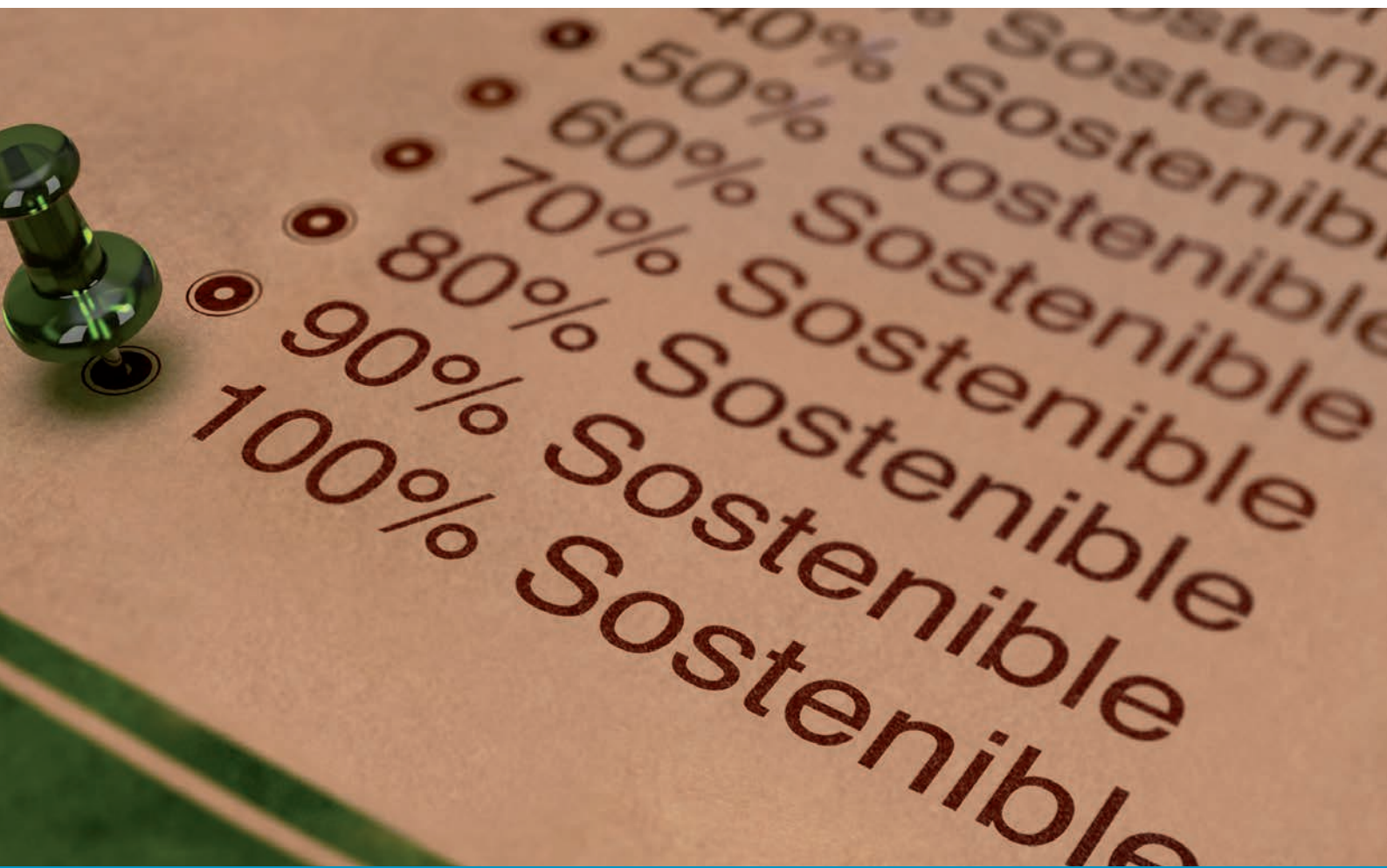


REFERENT ^{NÚM.} 12

PAPERS DE LA **FUNDACIÓ UNIÓN**

NOVEMBRE 2013



SOSTENIBILITAT A LES ENTITATS SANITÀRIES I SOCIALS

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


FUNDACIÓ UNIÓN

SOSTENIBILITAT A LES ENTITATS SANITÀRIES I SOCIALS

- 5 Editorial. Sostenibilitat i compromís**
Helena Ris · Directora general de la Unió Catalana d'Hospitals i de la Fundació Unió
- 6 Sostenibilitat i excel·lència del sistema sanitari català en èpoques de crisi**
Roser Fernández · Secretària general del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya
- 12 Projecte Essencial: afegint valor a la pràctica clínica. Experiències en gestió i avaluació de resultats**
Cari Almazán · Responsable de l'Àmbit d'Avaluació de Tecnologies Sanitàries i e-Salut de l'Àrea d'Avaluació de l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS)
- 20 Sostenibilitat des del punt de vista d'optimització de recursos en el territori**
Vicenç Martínez · Gerent de l'ICS a Girona i de l'IAS (Institut d'Assistència Sanitària)
- 26 La teledermatologia, una aposta per l'eficiència i la sostenibilitat**
Dolors Vila · Cap del Servei de Dermatologia de la Fundació Althaia, Xarxa Assistencial Universitària de Manresa
Josep Vidal · Adjunt a la Direcció d'Afers Assistencials de la Gerència Territorial de l'ICS a la Catalunya Central
Elisabet Descals · Directora de l'EAP Manresa 2
- 30 Coresponsabilització del pacient. Experiència del projecte Pacient Expert Catalunya® en MPOC a l'ABS Vic Sud (EAP Vic SLP)**
Marta Serrarols (gerent), Eli Marcé i Beatriz San José (responsables de l'educació a grups de pacients) · EAP VIC SLP
- 36 La innovació en hospitals no grans del SISCAT. T'atreveixes a somiar?**
Antoni Yuste · Gerent de la Fundació Privada Sant Antoni Abat i director de Docència, Recerca i Innovació del Consorci Sanitari del Garraf
- 40 How Can Innovation In a Large Academic Hospital Contribute To Improve Efficiency From The Perspective of The Health Care System?**
Joan Bigorra · Director d'Innovació de l'Hospital Clínic de Barcelona
- 46 Avantatges de la col·laboració publicoprivada**
Manel Peiró · President del Banc de Sang i Teixits i director de l'Executive Master en Direcció d'Organitzacions Sanitàries d'ESADE
- 50 The advantages of the public and private collaboration: attending to the experience of Dr Foster Intelligence**
Tim Baker · CEO de Dr Foster
- 54 Recursos físics: edificis sostenibles**
Jaume Duran · Director general de la Fundació Sanitària de Mollet
David Barrachina · Director d'Infraestructures de l'Hospital de Mollet
- 62 La gestió dels recursos humans en un entorn de sostenibilitat**
Josu Sobrino · Director de Recursos Humans de la Fundació Puigvert
- 68 La innovació i l'emprenedoria dins una nova concepció cultural de la infermeria**
Montserrat Antonin · Directora de l'Escola Universitària d'Infermeria Gimbernat
- 72 La decència es sostenible. Tambien en la componente sanitaria del Estado del bienestar**
Vicente Ortún · Degà de la Facultat de Ciències Econòmiques i Empresariales de la Universitat Pompeu Fabra

REFERENT · NOVEMBRE 2013

Consell Assessor

President

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

Membres

Montserrat Antonin · Directora de l'Escola Universitària d'Infermeria Gimbernat

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

Marta Elorduy · Vicedegana de la Facultat de Medicina de la UIC

Salvador Guillermo · Secretari general de FEPIE

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

Joan Profitós · President del Consell d'Administració IAS

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, Cristina Aragüés · Comitè de Direcció de la Unió Catalana d'Hospitals

Realització

hores.com

Disseny gràfic

Albert Roca

Fotografies

Fris Imatge (pàg. 20)

Pepo Segura (pàg. 56)

123RF (pàg. 31, 38, 41, 42, 47, 51, 69)

Impressió

GR Impressors

DL: B-12.544-2009

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.

IV Edició dels Premis La Unió a la Innovació en Gestió 2013

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 2013.

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 2013.

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'explotació 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

Editorial

Sostenibilitat i compromís

EL MODEL SANITARI I SOCIAL CATALÀ és fruit de l'evolució de la història del nostre país i del consens polític expressat en la voluntat de donar garantia del dret a l'assistència, en aquests àmbits, als ciutadans. Al llarg dels anys aquest model s'ha desenvolupat amb la contribució històrica de la societat civil. Ara, aquest model eficient i de qualitat, cal revisar-lo per tal que sigui sostenible.

El *Referent* que us presentem enguany té com a fil conductor la sostenibilitat, que s'aborda amb temes i iniciatives que responen a aquest repte, com ara la gestió econòmica i de recursos humans, l'optimització de recursos, l'avaluació de resultats, l'assistència, la innovació i la col·laboració publicoprivada. Volem aprofitar aquesta plataforma per tal de generar coneixement i debat al voltant d'un aspecte tan essencial per al futur de qualsevol sistema.

Tots els agents i actors que hi participem hem d'actuar de manera sensata i responsable, avaluant resultats i retent comptes al ciutadà. Recentment s'ha posat en marxa la Comissió pel Pacte Nacional de Salut, en la qual participem tots els agents del sector conjuntament amb els partits polítics, i que és una molt bona oportunitat per decidir quina sanitat volem, quins aspectes volem salvaguardar i quins recursos necessitarem, des d'un abordatge serè i allunyat dels interessos partidistes.

Des de La Unió creiem fermament que encara hi ha un marge per avançar en l'eficiència del sistema si entre tots som capaços d'innovar i oferir noves respostes. En aquest camí és imprescindible comptar amb el coneixement i l'emprenedoria dels professionals, i serà essencial que s'optimitzin els recursos en el territori i es treballi en xarxa. També caldrà avançar en la res-

ponsabilització del ciutadà amb la cura de la seva pròpia salut.

En aquests dos últims anys el sector ha assumit mesures conjunturals molt dures sense suprimir prestacions ni rebaixar la qualitat, gràcies a l'alt grau de compromís i responsabilitat per part d'entitats i de professionals. Ara és el moment de plantejar i assumir mesures estructurals de forma valenta, revisar la cartera de serveis amb criteri de cost-efectivitat, estudiar mesures de copagament, reduir l'oferta simplificant-la, etc. amb un lideratge decidit per part de l'Administració i amb un sector que aporta propostes.

En el camí cap a la sostenibilitat ens en sortirem potenciant els valors que ens han fet forts com a sistema a partir de l'autonomia de gestió de les organitzacions, basada en el bon govern i l'empresarialització del sector públic, l'avaluació de resultats i la rendició de comptes.

Estem convençuts que aquest recorregut cap a l'eficiència i la sostenibilitat és compatible amb un model sanitari i social de qualitat i excel·lència. Aquest viatge serà més fàcil si es promouen sinergies i aliances en un entorn de confiança.

Compromís i confiança són imprescindibles per tal d'assegurar la sostenibilitat del sistema.

Helena Ris

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

Sostenibilitat i excel·lència del sistema sanitari català en èpoques de crisi

ROSER FERNÁNDEZ I ALEGRE

Roser Fernández és secretària general del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Llicenciada en Ciències Econòmiques i Empresariales per la Universitat de Barcelona, ha desenvolupat l'activitat professional en els àmbits de direcció i gestió econòmicofinancera, planificació estratègica i sistemes d'informació en el sector públic. Va iniciar la seva trajectòria a l'Institut Català de la Salut el 1987 i des del 1991 al Servei Català de la Salut com a cap del Gabinet de la Direcció, gerent de Planificació Econòmica i directora d'Estratègia i Anàlisi Econòmica de la Regió Sanitària Barcelona. De 2008 a 2010 va ser directora general de la Unió Catalana d'Hospitals.

ALBERT EINSTEIN VA ESCRIURE “No pretenguem que les coses canviïn, si sempre fem el mateix. La crisi és la millor benedicció que pot succeir a persones i països, perquè la crisi porta progressos... Qui supera la crisi se supera a si mateix sense quedar superat. Qui atribueix a la crisi els seus fracassos i penúries, violenta el seu propi talent i respecta més els problemes que les solucions... Parlar de crisi és promoure-la, i callar en la crisi és exaltar el conformisme. Acabem d'una vegada amb l'única crisi amenaçadora, que és la tragèdia de no voler lluitar per superar-la”. Aquest article està fet tocant de peus a terra, sent conscients de la realitat que tenim però amb l'objectiu i voluntat compartida per a molts de posar en valor, amb les reformes que calgui, el model sanitari català, d'arrelament històric, social i territorial, per garantir en l'actual entorn una sanitat pública de qualitat i sostenible a tots els ciutadans de Catalunya com a eix essencial de l'Estat del benestar i de la cohesió social. Estem en crisi? Quin tipus de crisi? Com podem fer front els sistemes sanitaris al repte de la sostenibilitat i el progrés? Concretament a Catalunya, quin ha estat el punt de partida i quins són els valors i el full de ruta per consolidar una sanitat pública de qualitat i d'accés universal? Quins són els reptes que tenim per endavant?

Estem en crisi? Quin tipus de crisi?

Estem en crisi i hem de conèixer la seva magnitud i, sobretot, el perquè d'aquesta crisi per poder actuar, fer-hi front i gestionar les oportunitats que tenim per consolidar un sistema sanitari públic d'accés universal, viable i que doni resposta amb qualitat i equitat als problemes de salut de la població.

Estem en un entorn de crisi mundial i de crisi d'origen multifactorial. Estem davant d'una crisi financera, una crisi econòmica i de model productiu, una crisi del sector públic, una crisi de valors de la política i una crisi de valors socials; tot plegat es tradueix en una crisi de confiança.

I el que anomenem Estat del benestar està en el centre del debat, tant perquè es qüestiona precisament la viabilitat i la sostenibilitat de l'actual Estat del benestar i se li atribueix part de la crisi de les finances públiques, com perquè ningú qüestiona que un país que vol ser referent de progrés ha de garantir un Estat del benestar que afavoreixi la cohesió social i, per tant, en situació de crisi s'ha de preservar més que mai.

La sostenibilitat de l'Estat del benestar està, però, directament relacionada amb el creixement econòmic del país i amb la seva capacitat per generar ingressos. Si l'Estat del benestar es finança amb endeutament públic serà insostenible perquè a mitjà termini no trobarà el finançament necessari per fer front als pagaments, o perquè un major esforç fiscal o una millora dels ingressos públics no es podran destinar a polítiques socials sinó al pagament dels interessos del deute.

Per tant, cal fer un debat responsable i fer compatible un model de creixement econòmic amb un Estat del benestar sostenible.

Com podem fer front els sistemes sanitaris al repte de la sostenibilitat i el progrés?

Aquest debat, que pot semblar d'actualitat, ja fa més de vint anys que es va plantejar. Recomano llegir l'anomenat Informe Abril Martorell, redactat el 1991 per la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud (SNS), presidida per Fernando Abril Martorell. El plantejament inicial és que el SNS contribueix a la millora de la salut de població i a la correcció de les desigualtats socials, però el SNS patia tensions econòmiques per l'augment de la demanda social, l'envelliment de la població i la millora del nivell de vida i amb el desenvolupament dels serveis i les tecnologies disponibles, amb recursos cada vegada més limitats. Als Països Baixos, al Regne Unit i a Suècia ja havien començat processos de reforma i el Congrés dels Diputats encarrega aquest informe. L'informe reconeix les virtuts del SNS, les seves dificultats i carències i apunta les bases per a una reforma amb 64 recomanacions concretes orientades a l'acció. (http://es.wikipedia.org/wiki/Informe_Abril)

I vam tancar els ulls amb l'argument que el nostre sistema sanitari és un dels millors sistemes de salut del món amb un cost molt raonable. I és veritat. Però no es reconeixia que tenia desviacions pressupostàries cròniques que generaven dèficits a totes les comunitats autònomes i mentre encara ens podiem anar endeutant no s'assumia la responsabilitat política de fer les reformes.

En aquests darrers anys han proliferat els informes sobre la sostenibilitat dels sistemes sanitaris públics i del SNS. Fet l'exercici de comparar tots aquests informes s'observa que tant en la descripció del problema, i per tant en el diagnòstic, com en la proposta de mesures, per

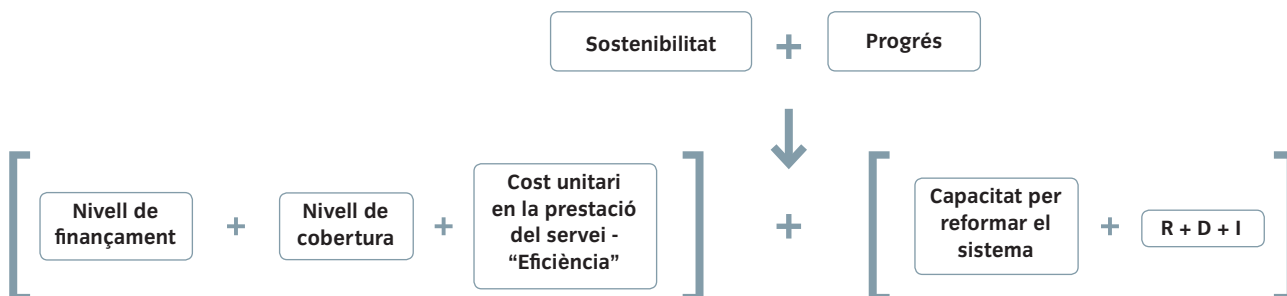
tant en la terapèutica, hi ha poques aportacions novades a l'Informe Abril Martorell del 1991. Per tant, no cal encarregar més informes de diagnòstic i recomanacions sinó assumir la responsabilitat de prendre decisions i tirar endavant les reformes necessàries.

De l'anàlisi de tots aquests informes podem resumir els grans àmbits d'actuació que es recomanen per fer compatible un sistema sanitari públic sostenible i de progrés amb l'equació del gràfic adjunt.

La sostenibilitat del sistema sanitari, de fet la seva viabilitat, es pot abordar des de la millora del finançament, la racionalització del nivell de cobertura i la millora de l'eficiència.

- La **millora del finançament** bàsicament passa per incrementar els recursos públics destinats a Salut, recursos que provenen fonamentalment de l'esforç fiscal i dels impostos que paguem, per la millora dels ingressos vinculats a la reactivació econòmica i per prioritzar la salut en el conjunt de les polítiques públiques o per incorporar copagaments valorant-ne prèviament l'impacte i garantint en tot cas l'equitat d'accés. En el cas de Catalunya passa també, i de manera rellevant, per la millora de les balances fiscals amb l'Estat.
- La **racionalització del nivell de cobertura** passa per revisar la cartera de serveis de cobertura pública amb criteris de prioritització clínica i amb criteris cost-efectivitat vinculant la incorporació d'una nova prescripció, servei, tractament o fàrmac a l'avaluació del seu impacte en salut i a la garantia del seu finançament.
- La **millora de l'eficiència** ens ha de permetre, amb els mateixos recursos, mantenir i millorar el nivell de serveis. I aquesta millora de l'eficiència ha d'estar tant en la macrogestió del sistema per part de l'Administració sanitària com en la mesogestió i la microgestió en l'àmbit de les organitzacions sani-

Com fer compatible un sistema sanitari públic sostenible i de progrés



tàries i professionals. Fer el mateix a un menor cost no és necessàriament fer-ho pitjor. I això ho hem de saber fer i explicar.

L'òptim, però, és fer un abordatge integral dels tres àmbits, però en funció del moment i les competències indefectiblement l'esforç es concentra més en un que en un altre. Per exemple, en el cas de Catalunya, tant en l'àmbit del finançament com de la regulació del nivell de cobertura el marge d'actuació propi en aquests moments és molt reduït. I en la millora de l'eficiència, malgrat els bons indicadors que tenim, tenim marge per anar avançant si aquest esforç va acompanyat de reformes estructurals.

En Salut, però, tenim una doble obligació: garantir la viabilitat i, alhora, evolucionar i donar resposta a les noves necessitats d'atenció a les persones buscant l'excel·lència en els resultats. I si no hi volem renunciar hem d'estar disposats al canvi i a les reformes cap a nous models d'atenció que donin resposta efectiva als problemes de salut de les persones, i al mateix temps ens permetin alliberar recursos no essencials per reinvertir-los a la sanitat pública. I per fer-ho hi ha un altre factor essencial, que és continuar invertint en recerca, innovació i tecnologies de la informació i la comunicació al servei de les polítiques sanitàries públiques.

Aquest és el principal repte dels sistemes sanitaris, generar la complicitat de tots els agents i superar les resistències al canvi per aconseguir un objectiu comú, no només fer viable la sanitat pública a curt termini sinó garantir-ne la sostenibilitat com a pilar bàsic i irrenunciable de l'Estat del benestar.

A Catalunya, quins han estat el punt de partida i el full de ruta per consolidar una sanitat pública de qualitat i d'accés universal?

El punt de partida que ha obligat a prendre decisions i actuar és l'alt nivell d'endeutament de les finances públiques motivat per una disminució dels ingressos públics vinculats al procés de desacceleració econòmica, i per una tendència a gastar més del que estava presupostat.

La situació econòmica i financera global ens situa en un escenari obligat d'ajustament dels objectius de dèficit públic bàsicament perquè es tallen totes les vies d'obtenció de crèdit per continuar gastant per sobre del que ens podem permetre i, per tant, per atendre al pagament dels serveis bàsics.

I per reduir el dèficit públic, o s'incrementen els ingressos públics, que ni a nivell del model de finançament autonòmic ni pel ritme de reactivació de l'economia es podia considerar com a factible, o s'ajusten les despeses.

No hi ha cap govern que, ni políticament ni èticament, vulgui reduir la despesa pública, i menys en despeses socials, a no ser que no hi hagi una altra alternativa a curt termini. El full de ruta del Govern no és ajustar despesa, sinó precisament poder garantir el finançament de la prioritització de les polítiques públiques.

En el cas concret de Salut el punt de partida passa per posar en valor el nivell de la sanitat pública del nostre país, de finançament públic i accés universal i amb un model organitzatiu propi avalat per resultats. Però, alhora, també per la necessitat d'assumir que:

- Fer polítiques socials és fer-les sostenibles. L'alt nivell d'endeutament generat fa que la Generalitat de Catalunya diàriament hagi de pagar al voltant d'uns 6 milions d'euros del finançament del deute per continuar garantint el finançament del que tenim. I mentre hàgim d'anar pagant interessos no només no podrem dedicar aquests recursos a les despeses socials sinó que la millora en el finançament que es pugui produir s'haurà de destinar al finançament d'aquest deute generat.
- Garantir la sostenibilitat del sistema ha de ser compatible amb el progrés i excel·lència. I això vol dir fer front als nous paradigmes, trobar-hi noves respostes i superar les resistències als canvis, perquè difícilment retornarem al punt de partida inicial.

Quin ha estat doncs el full de ruta?

ANALITZAR ELS NOUS PARADIGMES. Saber quins són els nous paradigmes és clau per enfocar bé el full de ruta a curt i mitjà termini. Ens haguéssim equivocat si haguéssim pensat que el nou paradigma era només la crisi econòmica i financera. Els nous paradigmes de problemes de salut i dels models d'atenció, els nous paradigmes tecnològics, els nous paradigmes socials, entre d'altres, tenen prou força com per justificar per si mateixos una reordenació dels sistemes sanitaris.

TOCAR DE PEUS A TERRA i prendre decisions preceptives d'ajustament a curt termini és el més difícil políticament per a un govern, i el més difícil professionalment i moralment per als que les han d'aplicar quan s'és conscient de la bondat del nostre sistema sanitari en termes de resultats.

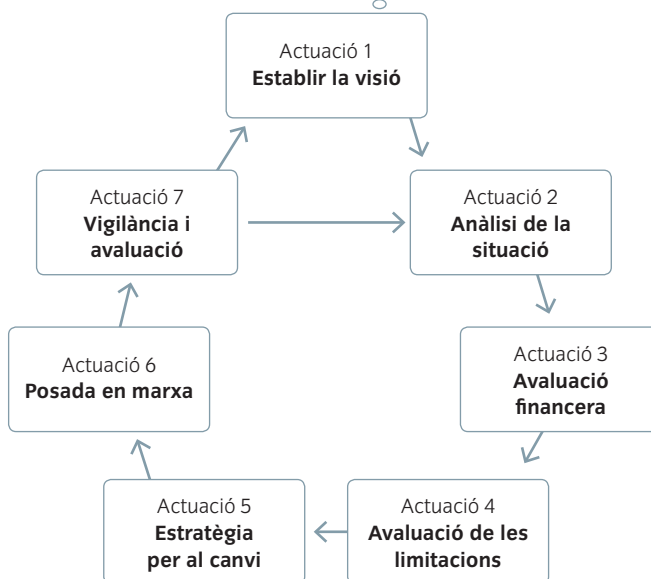
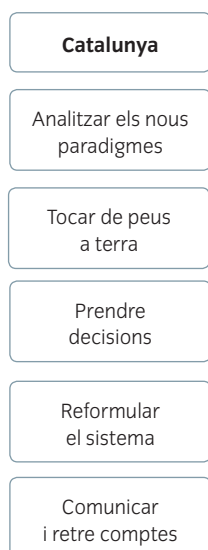
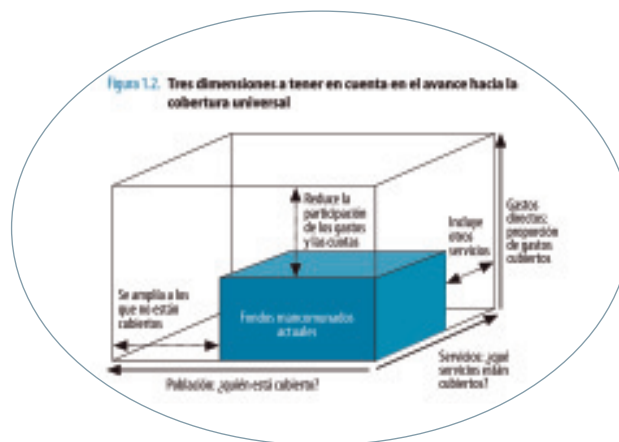
Tocar de peus a terra vol dir ser conscient que s'ha acabat una etapa expansiva de creixement dels pressupostos sanitaris (creixement d'un 76,5% del 2003 al 2010) i que s'ha de fer front a un dèficit generat (1.296 M€ el 2010) i a una despesa compromesa a llarg termini (5.274 M€). *Informe econòmic financer de la Generalitat de Catalunya de 31 de desembre de 2010 (Informe Deloitte).*

Tocar de peus a terra vol dir que cal frenar la generació de dèficit i ajustar-se als recursos disponibles. En

aquest cas concret, els pressupostos de la Generalitat de Catalunya van patir un fort ajustament però es van prioritzar sensiblement les polítiques socials i malgrat l'esforç d'ajustament important que es va haver de fer, el pes del pressupost de Salut a Catalunya l'any 2011 va créixer després de 7 anys i es va situar en el 38%.

PRENDRE DECISIONS. Calia doncs prendre decisions immediates, però alhora calia preservar les garanties de qualitat de la sanitat pública a Catalunya que es van aprovar per Acord de Govern de 12 d'abril de 2011. L'esmentat acord avança els grans àmbits d'actuació de mesures per a la sostenibilitat del sistema sanitari públic: simplificació de l'estructura administrativa, la reordenació i la racionalització de serveis assistencials, recursos sanitaris i prestació farmacèutica, així com la prioritització de les inversions i, alhora,

OMS. Informe sobre la salut en el món 2010. Finançament dels sistemes de salut: el camí cap a la cobertura universal.
<http://www.who.int/whr/2010/es/index.html>



estableix les garanties de qualitat per minimitzar l'impacte directe al ciutadà: no suprimir prestacions, evitar llista d'espera per a patologies que comporten un risc vital o necessitat urgent, garantir els programes de diagnòstic ràpid, introduir noves fórmules a l'hospitalització convencional i garantir la seguretat del pacient, entre d'altres.

Així mateix s'encarrega a l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries el seguiment i l'avaluació continuada de l'impacte dels resultats d'aquestes mesures urgents amb criteris d'evidència científica i transparència, balanç que es presenta semestralment al Parlament.

REFORMULAR EL SISTEMA. Paral·lelament, però, s'inicien les reformes del model assistencial i l'instrument per dur a terme aquestes reformes és el Pla de salut de Catalunya 2011-2015, aprovat pel Govern de la Generalitat de Catalunya el febrer del 2012. El balanç semestral dels resultats avala que s'ha mantingut la qualitat de l'atenció i es visualitza una tendència en els bons resultats, tot i que queda recorregut de millora.

Quins són alguns d'aquests indicadors de millora segons els resultats de 2012 respecte al 2011? Són l'increment de les visites d'atenció domiciliària des de l'atenció primària de salut (3,4%) i de l'atenció telefònica (27,8%), que juntament amb la plena implementació de la recepta electrònica i el 061 CatSalut Respon han permès disminuir les visites d'atenció primària; el 89% de pacients s'han visitat abans de les 48 hores d'haver sol·licitat la visita; gràcies a una millor resolució de la primària s'han reduït hospitalitzacions evitables (979 per 100.000 habitants); el nou model d'atenció continuada, més eficient i resolutiu, ha fet que disminuïssin les urgències hospitalàries; el temps d'espera en el diagnòstic ràpid i en les intervencions oncològiques ha assolit els objectius previstos (28 dies i 34 dies, respectivament); les llistes d'espera quirúrgiques dels 14 procediments monitoritzats amb compromís de garantia, després d'un increment en el 2011, disminueixen un 12% el desembre del 2012; el transport sanitari urgent ha millorat el temps de resposta en 5 punts (el 90% de les situacions de risc vital són ateses abans de 20 minuts); es mantenen estables els índexs de satisfacció global (entorn al 8 sobre 10), les reclamacions han disminuït un 8,8%; la productivitat científica en biomedicina a Catalunya segueix creixent i representa el 30% del conjunt de l'Estat, entre d'altres.

I això ha estat possible gràcies a l'esforç de tots els agents, bàsicament els professionals ajustant les seves condicions laborals i participant activament en el pro-

cés de reordenació assistencial per millorar resultats amb els recursos que tenim i, gràcies també a la contribució del propi ciutadà, que s'ha hagut d'esperar i desplaçar una mica més per a determinats processos no urgents.

L'adequació als nous entorns no és fàcil i comporta esforços i voluntat de superar les resistències als canvis individuals i col·lectius. En les accions d'ajustament conjuntural cal assumir legítims desacords, però en les reformes estructurals segur que hi trobarem els punts d'acord i compromís.

I aquest ha estat el punt de referència dels plans estratègics orientats a l'acció que s'han construït amb la participació del sector i dels professionals per donar resposta als nous paradigmes:

- El **Pla de salut de Catalunya 2011-2015**, aprovat el 21 de febrer del 2012, eix de transformació del model assistencial i integrador de les polítiques sanitàries orientat a disminuir el risc a emmalaltir, i no només a curar la malaltia, a garantir el continuïtat assistencial i a millorar la qualitat i l'equitat en resultats, cercant eficiències dins el sistema per a reinvertir-les en el sistema.
- El **Pla de recerca i innovació en salut 2012-2016**, aprovat el 16 d'octubre de 2012, amb la finalitat d'orientar i promoure el retorn de la recerca i la innovació en la millora de la salut dels ciutadans.
- El **Pla interdepartamental de salut pública** (PIN-SAP) en fase d'aprovació per part de la Comissió Interdepartamental de Salut creada el 20 de novembre del 2012, que ha de promoure, integrar i avaluar totes les accions interdepartamentals del Govern que tenen impacte en la salut dels ciutadans amb la fita posada a ser capdavantera en l'assoliment dels objectius de salut de l'OMS per al 2020.

COMUNICAR I RETRE COMPTES. Un element facilitador del canvi és sens dubte la transparència i la rendició de comptes. L'avaluació i la transparència són clau per generar compromís professional i ciutadà. Sense avaluació i transparència no podem parlar d'eficiència, ni de qualitat ni d'equitat. L'Observatori del Sistema de Salut de Catalunya, la Central de Resultats (<http://observatorisalut.gencat.cat/>) i el Projecte Essencial dirigits des de l'Agència de Qualitat i Avaluació amb la participació dels centres de la xarxa sanitària d'utilització pública (SISCAT) i de les societats científiques són clau per compartir bones pràctiques i promoure la millora contínua del sistema sanitari.

Quins són els principals reptes que tenim per endavant?

Compartim el repte principal que és consolidar un sistema sanitari públic d'accés universal viable i que doni resposta amb qualitat i equitat als problemes de salut de la població. Però tenim per davant molts altres reptes que hem de superar i que ens exigeixen sumar voluntats i capacitats.

Fa un anys segurament ens hagués semblat impossible que es qüestionés la universalitat de l'assistència sanitària que reconeix la Llei General de Sanitat del 1986. I avui tenim un *Real Decreto Ley 6/2012, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del SNS y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones* que aprofita per retornar a un model d'assegurament de Seguretat Social malgrat la sanitat es finança fa anys amb impostos.

Fa anys segurament a Catalunya ens hagués semblat impossible que algú es qüestionés el model sanitari català basat en la concertació dels serveis a una xarxa sanitària de cobertura pública professionalitzada i territorialitzada de proveïdors, públics i privats, compromesos amb les polítiques públiques, que ha estat referent pels seus resultats. I avui retornem a un debat ideològic sobre el que s'anomena "privatització" de la sanitat centrat només en la voluntat de preservar el caràcter públic dels mitjans de producció, obviant l'anàlisi de l'ús eficient dels recursos públics en termes de resultats.

Per tant, si volem continuar sent referents d'un model de sanitat pública de qualitat, de tothom i per a tothom cal superar encara molts reptes.

SUPERAR LES RESISTÈNCIES AL CANVI. Hi ha un ampli acord en les línies estratègiques del Pla de salut: integrar efectivament la salut pública en el sistema i reforçar el paper de l'atenció primària i comunitària; desplegar un model integral a la cronicitat; reordenar les urgències i el terciarisme; reordenar la llarga estada i promoure una efectiva interacció dels serveis sanitaris i socials; desplegar models alternatius a l'hospitalització i donar resposta als nous models d'atenció no presencial que faciliten les noves TIC, entre d'altres. Però cal passar del relat als lideratges necessaris d'un procés d'implementació ple de reptes per a tothom perquè requereix reordenar estructures i serveis ens els territoris, treballar en xarxa, promoure sinergies entre

proveïdors, adequar rols professionals, canviar el sistema d'assignació dels recursos i d'incentius vinculats a l'assoliment d'uns resultats de resolució i accessibilitat, treballar amb una història clínica compartida i interoperable, entre d'altres. I és aquí quan el sentit comú dels plantejaments xoca amb la resistència als canvis particulars en pro de l'assoliment de l'interès general i darrere de grans debats ideològics injustificats s'amaga l'immobilisme.

FER UNA APOSTA CLARA I DECIDIDA PER LA RECERCA I LA INNOVACIÓ orientada a la resolució dels problemes de salut i promotora de sinergies amb l'economia productiva i social, que promogui la col·laboració publicoprivada i que ens permeti ser referents de la qualitat de salut al món.

PROMOURE UN NOU MODEL DE COMPROMÍS PROFESSIONAL I CIUTADÀ basat en la professionalització, la coresponsabilitat, la transparència, la confiança i la rendició de comptes.

Preservar la sanitat pública dels debats demagògics partidistes, corporatius, mediàtics i **AVANÇAR CAP A UN NOU CONTRACTE SOCIAL** basat en l'ètica del comportament responsable, buscant acords i consensos entorn a les regles de joc per governar i gestionar bé la sanitat pública, governi qui governi, retornant la confiança del ciutadà en el sistema sanitari. ■

Projecte Essencial: afegint valor a la pràctica clínica. Experiències en **gestió i avaluació** **de resultats**

CARI ALMAZÁN

Cari Almazán és llicenciada en Medicina i Cirurgia per la Universitat de Barcelona i especialista en Medicina Preventiva i Salut Pública, amb formació de postgrau complementària en mètodes d'investigació i avaluació de tecnologies sanitàries per la Universitat Autònoma de Barcelona. Actualment és responsable de l'Àmbit d'Avaluació de Tecnologies Sanitàries i e-Salut de l'Àrea d'Avaluació de l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS). Té experiència professional en l'avaluació de tecnologies sanitàries, en particular amb el diagnòstic per la imatge i la telemedicina. Ha liderat diversos projectes sobre planificació, utilització i adequació de tècniques de diagnòstic per la imatge. Ha participat en projectes de recerca sobre telemedicina i TIC tant d'àmbit nacional com europeu.

EL PROJECTE ESSENCIAL DE L'AQuAS que es va presentar el dia 7 de març és una iniciativa alineada amb un corrent d'activitat internacional per reduir l'ús de pràctiques clíniques que aporten poc benefici als pacients, bé sigui per sobreutilització o mal ús i, en conseqüència, reduir el malbaratament dels recursos que es destinen a aquestes pràctiques. Aquest projecte s'ha creat pel compromís de l'AQuAS de promoure la provisió de serveis segurs i evitar proves i tractaments que poden produir danys i no aporten un benefici rellevant. També pel compromís amb la qualitat i en la promoció de les millors pràctiques i, finalment, per reduir la despesa i afavorir la difusió de les alternatives més cost-efectives. En aquest article s'expliquen les principals característiques del projecte Essencial, els trets diferencials respecte de

les experiències internacionals com són l'estratègia desenvolupada perquè sigui efectiva la implementació de les recomanacions, així com la mesura de l'impacte del projecte en l'ús de les pràctiques clíniques de poc valor i els recursos emprats. Així mateix es presenten les setze recomanacions que tenen el suport de les societats científiques i que s'han elaborat fins avui, i les activitats desenvolupades principalment en l'àmbit de la comunicació del projecte. En aquest sentit, destaquen les fitxes explicatives i els vídeos dirigits a professionals sanitaris que acompanyen les recomanacions, així com fulls d'informació adreçats als pacients i la ciutadania en general. L'abast de les recomanacions del projecte Essencial, així com la necessitat de motivar i implicar els professionals sanitaris i gestors de centres per incorporar aquestes recomanacions en la pràctica clínica diària, són els reptes a curt termini que poden comprometre la continuïtat i l'impacte del projecte.



Introducció

Abordar el malbaratament de recursos ha esdevingut una estratègia clau dels governs, les societats i la comunitat sanitària dels països occidentals, preocupats pel constant creixement de la despesa sanitària i la sostenibilitat dels sistemes de salut. La reducció del malbaratament permet eliminar una despesa sense causar dany als pacients ni reduir la qualitat de l'atenció.^{1,2} A més, les possibilitats per reduir-lo són ingents, com es posa de relleu en l'estudi de Berwick i Hackbarth dut a terme als EUA. Aquests autors identifiquen diferents àmbits de despesa evitable relacionada amb els serveis sanitaris, tant relativa a l'organització i la provisió d'aquests serveis, la sobreutilització de proves diagnòstiques i tractaments, com a la complexitat de l'organització administrativa o problemes de competència de mercat pel que fa als preus dels serveis o, fins i tot, el frau i l'abús.³

Entre aquestes categories de malbaratament cal destacar la sobreutilització dels serveis sanitaris pel seu impacte en la salut i la despesa sanitària. La sobreutilització és la provisió d'aquests serveis sense benefici demostrat o quan els riscos superen els beneficis⁴ i fa referència als serveis inapropiats, que es proveeixen en absència d'evidència científica sobre la seva efectivitat o seguretat. La major part de proves diagnòstiques, fàrmacs i intervencions preventives tenen un risc associat. En alguns casos, com en el tracta-

ment hormonal substitutiu en dones asimptomàtiques postmenopàusiques, el risc supera els beneficis. En d'altres, el tractament pot ser efectiu en un grup de pacients, però en l'ampliació de les indicacions a d'altres grups pot disminuir-ne l'efectivitat i augmentar-ne el risc. Un clar exemple és el tractament antidepressiu beneficiós en depressions greus, però menys efectiu i amb més efectes adversos en pacients amb depressió lleu.⁵ És en aquestes situacions clíniques on es produeix la sobreutilització d'intervencions inapropiades, de poc valor, i els seus efectes, com són la cascada diagnòstica terapèutica juntament amb el cost d'oportunitat del malbaratament de recursos que s'esmercen en aquestes intervencions.⁶ D'altra banda, en el nostre context

no hi ha dades relatives a la despesa per sobreutilització però als EUA s'estima que el 30% d'aquesta és supèrflua i innecessària.²

Malgrat l'ampli reconeixement de la sobreutilització des dels estudis de Wennberg sobre la variabilitat de la pràctica mèdica, com a fenomen comú associat a la provisió de serveis i el seu impacte en la despesa de recursos, són escasses les estratègies per reduir-la.⁴ Recentment han sorgit algunes iniciatives com les llistes *do not do* del National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)⁷ o la campanya del Choosing Wisely⁸ liderada per les societats científiques i els pacients, per reduir les pràctiques de poc valor i el malbaratament que ocasionen. Catalunya, mitjançant el projecte Essencial, s'afegeix a aquestes iniciatives internacionals, però a diferència d'aquestes promou el canvi en la pràctica clínica i l'avaluació del seu impacte.⁹

Malgrat l'ampli reconeixement de la sobreutilització com a fenomen comú associat a la provisió de serveis i el seu impacte en la despesa de recursos, són escasses les estratègies per reduir-la.

Pràctiques de poc valor i el projecte Essencial

Per contribuir a la millora de la qualitat de l'atenció sanitària i afavorir l'eficiència i la sostenibilitat del sistema sanitari, s'ha creat el projecte "Essencial. Afegint valor a la pràctica clínica". L'objectiu d'aquesta iniciativa és identificar pràctiques de poc valor i elaborar recomanacions per tal d'evitar-les. El projecte és promogut per l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS) i compta amb el suport del Departament de Salut i de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears.⁹

Actualment el projecte inclou setze recomanacions sobre indicacions inapropiades (vegeu la taula adjunta), bé perquè no hi ha evidència científica sobre la seva efectivitat, o hi ha evidència sobre la seva inefectivitat, o el risc és superior als seus beneficis, o hi ha alternatives més efectives amb un cost semblant. Són, per tant, pràctiques relacionades amb situacions

El projecte Essencial és una iniciativa de l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya i del Departament de Salut.

de sobreutilització de proves diagnòstiques i tractaments, tant de prevenció primària i secundària de la malaltia, de tractaments mèdics i quirúrgics, com de rehabilitació.⁹

Per exemple, una de les recomanacions sobre una intervenció diagnòstica inapropiada, recollida també a les guies de pràctica clínica elaborades pel NICE, l'ICS i els *ACR Appropriateness criteria*, és la realització de proves d'imatge en malalts amb lumbàlgia durant les primeres sis setmanes i en absència de signes neurològics, atès que no aporten valor al maneig dels malalts. El dolor lumbar és un dels principals motius de consulta de l'atenció primària, en el 80-90% dels casos es resol abans de les 6 setmanes i en el 30% dels pacients es prescriu una prova d'imatge. La radiografia i la tomografia computada (TC) no són proves innòcues, la radiació ionitzant és acumulativa, i les imatges de TC i ressonància magnètica (RM) amb anormalitats de la columna sense relació amb el dolor augmenten amb l'edat. Aquestes troballes poden motivar noves proves diagnòstiques i fins i tot nous tractaments, la cascada diagnòstic terapèutica.⁹

Recomanacions del projecte Essencial

- En persones asimptomàtiques, la realització rutinària d'una radiografia de tòrax preoperatoria no aporta valor al maneig del malalt.
- En pacients amb dolor lumbar (lumbàlgia), durant les primeres sis setmanes i en absència de signes d'alerta, les proves d'imatge no aporten valor al maneig clínic del pacient.
- En persones sense símptomes d'origen cardíac, ni comorbiditats, ni risc cardiovascular significatiu, l'electrocardiograma o les proves d'imatge cardíques no aporten informació rellevant.
- En persones sense tractament farmacològic per prevenir les fractures per fragilitat, l'interval entre mesures de la densitat mineral òssia (DMO) per al control evolutiu de la DMO és com a mínim de 2 anys.
- En malalts amb mal de cap (cefalea) i sense complicacions ni simptomatologia neurològica addicional, les proves d'imatge no aporten valor al maneig del pacient.
- En malalts polimedcats o majors de 65 anys que no rebin tractament amb antiinflamatoris no esteroïdals, la prescripció d'inhibidors de la bomba de protons per a la prevenció de patologia gàstrica no aporta valor afegit.
- En dones postmenopàusiques amb risc baix de fractures, el tractament de llarga durada amb bifosfonats suposa un risc que no compensa el benefici.
- En nens i nenes amb refredat comú i tos, no s'haurien d'utilitzar de forma rutinària fàrmacs per al seu tractament simptomàtic, llevat que tinguin comorbiditats que ho requereixin.
- L'otitis mitjana aguda no ha de tractar-se sistemàticament amb antibiòtics. En nens majors de 2 anys amb clínica lleu i sense factors de risc, cal adoptar inicialment una conducta expectant.
- En els casos de part normal no s'hauria de practicar l'episiotomia de manera rutinària.
- No es recomana l'ús rutinari de la combinació d'IECA i ARA-II en pacients amb insuficiència cardíaca.
- Els pacients amb pneumònia comunitària no haurien d'ingressar a l'hospital si prèviament no s'ha avaluat la seva gravetat segons les escales pronòstiques validades que ajudin a decidir, d'acord amb la situació del pacient, la idoneïtat del nivell d'atenció.
- En pacients amb ictus agut i incontinència urinària no s'haurien de col·locar catèters urinaris de manera rutinària.
- En dones menors de 50 anys sense factors de risc addicional de càncer de mama, no es recomana el cribratge rutinari mitjançant mamografia. La periodicitat del programa de cribratge de càncer de mama (en dones de 50-69 anys) hauria de ser de dos anys.
- La determinació del PSA com a cribratge poblacional de càncer de pròstata no s'hauria de realitzar ja que no aporta beneficis en termes de reducció de mortalitat.
- Perllongar més enllà dels 12 mesos el tractament rehabilitador de les seqüeles després de patir un ictus no millora el procés de recuperació neurològica i funcional.

Aquest projecte s'adreça als professionals sanitaris representats per les societats científiques (SC), com a decisors principals de la provisió de serveis. Totes les recomanacions tenen el suport de les SC i 4 SC han iniciat el procés d'identificació i elaboració de recomanacions. També participen en aquest procés els plans directors del Departament de Salut o professionals individuals a partir de la bústia de suggeriments de la pàgina web del projecte. L'evidència científica sobre la indicació inapropiada, la freqüència de la indicació i la variabilitat en la pràctica clínica a Catalunya, o el seu impacte en el malbaratament de recursos, són requisits necessaris per seleccionar i prioritzar les pràctiques clíniques del projecte Essencial.

Cada recomanació s'acompanya d'una fitxa explicativa i un vídeo en què un professional la contextualitza. Aquestes fitxes contenen dades epidemiològiques i d'ús de recursos de la pràctica clínica, amb l'evidència científica que substantia la recomanació i les conseqüències en salut i en el malbaratament de recursos. Tot i la rellevància dels professionals sanitaris en l'evolució del projecte, també s'ha considerat important informar els pacients sobre algunes recomanacions per la seva implicació en la demanda, en ocasions, d'intervencions innecessàries.

D'altra banda, la contribució del projecte a la qualitat de l'atenció sanitària serà possible si els professionals incorporen les recomanacions en la seva pràctica clínica. Per això es requereix una estratègia de gestió del canvi que promogui la motivació dels professionals sanitaris i afavorir la implementació de les recomanacions. La primera etapa del projecte Essencial s'ha centrat principalment en la comunicació per donar a conèixer el projecte (reunions amb SC, proveïdors de serveis sanitaris, regions sanitàries, xarxes de professionals, fòrums científics) i en la interacció amb els professionals sanitaris per valorar i identificar les barreres que poden condicionar-ne l'evolució. Així mateix, s'ha creat la pàgina web per comunicar les recomanacions que s'elaboren mensualment, amb les fitxes i els vídeos que es comparteixen alhora amb les webs de societats científiques, dels proveïdors i xarxes socials per disseminar les recomanacions entre el major nombre de professionals sanitaris.

Paral·lelament a les activitats de comunicació s'està col·laborant amb centres pilot per definir les activitats

L'objectiu és identificar pràctiques de poc valor i elaborar recomanacions per tal d'evitar-les.

Actualment hi ha setze recomanacions sobre indicacions inapropiades.

que s'han de desenvolupar en la implementació de les recomanacions, els programes de formació i l'avaluació de l'impacte. Aquesta avaluació consisteix a mesurar el canvi quant a l'ús d'aquestes pràctiques i els recursos emprats en la seva provisió mitjançant un estudi prospectiu avaluat abans-després. Actualment s'estan elaborant els indicadors de les recomanacions a partir dels sistemes d'informació sanitaris disponibles –conjunt mínim bàsic de dades (CMBD), història clínica, sistema d'informació sanitari de l'atenció primària (SISAP)– per caracteritzar l'ús i consum de recursos de les pràctiques de poc valor abans de la implementació de les recomanacions.

Experiència internacional

Les iniciatives amb més ressò internacional sobre la identificació de pràctiques de poc valor són la llista *do not do* del National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)⁷ i la campanya de Choosing Wisely.⁸ Aquestes iniciatives s'estan desenvolupant paral·lelament a una activitat científica cada vegada més important com són les seccions que les revistes científiques dediquen a aquestes pràctiques, "Less is More" a la revista JAMA,⁵ o la campanya "Too much medicine" a la revista científica BMJ.¹⁰

L'any 2006 el NICE, en el marc d'un programa per promoure la desinversió en el National Health Service (NHS) va incorporar diversos productes per facilitar l'accés a la informació sobre pràctiques de poc valor. Destaca, entre aquests productes, la base de dades amb més de 800 recomanacions *do not do*, obtinguda a partir de les guies de pràctica clínica elaborades pel NICE, així com la base de dades amb derivacions inapropiades referides a l'atenció especialitzada. D'altres productes del programa són els 424 àmbits de potencial desinversió, identificats a partir de les revisions Cochrane i les llistes d'indicacions de fàrmacs *off-label* o d'ús compassiu.⁷

Més recentment, l'any 2012, es va presentar la campanya Choosing Wisely als EUA, creada sota l'hospici de l'American Board of Internal Medicine (ABIM) Foundation, que va reunir les SC i el *Consumer Report* (representant dels consumidors). L'objectiu d'aquesta

iniciativa és contribuir a reduir el malbaratament del sistema sanitari amb la implicació dels pacients i dels metges. Cada SC va confeccionar una llista amb cinc proves diagnòstiques, tractaments o serveis d'ús rutinari que requeria la seva reavaluació per pacients i metges.⁸ Fins ara hi han participat 57 SC i s'han elaborat més de 100 recomanacions sobre pràctiques de poc valor.¹¹

Altres iniciatives amb menor projecció però també importants són les propiciades exclusivament per SC. Cal destacar el programa Promoting Good Stewardship in Clinical Practice promoguda pel National Physicians Alliance (NPA)¹² als EUA l'any 2011, per identificar els "Top 5" de proves diagnòstiques i tractaments que són habitualment prescrits pels especialistes de medicina interna, metges de família i pediatria, amb evidència sobre els seus beneficis limitats o els riscos superiors als beneficis.¹² Es va considerar que el fet d'identificar les principals causes de malbaratament permetia a la professió mèdica demostrar a la ciutadania escèptica o preocupada que l'atenció sanitària de qualitat i l'ús eficient de recursos són complementaris.

El tret diferencial del projecte Essencial és la implementació de les recomanacions i la mesura del canvi en la pràctica clínica.

Reptes del projecte Essencial

Essencial és la primera iniciativa a Catalunya i a Espanya que elabora recomanacions sobre pràctiques de poc valor basades en l'evidència per evitar-les. Inspirada en les iniciatives internacionals esmentades quant a l'elaboració d'una llista de pràctiques de poc valor, el seu tret diferencial és la implementació de les recomanacions i la mesura del canvi en la pràctica clínica. Per assolir aquests reptes cal la contribució de tots els decisors del sistema sanitari. Així, els metges en la gestió responsable dels seus pacients són coneixedors que un mateix tractament pot ser efectiu en un grup de malalts i inapropiat per a un altre, tal i com es recull en les recomanacions del projecte Essencial. Les organitzacions sanitàries poden acordar amb els seus professionals les recomanacions a incorporar i fer el seguiment de la seva implementació proveint informació als professionals. L'Administració sanitària pot excloure de la cartera de serveis aquelles pràctiques de poc valor recollides en les recomanacions del projecte. Tanmateix, en els sis primers mesos de desenvolupament del projecte, els reptes

que cal abordar per consolidar i assegurar la seva continuïtat es refereixen a la implicació dels professionals sanitaris i de les SC en la identificació de pràctiques clíniques de poc valor, l'inici de la implementació de les recomanacions en centres pilots i el fet de disposar d'informació per avaluar l'impacte.

Implicació dels professionals sanitaris

La col·laboració dels metges per identificar pràctiques a través de les SC, com en el cas del Choosing Wisely, es considera cabdal. Els metges són els decisors clau per incrementar els guanys en salut per euro gastat (*value for money*), canviar la pràctica clínica i decidir sobre la prescripció de proves i tractaments innecessaris.¹³ Actualment hi ha algunes SC que col·laboren amb el projecte proposant i elaborant recomanacions (una tercera part de les recomanacions) però encara hi ha un llarg camí per recórrer. De fet, la fita del projecte és que siguin els professionals sanitaris qui proposin les pràctiques que cal evitar. No obstant, el missatge del projecte de deixar de fer el que és evitable o innecessari contrasta amb els trets característics de la medicina actual basada en la cultura de l'intervencionisme i la fascinació per la tecnologia, propensa a actuar i amb la màxima de "més és millor". S'ha d'explicar a la comunitat sanitària que aquesta iniciativa és una revisió de la utilització d'intervencions efectives en determinades indicacions clíniques, però perjudicials en d'altres. S'ha de reconèixer que l'efectivitat està molt lluny de l'eficàcia i que qualsevol intervenció sanitària té implícit un risc, fins i tot les intervencions preventives.¹⁴

Implementació de les recomanacions

Per assolir el canvi en la pràctica clínica que planteja tant l'Essencial com les altres iniciatives internacionals, el repte és la implementació d'estratègies per reduir l'ús de les intervencions inapropiades en els centres i pels metges. Sovint, les intervencions que són inefectives o insegures, o ambdues, per a tots els

pacients i totes les indicacions, són poc freqüents. Mentre que les intervencions que han demostrat ser efectives per un grup de pacients, habitualment són inapropiades quan les seves indicacions s'amplien a d'altres grups en els quals mai s'han demostrat els seus beneficis.¹³ Així, la RM no està indicada en pacients amb lumbàlgia abans de les 6 setmanes en absència de signes de compromís neurològic, però sí que és apropiada quan els signes són presents. D'altra banda, l'impacte de les recomanacions en l'ús de recursos és diferent segons la prevalença de la pràctica. L'ús inapropiat d'antibiòtics i de proves diagnòstiques té més impacte en el malbaratament de recursos que la rehabilitació en l'ictus més enllà dels 12 mesos. Aquestes diferències entre les recomanacions juntament amb les variacions de la pràctica clínica entre centres dificulta l'elaboració d'estratègies comunes per implementar les recomanacions.

A Catalunya, s'han desenvolupat dues experiències en hospitals que comparteixen els objectius de l'Essencial: la MAPAC (comissió per a la millora de l'adequació de la pràctica clínica)¹⁵ i la Gestió Clínica Essencial.¹⁶ La MAPAC és una comissió creada l'any 2011 a l'Hospital de Sant Pau amb la finalitat de millorar la qualitat assistencial i l'eficiència, alhora que estimular la participació de tots els professionals per millorar l'efectivitat clínica. El seu programa d'actuació basat en l'evidència es va consensuar amb els professionals.¹⁵ D'altra banda, el mètode d'anàlisi Gestió Clínica Essencial, creat l'any 2012, s'està implantant en diversos hospitals i avalua l'efectivitat i l'eficiència de la gestió clínica d'un centre hospitalari amb la seva àrea de referència. Aquest mètode liderat pels clínics es focalitza en el malbaratament atribuït al sobrediagnòstic, el sobretractament i la seguretat de les intervencions i les ineficiències ocasionades pel model organitzatiu i la manca de coordinació entre nivells.¹⁶

Per aconseguir la reducció de pràctiques clíniques de poc valor en els centres, a més del lideratge dels professionals sanitaris, en determinades situacions s'han d'implicar altres professionals, coordinar nivells assistencials o desenvolupar noves formes d'organització de provisió de serveis, com són les vies o rutes assistencials. L'any 2011 es va implantar una ruta assistencial per atendre el dolor lumbar entre els centres d'atenció primària del Vallès Oriental Central i l'Hospital de Granollers.¹⁷ Aquest nou mo-

El Projecte Essencial vol promoure la medicina parsimoniosa, que intenta prescindir de les intervencions, sense que suposi una restricció o limitació de serveis, sinó una atenció sanitària apropiada.

del d'atenció de la lumbàlgia es caracteritza per la integració de nivells (atenció primària i especialitzada) amb la participació i consens d'un equip multidisciplinari d'especialistes i l'ús de guies de pràctica clínica. A l'any de la seva implementació es va observar una reducció de les exploracions de TC al voltant del 62% amb una reducció de les radiacions ionitzants i un increment menor en la demanda de RM (18%).

Informació per avaluar l'impacte

L'elaboració d'indicadors de les recomanacions per a determinades pràctiques de poc valor poden requerir dades que rutinàriament no s'inclouen en els sistemes d'informació habituals com el CMBD o el SISAP, fet que limita l'avaluació de l'impacte. Aquesta situació serà més freqüent com més complexa sigui la caracterització clí-

Allegre valor a la pràctica clínica

Essencial

RECOMANACIONS

<http://essencial.salut.gencat.cat>

Radiografia de tòrax abans d'una operació en persones sense símptomes

Si no hi ha símptomes cardíacs o respiratoris no és necessari fer una radiografia de tòrax abans d'una operació

La radiografia de tòrax abans d'una operació

A Catalunya es realitzen més de 900.000 operacions a l'any. Sovint, abans de la intervenció quirúrgica, es fa una radiografia de tòrax per descartar problemes de salut en el pit, cor, pulmons, grans artèries, costelles o diafragma.

Per què no és necessari fer una radiografia de tòrax en persones sense símptomes de malaltia cardíaca o pulmonar?

- Els estudis científics han demostrat que no aporten cap benefici als resultats de l'operació.
- En la majoria de casos, la radiografia de tòrax abans de l'operació no és útil per prevenir possibles complicacions respiratòries després de l'operació i tampoc no modificarà l'atenció mèdica que rebrà el pacient.
- Pot comportar riscos. La radiografia de tòrax és una prova diagnòstica de baix risc però no és totalment inòcua. La dosi de radiació s'acumula en els teixits cada vegada que es fa una exploració mèdica que utilitza radiació (una radiografia, una ortopantomografia, una tomografia computada, una mamografia, una gammagrafia o una tomografia per emissió de positrons). D'aquí la importància d'utilitzar només aquestes tècniques estrictament quan són necessàries.

Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

Agència de Qualitat i
Avaluació Sanitàries de Catalunya



nica de la pràctica clínica que cal evitar o en situacions en què no es recull determinada informació, com per exemple la mamografia de cribratge en dones de menys de 50 anys o la rehabilitació en l'ictus tal com s'estableix en la recomanació del projecte Essencial.⁹ En absència d'aquesta informació, les dades de la literatura científica o la promoció d'estudis *ad hoc* poden ser una alternativa per estimar l'impacte de la recomanació.

El projecte Essencial proposa una estratègia per reavaluar l'efectivitat de la pràctica clínica i contribuir a l'eficiència i sostenibilitat del sistema sanitari sense comprometre'n la qualitat. Vol promoure la medicina parsimoniosa,¹⁴ que intenta prescindir de les intervencions innecessàries, sense que suposi una restricció o limitació de serveis, sinó una atenció sanitària apropiada. ■

Recomanacions

3

http://essencial.habit.gencat.cat

Proves d'imatge en el mal d'esquena (lumbàlgia)

El mal d'esquena, si no presenta signes d'alerta sobre complicacions addicionals o no supera les sis setmanes de duració, no requereix proves d'imatge

Les proves d'imatge i el mal d'esquena

El mal d'esquena –també conegut com a lumbàlgia o dolor lumbar– és un problema de salut molt freqüent en la població catalana. Aquest problema però, en la majoria de casos millores espontàniament dins de les quatre setmanes posteriors a la seva aparició.

Per què no cal fer proves d'imatge de manera rutinària si patiu de mal d'esquena?

Si no hi ha cap senyal que el vostre dolor estigui causat per una fractura, un traumatisme o alguna altra complicació o malaltia, i el dolor no supera les sis setmanes de duració, es desaconsella inicialment la realització d'una prova d'imatge per diagnosticar el mal d'esquena.

Aquesta recomanació es fonamenta en els arguments següents:

- En la majoria de casos, els pacients amb mal d'esquena milloren al cap d'un mes, amb independència si s'hi realitza o no una prova d'imatge.

Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

Agència de Qualitat i Avaluació Sanitària de Catalunya

Referències

1. PEIRÓ, S. Para salir del hoyo, lo primero es dejar de cavar. Aten Primaria 2012. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2012.08.001>
2. "Health Policy Brief: Reducing waste in Health Care", Health Affairs, desembre 13, 2012.
3. BERWICK, D.M.; HACKBARTH, A.D. Eliminating Waste in US Health Care. JAMA 2012;307(14):1513-16.
4. KORENSTEIN, D.; FALK, R.; HOWELL, E.A.; BISHOP, T.; KEYHANI, S. Overuse of Health Care Services in the United States. An Understudied Problem. Arch Intern Med 2012;172(2):171-8.
5. GRADY, D.; REDBERG, R.F. Less is more. How less health care can result in better health. Arch Intern Med. 2010;170(9):749-50.
6. PÉREZ-FERNÁNDEZ, P.; GÉRVAS, J. El efecto cascada: implicaciones clínicas, epidemiológicas y éticas. Med Clin (Barc) 2002;118(2):65-7.
7. GARNER, S.; LITTLEJOHNS, P. Disinvestment from low value clinical interventions: NICEIy done? BMJ 2011;343:e4519.
8. CASSEL, C.K.; GUEST, J.A. Choosing Wisely. Helping Physicians and Patients Make Smart Decisions About Their Care. JAMA 2012; 307(17):1801-2.
9. <http://essencialsalut.gencat.cat/>
10. <http://www.bmj.com/too-much-medicine> (consultada 24/09/2013).
11. <http://www.choosingwisely.org/wp-content/uploads/2013/02/Choosing-Wisely-Master-List.pdf> (consultada 24/09/2013).
12. The Good Stewardship Working Group. The "Top 5" Lists in Primary Care. Meeting the Responsibility of Professionalism. Arch Intern Med 2011;171(15):1385-90.
13. ELSHAUG, A.G.; MCWILLIAMS, J.M.; LANDON, B.E. The Value of Low-Value Lists. JAMA 2013; 309:775-6.
14. PONS, J.M.V.; ARGIMÓN, J.M. De la parsimonia en medicina. Med Clin (Barc) 2013. <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2013.05.009>.
15. VARELA, J. Ahorrar con criterio clínico desde la perspectiva del ámbito hospitalario. Med Clin (Barc) 2012;139(4):165-70.
16. http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Professionals/Formacio/jornades/2013/projecte_esencial/documents/Arxius/GestioClinicaEssencial.pdf (consultada 23/09/2013).
17. BOTTA, M.; CRUZ, E.; SURÍS, X.; PÉREZ, A.; RECASSENS, I.; PRAT N.; DUEÑAS, A. Nuevo modelo de atención integrada de la lumbalgia en el Vallès Oriental. Hospital General de Granollers. Institut Català de la Salut. Direcció de la SAP del Vallès Oriental. Comunicació oral a les XXXIII Jornades de l'AES. Santander, juny de 2013.

Agraïments

A Anna Kotzeva, Elena Torrente i Cristina Adroher pels seus comentaris.

Sostenibilitat des del punt de vista d'optimització de recursos en el territori

VICENÇ MARTÍNEZ IBÁÑEZ

Vicenç Martínez Ibáñez és doctor en Medicina i Cirurgia per la Universitat Autònoma de Barcelona (1989). Especialista en Cirurgia Pediàtrica a l'Hospital Universitari Vall d'Hebron (HUVH) de Barcelona (1980). Expert en cirurgia neonatal, oncologia quirúrgica infantil, trasplantament i cirurgia fetal. Cap de servei de Cirurgia Pediàtrica (2001) en el mateix hospital amb estades al Jackson Memorial Hospital de Miami (1979), aprenent recerca neonatal; al Presbyterian Hospital of Pittsburgh (1984), aprenent trasplantament de fetge, i a la University Califòrnia de San Francisco i al Children's Hospital of Philadelphia (1999), aprenent cirurgia fetal. Primer cirurgià en el trasplantament de fetge infantil, pioner a l'Estat, el 7 de juny de 1985. Codirector del Programa de Cirurgia Fetal, pioner a l'Estat al 2001. Amb més de 179 publicacions nacionals i internacionals i més de 490 conferències. Placa Narcís Monturiol de la Presidència de la Generalitat de Catalunya, "per la seva destacada aportació a la ciència i a la tècnica" (1986). Diplomats en Direcció d'Hospitals per EADA (1998-1999); diplomats en Gestió Hospitalària per la Universitat Pompeu Fabra (2001), dirigit per F. Moreu, i PADE per IESE (2008). Després d'alguns anys de gestió en diferents àrees de l'HUVH, és nomenat director de Processos Quirúrgics a l'HUVH (2006-febrer de 2012). El maig de 2012 és nomenat gerent de l'ICS a Girona i, per Acord de Govern, també gerent de l'IAS (Institut d'Assistència Sanitària) per tal de portar a terme la màxima sinergia entre ambdues institucions.

EL MAIG DEL 2012 S'INICIÀ EL PROJECTE CIMS per tal de sumar sinergies en les dues grans institucions de salut a Girona i Salt, Institut Català de la Salut (ICS) Girona i Institut d'Assistència Sanitària (IAS), sobretot en la seva tasca especialitzada, és a dir, l'Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta i l'Hospital Santa Caterina. Exposo les bases argumentals d'aquest projecte i com l'estem iniciant amb la participació dels professionals i la interrelació de tots els dispositius de salut (especialitzada, primària, salut mental, sociosanitària i social). Entenem que les institucions sanitàries són molt complexes però hem de ser atrevits per instaurar una organització amb la plena participació dels professionals i dels ciutadans, potencials malalts. Hem de millorar també la interfície entre els dispositius de salut i el primer actor, que és o ha de ser, el propi ciutadà. En definitiva, entre tots hem de fer un sistema de salut en xarxa útil. És un repte de tots.



Introducció

En primer lloc, vull agrair la possibilitat de donar la meua opinió a la revista de la Unió, patronal a la qual com a gerent de l'IAS (Institut d'Assistència Sanitària) m'honora pertànyer.

Des de maig del 2012 se m'ha encomanat un projecte (que hem denominat Projecte CIMS) per sumar les sinergies entre dues institucions sanitàries de Girona, l'IAS i l'ICS. És un privilegi i una responsabilitat, que procuro tirar endavant amb el màxim rigor, perquè el projecte no és fàcil, encara que amb l'ajut dels professionals i de les institucions vinculades és possible.

La complexitat del nostre sector és evident i molt important. M'atreveixo a dir que més que l'empresa industrial perquè les relacions són sempre entre persones i a tots nivells, i la matèria primera és de les més sensibles –si no la que més–: la salut. No és casualitat que les millores en les organitzacions hagin estat desenvolupades primer en models industrials i no en models de salut.

Potser els orígens d'ambdós sectors han estat tan diferents que mai no s'han vist com a similars. Però la societat ha canviat de tal manera que el sector salut ha d'assumir que és i pertany a un món molt interrelacionat amb diferents àmbits i institucions, i que indefectiblement i per desenvolupar la seva activitat, també ha d'evolucionar i organitzar-se en funció d'aquesta realitat. En aquest sentit, crec que no podem tenir por de fer-ho amb mètodes que s'han demostrat eficients en altres sectors, especialment en el sector industrial i en referents clars del sector dels serveis.

Seguint aquesta creença, m'agradaria compartir amb vosaltres l'essència del Projecte CIMS (Créixer, Innovar i Millorar en Salut, amb Coneixement, Implicació i Mètode per fer Sinergies), incorporant en els continguts que mostraré seguidament, reflexions i consideracions que, al meu entendre, considero importants, al voltant del nostre sistema de salut.

Sistema de salut

Qualsevol sistema de salut, i més el nostre, ens ha de fer pensar en col·laboració, eficiència i xarxa. Els pro-

fessionals, els centres de salut... no han de ser illes independents, sinó que han d'estar unides per forts ponts transitats per pacients i professionals que van d'una illa a una altra. Ja hi ha molts ponts construïts, però encara n'hem de fer més.

En aquest sentit, s'evidencia que l'evolució, o més ben dit, la pròpia complexitat que comporta el desenvolupament de la medicina, ha obligat a canviar l'orientació de l'hospital –fins fa uns anys el centre del sistema de salut– i, a la vegada, fer caure el punt de gravetat fora de les seves parets.

El sistema ha de fer servir tots els instruments possibles per fer excel·lent i sostenible la prevenció, la diagnosi, el tractament i el seguiment del ciutadà, potencialment malalt. Crec que aquest fet fa indispensable l'aproximació, encara més, de l'atenció primària a la ciutadania, hem de potenciar la presència dels metges de família (inclosos els pediatres) i les infermeres de primària a prop dels ciutadans. I és aquí on rau el nucli del sistema de salut. I entenc que la salut mental –la gran

oblidada– ha d'estar també organitzada de forma comunitària i hospitalària, fonamentalment pels casos aguts. El fet que l'atenció primària i la comunitària de la xarxa de salut mental treballin juntament té un fort impacte en els malalts.

Malaauradament, hi ha alguns ciutadans i –perquè no dir-ho– algun professional que encara no són sensibles, no han entès del tot o no els hem sabut fer participants d'aquest canvi. Alguns serrells d'aquest no-canvi són l'origen de fortes disfuncions que encara vivim. Dissortadament hi ha qui encara pensa que els hospitals són el centre del sistema de salut, sense tenir en compte l'entorn del qual forma part, la xarxa sanitària i social, la pròpia organització entesa com un espectre més ampli.

S'han fet moltes elucubracions sobre “la mort dels hospitals”, però el que cal és transformar-ne el paper i adaptar-lo a les necessitats del ciutadà. Avui en dia, els hospitals¹ han de donar resposta a:

1. la concentració de malalties complexes
2. oferir recursos eficients (economia d'escala)
3. tenir un volum suficient de pacients quirúrgics per acreditar les tècniques quirúrgiques
4. ser un pol atractiu de recerca, innovació i transferència

Hem de potenciar la presència dels metges de família (inclosos els pediatres) i les infermeres de primària a prop dels ciutadans.

Un altre punt, de vegades conflictiu, és la relació entre hospitals: comarcals, referents i d'alta complexitat. En la meua opinió, la relació de baix a dalt i viceversa ha de ser la mateixa. No només de col·laboració i ajuda, sinó d'obertura i de cogestió de serveis integrats.

Aquí també s'ha de fer xarxa, aquí també hi ha espai de millora. Com tot, aquestes bones relacions acaben sent de tipus professional i sobretot personal, però són les institucions, mitjançant convenis i contractacions, que han de facilitar aquesta col·laboració amb l'objectiu de tenir els millors resultats i no perdre el temps en competència insana i inútil que, en general, comporta inefficiències evidents que entorpeixen la sostenibilitat del sistema.

L'atenció primària pot ser molt més resolutiva, però no som prou atrevits per deixar que el metge de família i les infermeres facin un pas endavant. Hi guanyaria el sistema, els professionals i sobretot el pacient.

consensuar els protocols. Les rotacions de professionals en algunes disciplines, tant per primària com per l'hospital, són positives per millorar la comunicació.

L'abordatge dels pacients fràgils (gent gran, infantil i crònics) requereix d'aquesta mateixa interrelació, però d'una forma encara més intensa: ha de ser molt més àgil i s'ha de fer de forma ordenada, fàcil, res excepcional.

El ciutadà sa poques vegades pensa en la salut. Però el ciutadà sa és alhora el potencial malalt i cal ser informat (o millor dit, educat) en la seva pròpia salut. Per tant, i al meu entendre, cal que el ciutadà participi activament en la governança del sistema. Entenent que el responsable últim de l'operativa de la institució que ofereix l'assistència és el gerent.

Amb aquesta voluntat de col·laboració del ciutadà en els dispositius, cal fer una forta promoció de la salut, de forma potent, planificada i mesurable. La mesura és bàsica per saber el que fem i sobretot per millorar (roda de Deming).² La meua experiència en el projecte CIMS ja m'ha fet evidenciar tasques i professionals molt orientats i preparats per promoure accions de participació, a donar-los suport i potenciar-ne les capacitats.

Aquesta aportació ciutadana ha d'ajudar a reforçar la idea que el ciutadà ha de ser el centre del sistema.

El ciutadà, potencial malalt

El ciutadà, a qui tots tenim com a objecte del sistema, encara avui és un actor secundari. El sistema vol estar centrat en el ciutadà, però l'organització en salut està formada per forces vives que treballen en organitzacions complexes, actives i dinàmiques i amb molts actors que es resisteixen, activament o passivament, a aquesta voluntat. Vull pensar que d'una manera no conscient i motivada perquè no hem sabut, entre tots, vèncer aquestes resistències.

Hem de facilitar el periple mèdic als usuaris. Penso que l'atenció primària pot ser molt més resolutiva, però no som prou atrevits per deixar que el metge de família i les infermeres facin un pas endavant. Hi guanyaria el sistema, els professionals i sobretot el pacient. Estic segur que la immensa majoria de vegades, treballant amb protocols consensuats amb l'hospital de referència, els metges de família i les infermeres, perquè no, podrien iniciar el procediment adequat i resoldre el problema. Hi ha molta més confiança entre els metges i infermeres que contínuament treballen junts que entre els que impedeixen que així sigui i que ho fan allà lluny, en un despatx.

Això significa una obertura absoluta de l'hospital de referència a la primària, sense por i de forma recíproca dels professionals de la primària amb els professionals de l'hospital de referència. Aquesta confiança mútua acostuma a venir donada pel coneixement personal dels professionals i, per tant, del seu treball previ de

Xarxa en salut

Tota aquesta tasca d'aconseguir una primària més resolutiva, uns hospitals de referència oberts a la primària (incloent-hi la xarxa de salut mental comunitària) i la promoció de la salut, són accions descrites en el Pla de salut 2011-2015. L'hem de continuar implantant encara amb més força i procurant la màxima cooperació entre tots els actors i agents de la xarxa. Ha de ser una xarxa útil.

Probablement hi ha maneres i iniciatives diferents de fer-ho possible, i qualsevol gestor ha de tenir molt clar quin és l'objectiu final. En les jornades i congressos de gestió als quals he tingut l'oportunitat d'assistir es parla constantment del que s'ha de fer. En acabar aquestes jornades em dic a mi mateix: "Hem de ser operatius! Implementem!" I aquí ve una decisió a prendre: com?

Participació

En la meua opinió, no hi ha una altra manera, avui en dia, d'organitzar les institucions de salut que no sigui amb la participació dels professionals i dels ciutadans. No és fàcil. És més... crec que és molt difícil!

Crec i confio en el mètode de treball per procés.² Tenim evidències en salut que el mètode és resolutiu, implementat i avaluat en els seus resultats. Per tant, en aquest sentit, ja no parlem d'avui, és ahir. Al 1999, vaig tenir l'oportunitat de visitar el Children's Hospital de Philadelphia, distingit en diverses ocasions com a millor hospital de nens dels Estats Units. A l'entrada de l'hospital hi havia el mapa de processos del centre.

Fruit de tot allò que vaig poder copsar en aquest hospital, el 2000 vaig començar a introduir per primera vegada el procés d'hospitalització seguint aquest mètode de treball en el servei de cirurgia pediàtrica que jo dirigia i d'acord amb el meu gerent.

Han passat uns quants anys i ara se m'ha ofert l'oportunitat de gestionar dues institucions amb un passat i una cultura totalment diferents, totes dues amb una voluntat enorme de fer les coses correctament i les dues institucions conformades per professionals amb molt de talent. Les sinergies són possibles entre tots els dispositius que les conformen: primària i especialitzada (Hospital Trueta) a l'ICS Girona, i primària, especialitzada (Hospital Santa Caterina), xarxa de salut mental, sociosanitari, social i drogodependències a l'Institut d'Assistència Sanitària (IAS).

Ateses aquestes capacitats i potencialitats, i clarament orientats a seguir un camí de millora i de canvi, d'acord amb les anteriors reflexions que he realitzat, la decisió que hem pres des de la Direcció d'aquest projecte comú –que hem denominat CIMS– és la de comptar amb la participació dels professionals, seguint el mètode de processos en tota l'organització. Organitzacions que estan ajuntades sota tres direccions comunes:

- Direcció de Suport (hoteleria i infraestructures)
- Direcció Assistencial (primària, especialitzada, salut mental, sociosanitari i social)
- Direcció de Coneixement (docència i recerca)

No hi ha una altra manera, avui en dia, d'organitzar les institucions de salut que no sigui amb la participació dels professionals i dels ciutadans.

Són els propis professionals els que estan dinamitzant el Pla estratègic (PE), elaborat a partir de grups de treball interprofessionals (zeladors, auxiliars clíniques, personal administratiu, professionals d'infermeria i de medicina) i interdisciplinaris (metges de totes les especialitats) de les dues institucions i de cadascun dels cinc dispositius de salut. Són els propis professionals els que dirigeixen els grups de treball i fan propostes d'accions concretes a dur a terme en el PE. Cada acció està definida en una fitxa, amb un responsable de la seva execució, indicadors d'avaluació i cronograma d'implantació. D'aquesta manera, gràcies a aquestes fitxes podem saber en quin punt estem, de forma mesurable, i per tant millorable. Els grups de seguiment estan conformats i liderats pels propis professionals i amb aquests equips trobem una nova forma d'organitzar el treball, una nova manera de treballar. Està clar que és un inici, no podem dir res més ja que hem d'esperar a la implementació de les accions de millora sorgides del treball en equip i la seva avaluació.

A finals d'aquest any, esperem que més de 1.100 professionals de les dues institucions hauran format part d'aquests grups.

És el començament, però cada any hi haura nous grups de treball i anirem avançant fins a fer d'aquest mètode un hàbit de motivació per als professionals i de millora continuada per als ciutadans, per als malalts. La motivació d'un professional en salut és la millora de la seva feina i amb aquest mètode donem, perquè ho creiem així, la possibilitat i l'oportunitat que el professional se senti a gust dissenyant l'acció per millorar l'atenció al malalt (cada vegada menys pacient), per millorar en seguretat i per millorar en eficiència, fent sostenibles les nostres activitats.

Visió global

Tot aquest plantejament el fem amb una visió global integradora de dispositius, mirant al malalt i al ciutadà. Els punts més dèbils els trobem en les interfícies dels diferents nivells assistencials i per això cal aprofundir a potenciar la interrelació entre primària, hospital, salut mental, sociosanitari i social. Recuperant el símil de les illes, hem de construir més ponts per unir les diferents illes, consolidar les estructures ja fetes, i que la circulació

dels pacients sigui la més fàcil i la millor per a ells. Hem de consolidar la salut integral. És en aquestes interfícies on tenim molt camp de millora, sempre des d'un mètode organitzatiu clar de participació, d'obertura, sense por. I és aquí on també es pot innovar, però per fer-ho, cal canviar l'organització. No es pot mantenir la mateixa organització i voler innovar, perquè serà ruïnós. La innovació no ha de ser una moda, ha de tenir un objectiu estratègic i, per tant, ha d'estar inclosa en un nou ordenament.

La visió global no només ha d'anar orientada al mètode organitzatiu. La meua preocupació és trobar una manera diferent de donar valor als professionals. Portalliteres o zeladors (depenent de les institucions), auxiliars de clínica, administratius, personal d'infermeria (en tots els vessants) i metges, però també enginyers, tècnics de tot tipus, operaris, cuiners, marmitons, etc., tots donen cada dia exemple del seu ofici i de la seva professionalitat. Milers i desenes de milers d'ells són la base de l'excel·lent nivell de la sanitat en el nostre país, un nivell que moltes vegades he atribuït més a l'esforç personal que a la pròpia organització.

La complexitat de l'organització sanitària s'ha accelerat de forma exponencial en les darreres dècades i no disminuirà, ans al contrari; l'acceleració no té fre. Les noves maneres d'encarar els tractaments, la prevenció de malalties i el nou coneixement, cada dia és molt més complex. Una complexitat a la qual cal sumar l'enorme informació que tenim (filtrada o no), i que fa trontollar la reflexió i la consolidació de les accions que es vulguin prendre.

Hem de saber navegar en aquest mar d'incertesa que ens porta a un altre escenari, a una realitat canviant cada cert temps però cada vegada més accelerada. Hem de saber estar en el nostre temps i els professionals han de ser formats i informats en aquesta dinàmica. L'organització ha d'afavorir que tot això passi i no entorpeixi la realitat, una realitat canviant i incòmoda per a molts. N'hem d'aprendre tots, i els professionals de la salut som, en general, àvids d'aprenentatge.

L'organització que promovem (processos, xarxa, participació, transparència, comunicació) afavoreix l'adaptació al canvi, portat a terme pels propis professionals. És a partir de la seva incorporació quan

podrem sumar motivació, formació i innovació, entre d'altres.

Els nous professionals

Aquest tipus d'organització també vol afavorir el resorgiment de nous rols en diferents professionals. Des de ja fa un temps i gràcies als exàmens MIR, LLIR, etc.

els residents mostren un nivell elevat de coneixements a l'inici de la seva residència, amb totes les millores que ara (anys després de la instauració de l'examen MIR) puguem comentar. Però tota aquesta complexitat de la qual ja hem parlat, fa que al final de la residència el metge inicia l'especialitat amb una formació general correcta, però poc definida. Està bé que sigui així, poc a poc s'anirà orientant per necessitat del servei i capacitat personal, i en pocs anys serà més expert en alguna cosa més concreta que especialista en general.

Què vull dir amb això? Doncs que comporta nous reptes d'ubicació dels professionals dins l'hospital, necessaris però que poden crear disfuncionalitats en plantilles, en guàrdies, en reconeixements de súper (o sub) especialitzacions. Fa temps que dic que en hospitals de tercer nivell es necessiten més experts que especialistes, al contrari que en hospitals de primer i segon nivell.

Simultàniament, les infermeres estan fent el canvi més gran des de l'inici del sistema de salut. És un canvi d'inèrcia clar amb un impacte molt important en el sistema pel volum i el contingut, però el camí ha de ser prudent i basat amb arguments sòlids i el col·lectiu s'ho ha de creure. Creure que el seu rol no és el del metge, sinó el d'estar al costat del malalt.

És el professional de salut que continuament està al costat del pacient i és la interfície entre el metge i el malalt. Per tant, el seu rol és clar i fonamental i els metges han de donar confiança (la immensa majoria la tenim) en aquest llarg camí de treball en la seva pròpia organització que no és fàcil, per complexa i per volum de professionals. Penso que el col·lectiu d'infermeria es

Els punts més dèbils els trobem en les interfícies dels diferents nivells assistencials i per això cal aprofundir a potenciar la interrelació entre primària, hospital, salut mental, sociosanitari i social.

El pla de cures permet reflectir la intervenció de les infermeres, garantir una prestació de cures segura i equitativa i generar informació per la millora continua.

troba en una situació difícil: d'una banda les facultats (fins fa poc, escoles) no han homogeneïtzat la formació d'infermeria i de l'altra, les institucions sanitàries han pensat que no era la seva funció, intuïnt que ja n'aprendrien treballant en el centre respectiu.

La possibilitat d'homogeneïtzació de l'acció de les infermeres ha vingut amb la implantació del pla de cures. El pla de cures permet reflectir la intervenció de les infermeres, garantir una prestació de cures segura i equitativa als pacients i generar informació per la millora continua de les seves accions.

Aquesta acció és un avenç fonamental i sense retorn en aquest nou paper de les infermeres, davant el metge, davant els canvis continus i, sobretot, davant el malalt. La metodologia per processos ens ajudarà a fer possible aquest ressorgiment de la funció de les infermeres i si de veritat creiem que hem de ser una organització centrada en el malalt, justament al seu costat trobarem aquest professional.

La coherència i el compromís dels que tenim la responsabilitat d'impulsar projectes de canvi ha de ser permanent.

Lideratge

Aquest ha estat un punt de reflexió que hem tingut a l'inici del Projecte CIMS, no tant el de l'alt directiu que està clar que és important, sinó el lideratge del comandament immediat, caps de servei, adjunts d'infermeria.

Cal identificar, malgrat la dificultat que això pugui suposar, professionals que puguin/vulguin ser líders dins la pròpia organització assistencial. En aquesta identificació hem de situar instruments facilitadors: formació en gestió, interpretació de la funció i rols del gestor, coneixement i obertura més enllà de la zona assistencial d'origen. Estimular i reconèixer iniciatives de millora en la gestió i altres.

Aquests potencials líders són fonamentals per a l'organització de les nostres institucions sanitàries en qualsevol dels dispositius i dins d'una clara voluntat de canvi i millora.

Per tant, cal formar líders, ja que un líder, ho tinc clar, es fa. Pots tenir unes capacitats o unes altres, però desenvolupant les que tens i aprenent les que no tens, si es vol, es pot. Al meu entendre es necessita voluntat d'aprendre i responsabilitat. Si afegim un nivell adequat d'ètica social, doncs tindrem un embrió de gestor. Hi falta una cosa, que també la demano a tots els meus

col·laboradors: entusiasme! Quan davant nostre hi ha un projecte de qui depenen professionals i ciutadans, és un deure tenir uns alts nivells de responsabilitat i d'entusiasme, bàsics per aprendre.

I, sobretot, no defraudar els que volen fer passes en aquest sentit: la coherència i el compromís dels que tenim la responsabilitat d'impulsar projectes de canvi ha de ser permanent. Hem de ser líders per als líders de la nostra organització.

M'agradarà poder demostrar aquesta voluntat de fer, de posar en pràctica, d'implementar els processos i les accions que entre tots hem definit. Hi ha tantes coses a millorar! Volem desplegar el Projecte CIMS aportant resultats en salut.

Voldria finalitzar amb una petita experiència que vaig tenir fa unes setmanes en unes jornades d'e-salut, a França. En una de les taules rodones de la jornada, un prestigiós metge de la Universitat de Montpeller es va dirigir al que representava Catalunya i va comentar "vosaltres els catalans teniu una millor xarxa sanitària que nosaltres a França, no perquè sigueu més intel·ligents, sinó perquè teniu un tipus d'organització que ho afavoreix".

Exactament això és el que entenc, l'organització ha d'afavorir l'adaptació als canvis, la presa de decisions vers el malalt i, en definitiva, la millora en salut. Ah! i per cert "mon ami", això també és ser intel·ligent. ■

Referències

1. BARBA, E. (Col·laborador acadèmic del Departament de Direcció d'Operacions i Innovació, ESADE) Innovación en salud. Jornadas de Gestión de la Fundación SIGNO, Valladolid, 2012.
2. COSTA, J.M. Gestió de la qualitat en un món de serveis. Gestió 2000.
3. COCHRAN, J. (Director Executiu Kaiser Permanente) Transforming Health Care in the Information Age.

La teledermatologia, una aposta per l'eficiència i la sostenibilitat

LA TELEDERMATOLOGIA és l'avaluació clínica de lesions cutànies i la revisió de dades de laboratori per dermatòlegs amb tècniques de telemedicina que permeten el diagnòstic i el tractament de pacients a distància. L'objectiu fonamental és aconseguir l'accés a la medicina cutània especialitzada des de llocs diversos, sovint allunyats físicament l'un de l'altre. El projecte de teledermatologia implantat a les comarques del Bages, Berguedà i Solsonès ha resolt un dels principals problemes per al qual es va posar en marxa: la reducció de les llistes d'espera de l'especialitat. En el moment d'iniciar-se la prova pilot d'aquest projecte la llista d'espera per a una interconsulta dermatològica era de set mesos de mitjana, mentre que actualment s'ha pogut establitzar en quinze dies. Una consulta virtual facilita l'accessibilitat i disminueix el temps d'espera dels pacients per rebre un diagnòstic i un tractament especialitzat. El projecte consisteix a establir un circuit en què, quan arriba un pacient amb una lesió a la pell, el metge de família la fotografia i l'envia a la dermatòloga de l'hospital. Aquesta revisa les imatges i envia el diagnòstic i el tractament al metge de família. En cas que sigui necessari, se cita el pacient per a una visita presencial amb la dermatòloga.

DOLORS VILA

Dolors Vila és dermatòloga en exercici professional des de l'any 1983. Llicenciada en Medicina i Cirurgia per la Universitat de Barcelona, és especialista en dermatologia i venereologia des de l'any 1984. Actualment és la cap del Servei de Dermatologia de la Fundació Althaia, Xarxa Assistencial Universitària de Manresa.

JOSEP VIDAL

Josep Vidal és adjunt a la Direcció d'Afers Assistencials de la Gerència Territorial de l'ICS a la Catalunya Central.

ELISABET DESCALS

Elisabet Descals és directora de l'EAP Manresa 2.

Què és la teledermatologia

La teledermatologia és l'avaluació clínica de lesions cutànies i la revisió de dades de laboratori per dermatòlegs amb tècniques de telemedicina que permeten el diagnòstic i el tractament de pacients a distància. L'objectiu fonamental és aconseguir l'accés a la medicina cutània especialitzada des de llocs diversos, sovint allunyats físicament l'un de l'altre.

Alguns autors han arribat a considerar la teledermatologia com una subespecialitat de la telemedicina. El terme engloba consultes entre un pacient amb una malaltia cutània (i/o el proveïdor primari de salut) i un dermatòleg, amb la finalitat d'aconseguir un diagnòstic o un consell d'aquest últim. També pot cobrir l'educació dermatològica per als professionals de la salut i per als propis pacients.

En el seu vessant assistencial, s'està aplicant als hospitals de referència de la nostra xarxa pública com a sistema de telemedicina general entre el servei de dermatologia i el centre d'atenció primària, dirigida a l'atenció de problemes dermatològics de diferents tipus i amb l'objectiu d'escurejar llistes d'espera o salvar barreres geogràfiques en un intent de millorar la dis-

ponibilitat de la medicina especialitzada. En aquests casos, la finalitat de la teleassistència és diagnòstica i en la majoria de casos té intenció terapèutica.

Des d'aquesta consideració d'eina auxiliar per millorar l'assistència del pacient dermatològic, és des d'on cal defensar els avantatges i aplicacions en els nostres hospitals públics. Però també com una eina que ens permet millorar la gestió del dia a dia, a peu de consulta, per tal de fer un ús més eficient dels recursos de què disposem.

Per a la implementació de la teledermatologia com a mètode assistencial sistemàtic dins un hospital de referència cal tenir en compte diferents consideracions. Prèviament al desenvolupament i implantació de la teleconsulta de dermatologia cal definir amb claredat els objectius, àmbit d'aplicació, protocols d'actuació i els beneficis esperats per al procés assistencial on s'aplica.

La teleconsulta ha de sorgir en resposta a una situació assistencial concreta o genèrica susceptible de ser resolta, millorada o agilitzada mitjançant un sistema de teledermatologia. En canvi, no ha de sorgir com una resposta a dificultats organitzatives que impedeixin una adequada assistència especialitzada, ni per estalviar personal facultatiu, ni molt menys per l'interès polític actual que hi pugui haver en el fet de practicar telemedicina.

Els objectius han de ser en tot moment realistes. La teleconsulta ha d'estar orientada cap a processos assistencials en els quals la informació necessària (clínica, resultats de proves complementàries, imatges, etc.) per a la presa de decisions es reculli de manera simple i no suposi una inversió de temps difícil d'assumir per al consultor. De la mateixa manera, l'avaluació de la teleconsulta i la presa de decisions per part del dermatòleg han de ser processos àgils i rendibles per a l'activitat de la unitat, és a dir, es tracta de simplificar els objectius per optimitzar els resultats. En aquest sentit, la teleconsulta de dermatosis generalitzades presenta més dificultats tècniques que la consulta i presa de decisions sobre lesions circumscrites. Des del punt de vista de la tècnica fotogràfica, aquestes últimes són més fàcils de captar i, d'altra banda, la formació clínica necessària per arribar a una conclusió diagnòstica en casos de dermatosis generalitzades (exantemes, toxicodèrmies, urticàries, etc.) poden ser tan abundants que aquest tipus de teleconsultes esdevinguin poc pràctiques.

Una teleconsulta ha d'implantar-se com a resposta a una situació assistencial concreta o genèrica susceptible de ser resolta, millorada o agilitzada mitjançant aquest sistema.

També sembla més assequible l'objectiu de la teleconsulta com a sistema de cribratge de lesions sospitoses amb l'única finalitat de diferenciar entre lesions benignes i sospitoses.

Pel que fa al futur de la teledermatologia en els hospitals de referència del nostre país, cal tenir present l'article de Braun *et al*³ que conclou que "la telemedicina no arribarà al seu màxim desenvolupament possible

mentre els governs i les organitzacions sanitàries no estableixin estratègies financeres i legals

convenients". Actualment, els gestors de

les institucions sanitàries públiques formen un corrent favorable per al desenvolupament de sistemes de telemedicina i estan disposats a finançar béns, equips i, el que és més important per al nostre col·lectiu, alguns organismes públics estan començant a contractar dermatòlegs amb la finalitat de desenvolupar sistemes de teledermatologia.

Finalment, no cal oblidar l'intens debat que suscita aquesta pràctica i que ha motivat

l'estudi de la situació per part de juristes i associacions mèdiques de diferents àmbits. Aquests intenten delimitar conceptes fonamentals, com la responsabilitat mèdica dels professionals implicats en aquesta forma d'assistència, els requisits per a la seva pràctica, així com una possible redefinició de la *lex artis* per al tractament d'algunes malalties. En aquest sentit, alguns autors consideren que "la generalització de la telemedicina pot fer incórrer en responsabilitats al metge que, mitjançant mitjans telemàtics adequats per al tractament d'un pacient, no els hauria emprat abans perjudicant aquest últim".⁴

Un problema, una solució

La Regió Sanitària Catalunya Central està formada per les comarques del Bages, el Berguedà, el Solsonès, l'Anoia i Osona, i la Fundació Althaia és la institució referent per a la població de les tres primeres. Es tracta d'una àrea de grans dimensions, que sovint obliga els ciutadans d'aquest territori a fer importants desplaçaments per accedir a una assistència mèdica especialitzada. També cal tenir present l'augment exponencial de la demanda de la consulta dermatològica en els darrers deu anys.

Ambdós factors van fer que de manera progressiva les llistes d'espera per accedir a una visita dermatològica augmentessin de manera considerable durant els anys 2010 i 2011. Per intentar revertir aquesta tendència, a final del 2010 es va implantar una prova pilot per instaurar una consulta virtual de teledermatologia que connectava els professionals de l'Equip d'Atenció Primària (EAP) Manresa-2 amb els professionals del Servei de Dermatologia d'Althaia, Xarxa Assistencial Universitària de Manresa, encarregats de l'assistència especialitzada al territori.

Els objectius d'aquesta prova pilot eren:

- Facilitar l'accessibilitat, la coordinació i la comunicació entre els centres d'atenció primària i l'atenció dermatològica hospitalària.
- Reduir les llistes d'espera de dermatologia.
- Augmentar la resolució de l'atenció primària i evitar el desplaçament dels pacients a l'hospital.
- Millorar la integració entre els diferents nivells assistencials.
- Garantir la continuïtat assistencial.
- Augmentar l'equitat i l'eficiència en l'atenció sanitària.

A més de reduir les llistes d'espera, el projecte de teledermatologia d'Althaia i l'ICS pretén facilitar l'accessibilitat i millorar la coordinació i la comunicació entre els centres d'atenció primària i l'atenció hospitalària.

Un projecte sòlid

Els bons resultats obtinguts en aquesta prova pilot van fer que la teledermatologia s'estengués pels diferents centres del Servei d'Atenció Primària (SAP) del Bages, Berguedà i Solsonès. A principi del 2011 es va implantar al Bages; al maig del 2012, al Berguedà, i al juliol del mateix any, al Solsonès. D'aquesta manera, la teledermatologia s'ha convertit en una eina d'ús habitual en les consultes de primària de les comarques de la Catalunya Central.

Gràcies a això s'ha aconseguit millorar la resolució de casos a l'atenció primària i agilitzar la derivació a l'especialista en els casos que és necessari, garantint el continuïtat assistencial. De fet, per dotar el projecte de la solidesa necessària,

es van establir uns criteris clínics dermatològics sobre els quals decidir quina part de la patologia es podia incloure en les agendes d'assistència dermatològica virtual i quina altra part era necessàriament subsidiària de valoració presencial per part del metge especialista en dermatologia. Tot i això, cada cas s'analitza individualment i quan l'especialista rep la fotografia d'una dermopatia en fa la valoració i decideix si vol una derivació presencial del pacient o si realitza una orientació terapèutica virtual.

Segons els criteris de derivació establerts, els pacients són atesos a través del circuit de teledermatologia quan presenten lesió localitzada o identificable en una àrea petita que pugui ser mostrada per iconografia, lesions provocades per l'envelliment cutani de caràcter benigne i no malignitzant, lesions berrugoses, o lesions eczematoses o fúngiques que no responguin adequadament al tractament. En canvi, hi ha altres casos en què el pacient haurà de ser derivat a la consulta presencial de l'especialista, per exemple, en una psoriasi generalitzada, un acné moderat o greu, o també per una dermatitis atòpica generalitzada.

El circuit

Per aconseguir uns bons resultats, tan important és tenir uns criteris de derivació ben definits com que els professionals tinguin clar el circuit de derivació i resposta. Tècnicament, en teledermatologia s'utilitza el mètode *store and forward* i el circuit s'inicia quan el metge de família veu la lesió de pell, en fa la fotografia corresponent i l'adjunta, en el nostre cas, a l'historial clínic del programa informàtic e-CAP on també escriu la informació en el curs clínic. Viatja, doncs, la informació i no el pacient, que no ha de desplaçar-se.

Gràcies a aquest sistema, el dermatòleg pot accedir a l'historial clínic del malalt en tot moment. Administrativament, s'introdueix la interconsulta en una agenda de teledermatologia creada a l'e-CAP i a l'agenda del metge de família presencial per a un dia

Per aconseguir uns bons resultats cal que el projecte neixi amb un circuit i uns criteris de derivació ben definits perquè cada professional tingui clar quin paper ha de jugar.

acordat. Hi ha establert una setmana de temps perquè l'especialista pugui respondre la interconsulta que arriba des de la primària. Per fer-ho, la dermatòloga entra a la història del pacient que apareix en aquesta agenda pròpia de teledermatologia per revisar les fotografies i definir el diagnòstic, la pauta de seguiment i el tractament.

Una vegada ja disposa de la informació, el metge de família revisa el cas i truca o cita el pacient, depenent dels resultats de la interconsulta virtual. Si l'especialista creu que és necessària una visita presencial ho indica al metge de família i es fa la interconsulta presencial corresponent.

Els resultats

El projecte de teledermatologia està aconseguint resoldre un dels principals problemes per al qual es va posar en marxa: la reducció de les llistes d'espera de l'especialitat. En el moment d'iniciar-se la prova pilot d'aquest projecte, la llista d'espera per a una interconsulta dermatològica era de 7 mesos de mitjana mentre que actualment s'ha pogut estabilitzar en 15 dies. Si s'analitzen les dades es pot veure que durant l'any 2011 les dues dermatòlogues que visiten a la Fundació Althaia van fer 7.125 consultes, de les quals un 5,5% van ser a través de la teledermatologia. L'any següent, durant el 2012, les visites de teledermatologia ja van representar pràcticament el 40%.

Gràcies a aquests bons resultats aconseguits, la teledermatologia s'ha potenciat al territori i això afecta po-

sitivament uns 200.000 habitants a qui s'ha informat a través dels mitjans de comunicació. Per tant, poden conèixer el funcionament del sistema i tenir clar que el diagnòstic d'una lesió a la pell serà molt més ràpid.

Paral·lelament, el projecte es va presentar a la Jornada del Pla de salut de Catalunya celebrada a Sitges al desembre de l'any 2012, on va ser premiat com una de les cinc millors experiències. A partir d'aquí, l'Institut Català de la Salut (ICS) va decidir incloure la teledermatologia en el seu contracte de gestió. Per això, durant aquest 2013 s'ha definit el model d'atenció en teledermatologia i els criteris de planificació per implantar-lo a totes les àrees bàsiques de Catalunya. ■

Els resultats aconseguits amb la implementació de la teledermatologia al Bages, Berguedà i Solsonès ha fet que el projecte comenci a estendre's a altres territoris de Catalunya.

Referències

1. MORENO RAMÍREZ, D.; FERRÁNDIZ PULIDO, L. La teledermatología en los hospitales de referencia. *Piel* 2005;20(4):157-9.
2. ROMERO, G; GARRIDO, J.A.; GARCÍA-ARPA M. Telemedicina y teledermatología (I): concepto y aplicaciones. *Actas Dermosifiliogr* 2008;99:506-22.
3. BRAUN, R.P.; MEIER M.L.; PELLONI F. et al. Teledermatoscopy in Switzerland: a preliminary evaluation. *J. Am. Acad. Dermatology* 2000;42:770-5.
4. SÁNCHEZ CARO, J.; ABELLÁN, F. Telemedicina como forma de ejercicio en la medicina. Aspectos éticos. A: SÁNCHEZ CARO, J.; ABELLÁN, F. editors: *Telemedicina y protección de datos sanitarios. Aspectos legales y éticos*. Granada: Editorial Comares; 2002, p. 15-31.



Coreponsabilització del pacient. Experiència del projecte **Pacient Expert** Catalunya[®] en MPOC a l'ABS Vic Sud (EAP VIC SLP)

MARTA SERRAROLS

Marta Serrarols és metgessa de família i sòcia fundadora de la primera EBA (entitat de base associativa) del país (EAP VIC SLP). Tutora de Medicina Familiar i Comunitària a la Unitat Docent d'ACEBA, professora de Salut Comunitària a la Universitat de Vic i a l'IES, actualment compagina l'activitat assistencial diària amb les tasques de gerència de l'EAP VIC SLP.

ELI MARCÈ

Eli Marcè és infermera comunitària a l'EAP VIC SLP des de l'any 2004. Docent d'infermeria des de l'any 2002, imparteix un curs amb acreditació de postgrau en Salut Comunitària a l'Institut d'Estudis de la Salut (IES) a Barcelona. Formada en educació en grup de pacients, actualment compagina l'activitat assistencial amb educació grupal i és responsable de l'educació a grups de pacients a l'EAP VIC SLP.

BEATRIZ SAN JOSÉ

Beatriz San José és diplomada en Infermeria (1984) i té el postgrau en Infermeria Pediàtrica (1998). Ha fet formació en educació en grups de pacients (IES 2002 i 2003) i en habilitats professionals en la conducció de grups (2011). És infermera pediàtrica a l'EAP VIC SLP, conductora en educació grupal i responsable de l'educació a grups de pacients.

EN EL PRESENT ARTICLE abordarem l'experiència d'implementació del Programa Pacient Expert Catalunya[®] a la nostra ABS en l'àmbit de l'atenció a la malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC). El Programa Pacient Expert vol promoure el rol del pacient com a principal responsable de l'autocura de la seva salut i facilitar l'adquisició de les competències necessàries per a gestionar els símptomes de la malaltia, incorporar estils de vida saludables i aconseguir una millor qualitat de vida, sempre en col·laboració amb el professional sanitari. La idea original sorgeix del centre de recerca per a l'educació de pacients de la Universitat de Stanford (Estats Units) i el projecte és validat al nostre país i iniciat a l'Institut Català de la Salut. En el moment actual ja forma part del Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat. El Programa Pacient Expert Catalunya[®] és un dels 32 projectes identificats com a estratègics pel Pla de salut de Catalunya 2011-2015 del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. La MPOC és una malaltia crònica d'alta prevalença que origina un impacte important en la qualitat de vida dels pacients i en la utilització de recursos sanitaris. En el nostre centre hem posat en marxa dos grups de Pacient Expert en MPOC durant l'any 2013, amb resultats molt satisfactoris.

Introducció

El Programa Pacient Expert promou estratègies d'autocura i maneig dels símptomes de la malaltia i dels estils de vida saludable a través d'un altre pacient també afectat per la malaltia però "expert" en ella i amb capacitats i coneixements per transmetre'ls a altres pacients afectats. El professional sanitari, en aquest programa, actua formant el pacient en aquestes habilitats i observant el desenvolupament de les diferents sessions del grup. El Programa Pacient Expert Catalunya® se situa en el marc de la progressiva transició des d'una educació sanitària molt dependent del professional i amb un cert caràcter paternalista, cap a una altra en què el pacient és més autònom i actiu. Els objectius genèrics podeu veure'ls a la taula 1.

El Programa al nostre centre pivota sobre els professionals d'infermeria. Ja prèviament, aquestes professionals eren les responsables de l'educació grupal a la nostra ABS com a procés estratègic que venim desenvolupant els darrers anys, amb la finalitat també de millorar l'autoresponsabilització del pacient en diferents malalties cròniques (diabetis *mellitus*, HTA, estils de vida saludable, tabaquisme, etc.). El Programa Pacient Expert introdueix el pacient com a conductor dels grups, fet que marca la diferència entre l'educació grupal, on els professionals són els tutors, respecte d'aquest programa, on un pacient competent, format i amb habilitats comunicatives porta el lideratge dels

Taula 1. Objectius del Programa Pacient Expert Catalunya®

1. Aconseguir la implicació dels propis pacients.
2. Millorar el grau de satisfacció dels pacients.
3. Millorar la qualitat de vida percebuda pels pacients.
4. Millorar els coneixements dels pacients sobre la malaltia.
5. Millorar el grau d'autocura per adquirir un correcte maneig de la malaltia.
6. Millorar el compliment terapèutic.
7. Disminuir el nombre de visites al metge/infermera de família.
8. Disminuir les descompensacions, els ingressos hospitalaris i les visites a urgències per la malaltia.

grups i els professionals actuen com a observadors. En el nostre centre realitzem ambdues activitats de manera sistemàtica i periòdica.

El pacient expert es tria entre el grup de pacients afectats per la malaltia crònica. Aquest rep una formació específica i, posteriorment, en sessions estructurades aquest pacient transmetrà la informació a la resta de pacients. El cos del programa consisteix en l'educació en grup de pacients, estructurat en 9 sessions setmanals de 90 minuts de durada, i amb el seguiment d'aquest pacients als 6 i 12 mesos. Tant a l'inici com al final, i als 6 i 12 mesos, es fan les avaluacions de coneixements, estils de vida, autocura, qualitat de vida i satisfacció.

El nostre centre es va incorporar al programa l'any 2012, amb la presentació per part del Departament de Salut, des del programa de Prevenció i Atenció a la



Cronicitat, i hem realitzat durant l'any 2013 dues edicions del Programa Pacient Expert en MPOC. La proposta d'escollir la MPOC va ser de tot l'equip.

Entre les dues edicions s'han inclòs al programa 22 pacients, amb només un abandonament. És recomanable que els grups no tinguin més de 10-12 participants.

Desenvolupament del programa

El programa té unes etapes ben diferenciades, que no varien entre les malalties cròniques que es poden incloure en el Programa Pacient Expert: sessió informativa a l'EAP, selecció de possibles pacients experts i participants, citació a una primera reunió informativa, selecció del pacient expert i del grup, formació del pacient expert, desenvolupament de les sessions i avaluació de resultats.

1) Presentació i implicació de l'equip

Una de les parts més importants del procés és l'acceptació i participació de tot l'equip en el programa, malgrat que la responsabilitat sigui d'infermeria. Aquest aspecte és un element clau de l'èxit, en la mesura que la seva implicació ajuda a l'hora de poder seleccionar un pacient expert amb les característiques òptimes ja que tots els professionals coneixen pacients que poden complir amb el perfil.

2) Selecció del pacient expert i informació als participants dels grups

S'inicia així la recerca de pacients amb el criteris seleccionats i la proposta, per part de tots els professionals, dels possibles pacients que responen al perfil de pacient expert. Aquest ha de complir criteris de voluntarietat, capacitat d'autocura i absència de discapacitats psicofísiques. Se li valoren les capacitats d'empatia, interès per ajudar, motivació i habilitats comunicatives.

També els possibles participants en el grup són proposats pels professionals, atenent a les seves característiques i probable aprofitament de la capacitat.

En la primera edició, un cop organitzat el programa i calendari, es van convocar les persones diagnosticades de MPOC a una sessió informativa on s'explicava en què consistia i els avantatges que els podia aportar. En la mateixa sessió s'inscrivien i, entre els assistents, juntament amb els proposats com a pacient expert, es van escollir els que semblaven més adients i se'ls va proposar de participar.

En la segona edició, la selecció del pacient expert es va fer prèviament a la sessió informativa als possibles participants, de manera que el pacient expert ja participava com a tal en aquesta sessió. Ens sembla que aquesta opció és millor per al desenvolupament i reclutament de pacients per als grups.

Els pacients seleccionats com a possible pacient expert, responen les enquestes de qualitat de vida, coneixements, autocura, hàbits i estils de vida, i se'ls fa una entrevista, a partir dels resultats de les quals s'escullen les persones més adients.

3) Formació del pacient expert

Són els professionals sanitaris els que realitzen la formació prèvia a aquest pacient escollit com a pacient expert.

En ambdues edicions del Programa, el pacient expert va sol·licitar anar fent la formació paulatinament, segons va progressant el programa.

A cada sessió es repassa el material que se'ls dona i després s'aclareixen els dubtes sobre la informació i el contingut; després cal parlar de com s'organitza cada sessió, nocions bàsiques de dinàmica de grups, idees per encetar el tema o debat, repassar les tècniques dels medicaments inhalats, ensenyar les que no coneix, els exercicis respiratoris, etc. És important que hi hagi una bona relació professional-pacient expert, ja que en aquestes reunions hem d'empoderar el seu paper, li hem de donar la nostra confiança i el nostre suport. Aquesta tasca ens implica una dedicació mínima d'una hora setmanal.



4) El rol dels professionals. Organització, capacitació, motivació, donar confiança, observar

La responsabilitat de coordinació i observació recau en dues infermeres responsables. L'organització de les diferents etapes, la tria i formació del pacient expert, el treball d'observador en el grup, com també assessorar i donar confiança al pacient expert són les tasques més rellevants que desenvolupen les professionals d'infermeria. A les tasques d'avaluació que cal fer posteriorment també es va incorporar una persona d'atenció a l'usuari.

Els professionals que lideren aquest programa al nostre centre són infermeres del centre, que d'una manera o altra estaven ja implicades en l'educació en grups i/o MPOC, i havien rebut formació prèvia en conducció de grups.

El paper d'observador en el grup és fonamental i implica no intervenir directament en les sessions formatives. Es valora la comunicació verbal i no verbal, la dinàmica del grup, es valoren les preguntes més freqüents i significatives, i s'ajuda a resoldre dubtes o punts poc clars, però s'intenta sempre que sigui el pacient expert qui condueixi i resolgui aquests interrogants, aportant la seva experiència vital de malaltia.

L'experiència dels observadors és que realment els pacients estant contents i veiem com participen i aprenen, s'interessen, expressen els canvis, els uns aprenen dels altres més experimentats, i tothom assumeix un paper que els enriqueix. Per a les professionals que actuaven com a observadores, la primera edició va ser més difícil ja que van haver d'interpretar un rol diferent, acceptar els ritmes d'aprenentatge dels diferents participants i de comunicació. En la segona edició es van sentir més segures, i van tenir més confiança en el propi rol i en els processos d'aprenentatge.

5) Les sessions

El cos del programa consisteix en l'educació en grup de pacients, estructurat en 9 sessions setmanals de 90 minuts de durada i amb el seguiment d'aquest pacients als 6 i 12 mesos, fent tant a l'inici com al final i als 6 i 12 mesos les avaluacions de coneixements, estils de vida, autocura, qualitat de vida i satisfacció.

Com hem comentat, la formació del pacient expert s'anava realitzant abans de cada sessió temàtica, la qual

cosa també permetia fer una avaluació de la sessió prèvia i resoldre dubtes que en sessions posteriors es resollien. És important respectar els tempos i dinàmica de cada grup.

Cal destacar que les sessions es desenvolupen en espais comunitaris fora del centre de salut.

6) Avaluació i resultats

En el primer grup es van incloure finalment set pacients, amb dos abandonaments per motius personals. El 57% tenien 66-75 anys; el 29%, 50-65 anys i el 14%, 76-85 anys. La majoria (5) eren homes.

Un cop finalitzades les nou sessions, el programa continua seguint una nova trobada als 6 i als 12 mesos on es tornen a avaluar els indicadors, i s'avaluen també els indicadors personals de cada pacient, visites, visites urgents, visites a urgències i ingressos.

En les dues edicions els pacients han acabat molt satisfets, expressen que han après coses que no havien entès mai, han fet millor els tractaments, s'han interessat per fer canvis en els seus hàbits. Expressen que compartir l'experiència amb altres companys és millor que l'explicació del metge o la infermera. Per al pacient expert és una experiència enriquidora, ja que a part d'aprendre aspectes de la malaltia que desconeixia, se sent recomanat en escriure per la seva feina com a voluntari.

De la primera edició hem fet la trobada als sis mesos per fer les enquestes d'avaluació i en queda pendent la trobada al cap de l'any.

La part de recollida de dades en les històries dels pacients, i els registres d'aquestes i de les enquestes en l'aplicatiu del programa, és una part laboriosa però indispensable ja que és on finalment podrem observar els resultats.

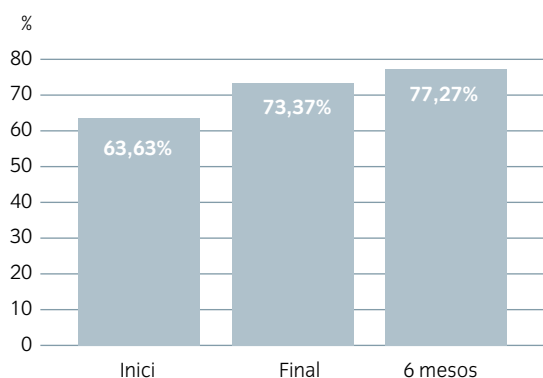
Finalment, cal tancar el cercle i compartir els resultats amb tot l'equip en conjunt i a cada professional del procés dels seus pacients.

En l'avaluació es tenen en compte aspectes qualitatius i quantitatius.

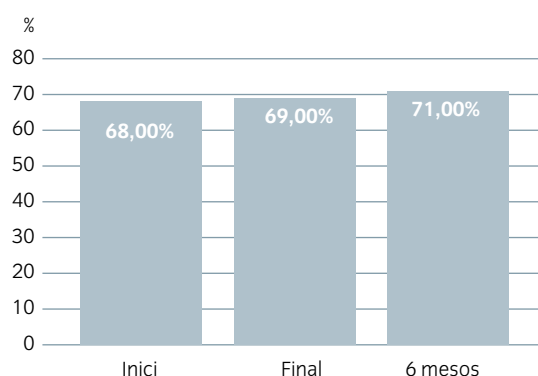
La part qualitativa ve donada per l'opinió i comentaris que expressen els participants i el propi pacient expert i que cal recollir per analitzar i tenir en compte per a altres sessions o edicions del Programa.

La part quantitativa s'obté de les enquestes de coneixements, hàbits i estils de vida, d'autocura, de qualitat de vida en les diferents etapes del programa (inici, final, 6 i 12 mesos), de les enquestes de satisfacció i dels indicadors d'ús de recursos que es recullen a la història

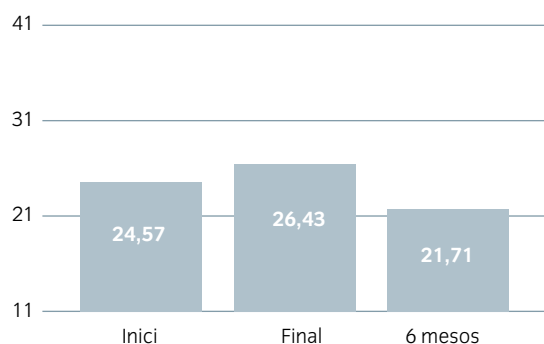
Gràfic 1. Coneixements



Gràfic 2. Hàbits i estils de vida



Gràfic 3. Grau d'autocura

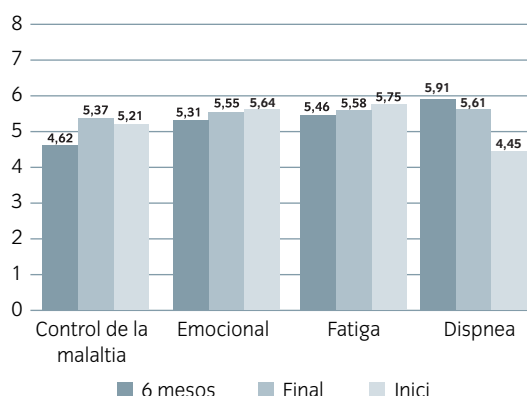
**Qüestionari: Escala d'autocura**

Adaptació de l'Escala Europea d'Autocura en IC.

Nombre de preguntes: 11.

Escala de valors totals: d'11 a 55 punts.

Gràfic 4. Qualitat de vida

**Qüestionari sobre qualitat de vida en problemes respiratoris crònics-SAS**

Bibliografia: R. Güell, P. Casan, M. Sengenís, F. Morante, J. Belda, G.H. Guyatt. Quality of life in patients with chronic respiratory disease: the Spanish version of the Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ). Eur Respir J 1998; 11:55-60.

clínica informatitzada (nombre de descompensacions, visites al metge i infermera, visites a urgències, ingressos hospitalaris).

Els resultats preliminars de l'avaluació a l'inici i l'avaluació als 6 mesos del primer grup, i tenint en compte la mostra de pacients inclosos, indiquen (vegeu els gràfics 1 a 4):

- Alt grau de satisfacció i participació dels participants al grup (4,8/5).
- Coneixements i hàbits i estils de vida: hi ha millora entre l'inici, final i els 6 mesos postintervenció, d'acord amb els resultats esperats i els objectius fixats.
- Autocura: entre l'inici i el final hi ha, curiosament,

un empitjorament segons els resultats. En canvi, als 6 mesos hi ha una millora en comparació entre l'inici i el final i, per tant, la millora en l'autocura es fa palesa 6 mesos postintervenció tenint en compte que entre el final i els 6 mesos és el pacient amb ell mateix, ja que no hi ha cap tipus d'intervenció.

- Qualitat de Vida: la interpretació és que quant més alta és la puntuació, millor qualitat de vida en cadascuna de les dimensions de l'enquesta SAS (dispnea, fatiga, emocional, control de la malaltia).

De les dades recollides de la història clínica OMI-AP del nostre centre per a aquests 7 pacients, 6 mesos abans i després de la intervenció, podem observar:

	6 mesos abans del grup Pacient Expert	6 mesos després del grup Pacient Expert
Visites al CAP (metge i infermera)	27	14
Visites a Urgències	1	2
Ingressos hospitalaris	1	2

Destaca la reducció en la freqüentació al CAP de manera significativa. Probablement l'impacte final en visites a urgències i ingressos, requereix més pacients inclosos en el programa i un temps de seguiment més llarg, per avaluar-ne la significació.

Conclusions

- El Programa Pacient Expert suposa passar d'una educació sanitària molt dirigida i unidireccional, centrada més en el professional, a una educació sanitària que col·loca el pacient en el centre, el fa partícip del procés d'aprenentatge i l'empodera per gestionar la seva malaltia, tot millorant la seva qualitat de vida.
- La implantació del Programa als EAP requereix la implicació de tots els professionals, per ajudar a la selecció del pacient expert i els participants del grup.
- És un element clau d'èxit escollir un bon pacient expert.

- Hi ha un treball important dels professionals responsables darrere la preparació del Programa. El seu èxit requereix inversió en temps per poder desenvolupar-lo amb èxit (selecció, formació, avaluació).
- Hi ha una gran satisfacció entre els participants, pacient expert i els professionals.
- Després de les 9 sessions hi ha una millora en coneixements, en hàbits i estil de vida i en nivell d'autocura. Malgrat que encara no hem pogut avaluar els resultats amb un temps i nombre de pacients prou significatius, diferents experiències prèvies de Pacient Expert demostren que passats 6 i 12 mesos, tot i no haver fet cap intervenció, es mantenen o fins i tot es milloren els bons resultats. ■

Referències

Programa Pacient Expert Catalunya*. www20.gencat.cat/...al.../programa_pacient_expert_Catalunya.pdf

Agraïments

Als responsables de Pacient Expert Catalunya*, especialment a la Sra. Asunción González Mestre i la Sra. Paloma Amil.

La innovació en hospitals no grans del SISCAT.

T'atreveixes a somiar?

ANTONI YUSTE MARCO

Antoni Yuste Marco és llicenciat en Medicina i Cirurgia per la Universitat Autònoma de Barcelona i especialista en Geriatria. Expert en recerca i innovació assistencial en salut-social, en oncogeriatria i en qüestions d'abús i maltractament a la gent gran, va representar Espanya a l'OMS. Actualment és gerent de la Fundació Privada Sant Antoni Abat i director de Docència, Recerca i Innovació del Consorci Sanitari del Garraf. Vocal assistencial de la Societat Catalana de Geriatria i Gerontologia, forma part de la Xarxa d'Innovació per a la Salut a Catalunya, XISCAT.

LA INNOVACIÓ EN SALUT NO ÉS UNA MODA, és una necessitat,¹ independentment de les dimensions del centre hospitalari. Prenent com a referència les idees d'inknowation.com² i els seus desenvolupadors, en l'article es descriu com i per què innovar des de les nostres organitzacions del SISCAT, i en concret des de les empreses no grans. Veureu com no s'ha de tenir por de viatjar per la zona de risc, i com de necessari es fa el suport de tot l'hospital, des dels sanitaris fins a l'equip de Direcció. A dia d'avui podem veure diferents resultats d'èxit entre centres mitjans i petits del SISCAT i, tot i que pot confondre, a una altra xarxa denominada XISCAT³ que està generant un espai multirelacional de treball per la innovació en salut als nostres hospitals catalans del SISCAT. Com diu Franc Ponti: "Si funciona canvia'l".⁴ Us convido a compartir l'article com a espai de reflexió, fugint de xifres.

"La innovació en hospitals no grans del SISCAT. T'atreveixes a somiar?" Així es titula la presentació que ha dissenyat l'empresa inknowation, que convido a visitar a www.inknowation.com² i que, amb coneixement d'ells, m'atreveixo a utilitzar en aquest article.

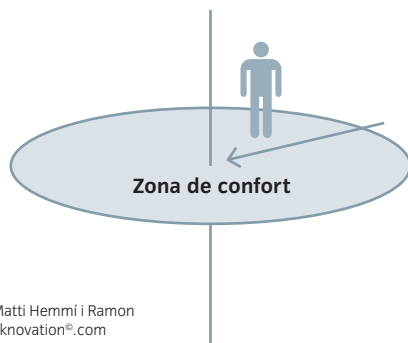
Com més endavant es veurà, somiar pot ser l'inici d'un bon plantejament per als hospitals petits i mitjans del SISCAT. En els somnis tot s'hi val, inclosos els malsons, i tu hi ets, però no tot ho controles.

En èpoques de crisi la tendència és centrípete, volem no fer fallida, evitem postures de risc. Volem garantir l'equilibri pressupostari, és a dir, la VIABILITAT.

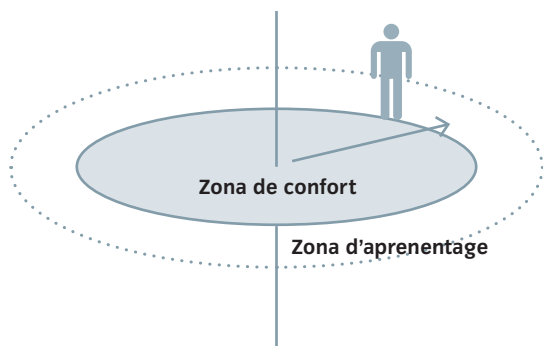
Aquestes màximes són essencials, necessitem que dins l'organització hi hagi un equip que controli les despeses i que aquestes no desestabilitzin el compte d'explotació ni ens deixin sense liquiditat. En definitiva, necessitem que en l'organització hi hagi algú que adopti una postura conservadora.

Però per a Matti Hemmi això seria treballar per a mantenir-se a la zona de CONFORT, encara que en aquesta zona existeixin temes desagradables. La zona de confort ens genera seguretat.

Molts autors experts en innovació ens recorden que encara que una estratègia ens funcioni, cal canviar-la (*Si funciona cámbialo*, de Franc Ponti i Josep M. Ferrer-Arpí).⁴ Els canvis o les transformacions profundes no són immediats, i si comencem quan encara tot funciona bé, estem creant els fonaments sobre els quals se sustentarà el canvi quan sigui necessari. Això ens farà més àgils i ràpids,⁵ en aquest cas portarem un temps preparant-nos. Quan pot ser "necessari"? Serà necessari quan la nostra estratègia actual deixi de funcionar, ho faci pitjor o vulguem destacar davant els nostres iguals per ser més especials o atractius. Aquests últims aspectes són essencials en èpoques de crisi.

Tendència centrípeta

Modificat de Matti Hemmi i Ramon Rodríguez a inknovation®.com

Tendència centrífuga

Modificat de Matti Hemmi i Ramon Rodríguez a inknovation®.com

Com ens hem de preparar?

Tornant a Matti, hem de sortir a la zona d'APRENTATGE, que és un moviment centrífug. En aquesta zona és on podem aprendre... Però per preparar una bona transformació no basta dirigir-se a la nova zona d'aprenentatge, sinó que cal atrevir-se a crear, passejar i llançar-se a una nova zona, la de RISC. Aquesta és la zona de la creativitat,

on els somnis "poden" fer-se realitat, on resideixen les idees innovadores.

Tota l'organització ha de dirigir-se a la zona de risc?

No. En l'entorn dels hospitals seria un caos. Crec que la majoria dels professionals ha de seguir fins a la zona d'aprenentatge, i han d'escoltar les figures centrífugues i respectar els creatius centrípets. Tots hem de pensar en la viabilitat del dia a dia, sense renunciar a preparar-nos per al futur (per això definim la missió i la visió abans d'un pla estratègic). Quan parlo de creatius centrípets, em refereixo a un percentatge de treballadors de l'hospital que té o adquireix habilitats i coneixements adients per bellugar-se per la zona de risc, són els agents innovadors de l'organització que tenen el suport i la implicació de la Direcció. Els creatius no oblidaran la zona de confort ja que com Matti ens recorda, hi trobarem eines i habilitats útils per a la zona de risc.

Les organitzacions han de cercar la millora contínua, és a dir, han d'empènyer els seus treballadors cap a la zona d'aprenentatge.

Tots els hospitals han d'innovar?

Semblaria que sí, però, independentment de la seva mida, i no deu ser una obligació, ha de respondre a un convenciment, a una voluntat informada, on es plantejgin els potencials beneficis i riscos. Jo suggereixo que l'hospital que encara no estigui convençut, no ho abandoni i que faci aliances amb d'altres centres de dimensions similars que sí que han optat per la innovació i que es deixin "contaminar" per l'embranchada.

Els hospitals, altres dispositius de salut i socials, més els malalts som els usuaris finals de tot producte innovador en salut i social. Entenem per producte des d'un dispositiu mèdic, a un procediment quirúrgic o a un procés de gestió de compra o d'enfocament estratègic. Els hospitals i els altres agents nomenats ens hem adonat que ja no solament volem ser consultats en les diferents etapes de la innovació, sinó que volem participar activament en totes les etapes. Volem ser-hi des de la

idea, el prototip, la fabricació, la venda i la distribució, cadascú en funció de les seves possibilitats i coneixements. I, per tant, no hem de deixar d'aprendre sobre la innovació, el seu llenguatge, les seves regles i els seus secrets.

Hospital petit, hospital gran

Als hospitals petits, mitjans i grans ens uneixen més coses que ens separen. Però tots i cadascun tenim alguna singularitat, ja sigui per la població diana que atenem, la cartera de serveis, el pressupost, l'expertesa o els objectius. Aquestes diferències disminueixen entre centres similars, llavors no hi ha centre petit, sempre que et plantegis treballar en xarxa. La xarxa XISCAT³ és un exemple de superació i ganes de generar massa crítica per fer front a temes d'innovació sobre preocupacions comunes, sensiblement diferents als grans hospitals. És un exemple que vol omplir un buit, i no molestar la resta d'hospitals de majors dimensions. He dit XISCAT i no SISCAT; XISCAT és la primera xarxa a escala nacional que uneix unes deu entitats de salut, o relacionades, que treballen conjuntament per a la innovació a Catalunya. Podeu consultar la seva activitat a la pàgina web del Parc de Salut (coordinador de la xarxa) o a cadascuna de les webs de les organitzacions que la componen.

A més de treballar en xarxa has de cercar nínxols no explorats, o plantejar orientacions noves, i aprofitar l'agilitat de decisions que proporciona una organització més petita i que tant valoren els nostres companys de viatge en els projectes, sobre tot la indústria.

Un hospital "no gran" que s'impliqui en la innovació rep un protagonisme renovat, millora l'autoestima, pot potenciar els resultats productius i econòmics, i en conseqüència comportarà un benefici a la societat. Treballar amb la innovació ens donarà eines per millorar l'eficiència, estimula els nostres treballadors, que poden millorar la seva carrera professional, ens posicionarà avantatjosament davant la resta (*benchmarking*) i, molt important, en ajudarà a trobar noves fonts de finançament, nous ingressos.

En definitiva, els beneficis van a millorar la QUALITAT DE VIDA de la població (LES PERSONES) a qui va dirigit el nostre servei i als que els envolten.

Necessitem que els nostres "compradors" (Administració pública de salut, mutualitats, etc.) ens facin costat, ens donin suport i que siguin garants d'aquestes iniciatives. Cal que donin tanta importància a l'hospital gran com al petit.

Com a exemple de cas d'èxit podeu consultar els portals d'hospitals mitjans i petits, com el Consorci Sanitari del Maresme, el Consorci Sanitari de Terrassa, Mútua Terrassa, la Corporació Sanitària Parc Taulí, la Fundació Privada Hospital Asil de Granollers, Althaia-



Xarxa Assistencial de Manresa, l'Hospital General de Vic, la Fundació de la Santa Creu de Vic, el Consorci Sanitari de l'Anoia, el Consorci Sanitari de l'Alt Penedès i el Consorci Sanitari del Garraf, amb les seves respectives fundacions de recerca i innovació.

En el nostre cas, la Fundació Privada Sant Antoni Abat, hem gestionat la participació per al Consorci Sanitari del Garraf fins a quatre projectes europeus i més de cinc d'àmbit estatal, tots ells competitius. Som lluny de les quantitats d'altres centres més grans, però crec que és un clar exemple de superació i de satisfacció. ■

Referències

1. del CASTILLO, M. ¿Innovación en la crisis? o ¿crisis en la innovación? eexcellence 2013;68.
2. HEMMI, M.; RODRÍGUEZ, R.; Aiku Films. ¿Te atreves a soñar? www.inknowation.com/es/, 2013.
3. XISCAT. XISCAT Xarxa d'Innovació en Salut a Catalunya. 2013. Ref Type: Online Source
4. PONTI, F.; FERRER-ARPÍ, J.M. Si funciona, cámbialo. Ed. 2000.
5. PONTI, F. Siete estrategias de creatividad. Capital Humano 2006;(199):80-96.

How Can **Innovation** In a Large Academic Hospital Contribute To **Improve Efficiency** From The **Perspective** of The **Health Care System**?

JOAN BIGORRA

Joan Bigorra is the Director of Innovation at Hospital Clínic de Barcelona, and the Scientific Director of the University Master's Program on Leadership and Management of Science and Innovation, Barcelona School of Management, UPF University. Previously he was Managing Director at Fundació Clínic per a la Recerca Biomèdica, General Manager at Novartis Farmacèutica, and Medical Director and Head of R&D at Boehringer Ingelheim and Bayer Healthcare. He holds an MD and PhD from Universitat Autònoma de Barcelona and a specialist in clinical pharmacology. He also holds a diploma in Health Economics from the University of Tromsø, Norway and a PDD from IESE Business School.

THE CATALAN HEALTH CARE SYSTEM has, for many years, provided a high standard of care and almost universal coverage, but it is currently struggling to maintain performance in a context of higher demands by the ageing population and ever decreasing resources. Large hospitals in Catalonia are world-class and account for a very substantial part of the Health Budget. After years of economic and political crisis there should be a sense of urgency to do things differently and better and to focus on outcomes rather than on activity. By improving our performance and measuring it better, we will have an even more legitimate right to demand that additional resources be invested in Health. Hospitals need to combine high quality care at individual level with improved health outcomes at the population level and switch to new and better ways of doing so. Innovation

as a managed collective effort to extract value from scientific, medical and process and organizational knowledge can be a powerful lever of change management and improved efficiency. At Hospital Clínic we strive for innovation and continued improvement.

EL SISTEMA SANITARI CATALÀ ha proporcionat des de fa molts anys un alt nivell d'atenció i una cobertura gairebé universal, però està lluitant per continuar funcionant en un context d'augment de la demanda a causa de l'envelliment de la població i de la reducció constant dels recursos disponibles. Els grans hospitals de Catalunya representen una part important del pressupost de Salut. Després d'anys de crisi econòmica i política hauria d'haver-hi una prioritat per fer les coses millor i centrar-nos en els resultats en lloc de fer-ho en l'activitat. Millorant el rendiment i mesurant-lo millor, estarem encara més legitimats per reclamar que s'inverteixin recursos addicionals en salut. Els hospitals necessiten combinar l'atenció d'alta qualitat a les persones amb la millora dels resultats de salut per al conjunt de la població, i els cal orientar-se cap a noves i millors maneres de fer-ho. La innovació, entesa com a gestió d'un esforç col·lectiu per fer emergir el valor del coneixement científic, mèdic i organitzacional, pot esdevenir una poderosa palanca per a la gestió del canvi i la millora de l'eficiència. A l'Hospital Clínic apostem per la innovació i la millora continuada.

health care organization and particularly for hospitals that want to maintain a leadership role in the provision of health related products and services. Achieving connections among the different levels of care to coach the citizens in co-managing their health, solving health problems through early intervention and timely and efficient high quality care, and serving society to increase its overall welfare, including the socio-economic dimensions, are becoming business imperatives. Greater integration is needed among hospitals, faculty and community-based partners in order to improve the consistency, efficiency and quality of care for individual patients as well as health outcomes for populations. Surprisingly, this re-orientation of the business focus of health care systems is much slower than one might expect.

Leadership, internationalization, networking and cooperation, patient focus and excellence in human resources management and development are crucial levers for change.

health. Tertiary care has been critical for their success but this is no longer enough. The expectation is that these hospitals should produce game-changing advances while delivering superior care. Hospitals should therefore become learning health systems.²

Hospitals should become health knowledge hubs for a problem oriented health approach in a given area. Health care professionals should be helped to learn to become team players, and hospitals must become more patient-centred and more influenced by leading clinical managers.

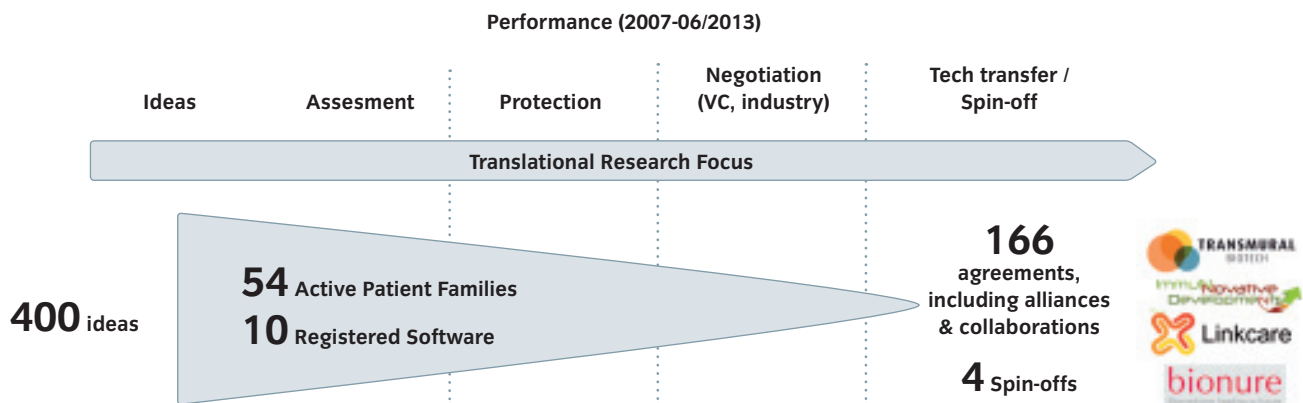
Medicine will become more precise and with increased participation by patients; “Personalized Medicine” is more than a buzzword, it is a comprehensive approach to providing the best approach to health care in a timely and effective manner. This goes from prediction through genomic data to the timely application of the best standard of care adapted to the needs of a particular patient. Large academic hospitals are in a unique position to lead the health knowledge community needed to make this more predictive, preventive and participatory medicine happen in the coming years. Besides, the access of large academic hospitals to a huge amount

The Role of Large Academic Hospitals

Large Academic Hospitals face the challenge of balancing specialized clinical excellence and population



Figure 1. Hospital Clinic Innovation Funnel



of biological and clinical data must be leveraged to become scientific and technological research & innovation hubs. And last but not least, academic hospitals will act as points of entry for many technologies to the health care system including the bulk of new drugs and medical devices, and they may also act as trial fields for the integration of many different technologies in health care processes.³

There is no alternative but to do things better and in many cases differently. Innovation is becoming an imperative.

Moving Forward: the Case of Hospital Clínic

Hospital Clínic implemented several innovative organizational changes more than 30 years ago, including a career path for physicians, which has fostered professionalism and excellence in patient caring, clinical teaching and medical research to the point where it has become one of the leading academic hospitals in Europe. Another remarkable innovative organizational step was the current organization set up of the Hospital in 9 patient centred Clinical Institutes and 2 Diagnostic Centres. This organization has become key to ensure participation of the clinical leaders in the Governance of the hospital. On top of that, the Hospital decided to include innovation as a cross-sectional line in its strategic plan for 2010-2013.

Hospitals should become learning health systems.

Innovation is a (too) widely used word that means different things to different people. It is therefore convenient to agree on a definition even if it depends on the context. For us, innovation means the managed effort to transform our scientific, clinical, medical, patient care and organizational knowledge on both the individual and collective level, into health, societal and/or economic value. This definition is very closely linked to translational research, but somehow different from the main purpose of basic research, which basically uses a smart combination of resources and scientific talent to generate knowledge. Both are needed. High level research and competitive innovation are not only compatible but also complementary, as shown by the best organizations worldwide.⁴ This good fit is however sometimes hard to accept by some of the more conservative players in the health care business.

To organize our innovation activities in a way that may allow us to measure our outputs (and hopefully someday in the future also our outcomes), we decided to set up a number of strategic lines, each one intended to contribute to the efficiency of our hospital as well of the health care system as a whole:

- **Project Development and Transfer.** The purpose of this strategic line is to capture ideas or proposals from different sources, assess their potential and feasibility and move the more valuable of them to the project stage through a well managed innovation funnel, to generate

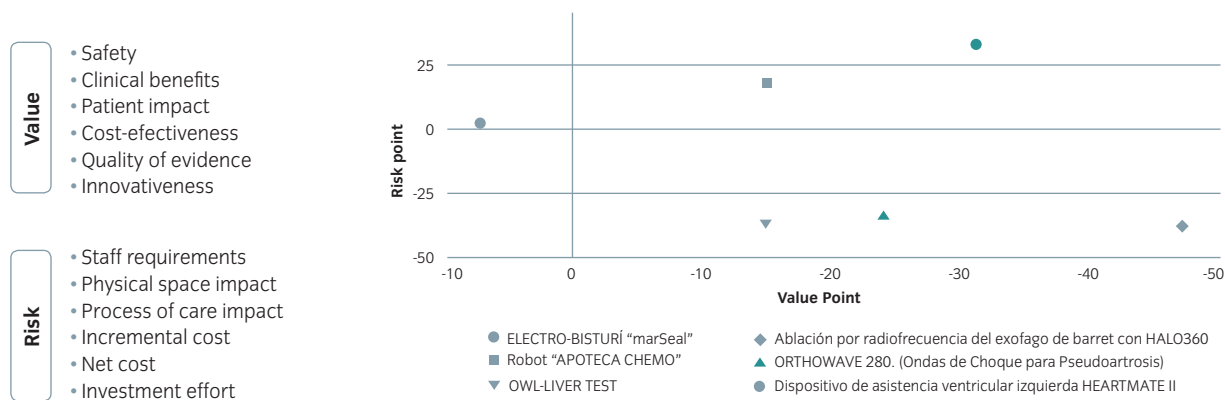
Figure 2. Value risk plotting matrix for health technologies

Mini-HTA approach:

Efficient tool grouped into 4 relevant aspects: technology, patient, organization, economy.

MATRIX4VALUE®:

Algorithm created discriminates different HTs according to their risks and benefits.



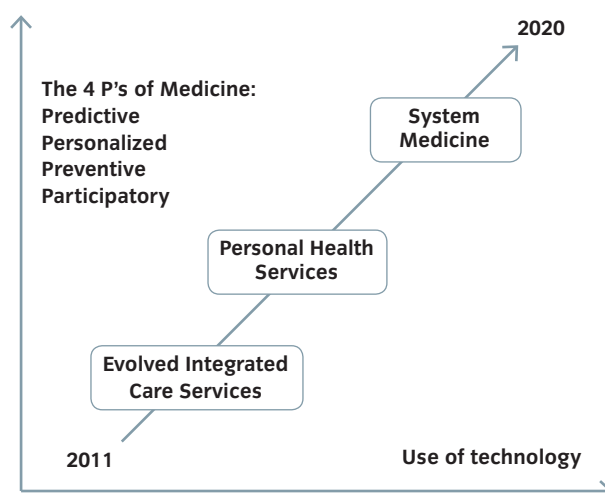
either know-how or intellectual property that will occasionally generate better products or services in the health care market (Figure 1).

- **Technology Prospective and Health Technology Assessment.** Aimed at managing how we incorporate innovations and technologies in the most efficient way and how we develop our innovation projects to better serve the needs of the health care system. By using the mini-HTA instrument and a value-risk plotting system⁵ (Figure 2) we make every effort to differentiate true innovation from “novelty”, the latter being technologies that are fancy and new, far more expensive than previous alternatives, but show no clinically meaningful improvement of performance.
- **Patient Centred Integration of Technologies.** This strategic line works to make the best systematic use of available technologies in an integrated and coherent way to re-engineer health processes and improve outcomes, while minimizing transactional costs. Its goal is smart integration of technologies in health care processes (Figure 3).

We should find ways to differentiate innovations from novelties.

culture and continuous learning. External alliances with Academia, other health organizations and leading industries in the field of medical technologies and health management all over the world provide us with the necessary support, the external view and the continued challenge to keep moving forward, perhaps slower than we would like, but steadily despite of the many difficulties we are facing in the current environment.

Figure 3. Integrating technologies in the caring process



This is a collective effort that involves all Clinical Institutes and functional departments of Hospital Clínic, since the whole organization is constantly invited to participate. The Innovation Committee, open to all persons and chaired by the CEO of the Hospital, provides a forum for fostering innovation

Conclusions

Large academic hospitals are in a deep transformation process as a result of the changing environment, changing values and perceptions of the population, and the continued influx of new and expensive technologies, many of which are novelties rather than innovations. A managed and systematic approach to Innovation that involves the whole hospital organization and has an external view has the potential to substantially contribute to the challenges of change management we are facing, and to improve the overall efficiency of the health care system. Leadership, internationalization, networking and cooperation, patient focus and excellence in human resources management and development are crucial levers for change. Efficiency is the result to be expected of the intelligent use of these levers. More importantly, at the end of the day we are sure that we shall make a very positive impact on the health and the wellness of the population we serve. ■

Large academic hospitals should produce game-change advances at the same time that they deliver superior care.

References

1. ASH, D.A.; VOLPP, K.G. What Business Are We In? The Emergence of Health as the Business of Health Care. *N Engl J Med* 2013;367;10:888-889.
2. The Future Of The Academic Medical Centres: Strategies to Avoid a Margin Meltdown. Dallas: Pricewaterhousecoopers, 2012 (<http://www.pwc.com/us/en/health-industries/publications/the-future-of-academic-medical-centers>).
3. BIGORRA, J. Key Role of Hospitals in New Biomedicine and Biotechnology Innovation Model. Barcelona: Biocat (Bioregio de Catalunya), 2010. (<http://www.biocat.cat/en/news/key-role-hospitals-new-biomedicine-andbiotechnology-innovation-model>).
4. PARRISH, J.A.; NEWBOWER, R.S. CIMIT: A Prototype Structure for Accelerating the Clinical Impact of Research on Novel Technologies. www.cimit.org.
5. SAMPIETRO COLOM, L.; MORILLA BACHS, I.; GUTIERREZ MORENO, S.; GALLO, P. Development and test of a decision support tool for hospital health technology assessment. *Int J Technol Assess Health Care* 2012;28(4):460.

Avantatges de la **col·laboració publicoprivada**

MANEL PEIRÓ

Manel Peiró és llicenciat en Medicina i Cirurgia, doctor en Administració i Direcció d'Empreses i diplomat en Gestió Hospitalària i en Alta Direcció d'Empreses. És professor d'ESADE, on dirigeix l'Executive Master en Direcció d'Organitzacions Sanitàries, i des de 2007 és vicedegà de Professorat. Des del juliol de 2013 és president del Banc de Sang i Teixits. També és membre del Consell d'Administració de l'Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut (AIAQS), vocal del Patronat de la Fundació Sociosanitària de Manresa i vocal del Patronat de la Fundació Puigvert.

LA CONSOLIDACIÓ DE LA COL·LABORACIÓ

PUBLICOPRIVADA (CPP) s'ha anat produint a mesura que els governs afrontaven problemes de major complexitat. L'efectivitat de la CPP requereix que l'Estat abandoni una posició jeràrquica tradicional i es distribueixin responsabilitats i rols amb la societat civil i el mercat, deixant de ser autosuficient i atorgant legitimitat a la participació del sector privat. La relació públic-privat mai ha estat fàcil. La dificultat més important és la desconfiança entre les parts per una incomprensió mútua, però també la manca de complementarietat dels objectius de la col·laboració. L'experiència de la CPP en el sector sanitari a Catalunya és àmplia i el balanç és clarament positiu, amb avantatges diversos, que en últim terme han contribuït a una millora de la qualitat del servei públic que és l'objectiu últim de la CPP. Per poder desenvolupar una CPP de qualitat s'ha de configurar un marc de relació que entengui la CPP com un instrument estratègic per a la gestió de les polítiques i els serveis públics i que permeti evitar els riscos que en poden dificultar la implantació. Es proposa l'acompliment d'una sèrie de requeriments bàsics que contribueixen que la CPP proporcioni els resultats esperats i, en últim terme, a la millora dels serveis del sistema de salut.

La col·laboració publicoprivada (CPP) no és quelcom nou. Històricament, el sector públic ha confiat en el sector privat per aconseguir els seus objectius i també ho ha fet així el sector privat.¹ La consolidació de la CPP s'ha anat produint a mesura que la naturalesa dels problemes que els governs han hagut d'afrontar han estat de major complexitat i més difícils de resoldre, i les demandes i expectatives dels ciutadans per rebre respostes i serveis adequats han situat els governs i les administracions públiques al límit de les seves capacitats. La crisi econòmica magnifica i fa més evidents les limitacions dels poders públics incrementant l'interès general en la col·laboració entre modalitats públiques i privades de provisió de serveis com una manera efectiva d'afrontar el context present.

Les transformacions necessàries

La introducció de models de CPP sorgeix per iniciativa dels governs i no té marxa enrere. El desenvolupament de la CPP no ha estat lineal i els avançaments i retrocessos que s'han anat produint han estat deguts a la intensitat de les resistències aparegudes, que paradoxalment acostumen a concentrar-se en les pròpies estructures burocràtiques de l'Administració.

El desenvolupament de la CPP exigeix unes condicions que permetin i afavoreixin la interacció de les modalitats de prestació pública i privada i la governança del sistema de salut.

Així doncs, perquè la CPP sigui realment efectiva el primer canvi que es precisa és que l'Estat evolucioni cap al que es coneix com un Estat relacional, que implica un repartiment diferent dels rols, de les tasques i de les responsabilitats entre l'Estat, el mercat i la societat civil.² L'Estat relacional significa que l'Estat deixa de ser autosuficient i que atorga legitimitat a la participació del sector privat pel reconeixement d'una esfera pública ampliada on públic i privat interactuen en el disseny i en la producció de serveis.³

Aquest Estat relacional comporta necessàriament la creació d'un marc de relació, en el qual es defineixen les regles de joc i els rols de cadascú, transformació que ha de ser liderada i impulsada pel Govern, establint clarament el propòsit estratègic, les prioritats i els objectius.

L'evolució cap a un Estat relacional i el desenvolupament d'un model de governança del sistema de salut en el qual s'implanta la CPP implica que l'Administració sanitària i el Govern s'han de concentrar en l'exercici de les funcions que li són pròpies: regulació, contractació, finançament, control i rendiment de comptes. No cal que els governs prestin els serveis directament, però és imprescindible que respectin l'autonomia de les institucions sanitàries, dels seus òrgans de govern i dels seus equips de gestió. Que un sistema de salut sigui públic no ve determinat per la titularitat de qui presta els serveis, sinó pels drets i el finançament que garanteix el Govern.

La CPP requereix fonamentalment estabilitat, en els propòsits, en les regles de joc i en el model de finançament. Si no es pot mantenir aquesta estabilitat, el progrés i desenvolupament de la CPP es veuen seriosament amenaçats.

Les dificultats de la relació

La relació públic-privat mai ha estat fàcil. A Catalunya la col·laboració entre l'esfera pública i privada té una llarga tradició, condicionada des del seu origen per la insuficient inversió pública i l'àmplia presència d'institucions benèfiques.⁴ L'experiència desenvolupada no té comparació possible amb la d'altres comuni-

tats de l'Estat espanyol. Però malgrat la dilatada experiència i la gran influència que cada esfera ha exercit en l'altre, són identificables les dificultats de relació entre l'àmbit públic i el privat, característiques de qualsevol CPP.

La primera dificultat, la més habitual, és la desconfiança entre les parts. Es fonamenta en el desconeixement de la diferència i en la incomprensió de les racionalitats respectives que la sustenten: la legitimitat i l'interès públic enfront de l'eficàcia i rendibilitat pròpies del sector privat.

Encara més, molt sovint hi ha una manca de visió de la complementarietat i encaix dels respectius sistemes d'objectius i de valors, i es volen imposar els objectius propis a l'altra part. Però les diferències i les dificultats també s'observen en els processos de presa de decisions, en la gestió del temps i en la capacitat de gestió, que acostuma a ser més feble en el sector públic.

S'atribueix a la CPP que afavoreix el desenvolupament de certes perversions i de comportaments que es poden qualificar de patològics, des d'aprofitar-se de les debilitats de l'altra part, fins a la comissió d'il·legimitats i delictes. Però no hi ha dubte que, en les circumstàncies actuals, la instrumentalització de la batalla ideològica, d'una virulència notable, és la que ha adquirit més rellevància en el sector sanitari. Aquesta instrumentalització s'ha exacerbat

Històricament, el sector públic ha confiat en el sector privat per aconseguir els seus objectius.

La CPP requereix fonamentalment estabilitat, en els propòsits, en les regles de joc i en el model de finançament.



quan s'ha volgut avançar en la CPP en un context de recessió i profunda crisi econòmica, quan els governs han fomentat la interacció entre actors públics i privats per mantenir serveis i prestacions als ciutadans.⁵

El perquè de la cooperació publicoprivada

Les experiències i aportacions de la CPP al sector sanitari són diverses. En el cas de Catalunya el model sanitari és un exemple dels avantatges que pot aportar la col·laboració. La creació de la XHUP, la cessió de la gestió d'hospitals públics a entitats privades o la gestió d'equips d'atenció primària a les EBA, la clarificació estratègica –el Pla de salut– o la rendició de comptes –la Central de Resultats– són alguns exemples dels efectes positius obtinguts per mitjà de la CPP, que han permès abordar esforços inversors, acollir experiències d'emprenedoria, beneficiar el sistema amb models de gestió més eficients i millorar, en definitiva, la qualitat dels serveis de salut.

La CPP afavoreix la tendència general a l'externalització de serveis, que haurien de contribuir a la disminució de la despesa sanitària i a la reducció dels costos i, per tant, a millorar l'eficiència i a minimitzar fonts de conflicte orgànic. En conseqüència, la CPP genera uns avantatges afegits: disminueix la complexitat organitzativa i orienta a les funcions estratègiques, redueix l'activitat operativa de poc valor afegit i focalitza l'esforç a les àrees de creació de valor públic. És a dir, proporciona major flexibilitat, tant des d'un punt de vista operatiu com de la gestió dels *outputs* i permet diversificar, tant els riscos productius com les fonts d'innovació i aprenentatge.

La CPP obliga a diferenciar l'àmbit polític dels de gestió i producció, clarificació molt convenient i desitjable en qualsevol circumstància. Permet també obtenir una major especialització tècnica a un cost òptim i si s'assoleix una dimensió adequada, acostuma a traduir-se en una millora de la productivitat. Però si algun avantatge és rellevant i és el motiu principal, la raó de ser de la CPP és, cal insistir-hi, la millora de la qualitat del servei públic.

La CPP genera uns avantatges afegits: disminueix la complexitat organitzativa i orienta a les funcions estratègiques, redueix l'activitat operativa de poc valor afegit i focalitza l'esforç a les àrees de creació de valor públic.

En ocasions, però, la CPP no produeix els beneficis esperats i la interacció publicoprivada embarranca per efecte d'algun dels riscos potencials. El més obvi no deixa de ser també el més important: la incomprensió de les posicions relatives, que comporta la prioritització dels interessos corporatius i personals, que acaben desnaturalitzant les polítiques públiques. El risc d'una gestió fraudulenta de les polítiques públiques es produeix si es difereixen costos i recursos a futur, o quan l'objectiu és simplement reduir el pressupost i externalitzar els costos econòmics i organitzatius, fet que en últim terme pot comportar la inviabilitat econòmica de la cooperació. També s'han descrit demandes internes del sistema de cooperació que tenen com a objectiu la transferència, la “vampirització” dels recursos públics a més d'òbviament la corrupció, que si es produeix, implica la desacreditació generalitzada de qualsevol forma de CPP.

Conclusió

Per poder desenvolupar una CPP de qualitat s'ha de configurar un marc de relació a partir d'una concepció compartida de la CPP, entesa com un instrument estratègic per a la gestió de les polítiques i els serveis públics. La casella de sortida de la CPP ha de venir determinada per la complementarietat dels objectius, no per la seva coincidència, cosa que obliga a construir sistemes consistents d'objectius diferents i a establir la creació de valor públic com a condició bàsica per a la CPP.

Exigir que els objectius siguin complementaris implica que per a la factibilitat de la CPP ambdues parts han d'assegurar la viabilitat de la consecució dels objectius privats i orientar la col·laboració a l'eficiència i qualitat del servei públic. Per poder portar a terme aquest encaix és imprescindible desenvolupar la capacitat directiva, pública i privada, adequada a la complexitat de la gestió de la CPP, que precisa de directius capaços de transitar de l'Administració burocràtica de la contractació pública a la gestió estratègica de la cooperació publicoprivada.

La cooperació publicoprivada és un instrument estratègic per aconseguir la gestió òptima de les polítiques públiques. A fi que la CPP proporcioni els

resultats esperats ha d'acomplir una sèrie de requeriments. En primer lloc, un coneixement profund de les capacitats i necessitats mútues. Les dues parts s'han d'aproximar de manera natural amb temps, dedicació i interès per conèixer l'altra part, per observar i acordar la complementarietat dels objectius. En segon terme, les regles de joc han de ser estables i adequades a les diferents formes que adopta la CPP. En general, requereix un marc normatiu específic i una orientació estratègica clara que no es vegi afectada pels canvis electorals. En tercer lloc, cal tenir present que la forma contractual de la cooperació és crítica i ha de ser rigorosa. Quart, la gestió de la relació és imprescindible, requereix intensitat i respecte mutu, fonaments per a la generació de confiança. En cinquè lloc, els directius han de tenir capacitats de gestió específiques i adaptades a l'objectiu i naturalesa de la cooperació. Sisè, s'ha d'innovar de manera continuada en la definició dels objectius i les estratègies de cooperació. Setè requeriment, la transparència i el rendiment de comptes són la clau de volta de la CPP. Vuitè i últim, la superació del problema dels estereotips; ni a un costat només hi ha "taurons mercantilistes", ni de l'altre es pot dir que "la gestió pública sempre funciona malament" o que "la gestió pública i la gestió d'una empresa són el mateix".

Els avantatges que aporta la CPP al sistema sanitari –especialització, major capacitació, separació de responsabilitats, assegurament de resultats, generació d'una nova cultura de gestió...– es veuen, però, amenaçats per la rigidesa i poca adequació dels instruments i de les normatives reguladores i de la interpretació que es fa de com s'han d'aplicar. El futur de la CPP s'orienta cap a models d'interacció que requereixen una major assumpció de risc dels actors i el marc normatiu ha d'oferir les garanties i l'estabilitat imprescindibles per al desenvolupament d'aquests projectes, que han de contribuir a millorar la qualitat i els resultats del sistema de salut. ■

Per poder desenvolupar una CPP de qualitat s'ha de configurar un marc de relació a partir d'una concepció compartida de la CPP, entesa com un instrument estratègic per a la gestió de les polítiques i els serveis públics.

Els avantatges que aporta la CPP al sistema sanitari es veuen amenaçats per la rigidesa i poca adequació dels instruments i de les normatives reguladores i de la interpretació de com s'han d'aplicar.

Referències

1. YSA, Tamyko; PADRÓS, Xavier; SAZ-CARRANZA, Àngel (2007). La gestió interorganitzativa i els partenariats publicoprivats. A: LONGO, Francisco; YSA, Tamyko (editors). Els escenaris de la gestió pública del segle XXI. Escola d'Administració Pública de Catalunya. Col·lecció Estudis, 26.
2. MENDOZA, Xavier (1995). Las transformaciones del sector público en las democracias avanzadas: del Estado del Bienestar al Estado Relacional. A: BEMGOA, Rafael (Ed). La sanidad: un sector en cambio. Un nuevo compromiso entre la Administración, los usuarios y los proveedores. Santander-Madrid: UIMP, MSD, p. 29-41.
3. LONGO, Francisco (2010). Contradicciones en la CPP i els serveis públics. Jornada Observatori CPP serveis sanitaris i socials. ESADE, 21 de gener de 2010.
4. VALLRIBERA, Pere; RIS, Helena; DEL CASTILLO, Manel (2011). Visión global de la colaboración público-privada del sector de la salud: la CPP y su papel en las redes de provisión de servicios. A: SERRA, Albert; REIG, Mònica (eds). Anuario PARTNERS 2011. Reflexiones sobre la cooperación público-privada. Monográfico: la cooperación público-privada en el sector salud. Fundación ESADE.
5. LONGO, Francisco (2011). La crisis en el sistema de salud y la colaboración público-privada. A: SERRA, Albert; REIG, Mònica (eds). Anuario PARTNERS 2011. Reflexiones sobre la cooperación público-privada. Monográfico: la cooperación público-privada en el sector salud. Fundación ESADE.

The advantages of the **public and private collaboration** (quality and efficiency from the results): attending to the experience of Dr Foster Intelligence

TIM BAKER

Tim Baker is CEO of Dr Foster. Tim has a degree in economics from Bristol University and has worked extensively in the private sector. From 1991 he was a director of Aviva's healthcare business which grew from a start-up to become the UK's third largest health care insurer, with a turnover of £500M. In 2007 he joined Dr Foster, initially working on business development, where he helped to establish its international business. In April 2011 he became CEO.

DR FOSTER IS QUITE A UNIQUE BUSINESS. Today it is 50% owned by the English Department of Health and derives about 80% of its income from the English NHS. It has had a transformational impact on the English NHS through the publication of data on the performance of NHS organisations. Dr Foster was established in 2001 with a mission to improve transparency across the NHS. Its set-up followed a series of scandals in the UK when the NHS had failed to prevent abuse or the delivery of poor quality care. In the most notorious cases it was subsequently shown that better use of information would have exposed the situation earlier and thus saved lives.

DR FOSTER ÉS UNA ORGANITZACIÓ SINGULAR. Està participada en un 50% pel Departament de Salut Anglès i obté al voltant del 80% dels ingressos del Sistema Nacional de Salut (NHS) anglès. Dr Foster ha tingut un impacte transformador en el sistema nacional de salut gràcies a la publicació de dades sobre l'actuació de les organitzacions de l'NHS. Dr Foster va ser creada l'any 2001 per millorar la transparència en tot l'NHS, després d'una sèrie d'escàndols al Regne Unit en què l'NHS no va saber prevenir abusos ni la prestació de serveis de mala qualitat. En els casos més destacats es va demostrar que un millor ús de la informació hauria permès detectar abans la situació i s'haurien pogut salvar vides.

Dr Foster is quite a unique business. Today it is 50% owned by the English Department of Health and derives about 80% of its income from the English NHS. It has had a transformational impact on the English NHS through the publication of data on the performance of NHS organisations. What is the Dr Foster story?

Dr Foster was established in 2001 with a mission to improve transparency across the NHS. Its set-up followed a series of scandals in the UK when the NHS had failed to prevent abuse or the delivery of poor quality care. Perhaps the most notorious was Harold Shipman, a general practitioner who murdered a large number of his patients. We also saw the scandal in Bristol where the poor quality of paediatric cardiac surgery led to a high number of unexpected deaths. It took a whistle blower to expose the truth here – an anaesthetist who subsequently had to move to Australia after being unable to find work in the UK following the scandal. In both these cases it was subsequently shown that better use of information and analytics would have exposed the situation earlier and thus saved lives.

Dr Foster was founded by a small team including two leading UK journalists. They were the early visionaries who saw transparency as a potential new model for managing public services. After the failures of previous systems such as centrally set targets, Dr Foster set about using information on the performance of the NHS as a way of understanding and monitoring the system. Who was providing safe care? Who was providing high quality services? Who was providing efficient services? Information would surely provide some of the answers to these questions and enable the public to engage.

Dr Foster was initially set up as a private company. It collaborated with Professor Sir Brian Jarman at Imperial College – a collaboration that still continues today in the form of the Dr Foster Research Unit. The unit was given access to patient level data and with support from the Department of Health, Dr Foster was encouraged to publish its research.

Using ground-breaking risk adjustment methodologies Professor Jarman and his team calculated a number of metrics including risk-adjusted mortality rates and Dr Foster published these at hospital level in *The Sunday Times* in the form of a Good Hospital Guide in 2001.

The headlines that followed were all about the large variation in the standards of care as measured by the risk-adjusted mortality metrics. Underneath that, some deeper structural issues were uncovered. It seemed there was little understanding or use of data to measure quality outcomes, however crude, within the system. At that time the focus was on using data not to measure outcomes but to measure the processes of care.

The publication of the guide was the first time any national system anywhere in the world had allowed the publication of outcome data at provider level revealing the level of variation within the system. Dr Foster quickly became a respected brand for openness and transparency, something the Department of Health or individual NHS operators within the system could not have achieved on their own.

Subsequently the publication of outcomes has become an issue in many western health economies. Variation in outcomes remains an issue for most health care systems and addressing the issue is one of the keys to creating sustainable health care systems beyond the



current financially challenging years. Publishing data achieves a variety of desirable potential outcomes. While encouraging and enabling patients to become more active consumers is important, perhaps more significant is the pressure created within the system for poor performers to improve. Nobody wants to work for a poor performing hospital or health care system.

Uniquely Dr Foster also established a separate organization to have oversight of the data and information it was publishing. Thus the Dr Foster Ethics Committee was born – a company limited by guarantee, which would deal with any complaints independently of Dr Foster.

It also quickly became apparent that the NHS system needed support in using the data and information Dr Foster was producing. After all, Dr Foster's mission is to improve the quality and efficiency of care and to do that, the data and use of the data needed to be embedded within the organisations Dr Foster was reporting on. As a result Dr Foster's business model changed and the business focused its attention on hospitals and NHS organization as customers as well as patients.

This led to the creation of a series of information products designed to give NHS hospitals and commissioning organisations detailed information on comparative performance. These products were innovative in their ability to enable the NHS to gain insight and understanding from benchmarking. The products were sold on a subscription basis to individual NHS organisations. It was at this point that the business also formed a joint venture with the NHS.

The rationale for the deal was simple. The English Department of Health wanted to encourage the use and uptake of information as a way of improving quality. The view was that by creating a joint venture, the NHS would see that the strategy of embedding information on quality was a central part of public policy. As a result the uptake and use of Dr Foster products would accelerate.

The structure of the deal was quite unique – the English Department of Health became a 50% shareholder in the business. The business model remained the same – products and services were sold to individual NHS organisations. There were no guaranteed contracts or business and indeed competitor services were already available.

Prior to the joint venture Dr Foster had already established rapid market penetration and while it is impossible to predict what would have happened had

the joint venture not been created, the market share of Dr Foster products across the NHS continued to increase. By 2008 Dr Foster were working with 80% of hospitals and 50% of commissioners.

Despite having a 50% government shareholder the Dr Foster brand maintained its independence and remained trusted by both consumers and the NHS. This was key and perhaps any other form of public-private partnership would have compromised this.

The work on mortality indicators by Professor Sir Brian Jarman of Imperial College and Dr Foster has proven to be especially controversial. However, as demonstrated by the recent public enquiry into the events of Mid Staffordshire NHS Trust they remain a reliable and important part of a “smoke detector” test. This is especially true when mortality data is correlated with other evidence such as patient safety, patient experience, and staff satisfaction. This is recognized in the new regulatory framework being created by the Care Quality Commission after the Francis Inquiry where their surveillance monitoring programme includes many Dr Foster mortality metrics. Even earlier the NHS had recognized the importance of mortality indicators when it decided to publish the indicators on its own website, NHS Choices. Earlier this year (2013) the Department of Health in England took the publication of outcome data a further step forward when it decided to publish outcomes at doctor level for certain specialties.

Just as importantly, the work by Dr Foster and Imperial has enabled many NHS organisations to gain real insight into a variety of quality and efficiency issues. While it is the publication of mortality indicators that has historically grabbed the headlines, it is the work on the ground inside NHS organisations that has enabled substantial improvement in care to be delivered. Data and information that is trusted by professionals (clinicians and managers) is a powerful enabler of change. As a result mortality in English hospitals has improved year by year and the data has been effectively used to highlight other issues such as the tendency for many NHS hospitals to achieve poorer outcomes at weekends. Here again we are gradually seeing an improvement in outcomes.

Dr Foster continues to develop its products and services for the NHS. Despite an increasingly competitive market and tough market conditions caused largely by the impact of the financial crisis on public spending, the need for quality data, information and insight is as important as ever. The need for

dr foster intelligence

search

Home About us Solutions Thought leadership Global Comparators Latest news Register your interest Tools login My Dr Foster

Better information, better health

Dr Foster exists to make healthcare data better and help healthcare organisations improve the quality of care. We are the leading provider of healthcare information and benchmarking solutions in England – and increasingly, worldwide. We enable healthcare organisations to benchmark and monitor performance against key indicators of quality and efficiency. If you need intelligent insight into health data, we can help.

NHS hospitals
Focused data solutions to help improve quality, efficiency and market share

Healthcare commissioners
An easy-to-use solution suite that enables you to ensure quality of care and monitor efficiency

International hospitals
Solutions to promote benchmarking, plus services to facilitate shared learning and improved quality of care

Non-NHS solutions
Invaluable market intelligence for private healthcare providers and pharmaceutical companies

investment in new products and capability is clear as, without good quality data used to deliver insight, we have little chance of creating a sustainable health service over the years to come.

Dr Foster has also subsequently developed its capability globally. Over time the Dr Foster Unit at Imperial College had developed a leading international reputation in its use of administrative data. It became increasingly clear that the combination of academic credibility and data and software engineering skills made Dr Foster a unique business. While there were other benchmark organisations few, if any, had the same capability and reputation as Dr Foster. Initially it created a programme for some of the world's most respected hospitals to compare and benchmark outcomes across geographical boundaries. This collaboration extends today across 9 countries, 3 continents and 45 hospitals. It includes some of the world's best known hospitals such as Massachusetts General Hospital, University of California San Francisco (UCSF), Imperial College London, Amsterdam Medical Centre, Leuven in Belgium and Royal Melbourne in Australia.

While this work is more complex than comparisons at a national level, the Global Comparators programme has demonstrated that similar techniques can be used to produce benchmarks for hospitals across international boundaries. Clinicians have been very keen to participate and understand international variation and best practices. For Dr Foster there is a

natural extension of this work into local benchmarking. For example, we have just started work with the State of Victoria Department of Health to help them benchmark local acute services.

While it is, perhaps, surprising at first glance that a part government owned body is expanding overseas the benefits to the NHS are quickly apparent. Not only do English hospitals gain the advantage of being able to compare themselves with other leading global institutions but the expertise developed by an English company is being exported overseas.

It is undoubtedly the case that Dr Foster has had a major impact on the English NHS. Initially, this was through its work on publishing outcomes. Today this is much more about working with NHS organisations to understand variation and improve performance. The key to the success of the business has not necessarily been its joint ownership with the NHS but its academic partnership with Imperial College, its relationships with NHS organisations and its unique skills in software, statistical and data engineering, which can turn mere data into insight. ■



Recursos físics: edificis sostenibles

JAUME DURAN NAVARRO

Jaume Duran Navarro és llicenciat en Medicina per la Universitat de Barcelona, i especialista en Medicina Familiar i Comunitària, doctor en Medicina per la Universitat Autònoma de Barcelona sobre EFQM en el sector salut. Màster en Administració i Direcció d'Empreses (MBA) a ESADE. Ha cursat el Programa d'Alta Direcció (IESE) i és Avaluador EFQM (UOC). Actualment ocupa la Direcció General de la Fundació Sanitària de Mollet.

DAVID BARRACHINA CARICCHIO

David Barrachina Caricchio és enginyer superior en Organització Industrial i enginyer tècnic industrial en Química Industrial. Màster en Prevenció de Riscos Laborals, en totes les especialitats, ha realitzat formació complementària en gestió (Executive Education) per ESADE. Actualment és el director d'Infraestructures de l'Hospital de Mollet, on ha dut a terme la implantació, amb èxit, de les normes ISO 14001, ISO 50001 i OSHAS 18001.

EL NOU HOSPITAL DE MOLLET és un centre gestionat per la Fundació Sanitària de Mollet que va iniciar l'activitat el 31 de juliol del 2010, com un projecte del Pla d'equipaments del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Des de la fase de projecte el centre pretén ser un referent com a model de disseny eficient i sostenible. La gestió posterior ha permès demostrar que el disseny i l'explotació sostenible i eficient d'aquest són una bona aposta per a la utilització racional dels recursos. L'aplicació de bombes de calor geotèrmiques el fa ser pioner com a gran edifici sanitari. Aquest sistema aplicat és part d'un conjunt de mesures d'eficiència i sostenibilitat amb instal·lacions d'alta eficiència energètica que confereixen a aquest nou centre sanitari unes característiques singulars, les més destacables de les quals s'exposen a continuació, amb especial atenció a la utilització d'energia geotèrmica.

Introducció

L'edifici, com la imatge, per esdevenir realment el que és, ha d'omplir-se de contingut i sentit. Un sentit que dona raó de la necessitat i n'explica el perquè, i que l'ha de precedir. En termes de coneixement empresarial, i acollint-nos als autors més clàssics, diríem que abans de dissenyar, construir i omplir les estructures de les institucions, allò que veiem, s'ha d'haver definit, acordat i visionat allò que volem ser, allò que volem fer i per a qui, allò que sentim.

Des d'aquesta reflexió que vol posar ànima a la pedra, estratègia a l'estructura, mite a la raó, volem explicar el que ha estat i és per a nosaltres la concepció sostenible dels edificis a partir de la nostra senzilla experiència a la Fundació Sanitària de Mollet (FSM).

La FSM és una institució sense ànim de lucre que vetlla per la salut i benestar dels 150.000 ciutadans i ciutadanes del Baix Vallès, proveint serveis sanitaris i socials a través d'una xarxa de processos d'atenció de la mà professional de més de 800 col·laboradors que treballen en qualsevol dels nostres cinc centres: l'Hospital de Mollet, que presta atenció a la patologia aguda i a la salut mental; l'Hospital Sociosanitari, que atén el pacient subagut, convalescent i pal·liatiu; dues residències per a gent gran, Santa Rosa de Mollet i Pedra Serrada de Parets, i La Vinyota, una residència per a persones discapacitades.

La nostra vocació rau a millorar la qualitat de vida de les persones, amb un estil de caràcter propi, fonamentat en l'atenció educada, responsable, propera, professional i innovadora que posa l'accent en l'atenció humana de proximitat, considerant l'ésser com un tot, destriant-ne el vessant biològic del sensitiu i espiritual, i garantint la continuïtat dels serveis de salut i socials.

Aquest paraigües estratègic que ens inspira desplega un eix de treball que és la sostenibilitat en un sentit ampli, vinculada a l'esforç del treball per a la Responsabilitat Social ben entesa des de fa anys i a la mateixa consideració de compromís amb els principis excel·lents (EFQM).

Fruit d'aquesta visió i la necessària consideració estratègica, les estructures i les voluntats han estat enfocades de la mà. Hem treballat per alinear els recursos estructurals d'acord amb l'essència sostenible. Hem posat i posem esforç en les consideracions preliminars de les construccions i edificis i els seus equipaments, tant a l'hospital d'aguts, com a l'hospital sociosanitari

recentment acabat de remodelar, com als centres residencials.

Dins les estructures que gestiona la FSM és paradigmàtic –per la seva concepció, disseny, construcció i manteniment sostenible– l'hospital d'aguts de Mollet, inaugurat al juliol de 2010, ara fa tres anys. L'experiència que expliquem té a veure amb el desplegament del projecte 2010-2013 en relació amb la sostenibilitat, considerant què es va dissenyar i construir, de quins recursos instal·lats es disposa per facilitar-ne la gestió, en quins projectes ens hem recolzat posteriorment i com es manté en l'actualitat; finalment, quines implicacions per a la gestió té un equipament d'aquestes característiques.

Hospital de Mollet

L'eficiència i la sostenibilitat són una constant preocupació per a l'enginyeria hospitalària ja que els hospitals, dintre del sector terciari, són un grup d'edificis particularment intensius en el consum energètic. L'hospital de Mollet és un centre pensat des de la fase de projecte per generar el mínim impacte mediambiental possible, i s'ha considerat des de l'origen com a hospital sostenible. A continuació es descriuen les característiques que el fan destacar en aquest concepte, basat en tres conceptes clau: l'arquitectura, que l'organitza i el sosté; l'enginyeria, que el fa funcionar, i les característiques de gestió tècnica diària del centre, que el regula i optimitza.

Arquitectura

ADAPTACIÓ A L'ENTORN. L'edifici es planteja com un volum horitzontal calat per patis de llum, que s'adequa a la topografia aprofitant el pendent del terreny, alleugerint la volumetria i reduint l'impacte visual sobre l'entorn immediat.

Estructuralment el projecte es planteja com un sistema repetitiu de mòduls de 16 m d'amplada per 60 de llarg. L'estructura es planteja prefabricada amb crugies de 7,60 x 15,00 metres, de forjats posttensats que permeten organitzar tots els programes funcionals, en una planta lliure de pilars i elements fixos.

FAÇANES. La principal, amb amplis accessos, presenta dues plantes i el gran voladís de la planta

d'hospitalització, en planta primera, un espai on se situen les esperes de públic, amb vistes a la plaça d'accés i al parc, una caixa de llum que flota sobre la plaça, un llindar protegit i que constitueix un element essencial de la imatge de l'edifici. La façana est és de quatre plantes, però es redueix visualment a tres plantes gràcies a la formació d'un talús verd.

PATIS DE LLUM. El percentatge de consum energètic destinat a la il·luminació dels edificis representa normalment entre un 15 i un 20%. Aquest, per tant, és un element d'optimització important en qualsevol edifici. A l'Hospital de Mollet es va dissenyar que la llum natural tingués i suportés part de la demanda lumínica, reduint així el consum elèctric. El concepte fonamental és molt senzill i visual, ja que consisteix en la inclusió de zones obertes a la coberta i l'interior de l'estructura, així com la presència dels patis interiors, que possibiliten l'entrada de la llum solar, aconseguint una il·luminació natural adequada a les necessitats de cada espai. El percentatge de consum energètic destinat a la il·luminació a l'Hospital de Mollet representa un 6%, segons l'auditoria energètica realitzada al 2012.

ORGANITZACIÓ I BENESTAR DELS OCUPANTS. Una circulació clara i ben plantejada resol una bona part de qüestions organitzatives i funcionals de l'hospital. Es plantegen dues circulacions o carrers principals, una de pública i l'altra d'ús mèdic o tècnic. Cadascuna d'elles és d'ús exclusiu, evitant la relació i l'encreuament entre pacients hospitalitzats i personal mèdic, així com amb el públic, els visitants o els pacients ambulatoris. Perpendicular a aquestes dues circulacions trobem els carrers de circulació interiors als serveis, en alguns casos d'ús restringit com l'àrea de cirurgia o d'urgències i en altres d'ús mixt amb accés per als pacients ambulatoris i visites a l'àrea d'hospitalització o consultes externes.

COBERTES SOSTENIBLES. Les cobertes són els tancaments físics situats de forma horitzontal en qualsevol edifici. Són els tancaments que presenten major incidència tèrmica en el comportament global, ja que suporten la major incidència solar i, tanmateix, permeten controlar les inèrcies tèrmiques internes de qualsevol edifici. En aquest sentit, la solució realitzada equilibra una superfície de cobertes de grava i cobertes verdes de vegetació extensiva.

L'addició de grava a la coberta de la planta primera permet potenciar dos conceptes bàsics i transcendents. Primer, la millora de l'aïllament tèrmic del propi edifici



i, en segon lloc, la generació de forma fàcil i senzilla d'un sistema de recollida i emmagatzematge d'aigües pluvials destinades posteriorment al reg de les zones verdes de l'hospital. Gràcies a aquesta mesura tot el reg dels jardins interiors de l'hospital es realitza en primera instància gràcies a la pluja.

AÏLLAMENTS TÈRMICS OPTIMITZATS. L'aïllament físic d'una instal·lació és l'element indispensable per aconseguir un confort tèrmic i una inèrcia estable en les temperatures interiors de qualsevol edifici. Aquest element és el responsable de reduir el coeficient de transmissivitat tèrmica i, per tant, pèrdues d'energia. El sistema aplicat es basa en: aïllament especial a les cobertes, doblant l'espessor de 4 a 8 cm a les cobertes superiors amb grava i amb l'enjardinament de les cobertes de la planta baixa; façanes ventilades amb millores en el seu comportament tèrmic; millores en l'aïllament i conductivitat tèrmica dels vidres; col·locació de perfil·leria d'alumini d'alta qualitat, per aconseguir una ruptura del pont tèrmic. Així mateix, l'hospital incorpora també elements físics de control solar, voladissos d'elements

estructurals, lames regulables d'alumini i cortines mecanitzades microperforades, per controlar la radiació solar segons l'orientació i les necessitats interiors, millorant el confort i reduint la demanda de climatització de l'edifici.

Instal·lacions

SOSTRE RADIANT. El sostre radiant és un sistema de climatització capaç d'assumir les càrregues tèrmiques de fred i calor de determinats espais de l'hospital mitjançant una gran superfície radiant, reduint el volum d'aire en moviment que redueix sensiblement la despesa energètica, l'eliminació d'equips de ventilació convencional que no assegurin la qualitat de l'aire ambiental, l'eliminació acústica consegüent del funcionament d'aquests equips i el control tèrmic individualitzat de tots els espais. Els sostres radiants es fan càrrec de la calor sensible, però la calor latent deguda a les persones ocupants és eliminada per l'aire primari de ventilació.

GEOTÈRMIA. El sistema geotèrmic és un procés d'intercanvi d'energies entre dos líquids, que permet aprofitar l'energia emmagatzemada en el sòl per a la climatització d'un edifici.

La instal·lació que s'ha desenvolupat a l'Hospital de Mollet és el projecte més ambiciós mai projectat a Espanya i un dels més grans d'Europa, fins a la inauguració del centre a l'any 2010. Aquest fet provoca que l'Hospital de Mollet sigui referent i pioner en matèria de sostenibilitat i aprofitament d'energies renovables destinades a la climatització d'edificis.

El sistema està compost per dues bombes de calor geotèrmiques i dos circuits d'aigua, un de calenta i un de freda, destinats a la climatització de l'Hospital, i un tercer circuit d'aigua anomenat *circuit geotèrmic* format per 148 pous de 146 metres de profunditat que interacciona de forma directa amb ells intercanviant l'energia emmagatzemada a terra, fet que provoca un major rendiment energètic i econòmic del procés de transformació de l'energia.

El diàmetre dels pous és de 122 mm, separats entre sí 5 m. Dins dels pous circulen dues canonades de PE de 40 mm de diàmetre, i compactades amb el terreny mitjançant bentonita injectada i sorra, que afavoreix la transmissió tèrmica entre l'aigua que circula i el subsòl. Els pous estan agrupats en 4 grups de 37.

La base de producció tèrmica de l'edifici és la geotèrmia, que se suporta en la producció de calor per dues

calderes de 700 kW de potència cadascuna i, en la producció de fred, per tres refredadores (dues de 650 kW i una de 147 kW).

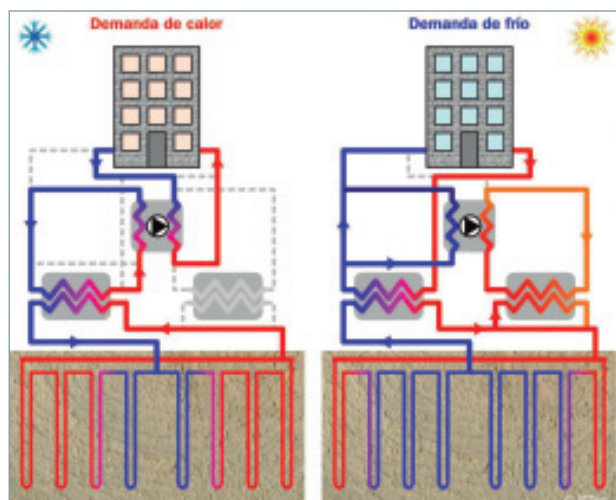
Gràcies a tot aquest procés de circulació d'energies s'optimitza cada kWh consumit a l'Hospital en relació amb la climatització, s'obtenen les següents millores: reducció de la despesa energètica i econòmica que es generaria en un hospital convencional, per aquest concepte; reducció de les emissions de CO₂ generades en el procés de transformació d'energia; en èpoques intermèdies, refrigeració directa sense cost energètic apreciable; preescalfament de l'aigua freda d'entrada de l'Hospital, destinada a l'aigua calenta sanitària, amb reducció del consum de gas destinat en aquest sentit; optimització d'aquest sistema pioner a l'Estat per instal·lacions de les nostres característiques, i de gran consum energètic, que contribueix a la disminució de l'impacte ambiental generat per la nostra societat i, concretament, per la nostra activitat.

SISTEMA DE GESTIÓ TÈCNICA CENTRALITZADA. El sistema de Gestió Tècnica Centralitzada (GTC) és un element de control i govern monitoritzat dels equips que integren la instal·lació, que ens permet optimitzar de forma intel·ligent el procés de funcionament de cadascun d'ells per aconseguir: una eficiència energètica òptima, millores importants en la fiabilitat del seu funcionament, estalvi d'energia i eficiència en el manteniment. Els elements principals on el GTC està present són: producció de fred, producció de calor, ACS (aigua calenta sanitària), geotèrmia, climatització, quadre general de baixa tensió (QGBT), detecció d'incendis i instal·lació de gasos medicinals.

Gestió de les instal·lacions i els recursos

En un edifici com el nou Hospital de Mollet, la gestió de la instal·lació s'aconsegueix controlant un a un tots els elements responsables del confort i el benestar de l'usuari i que repercuteixen en el consum final de la instal·lació. A més de la gestió final dels equips, s'han de gestionar de forma global tots els processos de producció i distribució d'energia de l'edifici.

El primer pas és analitzar quin percentatge d'energia consumida va destinada a cadascun dels processos i prioritzar l'actuació en els de més consum. Els principals blocs consumidors d'energia respecte al total dels consums d'electricitat i gas de la instal·lació d'un hos-



pital són: la climatització (el 60% de l'energia es destina a la climatització de l'hospital: ventilació, refrigeració, calefacció i geotèrmia), ACS, bombes hidràuliques, enllumenat i altres.

Les mesures tenen un tret en comú: avaluació, gestió, execució i control. L'avaluació ha de permetre conèixer què es gasta, a on i quan. La gestió és el seguit de mesures estudiades i proposades per aconseguir l'eficiència de la instal·lació sense perdre l'eficàcia per la qual ha estat dissenyada. L'execució de les mesures proposades i aprovades es realitza conjuntament amb el personal destinat a la zona. El control de tot aquest procés descrit permetrà avaluar el nivell qualitatiu i quantitatiu de les mesures desenvolupades, i permetre'ns solucionar problemes o imprevistos, millorant així les previsions inicials.

AJUST DEL FUNCIONAMENT DE LA INSTAL·LACIÓ AMB L'ÚS REAL.

Consisteix a realitzar un control exhaustiu de l'horari de funcionament tant de la il·luminació com de la climatització de les diferents zones de l'hospital, ajustant-ne el funcionament a l'ús real de cada espai, minimitzant així el sobrecost per tractament o il·luminació de zones deshabitades. Aquests aspectes estan en contínua revisió.

AJUST I REVISIÓ DE LA PRODUCCIÓ D'ENERGIA CALORÍFICA.

L'optimització de la temperatura de consigna del col·lector secundari a la temperatura adequada per minimitzar l'ús de calderes i potenciar el sistema geotèrmic –aconseguint que les bombes de calor geotèrmiques assumeixin tota l'energia destinada a la calefacció i que les calderes es limitin a assumir la càrrega tèrmica destinada a la producció d'aigua calenta sanitària– provoca un descens considerable en el consum de gas

entorn al 50%. D'altra banda, l'optimització i ajust de la producció de l'aigua calenta sanitària –redirigint el flux del retorn a un dels acumuladors i preescalfant l'aigua de xarxa amb part de l'energia del col·lector de calefacció alimentat per les bombes de calor geotèrmiques– aconseguix reduir la temperatura de consigna de producció de les calderes de 85° C fins a 73° C i, conseqüentment, un descens del consum de gas.

AJUST I REVISIÓ DELS GRUPS DE BOMBEIG. Es van ajustar els grups de bombeig d'aigua calenta i freda, responsables de distribuir l'energia freda i calenta per l'Hospital, perquè només treballassin en èpoques en què l'energia circulant fos aprofitada; és a dir, a l'estiu el grups de bombes que alimenten d'aigua calenta els diferents *fan-coils*, climes i sostres radiants es desconnecten i a l'hivern a l'inversa, minimitzant així les pèrdues energètiques provocades per la recirculació de fluids i la reducció òbvia del consum d'electricitat dels diferents grups de bombeig.

AJUST DELS EQUIPS RESPONSABLES DE LA CLIMATITZACIÓ I VENTILACIÓ DELS DIFERENTS QUIRÒFANS.

Aquest procés consisteix a eliminar la demanda i la regulació de la temperatura i la humitat en cadascun dels quiròfans mantenint-ne la ventilació normativa, en els moments d'inactivitat del bloc. Això s'aconsegueix mitjançant la integració del sistema de gestió individual de cada quiròfan en el sistema global de gestió de la instal·lació; un cop s'acaba l'activitat, un dels responsables de la zona s'encarrega de canviar l'estat del quiròfan en el panell de control, que notifica al sistema central de gestió el canvi d'estat i aquest paral·lelament modifica les consignes del climatitzador responsable de la zona eliminant-ne les consignes establertes i mantenint exclusivament la ventilació i la sobrepressió normativa. L'estimació aproximada de reducció de consum per cadascun dels sis quiròfans, és d'aproximadament 4.500 euros anuals.

AJUST I REVISIÓ DE LA PRODUCCIÓ D'AIGUA FREDA. L'optimització de la producció d'aigua freda suportada per les plantes refredadores Climaveneta condensades per aire i millorant-ne el coeficient d'operació (COP), consisteix en el següent: com més baixa sigui la temperatura de consigna amb unes condicions exteriors iguals, més alt serà el consum elèctric per suportar la mateixa càrrega frigorífica i, per tant, pitjor serà el COP. En definitiva, com més alta sigui la consigna de temperatura de treball de la màquina millor serà el coeficient

HOSPITALS PILOT

Green@Hospital demostra la validesa de solucions en condicions reals de funcionament integrant al projecte a quatre hospitals europeus. Cada hospital posa a disposició àrees específiques i testifica les tecnologies desenvolupades, normalitzant factors identificats i monitoritzats amb la finalitat de predir els avantatges de les mateixes solucions en diferents condicions de funcionament.

**HOSPITALS RIUNITI DI ANCONA**

Ancona, Italia

Sala de control de temperatura
Centre de processament de dades
Il·luminació artificial**HOSPITAL DE MOLLET**

Mollet del Vallès, Espanya

Sistema geotèrmic
Sala de cirurgia**HOSPITAL GENERAL CHANIA SAINT GEORGE**

Chania, Grècia

Unitats de tractament d'aire
Ventilació
Il·luminació artificial**HOSPITAL UNIVERSITARI VIRGEN DE LAS NIEVES**

Granada, Espanya

Unitats de tractament d'aire
Centre de processament de dades

d'operació i, per tant, provocarà un descens del consum elèctric destinat a aquest concepte.

INFORMACIÓ INTERNA. El concepte de la sostenibilitat, en aquest cas mediambiental, ha de ser un objectiu comú per a tots els membres de la institució, dirigit a inculcar una política d'estalvi, optimització i eficiència energètica. En aquesta direcció es va treballar per desenvolupar un pla estratègic compost per una sèrie de publicacions periòdiques internes, sobretot en la fase

inicial del funcionament del centre, i manteniment posterior, en les quals s'explicava de forma concreta quins aspectes rellevants diferencien l'Hospital de Mollet. S'han realitzat tant descripcions tècniques com fitxes de bones pràctiques ambientals, dirigides a la gestió dels residus, l'estalvi d'aigua, de les energies o els consumibles.

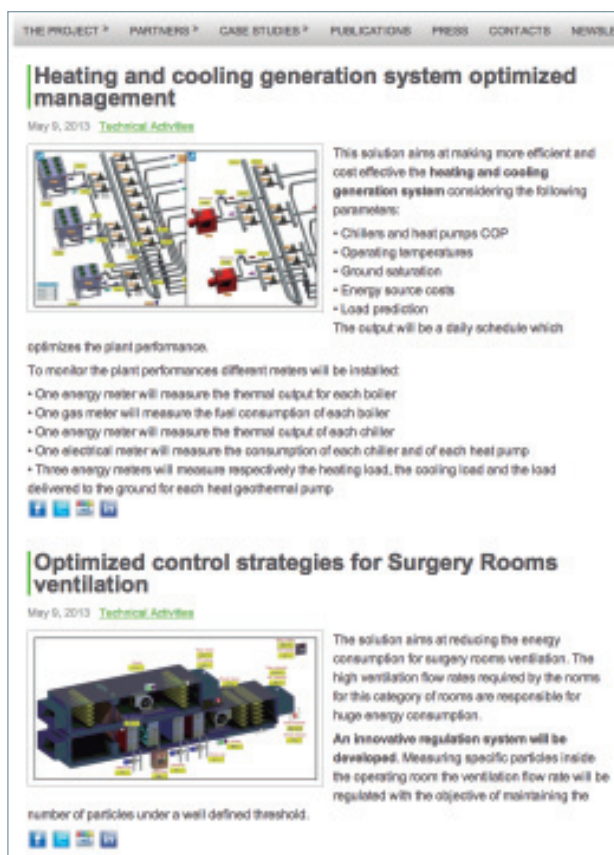
GREEN@HOSPITAL. Durant l'any 2012 es concreta la participació de l'Hospital de Mollet al projecte de Green@Hospital i es dona el tret de sortida al març de 2012. El projecte té com a objectiu la integració de les últimes solucions TIC per tal d'obtenir uns estalvis significatius en els edificis hospitalaris existents a través d'una millor gestió dels recursos energètics i la reducció de les pèrdues. Això es durà a terme mitjançant la realització de Gestió de l'Energia basada en la web i Sistemes de Control –Web EMCS– que integra i controla el monitoratge dels múltiples sistemes dels edificis en el nivell de component.

D'altra banda, els models per avaluar l'estalvi d'energia es desenvoluparan implementant algorismes per a l'optimització del consum. La solució proposada tindrà també el suport d'un servei de manteniment de l'energia, específicament desenvolupat i integrat en el Web EMCS per mantenir una eficiència energètica òptima després dels esforços inicials.

Quatre hospitals han estat seleccionats a tot Europa per participar en el pilotatge amb la finalitat de demostrar la validesa de la solució proposada en les



web-based energy management
system for the optimisation of the
energy consumption in hospitals



condicions reals d'operació. Cada hospital permetrà desenvolupar les àrees específiques de treball tenint en compte la presència de:

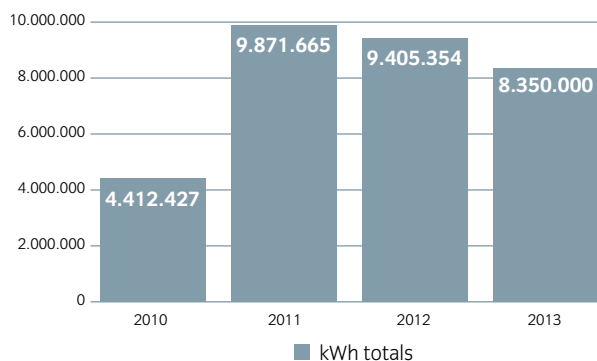
- 1) fonts d'energia renovables,
- 2) sistema de gestió de l'edifici ja instal·lats que poden ser fàcilment integrats al Web EMCS,
- 3) plans d'eficiència energètica destinats a millora.

A més, contribuiran a proporcionar diferents àrees funcionals de manera que les necessitats de consum d'una estructura típica de l'hospital serà globalment inclosa en la solució tècnica.

Per difondre els resultats del projecte a tot Europa es planificarà una intensa difusió de l'activitat realitzada. L'estudi serà la base per a les possibles repeticions de les solucions que tenen en compte els estalvis i el retorn de les inversions.

En el cas de l'Hospital de Mollet, s'estudiarà la producció tèrmica de l'edifici a través dels sistemes existents: geotèrmica com a base del sistema i suport amb

Consums de l'Hospital de Mollet (kWh totals; gas i electricitat)



calderes i refredadores, així com l'eficiència energètica en els quiròfans, controlant-ne la qualitat ambiental mitjançant sondes de control de partícules *on line* (24 h) i vinculades directament al climatitzador pertinent, de manera que es garanteix per tant l'asèpsia de la zona amb el màxim estalvi possible.

RESULTATS. Aquest conjunt d'actuacions realitzades, així com el seguiment i control diari del centre, ha provocat una reducció contínua dels consums energètics, des de l'inici de l'activitat a l'agost del 2010 fins a la previsió de tancament de 2013, tal i com es pot veure al gràfic.

Conclusions

Qualsevol estratègia requereix una estructura que li doni sentit i la faci viure; són parts indissolubles que expliquen una gestió integrada, plena de sentit, racional i emocional.

Conceptualitzar i gestionar el dia a dia dels diferents recursos físics des d'aquest vessant, el sostenible, ens ha permès assolir uns objectius directes i indirectes que són avui clau del projecte de RSC en què que treballen els professionals de la institució.

En relació amb els objectius directes, diríem que aquesta nova cultura ha permès anar amortitzant correctament la inversió inicial que es va destinar al projecte. Al mateix temps, l'evolució de l'estalvi, vinculat al pla de gestió dels equipaments, és progressiu, revisant sobre els resultats les diferents propostes de millora

que els mateixos professionals de la gestió diària detecten, potenciant-ne l'ús eficient.

No menys importants, han reeixit també els objectius indirectes, especialment el compromís dels professionals de la salut en el projecte RSC, que potencia l'ànima dels valors institucionals i en dona sentit i ha potenciat també la "gestió responsable" dels recursos, un compromís que encaixa amb el "Pla de civilitat" institucional; finalment, ens ha facilitat la gestió per àrees o processos, una reestructuració dels nivells de gestió i d'implicació en sostenibilitat dels responsables dels processos.

Així, doncs, no només el resultat econòmic, també el compromís dels professionals en el seu conjunt, la satisfacció dels clients usuaris que finalment veuen que les mesures de gestió eficient dels recursos els considera, i l'impacte positiu en la societat en general han estat el fruit fins avui, tot entenent que per omplir-se de contingut, un edifici necessita un projecte coherent que li doni vida i persones que treballant-hi, vivint-hi, se l'estimin. ■

Referències

Directiva Europea 91, de desembre de 2002, publicada el gener de 2003 sota el títol d'Energy Performance of Buildings.

Reial decret 314/2006, de 17 de març, pel qual s'aprova el Codi Tècnic de l'Edificació.

Reial decret 842/2002, de 2 d'agost, pel qual s'aprova el Reglament electrotècnic per a baixa tensió.

UNE-EN ISO 14644-2:2001. Sales netes i locals annexos controlats.

CASTELLA, Francesc (octubre de 2009). Hospital de Mollet, eficiencia y sostenibilidad. Ingeniería Hospitalaria, 20-32.

La gestió dels **recursos humans** en un entorn de **sostenibilitat**

JOSU SOBRINO I GARCÍA

Josu Sobrino i García és economista i director de Recursos Humans de la Fundació Puigvert. Llicenciat en Ciències Econòmiques i Empresariales per la Universitat Nacional d'Educació a Distància, enginyer Informàtic de Software per la Universitat Politècnica de Madrid i màster en Direcció de Recursos Humans a les Organitzacions per la Universitat Pompeu Fabra, és professor de l'àrea de recursos humans en diversos màsters i postgraus universitaris i d'escoles de negoci. Anteriorment va ser adjunt a la Direcció Corporativa de Recursos Humans i Responsable Corporatiu de Desenvolupament de Recursos Humans a la Corporació Sanitària Clínic.

L'EVOLUCIÓ DELS SISTEMES de gestió de persones ha incorporat, de forma sumativa i sinèrgica, una sèrie de recursos que han permès disposar d'una important cartera d'instruments (polítiques, plans, eines, objectius) al servei d'aquesta funció. Aquestes eines han arribat a configurar sistemes *ad hoc* en les organitzacions en funció de la seva cultura i necessitats. La majoria de professionals de la direcció de persones tenen ja actualment aquesta visió sistèmica. La racionalitat econòmica ens ha portat a la necessitat d'apostar per models d'empresa sostenibles i a vincular aquest sistema de gestió de les persones amb l'estratègia de sostenibilitat de l'empresa. La dificultat, però, radica

en la “participació secundària” de la funció de direcció i desenvolupament de persones a l'hora de concretar l'estratègia de les empreses. Aquesta naturalesa secundària comporta en molts casos una “asincronia” entre els objectius de l'organització i els objectius de la gestió de persones. Agreujada, encara més, per una ordenació errònia del pensament. Els instruments de gestió de recursos humans són vàlids i poderosos; igualment ho és la seva integració sistèmica. Conseqüentment, no han de ser subjectes d'una profunda revisió. Ara bé, des del punt de vista de la responsabilitat social corporativa, sí que és imprescindible, de cara a l'estratègia de sostenibilitat, que els objectius que persegueixen siguin redefinits amb supeditació a l'estratègia de l'empresa. A través de tres exemples, l'article intenta establir les bases per assolir aquest objectiu.

Durant els successius períodes de gestió del factor humà denominats direcció de “personal”, “relacions humanes” i “recursos humans” es van crear, desenvolupar i, sobretot, integrar, una sèrie d'eines pròpies que van permetre aflorar poderosos sistemes de gestió. En aquests períodes la funció s'ha fet càrrec d'elements com: planificació, organització, comunicació, clima, cultura, lideratge, gestió per competències, reclutament i selecció, avaluacions del potencial i de l'assoliment, retribució, formació i desenvolupament, *coaching*, *assessments*, *developments*, gestió del talent...

La integració d'aquestes eines, adaptada als recursos i idiosincràsia de cada empresa, ha permès demostrar

l'existència d'un sistema evolucionat de gestió de persones dotat d'una gran flexibilitat i sinèrgies. No estem parlant de sistemes teòrics, sinó de la conceptualització de centenars de milers de praxis aplicades.

L'etapa actual, denominada de “direcció i desenvolupament de persones” ha culminat un procés que ja s'havia endegat en les etapes anteriors: la inequívoca integració de la gestió de persones amb l'estratègia de l'organització.

L'aparició d'eines de planificació i materialització de l'estratègia empresarial com ara el Quadre de Comandament Integral, la Cadena de Valor, la Direcció Participativa per Objectius i l'EFQM (versió MAC al nostre

sector) ha permès que s'evidenciï aquesta integració entre gestió de persones i estratègia.

Arribats en aquest punt seria (“és” encara en un bon nombre d'organitzacions de tots els sectors) una irresponsabilitat mantenir el sistema de gestió de persones desvinculat del model estratègic. Ja no hi ha excusa: existeixen les eines i s'estan aplicant exitosament; la no utilització suposaria un malbaratament de recursos, és a dir, una gestió no eficient i contrària a la sostenibilitat.

En aquest d'article s'intenta evidenciar com l'existència d'una estratègia de sostenibilitat a les organitzacions no fa variar el model de gestió de persones en la seva estructura i articulació (eines i interrelació d'aquestes) sinó, solament, en la concreció d'objectius a assolir mitjançant la utilització d'aquestes eines.

Aquí, en la concreció d'objectius que han de perseguir les eines i polítiques que conformen la gestió de recursos humans, és on radica la diferència entre una gestió orientada a la sostenibilitat i una que no ho sigui. Els objectius que persegueixi la gestió de recursos humans han de ser els mateixos que persegueixi l'estratègia de la institució; una asincronia en aquest punt no faria sinó debilitar els esforços i malbaratar els recursos posats a disposició per assolir una organització sostenible.

D'altra banda és cert que resulta difícil –bàsicament, per la falta d'entrenament– assolir aquesta sincronia d'objectius. Per posar un exemple, la majoria de quadres de comandament integral que es poden consultar, quan desgranen l'articulació entre els diferents elements de cada perspectiva, acostumen a deixar clar com influeixen

les variables de “procés”, sobre les de “clients”, i aquestes sobre les “financeres”; però difícilment trobem una explicació clara de la relació de les variables d’“aprenentatge/persones”, i les de “procés”. De tal manera que molts d'ells presenten una estructura similar a la de la figura 1, i, molt pocs, a la de la figura 2.

La diferència radica en el fet que en l'articulació habitual (figura 1), l'alineament entre “persones” i “processos”, queda un tant “críptic”, molt possiblement perquè en la seva elaboració no hi participen professionals de recursos humans. En conseqüència, difícilment, si en el moment de l'elaboració de l'estratègia no està present el responsable de recursos humans, es podrà articular una gestió de recursos humans sostenible. Així doncs, és justament passar de l'articulació recollida en la figura 1 a la representada a la figura 2, el que assegurarà una gestió de recursos humans orientada fortament a la sostenibilitat.

Podem convenir que la sostenibilitat, en termes generals, abasta tres grans eixos: econòmic, ambiental i social. I, a la vegada en el nostre sector, aquests eixos contindran els diferents aspectes: assistencial, de recerca, financer...

Per tal de demostrar com es pot assegurar aquesta sincronia entre la gestió de persones i l'estratègia de sostenibilitat utilitzaré tres exemples. Per això, usarem un “tall” (una porció solament) del que podria ser el quadre de comandament integral d'una organització que segueix una estratègia de sostenibilitat en els tres eixos habituals de sostenibilitat: econòmica, social i ambiental.

En el primer exemple, pretenem fer èmfasi en la necessària sincronització –vinculació– entre els objectius

Figura 1. Falta de concreció entre la relació de les perspectives “processos” i persones

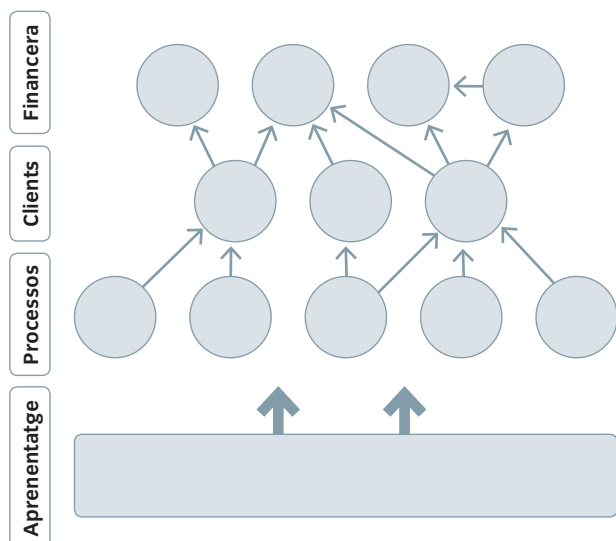
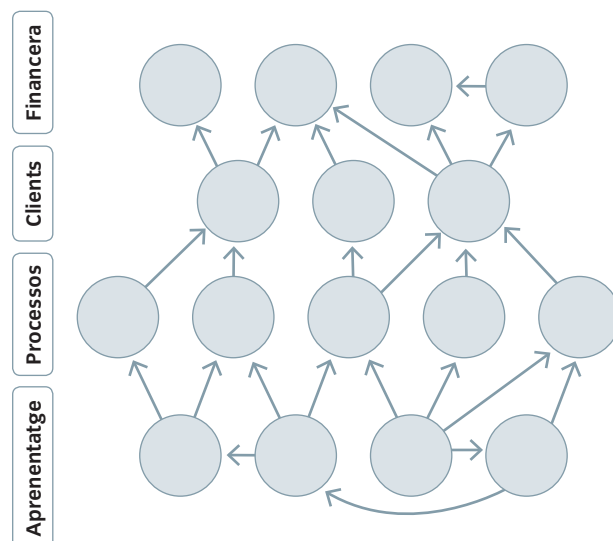


Figura 2. Vinculació de la gestió de persones amb l'estratègia



i indicadors estratègics del quadre de comandament i els que es perseguiran (formularan) des de Recursos Humans a través de les diferents eines i plans.

En el segon afegirem a l'anterior la necessitat de pensar de manera ordenada per a ser més efectius a l'hora d'establir aquests objectius i indicadors.

En el tercer exemple estenem l'aprenentatge anterior a les altres eines de Recursos Humans més enllà de les utilitzades als exemples anteriors.

Exemple 1. Sostenibilitat econòmica

Aquesta estratègia –recordem que solament és parcial (un tall)– podria ser representada gràficament com a la figura 3, on a la dreta es detallen les iniciatives necessàries per a poder desenvolupar els aspectes estratègics i els indicadors d'assoliment de l'estratègia que s'han definit a l'elaboració del Quadre de Comandament.

Veiem com podríem “sincronitzar” diversos objectius concrets de les eines i polítiques actualment existents de gestió de persones. Per simplificar ens referirem a tres ítems: avaluació del mèrit, formació i retribució.

Descripció de l'articulació estratègica que recull aquest “tall”

Per garantir la rendibilitat de les activitats i l'equilibri financer, entre altres coses, cal optimitzar els costos. Per optimitzar els costos, entre d'altres coses, cal ajustar el preu al valor. Per ajustar el preu al valor cal promoure la “gestió per processos”. Per promoure la gestió per processos és necessari augmentar les habilitats capacitadores i fomentar la transversalitat i el treball en equip.

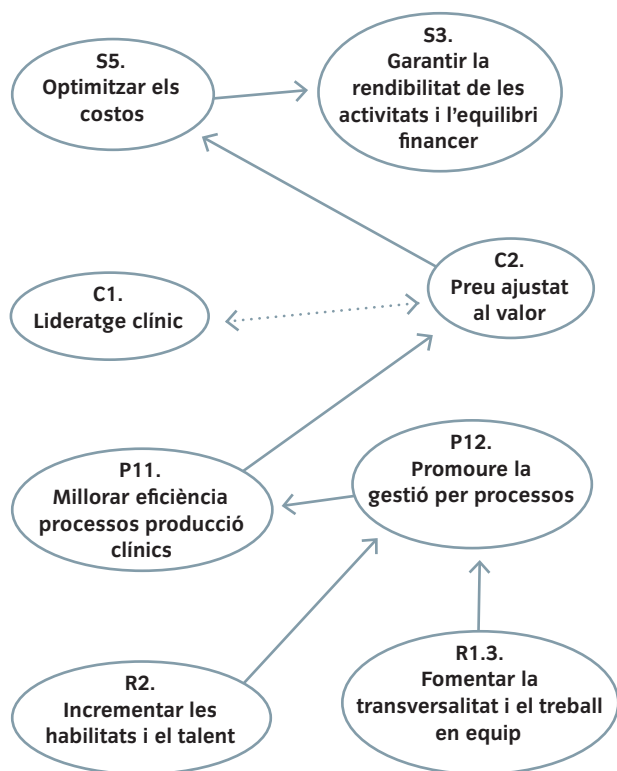
Dit d'una altra manera, gràcies a l'impuls del treball en equip i el coneixement de tècniques concretes, es podrà implantar la gestió per processos, amb aquesta s'optimitzaran els recursos utilitzats evitant duplicitats, costos de coordinació, costos de comunicació, oferint productes de més valor afegit a un preu igual o inferior, amb la qual cosa augmentarà la rendibilitat de les activitats i millorarà l'equilibri financer.

En aquest exemple es detallen tres tipus d'objectius: d'impacte, operatius i de formació.

Objectiu del sistema de formació: el disseny de les accions formatives recollides a les iniciatives que desenvolupen els objectius estratègics R.2 i R.1.3 contemplarà l'assoliment dels següents objectius específics:

- Objectiu formatiu: saber dissenyar mapes dels processos sota una mateixa metodologia, identificar

Figura 3. Exemple d'articulació estratègica de sostenibilitat econòmica



Iniciatives

1. Formalitzar sistema de recollida d'informació d'explotació analítica

Indicadors

- A. Percentatge de benefici per preu FP

Iniciatives

1. Formalitzar sistema de recollida d'informació d'explotació analítica

Indicadors

- A. Cost de producció per UME

Iniciatives

1. Desenvolupar estudi comparatiu preus en el sector
2. Incloure a les enquestes de satisfacció de privats preguntes de satisfacció qualitativa sobre el preu

Indicadors

- A. Percentil de preus FP respecte al mercat
- B. Percentatge satisfacció enquesta interna

Iniciatives

1. Formular la cadena de valor i els processos dependents
2. Inventariar els processos
3. Repassar els processos (inter-intra departamentals)
4. Formular processos de valor integral + valor, reduint cost

Indicadors

- A. Nombre de processos revisats
- B. Nombre de processos integrats en procés de grau superior

Iniciatives

1. Incloure Accions formatives en Treball en Equip, Gestió per Processos i Cadena de Valor en cascada (implicar comandaments en la transmissió)

Indicadors

- A. Nombre de persones formades en les disciplines anteriors
- B. Percentatge d'objectius operatius i d'impacte assolits

redundàncies, encreuaments... i proposar processos optimitzats i integrats amb la resta de processos integrats amb la cadena de valor.

- Objectiu operatiu de la formació: assolir una revisió mínima del 75% dels processos. Assolir que un 30% dels processos revisats estiguin integrats.
- Objectiu d'impacte de la formació: reduir el cost de producció per UME en un mínim del 10%.

Objectiu del sistema d'avaluació del mèrit: assoliment individual d'una revisió mínima dels processos assignats del 75%, així com d'una proposta d'integració del 30% dels revisats. (Coincident amb la individualització de l'objectiu operatiu de formació, i directament relacionat amb l'objectiu estratègic P12.)

Objectiu del sistema de retribució variable: repartir segons la contribució individual avaluada en el sistema d'avaluació del mèrit un 3% dels imports realment estalviats per reducció de cost de producció de les UME. (Directament relacionat amb l'objectiu d'impacte de la formació i amb l'estratègic S5.)

Així doncs, en un sistema de gestió de recursos humans sostenible, els objectius, a nivell de gestió de persones, estan directament vinculats amb els objectius estratègics, seguint les mateixes finalitats, i la seva consecució es valora en funció dels objectius i indicadors estratègics.

Exemple 2. Sostenibilitat ambiental

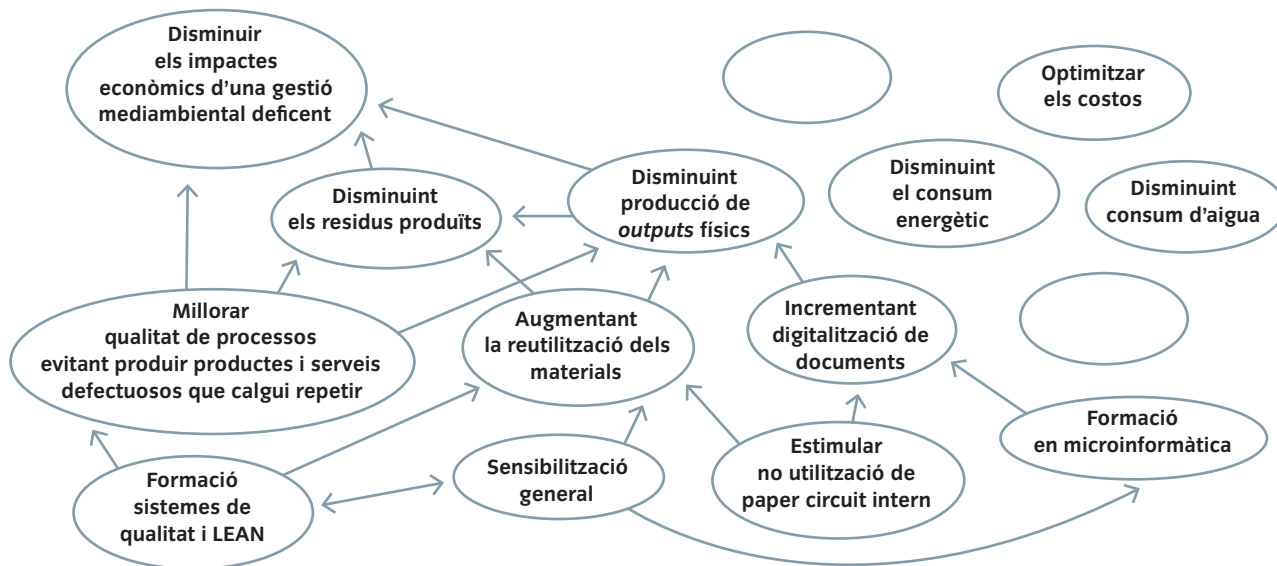
Per simplificar les explicacions, recollim en la figura 4 un exemple de possible articulació d'una estratègia de sostenibilitat ambiental.

I descriurem directament uns possibles objectius d'impacte que podrien perseguir les accions a desenvolupar en l'àmbit de gestió de persones, ometent la descripció dels objectius formatius i operatius.

Objectius d'impacte de la formació

- Eliminació del 75% del correu físic intern
- Eliminació del 75% dels formularis paper intern
- Eliminació del 90% de la impressió de fulls salarials
- Reducció de l'*input* de paper (compra) en un 60%
- Reducció del tònner i cartutxos de tinta impressora en un 60%
- Reducció de la repetició de proves assistencials en un 50%
- Reducció de proves errònies per baixa qualitat en un 50%
- Disminució de la despesa per gestió mediambiental deficient en un 30%

Figura 4. Exemple de possible articulació estratègica de sostenibilitat ambiental



Objectius d'avaluació del mèrit

Directament poden traslladar-se a nivell de servei, secció, unitat, gabinet, i fins i tot a nivell individual, una bona part dels objectius d'impacte perseguits per la formació.

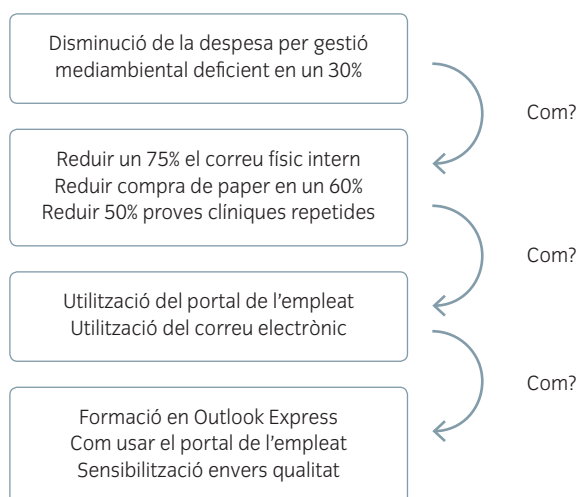
Objectius de política retributiva

Incrementar la retribució variable de l'exercici fins a un import equivalent al 3% dels estalvis de costos induïts respecte a l'exercici anterior, sempre que l'avaluació individual del mèrit, pel que fa a la coresponsabilització mediambiental, hagi estat qualificada d'“excel·lent” o “bona”.

Normalment dissenyem les accions formatives (i la instrumentació de la resta de polítiques de recursos humans) des dels objectius de “persona”, als “estratègics”, però això dificulta poder sincronitzar l'esforç. Cal entrenar-se en fer-ho al revés: dels objectius estratègics i els seus indicadors als objectius de gestió de persones. Per exemple, tal com s'indica a la figura 5.

D'altra banda, per assegurar-nos que el sistema proposat és coherent, hauríem de recórrer el gràfic en sentit invers utilitzant el “per què?”. Així: “Farem formació en Outlook Express perquè el personal usi preferentment aquest sistema, perquè així es redueixi el correu físic intern i la compra de paper, perquè disminueixi la despesa econòmica associada...”.

Figura 5. Ordre correcte de pensament de disseny de la formació



Exemple 3. Sostenibilitat social

Dins de l'eix de sostenibilitat social, podríem tenir una articulació estratègica com la que, com a exemple, es recull a la figura 6. Hem simplificat la representació del quadre de comandament, respectant el significat de les perspectives (Financera, Clients, Processos, Persones) que ara figuren indentades i dependents de cada objectiu.

Aquesta articulació estratègica, a la vegada, podria donar pas a objectius i indicadors en l'àmbit de gestió de persones com els que s'exposen a continuació. Centrem aquest exemple, en alguns objectius d'impacte de la formació, si bé la resta de polítiques de recursos humans també ho han de fer.

Òbviament les xifres indicades ho són a títol d'exemple sense que corresponguin a un cas real.

Objectius d'impacte de la formació

- Assoliment d'un nombre de teleconsultes per telefacultatiu de 200 al mes
- Assoliment d'un nombre de teleconsultes per teleDUE de 200 al mes
- Disminució del 50% de l'índex d'infeccions nosocomials respecte a l'exercici anterior
- Disminució del 75% dels accidents laborals per incorrecte ús de materials i protocols.

Objectius d'impacte del pla de reclutament i selecció

- Dotar l'hospital d'una plantilla de personal (12 facultatius i 20 DUE, abans del 15/03/2014) per actuar en l'àmbit de la telemedicina amb les competències pròpies d'aquest nou sistema: Planificació, organització, resistència a l'estrès, autogestió, comunicació audiovisual...

Objectius d'impacte del pla de promoció i desenvolupament

- Identificar 10 possibles facultatius amb potencial per exercir la telemedicina
- Identificar 15 possibles DUE, amb potencial per exercir la teleassistència
- Desenvolupar (via formació + stage) el personal anterior

Figura 6. Exemple d'articulació estratègica de sostenibilitat a l'eix social

Augmentar el valor afegit dels outputs i serveis oferts per l'Hospital

Augmentar la cartera de serveis amb nous ítems de menor cost i més valor afegit

Disseny de nous processos basats en telemedicina, telediagnòstic

Formació en els nous aplicatius dissenyats

Tècniques de comunicació per a entorns virtuals

Utilització d'una història clínica electrònica compatible i compartible

Utilització de la web 2.0 per a formació i informació de la societat

Optimització de l'actuació social

Increment de la seguretat de pacients i professionals

Revisió i aplicació de protocols de seguretat de pacients

Revisió i aplicació de protocols de prevenció de riscos laborals

Sensibilització, informació i formació sobre els protocols

Optimització de la comunicació interna

Augment i universalització d'accés a Intranet i portal de l'empleat

Implementació de nous serveis d'Intranet i Portal

Formació sobre utilització de la Intranet

	Financera
	Clients
	Processos
	Persones

De nou, però, l'ordre lògic de pensament, per alinear els objectius de recursos humans i els estratègics de cara a una eficiència que intensifiqui la sostenibilitat, és:

Necessitat > Objectiu estratègic > Objectiu d'impacte (amb indicador) > Objectius operatius > Objectius de les polítiques i plans de recursos humans.

Resum

Una gestió de recursos humans "RSC-sostenible" implica:

- Participació del responsable de Recursos Humans en la definició del mapa estratègic.
- Èmfasi en la sincronització dels objectius de Recursos Humans amb els estratègics.
- Utilització dels objectius estratègics i els seus indicadors dins de Recursos Humans.
- Ordenar el pensament: de la necessitat estratègica a l'operativa de Recursos Humans. ■

Referències

Enquesta sobre desenvolupament sostenible als centres hospitalaris. Gesaworld 2010, en col·laboració amb la UCH.

GARCÍA VÍLCHEZ, E.J. El cuadro de mando integral para el desarrollo de una estrategia de sostenibilidad. Técnica Industrial 268. Març-abril 2007.

OLIVERAS SAMITIER, J. El Desenvolupament sostenible. DOW/URV. Cambrils 1/12/2010.

Compra de serveis 2013 Contractes d'Atenció Especialitzada. Objectius de la part variable dels contractes, indicadors d'avaluació, requeriments de dades. Divisió d'Avaluació de Serveis Assistencials. CatSalut. Barcelona, juliol de 2013.

NORTON, D.P.; KAPLAN, R.S. El Quadre de Comandament Integral. Gestión 2000. Barcelona, 2002.

GARRALDA RUIZ DE VELASCO, J. La Cadena de Valor. IE Business Publishing. Madrid 2013.

Pla Estratègic 2008-2012. Fundació Puigvert. Barcelona.

Direcció per Objectius dels Equips d'Atenció Primària. ICS. 2009.

ALBET, J. Gestió de Recursos. Direcció per objectius, de la feblesa a la fortalesa. Referent. UCH.

La innovació i l'emprenedoria dins una nova concepció cultural de la infermeria

MONTSERRAT ANTONIN

Montserrat Antonin és infermera i directora de l'Escola Universitària d'Infermeria Gimbernat. Llicenciada en Antropologia Social i Cultural per la Universitat Autònoma de Barcelona, doctora en Antropologia de la Medicina per la Universitat Rovira i Virgili, i màster en Administració i Gestió d'Infermeria per la Universitat de Barcelona. És coordinadora docent del màster universitari en Gestió de la Informació i el Coneixement en l'àmbit de la Salut i coorganitzadora del màster interuniversitari en Recerca i Innovació en les Cures d'Infermeria, a més de professora de Cultura, Societat i Salut, del grau d'Infermeria. En l'actualitat la seva activitat principal està centrada en el desenvolupament i implementació de processos d'innovació en salut i tecnologies de la informació i gestió del coneixement en els estudis de grau i postgrau de la titulació d'infermeria.

PERQUÈ EL NOSTRE SISTEMA SANITARI pugui ser considerat sostenible cal que aquest article bàsicament tres eixos fonamentals: el context en què es troba immers, la seva pròpia evolució com a sistema i el canvi de rol que els seus professionals han d'assumir. La situació econòmica i social que estem vivint en els últims anys ha fet sorgir nous escenaris que si bé semblen ben definits en altres professionals de la salut, no acaben de ser entesos en el marc de la professió infermera. La infermeria, de la mateixa manera que moltes altres disciplines, ha d'obrir-se a la realitat social i, per tant, a una nova forma de concebre la professió, des de l'autonomia que el seu propi rol li atorga i que, tradicionalment, no ha desenvolupat amb la mateixa fermesa com ho ha fet en altres àmbits considerats "tradicionals". Infermeria ha

de treballar per convertir la crisi en oportunitat i l'oportunitat en progrés, i això només ho podrà fer amb creativitat, apostant per la innovació i l'emprenedoria dins una nova concepció de la cultura infermera. L'Escola Universitària d'Infermeria Gimbernat creu fermament en el nou model universitari orientat cap a la innovació i l'emprenedoria en adquirir aquest compromís com a concepció i filosofia d'escola. Formar les infermeres amb aquesta orientació des de l'entorn universitari és necessari per tal de poder generar serveis i/o productes innovadors que siguin atractius, factibles i d'interès empresarial. L'objectiu és poder aportar valor social a la professió infermera, així com generar negoci. Sota aquesta concepció i en aquest nou model universitari hem posat en marxa el Programa OPEN THINKING per a Estudiants Emprenedors, adreçat als estudiants de quart curs del grau d'Infermeria. Es tracta d'un programa en si mateix innovador dins els estudis d'Infermeria que permet emprendre el desenvolupament d'una idea innovadora relacionada amb el món de la salut. L'Escola es configura com a centre dinamitzador de l'esperit emprenedor i potenciador de la cultura innovadora.



Perquè el nostre model sanitari pugui ser considerat sostenible cal que articuli bàsicament tres eixos fonamentals de transformació: el context en què es troba immers, la seva pròpia evolució com a sistema i el canvi de rol que els seus professionals han d'assumir.

El context actual ha deixat malparats tots els estaments de l'àmbit de la salut. Ningú no dubta que infermeria té un paper clar i definit dins el nostre sistema sanitari en la gestió i atenció tant de les persones com de les pròpies institucions. Els nostres professionals tenen un alt nivell de formació, cosa que els permet desenvolupar les seves competències en el marc d'equips interdisciplinaris complexos.

Infermeria ha estat, sens dubte, el col·lectiu que més ha patit aquesta situació de crisi però justament és ara quan no ha de caure en el pessimisme i les lamentacions i treballar de valent per tal de fer d'aquesta situació una molt bona oportunitat per a progressar.

La situació econòmica i social que estem vivint en els últims anys ha fet sorgir nous escenaris que si bé semblen ben definits en altres professionals de la salut, no acaben de ser entesos en el marc de la professió infermera. La infermeria, de la mateixa manera que moltes altres disciplines, ha d'obrir-se a la realitat social i, per tant, a una nova forma de concebre la professió, des de l'autonomia que el seu propi

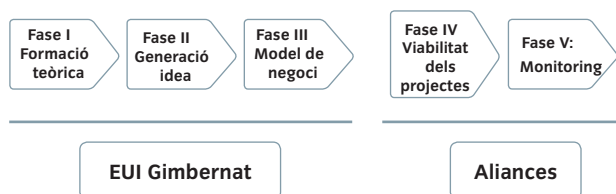
rol li atorga i que, tradicionalment, no ha desenvolupat amb la mateixa fermesa com ho ha fet en altres àmbits considerats "tradicionals". Si no intentem fer les coses d'una forma diferent no podrem construir nous escenaris de futur que siguin sostenibles. Infermeria ha de treballar per convertir la crisi en oportunitat i l'oportunitat en progrés, i això només ho podrà fer amb creativitat, apostant per la innovació i l'emprenedoria dins una nova concepció de la cultura infermera.

La Universitat tampoc pot girar l'esquena a aquesta realitat social i, tot i que lentament, comença a dirigir les passes cap a un nou model d'universitat emprenedora.¹ Cal que es reconegui com una institució capaç d'impregnar i formar els seus estudiants en aquesta cultura, cooperant alhora amb el sector empresarial. La Universitat ha de generar coneixement que esdevingui valor social i això només es pot fer construint una nova societat del coneixement dins d'un nou model de desenvolupament sostenible. La innovació, la creativitat i la cultura emprenedora han

d'incorporar-se a la formació d'una manera natural per tal que impregni disciplines i currículums de forma transversal.² Innovar i emprendre, en el sentit més ampli de la paraula, es presenta com una recepta ineludible per iniciar el camí cap a un model econòmic basat en el coneixement.

"La crisi és la millor benedicció que poden tenir les persones i els països, perquè la crisi porta progressos. La creativitat neix de l'angoixa com el dia neix de la nit obscura", Albert Einstein.

Open thinking. Programa per a estudiants emprenedors EUI Gimbernat



Autors com Clark (1998)³ o Shane (2000)⁴ reclamen, des de fa anys, que la Universitat ha de contribuir, més enllà de la docència i la recerca, al desenvolupament social i al creixement econòmic, i això només pot aconseguir-ho incorporant com a eix fonamental de la seva missió aquest nou model. Només així la Universitat serà una institució compromesa i amb capacitat per col·laborar estretament amb les empreses i potenciar la seva activitat innovadora tot generant coneixement amb valor de “mercat”.

Així ho ha entès l'Associació Catalana d'Universitats Públiques (ACUP) que ha volgut recollir aquest testimoni en promoure, en col·laboració amb altres entitats, la Plataforma Coneixement, Territori i Innovació (PCTI). La seva principal finalitat és fomentar un àmbit de diàleg permanent i de treball entre les universitats, els sectors empresarials i els principals actors institucionals. Objectiu: la col·laboració universitat-empresa-administració per al foment de la innovació i la competitivitat econòmica de Catalunya. La “Declaració de Poblet” recull les bases sorgides d'aquest debat.

L'Escola Universitària d'Infermeria Gimbernat creu fermament en aquest nou model universitari orientat cap a la innovació i l'emprenedoria adquirint aquest compromís com a concepció i filosofia d'escola. Formar les infermeres amb aquesta orientació des de l'entorn universitari és necessari per tal de generar serveis i/o productes innovadors que siguin atractius, factibles i d'interès empresarial. L'objectiu és aportar valor social des de la professió infermera, així com generar negoci.

Per poder fer efectiva aquesta declaració de principis cal enfocar la docència cap a l'acció, és a dir, cap a una formació que potenciï la creativitat, que ajudi a posar en pràctica les capacitats emprenedores i que doti els estudiants d'aquelles eines tècniques que els permetin anar més enllà de la generació d'una idea i que els ca-

paciti per iniciar-se, com en qualsevol altre disciplina, en el món de l'emprenedoria.

Sota aquesta concepció i amb aquest nou model universitari hem posat en marxa el Programa OPEN THINKING per a Estudiants Emprenedors, adreçat als estudiants de quart curs del grau d'Infermeria. Es tracta d'un programa en si mateix innovador dins d'aquests estudis que permet emprendre el desenvolupament d'una idea innovadora relacionada amb el món de la salut. L'Escola es configura com a centre dinamitzador de l'esperit creador,⁵ emprenedor i potenciador de la cultura innovadora a manera de “preincubadora”. Les preincubadores o programes per a la creació d'empreses des de l'àmbit universitari tenen com a finalitat desenvolupar projectes de caire empresarial sorgits dels estudiants.

Els estudiants són coneixedors del seu entorn social i assistencial. Això els permet potenciar l'observació, detectar necessitats i generar idees i solucions creatives per resoldre problemes reals.

El programa, que es constitueix com una proposta per a la generació de *start-ups* (empreses innovadores sorgides d'idees creatives fomentades en el nostre cas des de l'escola), està constituït per cinc fases.

La **Fase I**, *Formació Teòrica* –que permet a l'estudiant adquirir els conceptes propis del món de la innovació i l'emprenedoria i treballar les actituds emprenedores així com la gestió de la por–, la **Fase II** –que facilita a l'estudiant la *Generació d'Idees*– i la **Fase III**, *Confecció del Model de Negoci*, corresponen al període de formació dins els estudis de quart curs de grau de la nostra escola. Aquesta formació es realitza sota l'abordatge de l'assignatura “Infermeria avançada, gestió del coneixement i processos d'innovació”.

En ella l'estudiant s'endinsa en un àmbit que li permet adquirir una nova forma de pensar i una motivació que l'ajuden a identificar oportunitats per desenvolupar projectes en el marc de l'emprenedoria i la innovació i totes aquelles estratègies i eines que el capaciten per poder generar valor econòmic i social tan necessari en l'actualitat.

La **Fase IV**, *Viabilitat del projectes*, i la **Fase V**, *Mentoring*, són conduïdes per diverses entitats, partners del nostre projecte: EsadeCreapolis, Salto con Red, Fun-

“La creativitat requereix tenir valor per desprendre's de les certeses”, Erich Fromm.

El repte de futur és veure com els professionals transformen el sistema.

dació Sant Cugat Actiu, Cambra de Comerç de Terrassa, Biocat i ACES (Associació Catalana d'Entitats de Salut). Tots ells incideixen directament en el desenvolupament real del projecte aportant el seu coneixement en totes les seves variants (*know-what*, *know-how*, *know-who* i *know-why*) i ajudant els estudiants emprenedors a fer dels seus projectes una realitat de mercat.

En aquest primer any de desenvolupament del programa de formació s'han presentat catorze projectes dels quals set van ser escollits per passar a la Fase IV i tots ells van passar per una segona selecció. Avaluada la seva viabilitat, tots set van ser sotmesos novament a una presentació del projecte davant d'un reconegut grup d'experts que finalment en va escollir cinc. A tots se'ls va encoratjar i oferir la possibilitat d'entrar en la fase definitiva, la Fase V per ser mentoritzats no ja com a estudiants sinó com a emprenedors *de facto*. Tres projectes han arribat fins al final del procés, és a dir dotze estudiants que van generar una idea i, amb ella, un model de negoci que ja s'està desenvolupant, una vegada finalitzats els seus estudis, com a professionals emprenedors sota l'assessorament i tutela d'EsadeCreapolis i la Cambra de Comerç de Terrassa.

El Programa OPEN THINKING, en definitiva, forma i acompanya els nostres estudiants d'Infermeria per tal que puguin portar al mercat els seus projectes, un cop analitzada la seva viabilitat i sense perdre de vista els objectius principals del programa:

- aportar des de la nostra professió valor afegit a l'àmbit sanitari
- aportar valor com a infermeres i infermers a la nostra societat

En conclusió, infermeria és una professió madura, que no és aliena als canvis de la societat que afavoreixen la definició de nous espais professionals, noves pràctiques i diversificació de serveis. Infermeria no té cap particularitat que no permeti el desenvolupament de projectes de recerca i desenvolupament (R+D+I). El nostre valor social també es basa en el coneixement ja que les infermeres i els infermers són professionals que disposen d'un coneixement ampli de les necessitats de salut de les persones i tenen el potencial per explorar nous camps i potenciar la innovació.

Estem preparats per assumir el repte que suposa aquest nou rol de lideratge infermer en la transformació de la societat. ■

Referències

1. HORNILLO, J.; BARTOLOME, D.; BULL, M.; FERRI, E.; MAS, J.; SATUÉ, A.; TRIADÓ, J. (2011). Deu passos per a ser una Universitat Emprenedora. Fundació Tecnocampus Mataró-Maresme. Els autors defineixen el concepte d'Universitat Emprenedora com una organització eficaç i eficient, amb funció social, arrelada a un territori i oberta al món, que crea, gestiona i transmet valor amb la missió principal de fer persones capaces de liderar la seva vida de manera emprenedora.
2. HORNILLO, J.; BARTOLOME, D.; BULL, M.; FERRI, E.; MAS, J.; SATUÉ, A.; TRIADÓ, J. (2011). Op. cit.
3. CLARK, B.R. (1998). Creating Entrepreneurial Universities: Organizational Pathways of Transformation. Oxford: IUA Press, Pergamon-Elsevier.
4. SHANE, S.; VENKATARAMAN, S. (2000). The Promise of Entrepreneurship as a Field of Research Academy of Management Review, 25(1), 217-226.
5. BOLULLO, R. (2013). La Conexión Creadora. Manual de Entrenamiento para tener una vida más creativa. Barcelona: Ediciones Gestión 2000.

La decencia es sostenible.

También en la componente sanitaria del Estado del bienestar¹

El Estado del bienestar, una de las conquistas importantes de la humanidad, puede mantenerse reforzando la capacidad innovadora y productiva de un país siempre que se organice como lo hacen los países escandinavos (Suecia, Noruega, Finlandia, Dinamarca e Islandia), ejemplo mundial indiscutible en la mayor parte de terrenos que afectan favorablemente a la sociedad.² Dos principios parecen explicar porqué el Estado del bienestar no perjudica al PNB per cápita. El primero es que las democracias con presupuestos elevados ponen especial empeño en diseñar impuestos y transferencias de manera que no comprometan el crecimiento. El segundo es que el universalismo, tanto impositivo como en derechos, estimula mejor el crecimiento que la preferencia de los países con bajos presupuestos por pruebas de verificación de necesidad y complicados compromisos impositivos.

Los estados del bienestar escandinavos se han beneficiado, por una parte, de los menores costes administrativos del universalismo pero, sobre todo, han sabido controlar los desincentivos del modelo por tres vías:

1. Una financiación impositiva en base a impuestos sobre el consumo, las rentas del trabajo y los bienes de consumo adictivo.
2. Prestaciones sociales que solucionan un problema, pero por ejemplo, pero con invitación a no instalarse en la dependencia de la transferencia pública.
3. Apertura de la economía para vivir los salutíferos condicionantes de la competencia internacional.

La sostenibilidad de la componente sanitaria del Estado del bienestar en España requiere simplemente racionalidad y legitimidad:

VICENTE ORTÚN

Vicente Ortún es decano de la Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales de la Universidad Pompeu Fabra y profesor de Economía y Empresa. Integrante y ex-director del Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES) de la UPF. Autor de más de 350 trabajos, dirige la colección Economía de la Salud y Gestión Sanitaria, con 29 títulos, publicada por Springer y Elsevier. Es licenciado y MBA por ESADE (1969), M.Sc. por Purdue University (1970), licenciado y doctor en Ciencias Económicas por la Universidad de Barcelona (1990), ha realizado estudios de doctorado en Salud Pública en Johns Hopkins University y ha sido (2009) Visiting Scholar en el Massachusetts Institute of Technology (MIT). Con una dilatada experiencia empresarial y en gestión pública nacional (Ministerio Sanidad y Consumo, Generalitat provisional de Catalunya, Hospital de Sant Pau en los primeros años setenta...) e internacional (OMS, Banco Mundial), es ex-presidente de SESPAS, ex-presidente de AES y ex-secretario de EUPHA.

- **Racionalidad.** Un “factor de sostenibilidad” que no es otro que una financiación selectiva de prestaciones (también en infraestructuras y otros gastos públicos) que permitan una cartera de servicios sensata pero, sobre todo, una incorporación de tecnología según su utilidad de forma que se evite la fractura social entre quienes pueden pagar, aunque les perjudique la salud, y quienes no podrían hacerlo.
- **Legitimidad.** La sostenibilidad depende de la deseabilidad de unos servicios sanitarios financiados públicamente y priorizados con criterios técnicos y democráticos. Estos servicios serán “deseables” cuando de forma solvente resuelvan los problemas de salud de la población y proporcionen satisfacción. Nuestro sistema sanitario, el servicio público más utilizado del país, el que mayores índices de satisfacción proporciona y el que, en el contexto internacional, continúa ofreciendo unos resultados envidiables, presenta un buen balance pero tiene un pronóstico preocupante como consecuencia del deterioro institucional.

La recuperación de la “racionalidad” y la “legitimidad” a todos nos impone “deberes” y a ellos vamos: desde la clínica a la política pasando por la organización-gestión.

Las vías clínicas de avance

Disponemos de profesionales sanitarios muy competentes. Con perspectiva poblacional y espíritu público pueden conseguir:

- **Reducir la brechas de calidad de toda la vida** (lavado de manos, uso adecuado de la medicación, correcta indicación de cesáreas, listado de comprobación quirúrgica...) y las que se derivan de que el 20% de nuestros servicios sanitarios podrían suprimirse con mejora del estado de salud. Ninguno de los altamente coste-efectivos y que además tienen la suerte de volverse rápidamente perjudiciales cuando no están indicados (tratamiento VIH+, por ejemplo). Sí, en cambio, casi todas las tecnologías de pobre o nulo coste-efectividad y aquellos tratamientos potencialmente coste-efectivos en la indicación adecuada pero no fuera de ella.
- Reasignar recursos. Sandra García, Carlos Campillo y Quique Bernal lo explican de manera muy práctica en un artículo.³

Las vías de avance organizativo-gestora

De nuevo “desde abajo” en la medida que exista una cierta competencia por comparación propiciada por una radical mejora de la calidad de nuestra política:

- Maduración, autonomía de las organizaciones, madre de la innovación de verdad (la de Ferran Adrià o Amancio Ortega), alternativas a la funcionarización si no se consigue flexibilizar ésta, abolición de la endogamia por decreto (ni un MIR ni un doctor se quedan donde se han especializado).
- La atención sanitaria también se internacionalizará algo. Ello unido a la necesidad de integración asistencial entre niveles podría llevar a una radical reasignación de tareas, más por criterios de capacidad resolu-

tiva que de pertenencia gremial. La calidad exige con frecuencia tamaño, aprendizaje y especialización.

- Pasar cuentas. La sanidad ha de manifestarse nuevamente como el servicio financiado públicamente más eficiente. Elogio, de pasada, a la Central de Resultados,⁴ tan importante como desapercibida.
- Gestionar la utilización. Con un adecuado sistema de información la frecuentación, fundamentalmente endógena, puede disminuir como Kaiser ha mostrado.⁵ La morbilidad no existe como medida de necesidad.

La vías de avance político-institucional

- Financiación selectiva técnico-democrática. Técnica en el componente de análisis coste-beneficio. Democrática en el establecimiento de prioridades. Podría incluso establecerse una moratoria de dos años a la incorporación de nuevas tecnologías y dispositivos, y excluir aquello que países más ricos que España, con estados del bienestar más consolidados y evaluaciones importables no están financiando públicamente. Resulta bueno y barato utilizar conocimientos y prácticas que ya han sido bien analizadas en otros países.
- Planificar con seriedad. Reducir incluso la capacidad redundante y concentrar la dispersa.
- Aunque la clave de la solvencia financiera de la componente sanitaria del Estado del bienestar radique en lo deseable que sus resultados la hagan a la población contribuyente, las cuentas públicas en momentos de crisis merecen especial atención. De ahí el interés de un libro,⁶ que –en la senda de Ángela Blanco, Rosa Urbanos, Jaume Puig...– identifica de forma útil y rigurosa –con técnicas econométricas de datos de panel– los determinantes, suficientemente desagregados, del gasto sanitario público. Pistas, por tanto, para orientar acciones futuras y base de proyecciones de gasto sanitario público por comunidades autónomas, de las que se sigue la necesidad insoslayable de implantar reformas que estabilicen la relación entre recursos disponibles y gasto.
- Podría seguirse... pero no habrá mejora de la gestión pública sanitaria, ni de la privada, sin fluidificar la actual viscosidad institucional.⁷ Viscosidad definida, y medida, por la falta de competencia en algunos mercados, la falta de calidad de la democracia y la pobre gobernanza.



La viscosidad española condiciona no tanto el qué de las reformas (sanitarias, fiscales, laborales o financieras) sino el cómo de las mismas. Las soluciones sobre el papel están al alcance de cualquier persona informada. Su implantación requiere el abordaje conjunto de todos los “déficits”, no sólo los presupuestarios o los exteriores, también los de legitimidad y transparencia. Será muy difícil mejorar la gestión pública o introducir reformas sanitarias que mejoren de forma apreciable nuestra productividad sin una mejor calidad de la política y de las instituciones que la están condicionando.

En las reformas sanitarias tienen importancia equivalente el qué y el cómo, la racionalidad técnica y la legitimidad social, legitimidad que se acrecienta con un buen gobierno, concepto complejo en el que se incluyen, entre otros, la necesidad de transparencia, la rendición de cuentas, la regulación de los conflictos de interés y la profesionalización de las funciones ejecutivas del sistema.

Las prescripciones para un mejor gobierno del Estado son tan conocidas como ignoradas: embridar la financiación de partidos políticos limitando gastos y controlando las aportaciones privadas; perfeccionamiento de la normativa electoral con listas abiertas y demarcaciones que permitan acercarse al principio de una persona, un voto, e independencia de los medios públicos de comunicación. Esto se facilita con un fomento de la transparencia y el acceso público a las bases de datos de la Administración, salvo que una disposición específica justifique la inconveniencia de este acceso en función de un conjunto tasado de circunstancias.

La preocupación por el buen gobierno ha ido creciendo durante estos últimos años en España, conscientes del estancamiento/deterioro institucional que

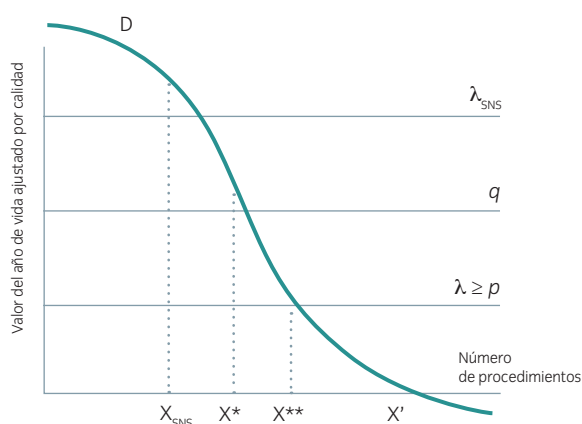
parece amenazar con devolvernos a nuestra posición de retraso secular de la que parecíamos haber emergido durante estas últimas décadas.⁸ ¿Tendremos que peregrinar de nuevo a la calle Huertas de Madrid para recuperar la última sede de la Mesta? Esta preocupación se ha presentado en diversas formulaciones a lo largo de la historia, desde Cicerón⁹ a Joaquín Costa.¹⁰ Hoy también se aborda desde ángulos diversos:

- Los fundamentos políticos del desarrollo económico en sociedades inclusivas (el imprescindible *Why Nations Fail*¹¹), con antecedentes en Vicens Vives, Olson, Diamond, Landes y otros.
- La validable y medible imparcialidad como indicador último de la calidad del gobierno, desarrollada por destacados politólogos suecos.¹²
- El reconocimiento, incluso en medios poco proclives a proclamar la importancia del Estado,¹³ del incontestable éxito de los países nórdicos, capaces de conciliar dos liderazgos mundiales (que teóricamente eran incompatibles): en competitividad y en consolidación del Estado del bienestar, esa irrenunciable conquista de la humanidad.
- El civismo o civilidad del sociólogo Putnam,¹⁴ hoy rebautizado con acierto como *public spiritedness*.¹⁵

Este civismo, altruismo, espíritu social, ya existe. En su versión más extrema son los “castigadores altruistas”.¹⁶ Fósiles vivientes (como cada uno de nosotros), que testimonian cómo la evolución ha requerido en ocasiones de unos individuos más preocupados por el fuero que por el huevo, lo que permitió a los grupos humanos enfrentarse con éxito a los avatares en los que la supervivencia del grupo era para todos o para nadie. Ahora son las reglas de juego de una sociedad, sus instituciones, las que han de diseñarse para que –más allá de la evolución biológica– el civismo tenga recompensa. Tanto la desigualdad creciente en el seno de los países ricos como el calentamiento pueden situarnos ante un avatar en el que se salva todo el mundo o no se salva casi nadie... con la diferencia de que un incendio devastador o una inundación afectaba a los 200 individuos de los grupos humanos... y ahora somos más de 7.000 millones de extraños tratando de cooperar.

La consecución de una sociedad más decente en nuestro Mezzogiorno europeo, mirando al exterior y conscientes del empequeñecimiento de Europa, pasa –en sanidad– por una serie de reformas en las que tiene importancia equivalente el qué y el cómo, la racionalidad técnica y la legitimidad social. Ambas re-

Gráfico 1



Fuente: Chandra, A. y Skinner, J. (2011). NBER working paper 16953.

La valoración de la productividad marginal del gasto sanitario junto con las restricciones de oferta determinan el volumen de gasto sanitario. La curva D representa el valor de la vida multiplicado por la productividad marginal en términos de supervivencia del gasto sanitario. En países cuyo Sistema Nacional de Salud (SNS) establece restricciones significativas de oferta (en λ_{SNS}) la cantidad de servicios sanitarios sería X_{SNS} , por debajo de la cantidad óptima de servicios X^* . La cantidad óptima de servicios sanitarios X^* se encuentra donde la valoración de la productividad marginal del gasto sanitario iguala el coste social unitario q de los servicios. Si el conjunto de restricciones de oferta en un país da lugar a un valor λ menor que q , el país producirá servicios sanitarios en cantidad superior al óptimo. Cada servicio que excede a X^* comporta para el país un coste social superior al valor que aporta a los individuos y, por tanto, es ineficiente. Nótese que λ es al menos tan grande como p , el precio que pagan los usuarios, es decir $\lambda \geq p$, de forma que los beneficios del paciente son al menos tan elevados como el precio que paga por el servicio, una restricción del modelo donde los médicos actúan como agentes de los pacientes. En el extremo, si no hay ninguna restricción que interfiera con la motivación de los médicos de hacer lo máximo posible, la utilización de servicios llegaría a X' donde la probabilidad marginal de supervivencia llega a cero.

quieren de un buen gobierno, concepto complejo que incluye, entre otros, la necesidad de transparencia, la rendición de cuentas, la regulación de los conflictos de interés y la profesionalización de las funciones ejecutivas del sistema. Hasta ahora la crisis se capea con el “estado del bienestar” para jóvenes (la familia), las redes de solidaridad social tanto de financiación pública como voluntarias y con un aumento en el consumo de ansiolíticos y antidepresivos, pero una sociedad enferma necesita, como un enfermo, pronóstico y tratamiento. ■

Referencias

1. Actualización de trabajos previos, especialmente el del Boletín Informativo Economía y Salud, Asociación Economía de la Salud 2013, núm. 76. Disponible en <http://www.aes.es/boletines/news.php?idB=17&idN=1241>
2. CALLEJÓN, M.; ORTÚN, V. La reforma sanitaria. Papeles de Economía Española (2012); núm 133: 128-137.
3. GARCÍA-ARMESTO, S. et al. Desinvestment in the age of cost-cutting sound and fury. Tools for the Spanish National Health System. Health Policy (2013), en prensa. <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.01.007>
4. Central de Resultados del Observatorio del Sistema de Salud de la Generalitat de Catalunya. <http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.ab8fdd1b26b3c4038674c210b0c0e1a0/?vgnextoid=170a722ee7c7e210VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnextchannel=170a722ee7c7e210VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnextfmt=default>
5. CHEN, C. et al. Electronic Health Record: Transforming and streamlining modalities of care. Health Affairs 28, no. 2 (2009): 323–333; 10.1377/hlthaff.28.2.323
6. ABELLÁN, J.M.; HERRERO, C.; SÁNCHEZ, F.I.; MÉNDEZ, I.; MARTÍNEZ, J.E. El sistema sanitario público en España y sus comunidades autónomas: Sostenibilidad y reformas. Madrid: Fundación BBVA e IVIE, 2013.
7. del LLANO, J. A propósito de lo público y lo privado en la asistencia sanitaria. El País, 25 de febrero de 2013.
8. MENEU, R.; ORTÚN, V. Transparencia y buen gobierno en sanidad. También para salir de la crisis. Gaceta Sanitaria 2011; 25(4): 333-338.
9. ZWEIG, S. Momentos estelares de la humanidad. Barcelona: Acanalado, 2003.
10. GARICANO, L. Quiénes deben gobernar después de la catástrofe, por Joaquín Costa. Blog Nada es Gratis, entrada de 22 de febrero de 2013. <http://www.fedeablogs.net/economia/?p=28794>
11. ACEMOGLU, D.; ROBINSON, J. Why Nations Fail: The origins of power, prosperity and poverty. Nueva York: Crown Publishers, 2012.
12. ROTHSTEIN, B.; TEORELL, J. Defining and measuring quality of government. En: Sören Holmberg & Bo Rothstein (eds.): Good Government: The relevance of political science. Cheltenham: Edward Elgar Publisher, 2012, p. 13-39.
13. The next supermodel. Why the world should look at the Nordic countries. The Economist, 2 de febrero de 2013.
14. PUTNAM, R. Civic tradition in Modern Italy. Princeton University Press, 1993.
15. LUCAS, E. Freedom's ragged march. En: Megachange. The world in 2050. The Economist, 2012, p. 126-137.
16. FEHR, E.; GÄCHTER, S. Altruistic punishment in humans. Nature 2002; 415: 137-140.

IV 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 febrer de 2014 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.



DNV INTERNATIONAL ACCREDITATION SCHEME –DIAS–

DNV es la única organización que en un mismo proceso de auditoría puede emitir un Certificado DIAS (acreditado ISQua) ISO9001 (Acreditado ENAC) y UNE 179003.

La metodología DNV de gestión de riesgos robustece la capacidad de las organizaciones sanitarias de prevenir daños por eventos adversos.

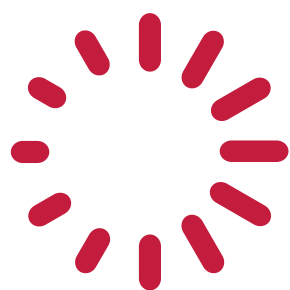
LAS CERTIFICACIONES DNV IMPLICAN BONIFICACIONES EN LAS PRIMAS DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL POR DISMINUIR LA APARICIÓN DE PÉRDIDAS

Nuestras auditorías son específicas del campo sanitario, y realizadas por auditores expertos en gestión de riesgos.
EN DNV enfocamos las auditorías contando con las personas, analizando los procesos, y buscando resultados.

¿Quieres más información?

93 479 26 00

www.dnvba.com/healthcare



HORES
.comunicació



FÒRUM ASSOCIATS COL-LABORADORS



www.uch.cat



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