilitzar-se de les sinergies i els efectes escala entre les entitats filials; liderar la interlocució externa del Grup; assumir els sistemes globals de control financer, d'activitat i de qualitat, i garantir l'ús i el desenvolupament dels sistemes d'informació comuns i compartits per totes les filials.

Oportunitats que ofereix el projecte

Com ja hem esmentat, la finalitat d'aquest projecte és disposar d'una estructura organitzativa àgil, flexible, permeable a les necessitats locals i amb més capacitat de gestió. És important insistir que es tracta de dotar l'ICS dels instruments de gestió que té qualsevol empresa pública del sector, per tal que sigui un proveïdor de serveis de salut adaptat a les característiques del model sanitari català i tingui la mateixa relació amb el Servei Català de la Salut que la resta d'entitats públiques del sistema.

En aquest context, el projecte de transformació de l'ICS en una empresa pública de serveis de salut més adaptada al model sanitari català ofereix oportunitats de millora que no podem menysprear.

A l'ICS mateix i al sistema sanitari català en general, aquesta evolució els permetrà aconseguir millors resultats assistencials mitjançant una descentralització efectiva de la gestió dels centres, apropar la presa de

El projecte de transformació de l'ICS en una empresa pública de serveis de salut més adaptada al model sanitari català ofereix oportunitats de millora que no podem menysprear.

decisiones als professionals per poder donar la resposta més adequada a cada realitat local, i establir sinergies i aliances estratègiques en clau territorial per millorar l'oferta de serveis sanitaris a la població.

Això vol dir que els centres de l'ICS podran prestar amb més eficiència i més qualitat els serveis sanitaris de cobertura pública que contracta el Servei Català de la Salut, en el marc de les polítiques sanitàries del Departament de Salut.

La reformulació de l'ICS també ha de beneficiar la ciutadania a qui dona servei, ja que cada entitat filial podrà organitzar-se per adaptar-se millor a la realitat local i a les necessitats de salut de la població del seu territori. També millorarà l'eficiència dels serveis assistencials, cosa que s'ha de traduir en més accessibilitat i més qualitat, s'establirà un contacte més proper entre els equips gestors i la comunitat i disminuirà la càrrega burocràtica per tal de ser més àgils a l'hora de donar resposta a la demanda assistencial.

Pel que fa als professionals, la transformació de l'ICS ha de permetre assolir diferents nivells de coresponsabilització en la gestió i la presa de decisions i una interlocució més operativa amb l'equip directiu. També facilitarà poder comptar amb equips de treball més motivats, introduir incentius lligats a resultats clínics i d'eficiència, afavorir la retenció i l'atracció de talent i generar cultura de rendició de comptes dins l'equip assistencial i als altres grups d'interès.

La progressió com a element definitori del procés de canvi

El passat 23 de febrer de 2012 el Consell d'Administració de l'ICS va acordar autoritzar l'inici dels tràmits administratius necessaris per a la creació de dues entitats filials de l'ICS amb personalitat jurídica pròpia, amb la finalitat que properament es puguin constituir.

L'hospital i els equips d'atenció primària que iniciaran les experiències demostratives són l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida i el conjunt dels 26 equips d'atenció primària de l'ICS de Girona. Aquests

L'hospital i els equips d'atenció primària que iniciaran les experiències demostratives són l'Hospital Arnau de Vilanova de Lleida i el conjunt dels 26 equips d'atenció primària de l'ICS a Girona.



centres s'han escollit per la major facilitat que presenten a l'hora d'avaluar el model en termes de resultats assistencials i d'eficiència, un cop valorada la situació de l'entorn en què actuen.

L'Hospital Arnau de Vilanova és el centre de referència de les comarques de Lleida. El fet de dotar-lo de més autonomia de gestió ajudarà a mantenir i potenciar aquest lideratge en el territori, així com a crear aliances estratègiques amb altres centres de la seva àrea d'influència, com ara l'Hospital de Santa Maria, l'Hospital de Tremp o l'Atenció Primària de Lleida, que permetran aprofundir en el seu rol d'hospital de referència. També disposarà de més capacitat de resolució de problemes de salut complexos que ara s'han de resoldre fora de les comarques de Ponent.

La Regió Sanitària de Girona disposa d'una xarxa àmplia de centres hospitalaris comarcals perfectament sectoritzada, liderats per l'Hospital Universitari de Girona Doctor Josep True-

ta com a centre de referència. La major autonomia de gestió del conjunt dels 26 equips d'atenció primària de l'ICS de Girona permetrà avaluar, sobretot, l'eficàcia de desenvolupar un model col·laboratiu centrat en el pacient entre l'atenció primària de l'ICS i l'atenció hospitalària comarcal de la regió sanitària, en termes de coordinació i d'integració de l'assistència, i no pas en termes de titularitat de la gestió.

Un nou ICS, àgil, descentralitzat, eficient i sostenible

L'alternativa a aquest projecte de transformació passa per no canviar res i deixar que l'ICS continuï trenta anys més, per exemple, funcionant com un organisme administratiu i no com una empresa pública de serveis de salut a tots els efectes. A llarg termini, és indubtable que aquesta manca d'adaptació a l'entorn pot tenir conseqüències negatives per a tothom.

Per això volem que l'ICS evolucioni i es configuri com una veritable empresa pública àgil, descentralitzada, eficient, sostenible, competitiva, adaptable als canvis i propera a les necessitats assistencials de la població, una empresa pública que disposi dels mateixos instruments de gestió i de les mateixes regles de joc que la resta d'empreses públiques del sector i que, com ja ha fet durant gairebé tres dècades, continuï liderant l'assistència, la docència i la recerca biomèdica que es fa al nostre país.

I estic convençut que l'agilitat i la flexibilitat que possibilita aquesta nova fórmula, sense perdre el rigor i la transparència en el control i el seguiment de l'organització, han de permetre que l'ICS deixi de remar a contracorrent i es posicioni dins el sistema com un proveïdor de serveis de salut en igualtat de condicions amb la resta. ■

Volem que l'ICS evolucioni i es configuri com una veritable empresa pública, àgil, descentralitzada, eficient, sostenible, competitiva, adaptable als canvis i propera a les necessitats assistencials de la població.

Les entitats de base associativa (EBA) en la gestió dels serveis d'atenció primària a Catalunya: un model que cal estendre a tots els nivells assistencials

ALBERT LEDESMA CASTELLTORT

Albert Ledesma Castelltort és metge de família via MIR. Va ser fundador de l'ABS de Santa Eugènia de Berga de l'Institut Català de la Salut, i en fou director. Va introduir la direcció per objectius en la Subdivisió Centre de l'Institut Català de la Salut. Fou promotor del model d'autogestió o EBA a Catalunya i soci fundador de la primera EBA al nostre país: l'Equip d'Assistència Primària Vic SLP. També va ser president durant quatre anys de l'Associació Catalana d'Entitats de Base Associativa i responsable operatiu del Programa de prevenció i atenció a la cronicitat del Departament de Salut. Albert Ledesma és president del Consell d'Administració de l'EAP de Vic SLP.

EN AQUEST ARTICLE s'expliquen les bases conceptuals del model d'autogestió català, conegut també com a model EBA. Inclou, a més, una referència històrica al procés de creació del model i al posterior desenvolupament que ha tingut a Catalunya, les dificultats per estendre'l a més centres per raons polítiques i socials, i la manca d'un impuls polític ferm i decidit. En temps de crisi econòmica, les dades que s'aporten sobre el cost mitjà d'aquests centres n'avalen l'extensió; els resultats en termes de satisfacció dels professionals i dels usuaris la fan molt recomanable, i més si tenim la constatació que els resultats de salut se situen en la banda mitjana o mitjana-alta de tots els centres de Catalunya. També s'hi fa una

anàlisi dels aspectes presumiblement negatius que es van relacionar amb aquest model de gestió i s'hi aporten arguments per rebatre'ls a partir de l'experiència adquirida i del resultat de les diferents avaluacions que s'han portat a terme. Així mateix, l'article conté els arguments segons els quals caldria estendre el model d'una forma decidida a tot el territori: segurament un projecte professional compartit amb l'Institut Català de la Salut al si d'una entitat de base associativa seria un bon sistema per aportar visió de futur i expectatives a uns professionals que assisteixen impotents a una pèrdua de valors de l'atenció primària de Catalunya. Si sumem a la necessitat d'ajustar la despesa l'evidència que el millor model sanitari és aquell que té una atenció primària forta i resolutiva, podríem concloure que el model EBA és la millor i potser l'única oportunitat que ens queda, a Catalunya, per fer realitat aquestes dues premisses.



Introducció

Les EBA fa 15 anys que gestionen serveis d'atenció primària a Catalunya i han demostrat la seva capacitat d'administrar empreses i gestionar serveis de salut. A més, en les diverses avaluacions específiques del model o generals del sistema sempre han obtingut uns excel·lents resultats en termes de salut i de satisfacció de les persones i dels professionals. I tot això s'ha assolit a un cost menor que la mitjana del cost dels serveis d'atenció primària de Catalunya. Sorpren que, malgrat aquests resultats, les EBA no s'estenguin més, i es fa difícil trobar la justificació d'aquesta situació. Intentaré explicar el model, les possibles raons de l'estancament que presenta i la perspectiva de futur que té.

Breu resum històric

El 1995 es va aprovar la modificació de la LOSC, que feia possible la contractació d'una EBA per part del CatSalut per gestionar qualsevol dels serveis sanitaris públics. El 1996 es va contractar la primera EBA, l'equip d'atenció

primària (EAP) de Vic, i l'any 2000, l'EAP Alt Congost Osona Sud de Centelles i l'EAP Sardenya de Barcelona. Es va aturar dos anys la creació d'EBA i el conseller Pomés, que va ocupar uns mesos el càrrec, va promoure'n l'extensió els anys 2002 i 2003 contractant els EAP de Sarrià, Vallvidrera i les Planes (dues àrees bàsiques de salut), l'EAP Vallcarca-Sant Gervasi (dues àrees bàsiques de salut), l'EAP Poble Sec i l'EAP Dreta de l'Eixample (dues àrees bàsiques de salut) a Barcelona, l'EAP Alt Camp Oest de l'Alcover i l'EAP Peralada. Aquest fet demostra clarament que la voluntat política d'estendre el model és determinant. Més tard, l'Hospital de Sant Joan de Déu va promoure una EBA de pediatres: Pediatría dels Pirineus, Societat Cooperativa Catalana Limitada Professional, per oferir un servei d'atenció primària d'hospital a la comarca de l'Alt Urgell.

Durant els dos mandats del govern tripartit es va mantenir una actitud contrària al model EBA, inicialment amb una posició ideològica radical en el fons i en la forma, i més tard favorable en la forma i contrària en el fons. Com a resultat pràctic d'això, no hi va haver cap més EBA durant aquests anys. Ara, un any i mig després de governar CiU, no s'ha obert cap EBA, malgrat que hi ha el compromís d'obrir-ne dues durant aquest any i el fet que la posició política ex-

pressada en el programa electoral d'aquesta formació era clarament favorable a l'autogestió. De moment, els fets i les actituds no concorden amb les promeses programàtiques, si bé les EBA en conjunt tenen un cost mitjà per habitant i any molt per sota del dels centres catalans, entorn d'un 30% inferior, amb dades del CatSalut del 2010. La raó fa pensar que el preu del servei hauria de ser un fet determinant, i més ara en la situació econòmica que vivim. I encara més si aquests centres milloren clarament la satisfacció dels professionals i, com a mínim, mantenen els resultats de salut obtinguts pels altres models de gestió. Per fer-ho entenedor, només cal explicar que si el cost mitjà per habitant i any 2010 de les EBA s'hagués traslladat a tots els centres d'atenció primària catalans, l'estalvi global per al sistema de salut l'any 2011 hauria estat de 900 milions d'euros, molt més que el que van generar les retallades que es van fer, les quals es van situar en els 600 milions d'euros i no van comportar cap canvi de model o d'estructura. Algú haurà d'explicar la raó de no estendre aquest model a altres centres i per què no es mostra cap interès per millorar l'eficiència i la implicació dels professionals en l'atenció primària catalana i altres nivells assistencials des d'un projecte professional atractiu i incentivador.

El model EBA és una experiència d'èxit consolidada a Catalunya, però està subjecta a les diferents visions polítiques de cada moment.

Aspectes rellevants del model

El model permet la contractació pública d'entitats de base associativa de professionals per gestionar serveis sanitaris públics, ja siguin d'atenció primària, hospitalària, sociosanitària o de salut mental. S'ha fet i dissenyat per promoure el pas de professionals sanitaris de la gestió pública, estatutaris de la Seguretat Social o funcionaris, a la gestió privada, amb una relació laboral i com a copropietaris de l'entitat. La fórmula jurídica pot ser com a societat limitada, cooperativa, cooperativa laboral o anònima. Fins ara, la majoria d'entitats han optat per la societat limitada, que té una àmplia experiència en el món professional com a instrument jurídic que permet inserir la seva activitat professional. Totes elles tenen ànim de lucre, una condició que els ha comportat un corrent d'opinió contrari que posa

en dubte que un servei públic es pugui gestionar amb entitats d'aquest tipus. Des del 2007, hi ha una llei estatal específica de societats professionals que les ha dotat d'un marc jurídic propi que genera seguretat als socis, facilita les relacions entre ells i la seva entrada i sortida de la societat com a socis. Les societats professionals han de tenir un mínim del 75% de les seves participacions en mans dels sanitaris i la resta pot estar en mans de qualsevol soci, entitat o persona, però amb determinades limitacions, com per exemple el fet de no poder formar part dels òrgans d'administració de l'entitat ni percebre beneficis. El Departament de Salut va fer un decret de desplegament del model que limita el percentatge de participacions de cada soci a un màxim del 25%; per tant, en cas que tots els socis tinguessin aquest percentatge hi caldrien quatre professionals sanitaris, o tres si hi hagués un soci no professional a l'entitat. Per sota d'aquest percentatge, els mateixos socis decideixen quants professionals poden formar part de l'entitat, sense cap límit. Si un grup de professionals vol presentar-se a un concurs públic per accedir a la provisió d'un servei ha de constituir la societat davant de notari, fer-ne els estatuts, determinar el percentatge que tindrà cadascun dels professionals, decidir de quina fórmula d'administració es dota l'entitat, registrar-la als col·legis professionals corresponents com a entitat professional i presentar-se al concurs. Els tràmits per constituir l'entitat costen uns 4.000 euros. En el concurs es valora el fet que entre els socis hi hagi professionals que siguin titulars d'una plaça com a estatutari o funcionari, i més si treballa en la zona contractada.

És difícil administrar una societat i gestionar el servei?

No és una tasca gaire complicada sempre que es donin unes condicions mínimes. Cal que els professionals que formin part del projecte siguin experts en el servei que hauran de gestionar, com ho haurien de ser tots els directors d'equip. També pot ajudar-hi el fet que algun d'ells hagi exercit de director d'un d'aquests serveis, i encara millor si ho ha fet en un centre amb una àmplia autonomia de gestió.

Els professionals i, per tant, l'entitat que constitueixen ha de disposar d'un projecte empresarial que aposti per una millora substancial del servei que hi havia fins aleshores en tots els àmbits: satisfacció dels clients i dels professionals, cost del servei, resultats de salut, accessibilitat, condicions de manteniment dels locals, confort, etc. En cas de no poder aportar millores al que ja hi havia, és millor no intentar gestionar el servei; vull dir, amb això, que es tracta d'un projecte de base professional que aposta per una millora del servei públic. No es pot confondre, de fet no ha passat en cap EBA, amb un projecte empresarial, en què s'inverteix capital i es busca el seu rendiment, ja que no és possible fer-ho en les condicions en què es contracta el servei públic de salut.

La gestió econòmica és fàcil i no requereix grans coneixements empresarials, no és un servei que hagi de competir per vendre el seu producte i té garantit un mínim d'ingressos anuals per al servei públic que n'assegura la continuïtat. Sí que comporta alguna dificultat el finançament del deute per l'endarreriment dels pagaments que fa el servei públic, especialment en aquests darrers anys. Amb assessorament extern, si cal, i de les entitats existents, es pot gestionar aquest tema sense gaires dificultats, i fins ara cap entitat ha tingut problemes importants. Totes les EBA existents han tancat sense dèficit en tots els exercicis, tot i assumir un risc econòmic en la gestió de la farmàcia; per tant, després de setze anys d'experiència es pot dir que un grup de professionals sanitaris interessats en un projecte de serveis sòlid i sense experiència empresarial pot gestionar una EBA amb garanties d'èxit. La prova del nostre èxit econòmic és la confiança que ens hem guanyat davant les entitats bancàries pel fet d'haver afrontat les obligacions que hi havíem contret, fins i tot en aquests moments difícils des del punt de vista econòmic.

Hi ha possibilitats reals de complementar la facturació pública amb activitat privada diferent de la contractada o la mateixa oferta a clients diferents. Entre altres activitats, cal esmentar per ordre d'importància en la facturació l'odontologia, els assaigs clínics amb la indústria farmacèutica, la medicina alternativa, la facturació a tercers en accidents no coberts per la

prestació pública, etc. Aquests serveis privats milloren les retribucions dels professionals i els resultats de l'entitat i, per tant, milloren les expectatives del projecte.

Gestió dels recursos humans

La gestió dels recursos humans és l'aspecte més rellevant del projecte i en el qual es fonamenta la raó de ser del model EBA, ja que té com a missió que els professionals sanitaris puguin gestionar un servei amb la màxima autonomia de gestió, que els ciutadans tinguin un millor servei i hi hagi unes millors expectatives professionals en tots els aspectes. Considerant que el 75-80% de la despesa d'aquestes entitats són en recursos humans, fer-ne una gestió acurada és un aspecte clau per a l'entitat i el seu futur.

Hi ha dos aspectes bàsics en l'estratègia de gestió del personal: el primer és el fet de donar expectatives creïbles de participació en la propietat de l'entitat a tots els sanitaris en funció de la seva aportació, més enllà del seu rol de sanitari i de la seva implicació en l'empresa. El segon aspecte és transmetre al personal que els guanys de l'entitat es dedicaran en la seva major part a retribuir el personal mitjançant el sou i els incentius; cal fer-ho des de la transparència dels resultats econòmics, publicant-ne els balanços, i establint quin serà el percentatge dels excedents a final d'any que es repartiran en forma d'incentius entre el personal i quin en forma de beneficis per als socis. Al meu entendre, aquest darrer percentatge no ha de sobrepassar el 20% del total dels excedents. Fer-ho així garanteix la implicació de tothom en la gestió eficient de l'entitat al llarg dels anys, atès que, en cas contrari, el projecte s'esgota al cap de pocs anys i deixa de ser incentivador per als professionals.

El secret de l'eficiència d'aquestes entitats i de la seva capacitat per mantenir més satisfets els professionals, siguin socis o no, que en altres models de gestió rau en el fet de participar de forma substancial en

Per participar com a soci i administrador en una EBA no cal ser un expert en gestió d'empresa, però sí un líder en el servei d'atenció primària.

L'ànim de lucre no és negatiu per si mateix, ans al contrari, és un estimul per a l'eficiència i per evitar pèrdues econòmiques.

el repartiment dels excedents i també en la capacitat de gestió que té cada professional en el seu lloc de treball. Aquest segon aspecte comporta que el professional mateix s'hi impliqui, per respondre a l'autonomia que li concedim; com a conseqüència d'això, l'empresa és pot governar amb un organigrama molt horitzontal, que millora els costos de producció del servei. Aquestes entitats també tenen un tram de millora en la gestió de les compres de material i de serveis: el fet de pagar a 30 o 60 dies facilita obtenir uns preus molt competitius i rebaixar costos. Finalment, cal remarcar el bon ús del material i de les instal·lacions per part del personal i de les persones que utilitzen el servei, cosa que encara fa més econòmic el manteniment dels equipaments i edificis.

Mites i realitats que impregnen o contaminen el model

El fet de ser entitats mercantils i, per tant, amb ànim de lucre ha dificultat més l'acceptació d'aquest model per part dels altres professionals, dels sindicats i dels partits polítics d'esquerra. Encara ara, i malgrat els resultats de les avaluacions i els resultats fets públics, hi ha un corrent en contra de les EBA i a favor de la gestió pública dels serveis.

Arguments en contra del model pel fet de ser entitats amb ànim de lucre i realitat d'avui dia

Contractaran menys personal per tenir més beneficis a final d'any

Les xifres de personal són públiques, contrastades pel CatSalut, i demostren que no és veritat aquesta afirmació que es feia, i que encara es fa. Sí que és veritat que les ràtios per estaments poden ser diferents de les que preveia el decret de reforma de l'atenció primària, com ho és en altres centres. En la situació en què ens trobem, el fet de gestionar el servei amb menys recursos i mantenir prestacions i resultats de salut tampoc no ha de ser un argument en contra del model i de la seva extensió.



Faran menys proves complementàries per millorar els resultats econòmics de l'entitat

Les diverses avaluacions fetes fins avui, que van des de les específiques del model fins a les genèriques per comparar models passant per les anuals del CatSalut, demostren que a les EBA es fan més proves complementàries que en la resta de centres, la qual cosa contradiu amb fets les afirmacions que es feien. Probablement s'hi porten a terme més exploracions de laboratori i radiològiques per augmentar la capacitat de resolució dels serveis i sense que el cost d'aquestes proves sigui un incentiu per no fer-les i derivar els pacients a altres serveis. Si coneixes el cost de les exploracions i el seu impacte en el total del pressupost, entorn del 5%, entens que per més que estalviïs en aquest capítol de despesa, no modificaràs els resultats de forma consistent. En aquests moments és un argument en desús.

El fet de participar en la gestió econòmica condicionarà la pràctica assistencial i modificarà les prioritats de la pràctica clínica

Aquest argument també ha quedat obsolet, ja que els resultats en termes de salut obtinguts durant aquests quinze anys no demostren que sigui així: totes les EBA tenen



resultats comparables als de la mitjana dels altres centres, i algunes se situen de forma sostinguda en la banda alta dels resultats de salut. Aquests anys de crisi han modulats aquest argument, ara tothom té clar que el cost del servei és determinant i que cal considerar-lo en tot moment per fer-ho tan bé com es pugui des del punt de vista professional al menor cost, és a dir, cal ser molt eficient.

El fet que hi hagi molts proveïdors augmenta els costos de transacció

La contractació d'aquests centres, sense diferències respecte a la dels altres centres de gestió no pública, comporta unes despeses administratives a l'inici de la concessió, en la seva renovació i anualment per fixar el preu del servei i dels objectius de salut o d'altra mena que l'entitat compradora fixa per a tothom en cada moment. Aquestes despeses són inherents al fet de tenir un model sanitari en què la compra i l'avaluació són elements clau, la contractació de l'atenció primària en el nivell d'equip és una condició necessària per desenvolupar un model eficient i equitatiu. Malgrat això, les despeses que es generen en la transacció no són superiors a les d'introduir una política de direcció per objectius en un sistema de gestió pública. Per tant, el balanç de costos no va en contra de la contractació de centres privats, sigui quina sigui la seva titularitat jurídica.

El model EBA és una experiència d'èxit consolidada a Catalunya, però està subjecta a les diferents visions polítiques de cada moment.

Avantatges del model

La implicació dels professionals en la provisió del servei

Els professionals que treballen a les EBA tenen el seu futur professional lligat al de l'entitat per a la qual treballen. Mantenir-se en la provisió és l'element més determinant per al seu futur; per tant, assolir els resultats que els fixa l'entitat contractant, en aquest cas el CatSalut, és el primer objectiu per al conjunt de professionals de l'EBA. L'aportació de cadascú és important i el traspass del risc que es promou des de l'entitat a cada lloc de treball fa que tothom quedi implicat en el projecte i en els resultats assolits. Aquesta situació s'ha reforçat els últims anys per la pèrdua de confiança i de seguretat en el sistema de gestió pública, i també per l'escassa demanda de professionals sanitaris que hi ha en aquests moments. Segurament la situació millor, la més satisfactòria, per a un professional sanitari a Catalunya és treballar en una EBA, i més si n'és soci.

La capacitat d'adaptar-se als canvis

Les EBA són entitats petites pensades i creades per gestionar uns serveis sanitaris i obtenir els millors resultats amb el menor cost possible. Per fer-ho possible, han d'adaptar permanentment l'estructura i l'organització a les necessitats del servei i als objectius o les prestacions contractades pel CatSalut. Si fem un repàs de l'evolució dels centres gestionats per EBA, veurem que han sabut adaptar-se en cada moment sense generar conflictes laborals o sindicals i sense afectar la satisfacció dels professionals. Aquest és un element qualitatiu específic del model que cal considerar i que, per si mateix, afegeix valor al sistema.

La participació en la gestió del risc econòmic del sistema

El model EBA va promoure i introduir per primera vegada el concepte de traspass de risc econòmic en la gestió de les proves complementàries i en la despesa



de farmàcia. L'Equip d'Assistència Primària Vic SLP va ser la primera entitat que, en la concessió per a la gestió del servei, va assumir el risc en la gestió de laboratori i de radiologia: fins aquell moment, el CatSalut abonava directament i sense filtre moderador les proves generades per qualsevol proveïdor. Amb això, el CatSalut va fixar un límit en la despesa d'aquest capítol, per sobre de la qual el mateix proveïdor es feia càrrec de la despesa, i ho va estendre a tots els proveïdors i per a totes les proves complementàries. També es va introduir el risc compartit en la despesa de farmàcia entre proveïdor i CatSalut a petició de l'EBA de Vic; era l'única, en aquell moment, i va significar l'inici en el control de la despesa d'aquest capítol. I el que és més important, totes les EBA han assumit la gestió dels serveis al preu que ha fixat el CatSalut, sense generar dèficit i impulsant una política de gestió de recursos humans en què els incentius personalitzats són una part important per assolir bons resultats econòmics i de salut.

La seva raó d'existir, ser el millor proveïdor del CatSalut

Les EBA no tenen altre objecte social que donar el millor servei públic possible al cost que determini el CatSalut, de manera que el contracte de serveis es fa realitat en el sentit més ampli de la paraula i sense altres interessos. És a dir, l'entitat compradora i avaluadora pot incidir plenament en

com és el servei i determinar al llarg del temps si compleix els criteris d'acreditació i de qualitat requerits. Per tant, disposa d'instruments per millorar el servei i fins i tot per retirar la concessió a l'entitat proveïdora si no presta el servei amb les condicions requerides i de forma continuada. Així, doncs, el CatSalut assoleix la màxima capacitat de compra i d'avaluació dels serveis i pot modular-los en funció dels seus interessos o per raó de canvis en les necessitats de servei. Aquestes condicions en l'àmbit de la contractació són les que haurien de tenir totes les entitats contractades per fer creïble el model sanitari català. Per tant, l'aportació del model EBA en aquest sentit és rellevant i hauria de ser referent per al model de contractació de totes les entitats a Catalunya.

La implicació de tots els professionals d'una EBA és l'aspecte que en garanteix l'èxit i dona identitat pròpia al projecte i el diferencia dels altres models de gestió.

Visió de futur i encaix del model

Vivim un moment en què la situació econòmica obligarà a fer canvis estructurals en la sanitat pública espanyola, i també en la catalana. El finançament de la sanitat canviarà a curt o mitjà termini per fer sostenible el millor model possible de sanitat finançada amb recursos públics. Per tant, hi haurà un augment de la participació per part de les persones en el finançament del sistema o una delimitació de les prestacions en el sentit de garantir les que són bàsiques i deixar la resta a la iniciativa individual. Afrontar aquest repte i

adaptar-se als canvis que generi aquesta nova realitat és l'objectiu de qualsevol proveïdor.

Crec que el model EBA té ara més raó de ser que mai per diversos motius. El primer és la seva eficiència, demostrada durant aquests anys i duta a terme sense mesures de gestió que modifiquin les regles del joc de forma substancial. Encara hi ha un llarg recorregut de millora en el qual el cost del servei pot ser menor, si es deixen de fer activitats que no aporten cap valor a l'objectiu últim del servei: els millors resultats de salut.

El segon motiu és la seva capacitat d'adaptar-se als possibles canvis estructurals i organitzatius que es donin al sistema públic de salut: les EBA tenen el seu futur lligat a la seva permanència en el mercat de la provisió pública i faran el que calgui per mantenir-s'hi. No tenen cap impediment per canviar el que calgui de les entitats o de la seva organització per seguir essent competitives en el mercat de la provisió.

El tercer motiu és la pertinència del model per gestionar l'atenció primària, atès que se li atorga un paper de gestor de casos sense intermediaris i amb l'organització més eficient possible. Qualsevol proveïdor de serveis hauria de gestionar els serveis d'atenció primària des de l'autogestió, compartida o no amb els professionals, per fer-ho de forma satisfactòria i sostenible en el temps.

El futur de les EBA a Catalunya està lligat al futur de l'ICS i a la seva divisió territorial, encara pendent d'articular. El projecte s'ha de construir amb un missatge professional clar i transparent, en què l'ICS mateix deixi clara la seva voluntat de treballar amb els professionals per oferir la millor atenció primària a Catalunya. Per fer-ho, el model EBA dona resposta adequada a les necessitats de canvi de la gestió pública, els professionals i sanitaris es poden associar en una entitat professional i afrontar el futur amb capacitat de competir com a proveïdors per a un futur professional millor. Junts poden fer possible que el rol de l'atenció primària sigui el que fixa el Departament de Salut a través del Pla de salut de Catalu-

nya 2011-2015 i el que tots els metges de família hàviem somiat als inicis de la reforma de l'atenció primària. ■

Bibliografia

- **Avaluació dels models de gestió en l'atenció primària de Catalunya.** A: Segura, A (direcció); Martín Zurro (codirecció). Departament de Salut, 2007. Disponible a: http://www.gencat.cat/salut/depsan/units/aatrm/pdf/diversificacion_servicios_primaria_pcsns_aatrm.pdf.
- BALLART, X. "A New Model of Primary Health Care in Catalonia". A: SMYRL, M. et al. *Elites, Ideas and the Evolution of Public Policy*. Londres: Palgrave, 2008.
- BALLART, X. *Innovación en la gestión pública y en la empresa privada*. Madrid: Díaz de Santos, 2001.
- **Benchmarking dels equips d'atenció primària de Catalunya, resultats del 2009.** Memòria de la Regió Sanitària Barcelona 2009. CatSalut, 2009. Disponible a: http://www10.gencat.cat/catsalut/rsb/arxius/Memoria_RSB_09.pdf.
- **Decret 309/1997, de 9 de desembre, pel qual s'estableixen els requisits d'acreditació de les entitats de base associativa per a la gestió de centres, serveis i establiments de protecció de la salut i d'atenció sanitària i sociosanitària.** Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, núm. 2539, 16 de desembre de 1997, pàg. 14558-9.
- **Fundación Avedis Donabedian. Avaluació de la reforma de l'atenció primària i de la diversificació dels serveis 2002.** Disponible a: <http://www.eapsardenya.cat/documents/Fundacio%20Avedis.pdf>.
- **Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. "La reforma de l'atenció primària a Catalunya".** Fulls Econòmics del Sistema Sanitari. Setembre de 2003, núm. 37.
- LEDESMA, A. "Entidades de base asociativa: un modelo de provisión asistencial participado por los profesionales sanitarios. Valoración actual y retos futuros". *Rev. de Administración Sanitaria*, 2005; vol. 3, núm. 1, pàg. 73-81.
- **Llei 11/1995, de 29 de setembre, de modificació parcial de la Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya.**
- **Ley 2/2007, de 15 de marzo, de sociedades profesionales.** BOE, núm. 65, 16 de febrer de 2007, pàg. 11246-51.

Les EBA tenen una capacitat il·limitada per adaptar-se a les necessitats del servei que els compra el CatSalut i no tenen altre objectiu que ser el millor proveïdor per a l'asseguradora pública.

El model EBA pot contribuir a la reformulació de l'Institut Català de la Salut: projectes compartits amb la participació dels professionals i de la institució al si d'una EBA poden oferir expectatives de futur professional i donar prestigi social a l'atenció primària, la qual cosa pot reforçar el seu paper i la implicació dels professionals que hi treballen.

L'experiència de la **UDIAT** **Centre Diagnòstic** i les principals característiques i avantatges d'aquest tipus de gestió

L'ANY 2012 LA UDIAT CELEBRA el seu vintè aniversari, i aquest article vol ser un recorregut per les diverses etapes per les quals ha passat el centre des que va iniciar l'activitat fins ara. Això ens permetrà explicar com s'ha gestionat i els canvis que hi ha hagut com a conseqüència de les circumstàncies del seu entorn i dels condicionants del sector.

La UDIAT ha estat:

- Un consorci públic, en què la rendició de comptes es feia directament al seu Consell de Govern.
- Una societat anònima (instrumental), en què el seu soci únic és la Corporació Parc Taulí i la rendició de comptes es feia, i es continua fent així, al Consell d'Administració de la pròpia societat i a la Junta General d'Accionistes, que és el Consell de Govern de la Corporació Parc Taulí.

En ambdues etapes, l'entitat s'ha gestionat sota el principi d'autonomia de gestió. Mentre que en la primera etapa, quan era consorci públic, l'autonomia de gestió estava absolutament tutelada pel Servei Català de la Salut, ja que tant l'activitat realitzada com les tarifes eren marcades pel pagador, en la segona etapa la UDIAT es va trobar immersa en el "mercat" dels productes diagnòstics amb la descentralització dels productes intermedis de l'any 1999.

Ha estat una experiència singular pel caràcter públic de l'entitat en contrast amb la cultura empresarial, una situació en què ha estat involucrada com a conseqüència d'un mercat que l'ha obligat a comportar-se com una empresa privada, excepte en la rendició de comptes i sobretot en el "repartiment" de recursos, que sempre s'han dirigit a la millora dels seus processos i, com a conseqüència, a la millora de la qualitat assistencial.

LLUÍS DONOSO BACH

Lluís Donoso Bach és doctor en Medicina i especialista en Radiologia. Va assumir la responsabilitat de la direcció executiva de la UDIAT Centre Diagnòstic, SA des de l'inici i actualment ho compagina amb la direcció del Centre de Diagnòstic per la Imatge Clínic (CDIC), a l'Hospital Clínic de Barcelona.

ROSER MUÑOZ GARCÍA

Roser Muñoz García és diplomada en Ciències de l'Educació i màster en Gestió i Direcció d'Empreses per la Universitat Autònoma de Barcelona. És la directora de Gestió i Administració de la UDIAT, on va començar a treballar des dels seus inicis.

Els antecedents

El Consorci UDIAT (Unitat de Diagnòstic per la Imatge d'Alta Tecnologia) va néixer l'any 1990 amb la participació econòmica majoritària del Departament de Sanitat de la Generalitat de Catalunya.

Les corresponents aportacions dineràries es van destinar a la construcció d'un nou edifici, ubicat als terrenys cedits pel que llavors s'anomenava Consorci Hospitalari del Parc Taulí de Sabadell, i a l'equipament necessari per tal de poder portar a terme proves diagnòstiques de tomografia computada (TAC) i ressonància magnètica (RM).

El Consorci UDIAT, jurídicament establert com a consorci públic, va començar a treballar amb un aparell de TAC i un de ressonància magnètica. Disposava, a més, d'una plantilla de 24 persones, que es va incrementar fins a 32 amb la incorporació l'any següent d'un segon aparell de ressonància magnètica, i tot això ubicat en un edifici de tres pisos de 500 metres quadrats per planta, aproximadament, que fou inaugurat el 25 de febrer de 1992, ara fa tot just vint anys.

Els motius del projecte

L'any 1991 no tots els hospitals catalans podien disposar d'un equipament del que llavors era "alta tecnologia", com els TAC o les RM, fonamentalment per l'elevat cost de les inversions, però també per la manca de radiòlegs especialistes en aquestes tècniques.

En aquell moment la pràctica totalitat dels dispositius de TAC i RM eren físicament a la ciutat de Barcelona, i la resta de la població s'hi havia de desplaçar per fer-se aquest tipus de proves.

Aquests dos factors, l'econòmic i la cobertura poblacional, van ser els motius pels quals la Generalitat va posar en marxa la Unitat de Diagnòstic per la Imatge d'Alta Tecnologia al Vallès Occidental. D'aquesta manera, es cobrien les necessitats d'aquest tipus de serveis a la resta de comarques catalanes fora de l'àmbit de la ciutat de Barcelona.

Cal recordar que l'any 1991 estàvem immersos en una crisi econòmica que, si bé no presentava les característiques globals actuals, sí que tenia conseqüències similars: com ara, es buscaven solucions per donar la millor cobertura sanitària i de la millor qualitat possible amb



els recursos disponibles. La concentració de dispositius d'alta especialització i d'elevat impacte econòmic semblava una bona solució, i aquest va ser un dels motius, entre d'altres, de la posada en marxa de la UDIAT.

Podríem dir que el naixement de la UDIAT va ser conseqüència d'una crisi econòmica, la dels anys noranta.

La funció de recerca

Un altre dels objectius inicials del Consorci UDIAT va ser el desenvolupament de tecnologies de la informació relacionades amb el processament, l'anàlisi i la transmissió d'imatges mèdiques. Aquesta funció es va iniciar amb la col·laboració de la Universitat Autònoma de Barcelona.

Per portar a terme aquest objectiu es va contractar personal especialitzat, fonamentalment enginyers de telecomunicacions.

La posada en marxa

Així, doncs, en l'escenari que hem exposat, el Consorci UDIAT es va posar a treballar amb un catàleg de productes limitat en la realització de proves diagnòstiques de TAC i RM.

Ja en l'elaboració del projecte UDIAT, es va decidir abordar l'activitat assistencial organitzada per especialitats, òrgan-sistema, en comptes de fer-ho per tècniques. Es va considerar que s'havia d'oferir un abordatge ampli de les patologies dels pacients, no lligat al tipus



de recurs utilitzat i sí a uns professionals que podien oferir un abordatge integral.

Aquest enfocament organitzatiu va fer necessari arribar a un acord amb el Consorci Hospitalari del Parc Taulí per tal de compartir la plantilla de professional de l'àmbit del diagnòstic per la imatge, a fi d'estructurar i completar la dimensió del personal en l'àrea assistencial.

Aquest acord va quedar reflectit en un contracte de prestació de serveis assistencials que més endavant es va ampliar a un altre tipus de serveis: el manteniment de les instal·lacions, la compra de materials, etc.

La filosofia organitzativa del Consorci UDIAT i la proximitat física amb el Consorci del Parc Taulí va fer necessària la col·laboració entre ambdues entitats des del primer moment, i l'evolució de la UDIAT ha anat sempre acompanyada de la mà del Parc Taulí, que, a més, ha estat sempre el seu principal client.

Per tant, de bon començament ja es van gestar les bases del desenvolupament de la UDIAT: d'una banda, una organització en què el protagonista era el professional i els seus coneixements, i no la tècnica; d'altra banda, una planificació de futur pel que fa a les tecnologies informàtiques d'imatge radiològica, i encara un tercer factor: l'estreta col·laboració amb el Parc Taulí de Sabadell en tots els àmbits, els assistencials i els de relació econòmica.

La gestió interna de la UDIAT ha estat i continua essent, a hores d'ara, directament relacionada amb aquella gestació inicial.

El desenvolupament

El finançament de la UDIAT es realitzava mitjançant convenis anuals amb el Servei Català de la Salut (SCS). Era el mateix SCS qui decidia quines proves havia de fer la Unitat i a quin preu les havia de cobrar. I l'SCS també marcava l'activitat màxima, amb trams de marginalitat en el contracte. De fet, totes les demandes d'aquest tipus de proves, abans d'arribar a la UDIAT, passaven per l'Agència d'Avaluació de Tecnologies de la Generalitat, on se'n comprovava la indicació. Al cap d'un temps, la demanda es va incrementar tant, que es van produir llistes d'espera importants.

En definitiva, l'etapa en què la UDIAT va ser jurídicament un consorci públic la gestió va estar tutelada i hi va haver poc marge de maniobra, si tenim en compte que es tractava d'una situació amb "autonomia de gestió", però sí que es van poder gestionar els recursos generats.

Durant aquest període, la UDIAT va tenir resultats econòmics positius, que van ser conseqüència de l'increment d'activitat. Com que les inversions en equipament van ser d'un import elevat, a mesura que el volum de proves anava creixent baixaven els costos d'explotació, ja que el cost derivat de la maquinària era, si fa no fa, el 80% de la despesa: com més activitat menys cost per prova.

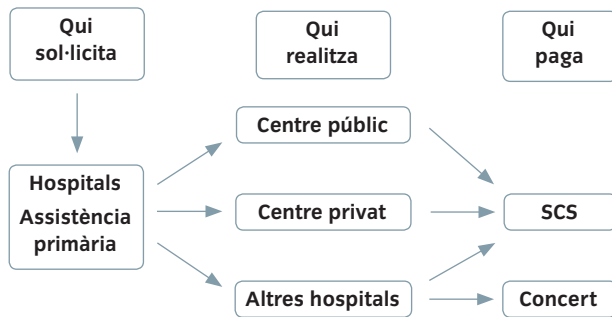
Aquests recursos generats durant anys van permetre realitzar noves inversions, que van millorar les llistes d'espera, gràcies a la renovació de l'equipament existent i un nou TAC. També van permetre continuar amb el desenvolupament dels productes informàtics de transmissió d'imatges, que tot i que es finançaven en part mitjançant projectes de recerca europeus, comportaven una despesa interna significativa.

La UDIAT presentava, l'any 1999, una situació econòmica solvent, sense necessitat de cap més aportació econòmica de la Generalitat.

La descentralització dels productes intermedis

L'any 1999, el Servei Català de la Salut va decidir descentralitzar els productes intermedis, és a dir, totes aquelles proves no finalistes i generalment diagnòstiques. Entre

Abans de la descentralització



aquests productes hi havia els TAC i les ressonàncies magnètiques.

L'SCS va distribuir les despeses que havia d'afrontar per aquests conceptes a cadascun dels hospitals i centres d'atenció primària amb els quals tenia contractada activitat clínica (ICS i hospitals concertats), és a dir, es va derivar el risc assegurador als centres i hospitals que demanaven les proves.

A partir d'aquest moment, la UDIAT va deixar de tenir concert amb l'SCS. La demanda havia d'arribar directament dels centres sol·licitants, els quals tenien plena llibertat d'escollir el seu proveïdor de serveis diagnòstics.

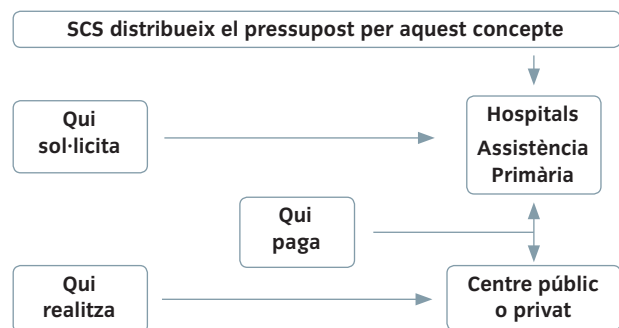
Les conseqüències d'aquest nou escenari van ser les següents:

- Es va incrementar l'oferta, ja que tots els hospitals que disposaven de TAC i RM, tant si eren públics com privats, van veure l'oportunitat d'incrementar la seva activitat sortint al mercat.
- Es va contenir la demanda, perquè els hospitals, pel fet d'haver d'administrar un pressupost propi, van prioritzar més les sol·licituds d'aquest tipus de proves.
- La competència i el mercat van produir una disminució significativa dels preus, fins a un 25% menys del que pagava l'SCS.

Aquest nou escenari va tenir diverses repercussions a la UDIAT, com ara el fet que d'un sol client vam passar a tenir tres grups de clients: l'Hospital de Sabadell (Corporació Parc Taulí), l'ICS i altres clients (més de quaranta). Amb la majoria ja es tenien tractes, en l'àmbit assistencial, derivats de l'activitat realitzada des de l'inici de la UDIAT.

Per tal de mantenir i d'incrementar la cartera de clients, la UDIAT es va veure obligada a incorporar

Després de la descentralització



dins la seva gestió temes com la funció comercial, cosa que va comportar un increment significatiu dels costos administratius.

Es va aconseguir incrementar l'activitat un 13%, però no es va poder compensar la disminució d'ingressos, que va ser d'un 12%, de resultes de la disminució tan important de les tarifes.

Com a conseqüència de la renovació de l'equipament realitzada en els últims anys abans de la descentralització, que permetia abaratir costos i tenir més capacitat productiva, l'impacte de la reducció d'ingressos no va provocar pèrdues en l'explotació. Tot i això, aquest nou escenari ja ens posava en una situació molt més complicada, ja que depeníem al 100% de les nostres "vendes" i dels resultats econòmics per tal de continuar fent inversions i incrementar el catàleg de productes.

L'anàlisi de la nova situació

Oferint al mercat proves de TAC i RM hi havia poques possibilitats de mantenir-se. D'altra banda, durant aquests set primers anys de la UDIAT, la majoria d'hospitals ja havien instal·lat el seu propi TAC i l'activitat sol·licitada d'aquest "producte" anava de baixa.

Per tal de tenir més oportunitats es va veure que oferint una gamma més ampla de serveis, en forma de paquets de productes diagnòstics, amb efectes sinèrgics, que podien comportar una millor eficiència diagnòstica, tindríem més oportunitats de competir per la cartera de clients.

Aquesta reflexió es va fer juntament amb la Corporació Parc Taulí, i va ser el principal motiu que la va portar a descentralitzar totes les proves diagnòstiques de l'Hospital de Sabadell cap a una nova societat.

UDIAT Centre Diagnòstic, SA

La societat anònima es va crear l'any 1999, coincidint amb tot l'escenari comentat abans.

Es va dissoldre el Consorci UDIAT i es van traspasar tots els actius, els deures i les obligacions a la nova societat. Des de la Corporació Parc Taulí es van segregar les activitats de Laboratori, Patologia i Diagnòstic per la Imatge.

La nova empresa tenia i té com a soci únic la Corporació Parc Taulí. Continua essent un centre públic, però es gestiona com una empresa mercantil:

- Subjecta al marc legal i fiscal de qualsevol empresa privada.
- Subjecta als requeriments d'una entitat pública, com a conseqüència de la consideració de "públic" del seu únic soci.

Una vegada realitzats tots els traspassos (el del personal d'una empresa a l'altra; la unificació de serveis com la neteja, el manteniment, la informàtica; la valoració dels actius i consolidació comptable de tots aquests moviments), trobem, analitzant el balanç resultant, una empresa solvent en què els "fons propis" representen el 70% del passiu. La UDIAT va començar amb una plantilla de 24 professionals i el 1999 l'empresa en tenia 254.

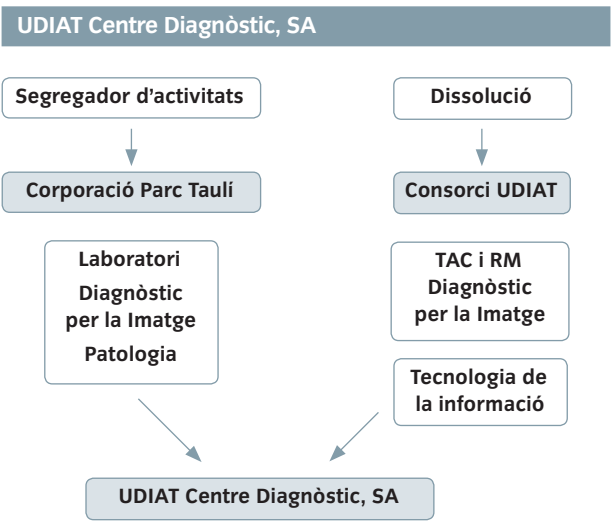
A partir d'aquest moment es plantegen nous reptes, ja no es tracta només de fer proves diagnòstiques de TAC i RM, ara es disposa d'un laboratori, s'han de fer ecografies, radiologia convencional, mamografies, ci-



tologies, biòpsies, etc. Són molts més productes que s'hauran de "vendre" per tal de mantenir i millorar aquesta situació de partida "solvent".

Els "serveis centrals" de la Corporació Parc Taulí i de totes les proves diagnòstiques que se'n deriven estaven integrades dins les "altes" contractades per l'SCS a la Corporació. És a dir, no hi havia un preu de referència per a les proves, sinó que la Corporació Parc Taulí cobrava els seus serveis mitjançant el número d'altes i altres conceptes contractats. No existia una necessitat d'establir un cost per prova. En canvi, l'antiga UDIAT sí que disposava d'aquests preus de referència, ja que era l'objecte de la seva activitat.

Per tal d'unificar criteris i establir-ne els preus, tant els que s'havien de cobrar a la Corporació Parc Taulí com a clients externs, la primera tasca de la nova societat va ser la d'elaborar el catàleg de productes i calcular els costos unitaris de totes les proves, incloent-hi els TAC i les RM, que amb un nou escenari de costos s'havien d'actualitzar.



Què hem fet en gestió d'imatge mèdica digital	
Adquirir coneixement i experiència	1992
Desenvolupar un PACS i visualitzadors	1997
Aplicació externa (teleradiologia)	1998
Desenvolupar un RIS	1999
Integració en el nostre entorn HIS	2000
Comercialització de productes	2002

La cultura empresarial

Com que es tractava d'una societat anònima, la UDIAT estava obligada a facturar a preus de “mercat”, de manera que, una vegada obtinguts els costos unitaris per prova, es va portar a terme la comparació d'aquests costos amb els preus de mercat.

Hi va haver alguns inconvenients per fer aquesta comparativa: determinades proves diagnòstiques no les trobàvem al mercat, sobretot allò relacionat directament amb l'àmbit hospitalari. A tall d'exemple, el laboratori d'urgències. Dificilment es troba al mercat i, en tot cas, el seu “mercat” seria la comparació amb algun altre dispositiu de les mateixes característiques, ubicat en un altre hospital.

Amb vista a les relacions mercantils amb altres clients que no fossin la Corporació Parc Taulí no vam tenir problemes, la demanda de proves sempre tenia la seva rèplica al mercat.

Així, doncs, es van establir els preus de transferència amb el soci únic:

- Preus de mercat on es va trobar referència.
- Preus de cost més un marge en les proves més específiques d'un àmbit hospitalari.

Amb la resta de clients, que en aquell moment només eren de TAC i RM, es va regular contractualment la relació amb la nova societat i es va reforçar la funció comercial per tal d'aconseguir incrementar les “vendes” de la resta dels nous productes que oferia la UDIAT.

Tot aquest procés va tenir un gran impacte en l'organització, sobretot en el càlcul de costos. Un tema tan prosaïc com aquest va reforçar la interacció entre tots els àmbits de la UDIAT, l'assistencial, l'econòmic i



l'informàtic. Tots els professionals amb responsabilitat es van veure implicats en el mateix objectiu: la UDIAT havia de viure, mantenir-se i millorar amb els seus propis recursos. Tothom estava interessat a veure el resultat del càlcul de costos de l'àrea de la seva responsabilitat: si el resultat demostrava eficiència, les possibilitats de generar recursos propis i reinvertir-los en la millora assistencial creava moltes i molt bones expectatives.

I així va ser. Quan es van comparar els costos amb els preus de mercat es va constatar que partíem amb bona rendibilitat econòmica.

A partir d'aquest moment, i amb l'experiència de tot el procés comentat, va néixer dins de la UDIAT una manera de treballar basada en “la cultura empresarial”. Cada vegada que es proposava un nou projecte, una nova tècnica, una nova inversió es valorava amb aquest esperit empresarial i amb els continguts següents:

- Els beneficis per als pacients.
- Els beneficis per als professionals.
- Els recursos necessaris per posar en marxa el projecte.
- La viabilitat econòmica del projecte.
- L'anàlisi del mercat potencial.
- Els riscos del projecte.
- Els impactes i els valors estratègics del projecte.

Si la valoració del projecte era positiva, es posava en marxa, sempre amb recursos propis i amb un seguiment exhaustiu per tal de rectificar possibles desviacions, tant en la vessant assistencial com en l'econòmica.

Mitjançant aquesta dinàmica es va anar ampliant la cartera de serveis de la UDIAT, amb noves tècniques i dos projectes importants: la medicina nuclear (2001) i la radiologia intervencionista (2002).

També hi va haver un altre fet important: tota la inversió realitzada en R+D respecte de la transmissió d'imatge va començar a donar els seus fruits l'any 2002, amb la venda dels productes PACS RAIM, RIS i visualitzadors.

El desenvolupament del PACS RAIM és el millor exemple de la gestió de la UDIAT. Diversos anys de recerca i la “integració” entre els informàtics i els radiòlegs permeten obtenir un producte fet a mida que havia de ser utilitzat únicament a la mateixa UDIAT, però que es converteix en el “producte estrella” i, a més, es pot vendre a altres hospitals, i que a hores d'ara ja s'ha instal·lat a bona part de Catalunya, a algunes comunitats d'Espanya i també a l'estranger. La llista de les instal·lacions s'adjunta a aquest article com a annex.

El nostre programari va permetre la consolidació d'aquest mercat i es va convertir en un referent per aconseguir nous clients en altres camps diagnòstics, com la teleradiologia.

Tot i que la teleradiologia es va començar l'any 1998, va ser amb la introducció del nostre PACS RAIM al mercat quan va començar a tenir un volum important, que s'ha anat incrementant fins avui dia. El lligam entre la venda del programari i la necessitat de donar resposta a un problema important d'aquell moment, la falta de radiòlegs, va ser un tàndem facilitador a l'hora d'ampliar la cartera de clients.

Una nova reflexió

Des de la constitució de la societat anònima fins al 2006, el mercat de productes diagnòstics havia limitat els preus per sota de l'IPC i, en canvi, l'evolució de les despeses superava aquest mateix índex. En conseqüència, era previsible una evolució d'equilibri i/o estancament de l'entitat.

Calia analitzar la situació i encetar noves estratègies que permetessin millorar aquestes perspectives.

- Anàlisi de les necessitats dels clients: no només realització de proves, sí valor afegit: l'organització (interrelació entre professional i coneixement).
- Desplegament geogràfic de les activitats com a argument per captar més mercat: Accedir a més població = més viabilitat econòmica.

Es van analitzar les necessitats dels nostres clients: no només ens demanaven proves diagnòstiques, també necessitaven assessorament i consell en l'organització dels departaments de Diagnòstic per la Imatge, en la compra de nous equips, etc.

D'altra banda, aquestes noves sol·licituds sorgien, sobretot, d'àmbits geogràfics allunyats de les comarques properes a Barcelona, i es va veure com una oportunitat el fet d'instal·lar dispositius propis fora de la UDIAT. Així és com van néixer "les aliances estratègiques" amb altres hospitals.

Amb aquesta nova estratègia, la UDIAT va començar una nova etapa comercial: la venda de productes de consultoria fonamentalment en àmbits de diagnòstic per la imatge.



A més, el 2007 es va instal·lar un aparell de ressonància magnètica a l'Hospital Residència Sant Camil, de Sant Pere de Ribes.

A hores d'ara l'estratègia continua essent la mateixa, els productes relacionats amb el PACS competeixen al mercat amb altres companyies multinacionals i la gestió comercial té un pes molt important dins l'organització, no tan sols per la venda d'aquests productes, sinó també en la resta d'àmbits de la UDIAT.

La gran diferència dels temps actuals amb els inicis de la societat és que aquesta "competència" amb altres proveïdors ens ha obligat a dotar-nos d'àrees internes que abans no eren necessàries: departaments de qualitat per obtenir i mantenir el marcatge CE per a productes RAIM, les certificacions ISO, la preparació de concursos públics, classificacions empresarials, etc., tot un seguit de requisits sense els quals no podríem oferir els nostres productes en igualtat de condicions amb les empreses privades.

D'altra banda, el 2007 la UDIAT va entrar de ple en els pressupostos de la Generalitat. Aquest fet no va comportar grans canvis en la manera de gestionar-la, sobretot pel que fa a l'organització interna, però sí que va tenir repercussions a l'hora de "reinvertir" els recursos generats. Mentre que fins aleshores per fer inversions, fonamentalment per renovar equipament o posar en marxa nous projectes, es podien buscar mitjans de finançament aliens a llarg termini, com préstecs bancaris, des d'aquell moment això ja no era possible.

Tot i això, l'any 2012 acabem d'inaugurar un nou dispositiu, el PET-TAC. Aquest nou equipament s'ha adquirit mitjançant un arrendament a quatre anys.

Conclusió

Cal recordar la missió de la UDIAT:

- Què: aportar valor afegit i de qualitat a la presa de decisions clíniques en els processos diagnòstics/terapèutics.
- Com: de forma precoç, precisa i interprofessional, integrant el coneixement i les tecnologies al seu abast.
- Per què: per donar resposta eficient i sostenible a les necessitats de les persones.

Partint d'aquí podem afirmar que la principal característica de la gestió de la UDIAT ha estat la de buscar sempre recursos externs (i quan diem externs ens referim a clients que no fossin la mateixa Corporació Parc Taulí, el soci únic de la UDIAT i el seu client principal), per tal d'invertir aquests recursos en l'assistència als pacients i en la millora de les condicions dels professionals.

Això ha comportat, com a principal avantatge, l'autonomia en la decisió d'on s'havien de destinar els recursos generats o de quins nous projectes calia posar en marxa. ■

Annex de les instal·lacions PACS-RAIM de la UDIAT

Instal·lacions d'àmbit regional

- SESCAM CASTILLA-LA MANCHA. 14 hospitals en funcionament. Cobertura d'imatge digital per a tota la xarxa sanitària de la comunitat autònoma, mitjançant un arxiu central.
- SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD. Cobertura de la imatge digital per a tota la xarxa sanitària de la Comunitat Autònoma de Cantàbria.
- SERVICIO NAVARRO DE SALUD. Cobertura de la imatge digital per a tota la xarxa sanitària de la Comunitat Autònoma de Navarra.
- SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD. Cobertura de la imatge digital per a tota la xarxa sanitària de la Comunitat Autònoma d'Aragó.
- FUERZAS ARMADAS, CENTROS SANITARIOS Y DE CAMPAÑA DEL MINISTERIO DE DEFENSA. PACS dimensionat per emmagatzemar tota l'activitat radiològica generada pels diferents centres sanitaris del Ministeri de Defensa, com també diferents unitats desplaçades.
- CONSELLERÍA DE SANIDADE E SERVIZO GALEGO DE SAÚDE.
- DEPARTAMENT DE SALUT DE LA GENERALITAT DE CATALUNYA. Pla per a la digitalització de la imatge mèdica a Catalunya.

Instal·lacions hospitalàries i centres sanitaris

- Althaia – Xarxa Assistencial de Manresa
- Alliance Medical
- Asepeyo
- Centre Mèdic Teknon (Barcelona)
- CEDIV
- Clínica Rotger (Palma de Mallorca)
- Consorci Hospitalari de Terrassa
- Consorci Hospitalari de Vic
- Consorci Sanitari del Maresme
- Consorci Sanitari de l'Anoia
- Consorci Sanitari del Garraf
- Corporació de Salut del Maresme i la Selva
- Fundació Hospital Asil de Granollers
- Hospital de Barcelona – Assistència Sanitària
- Hospital de Campdevànol – Hospital Comarcal del Ripollès
- Hospital Clínic i Provincial de Barcelona
- Hospital Comarcal de l'Alt Penedès
- Hospital Italiano de Buenos Aires (Argentina)
- Hospital Municipal de Badalona
- Hospital Mútua de Terrassa
- Hospital de Palamós
- Hospital de Figueres
- Hospital Sant Bernabé (Berga)
- Hospital Sant Jaume d'Olot
- Hospital Sant Joan de Déu (Martorell)
- Hospital Sant Rafael de Barcelona
- Institut Català de la Salut (ICS)

Instal·lació de RAIM Server PACS i RAIM Viewer

- Tota l'atenció primària de l'ICS de Catalunya
- Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida
- Hospital Universitari Germans Trias i Pujol – Can Ruti (Badalona)
- Hospital Universitari Joan XIII de Tarragona
- Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta
- Hospital Universitari de Bellvitge (Barcelona)
- Hospital Universitari Vall d'Hebron (Barcelona)
- Hospital de Tortosa Verge de la Cinta
- Hospital de Viladecans
- Institut Mèdic per la Imatge (Manresa)
- SAAS / Hospital Nostra Senyora de Meritxell (Andorra)

Perspectiva des del sector de la salut mental

AQUEST ARTICLE DEFENSA LA IDEA que el desenvolupament de la xarxa de salut mental del nostre país s'entén millor si s'analitza com un exemple de transformació social generat a partir de polítiques públiques, però especialment per la capacitat emprenedora d'empreses socials amb un fort component d'innovació i compromís. El sentit d'aquesta anàlisi no és aprofundir en la comprensió històrica, sinó extreure línies d'actuació per a la millora de la qualitat i la sostenibilitat de l'atenció sanitària i social en un moment crític que ha inaugurat un cicle nou, amb condicions molt diferents de les que hem conegut fins ara. Es pot dir que ens trobem en un procés de transformació social similar al de la salut mental de la dècada dels vuitanta, però amb una diferència radical. Avui no es tracta de com cal millorar l'atenció, sinó de com es pot fer d'una manera eficient i sostenible i en un entorn de restricció severa dels recursos públics. Una revisió crítica del desenvolupament del sector de la salut mental en àmbits fonamentals, com el tipus de cooperació publicoprivada, l'autonomia de gestió, la governança, la relació amb els professionals, el coneixement i la capacitat d'innovació, pot permetre la transferència a altres sectors en procés de transformació de les bones pràctiques i evitar els errors comesos.

ENRIC ARQUÉS

Enric Arqués és llicenciat en Psicologia per la Universitat Autònoma de Barcelona i psicòleg clínic, postgrau en Gestió i Direcció d'Entitats no Lucratives per la Universitat Pompeu Fabra i màster en Teràpia Familiar per la UAB a l'Escola de Teràpia Familiar de Sant Pau. És codirector de l'associació JOIA, una entitat que es dedica a la rehabilitació i la inserció social i laboral de persones amb trastorns de salut mental mitjançant serveis sanitaris, socials i d'inserció laboral i amb una empresa social, el CET Apunts. Així mateix, és president de Fòrum Salut Mental, una associació que agrupa vint-i-dues entitats del sector de l'atenció sanitària i social en salut mental i addiccions, per a infants i adults. El Fòrum disposa de més de cent serveis (CSMIJ, CSMA, CAS, hospitals de dia, comunitats terapèutiques, serveis de rehabilitació comunitària, rehabilitació infantojuvenil, llars residència, llars amb suport, serveis prelaborals, serveis d'inserció, empreses socials, clubs socials, serveis tutelars) i més de mil professionals.



Emprenedoria i impacte social

Fa trenta anys, quan va començar la reforma de la salut mental, no es parlava d'emprenedoria ni d'economia social ni de la capacitat transformadora de les empreses socials. Només hi havia l'àmbit públic i l'àmbit privat. D'una banda, les organitzacions sense afany de lucre eren enteses de diferents maneres: en clau caritativa, cultural, reivindicativa, però en tot cas sempre fora de l'àmbit de l'economia. D'altra banda, emprendre i crear empresa per buscar impacte social amb una activitat econòmica era quelcom insòlit.

Per això era molt difícil explicar fora de Catalunya el model de concertació públic-privat que es va impulsar al començament de la dècada dels vuitanta. Si els serveis de salut mental els prestaven entitats que no eren de titularitat pública es "privatitzava", cosa que amplis sectors consideraven que era molt negatiu.

La sorpresa era majúscula quan se sabia que el model es proposava des de sectors polítics favorables a l'àmbit públic i poc sospitosos d'afanys privatitzadors, i que hi havia organitzacions de llarga tradició, però també de creació molt recent, que s'hi comprometien. Fora de

Catalunya, molts sectors compromesos amb la reforma de l'atenció a la salut mental no van entendre ni acceptar la proposta.

Sense que en fóssim plenament conscients en aquells moments, es pot dir que l'inici de la reforma va ser en realitat un procés de transformació basat en el que contemporàniament s'anomena empenedoria i especialment empenedoria social.

Les entitats que van ser concertades tenien en comú que estaven formades per professionals de l'àmbit i que tenien la missió de transformar l'atenció pública a la salut mental pel fet de considerar-la insuficient i inadequada, i de portar-la als estàndards dels països europeus més avançats, on algunes d'aquestes persones s'havien format i amb els quals es mantenia en aquell temps alguns vincles.

Com que es volia tenir impacte social a curt termini, calia començar a crear iniciatives pràctiques. En conseqüència, els professionals van posar en marxa diferents tipus d'entitats que van entrar en la prestació de serveis sanitaris i, per tant, en la lògica de l'empresa i de l'economia des de la posició de l'emprenedoria.

La visió contemporània planteja que les persones que impulsen projectes d'emprenedoria social comparteixen un perfil en què la capacitat de visió creativa i la inquietud per donar noves respostes i transformar la

L'inici de la reforma va ser un procés de transformació basat en el que contemporàniament s'anomena empenedoria i especialment empenedoria social.

societat complementen la capacitat de risc i de gestió pròpia dels emprenedors en general.¹

L'element clau del desenvolupament del sector va residir en el fet que les administracions públiques responsables en les diferents etapes, inicialment les diputacions, singularment la de Barcelona i el Departament de Sanitat de la Generalitat de Catalunya més tard, van compartir la idea de la necessitat d'un procés de transformació de l'atenció a la salut mental, i també van apostar pel model de concertació amb les entitats de l'economia social com a palanca principal del canvi.

Els motius que fonamenten l'aposta per la concertació amb entitats de l'economia social, especialment en les de nova creació que en l'actualitat estan agrupades al Fòrum Salut Mental, estan relacionats amb les condicions necessàries per afrontar un procés de transformació ambiciós en un sector complex com és el de la salut mental.

Es requereix capacitat emprenedora, professionals amb compromís i excel·lència tècnica i capacitat d'innovació. Moltes entitats tenien en els seus actius aquests valors i per això van ser considerades com a *partners* del procés.

La capacitat emprenedora es mostrava en el fet que les entitats es van constituir i van obrir serveis d'atenció a la salut mental sense cost per a l'usuari fins i tot abans de la possibilitat de concertació de serveis. En aquests serveis els professionals coneixien i aplicaven tècniques ara molt corrents però que en aquells moments eren poc esteses (equips interdisciplinaris, abordatges psicoterapèutics, rehabilitació psicosocial, intervenció comunitària) i les entitats proposaven programes i serveis que mai no havien estat implementats al nostre país (centres de salut mental comunitaris, hospitals de dia, comunitats terapèutiques, centres de dia...).

Singularitats del sector de la salut mental

Aquesta posició inicial de *partners* d'un procés de transformació ha portat a unes característiques sectorials singulars que val la pena remarcar especialment per la

La posició inicial de *partners* d'un procés de transformació ha portat a unes singularitats del sector de la salut mental que poden tenir transcendència en el futur immediat en la sostenibilitat dels sistemes d'atenció sanitària i social.

transcendència que poden tenir en el futur immediat en la sostenibilitat dels sistemes d'atenció sanitària i social. Les entitats han assumit responsabilitats importants i riscos significatius, com ara el cost i el retorn de les inversions per adquisició o remodelació dels locals on es prestaven els serveis sense cap ajuda directa o suport al finançament per part de l'Administració pública.

La gestió econòmica financera ha estat rigorosa, no s'han generat dèficits estructurals, el nivell d'endeutament en relació amb les inversions ha estat prudent i la reinversió dels excedents ha permès generar recursos propis i una certa capacitat de maniobra. L'eficiència ha estat una pràctica quotidiana i tangible, no un discurs retòric.

La gestió del recurs humà ha tingut característiques diferencials, com sol succeir en els sectors emprenedors. La diferència fonamental és que en moltes entitats concertades de salut mental la gestió ha pogut pivotar més en el compromís professional que en la confortabilitat laboral o la defensa dels drets adquirits.

En general, les aspiracions laborals dels professionals de la salut mental han pogut separar més que en altres sectors la recerca de la qualitat en l'exercici de la professió (que inclou evidentment el reconeixement salarial) de les condicions estrictament laborals.

Durant molts anys les condicions laborals del sector van ser pitjors que en altres sectors concertats, amb diferències en les retribucions salarials del 30% en la majoria de categories. Tampoc no es van desenvolupar formes de retribució variable que incentivessin el compromís, i l'absència de sistemes formals d'incentivació durant tants anys no va permetre fixar el valor tangible i diferencial de la implicació dels professionals, que en termes generals es va mantenir en un nivell alt.

La capacitat d'innovació de les organitzacions s'ha mantingut molt dinàmica i amb continuïtat. S'han definit i implementat innovacions en molts programes i processos (pla de serveis individualitzats, millora dels serveis de rehabilitació psicosocial, atenció a la psicosis incipient, atenció al trastorn mental greu en la infantesa...).

La capacitat emprenedora ha portat a desenvolupar serveis en altres àmbits, com el social (recursos residencials, clubs socials) i el de la inclusió laboral (serveis de suport a la inserció, centres especials de treball), i

això ha comportat una nova manera d'articular les diferents polítiques públiques, que les ha fet més eficients i amb millors resultats.

Totes aquestes pràctiques fetes els darrers trenta anys no sempre s'han tingut en compte. A vegades hem constatat que el valor afegit aportat no s'ha traduït en cap acció positiva envers el sector.

En el moment dels ajustos sanitaris, l'eficiència aconseguida pel sector no va ser valorada i s'hi van aplicar els mateixos criteris generals. L'articulació que han fet les entitats de salut mental entre el sistema sanitari, el social i el d'inclusió laboral intentant millorar l'atenció transversal de les persones i els resultats en termes de salut, qualitat de vida, recuperació i d'inclusió social no ha merescut cap acció positiva dels diferents departaments implicats.

Fins ara ha estat impossible implementar una acció de govern efectiva que potenciï la intervenció transversal. Els consecutius plans integrals han arribat a ser, com a màxim, posicionaments teòrics en espera de desplegaments normatius i pressupostaris diferents.

És un dels riscos del sector emprenedors en cooperació amb el sector públic, sobretot si aquest és gestionat amb formes tradicionals (instrumentes rígids, orientació a l'estructura, burocratització, gestió pressupostària departamental). Però és un risc molt perillós, perquè el fet que hi hagi uns sistemes rígids de gestió que no incentivin o fins i tot sancionin l'aportació de valor de les entitats d'emprenedores és caure en una contradicció gairebé insalvable, i significa qüestionar d'arrel l'essència de la seva existència i de la cooperació amb el sector públic i les millores que se'n deriven.

El moment actual és un moment crític que probablement ha inaugurat un canvi de cicle en la manera d'entendre i de gestionar l'atenció sanitària i social. Ens trobem en un procés de transformació social similar al de la salut mental de la dècada dels vuitanta, però la gran diferència rau en el fet que avui no es tracta només de com cal millorar l'atenció, sinó de com es pot fer d'una manera eficient i sostenible, en un entorn de restricció severa dels recursos públics.

Fixar-se en alguns punts característics del sector de la salut mental pot ser útil per afrontar el canvi de cicle i per transferir les bones pràctiques i el coneixement

adquirit a altres sectors del sistema sanitari i social, i evitar els errors comesos.

Polítiques públiques i empenedoria

Per a una cooperació publicoprivada avançada i ajustada al context actual, des de la nostra posició hi hauria dues condicions de partida essencials.

La primera, que normalment es dona per sobreentesa però que en aquests moments caldria explicitar amb la major claredat possible, és el compromís de l'Estat i de l'Administració pública amb l'essència dels pactes socials vigents, per exemple amb el pacte sanitari (universalitat, accessibilitat, equitat). Com que es fa possible en allò que és concret, l'essència d'aquest pacte és el que necessàriament s'haurà de revisar, i de segur que amb profunditat. Però el que és difícilment admissible és que es modifiqui la universalitat del sistema sanitari i que, per tant, es torni al sistema assegurador, cosa que comporta excloure'n determinats col·lectius, en una disposició addicional d'un decret que es voldria tramitar per un procediment urgent.

La segona condició essencial és el compromís de les entitats amb els valors del sistema públic d'atenció, com l'orientació al ciutadà, el criteri clínic com a eix de les decisions orientades a les necessitats de les persones, el compromís amb la sostenibilitat i la millora contínua.

Aquestes són les bases essencials de la cooperació que s'han de fixar amb claredat, però, a més, cal assegurar una cooperació adequada que també requereix condicions. En primer lloc, una governança clara, ferma i amb

autoritat per part de l'Administració responsable, i l'existència d'entitats amb solvència tant econòmica com tècnica que es comprometin amb els valors del sistema públic. En segon lloc, es requereix un model de relació i de contractació estable basat en l'acreditació de les entitats en la seva solvència tècnica i econòmica, en la transparència i en la rendició de comptes especialment en els resultats, i que incentivi l'excel·lència tècnica.

La cooperació publicoprivada necessita el compromís de les entitats amb els valors del sistema públic d'atenció: l'orientació al ciutadà, el criteri clínic com a eix de les decisions orientades a les necessitats de les persones, la millora contínua i la sostenibilitat.

En aquest punt cal assenyalar que l'avaluació de la solvència econòmica de les entitats s'hauria de basar en els paràmetres de gestió, el balanç i el compte de resultats, no en el seu volum d'ingressos. Aquesta idea que sembla difícilment discutible ha estat qüestionada amb certa assiduitat amb missatges crítics amb les entitats petites i mitjanes pel fet de considerar-les febles en termes econòmics. No hi ha dades que demostrin aquesta relació, de la mateixa manera que el volum no és garantia de solvència econòmica, tal com la pràctica ha demostrat tan sovint. Sembla que com a predictor de bona governança econòmica és més rellevant el nivell de transparència en la rendició de comptes, la composició dels òrgans de govern de les entitats i, especialment, el seu nivell de despolitització i l'assumpció pels líders de les institucions del concepte clàssic de risc empresarial,² o el concepte més actual de l'emprenedoria social d'assegurar la continuïtat en l'impacte social amb una bona gestió econòmica.

D'altra banda, la solvència tècnica de les entitats s'ha de centrar en la qualitat demostrada de les seves intervencions i, de manera capital, en el nivell de resultats assolits, en termes de salut, de recuperació, d'inclusió.

Els sistemes de contractació i pagament haurien d'incentivar la bona governança, la solvència tant econòmica com tècnica de les entitats i els bons resultats. En els sistemes emprats fins ara poques vegades ha estat així, i aquest serà un dels reptes fonamentals en la modernització dels sistemes de concertació.

Administració transversal

Cal afrontar també una modernització de l'Administració pública, que en la seva configuració actual és més concordant amb el context i les necessitats del segle xx que les del xxi.

En l'actuació de les diferents administracions públiques, la gestió s'ha centrat en les competències i el pressupost. Això s'ha traduït en la gestió pressupostària de cada departament, que se centra exclusivament en les seves competències. També és evident que el nivell de consens i de pacte social sobre les diferents necessitats

de les persones (sanitàries, socials...) ha estat radicalment diferent. Les necessitats sanitàries han estat definides de resposta universal i fins ara sense restriccions importants. Les necessitats socials sempre han estat subjectes a les possibilitats del pressupost.

D'aquí es deriven les grans tensions per definir, per exemple, què és social i què és sanitari, o per articular intervencions transversals. Des de l'òptica de la gestió per pressupost de departament i de les competències assignades, i des d'una diferència radical en el nivell de

resposta possible, és una discussió absolutament central, encara que des del punt de vista de la necessitat de les persones sembli una discussió retòrica o burocràtica.

S'ha d'actualitzar al més aviat possible la forma tradicional de gestionar els recursos públics.

La recerca de l'eficiència, que és un imperatiu urgent ateses les circumstàncies, comporta la modificació dels criteris de gestió pressupostària exclusivament departamental, i el fet que les anàlisis amplïin el seu focus i tinguin en compte els diferents costos

directes (serveis sanitaris, farmàcia, serveis socials, etc.) i la relació entre aquests costos i els efectes en els costos indirectes (baixes laborals, prestacions...). De la mateixa manera, cal avançar en accions o plans de govern per sobre de les competències departamentals i que assegurin l'acció transversal.

La recerca de l'eficiència dels recursos públics comporta necessàriament la modificació dels criteris de gestió pressupostària exclusivament departamental, i que les anàlisis amplïin el seu focus i tinguin en compte els diferents costos directes i la relació entre aquests costos i els seus efectes en els costos indirectes.

Compromís professional

Les polítiques de recursos humans han de fer un canvi significatiu. S'han d'orientar cap a la incentivació del compromís professional com a element central i han de renunciar a la pràctica habitual de negociació de drets adquirits que es van acumulant. Aquesta orientació cap al compromís professional comporta també grans canvis en els sistemes de retribució que les entitats hauran d'implementar i que s'hauran de basar més en la responsabilització dels professionals amb els resultats clínics, de salut i d'eficiència, i hauran de permetre premiar l'excel·lència tècnica, els resultats de qualitat, la implicació, la innovació i les bones pràctiques.

Els dubtes sobre si serem capaços de modificar el paradigma són intensos. Alguns diuen que ni la repre-



sentació social voldrà apostar per un model nou ni les entitats seran capaces d'implementar sistemes que incentivin de manera clara i sense embuts el compromís, l'excel·lència tècnica i la implicació; perquè es necessiten sistemes al mateix temps àgils i complexos, i sobretot una voluntat ferma de canvi. Certament, no serà fàcil superar inèrcies anteriors, però ens hi juguem una part del futur del sistema de cohesió social que hem conegut fins ara.

L'emprenedoria social en el segle XXI

Com dèiem abans, pot ser útil el fet de considerar que estem en un procés de transformació social que consisteix a modificar moltes maneres tradicionals de fer per preservar allò que és essencial.

L'emprenedoria pot ser una de les sortides a la difícil situació que tenim plantejada, però cal entendre que el suport a l'emprenedoria també té sentit en el sector sanitari i social, i pot ser un element clau per a la seva sostenibilitat i millora, i no una manera de desmantellar el sistema. El sector de la salut mental n'és un exemple amb un llarg recorregut.

Aquest recorregut també té un punt crític fonamental: el que ha aportat el sector no ha estat prou valorat i amb el temps les entitats alguna vegada han acabat visualitzant la seva activitat únicament com a pro-

veïdora de serveis, i no s'han vist com a *partners* d'un procés de millora.

Ara la situació no requereix proveïdors de serveis, només; necessita empreses socials molt actives que actualitzin el compromís amb la millora i que continuïn innovant per tenir millors resultats i més impacte en un entorn de restricció dels recursos públics.

Per aconseguir-ho s'han d'activar molts processos. Cal desenvolupar acords i aliances tant per a la millora de l'eficàcia, cosa que vol dir una millora tangible dels resultats en els ciutadans, com per a la millora de l'eficiència, i això significa minimitzar els costos compartint alguns processos de la cadena de valor. S'han d'activar els processos d'emprenedoria existents o de nova creació, de manera singular a aconseguir les inversions necessàries amb formes noves (*social business angel*, capital risc social...). I potser també cal portar a terme el procés més important, que és renovar el compromís dels emprenedors i de les polítiques públiques en la sostenibilitat i la millora dels nostres sistemes de cohesió social. El repte del sistema sanitari segurament és com fer sostenible un sistema que ha assolit un bon nivell de qualitat. Per al sector de la salut mental, el repte és com es pot continuar un procés de millora i de transformació de la resposta que la nostra societat dona a la situació de les persones que tenen un trastorn de salut mental. ■

Notes

1. Bones pràctiques internacionals de suport a l'emprenedoria social. Barcelona: Generalitat de Catalunya, gener de 2012.
2. Repensant el model sanitari català. Barcelona: La Unió, setembre de 2011.

L'emprenedoria pot ser una de les sortides a la difícil situació que tenim plantejada, però cal entendre que el suport a l'emprenedoria també té sentit en el sector sanitari i social, i pot ser un element clau per a la seva sostenibilitat i millora, i no una manera de desmantellar el sistema.

Autonomia en la gestió.

Visió pràctica des del punt de vista de **l'atenció a la dependència**

LA LLEI DE PROMOCIÓ de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència del 2006 va ser la culminació d'una llarga i profunda reflexió entorn d'un problema social creixent davant el previsible canvi demogràfic. Malgrat que es va reafirmar el caràcter multicausal i multidimensional de la dependència i que va significar un avenç inqüestionable en aquesta branca de l'atenció sociosanitària, anys després del seu sorgiment sembla oportú fer una redefinició de les actuacions amb vista a un model més flexible que sigui capaç d'integrar les diverses realitats associades a aquest fenomen social. Per fer-ho possible, és imprescindible un nou marc en què l'eficiència i la sostenibilitat de la gestió en siguin els fonaments. La revisió de la cartera de serveis, el replantejament de les estratègies d'optimització de recursos, la inclusió d'una gestió de casos, la comunicació i la coordinació sistemàtica entre els diversos nivells d'atenció i les noves formes de col·laboració entre el sector públic i el privat són qüestions primordials per tal de millorar el sistema global prenent sempre com a eix fonamental la persona. En aquest context, SARquavitaie ha anat ajustant la seva gestió interna cap aquesta direcció a partir del seu coneixement i experiència en l'atenció sanitària i social a persones en situació de dependència. La creació d'un model sòlid de gestió empresarial i d'un model assistencial amb voluntat integralista, i també una forta aposta per la innovació i la qualitat, han estat els factors que han beneficiat l'explotació del seu potencial com a organització especialitzada. Davant els reptes de futur, com la necessitat de reorientar l'atenció social i sanitària cap als crònics, la gestió pròpia de la farmàcia i la instauració definitiva del model de medicina personalitzada, SARquavitaie continua buscant mesures eficaces que aportin valor no només als usuaris, sinó també a les seves famílies: l'acció social com a motor d'una gestió més rendible alhora que humanitzada.

JORGE GUARNER

Jorge Guarner és enginyer industrial per la Universitat Politècnica de Catalunya i MBA per l'IESE. Va iniciar la seva carrera professional als anys vuitanta ocupant diversos càrrecs directius en els sectors de l'acer i el tèxtil. L'any 1996 es va incorporar al Grup Confide com a conseller delegat de RESA (Residència de Estudiantes, SA), societat participada per aquest mateix grup. El 2003 va ser nomenat conseller delegat del Grup SAR (Serveis Residencials i Assistencials), que amb l'adquisició el 2010 de l'empresa Quavitaie a MAPFRE i Caja Madrid es va convertir en SARquavitaie. Amb un treball molt actiu en el sector, Jorge Guarner és president de l'Associació d'Empreses de Serveis per a la Dependència (AESTE), patronal que agrupa les dotze empreses nacionals més rellevants del sector en l'atenció a la dependència. De la mateixa manera, és membre del Comitè Consultiu del Ministeri de Sanitat, Política i Igualtat per a la Llei de la dependència, membre de la Junta Directiva de la CEOE i conseller de l'IMSERSO.



Introducció

En els últims cinquanta anys, l'atenció a la dependència ha experimentat notables transformacions tant en la visió teòrica com en la vessant assistencial. L'aparició al llarg de la dècada dels vuitanta d'un bon nombre d'estudis de caràcter internacional va proporcionar elements clau per abordar la prevenció i la planificació de l'assistència de patologies cròniques. Va ser en aquest moment quan el concepte de diagnòstic funcional (basat en la valoració interdisciplinària) i la necessitat de dur a terme una valoració social i econòmica dels individus en situació de dependència van guanyar rellevància. A Catalunya es va crear el programa Vida als Anys amb l'objectiu de trobar un model mitjançant el qual es poguessin unificar els serveis socials i sanitaris per millorar la qualitat de vida dels malalts crònics i adequar-hi la prestació dels serveis.

Al començament del segle XXI, els factors que assenyalen la urgència d'establir mesures legals estan clarament identificats. L'envelliment de la població, el

fet que s'esperava que els índexs femenins d'activitat augmentarien en el futur i les evidents mutacions que presentava el tradicional model de família feien pensar que l'atenció de les persones dependents s'havia de transformar (Casasnovas i Casado, 2001).

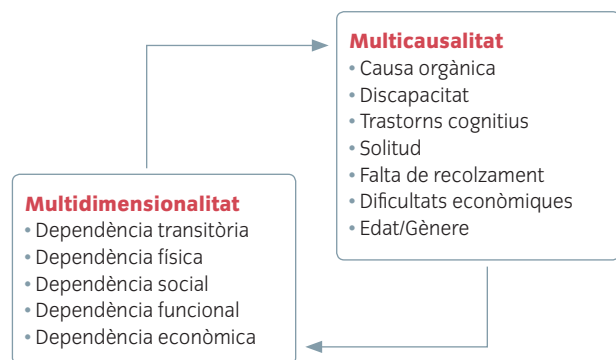
El desenvolupament de l'àmbit específic de la dependència ha significat el reconeixement multidimensional d'aquest fenomen i la confirmació posterior que les situacions de cronicitat que poden o no generar dependència en la majoria dels casos tenen el seu origen en una patologia.

L'aprovació de la Llei de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència ha fet més evident que la demanda reclama la creació d'un model estable que sigui capaç d'integrar el diagnòstic multidisciplinari i la correcta coordinació entre serveis. Si bé la llei va significar un avenç legislatiu clau en l'atenció a les persones, encara és necessari introduir-hi elements de millora en benefici d'una eficiència més acurada.

1. Un nou marc per a l'eficiència i la sostenibilitat

És convenient per als propers anys plantejar un nou marc fonamentat en la sostenibilitat i en la voluntat de millora de l'eficiència. L'aprofundiment en l'atenció a les persones hauria de ser un dels eixos primordials i, en aquesta línia, un model d'assistència més flexible

Figura 1. Multicausalitat i multidimensionalitat de la dependència



en la provisió –però igualment sòlid– que obri el camí cap a una atenció més ajustada i coherent amb les circumstàncies específiques de cada individu. La personalització de l'atenció és rellevant per assegurar el màxim respecte envers els usuaris. El disseny de la gestió que se'n deriva no pot perdre mai més de vista aquest referent, ja que en algunes situacions del passat ha estat desplaçat a favor d'altres interessos: “[...] el primer y principal reto al que tiene que responder, hoy y aquí, la gestión de servicios sociales es el reto del respeto a la dignidad y la promoción de la autonomía y el ejercicio de los derechos de sus destinatarias y destinatarios.” (Fantova, 2007, pàg. 11). En aquest sentit, el respecte a la dignitat de la persona, a la seva integritat física i moral, i a l'exercici responsable de la seva llibertat constitueixen els punts cardinals de l'ètica de la cura (CEA SARquavitaie, 2007).

En aquest context, hi ha elements de canvi necessaris com la introducció de la gestió de casos com a eina indefugible, atès que s'ha concebut a partir d'una intervenció holística (Sarabia, 2007), i la coordinació formal entre els diferents serveis comunitaris, és a dir, la comunicació sistemàtica i directa entre els professionals que intervenen en les diverses etapes del procés assistencial. També l'establiment d'uns criteris comuns de derivació de pacients i canals de comunicació i coordinació fluids amb el sistema sanitari reforcen la gestió de casos, sempre que es defineixin clarament les competències i s'estableixin uns acords envers quins són els supòsits que han d'activar la intervenció.

Un marc potencialment més sostenible requereix redefinir les estratègies d'optimització dels recursos. Per exemple, en el cas de les residències que disposen d'equips assistencials propis es podrien destinar llits per a persones amb necessitats clíniques d'alta complexitat derivades d'hospitals d'aguts per tal d'alleujar els llits ocupats per malalts crònics. Actualment, la complexitat de les persones que atenem en centres residencials és elevada i gairebé el 70% pateixen d'algun tipus de deteriorament cognitiu. Hi ha diverses experiències en l'atenció d'aquest tipus de pacients en residències que han resultat molt positives, i a més han representat una reducció de costos i una millora de l'eficàcia.

Una altra qüestió rellevant és la importància d'un finançament adequat d'aquestes places amb sistemes innovadors mitjançant un mòdul sanitari, com ara un mòdul sanitari en centres residencials acreditats (públics o privats) amb una part hotelera que ja estigui prèviament finançada per l'ICASS o per l'aportació del mateix usuari. Aquesta proposta té el valor afegit

Figura 2. Relació entre els principis d'intervenció i els criteris de qualitat

Principis d'intervenció

- Possibilitat d'elecció
- Respecte per l'autonomia
- Participació
- Continuitat
- Intervenció integral



Criteris de qualitat

- Diversitat
- Prevenció i rehabilitació
- Interdisciplinarietat
- Coordinació / Complementació
- Convergència

d'evitar les situacions de duplicitat, és a dir, aquelles en què un mateix pacient és tractat per dos metges i/o dues infermeres alhora, i al mateix temps comporta una millora de l'atenció i un estalvi per al sistema.

D'altra banda, per tal d'assegurar un bon servei resulta rellevant prioritzar la qualitat assistencial i reconèixer el valor de l'especialització en l'acreditació dels serveis (Fundación Edad&Vida, 2012). Atendre les discapacitats més greus segons el grau de dependència requereix una organització assistencial, una dotació de recursos humans i tècnics, i també un ajust pressupostari que estableixi una clara diferència quant a la gestió del servei. En aquest sentit, la formalització d'aquest reconeixement és fonamental per dur a terme la necessària reorganització del sector de l'atenció a la dependència, la transformació de la qual esdevindrà clau els propers anys per a l'eficiència de la totalitat del sistema.

Considerant l'escenari actual, la introducció i el desenvolupament de models que aboquin instruments de gestió autònoma poden constituir un gran actiu per a les administracions i organitzacions que operen en els sectors socials i sanitaris. De fet, s'ha reconegut que els professionals que assumeixen riscos jurídics i econòmics en la provisió estan més implicats i satisfets en oferir el servei (Ledesma, 2012). En la mateixa línia, “[...] es necesario incrementar la capacidad de decisión del profesional, dentro de la organización de su actividad, incluyendo la posibilidad de poder gestionar los recursos necesarios para llevarla adelante. Esto implica su participación en todo el proceso: planificación, desarrollo y consecuencias de los resultados, incluidos los circuitos de mejora. Por lo tanto, se asumirán riesgos y beneficios. Al final, se espera que los servicios sanitarios incrementen su calidad y permitan cubrir todas las demandas” (Jurado Moreno et al., pàg. 39). Aquesta filosofia és molt necessària en els serveis d'atenció a la dependència, en els quals la professionalització i l'eficiència són encara assignatures pendents en bona part del sector.

2. Línies de millora de l'eficiència: l'experiència SARquavita

El repte dels sistemes sanitaris i socials actuals és, d'una banda, l'atenció a persones amb malalties cròniques i/o en situacions de fragilitat i, de l'altra, l'optimització en el consum dels recursos per tal d'assolir una sostenibilitat en el conjunt del sistema. SARquavita, amb la seva expansió en disset autonomies, mitjançant quatre línies de serveis molt diferenciades però complementaries, i oferint entorn d'11.000 places residencials i sociosanitàries, ha assumit aquest desafiament.

Des de fa més d'una dècada, SARquavita desenvolupa una política d'autonomia en la gestió dels centres i serveis mitjançant la qual els professionals tenen la capacitat de controlar les diferents àrees a partir d'unes directrius comunes establertes per a tota l'organització. Aquest procés de descentralització de la responsabilitat i de l'operativa es fonamenta en el desenvolupament i la consolidació d'un sistema de gestió autònom, caracteritzat per la utilització d'eines de supervisió desenvolupades pels professionals, i en sistemes d'informació integrats molt potents que permeten compartir la informació clau tant assistencial com econòmica i operativa.

L'èxit d'un sistema de gestió autònoma d'aquestes característiques es fonamenta en deu pilars bàsics:

1. La construcció d'un model de gestió empresarial sòlid, basat en un pla estratègic de llarg termini fo-

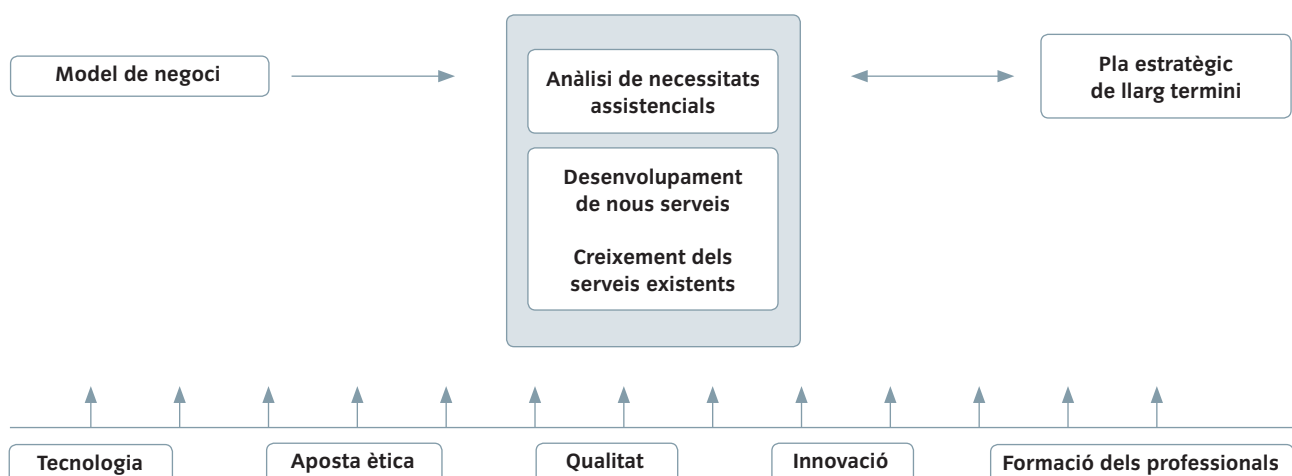
nementat alhora en l'anàlisi sistemàtica de les necessitats assistencials i orientat cap al desenvolupament de nous serveis que facin créixer la cartera dels serveis que ja existeixen. Tot això prenent com a base la promoció de les noves tecnologies, l'aposta ètica, la qualitat, la innovació i la formació de professionals.

2. La definició d'un model assistencial centrat en la persona, integral, integrat i multidisciplinari. S'aplica mitjançant un sistema de gestió integral, l'eix central del qual són les persones amb necessitats sanitàries i socials, sobre la base del treball en equip i la comunicació fluida, i en el qual té un paper central la gestió de la informació per mitjà d'una potent plataforma tecnològica específica i adaptada a les diferents àrees clau. La història clínica informatitzada i compartida n'és un bon exemple. L'èxit del model assistencial rau en el rigor i la transparència dels seus mecanismes permanents de seguiment, l'avaluació i el control, mitjançant quadres de comandament econòmics i assistencials que ofereixen informació sobre indicadors clau de cada línia de servei.

3. L'avaluació de l'efectivitat de les intervencions. S'analitza l'efectivitat de les intervencions i el seu impacte en la salut i el benestar de les persones, amb l'objectiu de desenvolupar actuacions clíniques i teràpies d'intervenció que siguin aplicables i cost-efectives.

4. La gestió pròpia dels serveis de farmàcia. Els centres autogestionats haurien de disposar d'un servei

Figura 3. Model de gestió empresarial sòlid a SARquavita





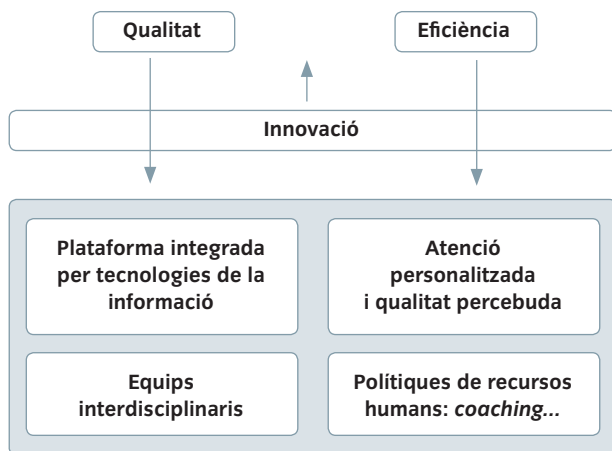
de farmàcia, cosa que no tan sols representaria una millora econòmica, sinó també de la gestió. Així mateix, s'eliminarà la duplicitat que es dona actualment quan un malalt depèn de diversos especialistes i es deixaria de banda la paradoxa actual que un metge és qui diagnostica i un altre qui recepta (millora, per tant, de la freqüent polifarmàcia que presenten aquest tipus de pacients).

5. L'aposta pels sistemes d'informació integrats per mitjà de la creació d'una plataforma informàtica única que permeti gestionar i avaluar tots els aspectes de treball (assistència, finances, personal, manteniment, explotació i anàlisi de dades).
6. Una política de recursos humans basada en la gestió de les persones i la identificació de les capacitats i les potencialitats dels nostres 12.200 professionals. En el procés de gestió resulten clau els mecanismes de control de l'absentisme, que va passar d'un 2,61% el gener del 2011 a un 1,85% l'abril del 2012, amb una disminució del percentatge de dies AT/IT, ja que es va passar del 5,69 el 2007 al 3,86 l'any 2010. A SARquavita el 84% de les persones tenen un contracte indefinit, un fet que és una variable clau en la consolidació de la qualitat de l'atenció.
7. El seguiment, l'avaluació i la millora de la qualitat. SARquavita inicia el seu camí en el món dels sistemes de la gestió de la qualitat fa més de vuit anys

amb la certificació del seu model assistencial i de gestió en la norma ISO 9001. Aquest model implica una manera de treballar per processos, per mitjà d'un sistema documental, que constitueix la base de la gestió de la qualitat i forma part del treball diari dels nostres professionals. Per això no es veu el sistema de qualitat com un procés aliè a la gestió diària de l'organització, sinó que està integrat en tota la seva activitat. A partir del 2011, la companyia va començar a impulsar un pla global que permetia complir de forma integrada i simultània amb els requeriments de les normes de sistemes de gestió de qualitat (ISO 9001) i de serveis per a la promoció de l'autonomia personal (UNE 158001), el sistema de gestió ambiental (ISO 14001) i el sistema de gestió de la seguretat i salut en el treball (OHSAS 18001). Aquell mateix any va aconseguir la certificació en aquestes normes. El fet de disposar d'un sistema integrat de gestió ofereix, entre d'altres, els següents avantatges: tenir un únic sistema documental per a totes les normes, incloure la política i els objectius de cadascun dels sistemes i elaborar un sol informe de revisió per a la direcció i per realitzar auditories integrades. En definitiva, permet dur a terme la gestió dels sistemes de manera uniforme i conjunta per a totes les normes.

8. La gestió eficaç del coneixement i l'aposta per la innovació. Pel que fa a la primera, resulten clau la transferència de coneixements i experiències gene-

Figura 4. Qualitat i eficiència com a factors innovadors



rats en l'àmbit assistencial, el *benchmarking* i l'anàlisi de tendències, la transversalitat (interconnexió entre departaments i lideratge compartit), el treball en xarxa (entre els centres i els serveis de la companyia) i l'avaluació dels resultats. Pel que fa a la segona, consisteix a buscar la innovació en els nous productes, serveis i models de comercialització que puguin afegir valor al sistema global.

9. Una política de compres basada en l'establiment del procés, l'eina i els punts de control: la centralització de proveïdors, la seva avaluació trimestral, la internalització i la definició de gammes.
10. El desenvolupament de fórmules de col·laboració públic-privat per a la prestació dels serveis. Des de l'òptica de la col·laboració públic-privat, s'hauria d'impulsar la transformació del sistema assistencial introduint-hi nous mecanismes de gestió de persones i d'infraestructures amb una millora de l'eficiència en els processos d'atenció. Aquesta col·laboració permetria optimitzar recursos i reduir-ne el cost mantenint la qualitat dels serveis. Per exemple, es podrien potenciar els centres residencials amb equips assistencials propis que ja assumeixen de forma plena i amb total responsabilitat les cures dels seus usuaris, tracten una població amb pluripatologia i malalties cròniques (són equips experts), preveuen recaigudes i moltes vegades tracten aguditzacions, de manera que en redueixen les derivacions hospitalàries. Són proactius i gestionen la relació amb l'especialitzada.

3. Perspectives de futur en l'organització dels serveis de dependència

D'acord amb la seva experiència en l'atenció a persones en situació de dependència, a SARquavitae defensem la necessitat d'un model sostenible, diversificat i dirigit a la creació de valor per a aquest sector d'atenció. Per això fem aquestes propostes concretes:

1. Desenvolupar serveis domiciliaris sanitaris i socials amb una perspectiva preventiva.
2. Flexibilitzar la compra de serveis per tal que hi puguin haver centres molt especialitzats en alta complexitat i malalties avançades, i d'altres de caràcter més social i menys sanitari per a persones amb patologies socials, cadascun d'ells acreditat segons el nivell d'atenció que proporcionin.
3. Impulsar centres sociosanitaris d'alta resolució per a malalts subaguts i postaguts, amb una forta coordinació amb els serveis comunitaris per poder derivar al domicili.
4. Avançar en les noves tecnologies per desenvolupar una gestió cada vegada més eficaç al domicili, impulsant l'autocura i la responsabilització de la salut pròpia.
5. Avaluar i fer recerca per intervenir partint de l'evidència científica i proporcionar a l'Administració eines per poder planificar millor.

La gestió dels recursos ha de poder ser compatible amb una òptima organització dels implicats i dels professionals que hi intervenen. La implantació definitiva del model d'atenció social i sanitària personalitzada, atesa la seva plasticitat, s'ha de veure, en aquest sentit, com una via vàlida per assolir aquesta fita: "És evident que es plantegen nous reptes a mesura que la pressió per personalitzar l'atenció continua creixent. Els proveïdors de serveis tenen una oportunitat clara per adaptar-se al nou paradigma assistencial i proporcionar serveis dirigits als pacients de forma individualitzada" (PwC & HOPE, 2011, pàg. 17, traducció pròpia).

La tasca pendent i prioritària que té l'atenció social i sanitària és la de reconduir l'atenció als crònics al cor

del sistema. I aquesta transició i la resta de processos associats a la gestió haurien de ser concebuts ara i sempre en el marc d'un sistema caracteritzat per la transparència de les activitats i la sostenibilitat, sobre la base d'una responsabilitat compartida entre els diferents agents que vetllen per la salut i el benestar dels ciutadans. ■

Bibliografia

- CASASNOVAS, G.L.; CASADO, D. Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro. Colección Estudios Sociales – Fundación la Caixa. 2001.
- CEA SARquavitae. Criteris ètics SARquavitae. Barcelona: SARquavitae, 2007.
- FANTOVA, F. Nuevos modelos de gestión de los servicios sociales. I Fòrum de Serveis Socials Municipals, Diputació de Barcelona, 28 i 29 de març de 2007. Document electrònic en línia: [http://www.fantova.net/restringido/documentos/mis/Gesti%C3%B3n/Nuevos%20modelos%20en%20gesti%C3%B3n%20social%20\(2005\).pdf](http://www.fantova.net/restringido/documentos/mis/Gesti%C3%B3n/Nuevos%20modelos%20en%20gesti%C3%B3n%20social%20(2005).pdf).
- FUNDACIÓN EDAD & VIDA. Modelo de acreditación de servicios de atención a personas mayores en situación de dependencia. Modelos de servicios y condiciones básicas para la acreditación en España. Madrid: Senda Editorial, S.A., 2012.
- JURADO MORENO, J. et al. Autogestión en la atención primaria española. Document electrònic en línia: http://www.semg.es/doc/documentos_SEMG/autogestion_ap.pdf.
- LEDESMA, A. “¿Autogestión o autonomía de la gestión?” Informe SESPAS 2012. Gaceta Sanitaria, 2012; 26 (S), pàg. 57-62.
- PwC & HOPE (European Hospital and Healthcare Federation). Personalised Medicine in European Hospitals, 2011. Document electrònic en línia: [http://kc3.pwc.es/local/es/kc3/publicaciones.nsf/V1/765DD8AB19C2C116C1257991002E2984/\\$FILE/Persmedicine.pdf](http://kc3.pwc.es/local/es/kc3/publicaciones.nsf/V1/765DD8AB19C2C116C1257991002E2984/$FILE/Persmedicine.pdf).
- SARABIA, A. “La gestión de casos como nueva forma de abordaje de la atención a la dependencia funcional”. Zerbitzuan, 2007; 42, pàg. 7-17.

L'ÀMBIT DE LA SALUT
NO HAURIA DE PARAR
MAI DE MILLORAR.

ELS SEUS
PROFESSIONALS,
TAMPOC.



MÀSTERS I POSTGRAUS DE CIÈNCIES DE LA SALUT DE LA UOC

MÀSTERS UNIVERSITARIS

- Telemedicina
- Nutrició i salut
- Psicologia, salut i qualitat de vida

- *Clinical Tuberculosis (TB) Management*
- Dependència

MÀSTERS

- Direcció executiva d'hospitals
- Gestió clínica
- Planificació i disseny de centres sanitaris
- Sistemes de TIC salut
- *Food, culture and territory*
- Alimentació, societat i polítiques alimentàries internacionals
- Bioinformàtica i bioestadística

POSTGRAUS

- Treball social sanitari

ESPECIALITZACIONS

- Ultrasonografia endoscòpica (USE)

Matrícula oberta. Inici: octubre 2012



Consulta tots els màsters i postgraus de Ciències de la Salut a www.uoc.edu.



UOC&PLUGGED
Encara no coneixes el primer repte
ciutadà d'idees obert a tothom?
mentsobertes.uoc.edu/plug



**INSTITUT
INTERNACIONAL
DE POSTGRAU**

Cuidar los Recursos



Proteger el Clima

Science For A Better Life

El cambio climático es uno de los grandes desafíos de la actualidad. Por eso, Bayer quiere contribuir activamente a reducir la "huella climática", concepto que simboliza el impacto negativo que las actividades del hombre producen sobre el clima.

Con el "Programa Climático de Bayer", la compañía promueve medidas para proteger el clima y afrontar el cambio climático. Así, el "Análisis Climático de Bayer" es un nuevo instrumento para reducir las emisiones de CO₂ en los procesos de producción.

Con ayuda de la biotecnología moderna, aumentamos la resistencia de los cultivos al calor y a la sequía, una oportunidad para la agricultura de superar las consecuencias negativas del cambio climático.

Para disminuir el consumo de energía en edificios industriales o de oficinas, hemos desarrollado, junto a nuestros socios, el "Edificio Comercial Ecológico". Sobre la base de aislamientos de poliuretano de alto rendimiento y del uso de energías renovables, este tipo de edificio cubre por sí mismo todas sus necesidades energéticas. Se trata de un concepto constructivo de cero emisiones adaptable a distintas zonas climáticas del planeta. www.bayer.es



Bayer:

HealthCare

CropScience

MaterialScience

III Convocatòria de Casos de l'Observatori de la Cooperació Publicoprivada en les Polítiques Sanitàries i Socials

La cooperació publicoprivada (CPP) és una eina clau de les polítiques públiques i privades que donen suport a l'activitat econòmica i social. Les polítiques públiques en els serveis sanitaris i socials no són una excepció, i incorporen massivament la cooperació publicoprivada. La crisi accentua la necessitat d'aquesta cooperació; les modalitats pública i privada de provisió de serveis de salut semblen destinades a coexistir.

La gestió de la cooperació publicoprivada exigeix aprenentatges i canvis en les cultures, en les percepcions, en els instruments de gestió i en els rols dels directius públics i privats.

La Unió i el Programa PARTNERS d'ESADE volen donar resposta a aquestes exigències d'aprenentatge. Per aquest motiu, uneixen forces per establir la tercera edició de l'Observatori de la Cooperació Publicoprivada en les Polítiques Sanitàries i Socials (Observatori).

L'Observatori vol captar especialment les següents dimensions:

- Les especificitats de lideratge i gestió de la CPP sanitària i social
- Els condicionants estructurals i contextuals de la CPP sanitària i social
- La responsabilització, valoració i avaluació de la CPP sanitària i social
- Les dinàmiques temporals i processuals de la CPP sanitària i social

OBJECTE DE LA CONVOCATÒRIA

L'Observatori busca, entre els membres associats de La Unió, experiències positives de CPP que hagin assolit els resultats previstos pels programes de política pública en els quals s'emmarquen. Es pretén cobrir tot l'espectre d'eines i modalitats de cooperació publicoprivada. Per tant, les experiències enviades s'han de poder incloure en:

- Compra de béns o serveis: una entitat pública compra, a un actor privat, béns o serveis que són *inputs* necessaris per produir el servei públic.
- Subcontractació i concessió de la producció dels serveis públics: una entitat pública delega (a través de compra o drets d'explotació), a un actor privat, la producció d'un servei públic.
- Finançament privat de la inversió pública: un actor privat finança un equipament

públic a canvi de la compra de serveis de manteniment, la concessió dels drets d'explotació o la subcontractació de la producció del servei públic.

- Aliances interorganitzatives: els agents públics i privats adopten formalment estratègies d'acció col·laborativa, tot mantenint la independència entre ells. La col·laboració pot estar formalitzada de moltes maneres diferents, com ara una empresa privada o una fundació de participació mixta.

LLIURAMENT DE PREMIS

El lliurament de premis tindrà lloc el mes de gener de 2013 a la seu d'ESADE. Per a més informació sobre l'Observatori i les experiències guardonades podeu consultar www.uch.cat i www.esade.edu.





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