

# fulls **e**conòmics

del sistema sanitari

**Octubre del 2009**

Estratègies i instruments  
per sortir reforçats de la crisi



Generalitat de Catalunya  
Departament de Salut



**CatSalut**

Servei Català  
de la Salut

## Estratègies i instruments per sortir reforçats de la crisi

<b>Presentació</b>	 3
<b>Marina Geli, consellera de Salut</b>	
<hr/>	
<b>Introducció</b>	 4
<b>Josep M. Sabaté, director del Servei Català de la Salut</b>	
<hr/>	
<b>Una visió de la situació econòmica actual i dels efectes que pot tenir sobre el sector públic. Com poden afrontar la crisi les organitzacions sanitàries?</b>	 5
<b>F. Xavier Mena, Departament d'Economia, ESADE Manel Peiró, Departament de Direcció de Recursos Humans, ESADE</b>	
<hr/>	
<b>La contribució del sector de la salut a l'economia</b>	 12
<b>María José Álvarez, Francesc Martínez i Rosa Vidal, Servei Català de la Salut</b>	
<hr/>	
<b>L'impacte de la crisi econòmica en el sistema sanitari i els nous paradigmes de les organitzacions sanitàries</b>	 23
<b>Roser Fernández, directora general de la Unió Catalana d'Hospitals</b>	
<hr/>	
<b>De la competència a la col·laboració. Experiència en la integració assistencial a Catalunya</b>	 27
<b>Ingrid Vargas, M. Luisa Vázquez i Diana Henao, Servei d'Estudis i Prospectives en Polítiques de Salut del Consorci Hospitalari de Catalunya Joan Farré, director general tècnic del Consorci Hospitalari de Catalunya</b>	
<hr/>	
<b>El procés de transformació de l'Institut Català de la Salut</b>	 38
<b>Enric Argelagués, director gerent de l'Institut Català de la Salut</b>	
<hr/>	
<b>La Central de Resultats de la xarxa sanitària d'utilització pública</b>	 44
<b>Miquel Argenter, Genoveva Barba i Anna Román, Servei Català de la Salut</b>	
<hr/>	



# Presentació

**Marina Geli**  
Consellera de Salut

Aquesta nova etapa dels *Fulls econòmics del sistema sanitari* recupera un espai de comunicació que reneix amb la voluntat de compartir coneixement i experiències que ajudin a millorar la capacitat de gestió i competència del sector sanitari com a sector econòmic.

Comencem aquesta nova etapa fent una modesta aportació a la cultura de la sostenibilitat, aprofitant les tecnologies de la informació i les comunicacions per fer-ho d'una manera més eficient, amb millor accessibilitat i més respectuosa amb el medi. És, si voleu, un fet testimonial, però és important perquè hem de ser capaços de generar, en tots els àmbits i nivells de gestió, aquesta cultura de millor aprofitament dels recursos i de respecte per l'entorn. Vetllar per la sostenibilitat s'ha de convertir en un principi més del funcionament habitual dels nostres centres i àmbits de treball. Els canvis culturals no són d'un dia per l'altre, són el fruit d'una progressiva sedimentació dels hàbits i les actituds que van configurant una nova manera de fer.

En un context de crisi econòmica com l'actual, tots els agents del sistema sanitari —Administració, centres sanitaris, professionals i ciutadans— hem de ser capaços de generar aquesta cultura de la sostenibilitat. En un món preocupat per la immediatesa, la nostra responsabilitat no és només tenir cura de les necessitats d'avui, sinó que també hem de ser conscients de les que haurem de garantir demà. Per això hem d'aprofitar aquest entorn per generar conductes, actituds i estratègies que mantinguin el neguit constant de vetllar per la sostenibilitat i ens permetin prestar els serveis que els ciutadans necessitin en cada moment amb eficiència, qualitat i equitat.

Hem d'afrontar la crisi com una oportunitat, com un repte que ens faci avançar en la capacitat d'adaptació a l'entorn. Hem de generar els instruments que ens permetin avançar en aquest sentit i espais per compartir-los. Aquest és l'objectiu fonamental d'aquesta nova etapa que avui iniciem dels *Fulls econòmics del sistema sanitari*.





# Introducció

**Josep M. Sabaté**  
**Director**  
**Servei Català de la Salut**

En un entorn econòmic de crisi, el sector sanitari ha d'afrontar alhora la tensió que provoca la davallada d'ingressos públics derivada de la crisi i el manteniment del volum i de la qualitat dels serveis. Els serveis públics, en un entorn econòmic desfavorable, suporten l'esforç necessari per minimitzar l'impacte de la crisi sobre els ciutadans: el seu paper de garants del benestar i de la cohesió social es fa, tanmateix, més necessari.

En aquestes coordenades, ¿com han de respondre els diferents agents del sector sanitari públic per donar suport a la superació de la crisi? ¿Com poden fer valer el seu pes com a sector econòmic fent també una aportació a les polítiques econòmiques anticíclics?

Totes les crisis són també oportunitats de canvi. En un moment en què cal mantenir i consolidar el que tenim més que no pas pensar a créixer, quins instruments ens cal anar construint per sortir reforçats de la crisi?

Aquest número de *Fulls econòmics del sistema sanitari* vol obrir una nova etapa de la publicació amb una reflexió des del sector sobre què ens cal fer per superar l'actual entorn econòmic. La crisi implica decisions, desafiaments i oportunitats: com els assumim?

Per fer-ho, hem demanat als experts que ens il·lustrin sobre la crisi, i als principals representants del sector, que ens facin arribar la seva visió: què cal fer, quins instruments es poden anar configurant i desenvolupant per sortir reforçats de la crisi. Tanmateix, no hem volgut deixar passar l'ocasió de recordar i refermar el pes del sector sanitari en l'economia del país, i també hem aprofitat per explicar un dels instruments que, conjuntament amb el sector, estem desenvolupant i que ens pot ajudar a monitorar com millorem el sistema per fer-lo més eficient i de més qualitat: la Central de Resultats.

En F. Xavier Mena i en Manel Peiró, professors d'ESADE, ens fan una panoràmica de la crisi econòmica i financera i una aproximació a les línies d'avenç en la gestió dels serveis sanitaris en temps de crisi, respectivament. Des del Servei Català de la Salut, la María José Álvarez, en Francesc Martínez i la Rosa Vidal ens situen el nostre sector com a sector econòmic emmarcat en l'economia de Catalunya. En aquest marc general, els representants dels centres sanitaris de provisió pública ens fan les seves aportacions a la reflexió. La Roser Fernández, de la Unió Catalana d'Hospitals, posa de manifest la necessitat d'un pacte polític, econòmic i social entre l'Administració, les entitats del sector sanitari, els professionals i els ciutadans per a la sostenibilitat del sistema sanitari, alhora que ens acosta als nous paradigmes de les organitzacions sanitàries. En Joan Farré, l'Ingrid Vargas, la M. Luisa Vázquez i la Diana Henao, del Consorci Hospitalari de Catalunya, ens aporten l'anàlisi de les experiències d'integració assistencial per a la millora de l'eficiència i la qualitat de l'atenció que s'han anat produint a Catalunya d'un temps ençà. L'Enric Argelagués, de l'Institut Català de la Salut, ens apropa al procés de transformació d'aquesta institució endegat amb la nova llei que la configura com una empresa pública. L'impuls que el Consell d'Administració dóna a la participació dels professionals en la presa de decisions, a la reenginyeria de processos, a la modernització dels sistemes d'informació i de gestió, al treball en xarxa assistencial mitjançant aliances estratègiques, als projectes d'autonomia de gestió en l'atenció primària, entre altres, constitueix una aposta per una gestió més transparent i participada, amb l'objectiu de garantir l'eficiència i la qualitat dels serveis. Finalment, en Miquel Argenter, la Genoveva Barba i l'Anna Román, del Servei Català de la Salut, ens expliquen el desenvolupament de la Central de Resultats de la xarxa sanitària d'utilització pública, que ha d'esdevenir un instrument per avaluar els resultats de la prestació dels serveis sanitaris públics a la població per tal de millorar en eficiència i qualitat.

Des del Servei Català de la Salut volem agrair a totes les persones que han col·laborat en aquest número la seva participació i desitgem que les seves aportacions us siguin d'utilitat.





# Una visió de la situació econòmica actual i dels efectes que pot tenir sobre el sector públic. Com poden afrontar la crisi les organitzacions sanitàries?

F. Xavier Mena, Departament d'Economia, ESADE

Manel Peiró, Departament de Direcció de Recursos Humans, ESADE

## 1. Origen i desenvolupament de la crisi financera, econòmica i social

El 9 d'agost de 2007 va saltar l'espurna que va fer esclatar una crisi financera, econòmica i social d'abast històric.

Durant els exercicis precedents, l'economia mundial va enregistrar un creixement econòmic impulsat per l'ocupació plena i el recurs a l'endeutament dels agents econòmics privats. El sistema financer global concedia crèdits a empreses i famílies, que transformava immediatament en productes estructurats garantits pels actius subjacents (hipoteques immobiliàries, crèdits al consum, préstecs empresarials). Els bancs d'inversió comercialitzaven els productes financers —amb màxima qualificació de les agències de ràting i cobertura del risc d'impagament per una asseguradora— entre els estalviadors d'arreu del món (fons de pensions, fons d'inversió i altres). El risc era menysvalorat pels demandants de crèdit, els intermediaris financers (bancs comercials i d'inversió, fons d'inversió lliure) i els inversors i els estalviadors, la qual cosa va provocar una bombolla especulativa immobiliària i financera a les borses d'arreu del món.

La pujada dels tipus d'interès per combatre la inflació d'aquesta economia en creixement desbocat va punxar la bombolla immobiliària i va posar al descobert els creixements empresarials —per la via de les fusions i les adquisicions— palanquejats en forts endeutaments. Aquest deteriorament de la conjuntura econòmica va provocar una cadena d'impagaments dels préstecs, tot reduint les garanties últimes d'uns productes financers cada cop més complexos i negociats en mercats poc transparents (*over-the-counter*). Davant les degradacions dels ràtings per les agències de qualificació, els inversors van deixar de subministrar liquiditat als mercats financers globals, i van iniciar una fugida massiva cap a inversions menys arriscades, com el deute públic.

Els mesos de setembre i octubre de 2008 han passat als llibres d'història pel fet que es va ensorrar un model financer, econòmic i social sustentat en la concessió de crèdit i la distribució global del risc entre els inversors. Allò que era impensable va succeir. El sistema financer que canalitzava molt eficientment l'estalvi global —volum alt, cost baix— cap a les demandes de crèdit ha fet fallida.

Les autoritats monetàries (Reserva Federal, Banc Central Europeu) van reaccionar de bell antuvi mitjançant la provisió massiva de liquiditat, amb la decisió d'una rebaixa dràstica dels tipus d'interès fins a mínims històrics. Les polítiques monetàries expansives i de rescat d'institucions financeres per part dels bancs centrals no han evitat que la crisi financera hagi esdevingut una crisi econòmica en forma d'una forta crisi immobiliària, de contracció de l'activitat i el consum, de reducció dels beneficis empresarials, de cancel·lació dels projectes d'inversió, amb nombrosos procediments concursals i tancaments d'empreses. La crisi econòmica aflora com a crisi social quan l'ajustament





brusc de la capacitat es tradueix en expedients de regulació d'ocupació i destrucció de llocs de treball. Els joves i els novinguts se situen entre els grups socials més afectats.

## 2. Impacte sobre les finances públiques

La crisi impacta sobre els pressupostos públics per tres vies, la primera en l'àmbit financer i la segona i la tercera en l'àmbit econòmic:

- a) Mesures d'estabilització del sistema financer, juntament amb les autoritats monetàries dels bancs centrals.
- b) Estabilitzadors fiscals automàtics, activats per la contracció de l'activitat econòmica.
- c) Polítiques d'estímul fiscal discrecional, per apaivagar les conseqüències de les decisions preventives dels agents privats (famílies, empreses).

### a) Mesures d'estabilització del sistema financer

Els bancs centrals proveeixen liquiditat a les subhastes setmanals de manera pràcticament il·limitada, a venciments ampliat i admetent tot tipus d'acords col·laterals de garantia. Fins i tot, les autoritats monetàries financen directament el sistema financer i altres sectors econòmics, en operacions de rescat per eludir la fallida. Els bancs centrals han introduït instruments no convencionals (compra de paper comercial, cèdules o *covered bonds* i altres actius privats), que han multiplicat la base monetària als seus balanços.

Les autoritats monetàries han hagut d'instrumentar acords de permuta de divises (*swaps*) amb altres bancs centrals, i els organismes internacionals (FMI, Banc Mundial) han ampliat els préstecs condicionals (*stand-by*) i han creat noves línies de finançament a economies amb dificultats.

De la seva banda, els governs dels EUA i molts de la Unió Europea també han participat en l'estabilització del sistema financer, mitjançant compres d'actius en subhastes públiques de liquiditat. Els tresors estan subministrant garanties als actius bancaris amb problemes i a les noves emissions de passius bancaris, per tal de facilitar l'accés dels bancs al finançament dels mercats majoristes internacionals i reduir-ne el cost. Fins i tot els tresors han entrat en els capitals de les entitats financeres amb problemes de solvència, mitjançant l'adquisició d'accions preferents, ordinàries o deute subordinat.

En tot cas, l'augment del risc de crèdit i la morositat en l'actiu dels balanços bancaris, juntament amb la pressió dels venciments dels passius bancaris davant els mercats majoristes, deriven en el fet que la liquiditat queda embassada i el sistema financer no restableix la normalitat en la concessió de crèdit.

### b) Estabilitzadors fiscals automàtics

La crisi econòmica ha activat els estabilitzadors automàtics de despeses i ingressos públics.

La contracció de l'activitat incrementa automàticament algunes partides de despesa, com el subsidi d'atur. De la mateixa manera, la caiguda de l'activitat ha provocat una reducció abrupta de la recaptació pressupostària (imposició directa i indirecta), molt particularment en les figures tributàries relacionades amb les transaccions immobiliàries (IVA, impost de transmissions patrimonials i actes jurídics documentats) i el consum fungible i de bens duradors (IVA, impostos especials).

L'impacte de la crisi sobre les rendes del treball, els rendiments d'activitats professionals i sobre els beneficis empresarials, així com en termes de minuscúries en el valor dels actius mobiliaris i immobiliaris, reduiran progressivament la recaptació en concepte d'IRPF, impost de societats i altres tributs.

A la Unió Europea, l'elevada elasticitat entre el cicle econòmic i el saldo fiscal pot representar un impacte pressupostari rellevant.

### c) Polítiques d'estímul fiscal discrecional

Les autoritats pressupostàries s'han vist abocades a unes polítiques fiscals molt expansives per compensar la caiguda de l'activitat productiva i de la demanda agregada de consum.





La despesa pública discrecional ha augmentat per la via de les inversions en infraestructures, incentius fiscals a les empreses i transferències a les famílies. D'altra banda, les reduccions fiscals a empreses i famílies també s'inclouen dins el ventall de mesures d'impuls a l'activitat i la demanda.

A més, els governs de les economies desenvolupades han donat suport a sectors industrials amb dificultats, com ara el de l'automòbil (capital a les empreses, subvencions al comprador). L'habitatge també ha estat destinatari d'un ampli ventall de polítiques públiques discrecionals.

Aquestes mesures d'estímul fiscal es caracteritzen per la urgència, per la qual cosa s'orienten a impactes a curt termini. No obstant això, el deteriorament dels escenaris en el mercat laboral provoca una caiguda de la propensió a consumir i un augment de la propensió a l'estalvi per part de les famílies, tot dificultant la transmissió de l'impuls fiscal a la demanda agregada final.

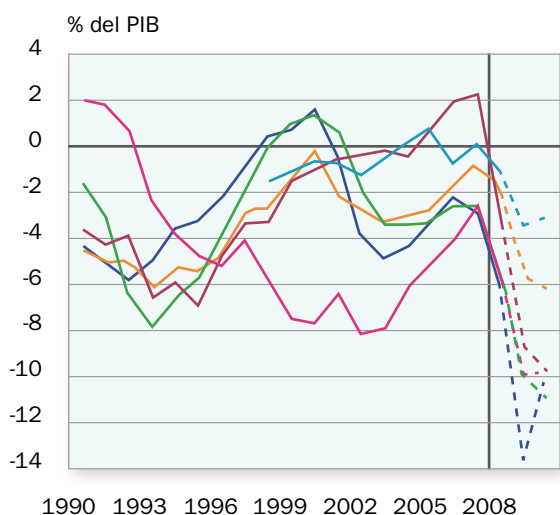
### 3. Escenaris pressupostaris: dèficit públic i endeutament

La crisi financera i econòmica i les polítiques fiscals i monetàries de les autoritats tindran unes conseqüències profundes sobre les finances públiques a curt, a mitjà i a llarg termini. El cost fiscal de la crisi es pot mesurar en termes d'increment gradual del dèficit públic i de les ràtios d'endeutament.

Els organismes internacionals i altres analistes estimen que els EUA projecten una ràtio de dèficit públic/PIB del 13,6% per a l'exercici del 2009. L'Estat espanyol, que partia d'un superàvit públic sobre el PIB del 2,2% en l'exercici del 2007, incrementaria el dèficit públic sobre el PIB en més de deu punts percentuals, i arribaria a una cota del 8,3% en l'exercici del 2009. El Govern espanyol el situa en el 9,5% per a aquest any.

Pel que fa a l'endeutament públic, la profunditat i la durada de la crisi projecten per als EUA una ràtio de deute públic/PIB de prop del 100% el 2010. L'economia espanyola va entrar en el període de crisi amb una ràtio inferior al 40%, tot i que projecta un fort deteriorament, que portaria el deute públic/PIB cap a la cota del 60% l'any 2010.

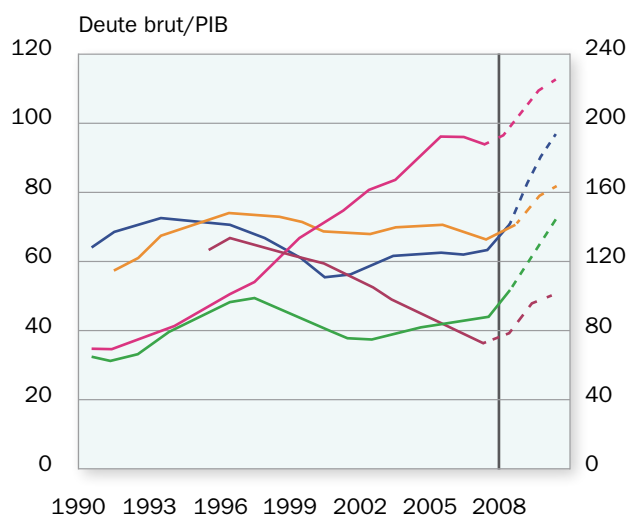
#### Dèficit públic/PIB



— Estats Units      — Regne Unit  
— Àrea de l'euro      — Espanya  
— Japó                      — BRIC

Font: Banc d'Espanya.

#### Deute públic/PIB



— Estats Units      — Regne Unit  
— Àrea de l'euro      — Espanya  
— Japó (escalada dreta)

Font: Banc d'Espanya.





No obstant això, el càlcul de l'impacte total del deteriorament fiscal encara no pot ser determinat pels motius següents:

- a) Les assignacions pressupostàries compromeses s'executaran parcialment o totalment en funció de la durada de la crisi. Fins i tot potser hauran de ser ampliadades, particularment les compres d'actius, les injeccions de capital i els préstecs del Tresor, amb el corresponent impacte immediat en el deute públic a curt termini.
- b) Les assignacions pressupostàries consistents en garanties no representen una despesa efectiva.
- c) Les assignacions pressupostàries destinades a la compra o al finançament d'actius i les aportacions de capital podrien ser recuperades parcialment o totalment, en funció de l'evolució del valor dels actius i del capital a llarg termini.
- d) Les actuacions de suport dels bancs centrals i altres entitats autònomes (institucions financeres públiques, fons de garantia de dipòsits) no representen un increment del deute públic, tot i que poden revertir finalment en un impacte sobre els pressupostos públics. En aquest sentit, la provisió de liquiditat de les autoritats monetàries al sistema bancari, amb acords col·laterals ampliat de baixa garantia, afegeix un risc sobre el potencial cost fiscal de la crisi financera.

Els escenaris econòmics projecten un ajustament de l'activitat al llarg dels exercicis de 2009 i 2010, la qual cosa deteriorarà previsiblement els saldos fiscals primaris. D'altra banda, si les economies dels EUA i dels països europeus es recuperen a mitjà termini, els bancs centrals (Reserva Federal, Banc Central Europeu) hauran de normalitzar els nivells dels tipus d'interès, per reduir les potencials tensions inflacionàries derivades de l'excés de liquiditat creada per estabilitzar el sistema financer. En aquest cas, el cost real del finançament de les emissions de deute públic augmentaria, la qual cosa introduiria una dinàmica inercial a l'alça que exigiria saldos primaris pressupostaris amb superàvit, per tal de reconduir la tendència cap a l'equilibri pressupostari a llarg termini. La contracció dels mercats financers globals —que no es restablirà a curt termini—, combinada amb les nombroses emissions de deute sobirà per part de totes les administracions públiques del món, pot absorbir l'estalvi disponible, tot dificultant l'accés i encarint el cost del finançament per part dels prestataris privats de més risc (famílies, empreses).

Un cop superada la conjuntura econòmica recessiva, el cost fiscal de la crisi es podria agreujar si les hisendes públiques entressin en una dinàmica d'insostenibilitat que afectés el compromís de disciplina i consolidació fiscal. Les projeccions demogràfiques —amb l'envelliment de la població— aporten un repte addicional a les polítiques públiques en el si de les societats del benestar. La provisió de béns i serveis públics (salut, serveis socials, dependència, ensenyament, seguretat i altres), que proporciona creixement i cohesió social a les economies avançades, estarà sotmesa a una forta restricció pressupostària en els horitzons a curt, a mitjà i a llarg termini, tot obligant a l'aplicació de reformes estructurals i a fer un esforç de millora de la productivitat i l'eficiència en l'assignació i la gestió dels recursos.

#### 4. Efectes de la crisi sobre les organitzacions sanitàries

Cal remarcar que, fins ara, l'efecte de la crisi sobre les organitzacions sanitàries ha estat molt menor, de manera gairebé incomparable als efectes que han patit altres sectors. En tot cas, les conseqüències derivades de la crisi no són ni seran iguals per a totes les organitzacions sanitàries, i la manera d'afrontar-la també serà diferent, en funció del grau d'autonomia de gestió de cadascuna. Per a totes elles, però, un dels factors fonamentals en la manera d'abordar la crisi serà la intensitat de la implicació dels professionals sanitaris amb l'organització.

La primera conseqüència directa de la crisi per a les organitzacions sanitàries amb finançament públic es pot explicar amb una equació elemental: la disminució de l'activitat econòmica general implica una disminució dels ingressos públics. És a dir, la recaptació dels impostos a persones físiques i jurídiques o dels que graven el consum o de les quotes de la Seguretat Social és menor i serà menor en els propers mesos. Per tant, la primera dificultat que afronten els governs és disposar d'uns pressupostos públics que garanteixin com a mínim el nivell de despesa compromesa, i, si aquesta condició ja és prou difícil de mantenir, el compliment es veu agreujat quan es vol garantir, i en algun cas ampliar, el nivell de serveis i de protecció que s'ofereix als ciutadans.







La conseqüència és òbvia, la davallada dels ingressos coincideix amb accions compromeses que impliquen un increment en la despesa pública, i en aquestes circumstàncies no queden gaires més opcions que incrementar el dèficit públic (fins a on?) i recórrer a unes fonts d'endeutament malmeses. En aquest escenari, la reducció dels ingressos derivats del finançament públic afecta qualsevol organització sanitària, fet que d'entrada les obliga a revisar les despeses i, com a mínim, a plantejar algun pla d'acció.

La duresa de l'escenari va obligar el Govern de la Generalitat a aprovar, a final del mes de juny, un «pla de xoc» d'ajust pressupostari amb una disminució de 900 milions d'euros —un 2,9%— en el pressupost del 2009. Malgrat l'acord posterior sobre el nou model de finançament, el Departament de Salut no s'escapa de la retallada i, encara que percentualment aquesta sigui la més modesta —d'un 1%—, implica una disminució de 91,5 milions de euros. Es dibuixa una situació encara més complicada per a les organitzacions sanitàries, atès que la capacitat econòmica del principal finançador empitjora, i que les opcions que tenen a l'abast per afrontar la crisi són poques i no són les mateixes per a totes les organitzacions.

D'altra banda, les receptes contra la crisi que s'intenten aplicar en altres sectors són difícilment traslladables al sector sanitari: obertura de nous mercats, que en aquest cas vol dir buscar fonts addicionals de finançament de l'activitat; ajust de plantilles; reducció de les despeses generals; austeritat... Les organitzacions sanitàries es distingeixen de les d'altres sectors per la posició central dels professionals sanitaris. Sobre ells pivota l'activitat de l'organització, i l'autonomia que cal per desenvolupar la seva feina és, potser, l'eix en què es fonamenta el seu treball. La tradicional desconfiança que ha presidit la relació entre els directius sanitaris i els professionals, principalment els metges, tampoc no afavoreix l'imprescindible concurs dels professionals per afrontar l'escenari actual.

És evident que no hi ha receptes per sortir de la crisi, però en tot cas la resposta no pot ser única i comuna a totes les organitzacions, i més encara en el cas de Catalunya, on la diversitat de les institucions sanitàries que integren la xarxa hospitalària d'utilització pública (XHUP) constitueix un dels trets identitaris del sistema sanitari català.

La titularitat diversa de les entitats proveïdores de serveis sanitaris condiona la percepció que es té de la crisi i la manera d'encarar-la. En la mesura que una bona part dels hospitals i els centres d'atenció primària no tenen entitat jurídica pròpia, tampoc no tenen capacitat per gestionar els seus ingressos econòmics i els instruments que disposen per controlar les despeses, ja que els incentius per fer-ho són molt limitats. L'entrada en vigor de la «nova llei» de l'Institut Català de la Salut (Llei 8/2007, del 30 de juliol) col·lisiona amb velles inèrcies que en dificulten la transformació. La innegable excel·lència professional i la qualitat dels serveis assolits en els seus centres, i els canvis realitzats, cal atribuir-los als esforços dels professionals sanitaris i els equips directius per superar les rigideses i les traves administratives que en regulen el funcionament quotidià.

Els centres de l'ICS continuen sent organitzacions sanitàries limitades per les rigideses del model pressupostari públic i, en la pràctica, la gestió de l'escassetat de recursos econòmics es limita a diferir el pagament a proveïdors, que, en definitiva, poden ser dels qui pateixen en més mesura les conseqüències de la crisi.

De la seva banda, les organitzacions sanitàries amb entitat jurídica pròpia integrants de la XHUP disposen, en general, de més autonomia de gestió, que els permet buscar noves fonts d'ingressos, adaptar les plantilles a l'activitat prevista, actuar sobre les despeses, recórrer a l'endeutament... En tot cas, disposen de les condicions, de l'estructura, del coneixement i dels incentius per fer d'una manera més eficient el que qualsevol organització ha de fer diàriament: contractar, acomiadar, comprar, vendre, pagar, cobrar, invertir, endeutar-se, etc., i encara més, poden desenvolupar polítiques de recursos humans que contribueixin a la identificació i al compromís dels professionals amb la institució.

Amb aquesta idea, al seu moment es van crear els consorcis sanitaris, entitats públiques amb participació d'administracions públiques i privades, i amb una autonomia de gestió adequada a les necessitats de les organitzacions sanitàries. Amb el temps i per diverses raons, els consorcis s'han vist obligats a aplicar bona part de la normativa i les regulacions del sector públic, fet que de manera progressiva n'ha anat limitant l'autonomia de gestió i, paradoxalment, els ha anat acostant al model d'organització que es volia evitar quan van ser creats.





En el conjunt del sector i amb independència de la titularitat, les grans partides econòmiques corresponents a sous i salaris del personal pràcticament tenen una condició d'intocables. Amb tot, en el context actual no cal esperar increments en els salaris, més enllà dels que puguin correspondre a l'acompliment dels compromisos adquirits en exercicis anteriors.

Una dificultat afegida per afrontar la crisi que afecta totes les organitzacions sanitàries té a veure amb les possibles oscil·lacions en la demanda assistencial. L'augment de demanda i d'activitat no implica més ingressos però garanteix més despesa, i tot i que des de l'esclat de la crisi es detecta una certa contracció de la demanda de serveis, les previsions es poden modificar substancialment en funció del comportament de les entitats d'assegurança lliure. A Catalunya, una quarta part de la població té contractada una assegurança privada i l'argument «per raons econòmiques» acostuma a ser la primera causa que esgrimeixen les famílies per donar-se de baixa d'una assegurança privada de malaltia. La contrapartida, recórrer a l'assegurança, tampoc no és una opció particularment engrescadora per a les entitats asseguradores, que intenten frenar les baixes d'assegurats amb nous productes, amb imports més assequibles. Quan els qui rescindeixin el contracte necessitin assistència sanitària l'aniran a buscar al sistema públic i, en la mesura que la sortida de la crisi s'allargui, aquest nombre addicional de pacients pot comportar una nova sotragada als pressupostos sanitaris i una dificultat afegida per a les organitzacions.

## 5. La importància de l'autonomia de gestió

És conegut que el suport organitzatiu percebut pels individus es vincula estretament amb el propi compromís amb l'organització. Les experiències favorables en el treball, com ara les recompenses organitzatives, la justícia procedimental, la imparcialitat en la distribució de recursos, el suport dels superiors i les recompenses i les condicions del lloc de treball, contribueixen al suport organitzatiu percebut, i aquest incrementa el compromís afectiu de l'individu amb l'organització. Per tant, el compromís dels professionals amb l'organització té una estreta relació amb les actuacions i les decisions dels directius.

L'autonomia de gestió ha de permetre que les organitzacions sanitàries se centrin en les activitats de més valor, com ara el desenvolupament de polítiques de recursos humans, que haurien de redundar en un compromís més gran dels professionals. Si aquests constaten que l'organització s'interessa per ells i se n'ocupa, que procura afavorir el seu progrés professional, s'incrementarà la valoració del suport organitzatiu percebut i, en conseqüència, també s'intensificarà el seu compromís organitzatiu. En la mesura que la direcció tingui capacitat d'execució, fonamentalment en qüestions operatives, els metges senten que l'hospital els dona suport.

Quan les organitzacions sanitàries estan més limitades per procediments i cauteles administratives que regulen el funcionament de les institucions més dependents del finançament públic, més limitada és la capacitat dels gestors per resoldre els problemes quotidians. Els retards en la resolució dels problemes operatius que afecten aspectes com la dotació de persones, la reposició de materials i equips obsolets, la dificultat per discriminar, valorar i reconèixer les diferents contribucions dels professionals, per posar alguns exemples, enrareixen l'ambient de treball i contribueixen a fer que els professionals no percebin que l'organització els dona suport, la qual cosa, en últim terme, afecta negativament el seu compromís amb l'organització.

D'un professional compromès amb l'organització s'espera que sigui més productiu, que estigui més disposat a la participació i que tingui una orientació més positiva cap a l'organització. No tots els professionals senten el mateix grau de vinculació amb la seva institució, i cal esperar que hi hagi diferents grups de professionals, cadascun caracteritzat per un patró de comportament diferent. A tota política de recursos humans li cal una identificació prèvia d'aquests diferents clústers professionals, a fi que la planificació i les accions que es generin siguin específiques i diferenciades per a cada grup.





## Bibliografia

- ALBEROLA, ENRIQUE; GUTIÉRREZ DEL ARROYO, FERNANDO. «Crisis económica y financiera, respuestas de política y su impacto sobre las finanzas públicas. Una perspectiva global». *Boletín Económico*, Banc d'Espanya, maig del 2009, pàg. 87-106.
- COMISSIÓ EUROPEA. *Economic forecast*, maig del 2009. [http://ec.europa.eu/economy\\_finance/publications/publication15048\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/publication15048_en.pdf)
- FONS MONETARI INTERNACIONAL. *The state of public finances. Outlook and medium-term policies after de 2008 crisis*, març del 2009. <http://www.imf.org/external/np/pp/eng/2009030609.pdf>
- OCDE. *The effectiveness and scope of fiscal stimulus*, cap. 3. *OECD Interim Economic Outlook*, març del 2009. <http://www.oecd.org/dataoecd/3/62/42421337.pdf>
- DEPARTAMENT D'ECONOMIA I FINANCES. GENERALITAT DE CATALUNYA. «El Govern aprova un pla d'ajust pressupostari que permetrà reduir la despesa en 900 milions d'euros», 26 de juny de 2009. <http://www.gencat.cat/economia/noticies/noticies/21977813.html>
- EISENBERGER, ROBERT; HUNTINGTON, ROBIN; HUTCHINSON, STEVEN; SOWA, DEBORA. «Perceived organizational support». *Journal of Applied Psychology*, 71, 1986, pàg. 500-507.
- OBESO, CARLOS. *Gestión de las organizaciones profesionales sanitarias*. Barcelona: ESADE [Papers ESADE, 87], 1992.
- PEIRÓ, MANEL. «Direcció pública i gestió del compromís dels professionals». A LONGO, FRANCISCO I YSA, Tamyko (eds.). *Els escenaris de la gestió pública del segle XXI* (pàg. 221-247). Barcelona: Generalitat de Catalunya - Escola d'Administració Pública de Catalunya, 2007.





# La contribució del sector de la salut a l'economia

María José Álvarez, Francesc Martínez i Rosa Vidal  
Servei Català de la Salut

Actualment s'ha consolidat la visió del sector de la salut no només com un sector que genera despesa i que constitueix un dels pilars fonamentals de l'estat del benestar i de la cohesió social, sinó també com a sector productiu que, pel volum de recursos i el nivell d'externalització, contribueix al creixement econòmic i estimula altres sectors productius de l'economia.

El paper del sector de la salut és crucial per afrontar la crisi econòmica actual, com així ho demostren les recomanacions dels organismes sanitaris internacionals, els quals insisteixen en la necessitat de la intervenció sanitària pública en diversos fronts, principalment aportant recursos al sistema. En el cas de Catalunya, aquests aspectes ens duen a analitzar el nivell de despesa en salut existent i com s'interrelaciona amb la resta de sectors de l'economia catalana. Ens interessa esbrinar el nivell de despesa sanitària a Catalunya i si és factible un marge sostenible d'increment d'aquesta despesa per pal·liar els possibles efectes de la crisi i altres mancances existents.

## La contribució del sector de la salut a l'economia

El món afronta una severa crisi financera i econòmica, alhora que mira també de resoldre els problemes energètics i mediambientals. La percepció de la crisi ha estat global des del començament i sembla que augmenti dia a dia, però els símptomes, la magnitud i els impactes de la crisi econòmica varien en gran manera entre regions i països. No hi ha evidència d'aquests impactes, però hi ha un sentiment general que el problema és davant nostre i que tindrà conseqüències múltiples i de llarga durada sobre la salut i els sistemes de salut a Europa i a tot el món. No cal dir-ho, la situació complexa actual pot ser, però, potencialment tant positiva com negativa, ja que pot produir canvis en normes socials, estils de vida i comportaments relacionats amb la salut.

És complicat establir quines són les repercussions de la crisi econòmica i financera global en el sector de la salut, però sabem que la malaltia funciona de manera aliena a les davallades econòmiques. No hi ha referències sobre el comportament del sector sanitari en altres crisis precedents, per la qual cosa sembla que no és rellevant, però hi ha una sèrie de característiques que fan que la sanitat pugui estar menys afectada pels moviments econòmics.





En primer lloc, la malaltia no queda alterada per la situació econòmica: sempre hi haurà malalts i malalties, si bé aquestes darreres poden quedar modificades per la situació socioeconòmica de cada moment, i poden derivar cap a patologies més «socials», que requereixin que els professionals de la sanitat estiguin preparats per tractar-les, modificant o actualitzant els seus coneixements. D'altra banda, els pacients sempre van a buscar la curació, ja que el manteniment i la promoció de la salut és un dels requeriments primaris de l'individu i de la societat en general. Coincidirem també en el fet que els governs no haurien de retallar la política social que s'ha convingut anomenar «del benestar» en allò que fa referència a sanitat, sinó que més aviat estan obligats per la pressió social i política a aplicar polítiques de formació i de recerca sanitàries.

Aquest context de desacceleració de l'economia, però, comporta la reducció dels ingressos públics. En l'àmbit de la salut tenim l'alerta enfocada en els efectes nocius que la crisi pot provocar en els col·lectius més vulnerables per raons econòmiques.

Des del Govern de Catalunya hi ha una sensibilitat especial cap a aquest aspecte de la societat que es vincula ineludiblement amb l'estat dels recursos disponibles per tal d'afrontar els nous reptes que pot comportar la crisi. En aquest sentit, serà clau el desenvolupament del nou model de finançament de les comunitats autònomes, en el qual s'inclouran els criteris de finançament de la sanitat. D'altra banda, a més de continuar la millora progressiva dels recursos pressupostaris, i tal com assenyalen els objectius del Govern català, cal potenciar les prestacions actuals, promoure la capacitat organitzadora de base territorial per millorar l'autoorganització dels centres i potenciar encara més les inversions, per tal d'actualitzar les infraestructures per a la prestació dels serveis.

Ens trobem, doncs, que el sector de la salut ha d'afrontar alhora la tensió que provoca la reducció dels ingressos públics derivada de la situació de desacceleració econòmica i la necessitat de mantenir el volum i la qualitat dels serveis sanitaris. Els serveis públics, en un entorn econòmic desfavorable, suporten l'esforç necessari per minimitzar l'impacte de la crisi sobre els ciutadans: el seu paper de garants del benestar i de la cohesió social es fa, tanmateix, més necessari.

Hem de vigilar els possibles efectes de la crisi sobre l'empitjorament de la salut en els col·lectius més desfavorits, de la salut entesa no només com a física, sinó com a salut mental i com a salut social. En aquest aspecte, han pres partit tant l'Organització Mundial de la Salut (OMS) com la Comissió Europea (CE) a fi de donar recomanacions per acarar la crisi, i perquè aquesta no afebleixi els sistemes de salut. Fem nostres les recomanacions més significatives de les dues organitzacions.

La CE proposa millorar l'eficàcia dels sistemes d'atenció sanitària i reduir les desigualtats en salut tot prioritzant l'atenció primària, la prevenció, la promoció i la qualitat en la salut. També recomana promoure la qualitat de l'atenció de llarga durada, per assegurar un envelliment més saludable i digne, creant una base sòlida de finançament i millorant la coordinació de l'atenció, que inclou la coordinació entre l'atenció sanitària i els serveis socials. D'altra banda, insisteix a promoure la inversió en infraestructures socials i de salut.

De la seva banda, l'Informe de l'OMS es fa ressò que en temps de crisi els resultats en salut i les dificultats financeres relacionades amb el sector sanitari queden afectats pels canvis en els recursos disponibles en el mateix sistema sanitari, pels canvis en les condicions i els estils de vida i en el comportament dels consumidors i pels canvis en les normes i els valors socials.

En l'esmentat informe es remarca que els ingressos públics poden disminuir dràsticament, tant en els països que financen la sanitat amb impostos, pel decrement del PIB, com en els que tenen un sistema de seguretat social, com a conseqüència de l'increment de l'atur. També els preus internacionals dels medicaments es poden encarir a causa de la inflació i de la depreciació d'algunes monedes.

Algunes mesures proposades per l'OMS per solucionar la crisi passen per prioritzar la inversió i explotar algunes de les possibilitats que ofereix, en aquest aspecte, el sector sanitari. Així, per exemple, les inversions en infraestructures sanitàries energèticament eficients permetrien reduir els costos de manteniment hospitalaris, que es converteixen en costos fixos, i alliberar recursos públics perquè siguin destinats al tractament directe dels pacients.

L'OMS preveu que els efectes de la crisi variaran molt segons el país, depenent de l'estructura de l'economia, de la dependència de les exportacions i/o de les fluctuacions de la moneda nacional de cada país, així com de les accions polítiques de cada govern. Tot i així, una de les diferències principals respecte a crisis anteriors és el fet que ara els governs són més sensibles a la importàn-





cia vital del sector sanitari per a l'economia. Així, molts estats membres reconeixen que fer accessible a tothom l'assistència sanitària és una de les maneres més eficients de reduir les desigualtats socials, i que invertir en salut és molt positiu tant per a l'estabilitat social com per al conjunt de l'economia.

L'OMS suggereix l'acció a escala global, nacional i regional per ajudar el sector sanitari a sortir de la crisi en bones condicions. Considera àmpliament acceptat el fet que la despesa pública es presenta com un mitjà per reactivar l'economia. Per això recomana un lideratge per poder afrontar els reptes de la sanitat en temps de crisi, mitjançant la coordinació entre responsables de salut i d'economia i entre els nivells central i regional. Algunes recomanacions concretes anticrisi per al sector sanitari són:

- Assegurar que es prioritza l'atenció a les persones més desfavorides.
- Donar suport a la protecció dels pressupostos sanitaris i a la inclusió de la salut i de les inversions mediambientals, especialment les que redueixin costos, en els plans de recuperació de l'economia.
- Mantenir l'ocupació en el sector sanitari i revisar els plans de desenvolupament i els programes existents per tal d'incrementar el suport a les activitats intenses en mà d'obra.
- Explorar opcions de prevenció i atenció primària, i promoure l'atenció a domicili i altres serveis per a la gent gran i la població més vulnerable.
- Assignar els recursos a les activitats essencials i en les prioritats del sistema sanitari.
- Explorar opcions de racionalització i implantar mesures de reducció de costos.
- Tractar les desigualtats en salut, incloent l'anàlisi i la identificació de les causes que les provoquen, per mitjà d'indicadors de salut robustos, i també millorar l'accés als serveis sanitaris per tal de reduir la pobresa.

## La despesa en salut

Com es pot comprovar, els organismes internacionals insisteixen en la necessitat de la intervenció pública en diversos fronts. En el cas de Catalunya, és important analitzar el nivell de despesa en salut existent i si és factible un marge sostenible d'increment d'aquesta despesa per pal·liar els possibles efectes de la crisi i situar-nos en nivells comparables a les regions similars d'Europa.

A més, contràriament a com ha estat fins ara, en els darrers temps s'ha consolidat la visió de la sanitat no tan sols com a àmbit generador de despesa, sinó com a sector productiu que contribueix al creixement econòmic i que estimula altres sectors econòmics d'un país.

Segons la informació de què disposa l'OCDE, el percentatge del PIB dedicat a la sanitat no ha parat de créixer els darrers anys. La despesa sanitària per càpita s'ha incrementat de mitjana més del 80% en termes reals entre els anys 1990 i 2006 en els països de l'OCDE, de manera que sobrepassa amb escreix el creixement que ha experimentat el PIB per càpita (un 37% en aquest mateix període). El 1970, la despesa en sanitat representava únicament el 5% del PIB dels països desenvolupats; el 1990, aquesta proporció s'havia incrementat fins al 7%, i avui, amb dades per a l'any 2007, és superior al 9%.

En termes generals, hi ha una imatge de bona qualitat en la provisió dels serveis sanitaris a Catalunya, amb un adequat accés territorial i una relativa estabilitat en el funcionament dels serveis, però que, paradoxalment, cohabita amb la realitat d'una sanitat catalana amb insuficiència financera, especialment com a conseqüència del model de finançament autonòmic. És prioritari, doncs, esbrinar en quina situació es troba la sanitat catalana pel que fa al nivell de despesa, tot comparant-la amb la despesa d'altres societats amb un grau similar de desenvolupament.

Des de qualsevol punt de vista, els resultats ens indiquen un diferencial de recursos d'Espanya i els països mediterranis amb relació als països del centre i el nord d'Europa. Sense anar més lluny, l'Oficina Econòmica del president del Govern d'Espanya va estimar un «patró europeu de despesa social» (Informe econòmic del President del Govern, 2008) per a les principals categories de despesa social en les divuit economies més riques d'Europa. Segons les dades de despesa sanitària, la despesa de França i d'Alemanya supera aquest patró, mentre que la despesa d'Itàlia i d'Espanya se situa per sota.





Els resultats també van confirmar que, en el conjunt d'economies europees, el nivell de renda per càpita incideix positivament i significativament sobre totes les funcions de despesa social, en especial sobre les pensions per vellesa i supervivència i les prestacions sanitàries.

Més concretament, les economies mediterrànies (Espanya, Grècia, Itàlia i Portugal) i Irlanda són les que es van situar per sota del seu patró de despesa. Entre 1990 i 2005, la despesa efectiva mitjana per a aquest conjunt de països va representar entorn del 85% del valor teòric que els correspondria segons el seu desenvolupament. És a dir, aquestes economies han fet un esforç inferior a la mitjana europea, una vegada s'ha ajustat per les diferències estructurals.

La realitat és que el context d'insuficiència econòmica a Catalunya i a la resta de comunitats autònomes a què ens referíem abans s'ha anat perpetuant en el temps, des del traspàs dels serveis sanitaris fins al moment actual. La millora dels serveis sanitaris ha estat notable en aquest darrer quart de segle. Atès el grau de desenvolupament del sistema sanitari i atès el seu sistema de finançament, la manca de recursos és fàcilment predictable. La raó és que Catalunya rep un finançament públic sanitari que es correspon, d'una manera bastant estreta, amb la seva població —tot i que està referenciada al 1999, amb el biaix conseqüent a la baixa respecte a la situació actual—, i que obté aproximadament el mateix nivell de recursos per càpita que la resta de l'Estat, i es correspon, per tant, molt poc amb el seu nivell de desenvolupament socioeconòmic, que, com hem indicat —i com ha remarcat el mateix Govern de l'Estat—, resulta decisiu en el nivell de despesa sanitària demanada.

L'interès per l'estudi del volum ponderat i l'estructura de la despesa sanitària, tan pública com privada, ha esdevingut una preocupació en les últimes dècades, en la qual els diversos estats no han parat d'invertir esforços. Aquestes iniciatives, però, no s'han dut a terme únicament en l'àmbit nacional, sinó que organismes supranacionals com l'OMS, el Banc Mundial o l'OCDE han treballat conjuntament els darrers anys per aconseguir integrar les dades de salut en una estadística única.

Amb aquesta premissa, podem contrastar els nivells de despesa sanitària a Catalunya amb relació amb els d'Espanya i els països desenvolupats del nostre entorn més immediat.

La despesa sanitària total sobre el PIB d'Espanya per a l'any 2006, amb un valor del 8,4%, se situa quasi un punt per sota de la mitjana de la Unió Europea dels quinze (UE-15 que és del 9,2%, taula 1). El nivell de despesa sanitària sobre el PIB de Catalunya és del 7,2%, un valor que es troba clarament allunyat dels paràmetres de la resta de països desenvolupats. Hi ha un diferencial de Catalunya amb Espanya d'1,2 punts; la diferència amb la despesa de la UE-15 és de 2 punts, i d'1,8 punts amb l'OCDE.

**Taula 1. Despesa total en salut en % del PIB 2006**

Estats Units	15,3	Grècia	9,1
França	11,0	Itàlia	9,0
Alemanya	10,6	Espanya	8,4
Bèlgica	10,3	Regne Unit	8,4
Portugal	10,2	Finlàndia	8,2
Àustria	10,1	Irlanda	7,5
Canadà	10,0	Luxemburg	7,3
Dinamarca	9,5	UE-15	9,2
Holanda (*)	9,3	OCDE	9,0
Suècia	9,2	<b>Catalunya</b>	<b>7,2</b>

(\*) despesa corrent.

Font: ECO-SALUD OCDE 2008 i CatSalut.





En la mateixa tònica, com es pot observar a la taula 2, la mitjana de la despesa sanitària pública sobre el PIB a la UE-15 se situa en el 7,1%, i en el 6,6% a l'OCDE. Espanya, està en aquest cas també per sota de la mitjana de la UE, amb un 6,0% en l'any 2006, proporció que ha crescut unes dècimes, ja que s'havia mantingut estable des de l'any 1998 en el 5,3%-5,4%. Malgrat tot, per a l'any 2006, encara queden 1,2 punts sobre el PIB per arribar a la norma europea.

Catalunya disposa d'una despesa sanitària pública sobre el PIB del 4,7%, és a dir, 1,3 punts per sota d'Espanya i 2,4 punts per sota de la mitjana europea.

**Taula 2. Despesa pública en salut en % del PIB 2006**

França	8,8	Estats Units	7,0
Alemanya	8,1	Itàlia	6,9
Dinamarca	8,0	Luxemburg	6,6
Àustria	7,7	Finlàndia	6,2
Bèlgica (*)	7,6	Espanya	6,0
Holanda (*)	7,6	Irlanda	5,9
Suècia	7,5	Grècia	5,6
Regne Unit	7,3	UE-15	7,1
Portugal	7,2	OCDE	6,6
Canadà	7,0	<b>Catalunya</b>	<b>4,7</b>

(\*) despesa corrent.

Font: ECO-SALUD OCDE 2008 i CatSalut.

Aquest gran diferencial, cal atribuir-lo a les circumstàncies del finançament sanitari espanyol que ja hem apuntat abans. Així, veiem que Catalunya ocupa la quarta posició per la cua en el rànquing de despesa dels països de l'OCDE (únicament per sobre de Polònia, Corea i Mèxic) i es troba a 4,1 punts de França, que, amb un 8,8% sobre el PIB, és el país que dedica més percentatge del PIB al finançament de la sanitat pública.

Pel que fa al valor de la despesa sanitària privada sobre el PIB, Espanya s'ha mantingut constant entre els anys 2003 i 2006, lleugerament per sobre de la mitjana de la UE (15). A la taula 3 es presenten els resultats per a l'any 2006. Observem que el pes de la despesa sanitària privada espanyola sobre el PIB se situa 0,3 punts per sobre del de la UE-15, concretament, un 2,4% enfront del 2,1% d'Europa, i al mateix nivell que la de l'OCDE.

**Taula 3. Despesa privada en salut en % del PIB 2006**

Estats Units	8,3	Itàlia	2,0
Grècia	3,5	Finlàndia	2,0
Portugal	3,0	Holanda (*)	1,7
Canadà	3,0	Suècia	1,7
Bèlgica (*)	2,7	Irlanda	1,6
<b>Catalunya</b>	<b>2,5</b>	Dinamarca	1,5
Alemanya	2,4	Regne Unit	1,1
Àustria	2,4	Luxemburg	0,7
Espanya	2,4	UE-15	2,1
França	2,2	OCDE	2,4

(\*) despesa corrent.

Font: Eco-Salud OCDE 2008 i CatSalut a partir de la informació de l'INE.





Catalunya té, l'any 2006, un pes lleugerament superior a l'espanyol, un 2,5% del PIB, malgrat el pes percentual superior del PIB a Catalunya respecte a la mitjana de l'Estat espanyol. Aquest valor és més significatiu com a conseqüència del paper de les assegurances privades de salut a Catalunya, on tenen més pes que a la resta de l'Estat espanyol.

Deixant a banda el cas excepcional dels Estats Units, on la despesa sanitària privada sobre el PIB és del 8,3%, Catalunya se situa en nivells similars a països com Alemanya (2,4%) i per damunt de França (2,2%), Suècia (1,7%) o el Regne Unit (1,1%).

Veiem, doncs, que la sanitat representa un volum molt important de la producció total d'un país. A més, atesos els nivells de despesa assolits, Catalunya disposa d'un marge potencial apreciable fins a situar la despesa sanitària pública als nivells dels països que tenen un desenvolupament socioeconòmic equiparable al nostre. Aquesta equiparació és possible únicament per la modificació del model de finançament en què els paràmetres de solidaritat interterritorial siguin més ajustats, com succeeix en les estructures de finançament públic dels països desenvolupats.

## La sanitat com a sector econòmic

Un cop analitzat el primer vessant d'estudi, en què es tractava de caracteritzar el sector de la salut a Catalunya des del punt de vista de la despesa pública i privada que significa i de comparar-lo amb altres països del nostre entorn, seguidament passem a analitzar la importància del sector de la salut com a sector productiu que contribueix al creixement econòmic i estimula altres sectors productius de l'economia.

A partir de la informació proporcionada per l'Institut d'Estadística de Catalunya (Idescat), hem pogut analitzar les macromagnituds principals del sector sanitari i la seva importància com a dinamitzador de l'entrellat productiu de la nostra economia. En referim bàsicament a la producció del sector, el seu valor afegit brut (VAB), els consums que genera en altres sectors i els llocs de treball a què dona ocupació.

A grans trets, el consum intermedi de la sanitat a Catalunya representa el 34% del total de la producció del sector sanitari, davant el 66% que representa el VAB. D'aquesta manera, es constata que el VAB és el component més important de la producció del sector sanitari de Catalunya, com era d'esperar en un sector de serveis. Com també es podria suposar, la remuneració d'assalariats és el factor amb més pes en la composició del VAB sanitari, amb un 73% del total (taula 4).

**Taula 4. Macromagnituds del sector de la salut a Catalunya 2006**

	Sector salut	%	Economia catalana	%	% Salut / Economia
<b>Consum intermedi</b>	3.755	<b>34%</b>	201.966	<b>54%</b>	<b>1,9%</b>
Remuneració d'assalariats	5.173	<b>47%</b>	88.938	<b>24%</b>	<b>5,8%</b>
<b>VAB</b>	7.197	<b>66%</b>	175.318	<b>46%</b>	<b>4,1%</b>
<b>Producció</b>	10.953	<b>100%</b>	377.283	<b>100%</b>	<b>2,9%</b>
Llocs de treball totals	154		3.680		<b>4,2%</b>
Llocs de treball assalariats	142		3.211		<b>4,4%</b>

En milions d'euros corrents i en milers de llocs de treball.

Font: Comptes econòmics de Catalunya 2006. Idescat.

En el període 2001-2006 totes les macromagnituds del sector sanitari analitzades: producció, VAB, consum i ocupació, han guanyat pes respecte al total de l'economia. Prop del 4% del VAB generat a Catalunya prové del sector sanitari català, mentre que el consum intermedi de la sanitat representa una mica menys del 2% del total del país. El més destacat, però, és el fet que durant aquest període el VAB sanitari ha passat de representar el 3,8% del VAB total de l'economia a significar el 4,1%. És així perquè la taxa mitjana anual acumulada de creixement del VAB del sector de la salut ha





estat superior a la del VAB generat pel total de l'economia catalana i demostra, una vegada més, la seva importància creixent.

En termes agregats, un altre punt a destacar en l'anàlisi és que aproximadament el 4% dels llocs de treball totals de Catalunya corresponen al sector de la sanitat. Aquest valor s'incrementa al voltant del 4,3% si parlem únicament de llocs de treball assalariats.

Aquest fet caracteritza el sector sanitari com a intensiu en la generació i el manteniment de llocs de treball.

Podem observar, així mateix, que les compres del sector sanitari es concentren principalment en els grups d'activitats estandarditzats següents: els productes farmacèutics; els equips medicoquirúrgics; l'energia i serveis diversos, com el comerç a l'engròs; serveis jurídics, de comptabilitat i assessorament a la gestió empresarial; la neteja, o la restauració. Segons l'origen geogràfic, observem que els serveis i l'energia provenen de l'interior de Catalunya, mentre que els productes farmacèutics i els aparells medicoquirúrgics són adquirits majoritàriament fora del nostre territori.

Els resultats del sector de la salut corroboren tant la tendència a l'externalització com el procés de terciarització en què estan immerses la majoria d'economies desenvolupades i gràcies al qual el pes del sector dels serveis en el total de l'economia no ha parat de créixer en els últims anys.

També cal destacar que, mentre que els serveis de restauració i la branca de recerca i desenvolupament tenen un pes important com a consums del subsector dels hospitals, els serveis immobiliaris ho són per al sector no hospitalari, com sembla lògic si considerem la gran quantitat d'establiments que conformen aquest àmbit.

Un cop determinat el pes macroeconòmic del sector de la salut en el seu entorn, un aspecte interessant d'analitzar és la capacitat de dinamització que té el sector sanitari sobre la resta de sectors productius de l'economia catalana.

L'estructura productiva d'un país o una regió s'obté amb l'ajut d'una taula creuada d'entrada i sortida (taula *input-output*) que representa la base de l'anàlisi *input-output*. Per columnes, es mostren els recursos de què disposa una economia, i per files, es mostren els usos que l'economia dona a aquests recursos.

A partir de les taules *input-output* de l'economia catalana (TIOC) per a l'any 2001 (darrer any disponible) podem extreure alguns indicadors d'aquesta interrelació del sector de la salut. D'entrada, un dels més significatius és l'anomenat coeficient d'arrossegament, que es defineix com la capacitat d'una activitat per provocar el desenvolupament d'altres activitats en utilitzar *inputs* intermedis provinents d'aquella d'activitat.

En el nostre cas, el coeficient d'arrossegament de la sanitat catalana significa un valor de 0,32. Això ens indica que una unitat demanada en el sector de la salut indueix a la producció de 0,32 unitats a la resta de sectors de l'economia que hi estan relacionats (taula 5).

**Taula 5. Interrelació del sector de la salut amb la resta de l'economia 2001**

	Sector salut	Economia catalana
Capacitat arrossegament	0,32	0,54
Multiplicador producció	1,3	1,44
Multiplicador valor afegit	0,84	0,66
Multiplicador ocupació	22,15	19,04

Font: TIOC-2001. Idescat.

El valor està una mica per sota de la mitjana de l'economia catalana, que és de 0,53; tot i així, aquest és un fet normal dins el sector de serveis, ja que el valor afegit té un pes superior al del consum intermedi si ho comparem amb els altres sectors productius. Malgrat tot, el valor per a la sanitat no és gens negligible, ja que està al mateix nivell d'altres sectors força actius, com ara



el transport per ferrocarril; el comerç al detall; la branca d'Administració pública, afers exteriors i defensa; els serveis agrícoles i ramaders i de caça, o bé l'ensenyament superior.

Hi ha altres indicadors clau en l'explotació de les TIOC que ens donen una visió del sector de la salut i la relació amb el seu entorn. Entre aquests, hem analitzat els anomenats multiplicadors de l'economia. Els multiplicadors ens indiquen l'efecte final sobre la producció, l'ocupació o el valor afegit de tots els sectors d'un increment d'una unitat en la demanda final d'un sector econòmic concret.

En el sector de la salut, destaquen per la seva rellevància els multiplicadors del valor afegit i l'ocupació, amb valors superiors a la mitjana del conjunt de l'economia catalana. Un sector considerat clau en l'economia com el de les obres d'enginyeria civil presenta un multiplicador de la producció lleugerament superior al del sector sanitari i, d'altra banda, un multiplicador de valor afegit molt inferior al d'aquest.

Pel que fa al multiplicador de l'ocupació de la salut, s'observa que és superior al de la mitjana de l'economia catalana. En concret, per cada milió d'euros de demanda addicional en el sector sanitari, es generen al voltant de vint-i-dos llocs de treball, quan en el conjunt de l'economia catalana aquest valor és de dinou llocs de treball. A més, cal tenir en compte el pes important de la remuneració d'assalariats, i per tant, de la mà d'obra en la composició del VAB sanitari. Aquesta mà d'obra qualificada incrementa l'estoc de capital humà del país i en millora la competitivitat.

## Impacte del pressupost de salut de la Generalitat de Catalunya en l'economia catalana

El pressupost de salut responsabilitat de la Generalitat de Catalunya representa actualment més del 30% del pressupost de la Generalitat. És un volum molt important de recursos i la distribució d'aquest produeix un impacte directe i indirecte molt considerable sobre els diversos sectors de l'economia de Catalunya.

Com sabem, la salut és un sector de serveis intensiu en mà d'obra qualificada i, per tant, el pes dels sous i salaris en la seva producció total és molt elevat. Com veurem, aquests representen al voltant de la meitat dels recursos pressupostaris dedicats a la salut. L'altra meitat, la conformen les adquisicions que fa el sector públic de salut als sectors privats de l'economia per dur a terme la seva activitat. És evident que el destí final dels sous del sector de la salut, igual que en la resta de sectors, també es troba en el mercat privat, però hem volgut tancar en aquest nivell la distribució per tal d'identificar millor les compres directes del sector de la salut (hi ha diversos estudis d'institucions estadístiques públiques que analitzen la destinació sectorial de les compres personals).

Hem emprat com a font original el conjunt de recursos públics de salut que són responsabilitat del Govern de Catalunya de l'any 2009. És a dir, el pressupost consolidat del Departament de Salut i els seus organismes autònoms, del Servei Català de la Salut (CatSalut) i de l'Institut Català de la Salut (ICS).

A partir de la identificació dels sous i de la distribució del total dels béns i serveis, de les transferències corrents, de les subvencions i de la despesa en inversió, obtenim els següents grans blocs de destinació del pressupost públic:


**Taula 6. Distribució del pressupost de salut de la Generalitat de Catalunya 2009**

Sous	4.573.785.882,50	48,5%
Productes farmacèutics	2.306.503.173,48	24,5%
Serveis auxiliars	1.131.379.041,93	12,0%
sanitaris	360.648.963,44	3,8%
no sanitaris	770.730.078,49	8,2%
Compra de productes sanitaris i no sanitaris	649.072.845,26	6,9%
sanitaris	558.579.518,91	5,9%
no sanitaris	90.493.326,35	1,0%
Obres	360.495.473,43	3,8%
Transport sanitari i no sanitari	318.411.691,80	3,4%
Recerca, desenvolupament i innovació	24.674.068,22	0,3%
Altres	62.151.675,55	0,7%
<b>TOTAL</b>	<b>9.426.473.852,17</b>	<b>100%</b>

Xifres en euros.

Descrivim breument els components de cada bloc:

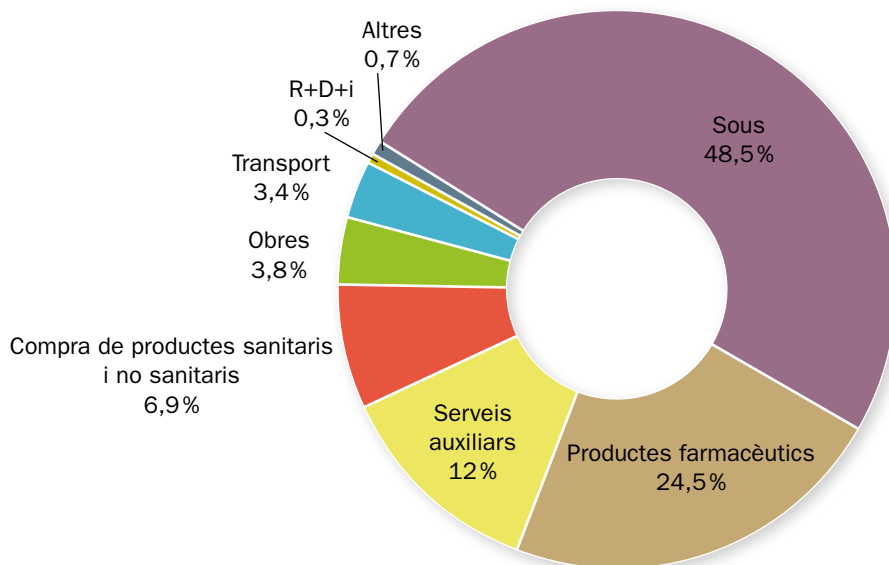
- Els productes farmacèutics inclouen la despesa en receptes mèdiques, la medicació hospitalària de dispensació ambulatoria (MHDA), la medicació hospitalària i la despesa en vacunes.
- Els serveis auxiliars sanitaris inclouen els serveis d'oxigenoteràpia, la rehabilitació, els serveis de diagnòstic per la imatge i les proves de laboratori.
- Els serveis auxiliars no sanitaris inclouen els serveis de neteja i desinfecció, els de reparacions i conservació, els subministraments, la restauració, els serveis informàtics, les comunicacions, la bugaderia, els serveis de professionals independents, la seguretat, els serveis de gestió d'arxius, la gestió de residus, els serveis docents, els serveis bancaris i similars i altres treballs a càrrec d'altres empreses.
- La compra de productes sanitaris inclou el consum de material sanitari i aparells mèdics, pròtesis i la inversió en maquinària, instal·lacions i utilitatge mèdics.
- La compra de productes no sanitaris inclou la compra de material d'oficina i la inversió en estris i mobiliari i en equips de processament de dades i telecomunicacions.
- Les obres inclouen la inversió en edificis i terrenys i en construccions i lloguers.
- L'apartat «altres» inclou altres despeses d'explotació (per exemple, les dietes i el fons d'acció social), els tributs i les primes d'assegurances.

Aquest repartiment total dels recursos pressupostaris de salut quedaria reflectit gràficament en el diagrama de pastís següent:





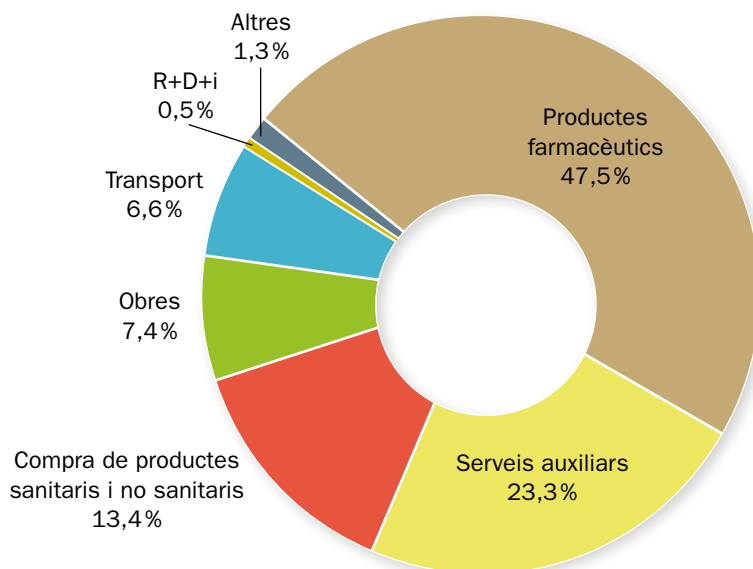
### Distribució del pressupost de salut 2009



Com hem comentat, ateses les característiques del sector, quasi la meitat dels recursos es distribueixen en sous i salaris, concretament un 48,5%. La meitat restant del pressupost de salut es distribueix principalment en la compra de productes farmacèutics, ja siguin de dispensació en oficines de farmàcia, en hospitals o en els ambulatoris (24,5% del total).

Cal destacar, per la seva importància, la despesa en la compra de productes sanitaris i no sanitaris (7%) i la dels serveis auxiliars (12%). En el gràfic següent es pot veure millor la proporció del grup de les compres segons la seva magnitud, sense tenir en compte el conjunt dels sous i salaris:

### Distribució de les compres del pressupost de salut 2009





En aquest cas, s'observa que els productes farmacèutics representen quasi el 48% del total de les compres en salut del sector públic català. Segueixen en ordre d'importància els serveis auxiliars (23,3%) i la compra de productes sanitaris i no sanitaris (13,4%), dels quals gairebé el 90% pertanyen a béns de caràcter sanitari (material sanitari, aparells mèdics, etc). Les obres signifiquen el 7,4% del total, i els transports gairebé el 7%. És de destacar la importància creixent que significa dins el pressupost públic de salut la inversió en recerca i desenvolupament, sobretot la relacionada amb la recerca biomèdica. Per al 2009, el conjunt d'R+D+i representa un total de 25 milions d'euros, aproximadament un 0,5% del pressupost consolidat de salut.

En definitiva, la sanitat és una activitat d'alt valor afegit, intensiva en mà d'obra qualificada i coneixements i amb una alta capacitat d'arrossegament, que pot ser considerada tan valuosa com qualsevol dels sectors industrials que han estat classificats com a sectors clau en la nostra economia, i pot constituir un dels sectors bàsics per sortir reforçats de la crisi econòmica.

## Bibliografia

- Programa Eco-Salud OCDE 2008. Organització per a la Cooperació i el Desenvolupament Econòmic (OCDE), 2009.
- The Financial Crisis and Global Health. Report of a High-Level Consultation World Health Organization (WHO-OMS). Ginebra, gener del 2009.
- BOWEN, ANTONIO; BERTRAND, LUIS; GELI BURGÚES, JOSÉ. «La crisis económica en el sector sanitario y dental». *La Gaceta Dental* digital, núm. 203, 2009.
- Contabilidad Nacional de España. Institut Nacional d'Estadística (INE), 2009.
- Contabilidad Regional de España. Institut Nacional d'Estadística (INE), 2009.
- Presupuestos Generales del Estado. Anys 2002-2006. Ministeri d'Economia i Hisenda.
- Estadística del Gasto Sanitario Público (EGSP). Ministeri de Sanitat i Política Social, 2009.
- Liquidación de los presupuestos de las entidades locales, anys 2002-2006. Direcció General de Coordinació Financera amb les Comunitats Autònomes i les Entitats Locals. Ministeri d'Economia i Hisenda, 2009.
- MUFACE. Memoria 2006. Mutualitat de Funcionaris Civils de l'Estat (MUFACE). Ministeri d'Administracions Públiques, 2008.
- Memoria 2006. MUGEJU. Mutualitat General Judicial (MUGEJU). Ministeri de Justícia, 2008.
- ISFAS. Memoria 2006. Institut Social de les Forces Armades (ISFAS). Ministeri de Defensa, 2008.
- Memoria económico-financiera y de gestión de las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, anys 2002-2006. Ministeri de Treball i Immigració.
- Comptes econòmics anuals de Catalunya. Institut d'Estadística de Catalunya (Idescat), 2009.
- Taules *input-output* de Catalunya 2001. Institut d'Estadística de Catalunya (Idescat), 2006.
- Entitats d'assegurança lliure d'assistència sanitària, memòria, anys 2002-2006. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.
- Estimació de la despesa sanitària pública a Catalunya 2002-2006. Esborrany previ. Central de Resultats i d'Anàlisi Econòmica (CRAE). Servei Català de la Salut (CatSalut), 2009.



# L'impacte de la crisi econòmica en el sistema sanitari i els nous paradigmes de les organitzacions sanitàries

Roser Fernández, directora general de la Unió Catalana d'Hospitals

El sector sanitari està en crisi? Aquesta és la primera qüestió que ens hem de plantejar. La sanitat, pública i privada del nostre país és bona; en aquest moment continua sent un sector dinàmic de l'economia productiva perquè manté el nivell d'activitat, continua donant empenta a altres sectors de l'economia i generant llocs de treball no deslocalitzables. Alhora, la sanitat actua com a factor de cohesió i de pau social. No obstant això, les necessitats de serveis sanitaris sempre creixeran per sobre dels recursos disponibles, i l'impacte de la crisi econòmica afecta especialment la demanda i l'oferta de serveis sanitaris. Cal prendre consciència dels reptes de la sostenibilitat, no només econòmica sinó també de la qualitat i l'equitat de la sanitat, i això ens planteja nous reptes i ens exigeix nous compromisos.

## El sector sanitari a Catalunya és un sector estratègic econòmic i social que també pateix la crisi econòmica

El model sanitari de Catalunya es basa en la convivència d'una sanitat de cobertura pública i d'accés universal amb una sanitat de finançament privat.

Ambdues actuen com a sector d'excel·lència, generen llocs de treball no deslocalitzables, tenen una forta capacitat d'arrossegament sobre altres sectors de l'economia (indústria farmacèutica; equipament i material sanitari; construcció, i serveis de suport, com ara la neteja, el càtering i la seguretat) i provoquen un fort impacte en l'economia del coneixement, la recerca i la innovació, i, sobretot, són factors de cohesió social.

En aquest moment la sanitat continua sent un sector ben valorat per la població; un sector que no genera atur i, per tant, no se situa com a principal preocupació dels poders públics.

No obstant això, l'entorn de crisi econòmica actual comença a tenir conseqüències: apareixen noves patologies i s'incrementa el consum de fàrmacs associats amb l'impacte de la crisi econòmica en l'estat de salut de les persones: s'observa una certa davallada de l'assegurament sanitari privat, que produeix més pressió assistencial sobre els centres sanitaris de la xarxa pública, els quals, alhora, tenen dificultats per trobar els recursos necessaris per fer les substitucions i cobrir les vacants de personal. Les dificultats financeres arriben a les empreses del sector... I tot plegat pot acabar afectant l'extensió de les llistes d'espera i la qualitat percebuda dels serveis.



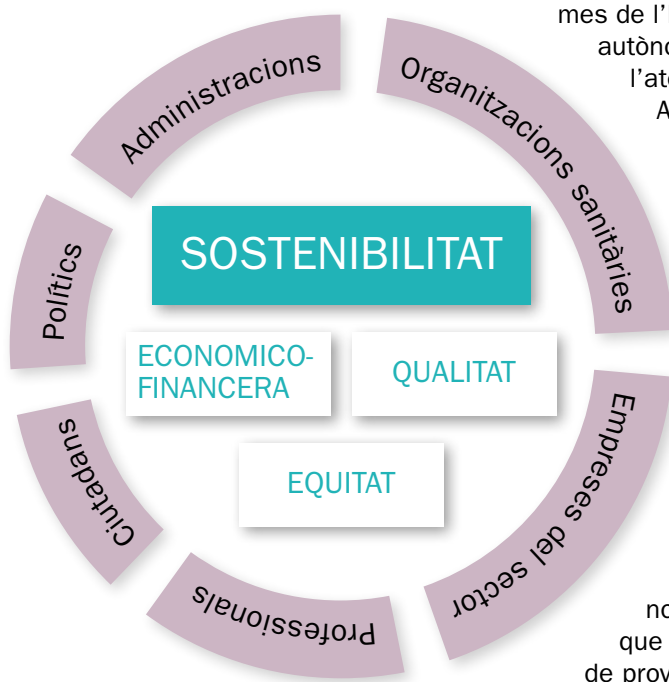


Per tot això, cal que el sector de la sanitat mantingui la prioritat en els pressupostos públics i cal que sigui tingut en compte en els acords per a la dinamització dels sectors estratègics de l'economia productiva.

## La sostenibilitat del sistema sanitari requereix un pacte polític, econòmic i social

Per mantenir la sostenibilitat econòmica i financera i la qualitat i l'equitat del sector sanitari del país cal arribar a un compromís conjunt de totes les parts: polítics i Administració, organitzacions sanitàries i empreses del sector, professionals i ciutadans. Tots ens hi juguem molt.

Hi ha una primera premissa, que és la necessitat de disposar del finançament suficient, com a país i com a sector. Catalunya se situa en el catorzè lloc en la classificació dels pressupostos públics per càpita de les disset comunitats autònomes de l'Estat espanyol i, alhora, és una de les comunitats autònomes de referència pel que fa a l'excel·lència de l'atenció sanitària i de l'atenció a persones desplaçades. Aquesta situació no es correspon amb la contribució de Catalunya a l'Estat, tal com reflecteixen les balances fiscals.



### En quins àmbits de compromís s'hauria de sumar esforços?

En l'àmbit polític, cal que la sanitat no sigui utilitzada com a instrument de demagògia electoral i, per això, cal promoure la coresponsabilitat de totes les forces polítiques. No es poden generar més expectatives de serveis als ciutadans si no es compta amb el finançament que pertoca. Cal prioritzar infraestructures, programes i serveis nous. Cal optimitzar tots els recursos disponibles, públics i privats, per donar resposta a les noves necessitats i demandes de serveis sanitaris, que continuen augmentant. Cal definir models estables de provisió de serveis públics que donin confiança a la inversió i als projectes de col·laboració entre la sanitat pública i la privada.

En l'àmbit de les administracions públiques, cal exercir amb responsabilitat i criteri les funcions de planificació dels serveis, d'acreditació, contractació i avaluació de l'activitat de les entitats que presten serveis sanitaris de cobertura pública; cal promoure l'autonomia i l'agilitat de gestió de les estructures de provisió de serveis, i cal exercir el control basat en els resultats i en l'assignació transparent dels recursos públics.

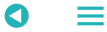
En l'àmbit de les organitzacions sanitàries, cal donar resposta als nous paradigmes que exigeixen els nous entorns amb un concepte de gestió professionalitzada.

En l'àmbit professional i del capital de coneixement, cal tenir consciència del canvi en el perfil dels professionals assistencials i de l'impacte dels canvis generacionals en el sector. Pel que fa als processos de negociació col·lectiva, cal tenir consciència, també, de la situació del mercat laboral i acompanyar els increments retributius amb increments de productivitat, mentre que, pel que fa a l'empresa, s'han de valorar les polítiques de reconeixement dels professionals i les mesures organitzatives que afavoreixin que les condicions laborals dels professionals permetin donar resposta a unes expectatives canviants.

I el ciutadans en som coresponsables; hem de tenir cura del nostre estat de salut i hem de fer un bon ús dels serveis, tant si són de cobertura pública com privada. Els financem, uns i altres, per la via dels impostos o del pagament directe.







Les mesures concretes que cal aplicar per desplegar aquests acords requereixen el tancament d'un pacte polític i social explícit, i un lideratge que aconsegueixi unificar esforços i generar confiança a totes les parts.

Aquest pacte, que és tan necessari avui, en un entorn econòmic i pressupostari complicat, segurament s'hauria hagut de plantejar abans. En la sanitat, les demandes i les expectatives sempre són creixents i els recursos sempre seran limitats, tot té un cost d'oportunitat.

## Els nous paradigmes de les organitzacions sanitàries exigeixen nous reptes

Un dels trets característics del model sanitari català és l'aportació de les organitzacions sanitàries, públiques i privades, que formen part del sistema; que aporten el seu patrimoni —recursos físics, econòmics, financers i humans, el saber fer, l'arrelament social i territorial—; que assumeixen el risc i que, amb un concepte d'empresa i de gestió professionalitzada, aporten els valors afegits d'eficiència, qualitat i capacitat d'innovació al sistema.

Les organitzacions sanitàries, públiques o privades, han de tenir òrgans de govern i equips de direcció professionalitzats, i instruments de gestió que permetin generar valor i optimitzar-ne els resultats. Aquesta realitat del model sanitari ha permès que Catalunya sigui capdavantera en els models de gestió de serveis públics que operen en els països més avançats del nostre entorn, i també en l'obtenció de resultats de salut.

Els nous entorns i paradigmes als quals han de donar resposta les organitzacions sanitàries requereixen, més que mai, aquestes qualitats d'empresa, sigui quina en sigui la titularitat o la naturalesa jurídica d'aquesta.

### Quins són aquests nous paradigmes de les organitzacions sanitàries?

**Primer**, cal vetllar per la sostenibilitat de l'empresa, optimitzant les fonts d'ingressos, públiques i privades, aprofundint en els instruments de racionalització de la despesa i en el compromís dels professionals pel que fa a l'ús dels recursos, compartint el llenguatge i les inquietuds i visualitzant una cadena d'incentius orientada als resultats econòmics, assistencials i de satisfacció dels ciutadans.

**Segon**, el treball en un entorn obert i interrelacional (treball en xarxa) és absolutament necessari per donar resposta al contínuum assistencial entre la salut pública, l'atenció sanitària i l'atenció social i per donar resposta a les aliances estratègiques que són necessàries entre els proveïdors per optimitzar el saber fer, els recursos humans i les economies d'escala en els serveis de suport, entre altres.

**Tercer**, optimitzar les potencialitats del desplegament de les noves tecnologies de la informació i la comunicació, que faciliten el treball en xarxa (història clínica compartida, telemedicina, etc.), permet donar resposta a les noves necessitats dels ciutadans (com ara la teleassistència), i aconseguir una millor organització i optimitzar els rols i els temps de treball (la recepta electrònica, per exemple). Treballar en xarxa exigeix fer un canvi cultural, que ha de començar pels professionals i els serveis de les organitzacions.

**Quart**, cal promoure la gestió del coneixement, de la innovació i la recerca, avançar-se a les noves necessitats assistencials i plantejar-se la reconversió dels models d'atenció (atenció domiciliària, cronicitat, etc.).

**Cinquè**, és fonamental implicar-se en l'entorn comunitari per donar resposta a les especificitats de la realitat territorial i potenciar l'apropament als ciutadans i pacients. La interacció dels ciutadans amb les organitzacions sanitàries planteja exigències que possiblement ens ajudaran a superar les tendències a la burocratització i la deshumanització de l'assistència.

Per poder-hi donar resposta, les organitzacions sanitàries han de comptar amb un bon govern i una bona direcció, que siguin capaços de generar els recursos necessaris per mantenir l'autonomia financera i l'autonomia de gestió, que es dotin d'estructures i d'instruments de gestió flexibles per adaptar-se a nous entorns i a noves necessitats, que reforcin la gestió de les persones i la gestió del coneixement. I cal que l'Administració contraprestí adequadament els serveis que contracta,





aplicant el principi de subsidiarietat, i que disposi d'uns sistemes d'assignació i de pagament que incentivin el compliment eficient i sostenible dels objectius de política sanitària i que afavoreixi una cadena d'incentius coherent entre tots els agents del sector.

S'ha de donar valor al que aporta l'autonomia de gestió de les organitzacions, sense caure en la temptació de fer regulacions que comportin una pèrdua de flexibilitat del sistema. Les experiències i les bones pràctiques de les organitzacions s'han de poder compartir per mitjà d'aliances estratègiques, de sistemes de participació dels professionals en la gestió i de la innovació en la gestió de recursos.

Catalunya disposa del model, dels instruments i del compromís de totes les parts —l'Administració sanitària, les organitzacions i les empreses del sector, els professionals i els ciutadans— perquè tot això sigui possible. El requisit bàsic és que tots plegats compartim els reptes i les oportunitats d'aquest nou entorn, i els afrontem amb rigor, exigència i confiança.

Finalment, a tall de resum, he manllevat unes paraules d'Albert Einstein que continuen ben vigents: «La crisi és la millor benedicció que poden tenir les persones i els països, perquè la crisi porta progressos. La creativitat neix de l'angoixa com el dia neix de la nit obscura. És en la crisi que neixen la inventiva, els descobriments i les grans estratègies. Qui supera la crisi se supera a si mateix sense quedar superat. Però qui atribueix a la crisi els seus fracassos i les seves penúries violenta el seu propi talent i respecta més els problemes que no les solucions. La veritable crisi és la crisi de la incompetència. L'inconvenient de les persones i dels països és la mandra de buscar sortides i solucions. Sense crisi no hi ha reptes, sense reptes la vida és una rutina, una agonia lenta. Sense crisi no hi ha mèrits. En la crisi aflora el millor de cadascú, perquè sense crisi tot vent és una carícia. Parlar de crisi és promoure-la, i callar en la crisi és exaltar el conformisme. Per contra, cal treballar de valent. Acabem d'una vegada amb l'única crisi amenaçadora, que és la tragèdia de voler lluitar per superar-la.»





# De la competència a la col·laboració. Experiència en la integració assistencial a Catalunya

Ingrid Vargas, M. Luisa Vázquez i Diana Henao, Servei d'Estudis i Prospectives  
en Polítiques de Salut del Consorci Hospitalari de Catalunya

Joan Farré, director general tècnic del Consorci Hospitalari de Catalunya

Els problemes de coordinació en els sistemes de salut han donat pas, després de dècades de promoció de la competència, a polítiques que prioritzen la coordinació i el treball en xarxa entre proveïdors de salut com a via de millora de l'eficiència del sistema i la continuïtat de l'atenció. En aquest article s'analitza l'experiència desenvolupada a Catalunya per les organitzacions sanitàries integrades, a partir d'un estudi de casos, basat en una metodologia qualitativa, mitjançant l'anàlisi aprofundit de documents i entrevistes. Els resultats mostren similituds i diferències en les organitzacions que presenten diversos graus d'integració assistencial. Així mateix, s'identifiquen barreres i oportunitats per a la millora de la coordinació assistencial, que permeten definir algunes línies de desenvolupament futur del treball en xarxa de les organitzacions sanitàries a Catalunya.

## Introducció

La separació de funcions i la introducció de mercats interns es va convertir en una de les reformes sanitàries més promogudes en els sistemes nacionals de salut de països com Suècia, el Regne Unit, Finlàndia, Itàlia i Espanya, en les dècades dels anys vuitanta i noranta del segle passat. Tanmateix, en els darrers anys, s'observa una tendència a l'abandonament d'aquestes estratègies de promoció de la competència, a favor de polítiques que prioritzen la coordinació i el treball en xarxa entre proveïdors de salut, com a via per a la millora de l'eficiència del sistema i la continuïtat de l'atenció. La majoria dels sistemes de salut del nostre entorn evidencien problemes importants de coordinació entre nivells assistencials, que s'expressen en la ineficiència de la gestió de recursos<sup>1-6</sup>, la pèrdua de continuïtat en els processos assistencials<sup>2;4;7;8</sup> i la disminució de la qualitat de l'atenció prestada<sup>1;4;6;9</sup>.

Entre les respostes organitzatives sorgides en diversos països, cal destacar les **organitzacions sanitàries integrades** (d'ara endavant OSI)<sup>10</sup>, és a dir, xarxes de serveis de salut que ofereixen una atenció coordinada mitjançant un contínuum de prestacions a una població determinada i que es responsabilitzen dels costos i dels resultats en salut<sup>11</sup>. Els objectius finals d'aquestes organitzacions són la millora de l'eficiència global i la continuïtat en la provisió mitjançant la coordinació de serveis.





Les OSI van aparèixer principalment en països amb sistemes de salut privats fragmentats, com els Estats Units d'Amèrica i en països amb sistemes d'assegurança social, gestionats per múltiples asseguradores, que han integrat asseguradores i proveïdors en organitzacions de *managed care* que competeixen per l'obtenció d'afiliats<sup>12</sup>. En aquesta darrera dècada també han sorgit algunes OSI a Catalunya<sup>13</sup>, amb un sistema nacional de salut que separa les funcions i diversifica la titularitat de la provisió.

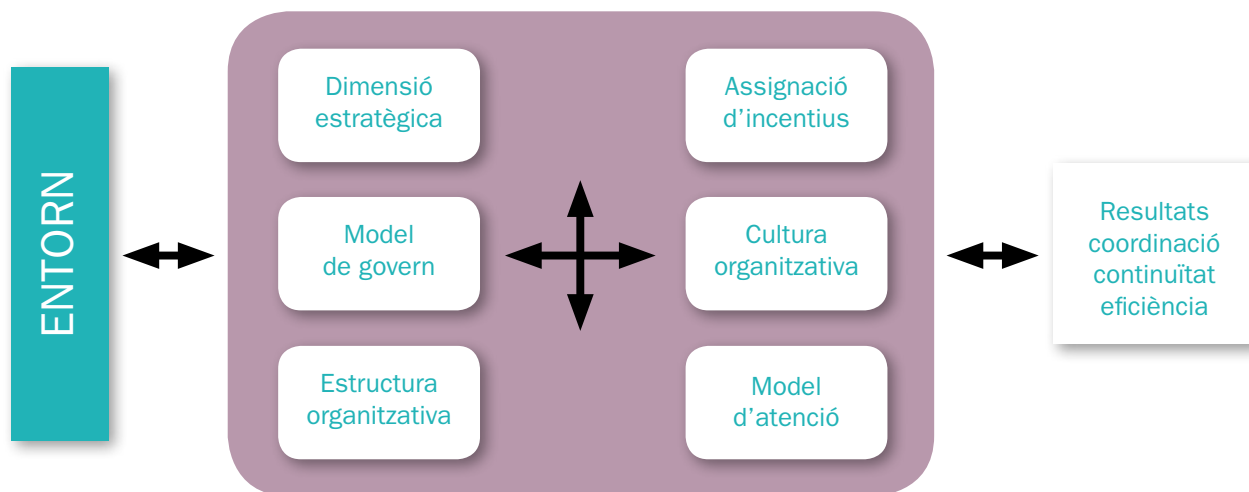
Es poden diferenciar diversos tipus d'OSI<sup>11;14;15</sup> a partir de les seves característiques bàsiques:

- Amplitud i profunditat de la integració dels serveis (integració horitzontal i vertical).
- Nivell de producció interna de serveis (integració total, quasi integrades i no integrades)
- Forma de relació entre les entitats que la constitueixen (real i virtual)<sup>14;16</sup>.

Les avaluacions que fins ara s'han fet no són concloents sobre la relació entre els tipus d'OSI i l'acompliment de les funcions. No obstant això, sembla que hi ha un consens amb relació als factors externs (població, altres proveïdors en el territori, sistema de compra) i interns que influeixen en els resultats<sup>11;16;17</sup> (figura 1):

- a. Un govern amb un rol estratègic i una visió global del sistema i de les necessitats de la població<sup>18;19</sup>.
- b. Uns objectius i unes estratègies globals compartits en tota la xarxa assistencial<sup>19</sup>.
- c. Una estructura orgànica amb mecanismes que enforteixin la comunicació entre els serveis implicats en l'atenció dels pacients<sup>20</sup>.
- d. Una cultura comuna amb valors orientats a la col·laboració, el treball en equip i l'obtenció de resultats<sup>21</sup>.
- e. Uns líders que promoguin la integració<sup>22</sup>.
- f. Un sistema d'assignació interna de recursos que incentivi l'alineació dels serveis amb els objectius globals de la xarxa<sup>11</sup>.
- g. Un model d'atenció que estableixi rols, tipus de col·laboració i mecanismes de coordinació entre nivells adequats per a l'atenció.

**Figura 1. Model d'anàlisi de l'OSI**



Font: Modificat de Vázquez et al.<sup>25</sup>

A Catalunya, la multiplicitat d'entitats implicades en la provisió de serveis de salut va donar lloc, al llarg dels anys, a organitzacions per a la gestió conjunta de les entitats. Se'n troben exemples d'integració horitzontal i d'integració vertical. Els exemples més freqüents d'integració horitzontal són les fusions entre hospitals de malalts aguts de la xarxa d'utilització pública. L'inici dels casos





d'integració vertical se situa en la dècada dels noranta, a partir de l'aprovació de la Llei d'ordenació sanitària de Catalunya, que possibilità la cessió de la gestió dels nous equipaments d'atenció primària a proveïdors aliens a l'Institut Català de la Salut (ICS), la majoria dels quals eren hospitals d'aguts concertats. L'agrupació sota la mateixa gestió d'un hospital de malalts aguts, un centre de malalts crònics i un equip d'atenció primària va ser l'embrió de les OSI<sup>23</sup>. Actualment, l'any 2009, a Catalunya s'identifiquen vint OSI en la xarxa concertada (taula 1).

### Taula 1. Organitzacions que integren el contínuum assistencial a Catalunya

1. Althaia – Xarxa Assistencial de Manresa
2. Badalona Serveis Assistencials (BSA)
3. Consorci Sanitari de Terrassa (CST)
4. Consorci Sanitari del Maresme (CSM)
5. Consorci Sanitari Integral (CSI)
6. Corporació de Salut del Maresme i la Selva (CSMS)
7. Corporació Sanitària Clínic
8. Corporació Sanitària Parc Taulí
9. Fundació Privada Hospital de Campdevànol
10. Fundació Privada Hospital Sant Jaume, d'Olot
11. Fundació Privada Hospital de Puigcerdà
12. Fundació Salut Empordà
13. Gestió de Serveis Sanitaris (GSS)
14. Grup SAGESSA
15. Institut d'Assistència Sanitària (IAS)
16. Institut Municipal d'Assistència Sanitària (IMAS)
17. Mútua de Terrassa. Mutualitat de Previsió Social
18. Serveis de Salut Integrats del Baix Empordà (SSIBE)
19. Servei Aranés dera Salut
20. Xarxa Sanitària i Social de Santa Tecla

Atès l'escàs nombre d'estudis sobre la integració assistencial en el nostre entorn, generalment limitats a aspectes parcials, l'any 2004 el Consorci Hospitalari de Catalunya va iniciar una àmplia investigació sobre organitzacions sanitàries integrades a Catalunya<sup>24-28</sup>, per tal d'aprofundir en la complexitat d'un fenomen poc analitzat i de proporcionar elements per a la interpretació de resultats d'investigacions posteriors<sup>29</sup>.

En aquest article es presenta un resum dels principals resultats de l'estudi i s'identifiquen àrees de desenvolupament futures per al sector de la salut a Catalunya.

### Metodologia

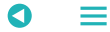
**Disseny de l'estudi.** Es va fer un estudi qualitatiu, exploratori i descriptiu basat en un estudi de casos de sis OSI a Catalunya. L'anàlisi va seguir un marc teòric i una guia<sup>24</sup> elaborats prèviament.

**Mostra.** Es va fer una mostra teòrica en dues etapes<sup>30</sup>.

En la primera etapa es van seleccionar els casos aplicant els criteris següents (taula 2):

- Proveïdor integrat verticalment
- Més de cinc anys de gestió conjunta
- Presta atenció a una població definida
- Compta amb un hospital comarcal





**Taula 2. OSI seleccionades, unitats operatives que la componen, comarques on se situen i població de referència (2004)**

OSI	Unitats operatives	Comarques	Població de referència (h.)
Badalona Serveis Assistencials	5 ABS 1 hospital comarcal 1 centre sociosanitari 1 CASSIR	Barcelonès	108.869*
ConSORCI Sanitari del Maresme	3 ABS 1 hospital de referència 1 centre sociosanitari 1 CSM infantil i adults 1 residència 1 CASS	Maresme	217.934*
ConSORCI Sanitari de Terrassa	4 ABS 1 hospital de referència 1 centre sociosanitari	Terrassa	134.446
Corporació de Salut del Maresme i La Selva	5 ABS 2 hospitals generals 3 centres sociosanitaris 1 residència	Maresme Selva Marítima	178.685*
Grup SAGESSA	5 ABS 2 hospitals comarcals 1 hospital de referència 1 hospital d'aguts 2 centres sociosanitaris 6 residències	Baix Camp, Baix Ebre, Montsià, Priorat, Ribera d'Ebre i Terra Alta	312.642**
Serveis de Salut Integrats del Baix Empordà	4 ABS 1 hospital comarcal 1 centre sociosanitari 2 residències d'atenció a la dependència	Baix Empordà	118.137*

ABS: Àrea bàsica de salut.

CSM: Centre de salut mental.

CASS: Centre d'atenció i seguiment de les drogodependències.

\* Població de referència hospitalària.

\*\* Població total dels municipis amb centres de SAGESSA.

En la segona etapa, es va seleccionar una mostra teòrica de documents i d'informants (taula 4) que poguessin proporcionar informació sobre les dimensions d'anàlisi (taula 3):

- Directius de les OSI i de les seves unitats operatives
- Tècnics de suport
- Personal d'atenció primària i especialitzada

**Taula 3. Mostra de documents analitzats en les diferents OSI**

Tipus de document	BSA	CSM	CST	CSMS	SAGESSA	SSIBE
Estatuts	3	5	2	2	3	2
Memòries	4	9	3	2	2	1
Escriptures, actes de constitució	2	0	0	0	0	1





Contractes i l'avaluació d'aquests	7	3	1	13	3	3
Convenis	1	0	1	1	2	1
Organigrama	1	1	1	1	1	1
Plans estratègics, d'empresa, funcionals, documents estratègics	2	4	7	2	3	10
Quadres de comandament	3	0	1	0	0	1
Actes (govern, comitès de direcció)	0	6	60	6	2	3
Manuale de model organitzatiu**	0	2	3	2	3	2
Pressupostos, centres de cost		3	2	3	1	2
Model organització assistencial**	3	3	1	3	4	3
Instruments de coordinació assistencial (GPC*, trajectòries clíniques, comissions, etc.)	8	8	2	18	3	3
Programa de gestió de malalties	0	0	1	0	0	1
Manual sistema d'informació**	3	3	0	4	0	1
Manual circuit administratiu**	1	0	0	1	0	
Política d'incentius	0	0	0	0	0	3
Publicacions	3	0	0	0	0	1
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>47</b>	<b>85</b>	<b>58</b>	<b>27</b>	<b>39</b>

\*GPC: Guies de pràctica clínica.

\*\*Tots els documents analitzats s'han inclòs malgrat que no siguin manuals (presentacions, resums, quadres, etc.).

#### Taula 4. Mostra d'informants per a l'anàlisi de la coordinació i la cultura organitzativa

Grups d'informants		BSA	CSM	CST	CSMS	SAGESSA	SSIBE	Total
Directius	Assistencial	3	3	3	2	3	1	<b>15</b>
	No assistencial				1		2	<b>3</b>
Professionals	Atenció primària	1	1	1	1	2	2	<b>8</b>
	Atenció especialitzada d'aguts	2	3	3	2	1	1	<b>12</b>
	Atenció socio sanitària	1			1		1	<b>3</b>

La grandària final de la mostra es va aconseguir per saturació, és a dir, quan la realització d'una entrevista addicional no aportava informació nova.

**Tècniques de recollida de dades.** Es va realitzar l'anàlisi de documents i entrevistes individuals semiestructurades. Es va analitzar el contingut dels documents seleccionats per estudiar les característiques bàsiques de les organitzacions, l'entorn, el tipus de govern, els objectius i les estratègies, l'estructura organitzativa, el sistema d'assignació i els incentius i els instruments de coordinació entre nivells assistencials. Es van aplicar entrevistes individuals semiestructurades amb guia<sup>31</sup> per a l'obtenció d'opinions dels entrevistats sobre la coordinació i la cultura de les organitzacions en el nivell dels valors exposats<sup>32</sup>, així com per complementar la informació aconseguida de l'anàlisi de documents sobre l'evolució històrica, l'entorn i els elements interns. La guia constava d'una part comuna i una d'específica, segons el grup informant. Les entrevistes, d'una durada d'entre 60 i 90 minuts, van ser gravades i es van transcriure literalment. La recollida de la informació es va fer des del maig del 2004 al juliol del 2006.





**Anàlisi de les dades i qualitat de la informació.** Es va fer una anàlisi del contingut de les dades procedents de les entrevistes individuals i dels documents. Es van segmentar les dades per cas i dimensió, i es van generar les categories d'anàlisi de forma mixta, a partir dels guions elaborats i dels temes emergents d'entrevistes i documents. La qualitat de les dades es va assegurar mitjançant la discussió dels resultats amb els informants i la triangulació de la informació mitjançant comparacions entre diversos grups d'informants, diferents tècniques de recollida de dades i diversos investigadors en l'anàlisi de les dades.

## Resultats i discussió

### Els tipus d'organitzacions sanitàries integrades

Les OSI estudiades mostren similituds en algunes de les característiques (amplitud, profunditat i producció interna dels serveis) i es diferencien en les formes de relació interorganitzativa. Sobre la base d'aquesta diferència es poden configurar dos tipus d'OSI: les OSI amb integració real i les OSI amb integració virtual. Les primeres, que agrupen els serveis sota una única titularitat<sup>1</sup>, van adoptar el consorci de gestió com a fórmula interorganitzativa, mentre que les segones, que agrupen entitats que mantenen titularitats jurídiques diferents, es relacionen mitjançant les fórmules d'associació d'interès econòmic (AIE) i convenis de gestió, desenvolupats per poder compartir els serveis de suport. En aquest segon grup s'estableixen, a més, diversos vincles entre les entitats que gestionen l'atenció primària i l'hospitalària, com ara consorcis locals i societats limitades, entre altres. Totes les OSI analitzades són *organitzacions sanitàries integrades verticalment cap enrere*, és a dir, van sorgir des del nivell hospitalari cap a l'atenció primària. A més, dues OSI presenten *integració horitzontal* en el nivell hospitalari. La integració vertical al voltant de l'hospital és objecte d'una gran controvèrsia<sup>5;33</sup>. Els qui la defensen assenyalen com a punts forts la seva experiència financera i organitzacional, mentre que els crítics es basen en el fet que l'«hospitalcentrisme» excessiu de les decisions dins la xarxa endarrereix la innovació i la reassignació de recursos entre nivells assistencials<sup>34</sup>.

Entre els elements externs i determinants de la constitució de les OSI a Catalunya, destaquen els factors econòmics, que sembla que hagin estat el motor de la integració hospitalària amb els altres nivells assistencials. Alguns, com la recerca de la contenció dels costos hospitalaris (reducció de l'estada mitjana hospitalària, control de la demanda de consultes externes i urgències hospitalàries, etc.) o l'obtenció d'economies de gestió per a la gestió conjunta dels centres sanitaris, podrien estar relacionats amb el sistema de pagament hospitalari prospectiu basat en l'activitat<sup>35</sup>. Aquests resultats indiquen que, a Catalunya, més que una política d'integració, hi ha hagut una política de diversificació de la titularitat de la provisió d'atenció primària i, com a conseqüència, moltes entitats que ja gestionaven hospitals van començar a gestionar centres d'atenció primària. L'absència d'una política d'integració es reflecteix en l'escassa planificació d'aquest tipus d'organitzacions, la qual cosa ha generat disfuncionalitats, com ara:

- Diferents poblacions de referència per als diversos nivells assistencials.
- Una política inadequada de compra de serveis en què els mecanismes de pagament i els objectius per línia assistencial són contraris als objectius d'eficiència global i de coordinació entre els nivells.

### Elements organitzatius que afavoreixen i obstaculitzen la coordinació assistencial en les OSI analitzades

El **model de govern** de les organitzacions analitzades és determinat per la forma de relació interorganitzativa que han adoptat: les OSI amb integració vertical en la propietat tenen un òrgan de govern centralitzat únic, mentre que les OSI virtuals tenen múltiples governs. Aquests òrgans de govern mostren alguns elements que afavoreixen la governabilitat de la xarxa<sup>19</sup>, a partir, per exemple, de l'ús de mecanismes per a la millora de la coordinació en organitzacions amb govern múltiple, com la presència d'alguns membres en diversos òrgans alhora o la designació d'un únic gerent, que participa, amb veu però sense vot, en els diversos governs.

1 Badalona Serveis Assistencials va integrar tots els serveis sota una mateixa titularitat a final de l'any 2005, i va adoptar la forma jurídica de societat anònima.







Entre els factors que dificulten la coordinació assistencial destaquen:

- El paper passiu i sancionador dels governs en la formulació d'estratègies i de polítiques.
- L'avaluació insuficient de l'actuació de l'organització per part d'aquests òrgans.
- La perspectiva municipal, en detriment d'una visió territorial més àmplia, dels polítics que hi participen, així com la falta de representativitat de tots els municipis de l'àrea de referència.

S'observa un discurs molt similar en les [estratègies i els objectius](#) de les organitzacions analitzades. Gairebé totes recullen en els seus documents estratègics els elements que defineixen una *organització sanitària integrada*, destaquen la coordinació i l'eficiència com a objectius a assolir, i proposen estratègies similars per aconseguir-los (disseny organitzatiu per àmbits, sistemes d'informació integrats, estandardització de processos o aliances amb proveïdors del territori). Aquestes característiques de les estratègies i els objectius, que constitueixen un dels punts forts, en la mesura que aporten un vincle comú a les accions de l'organització<sup>11</sup>, perden l'efecte en algunes de les OSI analitzades per la limitada traducció en objectius específics i incentius per a les unitats que conformen la xarxa (hospital, centre d'atenció primària, etc.).

Pel que fa a l'[estructura organitzativa](#), tot i que les OSI analitzades partien inicialment d'una estructura divisional en el moment de la constitució (la divisió coincident amb un nivell assistencial), van evolucionar per camins diferents i en el moment de l'anàlisi es podrien distingir tres tipus de disseny organitzatiu:

1. Divisional.
2. Funcional amb integració de la direcció assistencial.
3. Funcional amb integració de la direcció assistencial per àmbits transversals.

Amb independència del model organitzatiu adoptat, totes les OSI presenten una integració funcional, és a dir, tenen la coordinació de les funcions i les activitats de suport de les unitats operatives sota una mateixa direcció. Aquesta és una condició important per a la integració assistencial<sup>11</sup>. Per coordinar les funcions de direcció, les organitzacions s'han dotat de mecanismes que varien pel que fa al grau i al tipus segons el disseny organitzatiu: *comitès permanents* per a la coordinació de la direcció de l'OSI en tots els casos; *directius integradors*, en les estructures divisionals per a la coordinació de les direccions assistencials dels diferents nivells, i *comitès permanents, directius integradors i llocs d'enllaç* en les integracions assistencials per àmbit amb la finalitat de coordinar els serveis que hi estan inclosos.

Amb relació al [sistema intern d'assignació de recursos](#), s'observa una diferència entre les OSI amb integració real, que integren els recursos que reben i elaboren un pressupost global per a tota l'organització, i les OSI amb integració virtual, amb un pressupost per a cada una de les entitats que la formen. Entre els avantatges de tenir un pressupost global, es pot destacar que hi ha més flexibilitat per a la transferència de recursos, i també que hi ha més facilitat perquè les diferents unitats percebin que tenen un pressupost comú i, per tant, que les seves decisions generen despeses directes i indirectes en la resta de nivells assistencials. Això no obstant, fins i tot en les organitzacions amb flexibilitat per transferir internament recursos entre els diferents nivells, és escassa la utilització de mecanismes per alinear els objectius de les unitats amb els objectius globals, i per incentivar la coordinació (algunes utilitzen contractes de gestió interns i incentius a professionals lligats amb objectius corporatius).

Aquesta feblesa podria estar relacionada amb la falta d'integració en la compra de serveis de salut a Catalunya, tant amb relació als incentius que generen els diferents mecanismes de pagament utilitzats en cadascun dels nivells assistencials, com amb relació als objectius de compra establerts<sup>7:36</sup>.

Amb relació a la [cultura organitzativa](#), els directius i els professionals expressen la importància atribuïda i la bona disposició per a la coordinació i el treball en equip (valors considerats essencials per a l'enfortiment de la integració assistencial<sup>97</sup>). Tanmateix, tant uns com altres perceben que a les OSI, el treball en equip es fa en el mateix nivell assistencial i que només ocasionalment es fa entre nivells. Els informants identifiquen el treball en grup permanent entre nivells només en les OSI amb integració assistencial per àmbits. Un altre punt feble que presenten la majoria de les OSI en la cultura organitzativa és que els professionals desconeixen la missió i els objectius de l'orga-





nització, i, en alguns altres casos, hi estan en desacord. A diferència dels directius, la majoria dels professionals es refereixen a objectius del propi nivell assistencial i, principalment, als objectius del comprador de serveis, que perceben com a imposats. La implantació dels objectius i les estratègies, centrades en la coordinació en les organitzacions, requereix, tanmateix, l'acceptació i el compromís dels seus membres<sup>32</sup>.

## La coordinació assistencial a les OSI

Tot i que les OSI analitzades comparteixen un model assistencial (estan inserides en un sistema nacional de salut, basat en l'atenció primària com a via d'entrada i inclouen en el seu discurs la necessitat d'enfortir l'atenció primària), s'aprecien diferències en el lideratge pel que fa a la gestió dels pacients en el contínuum assistencial: n'hi ha que l'assignen a l'equip d'atenció primària i n'hi ha que la traspassen a l'especialista. Així, en l'anàlisi de la coordinació assistencial en processos crònics, com la demència o l'EPOC, o estratègies de gestió compartida, com, per exemple, per a l'atenció domiciliària, s'identifiquen organitzacions que han assignat aquest paper a l'equip d'atenció primària i altres en què ho fa l'atenció especialitzada.

Els directius i els professionals de les organitzacions analitzades coincideixen a considerar que la coordinació assistencial és *complicada* però *necessària*. N'atribueixen la complexitat a elements externs, com ara la diversitat en la titularitat dels proveïdors d'un territori que no es coneixen entre ells i no comparteixen informació sobre els pacients, o el sistema de pagament, que no incentiva la coordinació. També ho atribueixen a elements interns, com les diferències en els entorns de treball i les perspectives dels professionals dels diferents nivells, la manca de recursos humans i físics i l'escassetat de temps per coordinar-se, deguda a la pressió assistencial.

De l'anàlisi dels instruments de coordinació assistencial entre nivells destaca la similitud dels mecanismes utilitzats per totes les organitzacions. En tots els casos, tot i que amb més o menys extensió, destaca l'accent en els mecanismes basats en la normalització dels processos de treball (guies de pràctica clínica, criteris de derivació i circuits administratius) i en la normalització de les habilitats (sistema expert). Els mecanismes basats en la retroalimentació (adaptació mútua: grups de treball i llocs d'enllaç) són menys estesos i generalment s'han desenvolupat per coordinar la transició entre el nivell sociosanitari i la resta de nivells. Crida l'atenció que hi ha pocs mecanismes d'adaptació mútua entre l'atenció primària i l'especialitzada, que són els més valorats pels professionals de les organitzacions<sup>38</sup>, i segons la bibliografia, els més eficaços per a coordinar processos assistencials de tipus crònic amb participació de diferents serveis i tasques interdependents<sup>39</sup>, o processos amb un grau elevat d'incertesa, que requereix un volum d'informació també elevat<sup>40</sup>. Entre l'atenció primària i l'especialitzada de malalts aguts, el telèfon i el correu electrònic són els instruments més utilitzats per les organitzacions per a la comunicació entre els professionals. Amb relació a la coordinació de la informació dels pacients al llarg dels serveis que constitueixen el contínuum també es detecten diferències importants, amb diversos graus d'integració, de volum d'informació compartida i capacitat d'accés des dels diferents nivells del sistema.

Els directius i els professionals coincideixen a valorar positivament els mecanismes de coordinació implantats en les OSI analitzades. Això no obstant, en la majoria dels casos els professionals opinen que els instruments desenvolupats són insuficients, desconeguts i poc utilitzats. En la majoria dels casos els entrevistats opinen que s'ha elaborat un gran nombre de guies de pràctica clínica compartida però que no s'empren tant com seria convenient per problemes d'implantació i de difusió. Les estratègies en les quals els especialistes actuen d'experts de referència per a metges de primària són valorades com un dels mecanismes bàsics per al coneixement mutu i per evitar derivacions innecessàries, però assenyalen que la dificultat a l'hora d'utilitzar-les és la manca de temps per l'excessiva pressió assistencial. En les organitzacions que disposen d'història clínica compartida, hi ha coincidència que aquesta facilita l'accés a la informació dels pacients. Tanmateix, alguns professionals identifiquen problemes d'ús: l'agilitat del sistema és limitada, manquen criteris unificats i no es compta amb la informatització d'alguns serveis hospitalaris. Consideren que el telèfon i el correu electrònic són eines valuoses per comunicar i solucionar dubtes sobre el tractament de pacients, i es registra una diversitat d'opinions sobre l'accessibilitat, la rapidesa de resposta i el grau d'utilització.





## Conclusions i recomanacions

La coordinació assistencial s'ha convertit en un objectiu prioritari dels sistemes públics de salut per proporcionar una atenció adequada a la població que requereix la intervenció de múltiples serveis. En aquest sentit, cal destacar que les OSI no són un objectiu en si, sinó una estratègia de treball en xarxa, entre altres possibilitats, per a la millora de la continuïtat assistencial i l'eficiència global, en la mesura que siguin capaces de crear un entorn que afavoreixi la col·laboració entre els professionals dels diferents nivells d'atenció. Per això és necessària la presència de diversos elements que enforteixin la col·laboració i la integració funcional i que determinin el nivell en què l'organització es troba dintre del procés d'integració assistencial. L'estudi realitzat mostra organitzacions que estan en diferents etapes de desenvolupament.

Les OSI també són una estratègia per millorar l'accés als serveis de salut<sup>41</sup>. Això no obstant, és important aclarir que la contribució d'aquest tipus d'organitzacions en l'accés depèn del grau en què el sistema de salut garanteixi tant el finançament com l'accés real de la població a l'atenció de la salut. En els sistemes nacionals de salut amb accés universal, la introducció de les OSI podria generar problemes d'inequitat en l'accés, si en un territori no es manté el mateix grau de coordinació dintre de la xarxa i fora, amb els altres proveïdors que conformen el sistema de salut.

L'anàlisi feta amb relació als casos d'estudi desprèn diverses àrees de desenvolupament per a la millora de l'eficàcia del treball en xarxa en el sistema de salut de Catalunya.

En primer lloc, cal evolucionar cap a un model de finançament que promogui la integració assistencial. La manca d'integració en la compra de serveis de salut a Catalunya<sup>33</sup> i els escassos incentius que generen els mecanismes de pagament a la coordinació i a l'eficiència global<sup>33</sup> es manifesten notablement quan el proveïdor és una organització sanitària integrada. El finançament per càpita com a mecanisme d'assignació dels recursos en aquest tipus d'organitzacions podria ser un pas per a la superació de les barreres del sistema de pagament actual, però, per a aquesta finalitat, caldria modificar els aspectes essencials en el disseny del model de compra proposat<sup>38</sup>.

Amb relació a l'organització de l'atenció, s'hauria de plantejar si és desitjable argumentar la implicació dels governs en les decisions estratègiques de les organitzacions i, en el cas afirmatiu, desenvolupar mecanismes per millorar-ne l'acompliment estratègic: informació i formació dels membres i avaluació apropiada de l'acompliment de l'organització. Igualment, per enfortir la responsabilitat vers la població que atén, caldria millorar el coneixement de les necessitats de la població, amb la incorporació de la perspectiva de tots els municipis de l'àrea de referència de l'OSI, així com estimular la coordinació amb altres entitats proveïdores del territori mitjançant els governs respectius.

Amb relació a l'estructura organitzativa, les OSI haurien d'evolucionar més enllà de la integració funcional aconseguida i implantar més dispositius d'enllaç que garanteixin la coordinació entre els diferents nivells assistencials. A més, per millorar la coordinació assistencial, no n'hi ha prou amb la utilització d'un únic instrument, sinó que s'ha d'utilitzar una combinació d'instruments de diversos tipus que abordin cadascun dels elements de la coordinació de la informació i la gestió dels pacients.

Finalment, per millorar el treball en xarxa, en primer lloc, les OSI, a més d'implantar mecanismes de coordinació basats en la retroalimentació, haurien de concentrar els esforços en la creació de les condicions laborals apropiades per poder utilitzar-los, i enfortir el desenvolupament de valors de col·laboració i treball en equip entre els nivells. En segon lloc, com a agents d'un sistema nacional de salut, haurien d'introduir estratègies i mecanismes de coordinació per treballar en xarxa amb tots els proveïdors del territori, i si fos necessari fora del territori, i no exclusivament dins de les pròpies organitzacions.

## Agraïments

Els autors agraeixen en primer lloc als directius i professionals que, generosament, han volgut compartir el seu temps amb nosaltres i ens han donat les seves opinions, en les quals es basa l'estudi. A Jordi Coderch-Lassaletta, de Serveis de Salut Integrats Baix Empordà; Lluís Colomé, del Grup SAGESSA; Josep Ramon Llopart, de Badalona Serveis Assistencials; Jordi Valls, de la Corporació de Salut del Maresme i la Selva; Albert Verdaguer, del Consorci Sanitari del Maresme, i Rosa Ruiz, del





Consorti Sanitari de Terrassa, per la participació en la coordinació de l'estudi a nivell de les institucions. Així mateix, agraeixen la col·laboració al grup d'experts format per Vicente Ortún, Francesc Moreu, Manel del Castillo, Encarna Grifell, Antoni Anglada, Joan Miquel Carbonell i Olga Pané. Fan extensiu l'agraïment al Ministeri de Sanitat i Consum, per l'atorgament del fons FIS (PIO42688), i al Consell Comarcal del Barcelonès, que ha contribuït a finançar aquest estudi.

## Referències bibliogràfiques

1. MORELL BERNABÉ, J.J. *Coordinación atención primaria y especializada, visión desde la pediatría de atención primaria*, 2003.
2. CONTEL, J.C. «La coordinación sociosanitaria en un escenario de atención compartida». *Atención Primaria*, 2002; 29(8):502-6.
3. ALONSO FERNÁNDEZ, M. et al. «Relación entre niveles asistenciales». *Documentos de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria*, 2002.
4. ALFARO LATORRE, M. et al. *Coordinación entre niveles asistenciales. Atención primaria en el INSALUD: Diecisiete años de experiencia*. Madrid: Ministerio Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de Salud. Subdirección General de Atención Primaria, 2002, p. 240-60.
5. ORTÚN, V. «Los contornos de las organizaciones sanitarias», a *Costes y calidad en la contratación de servicios de salud*. Murcia: Asociación de Economía de la Salud, 1997.
6. PUIG JUNOY, J. «Integración asistencial y capitación». *Economía y Salud*, 2002; 44:1-2.
7. ORTÚN, V. *La articulación entre niveles asistenciales. Gestión sanitaria. Innovaciones y desafíos*. Barcelona: Masson, 1998, p. 349-57.
8. PEIRÓ, M. «Integración de proveedores de servicios asistenciales». *Cuadernos de Gestión*. 2001; 7(2):59-64.
9. PORTA, M.; FERNANDEZ, E.; BELLOC, J.; MALATS, N.; GALLÉN, M.; ALONSO, J. «Emergency admission for cancer: a matter of survival? *British Journal of Cancer*, 1998; 77(3): 477-84.
10. MUR-VEEMAN, I.; VAN RAAK, A.; PAULUS, A.; STEENBERGEN, M. «Comparison and reflection», a VAN RAAK A.; MUR-VEEMAN, I.; HARDY, B.; STEENBERGEN, M.; PAULUS, A (editors). *Integrated care in Europe*. Maarssen: Elsevier, 2003, p. 169-90.
11. SHORTELL, S.M.; GILLIES, R.R.; ANDERSON, D.A.; MORGAN, K.L.; MITCHELL, J.B. *Remaking health care in America*. San Francisco: The Jossey-Bass health care series, 1996, 1ª ed.
12. VAN DE VEN, W.P.; SCHUT, F.T.; RUTTEN, F.F. «Forming and reforming the market for third-party purchasing of health care». *Social Science and Medicine*, 1994; 39(10): 1405-12.
13. MAYOLAS, E.; VARGAS, I. *La Sanitat en Catalunya: situació actual i perspectives de futur. Memòria Econòmica de Catalunya: any 2002*. Barcelona: Cambra Oficial de Comerç, Indústria i Navegació de Barcelona, 2003, p. 279-95.
14. SHORTELL, S.M.; GILLIES, R.R.; ANDERSON, D.A.; MITCHELL, J.B.; MORGAN, K.L. «Creating organized delivery systems: the barriers and facilitators». *Hosp Health Serv Adm.*, 1993, 38(4): 447-66.
15. HARRIGAN, K.R. «Vertical integration and corporate strategy». *Academy of Management Journal*, 1985; 28(2): 397-425.
16. CONRAD, D.A.; DOWLING, W.L. «Vertical Integration in health services: theory and managerial implications». *Health Care Management Review*, 1990; 15(4): 9-22.
17. SKELTON-GREEN, J.M.; SUNNER, J.S. «Integrated delivery systems: the future for Canadian health care reform?». *Can J Nurs Adm*, 1997; 10(3): 90-111.
18. FOREST, P.G.; GAGNON, D.; ABELSON, J.; TURGEON, J.; LAMARCHE, P. *Issues in the governance of integrated health systems*. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation, 1999.
19. ALEXANDER, J.A.; ZUCKERMAN, H.S.; POINTER, D.D. «The challenges of governing integrated health care systems». *Health Care Management Review*. 1995, 20(4): 69-81.
20. LONGEST, B.B.; YOUNG, G. «Coordination and communication», a SHORTELL, S.M.; KALUZNY, A. (editors). *Health care management*. New York: Delmar; 2000, p. 210-43, 4ª ed.
21. KORNAKI, M.J.; SILVERSIN, J. «How can IDSs integrate conflicting cultures?». *Health Care Financing Management* 1998; 52(6): 34-6.
22. BARNESLEY, J.; LEMIEUX-CHARLES, L.; MCKINNEY, M.M. «Integrating learning into integrated delivery systems». *Health Care Management Review*, 1998; 23(1): 18-28.
23. BOHIGAS, L. «Las empresas de servicios sanitarios: innovación en la gestión sanitaria», 27-29 mayo; Gasteiz, 1998.
24. VÁZQUEZ, M.L.; VARGAS, I.; FARRÉ, J.; TERRAZA, R. «Organizaciones sanitarias Integradas en Cataluña: una guía para el análisis». *Revista Española de Salud Pública*, 2005, 79(6).
25. VÁZQUEZ, M.L.; VARGAS, I. *Organizaciones sanitarias integradas*. Barcelona: Consorci Hospitalari de Catalunya, 2007.
26. VARGAS, I.; VÁZQUEZ, M.L. «Barreras y facilitadores de la coordinación asistencial en dos organizaciones sanitarias integradas en Cataluña». *Gaceta Sanitaria*, 2007; 21(2): 114-123.
27. HENAO, D.; VÁZQUEZ, M.L.; VARGAS, I.; CODERCH, J.; LLOPART, J.R. «Integración asistencial de dos organizaciones en Cataluña». *Revista de Salud Pública (Col.)* 2008, 10(1): 33-48.





28. HENAO, D.; VÁZQUEZ, M.L.; VARGAS, I. «Factores que influyen en la coordinación entre niveles asistenciales según la opinión de directivos y profesionales sanitarios». *Gaceta Sanitaria*, 2009; 23(4):280-6.
29. DUFFY, M.E. *Methodological triangulation: a vehicle for merging quantitative and qualitative research methods*. *Image J Nurs Sch.*, 1987; 19(3): 130-3.
30. FERNÁNDEZ DE SANMAMED, M.J. *Diseño de estudio y diseños muestrales en investigación cualitativa. Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud*. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona, 2005.
31. PATTON, Q. *Qualitative evaluation and research methods*. London: Sage, 1990.
32. SCHEIN, E.H. *Organizational culture and leadership*. San Francisco: Jossey-Bass; 1992, 2ª ed.
33. PANÉ, O.; FARRÉ, J.; PARELLADA, N.; ESTEVAN, N. «¿Los hospitales comarcales aumentan su actividad para neutralizar el efecto contenedor de la reforma?». *Cuadernos de gestión*. 1995; 1(2): 104-9.
34. VARGAS, I. *La sanitat a Catalunya: situació actual i perspectives de futur*. 2004.
35. SERVEI CATALÀ DE LA SALUT. *Memòria d'activitat de 2001*. Barcelona: Servei Català de la Salut, 2002.
36. Ortún, V.; LÓPEZ, G.; PUIG-JUNOY, J.; SABÉS, R. «El sistema de finançament capítatiu: possibilitats i limitacions». *Fulls Econòmics del Sistema Sanitari*, 2001; 35: 8-16.
37. KORNACKI, M.J.; SILVERSIN, J. «How can IDSs integrate conflicting cultures?». *Health Care Financing Management*, 1998; 52(6): 34-6.
38. VARGAS, I.; VÁZQUEZ, M.L.; TERRAZA, R.; AGUSTÍ, E.; BROSÀ, F.; CASAS, E. «Impacto de un sistema de compra capítatiu en la coordinació assistencial». *Gaceta Sanitaria*, 2008, 22(3): 218-26.
39. LAWRENCE, P.R.; LORSCH, J.W. *Organization and environment*. Boston, 1986.
40. GALBRAITH, J. *Organization design*. Massachusetts: Addison-Wesley Publishing Company, 1973.
41. VÁZQUEZ, M.L.; VARGAS, I.; UNGER, J.P.; MOGOLLÓN, A.S.; FERREIRA DA SILVA, M.; DE PAEPE, P. «Integrated healthcare network in Latin America: towards a conceptual framework for analysis». *Pan American Journal of Public Health*, 2009 (en premsa).





# El procés de transformació de l'Institut Català de la Salut

Enric Argelagués, director gerent de l'Institut Català de la Salut

La transformació de l'Institut Català de la Salut (ICS) en empresa pública ha comportat la introducció d'uns canvis fonamentals, com ara la direcció de l'empresa mitjançant el Consell d'Administració i la participació dels professionals en la presa de decisions, tant en les juntes clíniques com en el Consell de Participació dels Professionals. També ha introduït la reenginyeria de processos, la modernització dels sistemes d'informació i gestió, el Pla estratègic de base territorial, la visió de l'ICS com a xarxa assistencial que permet establir col·laboracions i aliances amb altres proveïdors del sistema, el projecte d'autonomia de gestió dels equips d'atenció primària i, en definitiva, una aposta per la gestió dels serveis sanitaris públics des d'una perspectiva de qualitat, eficiència i cura dels professionals, estrictament d'acord amb les prioritats del Departament de Salut.

## Qui som

L'ICS va ser creat l'any 1983 com a ens gestor de la Seguretat Social, en produir-se els traspassos de competències en matèria sanitària a la Generalitat de Catalunya. Des d'aleshores, l'evolució del marc jurídic, tant l'estatal com el català, reclamava un canvi en les funcions i la naturalesa jurídica de l'ICS. El mes de juliol de 2007, el Ple del Parlament de Catalunya va aprovar per consens la Llei 8/2007, de l'Institut Català de la Salut, que el transforma en empresa pública i n'adequa l'organització per respondre millor a les necessitats de salut dels ciutadans. I tot això s'ha fet amb una perspectiva integrada en el model sanitari català i en col·laboració amb la resta de proveïdors de la xarxa per garantir la continuïtat de l'atenció. Amb aquesta llei, l'ICS esdevé un instrument de la política sanitària de la Generalitat de Catalunya en el camp de la producció i la provisió de serveis sanitaris.

Amb un pressupost per a l'any 2009 de 2.702 milions d'euros i una plantilla de més de 41.000 professionals, l'ICS és l'empresa pública de serveis sanitaris més gran de Catalunya i presta atenció sanitària a gairebé sis milions d'usuaris, el 76% del total d'assegurats a Catalunya.

L'ICS desenvolupa una gran activitat científica per mitjà dels nou instituts de recerca integrats als centres hospitalaris i d'atenció primària. Tres d'aquests instituts —l'Institut de Recerca de l'Hospital Universitari Vall d'Hebron, l'Institut d'Investigació Biomèdica de Bellvitge i l'Institut d'Investigació en Ciències de la Salut Germans Trias i Pujol— estan acreditats per l'Institut de Salut Carles III, del Ministeri de Sanitat i Consum. Aquest reconeixement com a centres d'excel·lència situa l'ICS en una posició capdavantera a tot l'Estat en l'àmbit de la recerca biomèdica.





L'ICS forma més de dos mil especialistes de quaranta-cinc especialitats diferents en ciències de la salut. També acull més de tres mil alumnes de pregrau de medicina, infermeria, odontologia i altres ensenyaments. A banda d'això, porta a terme una intensa activitat en formació continuada per a tots els col·lectius de professionals.

Amb tots aquests actius, l'ICS vol potenciar la seva funció vertebradora i integradora amb els diferents proveïdors de Salut, treballant per la continuïtat i l'eficiència en l'atenció als ciutadans com a objectiu principal, a partir de la coordinació i la complementarietat de tots els operadors de salut amb l'atenció primària, de la qual és el principal proveïdor.

## Què fem

Si ens referim a la innovació i la modernització, actualment la nostra empresa està immersa en un important procés de gestió del canvi. La societat actual i les oportunitats que ofereixen les noves tecnologies permeten sotmetre la nostra institució a una reestructuració, tant organitzativa com en sistemes d'informació.

La nova estructura organitzativa de la nostra empresa gira a l'entorn de la creació de les gerències territorials. La descentralització i la desconcentració territorials de la gestió de la institució donen als centres més autonomia en la gestió econòmica, a més de possibilitar una millor atenció de les necessitats específiques de salut de cada persona. L'objectiu és disposar d'una organització més propera, àgil i eficient, que permeti consolidar un model de continuïtat assistencial l'eix central del qual siguin les necessitats dels pacients; la realitat social, demogràfica i epidemiològica del territori, i la realitat organitzativa i d'oferta de serveis, de manera que les estratègies de futur per a l'empresa considerin el territori d'una manera global.

El nou disseny organitzatiu s'empara en els Estatuts de l'empresa pública, aprovats pel Govern de la Generalitat. Cal fer un canvi important en el sentit de trencar la dicotomia entre l'atenció hospitalària i la primària, dues àrees que fins ara estaven jeràrquicament distanciades i eren funcionalment dependents al cent per cent. La gestió unificada de tots els recursos de cada territori possibilita que l'ICS sigui un interlocutor en la negociació de les estratègies territorials amb el Cat-Salut i altres proveïdors, alhora que possibilita el desenvolupament de polítiques i instruments per a la integració de línies assistencials, a partir de la lògica dels processos assistencials i la cadena de valor entre els professionals i els nivells, superant les dinàmiques estructurals i burocràtiques de les divisions.

La transformació de l'ICS en empresa pública ha comportat la introducció de canvis fonamentals en la inèrcia d'una organització bàsicament administrativa:

- a. El govern de l'empresa, per mitjà del seu Consell d'Administració, amb una representació qualificada de professionals i sindicats.
- b. La participació dels professionals en la presa de decisions, ja que a més dels òrgans participatius promociats des de la gestió, com les juntes clíniques, la mateixa Llei estableix la creació d'un Consell de Participació dels Professionals, presidit pel president o presidenta del Consell d'Administració.
- c. L'ordenació de l'empresa i del seus recursos basada en les necessitats dels serveis assistencials, de docència i de recerca.

La modernització implica un procés de reenginyeria de tots els processos interns no assistencials (des de la contractació fins a la logística, passant per la compra). D'aquesta manera, tota l'organització treballa d'una mateixa manera, tan similar com sigui possible a una empresa des del punt de vista administratiu, i potenciant uns instruments per al marc d'excel·lència, com són l'operador logístic i el procés de compra agregada.

Un altre element de modernització són els sistemes d'informació. L'objectiu d'aquest projecte, que hem anomenat Argos, és la integració dels sistemes d'informació dels hospitals i de l'atenció primària de l'ICS, tant assistencials com econòmics i financers i de recursos humans, en una plataforma clínica única. Un dels elements clau en el desenvolupament del projecte és la implementació de la història clínica electrònica. Aquesta unificació fa que s'estableixin bases de comparació





homogènies que ens permeten definir normes de comparació internes. La plataforma de sistemes d'informació clínica de l'ICS ha d'alimentar i contribuir a vertebrar territorialment el projecte d'història clínica compartida de Catalunya, i permetre la compartició de dades per al conjunt del sistema. El projecte Argos, de modernització i integració de sistemes, implica la implantació a tots els hospitals de l'ICS de l'estació clínica de treball sobre una plataforma SAP, amb interconnexió amb la història clínica de l'atenció primària, ECAP, que l'ICS té estesa al conjunt dels seus centres d'atenció primària. El mes de juny del 2009, cinc dels vuit hospitals de l'ICS ja tenen implantada l'estació clínica de treball. Tanmateix, l'avenç del projecte Argos comporta l'extensió de la digitalització de la imatge mèdica a tots els territoris per tal de possibilitar que la prova diagnòstica sigui accessible a tot arreu on sigui necessària, el que afavoreix l'accés en línia i evita el desplaçament dels usuaris. Aquests sistemes digitals ens permetran donar agilitat a la teleconsulta, poder fer l'informe de les exploracions d'una manera centralitzada i unificada, i afavorir la gestió de les segones opinions.

## Àrees d'intervenció

En aquest apartat destaquem deu grans àrees d'intervenció de l'ICS:

1. El govern de l'empresa, el pla estratègic corporatiu i la gestió compartida amb base territorial.
2. Un nou sistema de relació amb el CatSalut: el contracte programa.
3. La integració en l'estratègia institucional de l'enfocament cap a resultats qualitatius, la seguretat dels pacients i la integració de processos assistencials.
4. Un sistema resolutiu i amable en el tracte, estructurat amb la finalitat de garantir l'autonomia dels pacients, la qualitat de vida i la satisfacció dels ciutadans.
5. La potenciació del paper dels professionals en la gestió de tots els processos interns, que afavoreixi el lideratge i la participació, juntament amb l'autonomia de gestió dels equips d'atenció primària.
6. La visió territorial i de xarxa dels serveis, que ajudi a promoure la reenginyeria de processos i aliances estratègiques amb altres proveïdors per continuar liderant els serveis d'atenció primària, la complexitat i el terciarisme.
7. La innovació organitzativa i tecnològica, amb el desenvolupament de les tecnologies de la informació i la comunicació.
8. La sostenibilitat de l'empresa, el finançament, la millora de la productivitat i l'eficiència en la gestió, amb un accent específic en els processos i els instruments que els professionals requereixen per als processos de gestió clínica.
9. Les polítiques de gestió de persones: els processos de selecció i la formació continuada.
10. La recerca, la docència i la cultura d'avaluació de l'empresa.

## Algunes accions específiques

### Projecte d'autonomia de gestió

El projecte d'autonomia de gestió de l'ICS consisteix en la implantació d'un procés de canvi en la cultura de gestió i organització de la institució que permeti als equips d'atenció primària i als seus líders tenir capacitat de decisió sobre la gestió dels serveis i els recursos, amb l'objectiu d'aconseguir una organització adaptada a les necessitats assistencials, coresponsable dels resultats aconseguits (assistencials, de satisfacció dels usuaris i econòmics) i que motivi el compromís i la satisfacció dels professionals.

L'instrument d'acord entre l'equip de professionals (equip de salut) i l'empresa corporativa ICS és l'acord de gestió, mitjançant el qual els professionals assumeixen la responsabilitat efectiva sobre els resultats obtinguts, de conformitat amb els objectius fixats, que estaran en relació amb la bona pràctica clínica, la gestió de pacients i els resultats econòmics. Per als deu equips que han entrat en la fase demostrativa del projecte aquest any 2009, l'acord de gestió ja ha estat negociat el primer trimestre de l'any.







Els equips disposen d'eines i recursos que els faciliten una gestió més àgil i eficaç dels processos. L'increment de la responsabilitat sobre resultats i el compromís amb els objectius institucionals ha d'implicar una assumpció de risc efectiva i una política d'incentius específica vinculada a l'assoliment dels objectius. És fonamental donar un impuls a aquest canvi cultural i de política de recursos humans, que fomenti la participació dels professionals en la gestió dels centres. Aquest projecte neix amb el mandat específic de generalitzar-se al conjunt de la institució i, per tant, amb una aposta decidida per la transparència en la gestió del risc, la qual cosa nega la dita tan freqüent en l'Administració que els resultats més ineficients porten a disminuir recursos futurs.

L'aposta institucional i la implicació de tots els nivells directius de l'ICS en aquest projecte és molt important, i s'ha iniciat un procés d'acompanyament i de formació dels equips directius en eines de gestió, suport per al lideratge i treball en equip. Els equips s'han dotat de les eines de gestió de qualitat per acordar els projectes que han prioritzat i les actuacions de millora, per passar a formar part d'un grup pioner en acreditació de qualitat en l'atenció primària.

## Gestió de les persones

La gestió diària ha d'aconseguir que tothom se senti implicat d'una manera més propera en el funcionament del dia a dia de l'organització. L'ICS fa un notable esforç per avançar en polítiques motivadores dels professionals, personalitzant i reconeixent els resultats obtinguts a partir d'una gestió més propera, basada en el lideratge dels responsables en les diferents unitats, amb metodologies de qualitat organitzativa promotores del treball d'equip enfocat als resultats.

Els professionals de l'empresa pública ICS, exceptuant els nivells directius, son majoritàriament estatutaris. Es treballa per millorar els processos de selecció en les convocatòries públiques i adequar-los a les noves necessitats des del punt de vista d'atenció basada en carteres de servei territorials. Al mateix temps, aquests canvis han portat a revisar els processos de contractació, buscant l'adequació funcional als llocs de treball, descrits segons les seves característiques funcionals.

Considerem que el pacte amb les forces socials de l'empresa és un avenç considerable per a la flexibilitat en la distribució de la jornada laboral, que és altament útil per aconseguir més autonomia en el disseny dels plans funcionals dels equips i l'adaptació entre les necessitats dels serveis i les opcions personals dels professionals.

A l'ICS som conscients que el canvi en la gestió de les persones és l'element bàsic per poder superar les polítiques que es basen més en l'homogeneïtat de les normes i les instruccions i que probablement s'adequen poc a la flexibilitat necessària en el sector de serveis. Així, doncs, l'ICS aposta per donar valor al diàleg, la transparència en la presa de decisions, la formació continuada i la capacitat de pacte d'objectius en els llocs de treball.

## Terciarisme i complexitat

Avui, i gràcies als avenços en tecnologia i investigació sanitària, s'aplica activament tot un seguit de procediments molt específics relacionats amb patologies concretes que obliguen a l'especialització dels centres que les tracten. Aquestes tècniques exigeixen un gran esforç a l'organització, ja que impliquen una adaptació dels recursos per poder desenvolupar aquests procediments.

La definició de terciarisme amb relació a la pràctica d'aquests procediments intervencionistes obliga a sectoritzar aquestes tècniques en cada territori, i l'optimització d'aquests tipus de recursos fa que el desplegament s'adeqüi als diferents plans directors del Departament de Salut.

En aquest context, el contracte programa com a eina de treball amb el CatSalut ens ha ajudat a definir la posició estratègica dels tres hospitals de Barcelona i de l'àrea metropolitana, com a hospitals d'alt nivell de complexitat, davant el terciarisme.

D'altra banda, la posició que gairebé tots els hospitals de l'ICS ocupen en els territoris respectius com a centres de referència implica que l'ICS fa una aposta decidida per l'atenció de les patologies complexes, amb tècniques innovadores i sobre la base de la capacitat i l'expertesa dels seus professionals, amb vista als pactes de territori.





## Aliances estratègiques i desenvolupament de la xarxa assistencial

En aquest sentit, l'ICS sempre ha estat present en les diverses proves pilot del sistema de finançament amb base poblacional que s'han implantat en el territori, bàsicament en tots els compromisos de coordinació assistencials, sense tenir en compte el grau de participació efectiva en la gestió del risc econòmic. La conversió de l'ICS en empresa pública ha de permetre fer aquest canvi de paper i tenir una posició activa i col·laboradora en les comissions de proveïdors dels governs territorials de Salut definits pel Departament.

Ens orientem cap a posicions favorables a l'establiment d'aliances estratègiques amb altres proveïdors de la xarxa pública de serveis, amb les fórmules que es considerin més adequades en cada cas, que comportin més avantatges en la gestió i que ens permetin optimitzar i generar recursos, i aprofitar totes les possibles sinergies, tant organitzatives com econòmiques.

## Sostenibilitat i gestió eficient dels recursos

La sostenibilitat de l'ICS es basa en l'equilibri de dos pilars: la producció i la compra. Respecte a la producció, cal gestionar eficientment tots els recursos de l'ICS (recursos humans, recursos físics, capacitat de les instal·lacions, etc.), de manera que, fent una remarca especial en la qualitat, hem d'aconseguir la màxima eficiència possible amb els recursos disponibles.

Amb relació a la compra, hem d'adequar l'oferta de serveis a les necessitats del CatSalut. El CatSalut, com a comprador i finançador, determina en gran mesura els límits productius de l'ICS, de manera que hem de ser capaços d'ajustar la nostra oferta de serveis a les seves necessitats com a asseguradora pública.

Modular la demanda també és una part d'aquest repte i, per això, s'han desenvolupat eines per gestionar-la a partir de l'enfortiment de l'educació sanitària, l'avaluació de problemes i la potenciació de mesures que comportin més autonomia dels pacients.

En aquest punt cal destacar els bons resultats obtinguts en la prescripció farmacèutica de l'atenció primària i en la medicació de dispensació ambulatoria dels hospitals. Estem segurs que l'impacte d'aquests resultats, ateses les dimensions de l'atenció primària de l'ICS a Catalunya, ha permès mantenir el diferencial amb els resultats pel que fa a les despeses en farmàcia d'altres comunitats de l'Estat. Totes les actuacions tenen com a protagonistes els professionals assistencials, amb els quals s'han acordat polítiques d'incentivació vinculades a la qualitat, la seguretat i l'eficiència de la prescripció.

Per donar suport a aquestes polítiques s'han desenvolupat un seguit d'eines, vinculades a l'estació clínica de l'atenció primària, l'e-CAP, de suport a la presa de decisions dels professionals: Self-Audit de prescripció, guies de pràctica clínica i estàndard de qualitat de la prescripció, entre altres. L'ICS, en la mateixa línia de les directrius del CatSalut, fa una gran aposta per l'extensió de la recepta electrònica a tot el territori de Catalunya, amb una millora constant de les aplicacions que permeten una bona gestió del procés.

Quant a la gestió eficient dels processos assistencials vinculats a l'extensió dels projectes tecnològics, comencen a aflorar experiències de reenginyeria que eviten la duplicació de consultes i de proves, basades en la compartició d'imatges, i s'estenen les assessories a distància per la via de la telemedicina. En aquest sentit, voldríem esmentar les múltiples línies d'atenció a distància obertes per l'Hospital de la Vall d'Hebron (Teleictus, ecografies cardíaques, etc.) i la compartició de teleconferències entre els metges i el personal d'infermeria en consultoris d'atenció primària, entre altres.

## Innovació i recerca

La implicació progressiva, al llarg dels darrers vint anys, de la xarxa sanitària de l'ICS en la recerca ha estat gairebé explosiva, la qual cosa no fa gaire s'ha reconegut públicament, quan tres dels cinc primers hospitals acreditats com a instituts d'investigació sanitària de l'Estat espanyol són de l'ICS: l'Hospital Universitari Vall d'Hebron, l'Hospital Universitari Germans Trias i Pujol i l'Hospital Universitari de Bellvitge.

L'ICS té grups en els hospitals i en l'assistència primària que són destacats i, en alguns casos, líders internacionals en gairebé totes les àrees de recerca principals, des de la medicina cardiovascular a l'oncologia, des de malalties infeccioses a malalties neurodegeneratives i cròniques. Con-





centra 2.372 professionals dedicats a la recerca i, només l'any 2007, la seva tasca es va traduir en 1.793 publicacions, amb un factor d'impacte global de 6.189 i un factor d'impacte mitjà del 3,45%; 696 projectes de recerca, 1.041 assaigs clínics i un finançament de més de 56 milions d'euros.

La innovació consisteix a traspassar el coneixement a la pràctica clínica mitjançant canvis organitzatius o de disseny de nous protocols, tècniques i instruments.

## Conclusions

L'ICS és l'empresa de serveis sanitaris més gran de Catalunya. Compta amb un capital humà que supera els quaranta-un mil professionals, té presència en tot el territori i presta atenció sanitària a gairebé sis milions de ciutadans.

És una empresa que en els darrers anys ha viscut uns canvis importantíssims, el més rellevant dels quals és la transformació en empresa pública. Aquest canvi ja li ha permès instaurar una nova forma de governança, una nova forma de finançament, i també una relació diferent amb els altres proveïdors del sistema. Tot això s'ha fet amb la voluntat de consolidar l'ICS com a referent i model en l'atenció sanitària, la docència i la recerca en l'àmbit de la salut a Catalunya.

La Llei de l'Institut Català de la Salut té el propòsit principal de descentralitzar territorialment la institució i donar autonomia als centres i els serveis en la gestió econòmica i dels recursos. La proximitat generada amb aquesta reforma incrementa l'efectivitat del servei, possibilita una millor atenció de les necessitats específiques de salut de la persona i permet configurar un ICS àgil, competitiu, adaptable als canvis i proper a les necessitats assistencials de la població.

Aquest procés de transformació implica un canvi cultural d'una gran envergadura i requereix temps per introduir-lo gradualment amb la finalitat d'arribar a bon port.

Es tracta d'un canvi que promou la gestió compartida i descentralitzada amb una base territorial; un nou sistema de relació amb el CatSalut; l'enfocament cap a resultats qualitius i la integració de processos assistencials; un sistema resolutiu que garanteixi l'autonomia dels pacients, la qualitat de vida i la satisfacció dels ciutadans; la participació dels professionals en la presa de decisions i en la gestió de tots els processos interns; la visió territorial i de xarxa dels serveis mitjançant la reenginyeria de processos i les aliances estratègiques amb altres proveïdors; la innovació organitzativa i tecnològica; la sostenibilitat de l'empresa, l'assumpció de riscos, la millora de la productivitat i l'eficiència en la gestió; les polítiques de gestió de persones; la recerca i la docència, i la cultura d'avaluació de l'empresa.





# La Central de Resultats de la xarxa sanitària d'utilització pública

Miquel Argenter, Genoveva Barba i Anna Román, Servei Català de la Salut

El Departament de Salut del Govern de la Generalitat de Catalunya ha creat la Central de Resultats de la xarxa sanitària d'utilització pública amb la missió de mesurar, avaluar i difondre els resultats assolits en l'àmbit de l'assistència sanitària pels diversos agents integrants del sistema sanitari d'utilització pública, per facilitar una presa de decisions coresponsable al servei de la qualitat de l'atenció sanitària prestada als ciutadans. Aquest article presenta l'organització del projecte, els principis, les bases metodològiques i els indicadors prioritzats per a l'inici del projecte.

## La central de resultats de la xarxa sanitària d'utilització pública

Les situacions de crisi són, alhora, un repte i una oportunitat. El repte de superar les tensions produïdes per la crisi, com l'increment de les necessitats socials i la contracció dels ingressos públics, i en conseqüència de la despesa pública, i l'oportunitat d'establir noves bases d'actuació per sortir al més aviat possible i com més reforçats millor de la situació. És en aquest context, de construcció d'instruments per sortir reforçats d'aquesta crisi, on hem d'emmarcar la creació de la Central de Resultats, tot i que el projecte ja té una llarga trajectòria des de la seva gènesi.

El Departament de Salut del Govern de la Generalitat de Catalunya ha creat la Central de Resultats de la xarxa sanitària d'utilització pública amb l'objectiu general de mesurar, avaluar i difondre els resultats assolits en l'àmbit de l'assistència sanitària pels diversos agents integrants del sistema sanitari d'utilització pública, per facilitar una presa de decisions coresponsable al servei de la qualitat de l'atenció sanitària prestada als ciutadans. La Central de Resultats es configura com un projecte participatiu regit per un consell de direcció en què participen representants de l'Administració pública sanitària i de les organitzacions associatives dels centres sanitaris que proveeixen aquest servei públic. Per al desenvolupament del projecte, s'ha dotat d'una comissió tècnica amb representants tècnics de les mateixes entitats que formen part del Consell de Direcció. El mes de desembre de 2008, l'esmentat Consell de Direcció va aprovar la metodologia i les bases d'informació per iniciar el projecte, que aquest article pretén donar a conèixer.

## Entorn general

En els països més avançats de l'OCDE, el sector sanitari ha passat per diferents etapes de desenvolupament fins a arribar a l'etapa actual, en què, cada vegada més, s'imposa la necessitat d'avaluar la qualitat i els resultats del sistema sanitari. Aquest procés ha estat paral·lel a l'evolució,





clarament liderada pels països anglosaxons i nòrdics, de la cultura de l'avaluació en els diversos àmbits de les polítiques públiques.

La construcció d'una bateria d'indicadors és, probablement, la millor manera de conciliar el rigor tècnic que requereix l'avaluació amb la necessitat d'una eina fàcil d'utilitzar pels diferents destinataris. No obstant això, l'elecció dels indicadors no pot ser arbitrària sinó que cal que estigui justificada amb els objectius i el marc de referència de les polítiques. Els països pioners en el desenvolupament unilateral d'uns marcs conceptuals en aquest àmbit són Austràlia, el Canadà, Dinamarca, els Països Baixos, la Gran Bretanya i els Estats Units.

Per tal d'unificar els diferents marcs conceptuals existents, l'OCDE ha elaborat el Health Care Quality Indicators project (HCQI) i la Comunitat Europea l'ha adaptat per mitjà de l'European Community Health Indicators (ECHI).

Espanya ha participat tant en la creació del model de l'OCDE com en la discussió i en el consens dels indicadors de l'ECHI. De la participació en aquest marc internacional ha resultat l'elaboració dels Indicadors clau del Sistema Nacional de Salut, que constitueixen una primera llista de cent deu indicadors. Els indicadors escollits es relacionen amb els àmbits i les dimensions formulats en el marc internacional i europeu: població, estat de salut i els seus determinants, oferta de recursos, activitat, qualitat, despesa i satisfacció dels ciutadans.

Aquestes referències són un marc general en l'àmbit espanyol i internacional que no es pot obviar en un projecte com el de la Central de Resultats de la xarxa sanitària d'utilització pública de Catalunya (XSUP).

Aquest projecte parteix del principi de participació, que implica consensuar amb els diferents actors i destinataris de la informació uns indicadors per mesurar i avaluar els resultats i promoure la transparència i la millora de la qualitat del sistema. En tot cas, tanmateix, la classificació dels indicadors adoptada és molt semblant al resultat del marc conceptual internacional.

Un altre dels principis que han inspirat la metodologia de treball de la Central de Resultats és el de consolidació de la informació ja existent en el sistema, aprofitant així els processos d'anàlisi, definició i prioritització d'indicadors realitzats en diversos projectes o actuacions que s'han anat fent en el sistema sanitari a Catalunya. D'aquesta manera construïm el nou projecte amb més eficiència i sobre unes bases segures.

## Objectius

Derivats d'aquesta missió es defineixen els següents objectius de la Central de Resultats:

- Mesurar i avaluar els resultats de la xarxa sanitària d'utilització pública en els àmbits de:
  - > Resultats de salut
  - > Qualitat assistencial
  - > Eficiència
  - > Sostenibilitat econòmica
  - > Accés als serveis i atenció als ciutadans
- Posar a l'abast dels agents del sistema informació útil per a la millora dels resultats i de la qualitat assistencial de les diverses entitats que el conformen.
- Proposar i promoure avenços en els sistemes d'informació de la xarxa sanitària d'utilització pública per millorar l'avaluació de resultats.
- Difondre les conclusions derivades de la valoració de resultats.

La Central de Resultats vol ser l'instrument bàsic per establir, d'una manera integrada i global, un sistema transparent de mesura i avaluació dels resultats assolits pels diferents agents que integren el sistema sanitari a fi que, mitjançant la *competència per comparació* i la *cooperació*, actuï com un mecanisme autoregulator que incentivi la introducció de millores, en els àmbits clau de responsabilitat, per part de tots els agents implicats, des dels ciutadans fins a l'Administració, passant pels professionals sanitaris i els centres sanitaris.

Per als ciutadans, ha de promoure un millor coneixement del sistema que els permeti incrementar la capacitat d'elecció i una informació més àmplia que generi una millor utilització dels recursos





i una cultura d'hàbits saludables. Per als professionals sanitaris, ha de ser una font d'informació per a treballs d'investigació epidemiològica, d'utilització de serveis i d'anàlisi econòmica, que els permeti millorar la gestió del coneixement. Per als centres sanitaris, ha de permetre comparar els resultats assolits, identificar i compartir les millors pràctiques —*benchmarking*— i buscar oportunitats de millora i cooperació entre institucions, evitant les situacions o els resultats que no es considerin acceptables. Per a l'Administració sanitària, ha de permetre retre comptes dels resultats de les polítiques de salut i de serveis a la societat, mitjançant la divulgació de la informació sobre el funcionament, sobre l'organització i els resultats dels sistema sanitari i millorar l'assignació dels recursos partint de la informació recollida.

## Principis

Els principis en els quals la Central de Resultats basa l'actuació són els següents:

- a. Consolidació: aprofitant al màxim la informació existent i minimitzant els costos d'obtenció dels nous indicadors.
- b. Participació: compartint la definició, l'avaluació i el seguiment dels indicadors entre els principals actors del sistema sanitari, sens perjudici de les competències i responsabilitats de cadascú.
- c. Millora contínua: identificant les mancances d'informació del sistema sanitari públic, a fi de proposar millores i canalitzar les propostes d'homogeneïtzació de la informació.
- d. Ètica: promovent les bones pràctiques en l'àmbit de la informació sobre resultats del sistema sanitari.
- e. Responsabilitat: fent una anàlisi rigorosa de la informació, amb una definició clara de l'abast, l'objectiu i les limitacions, i amb una política de difusió dels resultats que permeti assegurar l'impacte de millora desitjat.
- f. Capacitat analítica: per aconseguir que la informació recollida respongui a les preguntes rellevants del sistema.

## Model del sistema d'informació de la Central de Resultats de la XSUP

Un sistema d'informació sanitària ha de permetre relacionar l'estat de salut de la població amb la utilització de recursos sanitaris, els costos que aquesta utilització genera i els resultats en la millora de la salut que s'obtenen, per poder avaluar la consecució dels objectius del sistema sanitari en termes d'efectivitat, eficiència i seguretat.

La Central de Resultats ha de contribuir a respondre a les preguntes clau per fer patent si els agents del sistema compleixen els seus compromisos bàsics i assolixen els objectius prioritaris:

- Es fa el que cal fer, d'acord amb les prioritats de salut dels ciutadans?
- Es fa el millor ús possible dels recursos disponibles, amb eficàcia, efectivitat i eficiència?
- Es fa de la manera més adequada, amb la qualitat possible?

És especialment important focalitzar els esforços en els àmbits de seguiment prioritari, bé per la seva importància per assolir una imatge sintètica i globalitzada de l'evolució del sistema, per monitorar problemes molt concrets, o bé per seguir l'impacte de polítiques determinades. Cal buscar la informació que sigui útil per a la presa de decisions en cada àmbit de la gestió sanitària. Per això la Central de Resultats no pretén constituir-se en la base de dades exhaustiva del sistema sanitari sinó en el plafó de control en el qual es reflecteixi la informació rellevant en cada moment per al desenvolupament i la millora de les funcions de cada agent del sistema. La Central de Resultats no pretén substituir els sistemes d'informació que els diversos agents del sistema tenen per al seguiment de les actuacions que els són pròpies, sinó que vol ser l'espai compartit d'interpretació i avaluació de les dades més rellevants que aporten aquests sistemes d'informació.

La identificació de les funcions pròpies dels diversos agents del sistema sanitari (planificadors, compradors, proveïdors, usuaris) permet definir els requeriments d'informació i formular les ne-





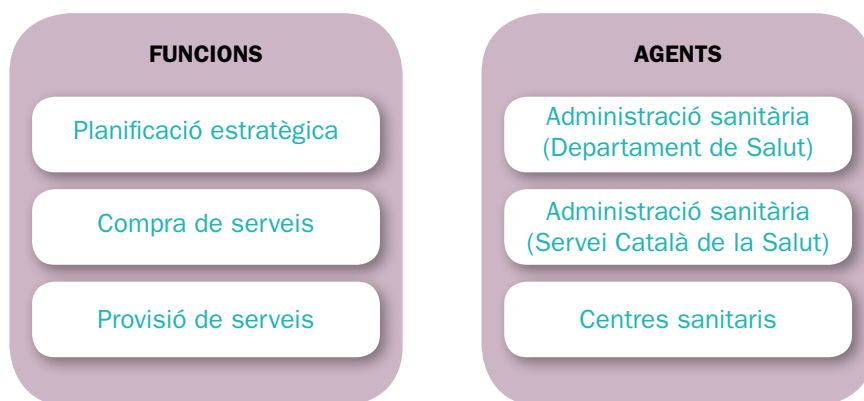
cessitats d'informació en forma de preguntes que, en general, poden ser contestades mitjançant indicadors.

## La distribució de funcions en el sistema de salut a Catalunya

En conseqüència, per emmarcar correctament la Central de Resultats, és útil fer referència al model de funcionament del sistema en conjunt, als seus agents i a les funcions que aquests assumeixen.

Així, les funcions fonamentals del sistema sanitari es poden agrupar en grans categories, que normalment estan assignades a diferents agents. Com a funcions generals, identifiquem les següents:

- a. **Planificació estratègica:** aquesta funció, assignada a l'Administració sanitària —en aquest cas, el Departament de Salut—, dibuixa, a partir de l'anàlisi de les necessitats de salut i del coneixement global del sistema, les previsions d'evolució dels objectius de salut i de serveis al territori per a cada període determinat. La seva activitat es focalitza fonamentalment en dos grans àmbits: objectius de salut (plans de salut) i objectius de serveis (carteres de serveis i mapa sanitari). La informació clau en aquest cas se centraria en la població, l'estat de salut, els seus condicionants, les necessitats i la demanda, la distribució territorial de recursos sanitaris, la utilització de serveis i la morbiditat atesa, entre altres.
- b. **Compra de serveis:** és l'instrument fonamental amb què compta l'Administració sanitària —el Servei Català de la Salut— per relacionar-se amb els centres o els conjunts de centres que proveeixen serveis a una determinada població, amb la finalitat d'assolir els volums i la qualitat dels serveis sanitaris que facin possible el compliment dels objectius de salut fixats per la planificació estratègica. Els aspectes que fonamentals en aquesta funció són: la capacitat instal·lada (centres, tecnologies i professionals) que configura l'oferta de serveis, els recursos econòmics (pressupost, instruments de finançament d'inversions, costos, situació econòmica i financera dels centres, etc.), els sistemes d'incentius, la coresponsabilització en l'assumpció de riscos, el volum i la qualitat dels serveis prestats i el grau d'utilització i accessibilitat als serveis, entre altres.
- c. **Provisió de serveis:** és la funció pròpia dels centres sanitaris, que mitjançant la gestió dels seus recursos, fonamentalment els professionals i la tecnologia, responen a la compra de serveis amb la provisió d'assistència i prestacions sanitàries. En aquest cas, la característica més destacada d'aquesta xarxa és la diversitat de titularitats i de models de gestió. Les funcions fonamentals dels proveïdors de serveis sanitaris se centren en els indicadors de gestió clínica (rendiment dels recursos, adequació i eficàcia de l'activitat, variabilitat de la pràctica clínica, queixes i suggeriments, etc.), econòmica (indicadors econòmics i financers) i de recursos humans (rotació, substitucions, plantilles, absentisme, productivitat, etc.).



Aquesta distribució de funcions entre els diversos agents del sistema ens ha de permetre focalitzar la informació que cal recollir segons que respongui als requeriments de cada funció i de cada agent. El fet que tots els agents comparteixin la informació amplia el coneixement en cada nivell, i això ha de permetre que cada nivell millori el compliment de les funcions que li són pròpies.





## Àmbits d'anàlisi de la informació

Encara que l'objectiu de la Central de Resultats és treballar amb indicadors de resultats, tant per la pròpia lògica de la concatenació de funcions dins el procés global d'atenció sanitària com pel nivell actual de desenvolupament dels sistemes d'informació, en alguns casos cal aproximar el compliment a partir d'indicadors de procés.

També s'ha cregut convenient complementar aquests indicadors amb informació bàsica del sistema sanitari que ajudi a contextualitzar-los.

Els àmbits d'anàlisi de la Central de Resultats han de respondre als interessos de tots els agents del sistema sanitari, però sense negligir el fil conductor de les qüestions fonamentals que orienten la lògica del sistema. D'una banda, hi ha una població que té un estat de salut determinat, amb uns estils de vida concrets i altres factors exògens al sistema sanitari que influeixen en l'estat de salut; d'altra banda, hi ha un sistema sanitari que actua sobre aquesta població mitjançant una xarxa de centres i recursos assistencials amb l'objectiu de millorar-ne l'estat de salut amb actuacions de prevenció, assistència i rehabilitació i amb un consum de recursos determinat, i el que ens interessa és conèixer els resultats que aquestes actuacions concretes tenen sobre la salut de la dita població. Aquest és l'eix fonamental que ha d'inspirar l'actuació de la Central de Resultats perquè pugui respondre a les preguntes clau del sistema.

<b>Població</b>	Quina població tenim? Com és? On és?		
	<b>Estat de salut</b>	Quin és l'estat de salut de la població?	
		<b>Estructura del sistema</b>	De quins recursos es disposa?
		<b>Accés</b>	L'accés als serveis és prou equitatiu?
Es garanteix una atenció sanitària efectiva, apropiada i oportuna?		<b>Provisió efectiva</b>	
Es presta l'atenció sanitària d'una manera eficient?		<b>Eficiència</b>	
Els usuaris estan satisfets de l'atenció que reben?		<b>Satisfacció de l'usuari</b>	
Quins resultats en millores de la salut s'obtenen?			<b>Resultats en salut</b>

D'altra banda, cal prioritzar l'objecte de l'anàlisi que duu a terme. Cal centrar els esforços d'anàlisi en els àmbits d'activitat sanitària que per la seva importància estan o poden estar subjectes a la implantació de polítiques i actuacions específiques per a la resolució de problemes de salut. Com és lògic, cada agent podrà prioritzar millor els elements del sistema d'informació que siguin més útils per al seu àmbit funcional, per la qual cosa és bàsica la participació activa de tots els agents del sistema sanitari a la Central de Resultats.

Les dimensions de l'anàlisi de la informació se centren en dos nivells: un de més global, d'àmbit territorial i poblacional, que inclou informació de població, estat de salut, estils de vida, recursos i resultats. L'objectiu de la informació d'aquest primer nivell se centra a possibilitar el coneixement de l'efectivitat del sistema de salut mitjançant un conjunt d'indicadors de base territorial que integrin proveïdors i processos. L'anàlisi d'aquesta informació ha de ser útil per orientar la prioritització dels objectius de salut i de serveis d'acord amb la realitat observada i configurar les intervencions prioritàries de les polítiques de salut. Aquesta informació està orientada a comprendre l'impacte dels determinants de salut en els resultats i afecta fonamentalment la funció de planificació.







El segon nivell se centra en la informació de la prestació de serveis. Parlaríem de l'estructura de l'oferta de serveis, dels recursos —professionals, materials i econòmics— disponibles en el sistema, de la utilització dels serveis i de l'accessibilitat, de l'activitat duta a terme pels centres sanitaris de la xarxa sanitària d'utilització pública, de la seva qualitat i dels resultats. Aquesta informació s'orienta més a la compra i a la provisió de serveis.

En tot cas, la manera d'ordenar la informació pot respondre en cada moment a la necessitat funcional de cada agent del sistema.

També cal tenir present que s'hauran de monitorar els processos de reordenació de serveis i de l'organització d'aquests en el territori. L'aplicació de polítiques de cooperació i integració de serveis al territori, fomentades pels processos d'assignació de recursos econòmics de base poblacional per territoris, ha de recollir els indicadors que en cada moment s'estimin pertinents per mesurar els fenòmens d'integració, de foment de la continuïtat assistencial i d'aliances estratègiques en el territori. Aquest àmbit d'anàlisi ha de superar progressivament la separació dels resultats per línies de serveis, i s'ha d'apropar al resultat com un concepte més global, fruit de l'impacte combinat de totes les línies de serveis en el nivell de salut dels ciutadans. Per a això serà necessari avançar en la definició d'indicadors específics.

## Tipologia d'anàlisi de la Central de Resultats

La tipologia de les anàlisis que faci la Central de Resultats estarà al servei de l'elaboració i la disseminació de la informació que es consideri rellevant en cada moment per als agents del sistema. Per assolir aquest objectiu, la Central de Resultats explotarà la informació disponible en diverses dimensions d'anàlisi:

- Seguiment dinàmic (evolució temporal)
- Comparació (*benchmarking*)
- Simulació i projeccions
- Establiment de valors de control (estàndards o proporcions)
- Detecció de desviacions

La implantació de les diverses funcionalitats del sistema d'informació serà progressiva i dependrà en cada cas de la disponibilitat de les dades necessàries per a l'elaboració. L'establiment d'estàndards resta subjecte a la possibilitat d'elaborar-los partint de l'evidència disponible.

## Indicadors

La informació que utilitzarà la Central de Resultats serà diversa i s'adaptarà a les necessitats que s'identifiquin.

En una primera fase, s'han sistematitzat els requeriments d'informació en forma d'indicadors, que cobreixen els grans àmbits d'interès. Els que s'inclouen en aquesta fase no constitueixen una proposta tancada. La bateria d'indicadors s'adaptarà als requeriments d'informació que els agents del sistema prioritzin en cada moment, d'acord amb la disponibilitat i la rellevància.

La bondat d'un indicador, des del punt de vista teòric, depèn de la capacitat que tingui de mesurar exactament el fenomen que realment es vol mesurar. La combinació de dades que s'utilitzi per a la confecció de l'indicador haurà de ser adequada per aproximar-se al concepte que es vol mesurar. Els indicadors aproximen, mitjançant la seva construcció a partir de variables, la mesura del fet objecte d'observació. En conseqüència, és important que els usuaris de la informació coneguin l'origen de les dades, la metodologia d'elaboració i les seves limitacions.

La definició dels indicadors que s'empraran ha de respondre a determinats criteris a fi de garantir-ne la solidesa. Els criteris o les característiques que s'han tingut en compte han estat els següents: que siguin factibles (el cost de la informació ha de ser proporcionat al benefici que se'n pot obtenir), apropiats per mesurar els fenòmens objecte d'anàlisi, consistents tècnicament, amb capacitat per al seguiment dinàmic i definits d'una manera estandarditzada i homogènia, que reculli tots els paràmetres necessaris, que la informació s'utilitzi amb rigor i permeti la comparació entre territoris, centres, etc. Així, la definició dels indicadors ha d'incloure la descripció, l'objectiu, la





metodologia de càlcul, les variables que els configuren, les unitats de mesura, la periodicitat de recollida, l'origen de la informació, el responsable del manteniment, les dimensions d'anàlisi de què es disposa, l'orientació per a la interpretació, les limitacions, els possibles valors de referència i les possibilitats de comparació.

Alguns d'aquests indicadors són genèrics i es poden desagrupar segons uns criteris determinats (causes, patologies, edats i gènere, etc.). Aquesta relació pretén donar resposta a una primera visió àmplia i global de la situació del sistema, no pretén constituir una base de dades exhaustiva de la informació que es té sinó que vol ser un primer referent d'aquesta visió general.

Això no ha de ser obstacle per anar adaptant, en la mesura de les necessitats observades i de les possibilitats de cada moment, la informació que aplegui la Central de Resultats.

Aquesta proposta classifica els indicadors d'acord amb els àmbits d'anàlisi amb què estan relacionats, seguint l'esquema del quadre anterior per no perdre de vista el fil argumental de la informació. Tanmateix, aquesta classificació només pretén ordenar la informació d'acord amb el fil argumental esmentat. També es podria ordenar d'acord amb les grans funcions del sistema sanitari que s'han comentat abans. En tot cas, podem optar finalment per mantenir actives tantes formes d'ordenació de la informació en la mesura que creguem que aporten valor a la Central de Resultats.

Els indicadors es presenten, doncs, classificats en els grups següents:

- Sociodemogràfics
- Estils de vida
- Estat de salut
- Recursos
- Utilització de serveis
- Qualitat
- Sostenibilitat econòmica
- Responsabilitat social corporativa

La relació d'indicadors s'adjunta a continuació:

## Relació d'indicadors de la Central de Resultats

SD	Sociodemogràfics
SD 01	Població assegurada del CatSalut
SD 02	Estructura de la població assegurada
SD 03	Població de referència amb nacionalitat estrangera
SD 04	Índex d'envelliment
SD 05	Índex de sobreenvelliment
SD 06	Índex de dependència global
SD 07	Taxa de natalitat
SD 08	Taxa de fecunditat
SD 09	Població amb doble cobertura sanitària
SD 10	Percentatge de població amb farmàcia gratuïta

EV	Estils de vida
EV 01	Prevalença de consum de tabac en adults
EV 02	Taxa d'embarassos en adolescents
EV 03	Prevalença de població adulta que es declara sedentària
EV 04	Prevalença del consum de risc d'alcohol





ES	Estat de salut	
ES 01	Esperança de vida	
ES 02	Percentatge de població que declara que té bona salut	
ES 03	Percentatge de població adulta que declara que pateix trastorns crònics	
ES 04	Percentatge de població de seixanta-cinc anys i més que declara que té limitacions per fer alguna activitat de la vida diària (AVD)	
ES 05	Prevalença de població que declara que pateix algun tipus de discapacitat greu	
ES 06	Percentatge de població adulta amb risc de patir malaltia mental	
ES 07	Prevalença d'hipertensió	
ES 08	Prevalença de diabetis mellitus en adults	
ES 09	Prevalença de sobrepès i obesitat	
ES 10	Taxa d'incidència de la malaltia tuberculosa	
ES 11	Taxa d'incidència d'infecció pel VIH	
ES 12	Percentatge de nadons amb baix pes en néixer	
ES 13	Taxa de mortalitat	
ES 14	Taxa estandarditzada de mortalitat	
ES 15	Taxa de mortalitat infantil	
ES 16	Mortalitat evitable i/o prematura	
ES 17	Índex de mortalitat estàndard (IME)	
ES 18	Anys potencials de vida perduts	
ES 19	Taxa d'anys potencials de vida perduts	
ES 20	Taxa de mortalitat perinatal	

RE	Recursos	
RE 01	Oferta de centres, dispositius o unitats proveïdores contractats pel CatSalut	
RE 02	Població assignada a equips d'atenció primària	
RE 03	Professionals d'atenció primària per 10.000 habitants	
RE 04	Oferta de recursos hospitalaris	
RE 05	Places de salut mental per tipus	
RE 06	Nombre d'equipaments de tecnologia mèdica per 100.000 habitants	
RE 07	Cobertura de serveis de mediació en el territori	
RE 08	Ràtio de personal assistencial	
RE 09	Estructura de personal	

US	Utilització de serveis	
<b>Primària</b>		
US 01	Població atesa a l'atenció primària	
US 02	Visites d'atenció primària per habitant	
US 03	Població atesa en el programa d'atenció domiciliària	
<b>Especialitzada</b>		
US 04	Taxa d'hospitalització	
US 05	Taxa estandarditzada d'hospitalització	
US 06	Taxa d'hospitalització pediàtrica	
US 07	Altes per pacient	
US 08	Taxa de dies d'hospitalització	





US 09	Percentatge de resolució de l'atenció hospitalària
US 10	Percentatge de procedència de la demanda hospitalària
US 11	Taxa d'hospitalització domiciliària
US 12	Percentatge d'ingressos urgents
US 13	Taxa d'urgències hospitalàries
US 14	Taxa de trasplantaments d'òrgans per tipus
US 15	Percentatge de participació en programes de cribratge de càncer de mama
<b>Sociosanitària</b>	
US 16	Taxa d'hospitalització sociosanitària
US 17	Percentatge de resolució de l'atenció sociosanitària
US 18	Percentatge de procedència de la demanda sociosanitària
US 19	Taxa d'utilització de recursos ambulatoris sociosanitaris
<b>Salut mental</b>	
US 20	Taxa d'hospitalització psiquiàtrica
US 21	Taxa d'utilització de recursos ambulatoris de salut mental
US 22	Taxa de pacients atesos en serveis ambulatoris de salut mental
US 23	Pacients adults atesos amb algun dels diagnòstics de trastorn mental sever (TMS)
<b>Transport</b>	
US 24	Taxa d'activació de serveis de transport sanitari urgent
<b>Farmàcia</b>	
US 25	Percentatge d'assegurats consumidors de receptes
US 26	Receptes per habitant
US 27	Ràtio de receptes dispensades per assegurat consumidor
<b>QU</b>	<b>Qualitat</b>
<b>Adequació / Qualitat tècnica</b>	
QU 01	Pacients amb accident vascular cerebral derivats per a la rehabilitació a un centre sociosanitari
QU 02	Pacients amb cirurgia de maluc derivats per a la rehabilitació a un centre sociosanitari
QU 03	Altes de convallescència per accident vascular cerebral en persones més grans de seixanta-quatre anys amb destinació al domicili
QU 04	Altes de convallescència per fractura de maluc en persones més grans de seixanta-quatre amb destinació al domicili
QU 05	Cobertura de la vacuna antigripal de la població de seixanta anys i més
QU 06	Cobertura de vacunes de la població infantil
QU 07	Percentatge de contactes d'hospitalització evitables
QU 08	Casos d'IAM tributaris de fibrinòlisi amb interval de temps entre l'arribada del pacient o la pacient al centre i l'inici del tractament inferior a 30 minuts
QU 09	Percentatge de cesàries
QU 10	Percentatge de reingressos als trenta dies
QU 11	Gestió de massa crítica
QU 12	Ràtio de complicacions ajustades
QU 13	Mortalitat hospitalària ajustada per complexitat
QU 14	Percentatge de cirurgia conservadora en càncer de mama
QU 15	Mediana de temps de permanència en la llista de trasplantaments
QU 16	Efectivitat de la donació d'òrgans





QU 17	Percentatge de pacients amb tractament substitutiu renal (TSR) amb trasplantament renal funcionant
QU 18	Temps de resposta assistencial del servei de transport sanitari urgent
QU 19	Percentatge de pacients amb cardiopatia isquèmica i tractament antiagregant adequat
QU 20	Percentatge de pacients amb diabetis del tipus II amb control metabòlic acceptable
<b>Eficiència</b>	
QU 21	Índex de substitució de cirurgia major ambulatoria
QU 22	Estada mitjana d'atenció hospitalària
QU 23	Estada mitjana ajustada
QU 24	Índex de rotació
QU 25	Índex d'ocupació
QU 26	Ràtio de primeres visites i visites successives
QU 27	Pacients amb accident vascular cerebral amb més de vint dies d'estada
QU 28	Pacients amb cirurgia de maluc amb més de vint dies d'estada
QU 29	Mediana d'estades d'hospitalització socio sanitària
QU 30	Percentatge de nous medicaments amb valor afegit limitat
<b>Accés</b>	
QU 31	Circuit de diagnòstic ràpid de càncer
QU 32	Casos en llista d'espera de trasplantament
QU 33	Temps de resolució de llista d'espera quirúrgica pels grups de monitoratge
QU 34	Temps mitjà d'espera dels procediments quirúrgics pels grups de monitoratge
QU 35	Casos en llista d'espera de procediments quirúrgics fora de temps de garantia
<b>Satisfacció</b>	
QU 36	Índex de reclamacions
QU 37	Índex de fidelitat
QU 38	Índex de satisfacció
QU 39	Percentatge d'ítems <75% de valoració a l'enquesta de satisfacció d'assegurats
<b>Seguretat clínica</b>	
QU 40	Infecció nosocomial
QU 41	Nafres per pressió
QU 42	Tromboembolisme postquirúrgic
<b>SE Sostenibilitat econòmica</b>	
<b>Farmàcia</b>	
SE 01	Despesa farmacèutica pública per habitant
SE 02	Despesa farmacèutica pública per assegurat consumidor
SE 03	Despesa pública per recepta
SE 04	Cost mitjà per dosi diària definida (DDD) en grups terapèutics en sistema de preus de referència
SE 05	Consum de medicaments genèrics





<b>Sostenibilitat del sistema</b>	
SE 06	Despesa en salut de la Generalitat de Catalunya per càpita
SE 07	Despesa en salut de la Generalitat de Catalunya respecte al PIB
SE 08	Valor afegit brut de la sanitat (VAB)
SE 09	Ocupació de la sanitat
SE 10	Capacitat d'arrossegament de la sanitat
<b>Sostenibilitat de la xarxa</b>	
SE 11	Rendibilitat dels ingressos
SE 12	Cash flow generat per l'explotació
SE 13	Rendibilitat econòmica
SE 14	Solvència
SE 15	Liquiditat
SE 16	Endeutament
SE 17	Ingrés per unitat de producció
SE 18	Marge per unitat produïda
SE 19	Marge per personal equivalent
<b>RSC</b>	<b>Responsabilitat social corporativa</b>
RSC01	Modalitat de contractació del personal
RSC02	Hores de formació
RSC03	Programes de sostenibilitat energètica

## Bibliografia

- Ordre SSS/496/2003, del 14 de novembre, de creació de la central de resultats de la xarxa sanitària d'utilització pública de Catalunya.
- OCDE. *Health Care Quality Indicators Project*  
[http://www.oecd.org/document/34/0,3343,en\\_2649\\_33929\\_37088930\\_1\\_1\\_1\\_37407,00.html](http://www.oecd.org/document/34/0,3343,en_2649_33929_37088930_1_1_1_37407,00.html)
- COMISSIÓ EUROPEA. *European Community Health Indicators*  
[http://ec.europa.eu/health/ph\\_information/dissemination/echi/echi\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/echi/echi_en.htm)
- MINISTERI DE SANITAT I POLÍTICA SOCIAL. *Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud*  
<http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/indicadoresClaveCISNS.pdf>
- CONSORCI SANITARI DE BARCELONA. *Mesura de l'acompliment dels serveis sanitaris. L'experiència de Barcelona i Montréal.*  
[http://146.219.26.6/pub/units/botss/ivjornades/documentaci%F3/garcia\\_altes\\_louis\\_cote.pdf](http://146.219.26.6/pub/units/botss/ivjornades/documentaci%F3/garcia_altes_louis_cote.pdf)
- CONSORCI SANITARI DE BARCELONA. *Barcelona Observatori de Tendències en Serveis de Salut (BOTSS).*  
<http://146.219.26.6/pub/units/botss/html/ca/Du6/index.html>
- RUÍZ GARCÍA, B. *Bases per a la central de resultats i garanties dels sectors hospitalari de Catalunya*, tesi doctoral presentada el 17.07.2008, Universitat de Barcelona.
- BARBA, G.; BOSCH, A.; SALAS, T.; SÁNCHEZ, E.; SEGURA, A. *Proposta de model de Sistema d'Informació Sanitària per a Catalunya*. Document de treball. Barcelona: 2004.





**Consell de redacció**

**President**

Josep Maria Sabaté

**Director**

Miquel Argenter

**Membres**

María José Álvarez

Genoveva Barba

Francesc Martínez

Anna Román

Eva Sánchez

**Col·laboració**

María José Álvarez

Enric Argelagués

Miquel Argenter

Genoveva Barba

Joan Farré

Roser Fernández

Diana Henao

Francesc Martínez

F. Xavier Mena

Manel Peiró

Anna Román

Ingrid Vargas

M. Luisa Vázquez

Rosa Vidal

**Coordinació de l'edició**

Victòria Petanàs

**Edició**

Servei Català de la Salut

© Generalitat de Catalunya

Departament de Salut

El Departament de Salut i el CatSalut no participen necessàriament en les opinions manifestades en els articles publicats, la responsabilitat dels quals correspon exclusivament als seus autors.

ISSN 0214-7998

**Disseny i realització gràfica**

Ortega i Palau, S.L.

[www.ortegapalau.com](http://www.ortegapalau.com)