

REFERENT ^{NÚM.} 15

PAPERS DE LA **FUNDACIÓ UNIÓ**

DESEMBRE 2016



CONTRIBUCIONS PER A LA MILLORA DEL SISTEMA DE SALUT I SOCIAL

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



FÒRUM ASSOCIATS COL-LABORADORS
eh LAUNIO
Associació d'Entitats Sanitàries i Socials



CONTRIBUCIONS PER A LA MILLORA DEL SISTEMA DE SALUT I SOCIAL

- 5 Editorial. Aportacions per a la millora**
Helena Ris · Directora general de La Unió i la Fundació Unió
- 6 Per una nova cultura de la salut**
Salvador Cardús i Ros · Doctor en Ciències Econòmiques i professor titular de Sociologia a la Universitat Autònoma de Barcelona
- 10 The Austrian Health Care System**
Ulrike Schermann-Richter · Head of the department Structural planning & health documentation at the Austrian Ministry of Health and Women's Affairs
- 16 La Unió enforteix l'acció internacional i es consolida com una finestra al món per als associats**
Anna Riera · Directora de Participació Associativa de La Unió
- 22 El lideratge i la participació dels metges a les organitzacions sanitàries. Conclusions del 3r Congrés de la Profesió Mèdica de Catalunya**
Jaume Padrós i Selma · President del Col·legi de Metges de Barcelona
- 26 Prescriure en el marc de la professió infermera**
Núria Cuxart Ainaud · Degana del Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya
- 32 La transposició de la Directiva europea 2014/24/UE: un nuevo marco para la provisión de servicios públicos en el ámbito social y de la salud**
José María Gimeno Feliu · President del Tribunal Administrativo de Contratos Públicos de Aragón i catedràtic de Dret Administratiu de la Universidad de Zaragoza
- 38 La reclassificació d'entitats privades com a Administració pública a efectes del SEC i el seu possible impacte sobre la governança i la gestió**
Ana Belén Macho · Presidenta del Tribunal Econòmic Administratiu de l'Hospitalet de Llobregat
Ester Marco Peñas · Professora de l'Àrea de Dret Financer i Tributari a la Universitat Pompeu Fabra i *visiting scholar* a la Johns Hopkins University
Maria Reventós Gil de Biedma · Consultora de la Secretaria Tècnica d'Anàlisi i Estudis de La Unió
- 50 Benchmarking Unió: una eina de gestió aplicada per a la millora contínua dels serveis**
Joan Maria Ferrer · Director de la Fundació Unió i auditor de la Joint Commission International
Pere Pascal · Consultor d'Assessorament, Consultoria i Serveis a l'Associat de la Fundació Unió
- 56 Repensant el model d'atenció a les persones amb dependència. Anàlisi i propostes de La Unió per a una revisió constructiva del model**
Josep Lluís Roselló Riera · Director general de SARquavitaie i vocal president del Consell d'Atenció a la Dependència de La Unió
- 62 Tractament de l'hepatitis C: resultats i cost**
Maria Queralt Gorgas Torner · Directora del Servei de Farmàcia de l'Hospital Universitari Parc Taulí de Sabadell
Josep Fusté Sugrañes · Director d'Anàlisi Econòmica, Estudis i Prospectiva de la Unió Catalana d'Hospitals
- 70 Amb motiu dels 40 anys de La Unió i dels 20 anys de la Fundació Unió**

REFERENT · DESEMBRE 2016

Consell Assessor

President

Enric Mangas · 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 FEPIIME

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

Manel Jovells · Director general d'Althaia

Joan Profitós · President del Consell d'Administració de l'IAS

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

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

Cristina Aragüés, Xavier Baro, Josep M. Bosch, Joan M. Ferrer, Josep Fusté, Anna Riera · Comitè de Direcció de La Unió

Realització

hores.com

Disseny gràfic

Albert Roca

Fotografies

Shutterstock

Impressió

GR Impressors

DL: B-12.544-2009

Fundació Unió

T. 34 93 209 36 99

F. 34 93 414 71 22

www.fundaciounio.cat

www.uch.cat

@uchcat

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.

VII Edició dels Premis La Unió a la Innovació en Gestió 2017

Una de les línies estratègiques de La Unió 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.

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 2017.

Divulgació

La Fundació Unió publicarà els relats dels casos mereixedors del reconeixement.

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 difondran en els àmbits del coneixement i la gestió aplicada. Es faran tres reconeixements, un per cada àmbit.

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 2017.

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.

Editorial

Aportacions per a la millora

ENGUANY ESTEM D'ANIVERSARI: LA UNIÓ FA 40 ANYS I LA FUNDACIÓ UNIÓ EN FA 20. Per aquest motiu ens ha semblat oportú fer un balanç del passat però també posar el focus en el futur de la mà dels presidents que al llarg de tot aquest temps han ajudat a fer créixer l'entitat i consolidar-la en l'àmbit sanitari, sociosanitari i d'atenció a la dependència com un interlocutor vàlid i de referència. Creiem sincerament que la nostra és una història de coherència i compromís i que la nostra missió es manté inalterable: servir els associats defensant els seus interessos i influint en la millora del model sanitari i social català, en benefici de la societat. El desembre de 2015, a l'Assemblea General, els associats van aprovar el Pla estratègic 2016-2020, que orienta l'acció de futur de l'entitat al voltant de dos eixos: la defensa dels interessos legítims dels associats i el reforç del model sanitari i social català.

En aquesta publicació trobareu elements que van en aquesta línia. Per exemple, s'aborda des del punt de vista sociològic la convivència de la col·laboració públicoprivada, un dels principis sobre els quals es fonamenta el nostre sistema i que actualment està sent qüestionada. A partir d'un informe de La Unió, també s'aborda com repensar el model social català.

En matèria normativa, tractem la transposició de la Directiva europea de contractació (Directiva europea 2014/24/UE) en l'àmbit sanitari i social. També revisem com afecta les entitats la reclassificació d'entitats privades com a Administració pública a efectes de SEC

i el seu possible impacte sobre la governança i la gestió. Així mateix, hem volgut repassar diversos aspectes de la professió com ara la importància del lideratge clínic en el sector sanitari fixant-nos en altres models i revisant què caldria fer per tal d'assimilar-los. També hem fet un seguiment de la prescripció infermera.

Una de les línies estratègiques de La Unió és precisament fixar-nos en altres models i experiències internacionals i mostrar el nostre sistema al món. En aquesta ocasió, hem volgut centrar-nos en un sistema diferent al nostre, el model austríac. També volem destacar les experiències que La Unió i els associats han aprofitat a altres països en el 40è Congrés Mundial d'Hospitals impulsat per la International Hospital Federation.

I aprendre del que fan els altres també és l'objectiu del *benchmarking* que impulsa La Unió: una eina de gestió aplicada per a la millora contínua. En aquestes pàgines, en descobrim els últims resultats.

Esperem que tots aquests articles contribueixin a la reflexió i puguin servir d'inspiració per trobar millores i solucions que contribueixin a mantenir i a fer créixer el nostre sistema.

Helena Ris

Directora general de La Unió i la Fundació Unió

Per una **nova cultura** de la **salut**

SALVADOR CARDÚS I ROS

Salvador Cardús és doctor en Ciències Econòmiques i professor titular de Sociologia a la Universitat Autònoma de Barcelona. Ha estat invitat com a investigador a la Universitat de Cambridge, a la Universitat de Cornell, al Queen Mary College de Londres i ha estat *visiting professor* de la Universitat de Stanford. Ha estat degà de la Facultat de Ciències Polítiques i de Sociologia entre els anys 2009 i 2011.

Ha investigat en sociologia de la religió, dels mitjans de comunicació, de la immigració i de les identitats. Ha publicat, entre molts d'altres, *Plegar de viure* amb Joan Estruch (1981), *Saber el temps* (1985), *El desconcert de l'educació* (2000) i *El camí de la independència* (2010).

En el camp del periodisme va dirigir *Crònica d'Ensenyament* (1987-1988) i va ser subdirector del diari *Avui* (1989-1991). Actualment escriu als diaris *Ara*, *La Vanguardia* i *Diari de Terrassa*.

És membre numerari de l'Institut d'Estudis Catalans, membre del Consell Assessor de la Transició Nacional i del Consell Assessor per a la Reforma Horària del govern de la Generalitat de Catalunya.

HI HA DESAFIAMENTS SOCIALS I POLÍTICS que no són estrictament mèdics però que tenen una gran repercussió en el sistema sanitari. D'una banda, hi ha els canvis demogràfics –per migracions o per envelliment–, o els de mentalitat lligats a nous estils de vida –com els relacionats amb els serveis a la dependència–. Però també són molt rellevants els combats polítics i ideològics, que acaben condicionant el futur del sistema, molt sovint amb debats fets al marge de tota racionalitat i amb un menyspreu total dels fets. Davant d'aquests reptes no n'hi ha prou amb respostes estrictament mèdiques, amb polítiques sanitàries o d'organització de les institucions que els han d'encarar. Calen actuacions a mitjà i llarg termini que contribueixin decisivament a desenvolupar una cultura de la salut al servei de la sostenibilitat d'un bon sistema que en pocs anys pot acabar col·lapsat. L'article proposa tres accions per fer-ho possible: un sistema d'informació independent al servei de la formació de criteris sòlids; la incorporació de la perspectiva del contribuent als debats sobre la prestació de serveis sanitaris, i el desenvolupament de la consciència de la responsabilitat en la pròpia salut com a deure social.

Justificació

El sector sanitari, si vol ser de qualitat, per definició, sempre viurà una situació estressada. És una tensió que no té solució, que li és intrínseca. Si no és perquè la demanda del ciutadà no té límit, ho és perquè el desenvolupament científic i tecnològic, a l'hora que dona grans respostes mèdiques, encara fa créixer més les expectatives de l'usuari. I si no és perquè sempre calen més recursos per treballar millor, les crisis econòmiques o els canvis demogràfics, fatalment, li'n resten. Com més recursos materials i humans hi poses, com més qualitat ofereixes, més creix la demandada, els costos i, paradoxalment, la insatisfacció.

Naturalment, això no és una invitació a la resignació o la impassibilitat. Si ho esmento és per una altra raó: aquesta tensió interna té unes conseqüències negatives en el pla de l'opinió pública, no pas en el dels gestors, que pateixen el problema. De manera que l'accent informatiu sempre s'acaba posant en els aspectes més immediats, més controvertits, més negatius i, exclusivament, en les qüestions internes del sistema i no pas en les contextuals. Dit amb un exemple: si cada vegada que es parla d'una deficiència d'un servei sanitari es fes l'exercici de situar-lo en un context temporal i comparar-lo amb la situació d'aquest mateix servei deu o vint anys enrere, la perspectiva canviaria del tot. I és que hi ha grans desafiaments que són posats pels canvis en el context social general, que no són estrictament mèdics ni empresarials, però que repercuten dramàticament en aquests dos terrenys.

Ho il·lustraré amb una anècdota. En ocasió d'una estada a la Universitat de Stanford vaig tenir l'oportunitat de parlar amb un jove cardiòleg que m'explicava alguns avenços impressionants que estaven fent en recerca en el camp de les cèl·lules mare, i sobretot les grans esperances en els possibles resultats per refer els teixits del cor. Potser condicionat per un marc tan privilegiat com el d'aquella universitat, el meu comentari va ser que el que m'explicava era realment fantàstic, però que la dificultat seria poder generalitzar aquests tractaments a tota la població. I és que els avenços científics cada vegada corren més de pressa del que els podem aplicar al benestar general, tal com també els progressos en els protocols mèdics o els avenços en l'organització empresarial dels serveis sanitaris, per molt que millorin, sempre faran curt.

Hi ha
desafiaments socials
i polítics que no són
estricteament mèdics
però que tenen una
gran repercussió en el
sistema sanitari.

Els desafiaments socials

Sense pretendre dir que són els únics –però sí dels més rellevants–, cal que em refereixi als reptes que posen la demografia i la mentalitat associada a estils de vida actuals i que condicionen la sostenibilitat de l'Estat del benestar en general i del sistema sanitari en particular. I ho faré amb dues paradoxes.

En relació amb el desafiament demogràfic, tenim una molt bona notícia per donar. Cada hora que passa, l'esperança de vida augmenta dotze minuts. En els darrers 115 anys, al nostre país, l'esperança de vida ha crescut cinquanta anys, i ha passat dels 34/36 anys (homes/dones), als 80/86 anys. És a dir, cada any, cinc mesos més. I si parem atenció només al període 2000-2013, en què hem passat dels 79,6 als 83,2 anys de mitjana per als dos sexes –tot i ser un període en què s'ha incorporat al país molta nova població–, l'increment ha estat de 16 minuts per cada hora. I, tanmateix, aquesta extraordinària notícia –conseqüència en molt bona part del sistema mèdic que tenim–, s'ha traduït en l'extensió dramàtica de tota mena de malalties degeneratives causades per l'envelliment general de la població. I només som al principi. És a dir, una magnífica notícia de conseqüències dramàtiques.

La segona paradoxa és una conseqüència directa del que deia al principi: a més atenció i de més qualitat –percebuda així per l'usuari–, més insatisfacció social per l'increment general de les expectatives d'atenció. Això no és produeix només en el cas de la salut. Hi ha estudis rigorosos que mostren aquesta dimensió profunda de la paradoxa: allò que en diuen “pessimisme social” –és a dir, la convicció que tot empitjorarà en el futur– és molt superior als països més rics. Sí: paradoxalment, resulta que els països pobres solen ser socialment més optimistes! Insisteixo en què, afortunadament, estem parlant de percepcions generals, no pas de les de l'usuari concret dels serveis, com mostren les dades que tenim a Catalunya. És una clara expressió d'aquesta paradoxa el fet que en l'Enquesta de Salut de 2015 feta pública aquest 2016, els usuaris valorin l'atenció rebuda amb un 8 sobre 10, mentre que si féssim cas dels debats públics a la premsa sobre el sistema sanitari hauríem d'esperar que li donessin un gran suspens.

El cas particular de l'atenció a la dependència suma de manera prototípica els dos desafiaments alhora. L'envelliment de la població incrementa la demanda de

serveis, cada dia més especialitzats i de més qualitat. A més, els estils de vida –mobilitat familiar, unitats domèstiques més petites i incorporació dels dos membres al treball, increment de la diferència d'edat entre pares i fills...– fan encara més peremptòries i més visibles aquestes necessitats d'atenció a la dependència. I com que cada vegada es reconeix més el valor d'aquesta oferta i es normalitza en les expectatives generals de la societat, el procés de desfamiliarització de l'atenció i la seva institucionalització creix de manera exponencial. A Holanda o Suècia, la proporció de persones amb dependència institucionalitzades majors de 64 anys ja ratlla el 7 per cent i a França són el 6,3 per cent. Per imaginar per on pot anar la demanda en el nostre entorn, només cal saber que a Espanya tot just són un 3,7 per cent, aproximadament la meitat.

Els desafiaments ideològics i polítics

A aquests grans desafiaments contextuals s'hi afegeix la circumstància que, més enllà dels fets, el sistema sanitari és objecte de debats polítics i ideològics que sovint impedeixen que se'n faci un debat racional. O, dit d'una altra manera, el debat en ell mateix ja és el camp de batalla polític. Els fets, les dades, en aquesta societat que els experts en diuen de la “postveritat”, passen a segon pla si no és que són totalment menystinguts. En canvi, se situen a primera línia combats de caràcter populista que apelen a les emocions més primàries amb l'objectiu d'aconseguir adhesions fortes més que no pas compromisos crítics.

En el cas de la salut i altres serveis de caràcter social, a més, el combat se sol fer des d'uns posicionaments moralitzadors que acaben d'enterbolir les idees. La superioritat moral de determinades exigències, al marge de qualsevol responsabilitat sobre la viabilitat real d'allò que és presentat com a “dret inalienable”, acaben fent impossible l'argumentació racional, que exigiria tocar de peus a terra.

I, encara, no em puc estar de fer referència al fet que a Catalunya solem debatre sobre el nostre sistema sanitari i les responsabilitats que hi té el nostre govern sense tenir en compte una dada bàsica: no som un Estat i, per tant, tot queda finalment condicionat per un sistema de finançament absolutament injust. El model que tenim ja és resultat, primer, de l'endarreriment històric i, després, de l'abandonament per part de l'Estat espanyol de les seves responsabilitats. La iniciativa privada, i molt particularment la que no ha tingut finalitat de lucre, ha estat clau a Catalunya per atendre allò que l'Estat ignorava: cooperatives agràries o escolars, ateneus, caixes d'estalvi, mútues...

És cert que dels desavantatges competitius els catalans n'hem acabat fent virtut. Però ara vivim temps confusos en què algunes doctrines polítiques menystenen l'esforç, els resultats i un model llargament admirat des de fora. Per a determinats postulats ideològics, només l'Estat pot garantir correctament els serveis públics, quan no es vol que imposi un model particular de felicitat i tot. I dic que són temps confusos perquè sovint és en els discursos suposadament més avançats, més progressistes, que s'hi desenvolupen les propostes més tradicionalistes en nom de fugir del pecat dels mercats, de la maldat de les multinacionals o de les suposades males urpes de les farmacèutiques.



Un dels casos més clars de manipulació conceptual d'aquests debats és el que sistemàticament qualifica la prestació privada de serveis públics de “privatització” del servei. Tant és que els experts insisteixin a diferenciar una cosa de l'altra fonamentats tant en consideracions jurídiques com econòmiques. Res a fer. Com deia abans, el debat ja és, en si, un camp de batalla i no hi ha espai per a l'acord sense que es vegi com una rendició. De manera que la seva resolució –i disculpin el pessimisme– no arribarà pel debat fonamentat en l'evidència dels fets, sinó que es dirimirà a les urnes i amb les majories parlamentàries i de govern que ens donin.

Suggeriments per afrontar els reptes

Ja he deixat clar al principi que no em referiria al sistema sanitari en si mateix, sinó a elements contextuais, de caràcter social i polític. I, a l'hora de fer alguna proposta per encarar el futur amb una mica més de control de la situació, també les situo en aquest terreny.

En primer lloc crec que caldria emprendre una tasca d'informació a la població general molt més sistemàtica i profunda per tal que conegués millor els fets i estigués en millor disposició per adoptar un punt de vista crític, tant amb el propi sistema sanitari com amb els discursos polítics que en parlen. Es tractaria de tenir un organisme que informés de manera eficaç, continuada, sistemàtica, completa i, sobretot, des d'una independència contrastada. No pot ser que ara mateix estiguem tan mal informats, fins al punt que les opinions generals estiguin tan lluny de les dels usuaris. Ni que es tinguin opinions sotmeses a la propaganda política dels partits o dels governs, a la de col·lectius que usen totes les armes –legítimes i il·legítimes– per defensar les seves posicions o als interessos de les corporacions. Diguem-ne “observatori”, diguem-ne “*think tank*” o una “fundació”, dirigit per persones que hi comprometin el seu prestigi personal. Caldria disposar de fonts constants i contrastades d'informació perquè allò que decideixin els ciutadans a les urnes no sigui per manca de criteri.

En segon lloc, crec que en el cas del sistema sanitari cal que en el debat sobre el seu futur s'hi faci entrar el contribuent. L'interès de la sanitat pública ho és dels usuaris en primer lloc, és clar, però també del contribuent que

ha de poder saber com hi participa pagant aquests serveis. Aquest model actual que desconnecta la responsabilitat del contribuent de les seves demandes de serveis és nefasta i perversa. Convida al populisme d'uns i a la frivolitat dels altres. D'altra banda, les decisions de les administracions públiques no sempre responen a l'interès general, i cal que siguin transparents i que siguin observades amb ulls experts i crítics, principalment per qui les paga. Tampoc no sempre els proveïdors privats actuen amb l'eficiència exigible. De la sanitat no m'atreveria a posar exemples a un lector que segur que n'està més ben informat que jo mateix. Però si estiguéssim parlant de la universitat, de mals usos dels recursos públics, en podria escriure un llibre.

En definitiva, vull dir que allò que podríem dir que configura l'eficiència del sistema sanitari (accés universal més equitat més qualitat) interessa tant a l'usuari que se'n beneficia com al contribuent que el paga. I, sobretot, davant d'una permanent demanda il·limitada de serveis, si el ciutadà se sentís simultàniament usuari i contribuent, segur que això ajudaria a equilibrar les seves expectatives.

En tercer lloc, i finalment, crec que caldria superar la idea de la salut només com a dret i ajudar a desenvolupar una cultura que també la considerés un deure social. No sé si se n'hauria de dir “una nova ètica de la salut”, un terme potser excessivament solemne. Però en el fons es tracta d'això. L'assumpció de la responsabilitat respecte

de la salut pròpia també és fonamental per a la sostenibilitat del nostre sistema de salut general. Els hàbits saludables no tenen només a veure amb la salut de cadascun de nosaltres, sinó amb la dels altres. No és que la meua irresponsabilitat l'acabaran pagant els altres, sinó que estaré impedit que tinguin l'assistència en les millors condicions possibles.

Són tres objectius a mitjà i llarg termini.

El problema és que tot i anar a favor del sistema sanitari, no són de caràcter mèdic. Tenen el risc que finalment ningú no els acabi atenent. Les administracions públiques perquè tenen dificultats a pensar en terminis mitjans i llargs. Les corporacions sanitàries perquè ja van prou atabalades gestionant el curt termini. Però la sostenibilitat del sistema, i més en àmbits com el de la dependència, no es podrà resoldre només amb més recursos, més qualitat del sistema o millor administració. També, com a ciutadans responsables, haurem de canviar la nostra cultura de la salut. ■

L'assumpció de la responsabilitat respecte de la salut pròpia també és fonamental per a la sostenibilitat del nostre sistema de salut.

The Austrian Health Care System

ULRIKE SCHERMANN-RICHTER

Ulrike Schermann-Richter is head of the department Structural planning & health documentation at the Austrian Ministry of Health and Women's Affairs.

IN THE AUSTRIAN PUBLIC HEALTH CARE SYSTEM,

health services are provided by public and private institutions. It is a complex system involving public authorities, the social insurance system, and medical associations. Although it is considered to be very good, as is confirmed by surveys among patients and general population, it is confronted with a range of “home-grown problems” and has some challenges to face. It is heterogenous, lacks cooperation, has parallel structures and suffers from oversupply. It has an excess of acute hospital beds, preventing a proper response to the current healthcare needs of the population, and there is a lack of doctors in some specialties and in some peripheral areas. The patient-care system centres on doctors, with little participation by other healthcare professionals.

An ongoing healthcare reform began in 2013 with three main goals: promoting multiprofessional, interdisciplinary cooperation; developing a new funding model that favours in-hospital and extramural outpatient services; and establishing new nationwide quality standards and guidelines to reduce inefficiencies at the transition points between the different healthcare sectors.

EN EL SISTEMA PÚBLIC DE SALUT D'ÀUSTRIA, els serveis de salut els proveeixen institucions públiques i privades. És un sistema complex que implica les autoritats públiques, el sistema de seguretat social i les associacions mèdiques. Tot i que es considera que és molt bo, com ho confirmen les enquestes entre els pacients i la població en general, s'enfronta a un conjunt de problemes propis i ha de fer front a diversos reptes. És heterogeni i poc cooperatiu, té estructures paral·leles i pateix d'excés d'oferta. L'excés de llits hospitalaris d'aguts dificulta una resposta adequada a les necessitats de salut actuals de la població i hi ha una manca de metges en algunes especialitats i en algunes zones perifèriques. El sistema assistencial se centra en els metges, amb poca participació d'altres professionals de la salut.

Per això, el 2013 es va iniciar una reforma del sistema sanitari amb tres objectius principals: la promoció de la col·laboració interdisciplinària multiprofessional, el desenvolupament d'un nou model de finançament que afavoreixi l'atenció hospitalària i els serveis ambulatoris i l'establiment de normes i directrius de qualitat d'àmbit nacional per reduir les ineficiències en la coordinació entre els diferents sectors de la salut.

Austria is a federally-organised state with nine provinces and a population of around 8.6 million. Its gross domestic product is €39,380 per capita (data from 2015). Safeguarding the health of the population is a **public function** and the health care system is **publicly organised**. The **providers of health services** are to be found in both the public and private sectors. Three-quarters (74.8%) of the health expenditure, totalling around €36 billion, is financed by public funding, and one-quarter (25.2%) comes from private sources. These public sources are composed of social insurance contributions (59%) and tax revenue (41%). In total, health expenditure accounts for 11% of gross domestic product, with the Austrian system thus belonging to the more 'expensive' health care systems in the EU (data from 2014).

Austria has a **social insurance system** based on a solidarity model, whose roots go back to the 19th century; the system covers health insurance, accident insurance, pension insurance and unemployment insurance. The social insurance system is enshrined in law and is self-governing. This means that the state has a right to supervise it, but has passed on the related tasks to those affected, i.e. employees and employers (represented by the social partners).

Social health insurance is a **compulsory insurance system** that covers 99% of the population and ensures equal access to all services for everyone. Of the insured, around three-quarters are in employment and thus obliged to pay contributions, while a quarter (mostly children) are dependants and do not need to pay their own contributions. Social health insurance is financed from the income-related contributions of the insured, which amount to 7.5% of their gross income, whereby half must be paid by the employer and half by the employee. The self-employed (including farmers) are also covered by the social insurance system.

The social health insurance system is a non-profit organisation and pursues an **'income-oriented expenditure policy'**, i.e. it cannot (theoretically) spend more than it receives in the form of contributions. The social insurance system consists of **21 social insurance institutions**, of which 19 are either exclusively social health insurance bodies or also have other tasks. As an umbrella organisation, the Federation of Austrian Social Insurance Institutions has a predominantly coordinating function. Due to the principle of compulsory insurance, the insured cannot choose their own insurance institution, but are automatically assigned to one on the basis of their occupation

and employer and/or place of residence. The insurance institutions are thus unable to carry out **risk selection**.

The social health insurance system organises and finances most of the **outpatient medical care** provided outside hospitals, including medicines and therapeutic aids. This also includes nursing care at home and a part of medical rehabilitation (other segments of the social insurance system are also responsible for rehabilitation, particularly the pension insurance institution). In addition to medical treatment, maternity benefits and pensions are also financed from social insurance contributions.

The health insurance institutions establish **contracts** with health care providers, particularly with doctors in private practice and with rehabilitation centres. This means that the **benefits-in-kind principle** applies to insured persons who take advantage of these services (although in the case of some social insurance institutions, the insured also have to make co-payments). Most contracts are established as a master agreement with the statutory representative body of the doctors

(**medical associations**). Around half of all general practitioners, specialists and dentists in private practice have a contract with the statutory health insurance funds. If treatment is given by a doctor without a health insurance fund contract, the patient can apply for a (small) part of the costs to be reimbursed by the social insurance institution (private doctors system).

In contrast to the extramural care sector, **hospitals** are the responsibility of the provinces. Around half of the costs of ongoing care provided in acute hospitals is jointly financed by the social insurance system. This takes the form of a flat-rate amount; the remainder is paid for from tax revenue from the federal government, the provinces and local authorities. The **overheads** of hospitals are covered by means of a DRG-based financing system, while public funding and/or the owners – depending on the type of hospital – must fund investments and cover any deficits. In acute care, patients have to make a per diem **co-payment** (around EUR 10) for a maximum of 28 days per year.

The **'hospital landscape'** largely consists of acute or short-term stay hospitals (77% of beds), an inpatient rehabilitation sector (16% of beds), which has grown considerably recently, and a relatively small long-term sector (7% of beds, whereby many long-term care facilities are within the social services sector and do not form part of the health care system). Hospitals are all managed by

Social health insurance is a compulsory insurance system that covers 99% of the population and ensures equal access to all services for everyone.



companies governed by private law, which are, however, mostly **publicly owned** (by the provinces or local authorities) and account for 55% of hospitals and 69% of beds. In addition, there are **non-profit** hospitals run by churches or religious orders (15% of hospitals, 17% of beds), as well as a number of **private** hospitals (30% of hospitals, 14% of beds) (data from 2014). All public general hospitals and many specialist hospitals also operate a wide range of **outpatient departments**, which are heavily used by the public and represent another segment of outpatient care that, however, functions largely independently of extramural outpatient health care.

Around 20% of persons insured in the social insurance system also have **additional private health insurance** and are thus entitled to choose their doctors and enjoy better accommodation and catering in both public and private hospitals. Those insured under the social insurance system who have no private health insurance can, however, also use private hospitals if the social insurance system is liable for payment of the services they require anyway.

Organisational peculiarities of the Austrian system

The organisation of the health care system is **complex**. The system is publicly organised, but this organisation involves several levels of politics and **public administration** – the levels of the federal government (the state

overall), the nine provinces, districts, and local authorities. The federalist principle leads to a situation where, in many respects, each province makes its own decisions, takes its own actions and provides its own financing, and does not coordinate this with other provinces. The health care structures at a provincial level are thus heterogeneous. On the other hand, the **social insurance system** as a self-governing entity with 21 sub-organisations has considerable influence and far-reaching decision-making powers as the largest provider of funding in the system. In addition, the **Austrian medical association** (umbrella organisation of the nine provincial medical associations) has been given sovereign tasks under law; i.e., it functions like a state authority in some areas. At the same time, doctors themselves are also service providers, either on a self-employed basis or as private employees.

This historically-grown mix of independently-acting influencing and decision-making structures with different financing systems has led to **individual sectors** – particularly the extramural and intramural fields – developing relatively **independently from each other**. It also means that they were not coordinated and, at least in part, **cooperate too little with each other** to this day. This has led to parallel structures and oversupply as well as to gaps in care structures and inappropriate provision. In addition, structures have developed in an imbalanced way in the past insofar as inpatient care has been accorded a very high degree of importance at the expense of the development of the outpatient sector. To this day, Austria has the **most acute-care beds** of any EU state and the **most inpatient admissions** in hospitals.

With the goal of achieving better coordination between the different sectors of the health care system and its actors, decision-making and financing structures, there have been legally-defined **forms of cooperation** since the end of the 1970s between the major funding providers – the federal government, all of the provinces and the social insurance system, usually with the involvement of the medical association and other stakeholders. Although it was initially mainly about the distribution of funding, over time, an increasing number of issues in this context have been dealt with in a standardised way throughout Austria and decided consensually. These include the following: first, the development and adoption of the DRG-based financing system for all acute hospitals including uniform documentation, which has, in the meantime, been extended to the outpatient sector. Secondly, the nationwide uniform planning of hospital structures and treatment portfolios. This has been developed over time into a strategic framework for the entire health care system (**ÖSG – Austrian Structural Health Plan**) with the goal of pressing ahead with the integration of the different health care sectors. Other joint achievements have included the development of nationwide quality assurance and improvement measures, including a system to measure outcome quality based on routine data (A-IQI), measures for prevention and health promotion, and e-health projects, especially the development of electronic patient records (**ELGA**), which is currently in the introduction phase.

In the past, this cooperation took place under various names, but is now the **Federal Health Agency** (Bundesgesundheitsagentur), which has its own budget, in which the main funding providers act and make decisions as equal partners. The activities of the Federal Health Agency are carried out by the Ministry of Health at the federal government level. Since the start of the health reform, which has been ongoing since 2013, the partners have been cooperating even more closely and have – with a specific and detailed catalogue of targets and measures including regular monitoring of the achievement of the targets (**health targets monitoring**) – set themselves a higher tempo to solve the urgent problems of the Austrian system.

Since the start of the health reform, which has been ongoing since 2013, the partners of the Federal Health Agency have been cooperating even more closely and have set themselves a higher tempo to solve the urgent problems of the Austrian system.

Current challenges and measures

The Austrian health care system is considered to be very good, as is regularly confirmed by surveys among patients and the general population. The challenges involved in maintaining the system in its entirety and at the same high level of quality are, however, wide-ranging and exist at various levels.

On the one hand, these are the **challenges** that **all health care systems** are faced with to a greater or lesser extent: demographic trends, the increase in chronic illnesses, medical progress, the increasing demands of the public, the precarious situation of public budgets, social and economic trends in the direction of a two-tier health care system, and other additional factors.

But the Austrian system is confronted with a range of **'home-grown problems'** which largely result from historical developments and traditional structures. Some of these will be referred to below, and their **solution** is a particular focus of the current **health care reform**:

- In terms of quantity, Austria has almost the highest density of doctors in relation to the size of the population in the EU, but there are nevertheless **structural deficits**. There is a **lack of doctors** in some specialist fields (e.g. child and youth psychiatry). In addition, posts for doctors with health insurance fund contracts and vacant jobs in hospitals cannot always be filled, especially in peripheral regions. At the same time, the number of private specialists is increasing, particularly in urban areas. In other words, doctors are increasingly working outside or on the margins of the public health care system.
- In Austria, many **services** are traditionally provided by doctors, whereas in other countries, these services have long since been exercised by **other health care professions**. In the extramural sector, most **doctors work alone in their practice**, which can lead to them suffering from a shortage of time and/or patients having long waits. In addition, many patients are referred to other specialists or facilities, which for patients, can mean time-consuming extra travel.



Within the context of the health care reform, models are being drawn up for greater **multi-professional and interdisciplinary cooperation** between doctors as well as between doctors and other health professions. This is intended to make the working environment in the public health care system more attractive and to provide a better work-life balance for health care providers. Patients are to be offered longer opening hours and more services provided under one roof (one-stop shop), and better coordination of different areas of treatment is to be ensured.

- The **high density of hospitals** and the excessive numbers of hospital beds can only be adapted to contemporary requirements over a longer period of time. Many hospitals are **publicly owned**, so **closures** of hospitals or even just individual departments can become political footballs and thus very difficult to implement. What is more, all of the provinces have so-called **location guarantees**, according to which all of the existing hospital locations must be retained.
- Despite 30 years of continuous efforts to reduce the number of acute beds, their number in Austria is still very high compared to other countries, and many **services** are provided on an **inpatient** basis which

The Austrian system is confronted with a range of 'home-grown problems' which largely result from historical developments and traditional structures.

could just as well be offered as an **outpatient service**. The location guarantees are increasingly leading to **mergers of hospitals**, so that hospitals are being created that have several locations, can better coordinate their ranges of services, and can eliminate unnecessary duplication. However, due to their complicated organisational structures and the distances between the individual locations, the **potential for greater efficiency** cannot always be fully exploited.

As part of the health reform, a **financing model** was recently drawn up which is designed to make it possible to provide services that were previously provided on an inpatient basis but that do not require inpatient structures as **outpatient services within hospitals** in future. In addition, **primary care outside hospitals** is to be considerably strengthened in the form of the above-mentioned multi-professional and interdisciplinary health care models (the relevant legislation is due to be passed in the very near future). This will reduce the burden on hospitals and their outpatient clinics.

- The various different competences and financing systems for the different sectors of the health care system inevitably lead to **inefficiencies** (e.g., loss of time and information as well as multiple or erroneous/wrong examinations) **at the transition points between the sec-**

tors – between the segments of the outpatient sector as well as from the outpatient sector to the inpatient sector, when patients are discharged from the inpatient sector and go home or on rehabilitation, from the medical sector into the care sector, etc.

As part of the health reform, nationwide uniform **quality standards and guidelines** have been and are being drawn up, especially for cross-sector processes: e.g., for admission and discharge management, for preoperative diagnosis, and for the care of geriatric and palliative patients. In addition, programmes are increasingly being developed for the integrated treatment of individual groups of diseases (e.g., strokes, heart failure) and disease management programmes (e.g., for diabetes).

- The **cooperation between decision-makers and funding providers** described above and the requirement to come to consensual solutions and decisions is probably a guarantee for broad acceptance, but is also a **cumbersome** apparatus with countless meetings, negotiations and many detours, so that new developments usually require many years until they are realised. However, a greater confluence between the fragmented structures of responsibility and financing is not up for discussion.

The Austrian health care system's **main task** is therefore solving **organisational problems**. Some changes will be no less than a **paradigm shift** and will thus require at least **the passage of a generation** in order for them to become palpable for patients. Strengthening outpatient health care, the promotion of multi-professional and interdisciplinary cooperation, and organisational improvements at the interfaces between the care sectors are, however – alongside the intensification of health promotion and health literacy – important indicative objectives of the health reform so that it continues to be possible to finance the public health care system and ensure free access to all necessary services. ■

La Unió enforteix l'acció internacional i es consolida com una finestra al món per als associats

ANNA RIERA

Anna Riera és directora de Participació Associativa de La Unió. És llicenciada en Medicina, en l'especialitat de Medicina Interna, per la Universitat Autònoma de Barcelona, MBA per ESADE Business and Law School and Georgetown University en l'àmbit de la Direcció d'Organitzacions Sanitàries, Executive Master in Public Administration, també per ESADE Business and Law School. Actualment és membre del Global Health Leadership Forum de la University of California Berkeley School of Public Health en partenariat amb la Universitat Pompeu Fabra i el CRES.

LA UNIÓ COM A ORGANITZACIÓ I ALGUNS DELS SEUS ASSOCIATS

han participat un any més al Congrés Mundial d'Hospitals, organitzat per la International Hospital Federation (IHF), de la qual La Unió és membre de ple dret des de 2014. En la seva 40a edició, el Congrés –que es remunta al 1929– ha reunit 900 professionals de tot el món. Es tracta de l'únic fòrum mundial que facilita l'intercanvi de coneixements multidisciplinaris, expertesa i experiència en la gestió del sector de la salut i la prestació de serveis. Cal tenir en compte que, encara que el nom del congrés faci referència a hospitals, engloba els sistemes sanitaris i els proveïdors de serveis de salut d'arreu del món. El 40è Congrés, celebrat enguany a Durban de l'1 al 3 de novembre, s'ha centrat en com afrontar el repte de l'atenció centrada en el pacient i la seguretat.

La participació de La Unió i dels associats al **Congrés Mundial d'Hospitals** es va focalitzar en com el nostre sistema manté la qualitat i l'efectivitat de l'atenció dels serveis sanitaris i socials malgrat la constricció econòmica, i va mostrar al món la bona salut del nostre model. Les ponències i comunicacions de les entitats participants i membres de La Unió, que van explicar les experiències en el context de Catalunya, van generar força debat i interès entre els assistents a les sessions. Alguns dels comentaris per part dels assistents van valorar especialment el fet que estiguessin basades en casos reals i es poguessin mesurar amb resultats.

L'acció internacional de La Unió s'emmarca en la línia 3 del Pla estratègic 2016-2020, que es concreta en potenciar les aliances i reforçar la dimensió internacional de l'organització. En el pla d'actuació es destaca la necessitat d'afavorir l'intercanvi d'experiències. Aquest treball ha de permetre, d'una banda, adquirir nova expertesa tècnica i difondre el coneixement del nostre model i, d'altra banda, ha de facilitar la utilització de dades comparatives i estimular el paper de La Unió.

Participació activa de La Unió al 40è Congrés Mundial d'Hospitals

Per segona vegada, La Unió va rebre l'encàrrec de la IHF d'organitzar una de les sessions paral·leles del Congrés per explicar experiències i reptes dels serveis sanitaris a Catalunya. La sessió es va celebrar el dia 1 de novembre sota el títol "Transforming organization's structures to improve health outcomes during a period of financial constrain", i hi van participar Anna Riera, directora de Participació Associativa de La Unió, Josep Fusté, director



d'Anàlisi Econòmica, Estudis i Prospectiva de La Unió, Rosa Asbert, directora mèdica de l'Hospital Universitari Mútua Terrassa, en nom de la Fundació Unió, i Ignasi Carrasco, director assistencial d'Althaia, Xarxa Assistencial Universitària de Manresa. En la sessió es va abordar l'esforç d'adaptació del sistema sanitari català a l'entorn de crisi econòmica, amb una valoració de l'impacte de les mesures adoptades i exemples d'iniciatives innovadores desplegades, com el projecte de *benchmarking* de La Unió, una experiència d'aprenentatge i d'identificació de les millors pràctiques per millorar, o la coresponsabilització dels clínics a través de contractes de gestió implantats a Althaia.

La Unió també va ser convidada a participar en una sessió específica del Grup d'Espècial Interès de la IHF sobre professionalització de la gestió sanitària. Aquesta línia de treball és estratègica per a la IHF, que vol promoure la professionalització de la gestió com un instrument clau per garantir la qualitat de la prestació dels serveis i, en darrer terme, els millors resultats en termes de salut. Així, el dia 2 de novembre, Anna Riera va participar a la *special session* "IHF Healthcare Management Sig: A Global need for the professionalization of Healthcare Management", per tal de compartir els treballs fets des de Catalunya per promoure el desenvolupament de les competències bàsiques dels gestors sanitaris a través de la promoció de la formació sobre la base del document marc de criteris bàsics a tenir en compte. Aquesta sessió va ser moderada per Deborah J. Bowen, presidenta i CEO de l'American College of Healthcare Executives, que lidera el grup. També hi van participar Neale Fong, president de WA Branch, Australasian College of Health Services and Management, i Robert Hernandez, *Distinguished Service Professor* i director de la University of Alabama at Birmingham (Estats Units).

El mateix dia, Marta Barahona, directora de gestió de clients de l'Hospital Plató, va participar a la sessió del



CEO Circle, on va presentar “Performance excellence techniques to improve outcomes”. També hi van participar Rulon Stacey, *managing director*, com a moderador i Jim Hinton, president i CEO del Presbyterian Healthcare Services (Estats Units), Niek Klazinga, *head of health care quality indicators* de l'OCDE, i Ian Brownwood, administrador de l'OCDE.

Els associats a La Unió que van presentar comunicacions van ser:

- **Hospital Plató**

- Game Theory: participation, motivation and involvement of professionals (comunicació oral), Marta Barahona, coordinadora de gestió de clients.
- Development and implementation of a model assessment of professional competence (comunicació oral), Enric Segura, coordinador de la Unitat de Desenvolupament dels Professionals.
- Placing value on customer service (comunicació oral), Marta Barahona.



- **Mútua Terrassa**

- Knowledge Management Strategy in a global health organization (comunicació oral), Maria Emília Gil, adjunta a la Direcció General.
- Successfully implementation of a programme to reduce allogenic blood transfusion in total knee arthroplasty (pòster), Rosa Asbert, directora mèdica.



- **Hospital de la Cerdanya**

- The challenges of managing the first cross-border hospital in Europe: two healthcare models under one roof (comunicació oral), Josefina Sánchez, cap de planificació.



- **Hospital Sant Joan de Déu**

- PRINCEP program: clinical program for specialized and integrated care of pediatric patients with complex chronic conditions (pòster). Aquesta comunicació la va presentar Anna Riera en nom de l'hospital.

- **Grup SAGESSA**

- Challenges and achievements in integrated care. Primary care empowerment in achieving efficient

integración: Hospital Lleuger de Cambrils (“light” hospital) experience. Aquesta comunicació la va presentar Anna Riera en nom del Grup.

A banda de la participació en el Congrés, el 2 de novembre la directora general de La Unió, Helena Ris, va participar en representació de l'entitat a l'**Assemblea d'Associats de la IHF**. En aquest marc es va presentar la memòria que fa referència a l'activitat feta conjuntament amb La Unió i que, específicament, es recull al Pla estratègic 2016-2020.

El pròxim any, la IHF celebrarà el 41è Congrés a Taipei, del 5 al 9 de novembre, i des de La Unió també impulsarem la presència i participació de les entitats associades, que són un exponent de la qualitat del sistema sanitari català.

Des de La Unió, continuarem afavorint aquesta línia estratègica de treball que pensem que ha d'orientar l'acció corporativa i també és rellevant per als associats. Tenim un exemple recent de com els associats exporten el model de sanitat catalana al món: arran de la participació de l'Hospital de la Cerdanya al Congrés de Durban, la regió italiana d'Udine, que comparteix zona fronterera amb Eslovènia, s'ha mostrat interessada a aprendre d'aquest model.



Antecedents en la participació al 39è Congrés d'Hospitals de 2015

La Unió i els associats també van estar presents al 39è Congrés Mundial d'Hospitals, que en aquest cas es va celebrar a Chicago. La Unió va fer una sessió paral·lela sobre la promoció de la innovació dels hospitals en un sistema públic de salut. Es van donar a conèixer quatre iniciatives: el concepte d'hospital líquid (Hospital Sant Joan de Déu); una eina per a la presa de decisions d'inversió en tecnologia en l'àmbit hospitalari (Corporació Sanitària Clínica i Hospital General del Parc Sanitari Sant Joan de Déu);

un projecte de servei de cirurgia toràcica multihospital (Mútua Terrassa), i una estratègia per fomentar i identificar la innovació a partir de la demanda de projectes de professionals i pacients (Corporació Sanitària Parc Taulí).

La Mútua Terrassa, el Consorci Sanitari de l'Anoia, l'Hospital Plató i l'Hospital Sant Joan de Déu també van fer comunicacions i van presentar pòsters en el Congrés. Mútua Terrassa va guanyar un premi pel projecte “Fundació Integralia Vallès: Paradigm of Professional Integration for Disabled People”, en la categoria de Responsabilitat Social Corporativa dels International Excellence Awards lliurats al Congrés.

Altres accions de 2016 en l'àmbit internacional

- **Gal·les i Catalunya, connectats per la salut 2016.** El 18 de febrer de 2016 va tenir lloc una jornada organitzada per l'Equip de Comerç i Inversions del Regne Unit (UKTI), el Servei Nacional de Salut, el Govern de Gal·les i Biocat, en la qual es van presentar les potencialitats d'ambdues regions. El *workshop* va aplegar empreses i entitats de la BioRegió de Catalunya interessades a entrar al mercat gal·lès. En el marc d'aquest acte, la delegació gal·lesa, encapçalada per Alan Brace, director financer d'Aneurin Bevan NHS Trust i director de la Junta de Salut de l'NHS de Gal·les, i Charlie Hughes, gerent de desenvolupament del *hub* de ciències de la vida de Gal·les, van mantenir una reunió de treball amb una delegació de La Unió, formada per: Anna Riera; Josep Fusté, director d'Anàlisi i Prospectiva Econòmica de La Unió; Xavier Mate, director general de Quirónsalud; Lluís Blanch, director de Recerca i Innovació al Consorci Sanitari Parc Taulí; M. Emília Gil, adjunta a la direcció de Mútua Terrassa; M. Luisa de la Puente, cap de la Unitat de Qualitat i Seguretat al Parc Sanitari Sant Joan de Déu; Albert Recolons, gerent del Centre d'Accidents i Rehabilitació Funcional Gramenet, i Frank Domenech, CEO de CDDROME. També hi va assistir Ramon Maspons, *chief innovation officer* de l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS).
- **Geneva Health Forum 2016.** El 21 d'abril de 2016 Anna Riera i Shu-Ti Chiou, directora general de l'Administració de Promoció de la Salut de Taiwan, van copresidir la sessió “Strengthening Partnerships between Public Health & Health Care. Best practice examples from IHF on Partnership between Public Health and Health Care”. A l'acte es van donar a conèixer exemples d'innovació

als sistemes de salut per afrontar la promoció de la salut, l'envelliment actiu i el respecte mediambiental. A la sessió també van intervenir Ana Leetz, directora executiva de Health Care Without Harm Europe, i Ming Chia Hsieh, vicesuperintendent del Yuanlin Christian Hospital.

- En representació de la IHF, La Unió va participar a la **Final consultation of the European Framework for Action on Integrated Health Services Delivery**, que va tenir lloc a l'oficina europea de l'Organització Mundial de la Salut a Copenhagen, els dies 2 i 3 de maig de 2016. A la sessió, Anna Riera va parlar sobre hospitals i atenció integrada, en el marc d'una taula amb diversos experts que van abordar aspectes relatius a la transformació en la provisió de serveis de salut.
- **New York Hospital Executive Study Tour.** Anna Riera va participar, juntament amb una representació de l'Hospital Clínic, en aquest *study tour*, organitzat per la secció d'educació de la IHF, en col·laboració amb el Health Investment & Financing, de Nova York. Aquesta iniciativa estava oberta a la participació de tots els associats que hi estiguessin interessats. La visita va tenir lloc del 27 de juny a l'1 de juliol de 2016, i va donar als participants l'oportunitat d'aprendre a partir dels reptes i solucions implantats al sector hospitalari dels Estats Units, que poden ser d'aplicació en la transformació de l'atenció sanitària del segle XXI.
- **Visita del Grup Jolimont a La Unió.** El 23 de novembre La Unió va acollir la visita d'una delegació d'aquest grup amb l'objectiu de compartir el model català i el model belga. El Grup Jolimont està format per més de 5.500 professionals i opera en diversos àmbits com l'atenció hospitalària, la salut mental, la salut infantil o la gent gran. Durant la sessió es van compartir les experiències d'Althaia, la Xarxa Santa Tecla i Mútua Terrassa.



L'activitat internacional de 2014 i 2015

- **La Unió acull la Junta Directiva de la International Hospital Federation el 22 d'abril de 2014.** Joan M. Ferrer, director d'Assessorament, Consultoria i Serveis a l'Associat de La Unió va fer una presentació de La Unió amb el suport del secretari i el vicesecretari de la Junta Directiva, Xavier Mate i Jaume Duran.

Durant la visita de la IHF a La Unió, Kwang Tae Kim, president de la IHF, i Manel Jovells, president de La Unió, van destacar la necessitat d'enfortir els lligams entre les entitats, ja que comparteixen objectius comuns com el treball en favor de la sostenibilitat del sistema sanitari en benefici dels ciutadans.

D'altra banda, des de La Unió es va organitzar una trobada amb mitjans de comunicació catalans el mateix dia 22, en la qual els directius de la IHF van donar a conèixer l'entitat. En aquesta trobada, Eric de Roodenbeke, Kwang Tae Kim (president), Thomas C. Dolan (expresident) i Erik K. Normann (president internacional), acompanyats de Manel Jovells i Helena Ris, president i directora general de La Unió, van presentar la tasca desenvolupada des de la IHF en matèria de compres, executius de la salut, universitats i abordatge de la cronicitat com a repte d'àmbit internacional.

- **Intervenció a la 22nd International Conference on Health Promoting Hospitals and Health Services 2014.** Anna Riera va intervenir a la taula de debat sobre institucionalització de les polítiques de promoció de la salut, que es va celebrar el 24 d'abril de 2014. L'acte, que portava per títol "Change hospital & health services culture to better promote health", es va centrar en la necessitat de reformar i desenvolupar les organitzacions per promocionar la cultura de la cura de la salut.
- **5a Conferència del Fòrum Europeu d'Atenció Primària 2014.** Cal fomentar la integració dels serveis de salut per millorar el treball conjunt entre proveïdors i aconseguir oferir una millor atenció als pacients. Aquesta va ser una de les conclusions exposades per Anna Riera en un *workshop* organitzat en el marc de la 5a Conferència del Fòrum Europeu d'Atenció Primària, celebrat el 2 de setembre de 2014 a Barcelona. Amb aquest *workshop* es pretenia posar de manifest que dins d'un mateix sistema de salut hi ha diferents maneres d'assolir els mateixos resultats i que s'ha d'actuar d'una manera o d'una altra en funció de l'entorn i de les eines de les quals es disposi.

- Participació de Josep Fusté –en representació de La Unió– a la conferència “**Transforming Purchaser-Supplier cooperation to improve healthcare efficiency: a global challenge 2014**”, els dies 4 i 5 de novembre de 2014. Aprofitant l'esdeveniment es va reunir el grup d'especial interès de la IHF sobre compres (Group Purchasing Organisations), al qual es va incorporar La Unió. Van assistir-hi representants d'organitzacions de França, Regne Unit, Suïssa, Luxemburg, Israel, Austràlia i Singapur. Els temes de treball establerts per al 2015 van ser l'estandardització de la informació i la innovació en la relació amb els proveïdors i el desenvolupament de noves solucions.
- **Participació (amb la IHF) a la Méditerranée Hospital Expo 2014**, celebrada a Marsella (França) els dies 3 i 4 de desembre de 2014. Jaume Duran, vicesecretari de la Junta Directiva de La Unió, va explicar com funciona i quina és l'organització del model català de salut i del Pla de salut de Catalunya.
- **Intercanvi entre La Unió i la GESPAG 2015**. El 15 de juliol de 2015, La Unió va acollir la visita de la GESPAG, associació de directius d'Upper Austria, que aglutina vuit hospitals, que representen el 44% del seu territori i que ocupen al voltant de 9.000 professionals. L'objectiu de la visita era mantenir un intercanvi sobre els models sanitaris dels dos països i donar a conèixer les associacions empresarials.
- **Conferència d'Eric de Roodenbeke**, CEO de la IHF, a la VI Jornada Associativa de La Unió 2015, que va tenir lloc el 3 de desembre de 2015. La conferència va girar al voltant de l'estratègia de negoci de la IHF per als anys 2015-2018 i d'algunes de les similituds i diferències amb La Unió. Totes dues entitats coincideixen en el fet que són organitzacions de membres, i també perquè els associats d'ambdues són de tipologia molt diversa. En aquest sentit, Roodenbeke va apuntar que cada un dels membres de la IHF és com un accionista i, per tant, l'organització ha d'anar cap a on els seus membres vulguin. ■



El lideratge i la participació dels metges a les organitzacions sanitàries

Conclusions del 3r Congrés de la Professi6 Mèdica de Catalunya

JAUME PADR6S I SELMA

Jaume Padr6s i Selma (Barcelona, 1959) és llicenciat en Medicina i Cirurgia (Universitat de Barcelona) i especialista en Medicina Familiar i Comunitària i en Medicina del Treball. És doctor en Medicina i màster en Gerontologia Clínica per la Universitat Autònoma de Barcelona. Actualment, exerceix com a consultor en gerontologia clínica a Mutuam. És també responsable de salut laboral del F.C. Barcelona. Des de 2014 és el president del Col·legi de Metges de Barcelona (COMB), corporaci6 de la qual també va ser vicepresident (2010-2014) i secretari (1994-2010).

ELS METGES CATALANS tot just acabem de celebrar el 3r Congrés de la Professi6 Mèdica de Catalunya, una trobada hist6rica per al col·lectiu que va culminar amb l'aprovaci6 de la Declaraci6 de Girona, el document on els professionals renovem el nostre compromís amb la ciutadania i amb el país i definim com ha de ser el metge que necessiten les persones i que demana la societat de principi del segle XXI. La Declaraci6 concentra en deu missatges aquest compromís amb les persones, amb els valors del professionalisme, amb el treball en equip, amb la qualitat, amb la formaci6 i l'excel·lència, amb la responsabilitat... Compromisos que formen part del contracte tàcit amb la societat a la qual pertanyem i servim i que assoliran més fortalesa si tenim la complicitat i el suport dels ciutadans, amb la col·laboraci6 de les administracions i, sobretot, amb la implicaci6 i la voluntat de lideratge dels mateixos professionals.



La celebració del Congrés a Girona va ser la cara més visible i solemne de tot un procés previ de treball intensíssim i obert als més de 41.000 metges col·legiats catalans, de reflexió i debat al voltant de quatre eixos temàtics (Lideratge i participació; Noves realitats, nou professionalisme; La formació del metge del futur. Instruments de garantia, i Actualització del Codi de Deontologia). El resultat d'aquest treball, en el qual han participat de manera activa prop de 1.500 professionals, ha quedat recollit en quatre ponències que van ser consensuades i, finalment, votades i aprovades pels metges que van assistir com a delegats al Congrés.

Cadascuna d'aquestes quatre ponències es complementa amb les restants. És a dir, que cap d'elles per si sola tindria sentit sense les altres, atès que els professionals, com a col·lectiu, no tan sols hem volgut definir com ha de ser el metge d'un futur que ja és aquí, sinó reflexionar també sobre quin paper ha de tenir en les organitzacions sanitàries, quina formació ha de rebre i com haurà de fer front als nous dilemes ètics que se li plantegin. I tot això, tenint ben presents dos principis fonamentals i irrenunciables. El primer, refermar que les persones, més que mai, són i han de ser el centre de la nostra activitat i atenció. I el segon, que qualsevol futur és impensable sense apostar pel treball en equip entre professionals sanitaris i dels àmbits social i comunitari.

Aquest article té l'objectiu de posar èmfasi en la importància del lideratge clínic, un dels eixos principals de debat del Congrés, i a partir del qual es va elaborar la ponència "Lideratge i participació". En la redacció final hi van participar 22 metges, organitzats en grups de treball que van coordinar els doctors Elvira Bisbe, Jordi Fàbrega, Anna Carreres, Lluís Esteve i Àngels Escorsell. Els participants van treballar la ponència analitzant d'on venim (a partir del document sobre lideratge professional que el Consell de la Professió va elaborar l'any 2008); quins són els avantatges que comportaria avançar en el lideratge i la participació; què volem els metges (propostes concretes), i quina estratègia proposem per aconseguir-ho. El que resta d'aquest article és un resum de l'esmentada ponència.

Antecedents

El document del Consell de la Professió (COP) de 2008 ja posava de manifest que els professionals no participen de manera prou activa als òrgans de decisió dels centres i del sistema, tot i reconèixer que la seva implicació és indispensable per a la millora d'un sistema sanitari universal i equitatiu. La majoria de les propostes que es van

formular aleshores –amb relació a mecanismes de participació directa, de representació, del paper dels òrgans consultius i de la participació en els òrgans de govern– no s'han arribat a dur a la pràctica. A la percepció que els professionals ja tenien llavors de manca d'autonomia per gestionar el propi treball i de reconeixement, s'ha afegit, a més, el desgast fruit de l'enorme esforç d'aquests darrers anys de crisi per mantenir la qualitat, a canvi d'un increment de càrregues de treball i d'una reducció molt important de salaris.

Les raons de la manca d'implementació de les propostes del COP ja van ser recollides en un document posterior: les direccions dels centres no van facilitar-ho prou i els professionals, segurament, tampoc no vam assumir el nou paradigma i el risc del canvi ni ens vam formar prou per al lideratge. La inèrcia i les reticències han anat fent la resta.

Avantatges de millorar el lideratge professional

Els metges som els professionals que millor identifiquem les necessitats en salut, les convertim en demanda i, en el marc del treball en equip, les atenem. Per tant, som l'eix fonamental de l'assistència sanitària i els responsables, en gran mesura, dels resultats clínics i de la despesa. Arran de la crisi, s'ha demostrat que els metges som competents en la gestió de processos rellevants relacionats amb la planificació estratègica, el disseny de sistemes d'informació i la millora de la qualitat. De fet, els centres on el col·lectiu mèdic ha col·laborat en l'aplicació de mesures d'eficiència són els que han obtingut millors resultats els darrers anys.

El coneixement dels processos sanitaris per part dels metges és fonamental, sobretot tenint en compte la tensió actual entre la sanitat entesa com a bé social i com a font de despeses/estalvis. Si volem millorar el nostre sistema sanitari, la implicació dels professionals en el lideratge dels dispositius assistencials ha de ser més gran. La combinació de tasques assistencials i administratives permet al metge obtenir una imatge real dels problemes a resoldre, ja que com a administrador és capaç de veure el problema global, i com a metge percep l'impacte de les seves iniciatives en el pacient.

D'altra banda, la nova organització sanitària, amb descentralització de les decisions cap a programes clínics i/o unitats clíniques estratègiques, requereix la implicació dels professionals sanitaris en les tasques de gestió. Els

metges s'han de sentir responsables de les seves organitzacions sanitàries alhora que vetllen per l'interès dels seus pacients. La gestió clínica ha de buscar l'excel·lència a través de la reducció de la variabilitat de la pràctica clínica i la incorporació del cost com un element més d'aquesta pràctica.

La participació dels professionals en tasques d'organització i decisió implica un gran esforç per al col·lectiu, ja que cal afegir capacitats de gestió i direcció a les ja existents d'assistència, docència i recerca. Per tal d'augmentar la implicació dels metges, cal donar-los oportunitats de participar en el disseny i organització dels centres, entrenar-los i fer visible la participació i els resultats (*feedback* positiu). És així com aconseguirem potenciar la seva motivació i convertir-la en implicació i compromís.

Propostes per avançar en el lideratge i la participació

El sistema sanitari es troba immers en una profunda transformació. El progrés vertiginós dels coneixements disponibles, el progressiu envelliment de la població, l'aparició de noves malalties, la tecnificació de l'atenció i el greu compromís entre qualitat assistencial i sostenibilitat posen en situació de risc el sistema. Per respondre als reptes de futur cal un canvi de model. La via més segura per garantir el futur del sistema és donar protagonisme a aquells que el coneixen i el viuen cada dia, que són els professionals, per tal que puguin dirigir aquesta transformació.

Noves fórmules d'organització assistencial: un sistema que vulgui ser eficient i participatiu ha d'evolucionar en les formes d'organització assistencial. Són necessàries unitats que permetin l'agrupació de recursos multidisciplinaris per tal de donar l'atenció necessària centrada en el pacient i fomentar el contínuum assistencial. Cal defugir la visió burocràtica i atorgar a aquestes unitats assistencials capacitat de gestió pròpia.

Avançar en el model d'autonomia de gestió: els professionals han de tenir capacitat de gestionar i organitzar la seva pròpia feina. La millor i més efectiva manera de poder exigir el rendiment de comptes als professionals sanitaris és atorgar-los de forma prèvia la capacitat d'organitzar el seu entorn de treball. Òbviament, aquesta

autonomia ha de respondre a criteris de responsabilitat professional i ètica, amb criteris d'equitat i sostenibilitat.

Capacitat d'adaptació i d'innovació: cal evolucionar cap a models organitzatius més flexibles que permetin l'adaptació a les necessitats assistencials: afavorir la innovació organitzativa assistencial i fomentar la creació de dispositius assistencials supraservei de base territorial. L'organització en serveis mèdics, departaments, o fins i tot la separació entre nivells assistencials, fomenta una visió fraccionada del malalt, condemna a l'immobilisme i desincentiva la iniciativa dels professionals. Cal crear aliances entre els proveïdors del territori, de manera que es permeti oferir les mateixes oportunitats als professionals que les integren i, més important, cal homogeneïtzar la cartera de serveis assistencials per als ciutadans que viuen al mateix territori, tot evitant duplicitats de dispositius i millorant la gestió de recursos. A més, caldrà crear aliances supraterritorials en determinades àrees de terciarisme (guàrdies corporatives o centres de superespecialització).

Professionals motivats i ben formats: el canvi del sistema sanitari cap a un protagonisme professional més important és un canvi cultural i de mentalitat. No es pot aplicar de la nit al dia. I, per tant, hauria de ser un objectiu compartit entre la professió, els gestors i els responsables polítics. Cal orientar els nostres metges i infermeres cap a un model participatiu, implicar-los en la gestió de la seva tasca assistencial i en el bon govern de les organitzacions. Per això cal difondre la cultura de la gestió clínica des de la formació de grau fins al desenvolupament professional dels metges i facilitar així als professionals eines i formació per fer possible aquesta evolució que permeti la seva coresponsabilització en la presa de decisions. En definitiva, es tracta d'aprofitar el professionalisme com a eina de canvi i millora. Un canvi cultural que cal emprendre de manera decidida, empenyent des de baix i amb la complicitat de tothom.

Participació en els òrgans de govern de les institucions: només es pot demanar implicació als professionals en la presa de decisions si se'ls té en compte a l'hora de gestionar les organitzacions. Un model que no els doni veu ni influència en la gestió de l'organització no aconseguirà fer-los coresponsables de les decisions que s'hi prenguin. Per això cal tenir un líder mèdic escollit a la governança del centre. Cal potenciar les funcions de la junta clínica, fent-la més participativa en el projecte assistencial del centre, i no limitar-la a la funció assessora

Per tal d'augmentar la implicació dels metges, cal donar-los oportunitats de participar en el disseny i organització dels centres, entrenar-los i fer visible la participació i els resultats.

i informativa actual. Proposem també una nova composició de les juntes facultatives que incorpori càrrecs electes que representin els diferents estaments i les diferents àrees assistencials, i la participació efectiva en l'elecció del director mèdic o d'equips d'atenció primària.

Sabem que això representa un canvi de cultura en tota l'organització sanitària, des dels residents fins als gerents, i que el canvi serà lent, però que hi hem de començar a treballar, democratitzant els nostres òrgans de participació i formant en gestió i assumptió de riscos tots els facultatius. Una més gran participació dels professionals ha de suposar una millora en la qualitat assistencial i en la satisfacció, no només del col·lectiu mèdic, sinó també dels pacients que, en definitiva, és l'objectiu final de la nostra feina.

Estratègia per aconseguir més lideratge

Els principals obstacles a vèncer per millorar la participació dels professionals són:

- Inèrcia de les institucions pel que fa a mantenir l'*statu quo*.
- Poc estímul per a la cultura del treball en equip i de coordinació entre diferents nivells assistencials i centres aliens.
- Reticència o dificultat dels responsables gestors a l'hora de cedir la gestió del pressupost a cada unitat assistencial.
- Pocs metges amb esperit de lideratge.
- Falta de predisposició del metge a assumir riscos.
- Desconfiança històrica entre metges i directius (gestors).

El primer pas per passar a l'acció és començar amb una anàlisi d'allò que cal fer, dels beneficis de fer-ho, dels esculls i de les necessitats. Discutir-ho i acordar unes propostes amb una part àmplia del col·lectiu mèdic, tal com hem intentat fer en aquesta ponència.

S'han de treballar les propostes concretes sorgides d'aquest treball amb un grup d'experts per a cada àmbit (ICS, concertada, hospitals, atenció primària...), per tal d'acordar amb cada sector què cal fer i com fer-ho.

Cal demanar a l'Administració els canvis normatius necessaris i l'ajuda per impulsar, des de les governances

i gerències, més participació dels professionals. Fora desitjable que l'Administració estimulés les polítiques de transparència a les institucions per tal que tots els professionals coneguin els òrgans de govern, els plans d'empresa i els resultats, tant assistencials com econòmics.

S'ha d'ajudar a promoure els canvis en l'actitud dels metges en relació amb els valors professionals: satisfacció pel treball ben fet i compromís amb la institució i els seus resultats mitjançant la formació i la incentivació.

També s'ha de fer una difusió suficient de les propostes entre els professionals, dels avantatges que té el lideratge professional, tant per al sistema sanitari, com per al pacient, així com per millorar la seva satisfacció professional.

Cal incloure, dins del programa docent de la llicenciatura de medicina, una formació específica en direcció estratègica, lideratge, comunicació, models i sistemes sanitaris, i gestió clínica i del coneixement.

Finalment, s'ha de desenvolupar un model retributiu que resulti incentivador, que valori la qualitat i la quantitat i que premii l'excel·lència professional.

Com a conclusió

Creiem que és fonamental que els responsables de la gestió dels centres liderin, juntament amb els professionals sanitaris, els canvis descrits. Cal promoure el sorgiment de nous líders clínics que, sota la premissa que el pacient és el centre del sistema i en el marc del treball en equip, assumeixin la responsabilitat d'encapçalar una transformació cap a un model molt més participatiu. Un model que afavoreixi la coparticipació dels professionals en el progrés i la qualitat dels centres sanitaris, així com el sentiment de pertinença i la identificació plena amb un projecte comú.

Hi ha d'altres consideracions paral·leles a fer, que inclouen els canvis sociodemogràfics que la professió mèdica haurà d'afrontar els pròxims deu anys, així com la incertesa pel que fa als recursos de què disposarà el sistema i que obligarà a exprémer l'eficiència i l'anàlisi final dels resultats (en salut i de costos). Una eficiència que no pot reposar en la cronificació de la precarietat laboral a la qual s'està enfrontant la generació de professionals més joves. Però això ja configura un altre article. ■

Cal promoure un model que afavoreixi la coparticipació dels professionals en el progrés i la qualitat dels centres sanitaris, així com el sentiment de pertinença i la identificació plena amb un projecte comú.

Prescriure en el marc de la professió infermera

NÚRIA CUXART AINAUD

Núria Cuxart és diplomada en Infermeria i llicenciada en Humanitats, a més de màster en Gestió de Serveis d'Infermeria per la Universitat de Barcelona. Ha finalitzat els cursos de doctorat en Ciències Humanes i Jurídiques de la Universitat Internacional de Catalunya. Ha treballant durant onze anys com a infermera assistencial de l'Hospital Clínic de Barcelona i quinze anys com a infermera gestora a la Fundació Hospital de Mollet. Ha intervingut en nombroses activitats de formació continuada en forma de classes magistrals, seminaris o tallers i en la coordinació docent i direcció d'altres. Ha estat durant tretze anys professora associada de l'Escola Universitària d'Infermeria de la Universitat de Barcelona i durant set anys de la Facultat de Ciències de la Salut Blanquerna de la Universitat Ramon Llull. Actualment és la directora de programes del Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona, i també és la degana del Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya.

EL PROPÒSIT D'AQUEST ARTICLE ÉS EMMARCAR

L'ANOMENADA "PRESCRIPCIÓ INFERMERA" en el context de l'evolució de la infermeria com a professió, la situació actual per al seu reconeixement legal i la visió des del Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya pel que fa al seu futur. L'article vol ser més una reflexió en veu alta, i en alguna part merament cronològica, que un seguit de cites de treballs en profunditat que, d'altra banda, la literatura científica infermera ofereix a bastament.

Aclareix el concepte "prescriure" des de la perspectiva d'una gran majoria de les infermeres i els infermers a Catalunya i a l'Estat espanyol i, amb l'objectiu de contextualitzar-lo, fa un breu recorregut per l'evolució de la professió infermera aprofitant els quasi 40 anys de l'entrada dels seus estudis a la Universitat. També resumeix la singularitat de l'aportació infermera en l'actualitat.

L'últim apartat es dedica als darrers esdeveniments que han abocat a l'intent d'una norma a Catalunya amb l'objectiu de proporcionar l'emparament legal d'una pràctica habitual en el treball clínic quotidià de les infermeres, alhora que informa de la situació actual. Urgeix a regular legalment allò que s'està produint *de facto* i fa una crida a la necessitat d'adaptar la legalitat a la realitat de la dinàmica assistencial.

Emmarcar la prescripció en el context de la professió infermera no hauria de ser una dificultat. De fet no ho és si evitem relacionar-la amb un producte sanitari o un medicament i si entenem per “prescriure” la capacitat d’indicació del millor règim terapèutic, capacitat innata a qualsevol professió que fa una valoració, determina un problema i, per tant, procura resoldre’l a través d’un consell de salut, una tècnica o la millora dels estils de vida. La discussió per al seu encaix legal es genera quan per resoldre el problema a la infermera li cal un fàrmac o un producte catalogat en les llistes oficials de medicaments.

Prescriure, a la manera de veure d’una gran majoria de les infermeres i els infermers, va, doncs, molt més enllà de la formalització d’una recepta per a la dispensació d’un producte o d’un fàrmac. Per a les infermeres prescriure s’entén com una part indissoluble del “tractament infermer”, concepte que tan bé es defineix en la recent obra de referència sobre infermeria clínica¹ com: “el conjunt d’intervencions que la infermera, basant-se en el seu judici clínic i coneixements, du a terme amb l’objectiu de reduir, controlar o resoldre els problemes de salut de la seva àrea de competència”.

Fet aquest aclariment imprescindible i per respondre amb tot l’agraïment a l’encàrrec editorial, el propòsit d’aquest article és emmarcar l’anomenada “prescripció infermera” en el context de l’evolució de la infermeria com a professió, la situació actual per al seu reconeixement legal i la visió des del Consell de Col·legis d’Infermeres i Infermers de Catalunya pel que fa al seu futur. És per això que l’article vol ser més una reflexió en veu alta i en alguna part merament cronològica que no un seguit de cites que, d’altra banda, la literatura científica infermera ofereix a bastament.

Un llarg camí recorregut que es mereix posar-lo al servei de la societat

Ja fa massa temps, massa, de l’acord generalitzat sobre el concepte actual de salut i sobre el model d’atenció per a la salut que recullen les disposicions legals –europees, estatals o autonòmiques– partint d’uns conceptes centrals de persona, entorn i salut que són integrals, globalitzadors i dinàmics, i que determinen un model centrat bàsicament en la promoció, educació, prevenció i readaptació i no exclusivament en la curació de la malaltia.

De fet, les infermeres i els infermers vam posar moltes expectatives en aquest model i vam creure que el nostre



La prescripció infermera a Catalunya.

objectiu professional engranava perfectament amb el propòsit d'aquestes normatives. Però tants anys després de l'aprovació de la Llei general de sanitat (1986) o de la pròpia Llei d'ordenació sanitària de Catalunya (1990), i pel temps i els esforços esmerçats, el dia a dia ens fa pensar que dista molt d'estar plenament desenvolupat o que, en tot cas, no som principalment les infermeres qui som cridades a decidir en aquest sentit.

Com fa ja massa temps, massa, d'aquell 1977 de la integració dels estudis d'infermeria a la Universitat² –l'any vinent en celebrarem el 40è aniversari–, que va suposar un punt d'inflexió en la transició de la disciplina infermera des d'una etapa merament tècnica a una de professional i professionalitzadora. Inflexió a partir de la qual s'impulsa el desenvolupament d'un cos de coneixements propi, un nou marc de definició de la responsabilitat de les infermeres en l'atenció a la salut de la població, els estudis de la diplomatura, l'esforç individual de moltes infermeres que es van llicenciar en altres disciplines per accedir al tercer cicle universitari –sense renunciar al seu compromís amb la professió infermera–, les estades de professionals en països en què ens emmirallem, l'especialització, el grau en Infermeria i els ja molts nombrosos doctorats, entre altres.

Això va permetre, amb molt d'esforç, aconseguir més autonomia, consolidar un cos de coneixement propi i créixer com a professió. I créixer com a professió –com totes les professions de servei– és créixer en resolució de problemes que tenen les persones, les famílies i les comunitats, dels quals no es fan càrrec altres professions i que cal garantir a la ciutadania. En definitiva, un camí que ha posicionat les infermeres i infermers del nostre país en situació de donar resposta a la complexitat dels serveis de salut.

I així ha succeït. Disposem d'infermeres i infermers que han fet possible les diferents reformes del nostre sistema de salut, competents per manegar situacions complexes, preparades per al disseny i l'ús de noves tecnologies, rigoroses en l'avaluació de les intervencions de cura infermera i, especialment, molt especialment, compromeses amb donar resposta a milions de sol·licituds de cura en diferents situacions de salut.

I així també el sistema de salut disposa actualment de tot un potencial professional, nombrós i ben preparat, a disposició dels ciutadans i ciutadanes, que afegeix un valor indiscutible en les activitats promotores de salut, preventives de malaltia i rehabilitadores i que multiplica i millora –ja objectivament– l'accessibilitat a les prestacions sanitàries, la rapidesa en l'atenció en qüestions tan fonamentals com les emergències, el seguiment de les persones malaltes, les cures a domicili o a l'escola, entre un interminable etcètera.

La singularitat de l'aportació infermera

Així, els darrers anys, les infermeres hem construït un patrimoni professional que ens diferencia i ens anomena, i que fa que ningú ens contradigui quan diem orgullosament que tenim cura de les persones. Però aquest “tenir cura” ha estat alhora una de les dificultats que sovint hem tingut en aquest camí de la nostra professionalització. Per la seva pròpia naturalesa, pel seu valor indeterminat i intangible, perquè la infermera l'ha hagut de recuperar



Entrega del Manifest de la Comissió de Crisi per a la prescripció infermera a Catalunya, gener de 2016.

amb molt esforç com a allò que és “el seu objectiu professional”³. Un objectiu professional, doncs, amb moltes dificultats de reconeixement explícit d’entitat pròpia, entitat que la conformen les nostres intervencions i els nostres resultats.

L’orientació de la disciplina infermera cap a la salut i el benestar ve de molt lluny⁴ i es reflecteix actualment en el treball diari de les infermeres quan aquestes, mitjançant el procés de cures, valoren les persones tenint en compte com és la seva percepció de benestar i com poden mantenir la seva salut tot i la gravetat de la situació patològica o de determinats tractaments. I ho fan ocupant-se de la seguretat de les persones, del seu benestar, de la promoció i foment de la seva salut, del manteniment dels seus hàbits saludables i de facilitar la normalitat en la seva vida diària tant com és possible. I també ajuden les persones a descobrir i mobilitzar les forces i els recursos de què disposen per afrontar la malaltia o lesió que tenen.

En paraules ben senzilles. Per a nosaltres les infermeres és ben diferent “estar sa” que “trobar-se bé”. Com cada dia del món, a l’hospital, a l’atenció primària, a la xarxa de salut mental, al món del treball, amb la gent gran, amb els més petits, etc., gestionem situacions de persones que estan “oficialment sanes”, lliures d’una etiqueta diagnòstica d’una malaltia però que es troben ben malament. I a l’inrevés, aconseguim que persones mancades d’autonomia, o bé malaltes o accidentades, o fins i tot en final de vida, es trobin bé.

Un objectiu professional que transcendeix la curació i que se centra que la persona visqui bé. El nostre objectiu és la salut, aquesta manera de viure en ben-estar i bon-estar. A diferència d’altres professions molt dedicades a activitats molt complicades que les persones no saben fer, les infermeres ens dediquem a coses que tothom fa cada segon de la seva vida i que és imprescindible per al manteniment de la vida (respirar, menjar i beure, moure’s, reposar i dormir, eliminar, evitar perills i prevenir riscos, comunicar-se i interaccionar socialment, i treballar i divertir-se) però que nosaltres ajudem les persones a fer-ho millor.

En aquest sentit, es podria afirmar sense risc a exagerar que, efectivament, el tenir cura és una autèntica revolució perquè capacita les persones per prendre decisions. Perquè parla de salut tant com de malaltia i perquè posa contra les cordes la prioritització actual dels objectius i dels recursos destinats a l’atenció per a la salut.

Tot i que aquesta aportació esdevé el nostre gran repte, és també on trobem les dificultats més grans. Dificultats que es concreten en obstacles per respondre responsablement a un context social cada vegada més necessitat de “cuidatges”, a diferència d’altres sistemes de salut, de ve-

ritat centrats en les persones, de lideratge compartit, on la presa de decisions pivota sobre qui pot fer millor cada cosa, que confien en les infermeres i els infermers perquè aportin un servei diferenciat i específic, que sumi al de la resta de professions de la salut.

Cap a un reconeixement legal per a la prescripció de productes sanitaris i fàrmacs

Des d’aquesta singularitat de l’aportació infermera i des dels sòlids fonaments ètics i científicotècnics de la seva disciplina professional, ja fa molts anys que en la pràctica quotidiana la infermera indica i utilitza productes sanitaris i fàrmacs sota criteris de bona pràctica i judici clínic, sense prescripció mèdica però sense disposar de reconeixement de la competència i de l’autoritat legal. Urgeix, doncs, regular legalment allò que s’està produint *de facto*, ja que ni és admissible que els responsables de les institucions i/o empreses sanitàries ja els vagi bé que la infermera prescriu en multitud d’ocasions però “que no consti enlloc”, ni que les infermeres i els infermers han de veure’s obligades a desobeir el marc legalment establert. Cal adaptar la legalitat a la realitat de la dinàmica assistencial. Una realitat que tots coincidim que té uns beneficis i, per tant, entre tots caldrà cercar la solució.

De fet, el debat sobre la necessitat de reconèixer formalment les infermeres com a prescriptores de productes sanitaris i medicaments a tot l’Estat espanyol el va obrir la consellera de Salut de la Generalitat de Catalunya, Marina Geli, l’any 2004, quan va anunciar la intenció d’elaborar una proposta que contemplés la possibilitat que les infermeres poguessin prescriure un catàleg tancat de medicaments. Però l’aprovació el 2006 a les Corts generals de l’anomenada “Llei del medicament”, Llei 29/2006, de garanties i ús racional dels fàrmacs i productes sanitaris, va dificultar enormement aquella proposta i va provocar que la prescripció infermera quedés situada en franca il·legalitat atès que reconeix el metge i l’odontòleg com a únics professionals amb facultat per ordenar la prescripció de medicaments i productes sanitaris.

Des d’aleshores, totes les organitzacions infermeres de Catalunya han protagonitzat múltiples actuacions per fomentar i defensar la prescripció infermera i a favor d’assolir el reconeixement formal d’aquesta realitat. El Col·legi Oficial d’Infermeres i Infermers de Barcelona (COIB), per exemple, va treballar un document per a la regulació de la prescripció infermera, que va ser poste-

riorment assumit pel Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya⁵ i el novembre de 2007 aprovat pel Consell de la Profesió Infermera de Catalunya.

El desembre de 2009, es va modificar la Llei 29/2006⁶, sense canvis gaire significatius, tret que reconeix la prescripció autònoma de la infermera i obre la porta a un possible desplegament a través d'un reial decret. Entretant, a l'espera d'un reial decret que no arribava, les comunitats autònomes d'Andalusia⁷ i de les Illes Balears⁸ (2011 però no desplegat) van regular-ho a través de decrets propis. El 2013, des del Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya es va acordar formalitzar el disseny d'una estratègia per optimitzar la prescripció infermera a Catalunya, consistent, principalment, en l'elaboració d'un Pla d'acció multifactorial a desenvolupar en diferents àmbits (normatiu, professional, model assistencial o tecnològic) amb l'objectiu de fer-ne possible el desenvolupament a Catalunya. Aquest pla⁹, no publicat, es troba en ple desplegament i actualment serveix de guia per als treballs que aquesta institució du a terme a l'espera del marc normatiu adient.

El juliol del 2015, el conseller Boi Ruiz va signar el compromís d'elaborar el redactat del text normatiu per al desplegament de la prescripció infermera a Catalunya¹⁰. Des del Departament de Salut es van reiniciar els treballs per a l'elaboració d'un text normatiu a Catalunya. Es va partir de la premissa que, per la seva formació pregrau, la infermera té coneixements suficients per indicar i utilitzar determinats medicaments i productes sanitaris de forma autònoma derivats de la seva pràctica i àmbit. No es tractava d'envair competències d'altres professionals que tenen la seva pròpia activitat i responsabilitat de prescripció i complementació de receptes. Es tractava de no lligar les mans perquè les infermeres i els infermers complim degudament amb el compromís professional. En aquest

sentit la presa de posició de l'Associació d'Infermeria Familiar i Comunitària¹¹ és aclaridora.

Però el 23 d'octubre del mateix 2015 es va aprovar el Reial decret 954/2015, pel qual es regulava la indicació, ús i autorització de dispensació de medicaments i productes sanitaris d'ús humà per part dels infermers¹² amb un text diferent al que s'havia acordat en el si del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud i que feia inviable el desenvolupament de la prescripció infermera a l'Estat. Tot i les manifestacions unànimes de rebuig, el 23 de desembre de 2015 es va publicar al BOE el Reial decret 954/2015, que ha estat recursat per la quasi totalitat de les comunitats autònomes i per nombroses organitzacions professionals.

A Catalunya, es va constituir una Comissió de Crisi, a proposta del Col·legi d'Infermeres i Infermers de Barcelona i conduïda des del Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya, per tal que qualsevol decisió respecte a la prescripció infermera a Catalunya fos debatuda i compartida. En formen part els quatre col·legis professionals catalans, facultats i escoles d'infermeria, societats científiques infermeres, organitzacions sanitàries i sindicals i associacions professionals.

El conseller Antoni Comín va entomar personalment la responsabilitat de consensuar un text normatiu català mitjançant el treball conjunt amb el col·lectiu infermer i el suport del col·lectiu mèdic. A l'inici del 2016 s'han iniciat els treballs i en el moment de tancar aquest article un percentatge altíssim de la proposta està acordada però no tancada.

Sobre l'enfocament d'aquesta norma a Catalunya, tot i que està inacabada i molt lluny de la desitjada pel col·lectiu infermer, aporta solucions que val molt la pena considerar a un problema generat per la publicació del Reial decret 954/2015 que, si no s'hi posa remei, pot acabar afectant –i molt– l'atenció sanitària. Em permeto



Jornada de visibilització infermera per a una norma catalana de la prescripció infermera, abril de 2016.

esmentar-ne algunes característiques a manera de final d'aquest article:

- Reconeix la prescripció autònoma de la infermera.
- Regula les condicions i les normes d'organització per a l'exercici de la indicació, ús i autorització de dispensació de medicaments i productes sanitaris per part de les infermeres i els infermers, amb la qual cosa augmenta considerablement la seguretat jurídica.
- A diferència de la proposta estatal, respecta els protocols o guies de pràctica clínica i assistencial vigents en el sistema de salut català alhora que compromet a l'elaboració dels requisits que han de complir d'acord amb criteris harmonitzadors.
- Abasta els centres i serveis sanitaris públics i privats de Catalunya i inclou les infermeres en exercici lliure de la professió.

A manera de conclusió

La professió infermera ha avançat molt en el camí cap a nous aspectes del coneixement que s'apropen a la demanda que ciutadans i ciutadanes fan respecte dels serveis sanitaris, sociosanitaris i socials.

Però també cal no oblidar que els obstacles persisteixen i que no són de definició competencial sinó de respecte al nostre àmbit d'actuació. Obstacles analitzats, argumentats, plantejats, denunciats i reiteradament recordats de manera que ara només cal la voluntat de resoldre'ls.

L'objectiu d'una norma pròpia a Catalunya és proporcionar l'emparament legal d'una pràctica habitual en el treball clínic quotidià de les infermeres en la "indicació, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios", que no prové del compliment d'altres requisits que els de la titulació oficial, sense perjudici de la preceptiva actualització permanent de coneixements, mitjançant la formació continuada, conforme al que estableix l'article 12.f de la LOPS¹³ i que el col·lectiu infermer compleix amb escreix. ■

Referències

1. LUIS RODRIGO, MT. Ed. *Enfermería Clínica: Cuidados enfermeros a las persona con trastornos de salud*. L'Hospitalet de Llobregat: Wolters Kluwer Health; 2015.
2. Integración en la Universidad de los estudios de Ayudante Técnico Sanitario como Escuelas Universitarias de Enfermería. RD 2128/77, de 23 de julio. Boletín Oficial del Estado. Núm. 200; 22 de agosto 1977.

3. ALBERDI CASTELL, R.M. La enfermería y la palabra. *Revista Rol de Enfermería* 1986; 91: 48-57.
4. KÉROUACS, PEPIN J, DUCHARME F, DUQUETTE A, MAJOR F. *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson; 1996.
5. Consell de Col·legis de Diplomats en Infermeria de Catalunya. *La Prescripció Infermera (PI). Informe del Consell de Col·legis de Diplomats en Infermeria de Catalunya* [internet]. Barcelona: Consell de Col·legis de Diplomats en Infermeria de Catalunya; 2007 [accés 15 de novembre de 2015]. Disponible a: <https://coibazure.blob.core.windows.net/coib-publish/invar/25f598b8-0706-49cf-b604-08ae0e23d835>
6. Garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Ley 29/2006 de 26 de julio [internet]. Boletín Oficial del Estado. Núm. 178; (27 julio 2006). Disponible a: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-13554&p=20091223&tn=1>
7. Actuación de los enfermeros y enfermeras en el ámbito de la prestación farmacéutica del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Decreto 307/2009 de 21 de julio [internet]. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía. Núm. 151: (05 agosto 2009) [accés 15 de novembre de 2016]. Disponible a: <https://coibazure.blob.core.windows.net/coib-publish/invar/9f56abe3-cc98-44fc-acff-937476c5f7cd>
8. Actuació del personal d'infermeria en l'àmbit de la prestació farmacèutica del sistema sanitari públic. Decret del Govern de les Illes Balears 52/2011, de 20 de maig [internet]. Butlletí Oficial de les Illes Balears. Núm. 81 (02 juny 2011) [accés 15 novembre de 2016]. Disponible a: <https://coibazure.blob.core.windows.net/coib-publish/invar/4e46227b-1f25-4a75-9eaf-17fe9bdb67f5>
9. Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona. *El COIB davant la prescripció infermera* [internet]. Barcelona: COIB, 2016 [accés 15 novembre de 2016]. Disponible a: <https://coibazure.blob.core.windows.net/coib-publish/invar/ca5e18c8-edfb-44ec-8a4e-7cbb8c0c8ff3>
10. Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers Barcelona. *El Consell, els Col·legis professionals d'infermeres i infermers i la Conselleria de Salut acorden desenvolupar la normativa pel desplegament de la prescripció infermera a Catalunya* [aprox. 2 p.] [internet]. Barcelona: COIB; 2015 [accés 15 novembre de 2016]. Disponible a: <https://www.coib.cat/ca-es/actualitat-professional/professio/el-consell-els-col-legis-professionals-infermeres-infermers-la-conselleria-de-salut-acorden-desenvolupar-la-normativa-pel-desplegament-de-la-prescripcio-infermera-catalunya.html>
11. AIFiCC. *Posicionament AIFiCC sobre la prescripció infermera* [internet]. Barcelona: AIFiCC; 2015 [accés 15 novembre de 2016]. Disponible a: http://www.aificc.cat/storage/noticies/arxius/20150406114719_posicionament-prescripcio-infermera-aificc.pdf
12. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Nota de prensa: El Gobierno regula la indicación, uso y autorización de medicamentos y productos sanitarios por parte de los enfermeros [aprox. 2 p.] [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015. Disponible a: <http://www.msssi.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=3816>
13. Ley de ordenación de las profesiones sanitarias. Llei 44/2003, de 21 de novembre [Internet]. Boletín Oficial del Estado. Núm. 280; (22 novembre 2003) [accés 15 novembre 2016]. Disponible a: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-21340>

La transposición de la Directiva europea 2014/24/UE: un **nuevo marco para la provisión de servicios públicos** en el **ámbito social y de la salud**

JOSÉ MARÍA GIMENO FELIU

José María Gimeno es catedrático de Derecho Administrativo (Facultad de Derecho de la Universidad de Zaragoza) y, desde marzo de 2011, presidente del Tribunal Administrativo de Contratos Públicos de Aragón. También es director del Observatorio de Contratación Pública (www.obcp.es), miembro del Consejo Asesor del Ministerio de Fomento (julio 2015), y entre 2010 y 2012 fue director de la Cátedra de Derecho Local de Aragón. Desde junio de 2016 es director de la Cátedra Estrategia e Innovación en contratación pública en el ámbito de la salud (UNI-ZAR). José María Gimeno es autor de 18 monografías y más de 120 publicaciones en revistas especializadas. Ha sido ponente de forma constante en foros especializados nacionales e internacionales (UIMP, Instituto Europeo de Administración Pública, Instituto Nacional de Administración Pública, Juntas Consultivas de Contratación Administrativa, Parlamento Europeo, etc.).

ESTE ARTÍCULO ANALIZA LAS POSIBILIDADES que el nuevo marco normativo europeo sobre contratación pública ofrece para las relaciones en el ámbito de las prestaciones sociales y sanitarias. Se pone de relieve cómo es posible una regulación en España que ponga el acento en la calidad y la solidaridad del modelo de colaboración en estos ámbitos, alejados de la óptica del mercado. Interesa destacar el componente “social” como objeto de cualquier prestación de carácter social/sanitario, de tal forma que debe evitarse una visión “economicista” que ponga el acento en el criterio precio en estos sectores.

I. Las nuevas Directivas europeas de contratación pública y su incidencia en el ámbito de las prestaciones sanitarias

La revisión (que no mera actualización) de las Directivas sobre contratación pública aprobada en 2014 por las instituciones europeas (pendiente de transposición en España, aunque se ha superado el plazo a tal efecto), se inscribe en un programa de conjunto cuyo objetivo es una modernización en profundidad del sistema público de contratación en la Unión Europea para ser más eficientes y diseñar políticas que permitan un mayor crecimiento en un contexto de globalización económica.

Existe la percepción extendida de que en las reglas de contratación pública, en su extensión a muchos sectores públicos, se impone la lógica del mercado y la máxima competencia incluso en prestaciones de servicios a personas en ámbitos como la salud o servicios sociales. Sin embargo, se trata de una percepción errónea, pues **los principios del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea (TFUE) encuentran límites en ciertos ámbitos vinculados al principio de solidaridad**. La Directiva 2014/24, de contratación pública, en su considerando 114, apunta:

«Determinadas categorías de servicios, en concreto los servicios que se conocen como servicios a las personas, como ciertos servicios sociales, sanitarios y educativos, siguen teniendo, por su propia naturaleza, una dimensión transfronteriza limitada. (...)

Los Estados miembros y los poderes públicos siguen teniendo libertad para prestar por sí mismos esos servicios u organizar los servicios sociales de manera que no sea necesario celebrar contratos públicos, por ejemplo, mediante la simple financiación de estos servicios o la concesión de licencias o autorizaciones a todos los operadores económicos que cumplan las condiciones previamente fijadas por el poder adjudicador, sin límites ni cuotas, siempre que dicho sistema garantice una publicidad suficiente y se ajuste a los principios de transparencia y no discriminación». (La negrita es nuestra.)

La normativa europea **habilita, por tanto, que los estados puedan diseñar un régimen legal ad hoc para la provisión de los servicios de salud a las personas** mediante sistemas singulares de contratación pública, de reserva de contratos e, incluso, de acuerdos directos¹.

La nueva regulación europea ofrece nuevas posibilidades de organización del modelo de colaboración con el sector público sanitario, con especial atención a las notas de calidad, profesionalización, solidaridad y cohesión social.

II. Las distintas posibilidades de establecer un “régimen especial” en contratos sanitarios con prestaciones directas a personas

La Directiva 24/2014 habilita un tratamiento diferenciado de estas actividades, alejada de una perspectiva económica o de mercado. Así, además del citado considerando 114, el considerando 6 de la Directiva 2014/24 advierte que “conviene aclarar que los servicios no económicos de interés general deben quedar excluidos del ámbito de aplicación de la presente Directiva”.

Esto explica por qué el artículo 77 de la Directiva 24/2014 prevé incluso la **posibilidad de reserva de esos contratos**.

“1. Los Estados miembros podrán disponer que los poderes adjudicadores estén facultados para reservar a determinadas organizaciones el derecho de participación en procedimientos de adjudicación de contratos públicos exclusivamente en el caso de los servicios sociales, culturales y de salud que se contemplan en el artículo 74 y que lleven los códigos CPV 751210000, 751220007, 751230004, 796220000, 796240004, 796250001, 801100008, 803000007, 804200004, 804300007, 805110009, 805200005, 805900006, desde 850000009 hasta 853230009, 925000006, 926000007, 981330004 y 981331108.

2. Las organizaciones a que se refiere el apartado 1 deberán cumplir todas las condiciones siguientes:

- a) que su objetivo sea la realización de una misión de servicio público vinculada a la prestación de los servicios contemplados en el apartado 1;*
- b) que los beneficios se reinviertan con el fin de alcanzar el objetivo de la organización; en caso de que se distribuyan o redistribuyan beneficios, la distribución o redistribución deberá basarse en consideraciones de participación;*
- c) que las estructuras de dirección o propiedad de la organización que ejecute el contrato se basen en la propiedad de los empleados o en principios de participación o exi-*

jan la participación activa de los empleados, los usuarios o las partes interesadas; y

d) que el poder adjudicador de que se trate no haya adjudicado a la organización un contrato para los servicios en cuestión con arreglo al presente artículo en los tres años precedentes.

3. La duración máxima del contrato no excederá de tres años.

4. En la convocatoria de licitación se hará referencia al presente artículo.”

Es decir, que en contratos de prestaciones directas a ciudadanos en el ámbito sanitario o social resulta posible adoptar medidas de licitación más “específicas”, que atiendan a las especialidades expuestas. Y la reserva de contratos es una de ellas.

Pero **existe también la posibilidad de “acuerdos de cooperación directa”**. Sobre esta cuestión interesa recordar la doctrina fijada por la Sentencia del Tribunal de Justicia de la Unión Europea de 11 de diciembre de 2014, Croce Rossa Italiana y otros (asunto C-113/13) que ha declarado que “los artículos 49 UE y 56 FUE deben interpretarse en el sentido de que no se oponen a una normativa nacional que prevé que el suministro de servicios de transporte sanitario de urgencia y de extrema urgencia debe confiarse, con carácter prioritario y mediante adjudicación directa, sin ningún tipo de publicidad, a los organismos de voluntariado con los que se haya celebrado un convenio, siempre que el marco jurídico y convencional en el que se desarrolla la actividad de esos organismos contribuya efectivamente a la finalidad social y a la con-

secución de los objetivos de solidaridad y de eficacia presupuestaria en los que descansa esa normativa”.

La Sentencia Croce Rossa Italiana resuelve la cuestión prejudicial suscitada por el Consejo de Estado de Italia acerca, en primer lugar, de la compatibilidad con los artículos 49, 56, 105 y 106 TFUE de una norma interna que prevé que el transporte sanitario se adjudique de forma prioritaria a las organizaciones de voluntariado, Croce Rossa Italiana y otras instituciones o entes públicos autorizados, reembolsándoles los gastos efectivamente soportados. En segundo lugar, dicha sentencia resuelve la cuestión de la compatibilidad de la normativa europea de contratos públicos con una norma nacional que permite la adjudicación directa del servicio de transporte sanitario, debiéndose considerar oneroso un acuerdo marco que prevea el reembolso no sólo de gastos sino incluso de costes fijos y de carácter duradero. El asunto surge cuando, conforme a lo previsto en la normativa italiana y de la región de Liguria reguladora del servicio nacional de salud y del voluntariado, dicha región celebró un acuerdo marco con varias entidades representativas de organizaciones de voluntariado para la regulación de las relaciones entre las empresas sanitarias y hospitalarias, por un lado, y las organizaciones de voluntariado y la Croce Rossa Italiana, por otro. Dicho acuerdo marco regional previó la posterior suscripción de convenios de transporte sanitario de urgencia y extrema urgencia, que tuvo efectivamente lugar, con las organizaciones de voluntariado representadas por las entidades firmantes. Disconformes con tal proceder, varias entidades cooperativas interpusieron recurso que dio lugar a las actuaciones judiciales



que, tras la inicial sentencia de instancia, llevaron al Consejo de Estado a suscitar la cuestión prejudicial.

El Tribunal de Justicia admite la compatibilidad del acuerdo marco regional y los convenios con las normas europeas antes aludidas. Para ello, parte de la obvia afirmación de que tanto el acuerdo marco como los convenios están incluidos en el ámbito de la Directiva 2004/18/CE, más allá de la circunstancia de que en ellos se prevean como únicas transferencias financieras a favor de las organizaciones de voluntariado los reembolsos de costes en que hubiesen incurrido. Debiendo considerarse, por tanto, contratos de servicios –el Tribunal aclara, conforme a la Directiva–, el régimen jurídico aplicable que depende en lo esencial de que sea superior el valor del servicio de transporte o el de los servicios médicos. En el primer caso, siempre que se supere el umbral deberán aplicarse todas las normas de procedimiento de la Directiva. En cambio, cuando el valor de los servicios médicos sea superior a los del servicio de transporte, o cuando no se supere el umbral, se aplicarán únicamente los artículos 23 y 35.4 de la Directiva siempre que, circunscritas las actividades de que se trate a un solo estado, pueda acreditarse un interés transfronterizo cierto que en el caso, a juicio del Tribunal de Justicia, concurre.

Pues bien, sobre tales bases afirma el Tribunal de Justicia que “la adjudicación, sin ninguna transparencia, de un contrato a una empresa situada en el Estado miembro de la entidad adjudicadora de ese contrato es constitutiva de una diferencia de trato en perjuicio de las empresas que pueden estar interesadas en ese contrato, que están situadas en otro Estado miembro. Si no está justificada por circunstancias objetivas, dicha diferencia de trato que, al excluir a todas las empresas establecidas en otro Estado miembro, opera principalmente en perjuicio de éstas, constituye una discriminación indirecta por la nacionalidad, prohibida con arreglo a los artículos 49 TFUE y 56 TFUE”. El factor clave, por tanto, es la existencia de esas “circunstancias objetivas” que justifiquen la diferencia de trato entre empresas.

Considera el Tribunal de Justicia que concurren en el caso tales “circunstancias objetivas”, están reguladas legalmente en el ordenamiento interno y efectivamente justifican la apuntada diferencia de trato dado que, solo

La normativa europea habilita que los estados puedan diseñar un régimen legal *ad hoc* para la provisión de los servicios de salud a las personas mediante sistemas singulares de contratación pública, de reserva de contratos e, incluso, de acuerdos directos.

Un contrato de prestaciones personales de carácter sanitario o social podría estar excepcionado de las reglas de concurrencia propias de un contrato típico de servicios o productos.

tras prever que “la prestación de servicios de transporte sanitario es una actividad de interés general que se rige por los principios de universalidad, solidaridad, eficiencia económica y adecuación”, la normativa italiana establece que “serán prestados por las propias empresas sanitarias y otras entidades suministradoras públicas o asimiladas empleando sus propios medios y personal” y “cuando no sea posible, [...] por] otras entidades”, en cuyo caso, y aquí surge el régimen jurídico que dio lugar al conflicto, “los servicios de transporte sanitario que se presten en representación del Servicio Regional de Salud deberán ser encomendados, con carácter prioritario, a organizaciones de voluntariado, la Croce Rossa Italiana u otra institución u organismo público autorizado, para garantizar que dicho servicio de interés general se presta en condiciones de equilibrio económico en lo que atañe al presupuesto” (artículo 75 ter de la Ley Regional de Liguria 41/2006). Tal preferencia y la adjudicación directa, en las circunstancias del caso analizado, son compatibles con el ordenamiento europeo.

Esto significa que un contrato de prestaciones personales de carácter sanitario o social podría estar excepcionado de las reglas de concurrencia propias de un contrato típico de servicios o productos, dado el marcado carácter estratégico, desde la perspectiva de correcta prestación, del mismo.

Esta opción ha sido “validada” por la citada STJUE 28 de enero de 2016, CASTA y otros, Asunto C-50/14, al reconocer la posibilidad de adjudicación directa. En este caso hay una serie de principios que deben respetarse para validar esta posibilidad:

a) se requiere que, cuando actúan en ese marco, las asociaciones de voluntariado no persigan objetivos distintos a los de *solidaridad* y de *eficacia presupuestaria* que lo sustentan;

b) que no obtengan ningún beneficio de sus prestaciones, independientemente del reembolso de los costes variables, fijos y permanentes necesarios para prestarlas, ni proporcionen ningún beneficio a sus miembros;

c) si bien es admisible el recurso a trabajadores, puesto que, en su defecto, se privaría a esas asociaciones de la posibilidad efectiva de actuar en numerosos ámbitos en los que puede ponerse en práctica normalmente el

principio de solidaridad, la actividad de esas asociaciones debe respetar estrictamente las exigencias que les impone la normativa nacional (sentencia Croce Rossa Italiana y otros, apartado 61).

Asimismo, establece una importante cautela de ámbito general, y recuerda que el principio general del Derecho de la Unión de prohibición del abuso de Derecho no habilita una aplicación de esa normativa que ampare prácticas abusivas de las asociaciones de voluntariado o de sus miembros. Así pues, la actividad de las asociaciones de voluntariado sólo puede ser ejercida por trabajadores dentro de los límites necesarios para su funcionamiento normal. En cuanto al reembolso de los costes, debe procurarse que no se persiga fin lucrativo alguno, ni siquiera indirecto, al amparo de una actividad de voluntariado, y que el participante pueda obtener únicamente el reembolso de los gastos efectivamente soportados como consecuencia de la prestación de la actividad, dentro de los límites establecidos previamente por las propias asociaciones (sentencia Croce Rossa Italiana y otros, apartado 62).

Admitida así esta posibilidad, el TJUE, en respuesta a la segunda cuestión prejudicial, afirma (de conformidad a la STJUE “Croce Rossa Italiana y otros”, así como al apartado 67 de la presente sentencia) que cuando concurren todas las condiciones que a la luz del Derecho de la Unión permiten a un Estado miembro prever el recurso a asociaciones de voluntariado, se puede atribuir a éstas la prestación de servicios de transporte sanitario mediante adjudicación directa, sin forma alguna de publicidad sin que resulte necesario realizar una comparación entre los organismos de voluntariado.

Junto a esta opción de reserva de contratos, o de “cooperación directa”, **existe la posibilidad de un procedimiento singular que ponga atención en las propias características del servicio sanitario.** Al hilo de lo expuesto anteriormente, el artículo 76 de la Directiva 2014/24/UE, habilita a:

“1. Los Estados miembros establecerán normas nacionales para la adjudicación de los contratos sujetos a lo dispuesto en el presente capítulo, a fin de garantizar que los poderes adjudicadores respetan los principios de transparencia y de igualdad de trato de los poderes económicos. Los Estados miembros serán libres de determinar las normas de procedimiento aplicable, siempre que tales normas permitan a los poderes adjudicadores tener en cuenta la especificidad de los servicios en cuestión.”

2. Los Estados miembros velarán porque los poderes adjudicadores puedan tener en cuenta la necesidad de garantizar la calidad, la continuidad, la accesibilidad, la asequibilidad, la disponibilidad y la exhaustividad de los servicios, las necesidades específicas de las distintas categorías de usuarios, incluidos los grupos desfavorecidos y vulnerables, la implicación y la responsabilización de los usuarios y la innovación. Además, los Estados miembros podrán disponer que la elección del proveedor de servicios se haga sobre la base de la oferta económicamente más ventajosa, teniendo en cuenta criterios de calidad y de sostenibilidad en el caso de los servicios sociales.”

Es decir, **es posible establecer unas normas “distintas” de contratación pública en el ámbito de los contratos sanitarios a las personas, que ponga el acento en aspectos técnicos y de calidad.** La opción que se adopte, en su diseño concreto, no puede desconocer las peculiaridades de una prestación de indudable trascendencia social, donde los propios matices de cómo se ha venido prestando en los últimos años aconseja una especial atención a cómo se viene desempeñando, y se debe desempeñar, esta actividad. **Y ello porque**

no puede desconocerse que es una actividad de interés general que se rige, principalmente, por los principios de universalidad, solidaridad, eficiencia económica y adecuación.

En conclusión, **el Derecho europeo de la contratación pública habilita que en un contrato de prestaciones personales de carácter sanitario o social se puedan excepcionar las reglas de concurrencia propias de un contrato típico de servicios o productos, y adjudicar a entidades del tercer sector sin ánimo de lucro que colaboran, desde una óptica de solidaridad, con los fines públicos, dado el marcado carácter estratégico, desde la perspectiva de correcta prestación, de esta colaboración. En todo caso, esta posibilidad, con los límites descritos, exige una norma legal (dentro del marco competencial español de las comunidades autónomas) que prevea y regule esta posibilidad.** Sin ese marco legal expreso se deberán aplicar las reglas ordinarias de la contratación pública, lo que puede conducir a ciertos efectos “perversos”. Así, si la opción política es de una sensibilidad social en estos sectores clave, tan vinculados en España al desarrollo de prestación de importantes servicios a las personas, en un entorno de colaboración público-privada guiado por el principio de solidaridad y calidad, deberá regularse esta posibilidad.

Si bien la eficiencia en la contratación pública es un paradigma ineludible, debe conciliarse adecuadamente con un modelo de eficiencia social.



Y es que si bien la eficiencia en la contratación pública es un paradigma ineludible, debe conciliarse adecuadamente con un modelo de eficiencia social. Con tal objetivo se debe “reconfigurar el modelo de la compra pública en el ámbito social y de la salud”, con vocación de transformación estratégica, que permita a las Administraciones públicas, desde la contratación pública, reivindicar su necesaria función de liderazgo institucional. ■

Referencias

GIMENO FELIU, J.M. *El nuevo paquete legislativo comunitario sobre contratación pública. De la burocracia a la estrategia (El contrato público como herramienta del liderazgo institucional de los poderes públicos)*. Aranzadi, Cizur Menor, 2014.

GIMENO FELIU, J.M. Servicios de salud y reservas de participación ¿una nueva oportunidad para la mejora del SNS? (Análisis de los artículos 74 a 77 de la nueva Directiva 2014/24/UE sobre contratación pública)”. *Revista Derecho y Salud* 2015; 26 (2): 65-85.

GIMENO FELIU, J.M. Reglas básicas para mejorar la eficiencia y la transparencia en la contratación pública. *Presupuesto y Gasto Público sobre calidad institucional, transparencia y buen gobierno* 2016; 82: 137-158.

Notas

1. La Comisión de la Unión Europea ha intervenido de forma activa en el fenómeno y en el establecimiento de un marco jurídico de la colaboración público-privada para la promoción de infraestructuras, equipamientos y servicios públicos, buscando en esta fórmula el menor impacto en las cuentas públicas, así como la participación del sector privado en la financiación y gestión de infraestructuras y servicios públicos. En el ámbito sanitario, esta colaboración, bien diseñada y siempre desde la lógica del carácter público del modelo, puede aportar mejoras en la prestación del servicio y mayor eficiencia (al no existir ánimo de lucro). En estos casos nos encontramos ante cierta “publicación” de la actividad privada al servicio del interés general.

La reclassificació d'entitats privades com a Administració pública a efectes del SEC i el seu possible impacte sobre la governança i la gestió

ANA BELÉN MACHO

Ana Belén Macho és doctora en Dret per la Universitat Pompeu Fabra (2006) i Premi Extraordinari de Llicenciatura i Doctorat. És professora agregada de Dret Financer i Tributari de la UPF des de l'any 2010 i ha estat vicedegana de la Facultat de Dret de la UPF (2010-2013). És presidenta del Tribunal Econòmic Administratiu de l'Hospitalet de Llobregat des de 2012. Autora de diverses publicacions, les seves principals línies de recerca són: els principis constitucionals tributaris; la fiscalitat local; la col·laboració públic privada; i el finançament dels serveis sanitaris públics. Coordina el Grup de Recerca Consolidat en Dret Financer i Tributari UPF (2014 SGR 1529). Ha realitzat estades de recerca a la Westfälische Wilhelms-Universität zu Münster (1998, 1999, 2000); la Universidade de Lisboa i el Centro de Estudos e Apoio à Política Tributária - Ministério das Finanças (2001); la Università degli Studi di Bologna (2001); la Fundação Getulio Vargas de São Paulo (2006); la Queen Mary University of London, i la London School of Economics and Political Science com a *visiting fellow* (2013). Recentment ha realitzat una estada de recerca a la New York University School of Law (2015).

ESTER MARCO PEÑAS

Ester Marco Peñas és doctora en Dret Financer i Tributari per la Universitat Pompeu Fabra i professora visitant de la mateixa universitat. La seva principal línia de recerca és el deute públic i l'estabilitat pressupostària, matèria sobre la qual ha publicat diversos treballs, entre els quals destaca la seva tesi doctoral (*El concepte europeu de deute públic*), que ha obtingut una menció especial del Congrés dels Diputats i serà publicada pròximament a la Col·lecció de la Cambra. Ha realitzat estades de recerca, entre d'altres, als següents centres: IBFD, Max Planck Institute (Munich) i London School of Economics and Political Science. Actualment és *visiting scholar* en la Johns Hopkins University i fa investigació sobre temes de finançament de la sanitat.

MARIA REVENTÓS GIL DE BIEDMA

Maria Reventós Gil de Biedma és màster en Economia per la London School of Economics and Political Science i llicenciada en Ciències Econòmiques i Empresarials per la Universitat Pompeu Fabra. Des de l'any 1998 desenvolupa la seva trajectòria professional en el sector sanitari; en aquest sentit, ha treballat tant directament en la gestió de serveis sanitaris, com en serveis de consultoria orientats a la planificació i organització de sistemes de salut. Darrerament ha participat en diversos treballs orientats a analitzar aspectes relacionats amb la governança de les institucions i l'impacte de la burocratització en la gestió de les institucions. Actualment és consultora de la Secretaria Tècnica d'Anàlisi i Estudis de La Unió.

Aquest treball s'ha dut a terme en execució del projecte I+D+i Retos de la sociedad (Reto 1: Salud, cambio demográfico y bienestar) "La financiación de los servicios sanitarios públicos en el marco de la consolidación fiscal y la sostenibilidad financiera" (DER2013-48005-R, IP: Antonia Agulló), en el qual han participat Ana Belén Macho i Ester Marco.

DARRERAMENT LA INTERVENCIÓ GENERAL DE L'ADMINISTRACIÓ DE L'ESTAT ha promogut, en el marc del Sistema Europeu de Comptes (SEC), la reclassificació dins del sector Administracions Públiques d'una fundació privada del SISCAT i ha sol·licitat informació per valorar la reclassificació d'altres entitats privades sense ànim de lucre. En el cas d'entitats privades sense finalitat de lucre, la inclusió o no en el sector Administracions Públiques en primera instància depèn de si, d'acord amb un conjunt de cinc indicadors recollits en el SEC, es pot considerar que l'entitat està sota el control de l'Administració. El SEC no indica taxativament quins d'aquests indicadors són condició suficient per considerar que una entitat privada està controlada per l'Administració. En aquest article s'analitza quina és la interpretació d'aquests indicadors duta a terme per Eurostat, a fi de valorar si la reclassificació promoguda des de la Intervenció General de l'Administració de l'Estat (IGAE) s'ajusta als paràmetres europeus.

A banda d'analitzar la procedència o no d'aquesta reclassificació, l'article va un pas més enllà i anticipa quines podrien ser les conseqüències d'aquesta decisió des del punt de vista de la governança i de la gestió. D'una banda, posa de manifest que la reclassificació d'una primera entitat podria comportar, sota la mateixa línia argumental, la reclassificació de la totalitat de les entitats privades sense ànim de lucre. D'altra banda, a partir de la revisió de la normativa que regula el sector públic, examina la possible aplicabilitat d'aquesta a entitats privades reclassificades i les conseqüències d'això tant sobre la gestió com sobre la governança de les institucions.

Antecedents

Fa poc més de 10 anys semblava impensable que el terme "SEC" (Sistema Europeu de Comptes) passés a formar part de les preocupacions dels gestors de les entitats que operen al SISCAT (sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya). Qui podia imaginar que la normativa europea sobre com s'ha de comptabilitzar l'economia, i en especial el dèficit i el deute públics, acabaria tenint importants repercussions sobre la capacitat de gestió de les entitats del SISCAT?

La problemàtica relativa a la classificació de les entitats del SISCAT en termes de SEC va començar sota la vigència de l'anterior SEC 95¹, amb la reclassificació d'empreses públiques i consorcis sanitaris (EPIC). Les EPIC, que estaven fora del sector de les Administracions Públiques (en endavant, sector AP) en considerar-se societats públiques de mercat, es van reclassificar dins del sector AP i els efectes d'aquesta reclassificació no es van fer esperar.

La Llei orgànica d'estabilitat pressupostària i gran part de les normes que regulen el sector públic en general no distingeixen si una entitat és una Administració pública en sentit estricte o bé forma part del sector públic empresarial o fundacional. La reclassificació de les EPIC dins del sector AP va suposar el control per part de la Intervenció, i seguidament, limitacions a la gestió en àmbits tan diversos com la contractació, les remuneracions, la capacitat d'endeutament, la disposició de tresoreria pròpia, etc.

Actualment aquesta situació es podria estendre i podrien ser objecte de reclassificació la pràctica totalitat d'entitats del SISCAT. Per part de la Intervenció General de l'Administració de l'Estat (IGAE) s'ha defensat la reclassificació d'una fundació privada sense ànim de lucre –Althaia– i s'ha sol·licitat informació per avaluar la possible inclusió en el sector AP d'altres fundacions i algunes institucions sense finalitat de lucre (ISFL) propietat d'ordes religiosos.

Aquest fet podria acabar amb la diversitat en la titularitat del model sanitari català, considerada una de les seves principals riqueses. Com analitzarem a la part final d'aquest article, es poden generar situacions de greu inseguret jurídica que posarien en qüestió la pervivència de determinades fórmules jurídiques.

La primera part d'aquest article tracta d'explicar en què consisteix el SEC i sota quins criteris es poden arribar a classificar les entitats privades sense finalitat de lucre com a Administració Pública. La segona part analitza les implicacions que podrien comportar les successives reclassificacions d'entitats del SISCAT.

El Sistema Europeu de Comptes (SEC)

El Sistema Europeu de Comptes (ESA en les seves sigles en anglès) és un marc comú de comptabilització d'àmbit



internacional que permet una descripció sistemàtica i detallada del total d'una economia (ja sigui aquesta una regió, un país o un grup de països) així com els seus components i les relacions amb altres economies totals². Els estats membres de la Unió Europea (UE) estan obligats a utilitzar el Reglament SEC per elaborar i presentar les dades relatives als seus nivells de dèficit i deute davant les institucions europees. Des de setembre de 2014, els estats han de presentar el seus comptes seguint els criteris del SEC 2010, que deroga l'anterior SEC 95.

Eurostat és l'Oficina Estadística de la Comissió Europea i una de les seves principals tasques és la publicació bianual de les dades de dèficit i deute. És, per tant, l'entitat que ha de vetllar pel compliment de l'homogeneïtat en els comptes i qui interpreta el Reglament SEC. Per facilitar la interpretació del SEC, Eurostat publica un Manual³ que s'actualitza periòdicament. A efectes interpretatius, també resulten clau les Decisions d'Eurostat⁴ posteriors a l'entrada en vigor del SEC 2010, així com les visites periòdiques de diàleg efectuades en el marc del procediment de dèficit excessiu⁵.

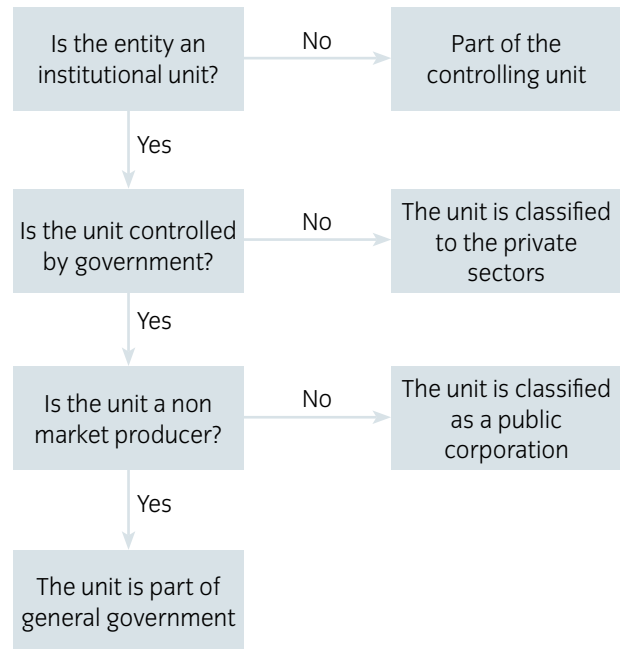
El Reglament SEC estableix una subdivisió en cinc sectors diferents que cobreixen el total d'una economia:

- Administracions públiques
- Societats no financeres
- Institucions financeres
- Llars
- Institucions sense finalitat de lucre (ISFL)

Tota entitat ha de ser inclosa en un d'aquests cinc sectors, independentment de la seva naturalesa pública o privada. Col·loquialment, sovint s'assimila el terme "entitats SEC" a aquelles entitats classificades dintre del sector AP, tot i que aquest és només un dels cinc sectors de l'economia; segurament perquè és el que té rellevància a efectes de determinar el nivell de dèficit i deute dels estats i, per tant, per donar compliment als límits establerts per la disciplina pressupostària europea.

Com es determina la inclusió en el sector AP d'una entitat?

Per determinar si una entitat pertany o no al sector AP, cal aplicar el test de classificació sectorial d'entitats descrit en el Reglament del SEC 2010⁶, que s'il·lustra mitjançant el diagrama següent:



Un cop determinat si l'entitat en qüestió és una unitat institucional⁷, el següent pas és analitzar si la unitat institucional té naturalesa pública o privada, depenent de si està o no controlada pel govern.

És important destacar que si una unitat no està controlada pel govern, passa automàticament a ser classificada com a sector privat, sense necessitat de cap anàlisi ulterior. Per tant, és de suma rellevància determinar si existeix o no aquest control. En canvi, si la unitat està controlada pel govern, caldrà analitzar posteriorment si la unitat en qüestió és productora de mercat o no⁸.

El SEC 2010 ha introduït canvis significatius, tant en relació amb el criteri del control, com pel que fa al criteri per determinar si una entitat és productora o no de mercat. Tenint en compte que la controvèrsia actual és la reclassificació dins del sector AP de determinades ISFL privades que formen part del SISCAT, l'anàlisi se centrarà únicament en el criteri del control en relació amb aquestes entitats.

Juntament amb els criteris que ja es contemplaven al SEC 95, el SEC 2010 ha incorporat nous indicadors (fins a vuit) per determinar si una entitat està o no controlada per les AP⁹, tant per a societats com per a ISFL. El Manual del SEC 2010, en la seva edició 2016, ha introduït canvis principalment pel que fa al criteri del control de les societats, però no ha modificat res sobre el control d'institucions sense finalitat de lucre (ISFL).

Com es determina el control en el cas de les entitats sense ànim de lucre?

El SEC estableix que una entitat sense ànim de lucre està controlada pel govern quan aquest en determina la política general. Aquesta anàlisi s'ha de fer en funció de cinc indicadors que, d'acord a Eurostat, en la majoria de casos requeriran d'una valoració conjunta. Els cinc indicadors¹⁰ són:

- Nomenament dels responsables.
- Existència d'instruments que limitin la política general de la institució, entesa com la capacitat per part del govern de revocar o vetar responsables, aprovar el pressupost o altres acords financers i, molt especialment, si és necessària aprovació prèvia del govern per dissoldre la institució o canviar l'orientació del negoci.
- Existència d'acords contractuals que suposin tota o la major part de l'activitat, tot i que caldrà que es valori també si l'entitat té capacitat de rescindir el contracte.
- Grau de finançament públic.
- Exposició per part de l'Administració als riscos financers derivats de les obligacions contraentres per l'entitat.

De tots aquests indicadors, en el cas de la majoria de les ISFL que gestionen hospitals que operen al SISCAT, només serien rellevants l'existència d'acords contractuals i el grau de finançament públic, atès que la resta d'indicadors no es complirien. En aquest sentit, és imprescindible determinar si aquests dos indicadors són per si sols condició suficient per classificar una ISFL dins del sector d'Administracions Públiques.

A diferència de la regulació de les societats (apartat 20.310 del Reglament del SEC 2010), en el cas de les ISFL

no s'especifiquen quins indicadors són suficients per si mateixos per determinar el control d'una entitat (ni en el Reglament del SEC 2010, ni en el Manual del SEC 2010). El que sí deixa clar el Reglament del SEC 2010 (apartat 20.15) és que el finançament majoritari per part de les administracions públiques no és un indicador que per si mateix permeti determinar el control públic d'una ISFL.

De fet, en una anàlisi específica del sector educatiu (sector similar al que analitzem en termes de model de concertació), Eurostat posa de manifest que el finançament majoritari per part del govern, per si mateix, no en determina el control¹¹. En aplicació d'aquests criteris, pot veure's la visita de diàleg a Dinamarca (setembre 2014), on es va concloure la classificació sectorial de les escoles privades fora del sector AP¹².

L'anàlisi de les decisions d'Eurostat posa de manifest que els indicadors rellevants i que continuen essent considerats suficients són aquells que fan referència a la configuració dels principals òrgans directius de l'entitat (com el consell d'administració o patronat) i la propietat de la majoria de drets de vot, així com la capacitat de l'entitat de prendre decisions sobre la seva transformació i extinció sense necessitat d'autorització prèvia. És destacable que en cap de les decisions d'Eurostat des de l'entrada en vigor del SEC 2010 s'ha considerat com a controlada per l'Estat una entitat en què aquest no estigui present –ni directament ni indirecta– en els seus òrgans de direcció o govern. Tampoc les decisions emeses consideren que el finançament majoritari o l'existència d'acords contractuals siguin elements determinants de control en el cas de les ISFL¹³.

Adicionalment, cal posar de manifest que els criteris relacionats amb el finançament i la contractació generalment són examinats en profunditat per determinar si una entitat pública és productora o no de mercat.

Quant a la classificació sectorial dels hospitals, després de l'entrada en vigor del SEC 2010 i d'una anàlisi de les visites de diàleg als estats membres, es pot concloure que només s'han reclassificat hospitals públics dins del sector Administracions Públiques per no donar compliment al criteri de mercat. És a dir, en cap cas la modificació dels criteris de control ha implicat reclassificació d'entitats privades dins del sector Administracions Públiques¹⁴.

El SEC estableix que una entitat sense ànim de lucre està controlada pel govern quan aquest en determina la política general.

La reclassificació sectorial d'una entitat a l'Estat espanyol

D'acord amb la llei¹⁵, la delimitació sectorial de les diferents unitats del sector públic correspon al Comitè Tècnic de Comptes Nacionals. Aquest Comitè Tècnic està format per la Intervenció General de l'Estat (IGAE), el Banc d'Espanya i l'Institut Nacional d'Estadística (INE).

La inclusió d'una entitat en el sector AP queda reflectida en l'Invente (Inventari d'ens del sector públic). En el cas de les entitats del sector sanitari, les entitats estan majoritàriament classificades dins del subsector de Comunitats Autònomes, tot i que alguna entitat pública de majoria municipal està inclosa en el subsector Administració Local. En el marc de les seves actuacions, l'any 2016 l'IGAE ha procedit a incloure dins de l'Invente i, en particular, dins del subsector de Comunitats Autònomes, una entitat privada sense finalitat de lucre –Althaia– (el contingut d'aquest inventari es pot consultar a: <http://www.igae.pap.minhap.gob.es/sitios/igae/ca-ES/invente/Paginas/inicio.aspx>).

Cal assenyalar que amb anterioritat, sota la vigència del SEC 95, les actuacions de reclassificació de les EPIC del sector sanitari català s'havien fet de conformitat amb la Intervenció General de la Generalitat de Catalunya. En el cas d'Althaia i d'altres entitats respecte de les quals l'IGAE ha sol·licitat informació, la Intervenció General de la Generalitat de Catalunya no només no ha sol·licitat la seva reclassificació en el sector AP, sinó que s'hi ha mostrat contrària. De fet, la Generalitat de Catalunya va decidir no incloure Althaia en el seu projecte de Llei de pressupostos per al 2016.

El mes d'octubre, l'Estat espanyol i la resta d'estats membres han de presentar els seus projectes de plans pressupostaris, que inclouen, entre altra informació, les dades relatives al deute i dèficit públics¹⁶. Per tant, aquest moment és clau, perquè la decisió prèviament adoptada

en l'àmbit nacional (en aquest cas, la classificació d'Althaia com a Administració Autònoma) és comunicada a la Comissió Europea.

El SEC aplicat al sector sanitari català

Actualment, 37 de les 66 unitats proveïdores que componen l'àmbit d'atenció especialitzada d'aguts del SISCAT estan classificades en el sector AP a efectes de Comptabilitat Nacional, 5 en el subsector Administració Local, i la resta (32) en el subsector Administració Regional.

Entre les entitats classificades com a Administració Pública, hi ha dues fundacions que tenen patronats amb clara majoria de l'Administració (més del 80% en ambdós casos). En aquests supòsits, el control de l'entitat s'exerceix per l'Administració, ja que aquesta domina l'òrgan de govern i, a través seu, la capacitat de nomenar el seu màxim directiu.

En el cas d'Althaia, l'Administració local només posseeix un 30% dels drets de vot i, per tant, no té capacitat de control del Patronat. Tot i que és l'Administració local la que té presència en el seu òrgan de govern, Althaia ha estat classificada dins del subsector Administració Regional; i, per tant, consolida en els comptes de la Generalitat de Catalunya. Un dels possibles motius pels quals Althaia ha estat objecte de reclassificació són les subvencions rebudes de la Generalitat per a la remodelació de l'Hospital de Sant Joan de Déu de Manresa; aquest factor el comparteixen la major part d'entitats sobre les quals la IGAE ha sol·licitat informació.

Les subvencions són en general subvencions finalistes lligades a obres de millora o remodelació de les instal·lacions. La concessió d'aquest tipus de subvencions es deriva del fet que la tarifa del CatSalut per l'activitat només està destinada a cobrir costos de funcionament i



no d'inversió (és la mateixa per a tota la xarxa, independentment de la titularitat de l'immoble on es presten els serveis). Ara bé, l'existència de subvencions és un factor clau per determinar si l'entitat és o no un productor de mercat, però no és determinant del criteri del control.

De l'anàlisi dels indicadors del SEC 2010, aplicats a les entitats privades sense ànim de lucre que operen al SISCAT, es desprèn que:

- Quant a la configuració de l'òrgan de govern, només hi ha quatre entitats on l'Administració (sumant el pes de la local i l'autonòmica) tingui una participació majoritària i dues d'aquestes entitats ja estan classificades com a Administració Pública. Per a tota la resta, la presència de l'Administració en l'òrgan de govern és minoritària, i per tant, aquesta no pot controlar la seva política general, ni nomenar ni destituir els seus gestors, ni l'entitat ha de retre comptes més enllà del què marca la pròpia relació contractual.
- L'Administració no disposa d'instruments legals o a través dels estatuts per controlar la política general d'aquestes entitats, que aproven els seus pressupostos sense autorització del govern, poden designar o destituir lliurement els seus òrgans de control o participació, dirigir autònomament les seves auditories, i decidir i controlar directament el seu endeutament. Per la importància que li dóna el propi Eurostat, és important destacar que aquestes entitats poden ser subjecte de transformació orgànica o en la seva titularitat sense que la Generalitat hi pugui intervenir.
- Les entitats poden lliurement cessar o limitar la seva activitat realitzada per al sector públic en funció dels seus interessos, respectant només les seves obligacions contractuals, i tenen capacitat per desenvolupar o ampliar la seva activitat privada al mercat. De fet, moltes d'aquestes disposen d'importants ingressos provinents de l'activitat privada.

L'absència de licitacions es deriva de la regulació especial sectorial en l'àmbit hospitalari en virtut de la col·laboració privada que consagra la Llei general de sanitat, així com de la Directiva europea de contractació que permet un règim especial en serveis dirigits a la ciutadania: educatius, socials, sanitaris, excloent-los del seu àmbit d'aplicació. L'absència de licitacions no comporta la dependència o control del govern.

- Tot i que el finançament públic és majoritari, aquestes entitats disposen d'altres formes de finançament. L'obtenció dels fons públics està subjecta a la prestació efectiva de l'activitat concertada i concebuda a preus de mercat, en virtut d'unes tarifes que comparteixen entitats públiques i privades. Addicionalment, Eurostat afirma que la presència de compradors privats és un element que corrobora l'existència d'una situació de mercat, encara que la proporció d'aquests sigui inferior a la de l'Administració pública.

- La Generalitat no té capacitat de decisió o control sobre l'endeutament de l'entitat ni responsabilitat sobre el dèficit, de tal manera que els resultats d'explotació repercuteixen únicament sobre l'entitat i els seus propietaris, sense exposició al risc de l'Administració derivada de la seva relació amb l'entitat.

Una interpretació estricta del criteri del control, com la que adopta el Comitè Tècnic de Comptes Nacionals per reclassificar una entitat com Althaia, comporta que tots els hospitals gestionats per fundacions privades (17) estarien en perill real de ser reclassificats com a sector AP. Al marge queden hospitals pertanyents a ordes religiosos (4) –per a un dels quals la IGAE ja ha demanat informació per considerar-ne la reclassificació–, una mutualitat i quatre hospitals pertanyents a societats mercantils amb ànim de lucre, dos dels quals ja han estat *de facto* expulsats del SISCAT¹⁷.

Destacar que la possible reclassificació d'ISFL en el sector AP pot tenir implicacions en la lluita que des de fa anys sostenen algunes EPIC perquè se les consideri societats no financeres de mercat i, per tant, fora del sector AP on se situen ara. El criteri de productor o no de mercat ha estat molt probablement un dels aspectes que més s'ha endurit en el nou SEC 2010 en relació amb el SEC 95. Un important argument per defensar que es tracta de productors de mercat és el fet que el sistema de pagament és idèntic per a proveïdors públics i privats. Ara bé, si aquests últims passen majoritàriament a ser considerats sector públic, o són exclosos de la xarxa en tenir finalitat de lucre, l'argument de la concurrència de proveïdors públics i privats perdrà força.

La possible reclassificació d'ISFL en el sector AP pot tenir implicacions en la lluita que des de fa anys sostenen algunes EPIC perquè se les consideri societats no financeres de mercat i, per tant, fora del sector AP on se situen ara.



Implicacions de la possible reclassificació d'entitats privades sense ànim de lucre

La normativa de la UE estableix límits al dèficit i deute dels estats membres i paràmetres de control. Ara bé, això no comporta indefectiblement limitar la capacitat de gestió de les unitats institucionals que formen part de l'Administració pública en termes de SEC. Tot i així, en referència a l'ordenament intern, la inclusió en el sector AP sí que comporta l'aplicació d'una sèrie de normes, de les quals sí que es deriven limitacions per a la capacitat de gestió de les entitats.

A través de la revisió de la normativa que avui en dia limita ja la capacitat d'empreses públiques i consorcis del sector sanitari i els sotmet a controls de diversa índole, es pretén analitzar quines possibilitats hi hauria que –només derivat de la seva condició d'Administració pública a efectes de SEC– fossin d'aplicació les diverses normes i controls a les entitats privades sense ànim de lucre.

Implicacions en matèria de gestió pressupostària, endeutament i control

La Llei orgànica d'estabilitat pressupostària s'aplica, en sentit estricte, a les entitats que integren el sector Administracions Públiques en termes de SEC¹⁸. Per tant, si una entitat s'integra en aquest sector, li resulten automàticament aplicables totes les limitacions en matèria de ges-

tió pressupostària establertes per les successives lleis de pressupostos de l'Estat, si no existeix exempció expressa.

Aquest va ser el cas de les empreses públiques i consorcis sanitaris. En aquest sentit, la Llei 7/2011, de 27 de juliol, de mesures fiscals i financeres va tractar de protegir la situació especial de les EPIC del sector sanitari. En els articles 68 a 70 s'atorga un règim especial d'autonomia de gestió a les entitats públiques de l'àmbit salut que abasta, no només la gestió pressupostària, sinó també la gestió de personal, la capacitat per determinar l'estructura i l'organització, etc. La llei preveu, però, que aquesta situació especial d'autonomia de gestió es pugui perdre en cas que es desviïn en negatiu "del resultat pressupostari previst en el pressupost de la Generalitat". Posteriorment, amb data 3 de juny de 2014, es va publicar una instrucció conjunta dels departaments d'Economia i Salut en la qual s'interpretava tant l'abast de l'autonomia de gestió com el compliment de l'objectiu general pressupostari. Aquest darrer queda vinculat al compliment de l'indicador capacitat/necessitat de finançament en termes de comptabilitat nacional SEC 2010.

Aquesta excepcionalitat que afecta les limitacions derivades de la legislació catalana –i només en el cas de les entitats que compleixin els requisits–, no afecta les disposicions de la normativa estatal, que es considera normativa bàsica i, per tant, d'aplicació.

En el cas dels consorcis, s'ha fet un pas més per desdibuixar-ne la independència, a través de la Llei 27/2013, de 27 de desembre, de racionalització i sostenibilitat de l'Administració local (LRSAL). Aquesta llei, al·ludint l'estabilitat pressupostària, obliga tot consorci a adscriure's a una Administració pública, i a sotmetre's al seu règim orgànic, funcional, financer i de personal. Aquesta llei es complementa amb la Llei 15/2014, de 16

de setembre, de racionalització del sector públic i altres mesures de reforma administrativa, que contempla certes previsions per als consorcis i dota d'un règim especial els consorcis sanitaris (disposició final desena) adscrits a l'Administració autonòmica, que sobretot els faculta per contractar personal.

Tot i que aquesta darrera disposició final ha salvat momentàniament els consorcis de la desaparició a efectes pràctics, l'amenaça de nova regulació imminent persisteix.

Tenint en compte el que succeeix amb les EPIC, la inclusió de fundacions privades en el sector públic autonòmic podria suposar que, en cas d'incomplir el pressupost previst en els comptes de la Generalitat, l'entitat perdés la seva autonomia de gestió. Quin paper es reserva al patronat d'una entitat privada si aquesta no disposa d'autonomia de gestió, entesa tal i com disposa la pròpia llei com la capacitat de definir la seva organització, d'aprovar i gestionar els seus pressupostos i disposar del seu patrimoni, etc.?

Règim pressupostari i de les operacions d'endeutament

A través de la Llei de finances públiques de Catalunya¹⁹ s'estableix el règim pressupostari i de les operacions d'endeutament de les entitats del sector públic. Aquesta llei es complementa amb les ordres que, des del Departament d'Economia, s'elaboren cada any en relació amb la tramitació del pressupost.

Curiosament, l'actual formulació de la Llei de finances públiques deixaria fora les entitats privades sense ànim de lucre i sense participació majoritària de la Generalitat –com és el cas d'Althaia– atès que, entre les entitats autònomes (segons l'article 4 de la Llei de finances públiques, que són les subjectes a la Llei de pressupostos) no apareixen societats de dret privat que no tinguin participació majoritària de la Generalitat. Igualment, en el cas de les operacions d'endeutament, la normativa aplicable no inclou directrius per a entitats de dret privat sense participació majoritària de la Generalitat²⁰.

Tot i que aquesta sigui la situació normativa actual, s'ha de suposar que –en cas que es confirmés la inclusió de determinades entitats sense ànim de lucre no participades majoritàriament per la Generalitat en el sector Administracions Públiques– caldria regular aquest fet i, tenint

en compte que un dels objectius és el control de dèficit i del deute, aquestes entitats haurien d'acabar demanant autorització per les seves operacions d'endeutament i de disposició del seu patrimoni.

Control per part de la Intervenció i la Sindicatura de Comptes

En la Llei de finances públiques de Catalunya (article 71) s'estableix que: “Les entitats públiques que formen part del sector públic de la Generalitat amb participació majoritària, directament o indirectament, i també les altres entitats incloses en el sector d'administracions públiques de la Generalitat segons el sistema europeu de comptes, són objecte de control financer mitjançant la forma d'auditoria sota la direcció de la Intervenció General, d'acord amb el pla anual que per a cada exercici econòmic aprova el conseller o consellera del departament competent en matèria d'economia i finances a proposta de la Intervenció General”.

Existeix així mateix una instrucció²¹ conjunta del CatSalut i la funció interventora, a la qual segueix una altra de la Intervenció General, on s'estableix que les auditories externes queden sota la direcció de la Intervenció General “essent aquesta l'encarregada de la supervisió, de l'execució del contracte i de dictar les instruccions”. Aquesta instrucció implica que l'auditoria externa reporta *de facto* a la Intervenció i no a l'òrgan de govern de l'entitat. La instrucció conjunta de CatSalut i la Intervenció inclou específicament en el seu àmbit d'aplicació: “Altres entitats sanitàries del sector salut amb participació minoritària de la Generalitat incloses en el sector

Administració Pública de la Generalitat segons el sistema europeu de comptes”.

Des del punt de vista de la governança de les institucions, a banda del que pugui representar des del punt de vista administratiu el control per part de la intervenció, aquesta instrucció implica de nou una supeditació del patronat de les entitats privades reclassificades a la Intervenció General.

Juntament amb el control intern que exerceix la Intervenció General, amb posterioritat aquestes entitats seran objecte del control extern efectuat per la Sindicatura de Comptes²². La Sindicatura de Comptes és l'òrgan fiscalitzador extern dels comptes, de la gestió econòmica i del control financer de la Generalitat, dels ens locals i de la resta del sector públic de Catalunya. La Sindicatura de Comptes fiscalitza la si-

La inclusió en el sector Administració Pública d'una entitat té implicacions pressupostàries i d'endeutament, de control i intervenció, i de gestió de personals i contractació.

tuació econòmica, financera i patrimonial, els resultats de l'exercici, l'execució i la liquidació dels pressupostos i l'assoliment dels objectius respecte dels objectius pressupostaris. A diferència de la Intervenció, la Sindicatura pot exercir les funcions jurisdiccionals relatives a fets que poden ésser constitutius de responsabilitat comptable d'acord amb l'Estatut de Catalunya i d'acord amb el Tribunal de Comptes de l'Estat.

Implicacions en matèria de gestió del personal

Des del 2011, les lleis de pressupostos han anat imposant, a tota aquella entitat considerada sector públic a efectes de SEC, limitacions a la taxa de reposició i al creixement de la massa salarial i de les retribucions, independentment de la seva situació pressupostària.

Així, en cas d'inclusió de les entitats privades sense ànim de lucre en el sector AP, la política de la institució en matèria de recursos humans quedaria supeditada a allò establert per la Llei de pressupostos. Aquesta limitació suposa una vulneració directa dels estatuts de moltes entitats que confereixen en exclusiva als seus patronats l'aprovació de la política general de la institució. Així, es podria donar el cas que una entitat decidís diversificar la seva activitat en una nova línia de serveis privats i no tingués capacitat de contractar el personal necessari per les limitacions imposades en l'àmbit de contractació de personal per part de l'Estat.

Implicacions en matèria de contractació

Text refós de la Llei de contractes del sector públic

El Text refós de la Llei de contractes del sector públic²³ en seu article 3 h) estableix dins del seu àmbit subjectiu d'aplicació: "h) Qualsevol ens, organismes o entitats amb personalitat jurídica pròpia, que hagin estat creats específicament per satisfer necessitats d'interès general que

no tinguin caràcter industrial o mercantil, sempre que un o diversos subjectes pertanyents al sector públic en financin majoritàriament l'activitat, en controlin la gestió, o nomenin més de la meitat dels membres del seu òrgan d'administració, direcció o vigilància".

D'acord amb aquesta definició, qualsevol entitat proveïdora del SISCAT, independentment que es tracti o no d'una entitat considerada Administració Pública a efectes de SEC, podria arribar a ser subjecta al Text refós de la Llei de contractes del sector públic (TRLCSF), atès que satisfà activitats d'interès general sense caràcter industrial o mercantil i rep un finançament majoritari del sector públic per la seva activitat.

Encara sota la Llei 30/2007, de 30 d'octubre, de contractes del sector públic (però amb idèntic redactat sobre l'àmbit subjectiu d'aplicació de la llei), davant del dubte sobre si totes les entitats del SISCAT quedarien subjectes al TRLCSF, l'any 2009 es va plantejar una consulta a la Junta Consultiva de Contractació Administrativa on es preguntava si les mutualitats de previsió social, ordes religiosos, fundacions privades i societats mercantils pertanyents a la xarxa pública quedaven subjectes a la llei. Aquesta pregunta fou respon-

ta mitjançant informe de la Junta Consultiva²⁴. Aquest informe eximia de l'aplicació del TRLCSF al sector privat emparant-se en la Directiva europea 2004/18/CEE i en les sentències del Tribunal de Justícia de la Comunitat Europea (TJCE) que estableixen que "una entitat per a ser qualificada d'organisme de dret públic ha de complir, de forma acumulativa, els tres requisits enunciats en les directives sobre coordinació dels procediments d'adjudicació dels contractes públics, això és: ha de ser un organisme creat per satisfer necessitats d'interès general que no tinguin caràcter industrial o mercantil, dotat de personalitat jurídica, i l'activitat del qual depengui estretament de l'Estat, dels ens territorials o d'altres organismes de dret públic". Pel que fa la dependència de l'Estat, l'informe establia –sempre en referència al TJCE– que "concorre aquest requisit [dependència de l'Estat] quan existeix una influència determinant i decisiva per part del subjecte del sector públic en la presa de decisions de l'organisme, és a dir, quan té un control equivalent a aquell que ostenta el subjecte sobre els seus propis òrgans. Aquest control o tutela opera a tres nivells diferents: finançament, control i direcció de l'organisme de què es tracta. En termes de l'LCSP, aquest requisit concorre quan "un o diversos

L'aplicació de l'ordenament jurídic actual fa que, un cop una entitat és considerada Administració Pública a efectes del SEC, difícilment podrà tornar a argumentar que no estigui controlada pel govern, tot i que no ho estigués abans de rebre aquesta consideració: el peix que es mossega la cua.



subjectes pertanyents al sector públic financen majoritàriament la seva activitat, controlen la seva gestió, o nomenen més de la meitat dels membres del seu òrgan d'administració, direcció o vigilància”.

L'informe conclouïa que no es podia considerar que les entitats complissin el criteri de finançament perquè d'acord amb el TJCE només tenien consideració de finançament públic aquells ajuts sense contraprestació específica i no per tant les quantitats satisfetes en contraprestació d'activitats. Ara bé, què podria passar amb les entitats privades que fossin reclassificades com a Administració Pública a efectes de SEC?

D'acord amb l'anàlisi que fa la Junta Consultiva, el factor de dependència del sector públic és clau. Aquesta dependència es mesura en termes de finançament majoritari, de control sobre la seva gestió o de nomenament de la meitat dels seus responsables. Tot i que d'acord amb els criteris de la Junta Consultiva no concorreria el criteri de finançament, la reclassificació com una entitat privada sense ànim de lucre en el sector Administracions Públiques implica que hi ha control de l'entitat per part del sector públic. Atès que els requisits de dependència no es plantegen de manera acumulativa (finançament, control de la gestió o nomenament dels responsables), si es pretén una coherència de la normativa europea, la reclassificació dins del sector Administracions Públiques hauria d'implicar la subjecció al Text refós de la Llei de contractes del sector públic.

Llei de morositat

La coneguda com a Llei de morositat²⁵ preveu en el seu article 2 b) que, a efectes d'Administració, es consideri “els ens, organismes i entitats que formen part del sector

públic, d'acord amb l'article 3.3 de la Llei 30/2007, de 30 d'octubre, de contractes del sector públic”. D'acord amb l'argumentació exposada en la secció anterior, les entitats reclassificades tindrien un elevat risc de ser considerades com a poders adjudicadors d'acord amb la LCSP i, en conseqüència, també quedarien subjectes a la Llei de morositat.

La consideració d'Administració a efectes de l'aplicació de l'anomenada llei suposa una reducció del termini de pagament a proveïdors de 60 a 30 dies. Aquesta reducció en els terminis de pagament pot suposar per a les entitats un encariment de les despeses financeres, ja sigui perquè requereixin de finançament addicional (perquè allò que finançaven abans mitjançant proveïdors dintre dels terminis de la llei, ara hauran de cercar de fonts de finançament alternatives) o bé perquè quedaran subjectes al pagament d'interessos de demora si mantenen uns terminis de pagament superiors als 30 dies.

Conclusions: implicacions sobre la governança de les institucions

L'òrgan de govern de qualsevol entitat és el responsable de vetllar pel compliment de la missió i de definir la seva estratègia a mitjà i llarg termini d'acord amb els valors institucionals. Els membres d'un òrgan de govern tenen responsabilitat personal de naturalesa civil, penal, administrativa i fiscal sobre les actuacions de l'entitat, així com –en el cas que ens ocupa– responsabilitat comptable derivada de l'administració de cabals públics, de la qual poden respondre amb els seus béns.

Els estatuts estableixen la composició d'aquest òrgan de govern i, en el cas de les entitats sense ànim de lucre del SISCAT, reparteixen la representació entre les entitats que han fet aportacions patrimonials, la societat civil i, en algun cas, una representació minoritària de les administracions locals o autonòmiques. La possible reclassificació d'Althaia i altres entitats de naturalesa similar suposaria supeditar *de facto* gran part de la política general de la institució a les directrius de la Generalitat, que no tenen perquè ser coincidents ni amb l'estratègia de la institució ni amb la de les entitats que formen part del seu patronat o òrgan de govern, més enllà del que s'estableixi en la relació contractual signada entre l'Administració i l'entitat. Tal i com s'ha descrit al llarg d'aquest article, la política salarial, de contractacions, les operacions d'endeutament o fins i tot la capacitat per disposar del seu patrimoni o aprovar un pressupost deficitari (per exemple lligat a una política d'expansió) poden quedar fora de la capacitat del seu òrgan de govern.

Quin paper juga un patronat d'una entitat privada si aquesta no disposa d'autonomia de gestió (entesa com la capacitat de definir la seva organització, d'aprovar i gestionar els seus pressupostos i disposar del seu patrimoni, etc.) i en canvi manté les responsabilitats sobre les actuacions de l'entitat? És una situació sostenible a llarg termini o pot representar *de facto* la dissolució d'aquestes entitats? No pot representar això en certa mesura una apropiació per part de la Generalitat d'un patrimoni que inicialment pertanyia a la societat civil?

Perquè, un cop entrat a formar part del sector AP, pot ser tremendament difícil sortir-ne. L'aplicació de l'ordenament jurídic actual fa que, un cop una entitat és considerada Administració Pública a efectes de SEC, difícilment podrà tornar a argumentar que no estigui controlada pel govern, tot i que no ho estigués abans de rebre aquesta consideració: el peix que es mossega la cua.

Aquesta tendència pot reduir substancialment un sector privat sense ànim de lucre (ISFL) que juga un paper essencial en la prestació de serveis públics, però que no consolida a efectes de determinar els nivells de déficit i deute públics i, per tant, no es veu sotmès a les restriccions del sector AP. ■

Notes

1. El Sistema Europeu de Comptes SEC 95 va ser establert pel Reglament (CE) núm. 2223/96. El SEC 95 va ser derogat per l'actual SEC 2010, aprovat pel Reglament UE núm. 549/2013 del Parlament Europeu i del Consell, de 21 de maig de 2013, aplicable a partir de setembre de 2014.
2. Paràgraf 1.01 del SEC 2010, aprovat pel Reglament UE núm. 549/2013 (traducció de les autores de l'article).
3. EUROSTAT. *Manual on Government Deficit and Debt. Implementation of ESA 2010*, edició 2016 (en endavant, Manual del SEC-2010). La darrera versió del Manual del SEC 2010 és la publicada el 4 de març de 2016, que va substituir la versió anterior de 2014.
4. Eurostat aprova "decisiones (advice) per guiar l'actuació dels estats membres a l'hora de comptabilitzar determinades operacions conflictives a efectes de determinar els nivells de déficit i deute públics. Es troben disponibles a: <http://ec.europa.eu/eurostat/web/government-finance-statistics/methodology/advice-to-member-states>.
5. Regulades al Reglament (CE) núm. 479/2009, les "visites de diàleg" són actuacions de cooperació entre Eurostat i les autoritats estadístiques dels estats membres, que tenen la finalitat, entre d'altres, d'examinar qüestions metodològiques i detectar els riscos o problemes potencials en relació amb la qualitat de les dades notificades.
6. Apartat 20.17.
7. Una "unitat institucional" es caracteritza per gaudir d'autonomia de decisió en la seva funció principal i per disposar d'un conjunt complet de comptes. Els requisits per considerar que es disposa d'autonomia de decisió són: ser titular de béns i actius amb facultat per disposar-ne, disposar de capacitat per fer activitats econòmiques de les que l'entitat és responsable davant la llei i tenir capacitat per acceptar passius en nom propi i acceptar obligacions i compromisos futurs i subscriure contractes (Apartat 2.12 del Reglament del SEC 2010).
8. El SEC 2010 distingeix entre el "sector públic" i el "sector Administracions públiques". El sector públic és més ampli, perquè està format, no només per les Administracions públiques, sinó també per les societats públiques, que són unitats públiques productores de mercat (apartat 20.303 del SEC 2010).
9. La IGAE ha assenyalat que el SEC 2010 reforça el criteri del control públic d'una entitat. Vegi's IGAE, *Nota sobre los cambios metodológicos de aplicación del nuevo SEC 2010 que afectan a las cuentas de las Administraciones Públicas*, Madrid, 30 de setembre de 2014.
10. Apartat 20.15 del Reglament del SEC 2010.
11. EUROSTAT, Manual del SEC-2010, apartat 20, pág. 20: "Como cuestión de principio, la mera financiación de la unidad educativa no debería ser, como tal, un criterio determinante para clasificar las unidades educativas sostenidas por el gobierno. Es probable que el gobierno ejerza alguna influencia en el uso de sus fondos. Sin embargo, si la influencia del gobierno solo toma la forma del respeto a los estándares (en relación con los programas docentes; la calidad de la educación; las condiciones materiales; las competencias de los profesores; etc.), que se imponen a cualquier unidad educacional independientemente de su estatuto, entonces eso no es control. También es frecuente que diferentes tipos de escuelas (unidades públicas; instituciones sin ánimo de lucro privadas; etc.) formen parte del sistema educativo. Así, la aplicación de estándares similares o de normas, a un amplio número de unidades, parece ser una importante característica en el caso de estas instituciones sin ánimo de lucro".



12. EUROSTAT, *Final findings EDP standard dialogue visit to Denmark, 24-25 September 2014*. Luxemburg, 23 de febrer de 2015, pàg. 15.
13. Pot veure's: EUROSTAT, *Statistical Classification of the Fundação Luso-Americana para o Desenvolvimento (FLAD)*. Portugal. (Decisió d'Eurostat de 24 de març de 2015.)
14. És el cas d'Àustria. Vegeu EUROSTAT, *Final Findings. Excessive Deficit Procedure (EDP) dialogue visit to Austria, 7-8 July 2014*. Luxemburg, 9 d'abril de 2015, pàg. 16 i 17.
15. Llei orgànica 6/2013, de 14 de novembre, de creació de l'Autoritat Independent de Responsabilitat Fiscal (disposició addicional 1a). En exercici de les seves funcions, el Comitè Tècnic de Comptes Nacionals realitza actuacions de verificació i contrast de la informació subministrada per les unitats institucionals pertanyents als subsectors de Comunitats Autònomes i Corporacions Locals.
16. Reglament (UE) n° 473/2013 del Parlament Europeu i del Consell, de 21 de maig de 2013, sobre disposicions comunes per al seguiment i l'avaluació dels projectes de plans pressupostaris i per a la correcció del dèficit excessiu dels estats membres de la zona de l'euro.
17. En el SISCAT operaven quatre hospitals privats sense ànim de lucre, tres d'ells pertanyents a Quirónsalud. A dia d'avui, un d'aquests tres ja han estat expulsats, en no haver-se renovat el concert (Clínica del Vallès) i està en procés la finalització del concert amb l'Hospital General de Catalunya.
18. Article 2, apartat 1, de la Llei orgànica 2/2012, de 27 d'abril, d'estabilitat pressupostària i sostenibilitat financera.
19. Decret legislatiu 3/2002, de 24 de desembre, pel qual s'aprova el Text refós de la Llei de finances públiques de Catalunya.
20. Quan la participació de la Generalitat és minoritària, com és el cas d'Althaia, les obligacions són d'informació. L'article 22 bis de la Llei de finances públiques de Catalunya estableix que: "Totes les entitats autònomes, empreses de la Generalitat i societats, consorcis, fundacions i altres entitats de qualsevol forma jurídica admesa en dret en què participa la Generalitat han d'informar el Departament d'Economia i Finances sobre les disposicions que efectuïn de les operacions d'endeutament formalitzades, i també de l'aplicació que en fan."
21. Instruccions conjuntes de la Intervenció General i la Direcció del Servei Català de la Salut en relació amb el règim de control de les entitats del sector públic de l'àmbit Salut, del 4 de maig de 2015.
22. Llei 18/2010, de 7 de juny, de la Sindicatura de Comptes.
23. Reial decret legislatiu 3/2011, de 14 de novembre, pel qual s'aprova el text refós de la Llei de contractes del sector públic.
24. Informe 2/2009, de 28 de maig, de la Comissió permanent de la Junta Consultiva de Contractació Administrativa de la Generalitat de Catalunya.
25. Llei 3/2004, de 29 de desembre, per la qual s'estableixen mesures de lluita contra la morositat en les operacions comercials, en la redacció donada per la Llei 15/2010, de 5 de juliol.

Benchmarking Unió:

una eina de gestió aplicada per a la millora contínua dels serveis

JOAN MARIA FERRER

Joan Maria Ferrer és doctor en Medicina per la Universitat de Barcelona, diplomad en Gestió Hospitalària i en Metodologia de la Qualitat, MBA per ESADE, i auditor de Joint Commission International. Té 27 anys d'experiència en el sector sanitari; ha participat i dirigit més de 150 projectes de consultoria estratègica i ha auditat la qualitat hospitalària en 15 països arreu del món. Dirigeix la Fundació Unió, que ofereix serveis, assessorament i consultoria a les entitats associades a La Unió, i coordina des de fa deu anys el projecte *Benchmarking Unió*.

PERE PASCAL

Pere Pascal és llicenciat en Ciències Econòmiques per la Universitat Pompeu Fabra i màster en Operacions i Innovació per ESADE. Després de treballar durant més de deu anys en l'àmbit de la consultoria estratègica en projectes d'empreses multinacionals, els darrers cinc anys s'ha centrat en el sector sanitari i social, i ha col·laborat en diversos projectes de millora per a centres associats a La Unió. És consultor d'Assessorament, Consultoria i Serveis a l'Associat de la Fundació Unió.

EL BENCHMARKING ÉS UNA EINA DE MILLORA CONTÍNUA

que metodològicament descansa en un procés de construcció de coneixement compartit per identificar les millors pràctiques d'una organització, amb interès per aprendre-les i adoptar-les per millorar els propis resultats.

Diverses són les experiències i iniciatives endegades en el nostre entorn per compartir resultats del sector salut (Central de Resultats, Observatori de Tendències...). El projecte *Benchmarking Unió*, impulsat a iniciativa dels consells de sector i consells tècnics assessors, és una experiència que compleix deu anys. Vol ser un espai de reflexió afavoridor del

debat entre professionals per generar coneixement compartit i aprendre de les millors pràctiques que porten a resultats excel·lents en les organitzacions sanitàries, sociosanitàries i socials.

La Unió té actualment sis grups actius de *benchmarking* (Salut Mental, Atenció Especialitzada, Atenció Primària, Atenció Sociosanitària, Infermeria i Infraestructures-Serveis Generals). Hi participen un total de 40 entitats, que aporten dades de més de 200 indicadors, amb 400 usuaris que disposen d'accés a una plataforma web que serveix d'eina oberta per a l'anàlisi de les dades i la seva comparació en el temps.

En aquest article volem presentar els seus objectius, metodologia i alguns dels debats més rellevants que en molts casos han produït projectes de canvi i millora en les organitzacions, amb resultats d'èxit. Ens emportem també algunes lliçons apreses de l'experiència, i en especial, davant del volum d'informació avui disponible en el sistema sanitari d'accés universal, tenim la voluntat de seguir aportant valor als professionals de les organitzacions interessades, convertint l'experiència en un veritable *benchmarking* de processos, i fent èmfasi en l'anàlisi de la informació per generar nou coneixement.

Introducció

L'any 2006, un grup de gerents i directius d'entitats proveïdores de salut mental, des del **Consell de Sector de Salut Mental de la Unió Catalana d'Hospitals**, es van comprometre a endegar un projecte amb l'objectiu d'estructurar indicadors de gestió que servissin per aprofundir i aprendre dels resultats de gestió de les entitats, dades de les quals el sector no disposava en aquell moment.

El seu esperit pioner i l'afany de compartir i aprendre a partir dels resultats obtinguts va representar l'inici d'un projecte que va ser un estímul per a totes les entitats associades, i així es va plasmar en els objectius estratègics de l'entitat. "Fer junts allò que no podem fer sols" s'erigí com a lema per compartir coneixement, identificar els millors resultats i, en definitiva, aprendre de les bones pràctiques. Aquest procés de reflexió a partir dels resultats, d'aprenentatge de bones pràctiques i experiències compartides, amb l'interès de millorar continuament, ha constituït l'eix director del projecte que anomenem *Benchmarking* Unió.

Els diferents consells de sector i consells tècnics assessors han endegat iniciatives en cada àmbit i han estructurat un treball de *benchmarking* orientat a conèixer les realitats de cada sector d'activitat. Avui dia, La Unió té sis grups de *benchmarking* actius (Salut Mental, Atenció Especialitzada, Atenció Primària, Atenció Sociosanitària, Infermeria i Infraestructures-Serveis Generals). Hi participen un total de 40 entitats, que aporten dades de més de 200 indicadors, amb 400 usuaris que disposen d'accés a una plataforma web que serveix d'eina oberta per a l'anàlisi de les dades i la seva comparació en el temps.

Què és i quin valor afegit aporta el *benchmarking*?

Són moltes les definicions de *benchmarking*, fet indicatiu que és un terme sense una fàcil traducció a la nostra llengua. Una de les més apropiades és la que indica que fer *benchmarking* "és la recerca de les millors pràctiques d'una indústria que porten a obtenir resultats excepcionals mitjançant la implementació d'aquestes bones pràctiques"

El *benchmarking* és una de les eines de millora contínua i un procés de construcció de coneixement compartit en la recerca de les millors pràctiques organitzatives.

(Camp, 1989). Dins l'extensió del terme s'inclouen la mesura, la comparació, la identificació de bones pràctiques, la seva implementació i l'adopció de millores.

Es tracta d'una eina de millora contínua que metodològicament descansa en un procés de construcció de coneixement compartit per identificar les millors pràctiques d'una organització, amb interès per aprendre-les i adoptar-les per millorar els propis resultats. És, per tant, un exercici que analitza estratègies, funcions, processos, productes, serveis i resultats, mitjançant un mètode adequat de recollida de dades consensuades, amb la intenció

d'avaluar els estàndards actuals d'una organització, i des d'aquest punt, promoure activament millores que conduïxin a mantenir i superar aquells estàndards.

Davant els reptes que es plantegen les organitzacions sanitàries i socials, obligades a canvis permanents en un entorn altament dinàmic, la gestió i millora contínua de la qualitat constitueix una de les principals estratègies organitzatives per donar-hi resposta.

Dins aquesta estratègia, l'eina del *benchmarking* se'ns presenta com un mètode sistemàtic per a la millora contínua de la qualitat dels serveis a partir de la cooperació i aprenentatge entre organitzacions amb problemes i interessos comuns.

El sector sanitari català és un alumne avantatjat en la utilització d'aquestes eines. En els darrers anys s'han iniciat un conjunt d'iniciatives i experiències des de l'Administració sanitària que tenen com a denominador comú posar a l'abast de totes les persones que ho desitgin les dades i indicadors oficials disponibles sobre el sistema sanitari amb una periodicitat anual, en un exercici de transparència i divulgació que no té precedents en el nostre entorn. Experiències com la **Central de Resultats, els Mòduls per al Seguiment d'Indicadors de Qualitat (MSIQ)** o l'**Observatori de Tendències de la Regió Sanitària de Barcelona**, són fonts d'informació que permeten el coneixement dels resultats en salut, la seva comparació i l'anàlisi.

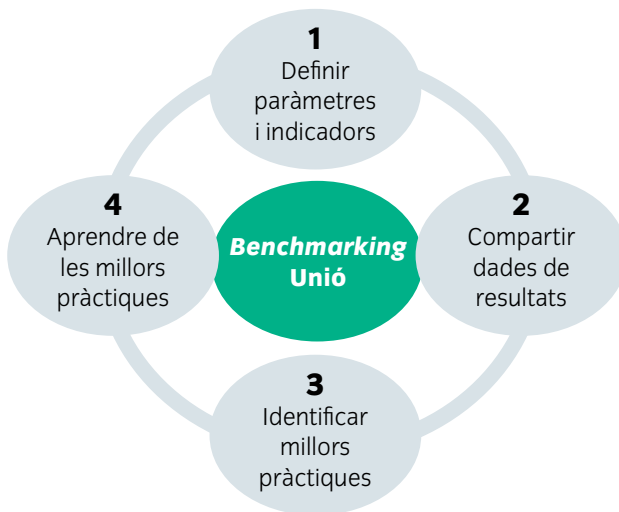
L'experiència de *Benchmarking* Unió

Amb aquesta mateixa filosofia va néixer també el projecte *Benchmarking* Unió: per ser un espai de reflexió que afavorís el debat per generar coneixement compartit i per

aprendre de les millors pràctiques que porten a resultats excel·lents en les organitzacions sanitàries, sociosanitàries i socials.

Els grups de *benchmarking* es constitueixen per iniciativa dels diferents òrgans de participació de La Unió (Consells Assessors i Consells Tècnics Assessors), que identifiquen les àrees d'interès per compartir i aprendre. L'estructura tècnica de La Unió aporta una metodologia pròpia, coordina i dona suport al treball d'aquests grups, en els quals participen professionals de diferents àrees de coneixement de les organitzacions associades que han decidit voluntàriament participar-hi.

En tots els casos, la metodologia de treball s'estructura en fases ben definides:



Volem assenyalar **tres aspectes clau** d'aquesta metodologia de treball:

- La **selecció d'indicadors** oportuns que mesurin les dimensions rellevants de cada sector d'activitat. La definició d'aquests indicadors suposa establir clares definicions i una selecció dels paràmetres de càlcul, que són determinats en un treball de diàleg i consens entre els participants. Només així es pot garantir la validesa de les dades, que és fonamental per a la seva credibilitat i comparabilitat.
- L'accés i dret d'ús d'una **eina de suport (plataforma web)** desenvolupada per la Fundació Unió amb el disseny tecnològic de l'empresa Athenea Solutions, que facilita la introducció de dades, el càlcul i la visualització de resultats, a més d'orientar l'anàlisi i correlació entre variables. Un fòrum virtual entre participants permet també resoldre dubtes i compartir informació i suggeriments.

- La realització de **debats presencials** (3-4 reunions l'any per a cada grup) on s'analitzen i debaten els principals resultats i tendències i s'identifiquen les entitats amb els millors resultats en determinats indicadors assistencials i de gestió. Es convida aquestes entitats a presentar els seus processos de treball i les actuacions de millora que els ajuden a obtenir aquests resultats d'excel·lència.

Exemples d'aprenentatge compartit

Actualment el projecte *Benchmarking Unió* té sis grups de treball actius, en els àmbits de salut mental, atenció especialitzada, atenció primària, atenció sociosanitària, infermeria i infraestructures i equipaments. Els resultats més destacats del treball realitzat per tots els grups de *benchmarking* en els darrers cinc anys han estat presentats en una jornada tècnica i són objecte d'una publicació recent (Fundació Unió, 2016).

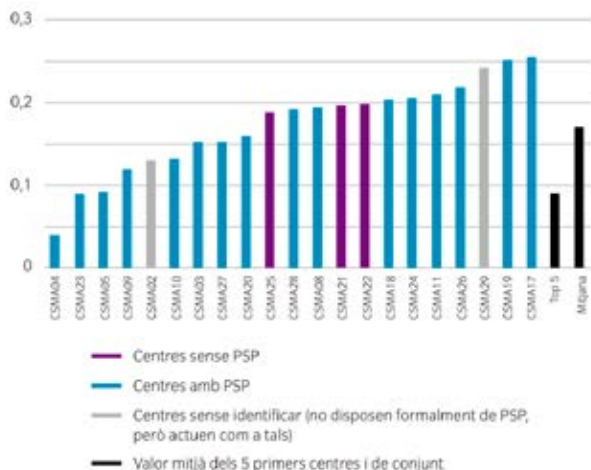


Salut mental

Un dels exemples treballats pel Grup de Benchmarking en Salut Mental és el de l'avaluació de l'eficàcia dels programes de suport a l'atenció primària (PSP). L'anàlisi comparada de determinats indicadors (satisfacció, derivació de casos, taxa d'absentisme de visites) han permès debatre i identificar un conjunt de bones pràctiques dels programes PSP, entre les quals destaquen:

- Una elevada satisfacció de pacients i professionals, gràcies a la millor accessibilitat i al foment d'un model de treball més multidisciplinari i en xarxa.
- L'augment de la concordança diagnòstica de trastorn mental sever (TMS) i greu (TMG) amb reducció del nombre de casos derivats, amb una millor concordança diagnòstica.

Taxa d'absentisme de les primeres visites



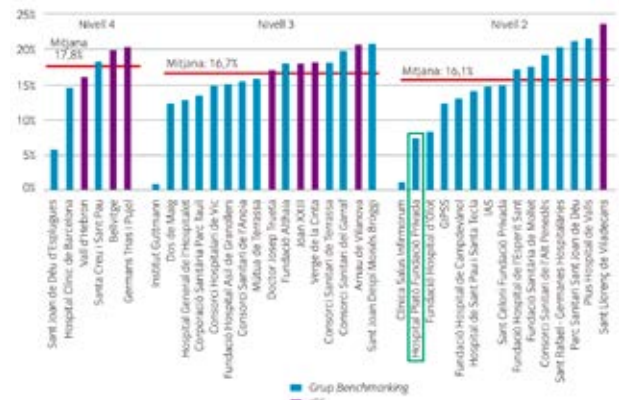
Benchmarking
 Unió és un espai de reflexió i debat que vol generar coneixement compartit i aprendre de les millors pràctiques que porten a resultats d'excel·lència.

Atenció especialitzada

Aprofitant la riquesa d'informació dels informes de la Central de Resultats en el cas dels hospitals, el grup de benchmarking va centrar la revisió en alguns dels seus indicadors, com per exemple el “percentatge d'hospitalitzacions potencialment evitables”. El debat va permetre identificar algunes de les pràctiques que expliquen per què alguns centres tenen millors resultats:

- La creació d'unitats de cirurgia sense ingrés (UCSI).
- La millora de la col·laboració entre els metges d'atenció especialitzada i els metges d'atenció primària en l'àmbit local de districte.
- La incorporació de la figura d'infermera gestora de casos.
- L'increment del control ambulatori dels pacients amb insuficiència cardíaca i MPOC.

Percentatge d'hospitalitzacions potencialment evitables



Atenció primària

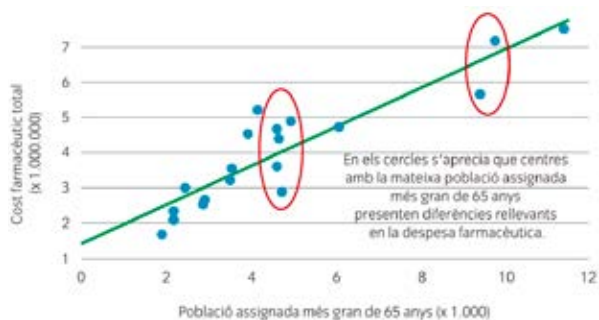
Aquest grup està orientat a compartir els resultats d'indicadors dels contractes amb el Servei Català de la Salut. Davant de les primeres reduccions en el pressupost del Departament de Salut, el grup va considerar d'interès avaluar l'evolució i l'impacte de les mesures de contenció de la despesa en els indicadors de cost farmacèutic.

L'anàlisi es va centrar en indicadors que relacionaven aquest cost amb la població assignada i atesa, la recepta o bé el metge de família.

Entre les iniciatives de millora del control de la despesa farmacèutica que els equips d'atenció primària estan implantant es van compartir:

- Disposar de sistemes informàtics de suport que permetin compartir la informació de la despesa amb els professionals assistencials.
- Realitzar periòdicament sessions conjuntes de l'equip d'atenció primària i també amb l'atenció especialitzada.
- Focalitzar les accions d'estalvi en determinats grups terapèutics i en la despesa farmacèutica associada a la gent gran.

Cost farmacèutic total i població assignada més gran de 65 anys



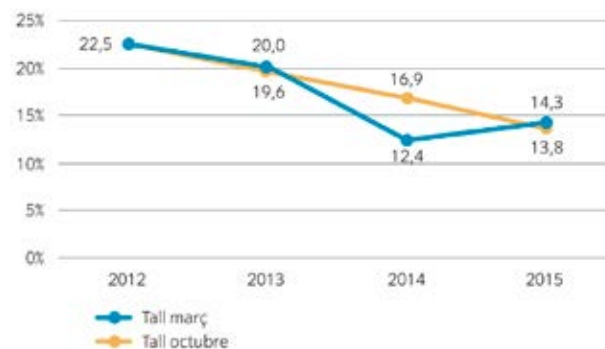
Atenció socio sanitària

En aquest grup s'analitzen un conjunt d'indicadors de gestió assistencial, i un dels aspectes que ha suscitat més interès ha estat focalitzar-se en àrees com la polimediació, la infecció d'orina com a complicació, la utilització de les restriccions físiques i la prevalença dels trastorns de conducta en els residents. Aquestes àrees s'exploren mitjançant la realització de dos talls anuals de prevalença.

Per exemple, l'indicador “**percentatge de malalts amb restricció física**” mostra una clara tendència a la disminució en els darrers quatre anys, reflex d'una de les pràctiques actuals orientades a racionalitzar i eliminar les subjeccions físiques, apostant per centres lliures d'aquestes subjeccions. En una de les sessions es va compartir l'esforç de les organitzacions que adopten bones pràctiques seguint els criteris de la norma Libera-Care.

Es convida les entitats que obtenen uns millors resultats a presentar en el debat les seves pràctiques i les actuacions de millora que les ajuden a obtenir-los.

Percentatge de malalts amb restricció física (evolució 2012-2015)



Atenció infermera

El grup reporta un total de 13 indicadors de cures infermeres. Un dels temes de més interès, debat i millora ha estat el dolor postquirúrgic, que s'ha treballat a través del seguiment de l'indicador “**Percentatge de pacients postquirúrgics amb dolor de moderat a intens**”.

Davant dels resultats comparats, dues organitzacions van compartir els seus projectes de canvi i millora en la pràctica clínica que han evidenciat millora dels seus resultats (“Althaia sense dolor” de la Xarxa Assistencial Universitària de Manresa i “Unitat de dolor agut” de la Corporació Sanitària Parc Taulí). Cadascun d'ells va evidenciar com un abordatge integral del control eficaç del dolor permet reduir significativament la prevalença de dolor en els pacients postoperats. Algunes de les bones pràctiques que van contribuir decididament a la millora són:

- Sensibilitzar l'equip infermer en el maneig del dolor.
- Estandarditzar la valoració del dolor per tipus de cirurgia i serveis quirúrgics.
- Identificar els agents per a una adequada i efectiva analgèsia.
- Fer un seguiment d'efectes adversos derivats.

Infraestructures i serveis generals

Dins l'àrea d'interès de l'eficiència energètica, un dels exemples de treball d'aquest grup ha estat el **consum i despesa d'electricitat per m²**.

Els centres participants han portat a terme diverses actuacions per millorar la seva eficiència energètica, entre les quals han compartit:

- La regulació del règim de funcionament de la climatització i dels paràmetres de funcionament de l'àrea quirúrgica.
- La instal·lació de sistemes de telegestió.
- La utilització de fonts lumíniques de baix consum i la revisió de la programació del nombre de llums encesos segons horari.

Despesa d'electricitat en m²



Lliçons apreses

L'exercici de *benchmarking* obliga els participants a una nova mirada sobre els seus processos i resultats. Per fer-ho possible cal compartir amb altres algunes dades clau del rendiment de l'organització i sotmetre-les a la mirada i escrutini d'altres col·legues. Aquest és sense dubte un acte de generositat, fonamental per possibilitar l'aprenentatge compartit.

Hem observat en aquests anys com s'ha anat abandonant un cert escepticisme inicial i com actualment el *benchmarking* es considera una eina imprescindible, que també és recollida en tots els models de gestió de la qualitat. Pensant en l'evolució del projecte, tenim present que un projecte com el de *Benchmarking* Unió només té sentit si pot seguir aportant valor als associats.

Cal orientar-nos més a aportar valor en relació amb l'ingent volum de dades publicades, per convertir l'experiència en un veritable *benchmarking* de processos.

En aquest sentit, ens cal orientar-nos més a aportar valor en relació amb l'ingent volum de dades publicades, per convertir l'experiència en un veritable *benchmarking* de processos, que posi l'èmfasi en l'anàlisi de la informació per generar conjuntament coneixement, útil i apropiat per plantejar-se millores en els processos assistencials i de gestió. Serà també important divulgar més les experiències i els debats generats, i alhora posar en valor els nombrosos projectes de millora que realitzen les organitzacions associades.

Volem finalment expressar el nostre sincer agraïment a tots els professionals que han participat i participen amb entusiasme en aquesta experiència, per les seves aportacions, per la voluntat de compartir i, sobretot, per mostrar les seves bones pràctiques. ■

Bibliografia

ANAND, G, KODALI, R. Benchmarking the benchmarking models. *Benchmarking: An International Journal* 2008; 13(3): 257-291.

CAMP, R.C. *Benchmarking: The Search for Industry Best Practices that Lead to Superior Performance*. Milwaukee, WI: ASQC Quality Press, 1989.

Club de Excelencia en Gestión. *Guía práctica de Benchmarking*. Madrid: Club Gestión de Calidad, 2006.

Fundació Unió. *Benchmarking Unió. Compartim, aprenem, actuem*. Barcelona: Fundació Unió Catalana d'Hospitals, 2016.

Generalitat de Catalunya. Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. Accessible a: www.observatorisalut.gencat.cat

MAIRE, J.L., BRONET, V., PILLET, M. Benchmarking: methods and tools for SME. *Benchmarking: An International Journal* 2008, 15(6): 765-781.

Repensant el **model d'atenció a les persones amb dependència**

Anàlisi i propostes de La Unió per a una revisió constructiva del model

JOSEP LLUÍS ROSELLÓ RIERA

Llicenciat en Administració i Direcció d'Empreses i màster en Direcció d'Empreses per ESADE, Josep Lluís Roselló es va incorporar a SARquavitaie l'any 2007, on ha ocupat, successivament, els llocs de director territorial, director de divisió (Residències), sotsdirector general i director d'explotació, i des de març de 2015, director general. Al març de 2013 va ser nomenat vocal president del Consell d'Atenció a la Dependència de La Unió. També és vicepresident a la Fundació Edad&Vida (responsable de l'Àrea de Dependència) i vicepresident 3r d'AESTE (Asociación de Empresas de Servicios para la Dependencia, patronal dels grans operadors).



LA TRANSFORMACIÓ SOCIAL I ECONÒMICA que s'ha produït en els últims anys, juntament amb el canvi en les necessitats de les persones en situació de cronicitat i dependència, plantegen nous escenaris d'atenció que requereixen respostes de més complexitat i coordinació entre els diferents nivells assistencials.

Partint d'aquesta realitat i del compromís de La Unió amb la qualitat i la millora assistencial, es va identificar la necessitat de realitzar una anàlisi global de la situació actual del sistema d'atenció a les persones en situació de dependència a Catalunya amb l'objectiu de generar propostes de futur que permetin optimitzar-lo.

A partir de la revisió crítica dels models d'atenció existents en altres països de l'entorn i del *Decàleg de posicionament del model d'atenció social a les persones amb dependència* elaborat per La Unió el 2009, es realitza un diagnòstic de la situació del model

actual aportant propostes de canvi en els següents eixos: planificació, ordenació dels recursos i prestació dels serveis; marc jurídic; recursos humans i relacions laborals; contractació de serveis; avaluació de la qualitat, i sistemes d'informació. L'objectiu és avançar cap a un nou marc organitzatiu que permeti crear el Sistema Integrat d'Atenció Social i Sanitària.

Considerant el context actual, es defensa la necessitat d'establir un sistema centrat en les persones, en les seves necessitats i en els canvis previsibles d'aquestes amb un abordatge integral de l'atenció sanitària i social. A més, s'assenyala la conveniència d'establir un catàleg de serveis flexibles i adaptables a la persona que siguin sostenibles en el temps amb una avaluació de la qualitat i amb la contribució dels usuaris, la societat civil i l'administració en el seu desenvolupament i millora.

Introducció

Els canvis socials i epidemiològics, els nous enfocaments d'atenció integrada centrats en la persona i els reptes en torn de la provisió eficient i finançament adequat del sistema d'atenció a les persones amb dependència requereixen anàlisis globals que considerin el paper dels diferents actors en el moment actual i orientin les actuacions en els propers anys.

Des de **La Unió, motivats pel compromís amb la millora del model d'atenció a les persones amb dependència, hem considerat oportú realitzar una revisió del sistema actual** per tal d'assenyalar els elements que poden perfilar el debat necessari entre tots els agents, i fer algunes propostes que ajudin, en el moment present, a preservar i potenciar els elements que converteixen el model en un sistema modern, de qualitat i innovador.

El treball d'anàlisi portat a terme parteix del *Decàleg de Posicionament del Model d'Atenció Social a les Persones amb Dependència* de La Unió publicat l'any 2009. Aquesta reflexió es va configurar al voltant de **les necessitats de l'individu, la família i l'entorn, així com la xarxa de serveis socials i sanitària**. La perspectiva desenvolupada en aquest document, tot i que requereix un replantejament, continua sent vàlida i aporta un fil conductor que permet unificar el discurs i les propostes.

El context polític actual convida a formular propostes més avançades que facin possible fer un salt qualitatiu en l'organització del sistema i la necessària integració dels serveis que han de garantir l'assistència a les persones amb dependència.

Models d'atenció a la dependència en altres països: elements clau

S'han analitzat quatre models o projectes d'experiències d'abordatge de l'atenció a persones amb malalties cròniques i persones amb dependència vigents en altres països

referents, per tal de conèixer altres realitats i maneres d'abordar aquesta atenció¹.

Les experiències analitzades, malgrat que presenten moltes diferències entre si, tenen factors comuns que constitueixen la clau del seu èxit:

- Cultura organitzacional i lideratge.
- L'enfocament i la forma de proveir els serveis gira al voltant de les necessitats de la persona.
- Segmentació de la població.
 - Gestor de casos.
 - Equips interdisciplinaris.
 - Sistemes d'informació adequats de suport a les actuacions.

Des de La Unió, motivats pel compromís amb la millora del model d'atenció a les persones amb dependència, s'ha considerat oportú realitzar una revisió del sistema actual per tal de fer algunes propostes que ajudin a preservar i potenciar els elements que converteixen el model en un sistema modern, de qualitat i innovador.

La recerca realitzada permet constatar que **els models internacionals de treball col·laboratiu en matèria social i sanitària parteixen de la coordinació d'ambdues xarxes**. Els models de serveis integrats es fonamenten en l'atenció primària, integren els serveis socials i els de salut i garanteixen la continuïtat i la coherència de la tasca dels diferents professionals, organismes i establiments de les xarxes.

Model actual i diagnòstic de situació

Des de la creació de l'estat de les autonomies, Catalunya s'ha dotat de diferents textos legislatius per abordar la regulació i ordenació d'un sistema de serveis socials. L'Estatut d'Autonomia de Catalunya del 2006 preveu que correspon a la Generalitat la competència exclusiva en matèria de serveis socials.

En aquest marc normatiu i derogant totes les normes anteriors, el Parlament de Catalunya va aprovar la Llei 12/2007, d'11 d'octubre, de serveis socials (LSS), text legislatiu que pretén regular i ordenar el sistema de serveis socials de Catalunya per garantir-ne l'accés universal, i a la vegada aconseguir que els serveis socials es prestin amb uns requisits i uns estàndards de qualitat òptims per a la dignitat i qualitat de vida de les persones.

En darrer terme, la Llei de serveis socials preveu que al sistema de serveis socials s'incorpori el **sistema català d'autonomia i atenció a la dependència** per desple-

gar i aplicar els recursos previstos a la Llei 39/2006, de 14 de desembre (estatal), de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència (LAPAD).

A més, el 2012 va entrar en vigor la Llei 10/2011, que va modificar aspectes importants de la Llei de serveis socials de Catalunya, com el règim d'autorització, acreditació, inspecció, sancionador i va incorporar aspectes de la Llei de dependència.

L'Administració, a través del Departament de Treball, Afers Socials i Famílies, és responsable del finançament públic i de planificar, acreditar i avaluar les entitats i els serveis. Les entitats que proveeixen els serveis públics han de garantir l'atenció de qualitat, gestionar els recursos de forma autònoma i eficient, i retre comptes dels resultats assolits.

Modalitats de la prestació de serveis

Serveis residencials

Centres propis del Departament de Treball, Afers Socials i Famílies (Direcció General de Protecció Social)

- Propietat pública/gestió directa
- Centres gestionats: propietat pública/gestió privada (concurs de gestió)

Centres privats

- Concertats
- Col·laboradors

Centres privats acreditats (per a prestació econòmica vinculada al servei, PEVS)

Serveis no residencials

Centres de dia

- Públics
- Privats concertats

Atenció domiciliària

- Servei públic
- Servei privat concertat

Prestacions econòmiques

Prestació econòmica vinculada al servei (PEVS) per a la prestació de serveis residencials per a la gent gran en centres privats acreditats

Prestació econòmica per a l'atenció domiciliària

Prestació econòmica per al cuidador no professional

Diagnòstic de la situació

El model de serveis socials, que incorpora el sistema d'atenció a la dependència, pretenia ordenar un sector complex de manera integral per primera vegada a l'Estat. No obstant, la conjuntura de crisi econòmica i una manca de voluntat política decidida n'han complicat el desplegament. En aquest sentit, el desplegament del sistema d'atenció a la dependència ha estat excessivament frag-

mentat respecte a l'organització dels serveis socials, ha esdevingut un procés de caràcter administratiu i de reconeixement de dret i ha implicat la reducció excessiva de la dimensió assistencial de la pròpia atenció.

El disseny del model de serveis i, especialment la forma heterogènia en què s'ha desplegat, s'ha centrat més concretament en un dels col·lectius concernits (la gent gran) i, per tant, el col·lectiu de persones amb discapacitat i les persones afectades per malalties mentals no han trobat

un encaix encertat en els mecanismes que el model ha desplegat.

El model preveu la col·laboració publicoprivada, que podria contribuir a la sostenibilitat del sistema, en un moment de dèficits dels pressupostos públics, però la seva aplicació s'ha vist limitada.

D'altra banda, el sistema que havia de posar serveis a disposició dels usuaris, i subsidiàriament prestacions econòmiques, s'ha invertit i a dia d'avui estem davant d'un model essencialment prestacional, sense mecanismes eficients de vinculació de les prestacions econòmiques a serveis.

A més, l'oferta de serveis actual té algunes limitacions: és poc flexible i poc adaptable als canvis evolutius de les necessitats de les persones, amb un desplegament operatiu desigual per territoris, és rígida en els circuits d'accés als serveis i poc transparent en les llistes d'espera.

Un dels grans dèficits del sistema és la coordinació entre serveis socials i sanitaris i la transversalitat de l'atenció. L'ordenació territorial sanitària i social diferent és un factor que dificulta aquesta coordinació necessària entre serveis socials i sanitaris, un tema no resolt a dia d'avui.

Pel que fa a l'acreditació, actualment a Catalunya no es disposa d'una normativa que permeti establir de forma progressiva i prospectiva els nivells de qualitat assistencial desitjats. Manca un conjunt mínim bàsic de dades que ens permeti conèixer l'activitat duta a terme i la seva complexitat.

En referència a les relacions laborals, cal destacar que hi ha un conveni amb taules salarials poc competitives, escàs èmfasi en polítiques de gestió que incorporin la formació i l'avaluació de les pràctiques professionals i incentius a la millora del desenvolupament dels professionals, i poca presència de polítiques de contractació i organització de la jornada amb visió global que permeti la conciliació de la vida laboral i familiar.

Propostes

A partir de l'anàlisi dels elements estratègics del model actual, les propostes s'estructuren en set àrees per orientar el model català d'atenció a les persones amb dependència i la seva implementació.

La planificació, l'ordenació dels recursos i la prestació dels serveis

1. **Desenvolupar un model de planificació integrat**, centrat en les necessitats de les persones, de base poblacional/territorial i que consideri les diferents necessitats.
2. **Revisar la cartera de serveis** definint serveis i no recursos.
3. **Ordenar la provisió de serveis** per avançar en la integralitat i l'adequació de l'atenció.
4. **Garantir la coordinació entre les administracions** implicades en els diferents aspectes de l'atenció a les persones dependents (benestar, salut, justícia, ensenyament, treball...) a través de plans interdepartamentals.
5. **Potenciar la coordinació i la cooperació entre dispositius assistencials**: redefinir processos i protocols de coordinació i adaptar els mecanismes de finançament per tal que afavoreixin la cooperació i l'atenció integrada.
6. **Desenvolupar i potenciar el paper del ciutadà i la família com a agents clau del sistema**: afavorir la participació, donar capacitat de lliure elecció, fomentar l'apoderament de la persona usuària i la família i facilitar mecanismes de planificació de decisions anticipades.

El marc jurídic

7. **Elaborar una nova llei catalana de serveis socials i atenció a la dependència** que doni un marc jurídic més segur i més clar sobre les prestacions garantides en un escenari de sostenibilitat, regulant el copagament de l'usuari, tot incloent elements de coresponsabilització de la família.

Els recursos humans i les relacions laborals

8. **Impulsar que les normatives laborals que afectin el sector incloguin un model de relacions laborals adaptat a la realitat actual dels professionals** que presten serveis en aquest àmbit, que faciliti les relacions fluïdes entre les parts i que sigui incentivador de l'eficiència i el desenvolupament professional.

L'Administració, a través del Departament de Treball, Afers Socials i Famílies, és responsable del finançament públic i de planificar, acreditar i avaluar les entitats i els serveis.

9. **Promoure, en el si de les organitzacions, sistemes d'oportunitats de millora professional** que siguin coneguts i aplicats en un marc de relacions basades en la confiança i en el compromís. Cal avançar en els sistemes de desenvolupament professional, amb el corresponent reconeixement com a base per consolidar el sector de la dependència com a atractiu i competitiu des del punt de vista retributiu.
10. **Reforçar la formació continuada i la revisió permanent de les competències professionals** com a elements nuclears per assegurar i assolir els objectius de qualitat del servei.
11. **Potenciar els lideratges professionals i el seu reconeixement explícit.**

El desplegament del sistema d'atenció a la dependència ha estat excessivament fragmentat respecte a l'organització dels serveis socials i ha esdevingut un procés de caràcter administratiu.

La contractació de serveis

12. **Revisar el model de contracte** per tal que es basi en la cartera de serveis definida i inclogui objectius sobre resultats esperats i compromisos sobre processos de millora de la qualitat i l'accessibilitat als serveis. Hauria de ser un model de contracte únic que s'apliqués independentment de la titularitat de les entitats que proveeixin els serveis.
13. **Revisar el sistema de contraprestació econòmica dels serveis** amb una definició de les tarifes que es basi en criteris tècnics objectius, que incorpori factors d'ajust segons la complexitat de la població atesa i que introdueixi una part variable en el pagament dels serveis.

L'avaluació de la qualitat

14. **Establir un model d'acreditació que estimuli la millora contínua i reconegui els resultats d'excel·lència:** de consens amb tots els agents del sector, alineat amb els models actualment ja desenvolupats en altres nivells de l'Administració, que consideri el nivell de dependència que s'ha d'atendre i exigible a totes les entitats que operen amb l'Administració.

Les propostes de canvi s'estructuren en set àrees: la planificació, l'ordenació dels recursos i la prestació dels serveis; el marc jurídic; els recursos humans i les relacions laborals; la contractació de serveis; l'avaluació de la qualitat; els sistemes d'informació, i el camí cap a un nou marc organitzatiu.

Els sistemes d'informació

15. **Implementar un sistema d'informació de l'àmbit social** que doni suport a l'actuació dels professionals del sector social i que es comuniqui amb l'HC3.
16. **Desenvolupar un sistema mínim de dades de l'àmbit social** que permeti tenir coneixement del perfil dels usuaris, complexitat, grau de dependència i necessitats.
17. **Crear la Central de Resultats dels serveis socials** amb informació transparent sobre els resultats i la utilització de recursos públics per part de les entitats contractades per a la provisió de serveis públics, i que faciliti el retiment de comptes a la societat i el *benchmarking* entre els centres assistencials.
18. **Impulsar el desplegament de les TIC** com a eines que han de contribuir a millorar la comunicació entre tots els agents que intervenen en l'atenció.
19. A partir d'aquest model d'informació compartit, **millorar el procediment burocràtic de les prestacions**, tant per a l'accés com per als circuits administratius per canvis de situació i transicions entre dispositius.

Cap a un nou marc organitzatiu

20. **Crear el Sistema Integrat d'Atenció Social i Sanitària** com a organisme integrador responsable del desplegament de serveis d'atenció de llarga durada sanitària i de l'atenció a la dependència, amb les funcions de contractació i avaluació del conjunt de serveis sanitaris i socials de cobertura pública per atendre aquest àmbit assistencial específic. ■

Conclusions: el sistema que volem

<p>Sistema centrat en la persona, en les seves necessitats i en els canvis previsibles</p>	<p>Leix del sistema ha de ser la persona i les seves necessitats: cal estudiar-les, seguir-ne l'evolució, tenir en compte les diferències territorials i socials, i preveure que són canviants. Un cop feta aquesta anàlisi s'han de planificar els recursos, adequant-los als resultats obtinguts.</p>
<p>Abordatge integral de l'atenció sanitària i social</p>	<p>Cal un abordatge integral d'aquests serveis tenint en compte necessitats personals, familiars, sanitàries, socials i psicològiques de les persones. La contractació es planteja en un únic sistema de serveis socials vinculats a l'atenció a la dependència i sanitaris vinculats a la llarga durada.</p>
<p>Serveis –no estructures– flexibles, adaptables</p>	<p>Adequar els serveis al que necessiten les persones: serveis flexibles per donar-hi resposta. Els dispositius són un instrument més on desenvolupar els serveis. Cal apostar per una atenció tan propera com sigui possible al lloc de residència habitual i eliminar la rigidesa en les respostes.</p>
<p>Sostenible en el temps, amb avaluació de la qualitat i orientat a resultats</p>	<p>Contracte transparent, amb unes tarifes adequades i objectius de qualitat assolibles, garantint una cartera de serveis d'acord amb la capacitat de finançament. Amb un sistema d'acreditació que asseguri una xarxa de qualitat i l'avaluació sistemàtica dels resultats a partir d'objectius definits, basada en sistemes d'informació integrats.</p>
<p>Creat amb la contribució de tothom</p>	<p>L'Administració, amb les seves funcions de planificació, finançament, contractació i avaluació dels serveis. Les entitats, encarregades de la prestació de serveis, sobre la base de la col·laboració publicoprivada que aprofita els recursos existents aportant eficiència en la provisió dels serveis públics. Els ciutadans, amb responsabilitat sobre la pròpia salut i autonomia en la presa de decisions.</p>

Notes

1. S'han revisat les experiències del Regne Unit (aplicació del Model Kaiser Permanente a Torbay. "Right care, in the right place at the right time"), de Canadà (Système Intégré pour Personnes Âgées fragiles (SIPA), sistema de coordinació sociosanitària), d'Estats Units (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE) i de Suècia (Projecte LEV. Long-Term Demand for Welfare Services: Health Care and Care of the Elderly up to 2050).

Tractament de l'hepatitis C: resultats i cost

MARIA QUERALT GORGAS TORNER

Maria Queralt Gorgas és llicenciada en Farmàcia i especialista en Farmàcia Hospitalària per la Universitat de Barcelona, i doctora en Farmacologia per la Universitat Autònoma de Barcelona. Actualment és directora del Servei de Farmàcia de l'Hospital Universitari Parc Taulí de Sabadell i professora associada de Farmacologia de la Facultat de Medicina de la Universitat Autònoma de Barcelona.

A més de ser presidenta del Consell Assessor de Tractaments Farmacològics d'Alta Complexitat del Servei Català de la Salut, és membre del Consell Assessor del Programa d'Harmonització Farmacoterapèutica de la Medicació Hospitalària de Dispensació Ambulatoria, de la Comissió d'Avaluació Econòmica i Impacte Pressupostari i de l'Òrgan Coordinador de Tractaments de l'Hepatitis –tots tres del Servei Català de la Salut–, i de la Comissió de Seguridad de Medicamentos de Uso Humano de l'Agencia Española del Medicamento.

JOSEP FUSTÉ SUGRAÑES

Josep Fusté és llicenciat en Ciències Econòmiques i en Geografia per la Universitat de Barcelona i màster en Economia de la Salut i Gestió Sanitària per la Universitat de Barcelona i la Universitat Pompeu Fabra. Actualment és director d'Anàlisi Econòmica, Estudis i Prospectiva de la Unió Catalana d'Hospitals, i membre de l'Òrgan Coordinador de Tractaments de l'Hepatitis del Servei Català de la Salut.

LA INFECCIÓ PEL VIRUS DE L'HEPATITIS C (VHC) és una de les principals causes de malaltia hepàtica crònica al món i un problema de salut pública important. La prevalença estimada al nostre país és del 2,6%, però amb una considerable infranotificació. La incorporació en el tractament dels nous antivirals d'acció directa (AAD) ha demostrat una elevada efectivitat amb taxes de curació superiors al 90% i bon perfil de seguretat, però amb un elevat cost per al nostre sistema de salut tenint en compte la quantitat de població a tractar. Els acords del Ministeri de Sanitat amb els laboratoris han obert un nou panorama en la gestió de la compra i un impacte elevat en la despesa sanitària pública de les comunitats autònomes i en els costos de gestió que han hagut d'assumir els hospitals. D'aquesta experiència n'hem après algunes coses que ens han de servir per a la gestió dels nous tractaments que estan venint, els quals obren grans oportunitats per la seva eficàcia però també suposen una despesa que pot arribar a ser inassumible per als pressupostos públics.

Introducció

L'hepatitis C crònica és una patologia infecciosa produïda pel virus de l'hepatitis C (VHC), que afecta el fetge i que es transmet per via parenteral i molt rarament per via vertical o sexual. La infecció pel VHC és generalment asimptomàtica o subclínica, fet que implica un retard en el diagnòstic. S'estima que entre un 15 i un 45% de les persones infectades desenvolupa hepatitis aguda i elimina el virus, mentre que entre un 55 i un 85% no aconsegueix eliminar el virus i desenvolupa una hepatitis C crònica (HCC)^{1,2}.

Virus de l'hepatitis C



La infecció pel VHC és una de les principals causes de malaltia hepàtica crònica al món i constitueix un problema de salut pública de gran rellevància. Es calcula que al voltant del 3% de la població mundial, uns 185 milions de persones, estan infectades pel VHC. La progressió de la infecció crònica pot comportar complicacions greus a llarg termini com cirrosi hepàtica, desenvolupament de carcinoma hepatocel·lular, trasplantament hepàtic i/o mort. Entre un 15 i un 30% dels pacients en què la infecció es cronifica desenvoluparan una cirrosi hepàtica passats 20-30 anys de la primoinfecció i aproximadament entre el 2 i el 4% desenvoluparan un hepatocarcinoma³.

A Espanya, la prevalença de la infecció oscil·la entre l'1,6 i el 2,6%, el que representa l'existència d'entre 480.000 i 760.000 pacients infectats pel VHC. A Catalunya la prevalença estimada està al voltant del 2,6%^{3,4}. Amb tot, el coneixement real de la prevalença i la incidència de l'hepatitis C és complex atès, en primer lloc, el fet que la clínica de la infecció aguda pot passar inadverti-

da, no es disposa de cap marcador d'infecció recent que permeti diferenciar la infecció aguda de la crònica i, com que la notificació és voluntària, generalment els casos s'infranotifiquen. Es considera que es declaren aproximadament el 20% dels casos d'hepatitis. La incidència anual estimada és d'1,5 casos/100.000 habitants (any 2013) segons dades del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiològica, però els casos reals podrien estar al voltant de 6,1 casos/100.000 habitants.

Existeixen set genotips diferents del VHC i fins a 67 subtipus diferents. El genotip 1 és el més prevalent a Espanya i representa un 70% de les infeccions cròniques per VHC. El genotip 3 (20%) és el segon més freqüent, seguit pel genotip 4 (8%) i el genotip 2 (3,1%). Els genotips 5 i 6 són infreqüents a Europa i als Estats Units, però són més freqüents al sud d'Àfrica i al sud-est d'Àsia, respectivament^{1,5}.

Tractament de l'hepatitis C

L'objectiu principal del tractament és eliminar el virus de l'organisme. L'èxit del tractament ve donat per una resposta virològica sostinguda (RVS), que es defineix com la indetectabilitat de l'àcid ribonucleic (ARN) del VHC al sèrum a les 24 setmanes després d'haver finalitzat el tractament. Es considera que la RVS indica la resolució permanent de la infecció, encara que s'ha observat una taxa de recaiguda del 5% dels tractats als 5 anys d'haver finalitzat el tractament¹. Per tant, és necessari disposar de dades més precises sobre l'epidemiologia d'aquesta infecció en el nostre entorn i la conveniència de monitorar l'efectivitat d'aquests fàrmacs en la vida real per veure si aquesta RVS acaba sent equivalent a la curació completa de la malaltia, i quina és la taxa de recaigudes i la millora de la supervivència en els pacients amb malaltia més avançada².

Durant gairebé 20 anys, el tractament estàndard per a la infecció crònica per VHC va ser la combinació de **PEG interferó alfa-2a o 2b** (PEG) i **ribavirina** (RBV) durant 24, 48 o 72 setmanes, depenent del genotip i l'evolució de la càrrega viral durant el tractament, amb taxes de curació del 50% de mitjana en pacients amb genotip 1 i fins al 80% en pacients amb genotips 2 o 3⁶.

Posteriorment, l'any 2011, va ser autoritzada la triple teràpia amb PEG, RBV i un inhibidor de la proteasa del VHC **boceprevir** (BOC) o **telaprevir** (TEL) en pacients genotip 1 naïf, amb la qual es van assolir taxes de curació de 65-80% amb 24-48 setmanes de tractament. Les respostes eren inferiors en pacients que havien fracassat al

tractament previ i/o presentaven cirrosi. Aquest benefici es va associar amb molts efectes secundaris, interaccions amb medicaments, incomoditat d'haver de prendre moltes pastilles i un considerable increment del cost del tractament⁷.

L'any 2014, es va comercialitzar la segona generació d'antivirals d'acció directa (AAD), primer **simeprevir** (SMV) per al tractament dels genotips 1 i 4, amb una taxa de resposta semblant als de primera generació (boceprevir, telaprevir) però amb menys efectes secundaris i un únic comprimit al dia. Després **sofosbuvir** (SOF), per al tractament de tots els genotips, amb taxes de curació superiors al 90% i durades de tractament de 12 setmanes. D'aquí que la combinació d'aquests dos AAD sense interferó va obrir una porta al canvi de paradigma del tractament de l'hepatitis C i a una potencial curació de la malaltia, però a un cost molt elevat, fins i tot per a la majoria de països industrialitzats⁸. Més recentment, han estat aprovats **daclatasvir** (DCV), la combinació **sofosbuvir/ledipasvir** (SOF/LDV), **dasabuvir** (DSV), **ombitasvir/paritaprevir/ritonavir** (OBV/PTV/RTV) i **elbasvir/grazoprevir** (EBR/GZR). Properament es comercialitzarà una nova combinació d'AAD **sofosbuvir/velpatasvir** (SOF/VEL). Tots ells estan indicats segons el genotip i la situació clínica del pacient.

La incorporació de nous AAD per al tractament de la infecció pel VHC incrementa l'eficàcia del tractament, n'escurça la durada i millora el perfil d'efectes adversos. El percentatge de resposta amb les combinacions dels nous AAD està al voltant del 90% o fins i tot del 100% en alguns subgrups de malalts¹. A més, l'eficàcia dels nous tractaments en la pràctica clínica és igual o superior a la demostrada en els assaigs clínics. Aquest fet ha canviat de forma radical la història natural de l'HCC, de manera que en la

major part dels pacients es frena la progressió de la fibrosi, que reverteix en molts casos, i es redueix dràsticament la incidència de complicacions hepàtiques i la morbiditat associada a les complicacions extrahepàtiques, determinant la possibilitat real de curar la major part dels pacients amb HCC.

No obstant, el principal inconvenient d'aquests medicaments ha estat l'elevat preu en què van ser autoritzats, desafiant els pressupostos de salut i limitant l'accés a aquests fàrmacs. Això va suposar que en alguns països, entre ells Espanya, l'autorització del seu ús en la pràctica clínica es retardés alguns mesos amb relació a la seva autorització regulatòria. Hi va intervenir una forta pressió iniciada per les associacions de pacients i mediàticament sostinguda i reforçada pels mitjans de comunicació que va portar a l'autorització d'utilització amb una prioritització de pacients i unes estratègies comercials de negociació molt complexes atesos els problemes pressupostaris que generava la seva incorporació⁹.

El cost dels tractaments

Els nous antivirals per al tractament de l'hepatitis C han consolidat una estratègia comercial on els fàrmacs amb resultats espectaculars han de tenir preus extraordinaris. Actualment el preu del medicament té poc a veure amb el cost de la investigació o desenvolupament ja que la indústria posa el preu que el mercat pot suportar. Sols importa el curt termini i la necessitat d'un retorn ràpid de la inversió, atès que la competència és ferotge i són molts els fàrmacs que esperen sortir al mercat¹⁰. De fet, la vida mitjana d'alguns medicaments AAD al mercat ha estat



relativament curta (al voltant d'uns tres anys) com és el cas de boceprevir i telaprevir, i és evident que com més medicaments AAD hi hagi comercialitzats, més competència hi haurà i els preus seran més baixos. Si observem l'evolució dels preus dels tractaments de l'hepatitis dels últims dos anys, han passat dels gairebé 35.000 euros inicials de mitjana de cost per tractament als 8.000-11.000 euros actuals. Amb tot, continua sent un preu molt elevat per al nostre sistema de salut si tenim en compte la quantitat de població que cal tractar.

No obstant, això no hauria de ser així ja que la raó de ser de les patents és remunerar el cost de la inversió en investigació i per tant el preu s'hauria de decidir en funció de les despeses de producció, incloent-hi la I+D i uns beneficis raonables, tot amb una negociació amb total transparència¹¹. En qualsevol cas els nous AAD han posat de nou sobre la taula el tema de la prioritització davant d'uns recursos limitats i uns costos terapèutics que creixen de forma exponencial. A qui tractar quan la població potencialment beneficiària dels nous AAD és tan gran? D'entrada, s'han prioritzat els pacients amb grau de fibrosi més avançada, pacients amb complicacions o amb fracàs a tractaments previs i pacients en transplantament. Tanmateix, l'impacte pressupostari és inassumible i han sorgit innovadores fórmules per finançar públicament aquests nous fàrmacs endeutant-nos més¹⁰.

En aquest context, els laboratoris busquen nous models de finançament per a aquests medicaments, com ara el sostre de despesa màxim, fixant un preu de tractament diferent segons el nombre de pacients tractats. Aquest nou mètode de finançament ha generat molts dubtes i incerteses quant al procés de negociació i la seva translació real per al finançador final, en aquest cas les comunitats autònomes i els hospitals. El Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat va establir un fons de finançament finalista per pagar aquests medicaments i va acordar convenis amb els laboratoris fabricants d'AAD amb diferents criteris per fixar el preu; un criteri de preu per volum i un acord de risc compartit amb un sostre de despesa i un nombre màxim de pacients, determinant uns trams on el preu va disminuint com més pacients es tracten fins al màxim del sostre establert.

El dubte està en si aquest model de finançament pot ser suportat o bé pot generar un mal precedent a l'hora d'establir el finançament del conjunt de serveis sanitaris públics. D'altra banda, prèviament a la incorporació d'un

nou medicament amb alt impacte pressupostari, cal acordar un increment de finançament per a les Comunitats Autònomes, que ja estan prou endeutades, per evitar desigualtats d'accés a la innovació i problemes d'equitat.

Malgrat que el preu relativament elevat d'aquests medicaments es contraposa amb els beneficis per al pacient i el sistema –ja que la malaltia suposa una enorme càrrega assistencial, sobretot en les fases més avançades–,

l'impacte econòmic, atesa l'epidemiologia de la malaltia, pot ser inassumible o asfixiant per a un sistema sanitari públic com el nostre. L'escenari, per tant, és i ha estat propici per als exercicis econòmics en relació amb les variacions de preu, mecanismes de compensació, estratègies cost-efectivitat i per a l'avaluació de resultats.

Probablement el secret està a buscar fórmules per millorar els resultats en salut dels tractaments de l'hepatitis C de la forma més cost-efectiva. La introducció de nous medicaments de preus molt alts està comportant fortes tensions que es tradueixen en desigualtats d'accés als medicaments segons els diferents països o grups de població, així com en dificultats pressupostàries per als sistemes de salut.

A Catalunya, els tractaments de l'hepatitis C durant l'any 2015 han representat 141 milions d'euros. Per fer-nos una idea del que això significa per al sistema públic de salut en termes de cost d'oportunitat, estem parlant d'un import que equival a la contractació de l'activitat de tot un any d'un hospital mitjà-gran o l'atenció primària d'un milió de catalans, o l'atenció sanitària global d'una comarca sencera com el Baix Empordà. Aquest cost –que podríem dir inevitable– no es pot acabar de valorar sense tenir en compte els resultats.

Resultats a Catalunya

A Catalunya, per tal de garantir l'accés al tractament i al mateix temps millorar els resultats en salut de la forma més eficient, s'han portat a terme diferents accions:

- En primer lloc a través del Programa d'harmonització dels tractaments farmacològics s'han definit les recomanacions d'ús dels AAD en el tractament de l'hepatitis C crònica per a cada genotip i grau de fibrosi a partir d'una avaluació basada en l'eficàcia, seguretat, conve-

Malgrat que el preu relativament elevat d'aquests medicaments es contraposa amb els beneficis per al pacient i el sistema, l'impacte econòmic, atesa l'epidemiologia de la malaltia, pot ser inassumible o asfixiant per a un sistema sanitari públic com el nostre.

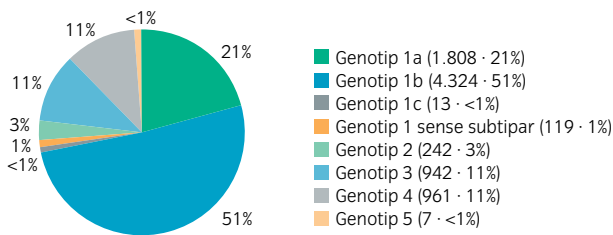
niència i cost de les diferents opcions farmacològiques (http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/proveidors_professionals/medicaments_farmacia/phf_mhda/informes/tractament_Hepatitis_C/Dictamen-PHMHDA-tractament-hepatitis-C-2015_actual_recomanacio-Child-Pugh.pdf).

- S'ha establert un sistema de registre i seguiment dels tractaments que permet monitorar l'efectivitat en condicions reals d'utilització.
- S'ha constituït un Òrgan Coordinador de l'hepatitis que ha permès, entre altres, la negociació directa amb els laboratoris introduint, en la mesura del possible, noves formes de finançament (preu únic per tractament) independents de l'assoliment dels sostres de despesa estatals.

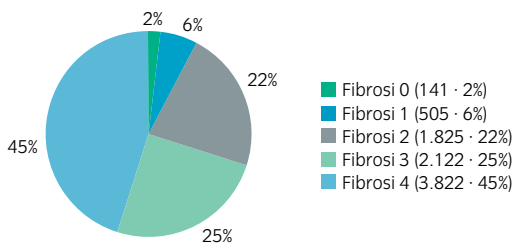
Els resultats dels tractaments realitzats a Catalunya segons dades del Registre de pacients i tractaments (RPT) són:

- Des del juny de 2014 fins a l'1 de setembre del 2016 s'han registrat 10.707 pacients tractats. Un 60% són homes amb una mediana d'edat de 53 anys (18-94) i un 40% dones amb una mediana d'edat de 64 anys (9-89). El genotip més prevalent és l'1b (51%) i els pacients presenten majoritàriament un grau de fibrosi F4 (45%).

Pacients tractats segons genotip

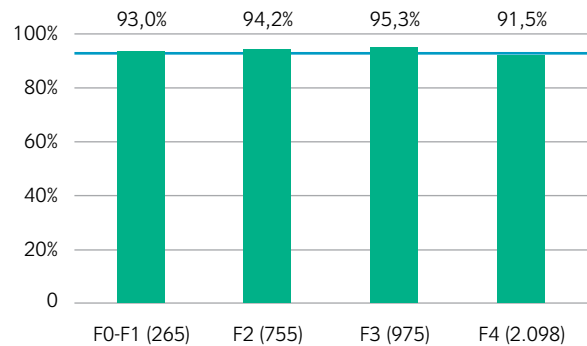


Pacients tractats segons grau de fibrosi



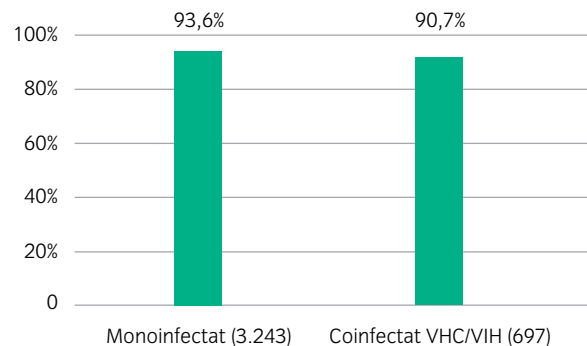
- El 99% dels tractaments prescrits són els nous AAD lliures d'interferó. La majoria de tractaments (79%) tenen una durada de 12 setmanes, el 15% tenen una durada de 24 setmanes i un 5% tenen una durada de 8 setmanes.
- La taxa de resposta (RVS) amb els tractaments lliures d'interferó és del 93%.

Taxa de resposta viral sostinguda global segons grau de fibrosi

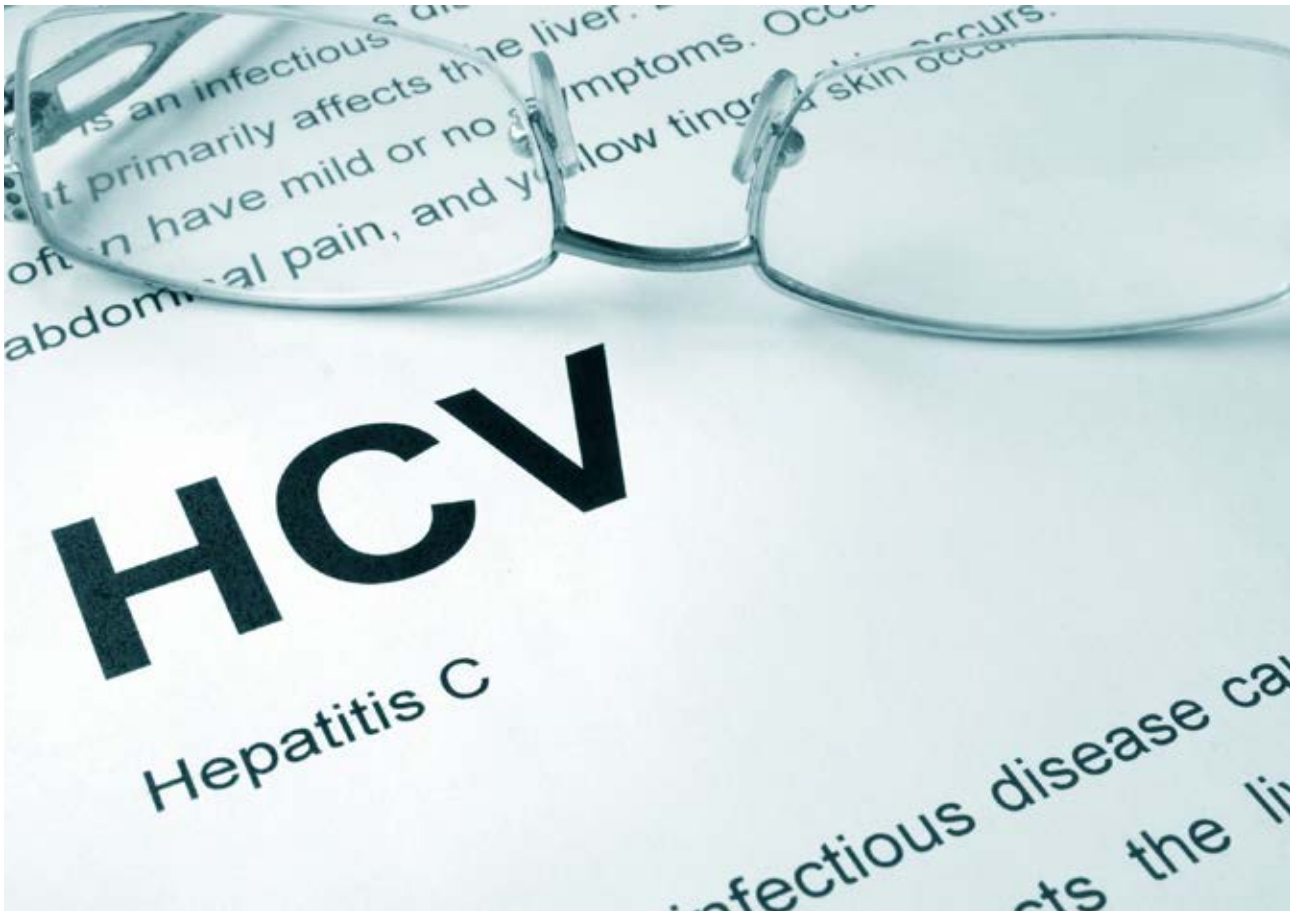


- Un 18% dels pacients tractats són malalts coinfectats VIH/VHC. La taxa de resposta en aquest grup de pacients és una mica inferior (90,7%).

Taxa de resposta viral sostinguda en mono i coinfectats



VHC. Virus hepatitis C
 VIH. Virus immunodeficiència humana



Segons fonts del Ministeri de Sanitat, la primera fase del Pla nacional de l'hepatitis es pot donar per acabada ja que s'han tractat els 52.000 pacients previstos. Ara el Pla nacional preveu ampliar la cobertura als 43.000 malalts restants que estan diagnosticats segons l'estratègia nacional (en total, el Ministeri tenia registrats uns 95.524 pacients). A Catalunya restarien per tractar uns 8.000 pacients. Fins ara s'han tractat pacients amb grau de fibrosi avançada i a partir d'ara ja es podrien començar a tractar tots els pacients diagnosticats.

Amb tot, l'eradicació de la malaltia encara està lluny d'assolir-se, ja que els hepatòlegs calculen que la taxa d'infradiagnòstic a Espanya estaria al voltant de 65-75%. És a dir, que la quantitat de malalts reals amb hepatitis C a Espanya podria triplicar la registrada pel Ministeri de Sanitat i per tant el pressupost necessari per assumir aquests tractaments segueix sent desafiant per al nostre sistema de salut.

La quantitat de malalts reals amb hepatitis C a Espanya podria triplicar la registrada pel Ministeri de Sanitat i, per tant, el pressupost necessari per assumir aquests tractaments segueix sent desafiant per al nostre sistema de salut.

Valoracions i coses que hem après

Al llarg d'aquest període intensiu d'incorporació de nous tractaments, amb bons pronòstics de resultats però a un cost molt alt, ha estat fonamental l'alineació amb els objectius assistencials entre el CatSalut, les entitats proveïdores i els professionals per oferir la major accessibilitat possible als tractaments, amb els recursos disponibles –o, més ben dit, podríem dir els recursos dels quals el sistema no disposa– i prioritant els pacients que convenia tractar primer.

Això no ha evitat que hi hagi hagut variabilitat, especialment en les pautes de prescripció dels productes que estan en el mercat, però la dinàmica de treball de l'Òrgan Coordinador ha permès avaluar aquesta variabilitat, confrontar-la amb els resultats i els costos, de manera que se'n derivessin criteris per a la gestió clínica.



Els acords que es van fer amb la indústria en l'àmbit estatal han generat uns mecanismes de preus molt complexos, difícils de traslladar als professionals, i molt dificultosos en l'aplicació operativa. Tot un conjunt de mesures, sembrades de paranys, que han complicat molt el control i seguiment dels preus, les factures i els abonaments dels descomptes que pertocaven segons els acords per trams de preu i sostres de despesa segons el nombre de pacients atesos i el volum de tractaments. Podríem dir que el sistema que es va pactar en l'àmbit estatal és l'oposat al de risc compartit: pacta el que no finança, el laboratori té garantits els ingressos que ha calculat com a retorn mínim de benefici i tot el risc és transferit a les comunitats autònomes i els centres assistencials.

L'Òrgan Coordinador també ha fet possible la col·laboració entre el CatSalut, les organitzacions de proveïdors i els propis hospitals per afrontar una negociació mancomunada amb els diferents laboratoris i intentar minimitzar l'impacte del galimaties que suposava la gestió operativa de tot aquest procés.

En els primers moments, amb una inestabilitat extrema en els preus i incertesa en la capacitat de finançament dels tractaments, els proveïdors i el CatSalut van considerar que no es podia anar a fórmules d'assumpció de risc i es va acordar que no s'inclouria en el paquet sotmès a clàusules contractuals de despesa màxima assumible de la Medicació Hospitalària de Dispensació Ambulatoria (MHDA). Tampoc es podia passar a un sistema de tarifa per tractament fins que l'avaluació de les pautes de tractament fos prou robusta. Finalment, a partir de l'1 d'octubre de 2016 s'ha iniciat l'aplicació d'un sistema de preus màxims de tractament per tipologies de pacients, similar al que es va posar en marxa el 2014 per a les tarifes de determinats tractaments (VIH, hormona de creixement i immunosuppressors en dermatologia, reumatologia i digestologia).

Què hem après que ens pot servir per afrontar reptes en els nous medicaments d'un impacte igual o superior al que s'ha viscut amb els de l'hepatitis C:

- El registre de pacients i tractaments (RPT) és fonamental per avaluar els resultats i prendre decisions, tant com a país, com en l'àmbit de la gestió sanitària i la gestió clínica. Però perquè això sigui factible i acceptat per tothom, ha de ser exhaustiu, l'anàlisi ha de ser compartida i hi ha d'haver un retorn fàcil de la informació cap als clínics.
- El potencial d'actuar mancomunadament és elevat, però ha de basar-se en informació compartida i l'actuació coordinada ha de ser ràpida i oportuna en el temps, i anticipativa si és possible.
- El que és efectiu no hauria de ser evitable ni postposat. L'experiència amb els tractaments de l'hepatitis C ha estat bona en aquest sentit i molts pacients s'han beneficiat d'uns tractaments amb resultats molt bons fins al moment. Però els costos són molt alts en aquests tractaments i ho poden ser encara més en altres que puguin ser extensibles a volums de població encara més grans. Cada cop és més evident que no es podrà assumir tota aquesta despesa. El temps de la prioritització no pot esperar, si no volem deixar un deute inassumible per a les properes generacions, que ja no tindrien ni la possibilitat d'escollir. ■

Referències

1. Consell Assessor de Medicació Hospitalària de Dispensació Ambulatoria (CAMHDA). *Sofosbuvir. Tractament de l'hepatitis C crònica*. Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya, 2014.
2. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *Plan estratégico para el abordaje de la hepatitis C en el Sistema Nacional de Salud*. 2015. Disponible a http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enf-Transmisibles/docs/plan_estrategico_hepatitis_C.pdf. Consultat el 3 de setembre de 2016.
3. BRUGUERA, M.; FORNS, X. Hepatitis C in Spain. *Medicina Clínica* 2006; 127: 113-7.
4. SOLÀ, R.; CRUZ DE CASTRO, E.; HOMBRADOS, M.; PLANAS, R.; COLL, S.; JARDI, R.; *et al.* Prevalence of hepatitis B and hepatitis C viruses in different countries of Catalonia, Spain: cross sectional study. *Medicina Clínica* 2002; 119: 90-5.
5. SMITH, D.B.; BUKH, J.; KUIKEN, C.; MUERHOFF, A.S.; RICE, C.M.; STAPLETON, J.T.; SIMMONDS, P. Expanded classification of hepatitis C virus into 7 genotypes and 67 subtypes: updated criteria and genotype assignment web resource. *Hepatology* 2014; 59(1): 318-27.
6. SWAIN, M.G.; LAI, M.Y.; SHIFFMAN, M.L.; *et al.* A sustained virologic response is durable in patients with chronic hepatitis C treated with peginterferon alfa-2a and ribavirin. *Gastroenterology* 2010; 139: 1593-601.
7. POORDAD, F.; MCCONE, J.; BACON, B.R.; *et al.* Boceprevir for untreated chronic HCV genotype infection. *N Engl J Med* 2011; 364: 1195-1206.
8. LAWITZ, E.; MANGIA, A.; WYLES, D.; *et al.* Sofosbuvir for previously untreated chronic hepatitis C infection. *N Engl J Med* 2013; 368: 1878-1887.
9. LADHER, N. Hollow victories and hepatitis C. *BMJ* 2016; 354: i4170.
10. PONS, J.M.V. Inversión pública y beneficios privados: a propósito de los nuevos antivirales de acción directa contra la hepatitis C. *Gestión clínica y sanitaria* 2015; 17 (2): 39-42.
11. MINTZBER, H. Patent nonsense: evidence tells of an industry out of social control. *CMAJ* 2006. DOI:10.1503/cmaj.050575.

Amb motiu dels 40 anys de La Unió i dels 20 anys de la Fundació Unió

EL 1976 ES VA CONSTITUIR LA UNIÓ AMB 34 CENTRES

que veien la necessitat d'impulsar una plataforma comuna per abordar les relacions laborals en el sector de la salut. Avui en dia està formada per més de cent entitats de l'àmbit sanitari, sociosanitari i d'atenció a la dependència. A més de participar de les relacions laborals, també defensa els interessos dels associats davant d'altres agents del sector a través d'una reconeguda xarxa institucional; promou el coneixement i la gestió aplicada, a través de la Fundació Unió, i incentiva el debat i les iniciatives compartides des del Fòrum d'Associats Col·laboradors, espai que afavoreix la relació amb les empreses proveïdores de béns i serveis del sector.

Ara que estem d'aniversari ens ha semblat un bon moment per revisar la nostra història a través

de la mirada dels presidents que han contribuït decididament a construir una trajectòria de compromís i de coherència preservant sempre els principis i els valors de l'entitat. I també ens interessa conèixer quina és la seva visió de futur. Per aquest motiu, de la mà dels presidents, un proposem un exercici de retrospectiva i de prospectiva sobre La Unió i la Fundació Unió.

La visió d'Esperança Martí sobre el present i futur de la Unió Catalana d'Hospitals, de la qual va ser fundadora i presidenta entre els anys 1984 i 1994, apareixerà en el proper Referent.



Francesc Sola (1975-1984)

Francesc Sola, germà de l'orde de Sant Joan de Déu i gerent de l'Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona, mort el 2011, va ser el primer president de La Unió. Quim Erra, germà del mateix orde i membre de l'equip directiu, atén les preguntes que s'han plantejat a totes les persones que han ocupat la presidència de La Unió en aquests quaranta anys.



Quins aspectes destacaria de la tasca de La Unió en l'etapa de Francesc Sola?

El germà Francesc Sola va ocupar-ne la presidència en el període del 1975 al 1984. El meu coneixement d'aquest moment és limitat i només per referència. Amb tot, assenyalaria que era una etapa marcada principalment per obrir camins, explorar i, fins i tot, experimentar. Destacaria que va ser un moment on hi va haver intuïció i capacitat per associar-se, tenir una visió de sector i identificar aspectes d'interès comú. Això va permetre avançar de manera col·lectiva amb més fortalesa i fermesa. També en destacaria la capacitat de mobilització i de compromís social. Crec que hi havia una clara convicció d'oferir un servei de salut als ciutadans al qual s'havia de donar valor, de professionalitzar-ne la gestió i d'ajudar-se mútuament a desenvolupar-se.

Com ha contribuït La Unió al desenvolupament del sistema sanitari i social català?

Crec que la contribució ha estat precisament el fet de ser-ne un "referent". Tenint en compte el volum de centres vinculats a La Unió, podem fàcilment intuir que

l'acompanyament i estímul del conjunt ha enfortit i ajudat a consolidar el model. Així mateix, li ha donat una certa homogeneïtat que, tot i respectant les particularitats, ha permès una oferta més coordinada i harmonitzada per als ciutadans i per a l'Administració. També ha estat un espai on compartir coneixement, experiència, analitzar situacions, promoure cultura de sector... i certament això enriqueix i enforteix el model.

Com ha contribuït La Unió, a través de la Fundació Unió, a reforçar el paper d'anàlisi i reflexió sobre el sector?

Per un tema tan sensible com és la salut, és molt important l'experiència/expertesa, i aquesta només es dona quan hi ha capacitat per reflexionar sobre la realitat. Segurament aquesta ha estat la contribució i el servei de la Fundació. Promoure espais de coneixement i intercanvi, impulsar iniciatives i accions que facilitin i millorin la capacitat de donar resposta a noves necessitats, a noves exigències socials i legals, i sobretot, contribuir a la millora contínua de la pràctica assistencial. Un espai que es facilita i s'enriqueix gràcies a les accions i assessorament de la Fundació.

Quin camí de futur creu que Francesc Sola hagués dibuixat ara per a La Unió?

Tinc la intuïció que ell estaria molt satisfet de veure que aquella iniciativa que varen impulsar amb altres persones és avui una realitat consolidada i que s'ha anat enriquint en tots els sentits. D'altra banda, i tenint en compte el seu tarannà inquiet, probablement ens estaria animant a tenir una actitud de constant revisió i canvi. Era dels d'anar sempre una mica més enllà. Potser pensaria en una Unió connectada a les xarxes europees, amb debat ètic, aprofitant les noves tecnologies, oferint formació i impulsant nous models de gestió i d'atenció a les persones. ■

Martí Masferrer (1995-1998)

Com ha contribuït La Unió al desenvolupament del sistema sanitari i social català?

La contribució de La Unió al sistema sanitari i social va estretament lligada al mateix naixement del sistema català, a la configuració dels seus trets identitaris i, per descomptat, als seus encerts –que són molts– i a les mancances que li cal afrontar. Situat en el context dels anys en què vaig assumir la presidència de La Unió, penso que les aportacions es poden agrupar en dos grans blocs. El primer gran bloc són les eines de gestió del propi sistema que es construïa: es va impulsar la Central de Balanços, érem al Pla de serveis, vam treballar en el nou sistema de pagament, es va impulsar la reordenació de la salut mental, la reforma de l'atenció primària i el pla sociosanitari. Ho fèiem demanant transparència (sí, ja llavors) i eficiència, reclamant sistemes d'informació. En alguns d'aquests àmbits La Unió va ser molt valenta, decidida i assertiva però al mateix temps va ser capaç de teixir complicitats perdurables. El segon gran bloc a considerar com a contribució al sistema són les aportacions que configuren un veritable sector com a tal davant l'Administració i davant la societat: el conveni col·lectiu de la XHUP, el finançament de la compra de serveis, la transformació de l'ICS, la fiscalitat, les eines de gestió i suport de les entitats associades, i la millora en la gestió dels serveis.

Com ha contribuït La Unió, a través de la Fundació Unió, a reforçar el paper d'anàlisi i reflexió sobre el sector?

La Fundació Unió neix d'un debat intern i profund per disposar d'estructures de reflexió i anàlisi i de serveis a l'associat, amb una idea clara de no suplantar la voluntat i el protagonisme de les entitats de la pròpia Unió. La talla dels seus directius en la seva etapa fundacional és una mostra de l'ambició del projecte: Roser Maluquer, Jordi Codina, Rafael Barba... i un munt de col·laboradors de la pròpia Unió i de les entitats que la integren (Pilar Heras, Anna Riera, i tants d'altres).

Quins aspectes destacaria de la tasca de La Unió durant el temps en què la va presidir?

De la meua etapa a la presidència, la primera i més rellevant característica és que, en tot cas “no era la meua presidència”. Era un relleu generacional en tota regla als deu anys de presidència i lideratge d'Esperança Martí i d'altres (per descomptat, Ramon Vilella, Jaume Suana, Ramon Llibre...). Hi havia un interrogant molt clar: què seria de La Unió sense el lideratge històric que Esperança Martí representava? En aquell moment va ser clau i va ser un repte, i també va ser una festa, aplegar un grup de persones



disposades a conduir aquesta nova etapa que va acabar forjant una enorme complicitat i amistat. Aquí els noms dels integrants de la Junta Directiva de l'època són molt importants i imprescindibles d'esmentar: Boi Ruiz, Pere Monràs, Rafael Barba, Feliu Sucarrats, Joan Amigó, Jordi Calsina, Josep M. Fàbregues, Josep Ganduxé, Lluís Soler, Joaquim Serrahima, Emilio Villar, Jordi Pujol Colomer, Lluís Florensa, Agustí Montal, Camil Escánez i Enric Ballabriga. Però aquell era un esforç col·lectiu i és a tots els que en foren protagonistes des de qualsevol espai de La Unió a qui cal estar agraïts.

La combinació de treball en equip, de valentia, de visió integradora i generosa va donar els seus fruits, com es constata en l'acta de l'Assemblea de març de 1978, on es va fer palès que La Unió era una “entitat consolidada i compromesa”. Un orgull personal i compartit de crear lideratge organitzacional. També s'hi van recollir les grans línies de treball del període:

- Presència pública i veu pròpia com a organització empresarial: als mitjans, al Parlament, al Congrés...
- Estructura de La Unió amb sectors d'activitat
- Reforç de les aliances (CHC, Fòrum, Acsam, ACES...)
- Reforç dels canals d'informació, comunicació i participació a La Unió
- Introducció del pes dels òrgans de govern a la vida de La Unió, més enllà de la gestió dels centres

No cal dir que això s'organitzà gràcies a un excel·lent equip de treball, i a la direcció entusiasta i brillant de Boi Ruiz.

Quin camí de futur considera que ha de seguir La Unió?

El camí de futur de La Unió ben segur que beurrà dels compromisos presos al llarg de la seva història, que es resumeixen en una constant de fidelitat i servei al país i als seus ciutadans. Tanmateix els reptes són davant: no és fàcil créixer en representativitat i mantenir contundència en els plantejaments; no és fàcil generar posicionament en un sector on el concepte “públic” s'associa a patrimonial i no a servei; no serà fàcil sortir enfortits d'una crisi que ha colpejat brutalment el sistema sanitari... però estic convençut que la capacitat, generositat i vocació de servei de La Unió ens guiarà endavant. ■

Pere Monràs (1999-2000)



Com ha contribuït La Unió al desenvolupament del sistema sanitari i social català?

La funció de la Unió Catalana d'Hospitals va lligada a la del seu context. La voluntat d'autogovern va inspirar un model basat en la gestió per resultats que va fer un ús eficient dels recursos malgrat la manca d'un grau de finançament apropiat. L'existència d'una cultura publico-privada madura on els potencials interessos complementaris fossin governats hauria simplificat la complexitat d'un model mixt de provisió de serveis i de finançament no equitatiu. Una visió molt difícil d'acceptar, encara, per part d'una concepció política recelosa del rol de la societat civil.

Com ha contribuït La Unió, a través de la Fundació Unió, a reforçar el paper d'anàlisi i reflexió sobre el sector?

La Fundació ha aportat en nombroses ocasions la voluntat de difusió, comprensió i avaluació del model i també exemplifica el camí cap a l'excel·lència. Aquest compromís s'ha concretat en una intensa tasca de projecció de les seves virtuts arreu de l'Estat i també en l'àmbit internacional, com ara Sudamèrica. Un dels elements clau ha estat l'avaluació de resultats, oberta i transparent, mitjançant la Central de Balanços. Malauradament, la regressió global cap a formes recentralitzadores ha afeblit el seu desenvolupament, i això s'ha sumat a les febleses conceptuals pròpies.

Quins aspectes destacaria de la tasca de La Unió durant el temps en què la va presidir?

Davant la constatació que el simple control gerencial en les organitzacions de coneixement no genera l'eficiència econòmica desitjable es van engegar tres línies de millora:

- 1) Introducció de la governança per tal que l'*accountability* garantís l'avaluació de les diverses funcions dels centres.
- 2) Promoció de l'apoderament dels professionals, atès el seu potencial de responsabilitat en l'efectivitat de les pràctiques clíniques, precursors de l'eficiència econòmica del sistema com un tot. La carrera professional, així com la participació en l'*Estudi sobre les professions sanitàries* fet per l'IES, van ser-ne un exemple.
- 3) Reforçar la formació com a funció de la producció en un camí d'aprendre del que fem i de com ho fem.

Quin camí de futur considera que ha de seguir La Unió?

Per construir un futur desitjable caldrà insistir en la governança, donar responsabilitats estratègiques als professionals, amb la societat com a punt de referència. Caldrà esmorteir el corporativisme, fomentar equips, agrupar malalts per processos i cures integrades equiparables i no oblidar-se de promoure l'assistència, la docència i la recerca així com el seu finançament diferenciat. Per això calen equips de direcció amb una visió compartida i integrada sobre l'eficàcia, l'efectivitat i l'eficiència com a camí indefugible cap a l'equitat. ■

Feliu Sucarrats (2001-2007)



Com ha contribuït La Unió al desenvolupament del sistema sanitari i social català?

De les nombroses aportacions de La Unió destacaria de forma especial la contribució a entendre l'atenció sanitària com quelcom més que l'atenció hospitalària, malgrat el que pugui fer pensar el seu nom original: Unió Catalano-Balear d'Hospitals.

Després de les primeres normes d'acreditació i del Pla de reordenació hospitalària del 1987 molts establiments hospitalaris associats a La Unió no es van integrar a la xarxa hospitalària d'utilització pública. Aquests centres, fruit de la iniciativa de l'Administració amb el programa Vida als Anys, van donar resposta immediata a un tipus d'assistència, la denominada atenció sociosanitària, de manera que van permetre disposar des del primer moment d'una xarxa sense inversió pública que alhora mantenia els llocs de treball. Aquesta xarxa i línia d'atenció encara no es troba desenvolupada a l'Estat i és exponent de l'efecte sinèrgic d'administracions i societat civil.

Com ha contribuït La Unió, a través de la Fundació Unió, a reforçar el paper d'anàlisi i reflexió sobre el sector?

La Fundació Unió ha estat el complement necessari per traslladar l'experiència i el coneixement particular dels associats de La Unió a l'interès general. La formació ha estat un dels vehicles principals. I també treballs com l'adaptació de la comptabilitat als canvis normatius, les propostes per al compliment de la normativa sobre la protecció de dades de caràcter personal o l'impacte del canvi a l'euro han estat útils per al conjunt del sector.

Disposar d'un Comitè Ètic d'Investigació Clínica ha permès a molts dels associats avançar en projectes de recerca. La col·laboració amb institucions com ESADE en l'Observatori de la Col·laboració Publicoprivada, amb la Fundació Avedis Donabedian en els Premis a la Qualitat, i amb el Consorci Sanitari i Social de Catalunya en l'àmbit de la formació continuada són el reflex del seu esperit obert, així com els projectes d'assessorament tècnic a l'estranger.

Quins aspectes destacaria de la tasca de La Unió durant el temps en què la va presidir?

En el període que vaig presidir la Junta Directiva, fruit de la maduració de debats anteriors, vam pensar que calia situar La Unió com un referent tant en l'àmbit català com a l'Estat, més enllà del sector sanitari, per tal de fer veure la seva importància econòmica i social i trencar la percepció present en alguns sectors que era únicament una despesa. Vam accentuar la nostra presència a Foment, a la Cambra de Comerç i als àmbits sectorials d'Estat com Farmaïndústria i Fenin. També vam incrementar la interrelació amb el Tercer Sector i el món local per la mateixa naturalesa de moltes de les entitats associades. A més, la interlocució amb tots els partits presents al Parlament de Catalunya i al de l'Estat va ser una activitat preferent.

En l'àmbit de l'organització vam impulsar un Consell Consultiu amb representants de les diferents tipologies genèriques de propietat dels nostres associats. Ens vam obrir també a altres actors del sector mitjançant la figura de soci col·laborador.

Quin camí de futur considera que ha de seguir La Unió?

La Unió sempre ha sabut contribuir a posar en valor un sistema sanitari que ens ha permès gaudir dels millors nivells de resolució en termes assistencials tant en l'àmbit sanitari com en el social, malgrat el subfinançament crònic i les crisis econòmiques cícliques.

Sempre hem sabut transformar les fortaleces en reptes. Avui també sabrem fer els canvis, les reformes i les adaptacions oportunes en benefici de l'atenció a les persones, missió de totes les nostres institucions. I ho farem com sempre amb honestedat, professionalitat i independència. ■

Boi Ruiz (2008-2010)



Com ha contribuït La Unió al desenvolupament del sistema sanitari i social català?

La Unió ha contribuït a la legitimació del model sanitari inspirat per la Mancomunitat i regulat per la Generalitat republicana. Recordem que en el punt quart de la base primera es diu: “El Departament de Sanitat i Assistència Social podrà constituir en tot el territori català

la Federació dels organismes o institucions privades de caràcter benèfic o beneficodocent i fer reconèixer la personalitat jurídica de la dita Federació, la qual permetrà la col·laboració dins cada localitat de les entitats tant estatals com cooperatives, per al millor compliment de llurs finalitats”. I que en l’apartat B de la base tercera (que fa referència als hospitals) diu: “Organització.- Per tal que siguin fet immediat la creació dels hospitals comarcals en tot el territori de Catalunya, la Generalitat habilitarà els actuals establiments de caràcter particular o municipal existents a les capitalitats de comarca, d’acord amb llurs juntes administratives o Ajuntaments interessats.”

La Unió ha estat un agent lleial i compromès amb aquest llegat, que també recull la Llei d’ordenació sanitària de Catalunya del 1990, a l’hora de desplegar el nostre sistema nacional de salut. Ha contribuït en tots els ordres amb la resta d’agents a fer una sanitat que, malgrat el seu finançament, gaudeix d’una “mala salut de ferro”. Avui, més que mai, cal recordar-ho.

Cal afegir que ha assolit –amb els sindicats– un marc regulador de les relacions laborals de tot el sector mitjançant dos convenis col·lectius, el de l’àmbit privat i el de la sanitat pública concertada.

Com ha contribuït La Unió, a través de la Fundació Unió, a reforçar el paper d’anàlisi i reflexió sobre el sector?

La Fundació Unió ha estat el complement necessari per fer realitat la visió de La Unió que, més enllà d’una associació empresarial, ha volgut posar els valors i coneixements

dels seus associats a disposició de l’interès general mitjançant estudis, formació i assessorament. Fidel als principis de l’evidència basada en resultats objectivables, mesurables i comparables, ha dotat d’un alt nivell competencial l’acció de La Unió. Per comprovar-ho només cal llegir les seves memòries anuals.

Quins aspectes destacaria de la tasca de La Unió durant el temps en què la va presidir?

En aquest temps vam veure aparèixer els primers signes de la crisi econòmica, malgrat la negativa d’alguns. En sentit anticipatiu, es va treballar, amb una amplíssima participació, un Pla estratègic per fer front als nous escenaris, els nous reptes i els nous compromisos en què l’atenció a la malaltia biològica, la salut mental i l’atenció a la dependència es trobarien sotmesos.

D’aquest període cal destacar el lliurament a La Unió de la Creu de Sant Jordi, una de les més altes distincions del nostre país a persones i entitats.

No cal dir que això va representar un reconeixement, del qual ens hem de sentir orgullosos, a la contribució de La Unió en l’assoliment de l’objectiu col·lectiu d’una atenció sanitària equitativa i de qualitat. Contribució feta amb la convicció que en un sistema nacional de salut no sobra ningú i que tothom és actor necessari en una obra col·lectiva.

Quin camí de futur considera que ha de seguir La Unió?

La Unió ha de mantenir la seva missió i valors amb les noves visions i els reptes immediats i futurs que sorgeixin. Ha de ser un referent per a la societat des de propostes i opinions basades en el rigor i el mètode, lluny de postulats polítics interessats. Ha de seguir liderant la innovació en l’organització i la gestió dels serveis, la necessitat de models d’atenció basats en la multiprofessionalitat que els canvis demogràfics i el patró nou de les malalties requereixen, la professionalització permanent de la gestió, els principis de la bona governança i el rendiment de comptes. Aquest darrer ha de ser demostratiu en tot moment de la bona utilització dels recursos del contribuent, dels bons resultats en la lluita contra la malaltia per augmentar la durada de la vida i que aquesta sigui més saludable, i del creixement i competència dels seus professionals. Tot això recordant que la sanitat és un sector econòmic i social estratègic en la política de tot govern i de tot país. ■

Manel Jovells (2011-2016)



Com ha contribuït La Unió al desenvolupament del sistema sanitari i social català?

Crec que l'aportació de La Unió ha estat molt important des del seu inici en aspectes com la inspiració dels principis i valors que han configurat el model (separació de funcions, diversitat, empresarialització...), en la construcció, disseny i aplicació d'eines i instruments im-

prescindibles per al seu bon funcionament (sistemes de pagament, central de balanços...) i en el desenvolupament i formació de directius, que sovint han ocupat diferents responsabilitats tant en el sector privat com en el públic, i també en l'Administració.

Com ha contribuït La Unió, a través de la Fundació Unió, a reforçar el paper d'anàlisi i reflexió sobre el sector?

La Fundació Unió es va crear per donar resposta a la necessitat de fer una gestió diferenciada dels fons de formació. Amb els anys, aquella necessitat d'origen va anar canviant, i la Fundació ha estat un bon instrument de suport i assessorament a les entitats del sector, amb productes tan significatius com el Codi Tipus, entre molts altres. Crec que la funció d'anàlisi i pensament forma més part del seu futur que del seu passat, però és en aquest camp on la Fundació podrà fer la seva millor aportació al conjunt del sector i dels associats de La Unió.

Quins aspectes destacaria de la tasca de La Unió durant el temps en què la va presidir?

El que destacaria és la coincidència amb l'època més dura de crisi econòmica i pressupostària que ha afectat al país i al nostre sector en particular. Això ha requerit molt esforç de diàleg i de negociació, d'una banda, per minimitzar els impactes negatius dels ajustos pressupostaris en les nostres institucions, i de l'altra, per mantenir oberta la porta als acords en la negociació col·lectiva, que van culminar en la signatura del conveni del sistema integral d'utilització pública de Catalunya (SISCAT) el 2015, que ha aportat estabilitat i confiança.

L'altre aspecte que voldria destacar també és la feina feta en la defensa d'això que anomenem "model" sanitari i social català, davant dels mitjans de comunicació, líders d'opinió, polítics... en uns anys en què s'ha vist greument atacat i qüestionat.

Quin camí de futur considera que ha de seguir La Unió?

La Unió ha de mantenir la seva independència en la defensa dels interessos dels seus associats, que en definitiva són els interessos del sector sanitari i social i per tant també ho són del país i de la seva gent.

La defensa del professionalisme en la gestió i en la governança de les institucions i del sistema, la cerca d'espais de diàleg social i polític serens, que portin el consens necessari per donar resposta als importants reptes que tenim, són àmbits en els quals La Unió haurà de continuar treballant, i caldrà que tingui un paper important en els acords i en les solucions. ■

Enric Mangas (des de 2016)



Com ha contribuït La Unió al desenvolupament del sistema sanitari i social català?

La Unió ha tingut un paper essencial en la construcció del sistema actual i va ajudar en el moment de la seva definició des de les primeres transferències fins a l'articulació de la política de concertació o la negociació col·lectiva. També ha contribuït de manera important en el desenvolupament del sistema sempre des de la lleialtat institucional i l'argumentació tècnica. En els últims anys i coincidint amb els pitjors moments de crisi econòmica, destacaria que La Unió s'ha mantingut i potenciat com un interlocutor i un referent valuós per als associats i per al sector i alhora com una plataforma molt útil des de la qual s'han fet propostes de millora i s'ha contribuït decididament a assolir el I Conveni de la sanitat concertada.

Com ha contribuït La Unió, a través de la Fundació Unió, a reforçar el paper d'anàlisi i reflexió sobre el sector?

Des de la Fundació s'ha promogut especialment la innovació com a element essencial que garanteix l'adaptació de les entitats sanitàries i socials; el *benchmarking* per compartir experiències i contrastar indicadors de gestió;

les aliances estratègiques que impliquen centres, organitzacions i empreses i que orienten cap a noves formes de relació basades en la col·laboració i la transversalitat, i els estudis i observatoris, que permeten la comparació de casos, la detecció de les millors pràctiques i les propostes de futur.

Quins aspectes destacaria de la tasca de La Unió en la seva etapa?

El febrer de 2016 vaig ser elegit president i crec sincerament que encara és massa d'hora per poder fer balanç de l'exercici d'aquesta responsabilitat. El que sí que puc fer és una projecció de futur i aquí voldria subratllar que una de les meves prioritats és contribuir a impulsar des de La Unió les polítiques públiques en salut mental. Els últims anys estan sent molt durs a casa nostra i està demostrat que a més desigualtat i pobresa, més trastorns mentals i problemes psicosocials entre determinats col·lectius de població. Per aquest motiu, volem ajudar a potenciar el Pla integral de salut mental, en el qual hem participat i col·laborat amb la sincera convicció que es tracta d'un projecte de país que cal salvaguardar, i ens satisfà l'anunci de més recursos econòmics per a aquesta línia de salut.

Quin camí de futur considera que ha de seguir La Unió?

El nostre origen és també el nostre futur: la visió que les entitats caminen millor de la mà. Des de la diversitat, el retiment de comptes i la transparència, la nostra missió és servir els associats defensant els seus interessos i influint en la millora del model sanitari i social català, en benefici de la societat.

En aquest sentit, i a diferència d'etapes anteriors, no podem delegar el nostre diàleg amb el ciutadà a altres estaments o grups d'interès. Necessitem implicar-lo directament en la defensa i millora del model i també establir complicitats amb els professionals. ■



www.fundaciounio.cat
www.uch.cat
@uchcat