

# fulls **e**conòmics

del sistema sanitari

**Octubre del 2009**

Estratègies i instruments  
per sortir reforçats de la crisi

castellano ▶



Generalitat de Catalunya  
Departament de Salut

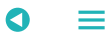


**CatSalut**

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<br/>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.<br/>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<br/>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 nouvinguts 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 ampliats 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.

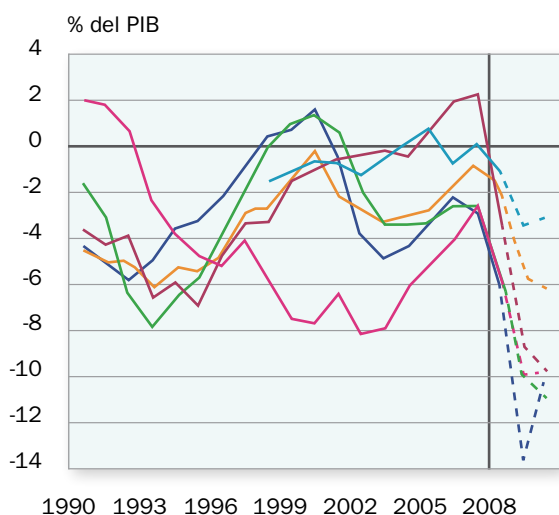
### 3. Escenaris pressupostaris: dèficit públic i endeutament

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.

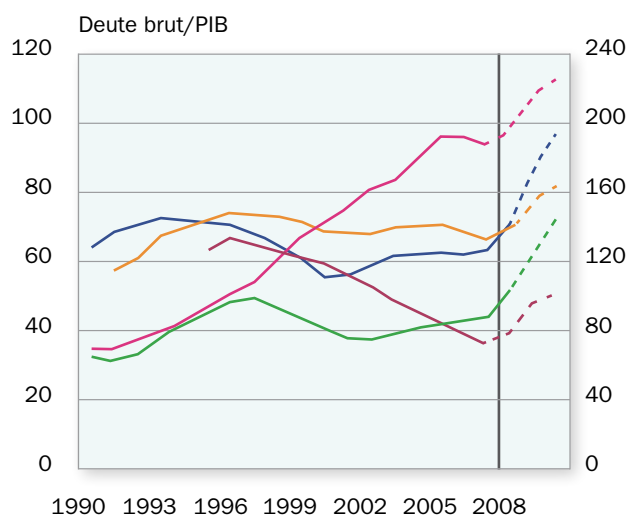
#### Dèficit públic/PIB



— 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 (escala 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 establir 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 dóna 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 dóna 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 acabar 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.
- Mantindre 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 mancança 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**

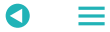
|                  |            |             |     |
|------------------|------------|-------------|-----|
| Estats Units     | 8,3        | Itàlia      | 2,0 |
| Grècia           | 3,5        | Finlàndia   | 2,0 |
| Portugal         | 3,0        | Holanda (*) | 1,7 |
| Canadà           | 3,0        | 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).

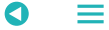
**Taula 5. Interrelació del sector de la salut amb la resta de l'economia 2001**

|                            | 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:

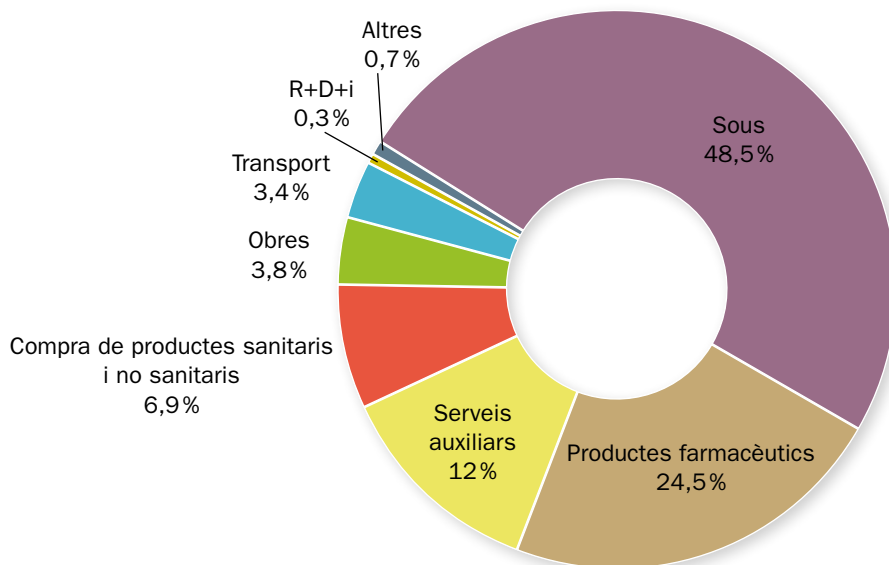
- Els productes farmacèutics inclouen la despesa en receptes mèdiques, la medicació hospitalària de dispensació ambulatoria (MHDA), la medicació hospitalària i la despesa en vacunes.
- Els serveis auxiliars sanitaris inclouen els serveis d'oxigenoteràpia, la rehabilitació, els serveis de diagnòstic per 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:





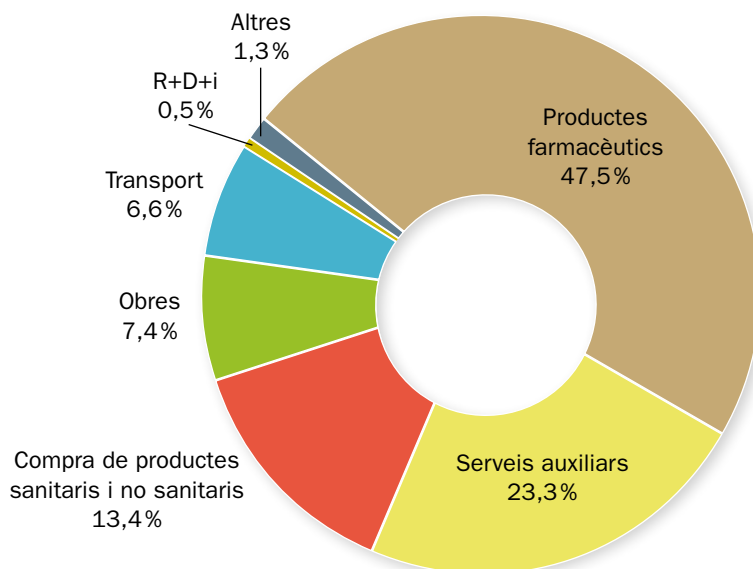
### Distribució del pressupost de salut 2009



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-Salut 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.



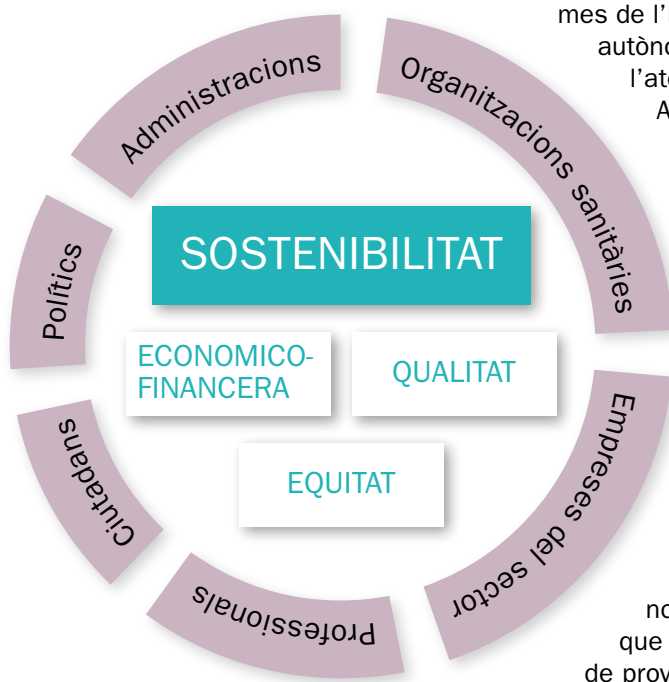


Per tot això, cal que el sector de la sanitat mantingui la prioritat en els pressupostos públics i cal que sigui tingut en compte en els acords per a la dinamització dels sectors estratègics de l'economia productiva.

## 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 aconseguixi 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.

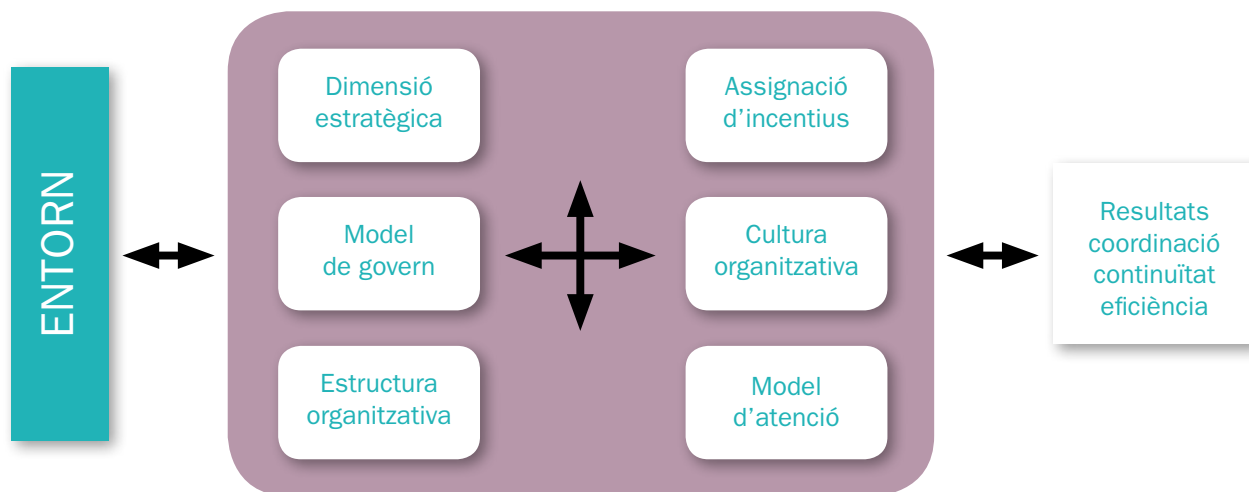
Es poden diferenciar diversos tipus d'OSI<sup>11;14;15</sup> a partir de les seves característiques bàsiques:

- 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):

- Un govern amb un rol estratègic i una visió global del sistema i de les necessitats de la població<sup>18;19</sup>.
- Uns objectius i unes estratègies globals compartits en tota la xarxa assistencial<sup>19</sup>.
- Una estructura orgànica amb mecanismes que enforteixin la comunicació entre els serveis implicats en l'atenció dels pacients<sup>20</sup>.
- Una cultura comuna amb valors orientats a la col·laboració, el treball en equip i l'obtenció de resultats<sup>21</sup>.
- Uns líders que promoguin la integració<sup>22</sup>.
- Un sistema d'assignació interna de recursos que incentivi l'alineació dels serveis amb els objectius globals de la xarxa<sup>11</sup>.
- 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<br>1 hospital comarcal<br>1 centre sociosanitari<br>1 CASSIR  | Barcelonès   | 108.869*                    |
| Consorti Sanitari del Maresme               | 3 ABS<br>1 hospital de referència<br>1 centre sociosanitari<br>1 CSM infantil i adults<br>1 residència<br>1 CASS              | Maresme  | 217.934*                    |
| Consorti Sanitari de Terrassa               | 4 ABS<br>1 hospital de referència<br>1 centre sociosanitari   | Terrassa   | 134.446                     |
| Corporació de Salut del Maresme i La Selva  | 5 ABS<br>2 hospitals generals<br>3 centres sociosanitaris<br>1 residència   | Maresme<br>Selva Marítima  | 178.685*                    |
| Grup SAGESSA                                | 5 ABS<br>2 hospitals comarcals<br>1 hospital de referència<br>1 hospital d'aguts<br>2 centres sociosanitaris<br>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<br>1 hospital comarcal<br>1 centre sociosanitari<br>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.

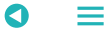
Amb independència del model organitzatiu adoptat, totes les OSI presenten una integració funcional, és a dir, tenen la coordinació de les funcions i les activitats de suport de les unitats operatives sota una mateixa direcció. Aquesta és una condició important per a la integració assistencial<sup>11</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





Consorci 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 qualitius, 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.

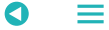
Quant a la gestió eficient dels processos assistencials vinculats a l'extensió dels projectes tecnològics, comencen a aflorar experiències de reenginyeria que eviten la duplicació de consultes i de proves, basades en la compartició d'imatges, i s'estenen les assessories a distància per la via de la telemedicina. 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-





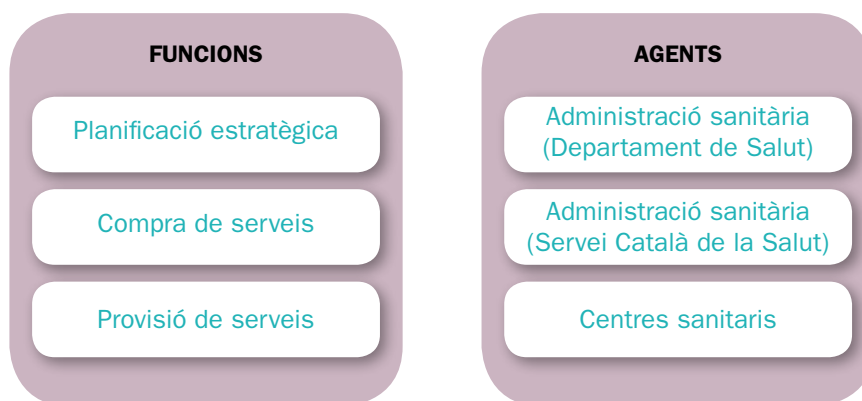
cessitats d'informació en forma de preguntes que, en general, poden ser contestades mitjançant indicadors.

## 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)

# fulls **e**conòmics

del sistema sanitari

**Octubre de 2009**

Estrategias e instrumentos  
para salir reforzados de la crisis

català ▶



Generalitat de Catalunya  
Departament de Salut



**CatSalut**

Servei Català  
de la Salut



## Estrategias e instrumentos para salir reforzados de la crisis

|  |   |    |
|--|---|----|
| <b>Presentación</b>  |    | 3  |
| <b>Marina Geli, consejera de Salud</b>   |   |    |
| <hr/>  |   |    |
| <b>Introducción</b>  |    | 4  |
| <b>Josep M. Sabaté, director del Servicio Catalán de la Salud</b>  |   |    |
| <hr/>  |   |    |
| <b>Una visión de la actual situación económica y de los efectos que puede tener sobre el sector público. ¿Cómo pueden afrontar la crisis las organizaciones sanitarias?</b>  |  | 5  |
| <b>F. Xavier Mena , Departamento de Economía, ESADE<br/>Manel Peiró, Departamento de Dirección de Recursos Humanos, ESADE</b>  |   |    |
| <hr/>  |   |    |
| <b>La contribución del sector de la salud a la economía</b>  |  | 12 |
| <b>María José Álvarez, Francesc Martínez y Rosa Vidal, Servicio Catalán de la Salud</b>  |   |    |
| <hr/>  |   |    |
| <b>El impacto de la crisis económica en el sistema sanitario y los nuevos paradigmas de las organizaciones sanitarias</b>  |  | 23 |
| <b>Roser Fernández, directora general de la Unión Catalana de Hospitales</b>   |   |    |
| <hr/>  |   |    |
| <b>De la competencia a la colaboración.<br/>Experiencia en la integración asistencial en Cataluña</b>  |  | 27 |
| <b>Ingrid Vargas, M. Luisa Vázquez y Diana Henao, Servicio de Estudios y Prospectivas en Políticas de Salud del Consorcio Hospitalario de Cataluña<br/>Joan Farré, director general técnico del Consorcio Hospitalario de Cataluña</b> |   |    |
| <hr/>  |   |    |
| <b>El proceso de transformación del Instituto Catalán de la Salud</b>  |  | 38 |
| <b>Enric Argelagués, director gerente del Instituto Catalán de la Salud</b>  |   |    |
| <hr/>  |   |    |
| <b>La Central de Resultados de la red sanitaria de utilización pública</b>   |  | 44 |
| <b>Miquel Argenter, Genoveva Barba y Anna Román, Servicio Catalán de la Salud</b>  |   |    |
| <hr/>  |   |    |



# Presentación

**Marina Geli**  
**Consejera de Salud**  
**Generalitat de Catalunya**

Esta nueva etapa de *Fulls econòmics del sistema sanitari* recupera un espacio de comunicación que renace con la voluntad de compartir conocimiento y experiencias que ayuden a mejorar la capacidad de gestión y competencia del sector sanitario como sector económico.

Empezamos esta nueva etapa realizando una modesta aportación a la cultura de la sostenibilidad, aprovechando las tecnologías de la información y la comunicación para hacerlo de manera más eficiente, con mejor accesibilidad y siendo más respetuosos con el medio ambiente. Es, si se quiere, un hecho testimonial, pero es importante porque debemos ser capaces de generar, en todos los ámbitos y niveles de gestión, esta cultura de mejor aprovechamiento de los recursos y de respeto por el entorno. Velar por la sostenibilidad debe convertirse en un principio más del funcionamiento habitual de nuestros centros y ámbitos de trabajo. Los cambios culturales no se realizan de un día para otro, sino que son fruto de una progresiva sedimentación de los hábitos y actitudes que van configurando una nueva manera de hacer.

En un contexto como el actual de crisis económica, todos los agentes del sistema sanitario ó Administración, centros sanitarios, profesionales y ciudadanosó debemos ser capaces de generar esta cultura de la sostenibilidad. En un mundo preocupado por la inmediatez, nuestra responsabilidad no es sólo atender a las necesidades momentáneas, sino que también tenemos que ser conscientes de las necesidades que deberemos garantizar en el futuro. Por todo ello, tenemos que aprovechar este entorno para generar conductas, actitudes y estrategias que mantengan la inquietud constante de velar por la sostenibilidad y nos permitan prestar los servicios que los ciudadanos necesiten en cada momento con eficiencia, calidad y equidad.

Tenemos que afrontar la crisis como una oportunidad, como un desafío que nos permita avanzar en la capacidad de adaptación al entorno. Debemos generar los instrumentos que nos permitan avanzar en ese sentido y espacios para compartirlos. Es el objetivo fundamental de esta nueva etapa que hoy iniciamos de *Fulls econòmics del sistema sanitari*.





# Introducción

**Josep M. Sabaté**

**Director**

**Servicio Catalán de la Salud**

En un entorno económico de crisis, el sector sanitario debe hacer frente al mismo tiempo a la tensión que provoca el descenso de ingresos públicos derivado de la crisis y al mantenimiento del volumen y la calidad de los servicios. Los servicios públicos, en un entorno económico desfavorable, soportan el esfuerzo necesario para minimizar el impacto de la crisis sobre los ciudadanos: su papel de garantes del bienestar y de la cohesión social es, por tanto, más necesario.

En estas coordenadas, ¿cómo deben responder los diferentes agentes del sector sanitario público para ayudar a superar la crisis? ¿Cómo pueden hacer valer su peso como sector económico haciendo también una aportación a las políticas económicas anticíclicas?

Todas las crisis son también oportunidades de cambio. En un momento en que se debe mantener y consolidar lo que ya tenemos más que pensar en crecer, ¿qué instrumentos necesitamos construir para salir reforzados de la crisis?

Este número de *Fulls econòmics del sistema* sanitari quiere abrir una nueva etapa de la publicación con una reflexión desde el sector sobre lo que hay que hacer para superar el entorno económico actual. La crisis implica decisiones, desafíos y oportunidades: ¿cómo los asumimos?

Para llevarlo a cabo, hemos pedido a los expertos que nos ilustren sobre la crisis y a los principales representantes del sector que nos faciliten su visión: qué hay que hacer, qué instrumentos pueden irse configurando y desarrollando para salir reforzados de la crisis. Pero no hemos querido dejar pasar la ocasión de recordar y afianzar el peso del sector sanitario en la economía de Cataluña, y también hemos aprovechado para explicar uno de los instrumentos que, conjuntamente con todo el sector, estamos desarrollando y que nos puede ayudar a controlar cómo mejoramos el sistema para que sea más eficiente y de mayor calidad: la Central de Resultados.

F. Xavier Mena y Manel Peiró, profesores de ESADE, nos presentan una panorámica de la crisis económica y financiera y una aproximación a las líneas de avance en la gestión de los servicios sanitarios en tiempo de crisis, respectivamente. Desde el Servicio Catalán de la Salud, María José Álvarez, Francesc Martínez y Rosa Vidal sitúan nuestro sector como un sector económico enmarcado en la economía de Cataluña. En este marco general, los representantes de los centros sanitarios de provisión pública nos hacen sus aportaciones para reflexionar. Roser Fernández, de la Unión Catalana de Hospitales, pone de manifiesto la necesidad de un pacto político, económico y social entre la Administración, las entidades del sector sanitario, los profesionales y los ciudadanos para la sostenibilidad del sistema sanitario, al mismo tiempo que nos acerca a los nuevos paradigmas de las organizaciones sanitarias. Joan Farré, Ingrid Vargas, M. Luisa Vázquez y Diana Henao, del Consorcio Hospitalario de Cataluña, nos aportan el análisis de las experiencias de integración asistencial para la mejora de la eficiencia y calidad de la atención que se han ido produciendo en Cataluña de un tiempo a esta parte. Enric Argelagués, del Instituto Catalán de la Salud, nos acerca al proceso de transformación de esta institución iniciado con la nueva ley, que lo configura como una empresa pública. El impulso que el Consejo de Administración da a la participación de los profesionales en la toma de decisiones, a la reingeniería de procesos, a la modernización de los sistemas de información y de gestión, al trabajo en red asistencial gracias a alianzas estratégicas, a los proyectos de autonomía de gestión en la atención primaria, entre otros, constituye una apuesta por una gestión más transparente y participada, con el objetivo de garantizar la eficiencia y la calidad de los servicios. Por último, Miquel Argenter, Genoveva Barba y Anna Román, del Servicio Catalán de la Salud, nos explican el desarrollo de la Central de Resultados de la red sanitaria de utilización pública, que debe pasar a ser un instrumento para evaluar los resultados de la prestación de los servicios sanitarios públicos a la población para mejorar su eficiencia y su calidad.

Desde el Servicio Catalán de la Salud queremos agradecer a todas las personas que han colaborado en este número su participación, y deseamos que sus aportaciones les sean de utilidad.





# Una visión de la actual situación económica y de los efectos que puede tener sobre el sector público. ¿Cómo pueden afrontar la crisis las organizaciones sanitarias?

F. Xavier Mena, Departamento de Economía, ESADE

Manel Peiró, Departamento de Dirección de Recursos Humanos, ESADE

## 1. Origen y desarrollo de la crisis financiera, económica y social

El 9 de agosto de 2007 saltó la chispa que hizo estallar una crisis financiera, económica y social de alcance histórico.

Durante los ejercicios precedentes, la economía mundial registró un crecimiento económico impulsado por el pleno empleo y el recurso al endeudamiento de los agentes económicos privados. El sistema financiero global concedía créditos a empresas y familias, que transformaba inmediatamente en productos estructurados garantizados por los activos subyacentes (hipotecas inmobiliarias, créditos al consumo, préstamos empresariales). Los bancos de inversión comercializaban los productos financieros ó con máxima calificación de las agencias de rating y cobertura del riesgo de impago por parte de una aseguradora ó entre los ahorradores de todo el mundo (entre otros, fondos de pensiones y fondos de inversión). El riesgo era minusvalorado por los demandantes de crédito, los intermediarios financieros (bancos comerciales y de inversión, fondos de inversión libre), los inversores y los ahorradores, lo que provocó una burbuja especulativa inmobiliaria y financiera en las bolsas de todo el mundo.

La subida de tipos de interés para combatir la inflación de esta economía en crecimiento desbocado pinchó la burbuja inmobiliaria y puso al descubierto los crecimientos empresariales ó por la vía de las fusiones y las adquisiciones ó apalancados en fuertes endeudamientos. Este deterioro de la coyuntura económica provocó una cadena de impagos de los préstamos, lo que redujo las garantías últimas de unos productos financieros cada vez más complejos y negociados en mercados poco transparentes (*over-the-counter*). Ante las degradaciones de los ratings por las agencias de calificación, los inversores dejaron de suministrar liquidez a los mercados financieros globales, e iniciaron una huída masiva hacia inversiones menos arriesgadas, como la deuda pública.

Los meses de septiembre y octubre de 2008 han pasado a los libros de historia por el hecho de que se derrumbó un modelo financiero, económico y social sustentado en la concesión de crédito y la distribución global del riesgo entre los inversores. Lo que era impensable sucedió. El sistema financiero que canalizaba muy eficientemente el ahorro global —volumen alto, coste bajo— hacia las demandas de crédito quebró.

Las autoridades monetarias (Reserva Federal, Banco Central Europeo) reaccionaron de buenas a primeras mediante la provisión masiva de liquidez, con la decisión de rebajar drásticamente los tipos de interés hasta mínimos históricos. Las políticas monetarias expansivas y de rescate de instituciones financieras por parte de los bancos centrales no han evitado que la crisis financiera se haya convertido en una crisis económica en forma de una fuerte crisis inmobiliaria, de contracción de la actividad y el consumo, de reducción de los beneficios empresariales, de cancelación de los



proyectos de inversión, con numerosos procedimientos concursales y con el cierre de empresas. La crisis económica aflora como crisis social cuando el ajuste brusco de la capacidad se traduce en expedientes de regulación de empleo y destrucción de puestos de trabajo. Los jóvenes y los recién llegados se encuentran entre los grupos sociales más afectados por la crisis.

## 2. Impacto sobre las finanzas públicas

La crisis impacta sobre los presupuestos públicos por tres vías, la primera en el ámbito financiero y la segunda y la tercera en el ámbito económico:

- a) Medidas de estabilización del sistema financiero, conjuntamente con las autoridades monetarias de los bancos centrales.
- b) Estabilizadores fiscales automáticos, activados por la contracción de la actividad económica.
- c) Políticas de estímulo fiscal discrecional, para calmar las consecuencias de las decisiones preventivas de los agentes privados (familias, empresas).

### a) Medidas de estabilización del sistema financiero

Los bancos centrales proveen de liquidez a las subastas semanales de manera prácticamente ilimitada, a vencimientos ampliados y admitiendo todo tipo de acuerdos colaterales de garantía. Incluso las autoridades monetarias financian directamente el sistema financiero y otros sectores económicos, en operaciones de rescate para eludir la quiebra. Los bancos centrales han introducido instrumentos no convencionales (compra de papel comercial, cédulas o *covered bonds* y otros activos privados), que han multiplicado la base monetaria en sus balances.

Las autoridades monetarias han tenido que instrumentar acuerdos de permuta de divisas (*swaps*) con otros bancos centrales, y los organismos internacionales (FMI, Banco Mundial) han ampliado los préstamos condicionales (*stand-by*) y han creado nuevas líneas de financiación a economías con dificultades.

Por su parte, el Gobierno de Estados Unidos y los Gobiernos de muchos países de la Unión Europea también han participado en la estabilización del sistema financiero, mediante compras de activos en subastas públicas de liquidez. Los tesoros están suministrando garantías a los activos bancarios con problemas y a las nuevas emisiones de pasivos bancarios, para facilitar el acceso de los bancos a la financiación de los mercados mayoristas internacionales y reducir su coste. Incluso los tesoros han entrado en los capitales de las entidades financieras con problemas de solvencia, mediante la adquisición de acciones preferentes, ordinarias o deuda subordinada.

En todo caso, el aumento del riesgo de crédito y la morosidad en el activo de los balances bancarios, junto con la presión de los vencimientos de los pasivos bancarios ante los mercados mayoristas, derivan en el hecho de que la liquidez queda empantanada y el sistema financiero no restablece la normalidad en la concesión de crédito.

### b) Estabilizadores fiscales automáticos

La crisis económica ha activado los estabilizadores automáticos de gastos e ingresos públicos.

La contracción de la actividad incrementa automáticamente algunas partidas de gasto, como el subsidio de paro. Del mismo modo, la caída de la actividad ha provocado una gran reducción de la recaudación presupuestaria (imposición directa e indirecta), muy particularmente en las figuras tributarias relacionadas con las transacciones inmobiliarias (IVA, impuesto de transmisiones patrimoniales y actos jurídicos documentados) y el consumo fungible y de bienes duraderos (IVA, impuestos especiales).

El impacto de la crisis sobre las rentas del trabajo, los rendimientos de actividades profesionales y sobre los beneficios empresariales, así como en términos de minusvalías en el valor de los activos mobiliarios e inmobiliarios reducirán progresivamente la recaudación en concepto de IRPF, impuesto de sociedades y otros tributos.

En la Unión Europea, la elevada elasticidad entre el ciclo económico y el saldo fiscal puede representar un impacto presupuestario relevante.





### c) Políticas de estímulo fiscal discrecional

Las autoridades presupuestarias se han visto obligadas a realizar unas políticas fiscales muy expansivas para compensar la caída de la actividad productiva y de la demanda agregada de consumo.

El gasto público discrecional ha aumentado por la vía de las inversiones en infraestructuras, incentivos fiscales a las empresas y transferencias a las familias. Por otro lado, las reducciones fiscales a empresas y familias también se incluyen dentro del abanico de medidas de impulso a la actividad y la demanda.

Además, los gobiernos de las economías desarrolladas han apoyado a sectores industriales con dificultades, como el del automóvil (capital a las empresas, subvenciones al comprador). La vivienda también ha sido destinataria de un amplio abanico de políticas públicas discrecionales.

Estas medidas de estímulo fiscal se caracterizan por la urgencia, por lo cual se orientan a impactos a corto plazo. A pesar de ello, el deterioro de los escenarios en el mercado laboral provoca una caída de la tendencia a consumir y un aumento de la tendencia al ahorro de las familias, lo que dificulta la transmisión del impulso fiscal a la demanda agregada final.

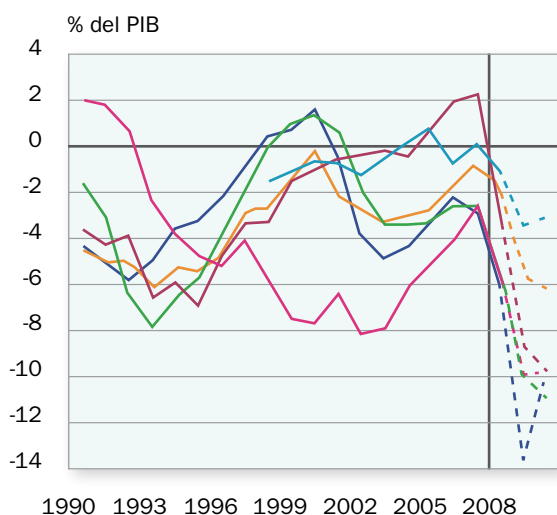
## 3. Escenarios presupuestarios: déficit público y endeudamiento

La crisis financiera y económica y las políticas fiscales y monetarias de las autoridades tendrán unas profundas consecuencias sobre las finanzas públicas a corto, medio y largo plazo. El coste fiscal de la crisis se puede medir en términos de incremento gradual del déficit público y de las ratios de endeudamiento.

Los organismos internacionales y otros analistas estiman que Estados Unidos proyecta una ratio de déficit público/PIB del 13,6% para el ejercicio de 2009. El Estado español, que partía de un superávit público sobre el PIB del 2,2% en el ejercicio de 2007, incrementaría el déficit público sobre el PIB en más de diez puntos porcentuales, y llegaría a una cota del 8,3% en el ejercicio de 2009. El Gobierno español lo sitúa en el 9,5% para este año.

En cuanto al endeudamiento público, la profundidad y la duración de la crisis proyectan para EEUU una ratio de deuda pública/PIB de cerca del 100% en el año 2010. La economía española entró en

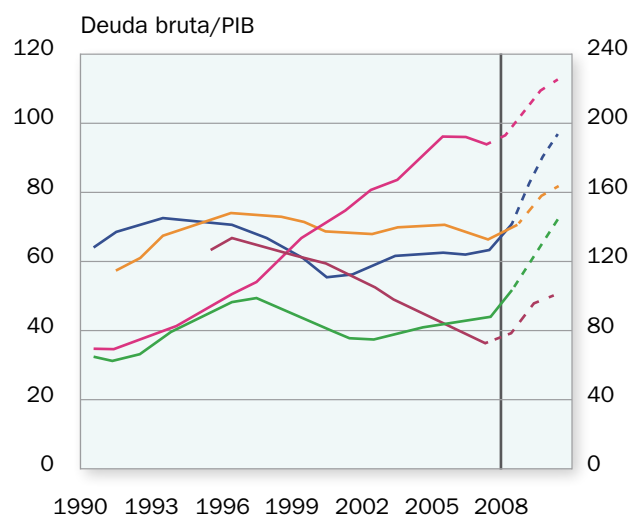
**Déficit público/PIB**



— Estados Unidos      — Reino Unido  
 — Zona del euro      — España  
 — Japón

Fuente: Banco de España.

**Deuda pública/PIB**



— Estados Unidos      — Reino Unido  
 — Zona del euro      — España  
 — Japón (escala derecha)

Fuente: Banco de España.





el período de crisis con una ratio inferior al 40%, aunque proyecta un fuerte deterioro, que llevaría a la deuda pública/PIB hacia la cota del 60% en el año 2010.

A pesar de ello, el cálculo del impacto total del deterioro fiscal no se puede determinar todavía por los motivos siguientes:

- a) Las asignaciones presupuestarias comprometidas se ejecutarán parcial o totalmente en función de la duración de la crisis. Incluso quizá deberán ser ampliadas, particularmente las compras de activos, las inyecciones de capital y los préstamos del Tesoro, con el correspondiente impacto inmediato en la deuda pública a corto plazo.
- b) Las asignaciones presupuestarias consistentes en garantías no representan un gasto efectivo.
- c) Las asignaciones presupuestarias destinadas a la compra o la financiación de activos y las aportaciones de capital podrían ser recuperadas parcial o totalmente, en función de la evolución del valor de los activos y del capital a largo plazo.
- d) Las actuaciones de apoyo de los bancos centrales y otras entidades autónomas (instituciones financieras públicas, fondo de garantía de depósitos) no representan un incremento de la deuda pública, aunque pueden revertir finalmente en un impacto sobre los presupuestos públicos. En este sentido, la provisión de liquidez de las autoridades monetarias al sistema bancario, con acuerdos colaterales ampliados de baja garantía, añade un riesgo sobre el potencial coste fiscal de la crisis financiera.

Los escenarios económicos proyectan un ajuste de la actividad a lo largo de los ejercicios 2009 y 2010, que deteriorará previsiblemente los saldos fiscales primarios. Por otro lado, si las economías de EEUU y de los países europeos se recuperan a medio plazo, los bancos centrales (Reserva Federal, Banco Central Europeo) deberán normalizar los niveles de los tipos de interés, para reducir las potenciales tensiones inflacionarias derivadas del exceso de liquidez creado para estabilizar al sistema financiero. En este caso, el coste real de la financiación de las emisiones de deuda pública aumentaría, lo que introduciría una dinámica inercial al alza que exigiría saldos primarios presupuestarios con superávit, para reconducir la tendencia hacia el equilibrio presupuestario a largo plazo. La contracción de los mercados financieros globales ó que no se restablecerá a corto plazoó, combinada con las numerosas emisiones de deuda soberana por parte de todas las administraciones públicas del mundo, puede absorber el ahorro disponible, lo cual dificultaría el acceso y encarecería el coste de la financiación por parte de los prestatarios privados de mayor riesgo (familias, empresas).

Una vez superada la coyuntura económica recesiva, el coste fiscal de la crisis podría agravarse si las haciendas públicas entrasen en una dinámica de insostenibilidad que afectase al compromiso de disciplina y consolidación fiscal. Las proyecciones demográficas ó con el envejecimiento de la poblaciónó aportan un desafío adicional a las políticas públicas en el seno de las sociedades del bienestar. La provisión de bienes y servicios públicos (salud, servicios sociales, dependencia, educación, seguridad, etc.), que proporciona crecimiento y cohesión social a las economías avanzadas, estará sometida a una fuerte restricción presupuestaria en los horizontes a corto, medio y largo plazo, lo cual obligará a la aplicación de reformas estructurales y a realizar un esfuerzo de mejora de la productividad y de la eficiencia en la asignación y la gestión de los recursos.

#### 4. Efectos de la crisis sobre las organizaciones sanitarias

Hay que señalar que, hasta ahora, el efecto de la crisis sobre las organizaciones sanitarias ha sido pequeño, de manera casi incomparable a los efectos que han sufrido otros sectores. En todo caso, las consecuencias derivadas de la crisis no son, ni serán, iguales para todas las organizaciones sanitarias, y la manera de afrontarla también será diferente, en función del grado de autonomía de gestión de cada una. Sin embargo, para todas ellas, uno de los factores fundamentales en la manera de abordar la crisis será la intensidad de la implicación de los profesionales sanitarios con la organización.

La primera consecuencia directa de la crisis para las organizaciones sanitarias con financiación pública se puede explicar con una ecuación elemental: la disminución de la actividad económica general implica una disminución de los ingresos públicos. Es decir, la recaudación de los impuestos a personas físicas y jurídicas o de los que gravan el consumo o de las cuotas de la Seguridad Social es menor y será menor en los próximos meses. Por lo tanto, la primera dificultad que afrontan los gobiernos es disponer de unos presupuestos públicos que garanticen, como mínimo, el nivel de





gasto comprometido, y, si esta condición ya es bastante difícil de mantener, el cumplimiento se ve agravado cuando se quiere garantizar, y en algún caso ampliar, el nivel de servicios y de protección ofrecido a los ciudadanos.

La consecuencia es obvia, la disminución de los ingresos coincide con acciones comprometidas que implican un incremento en el gasto público, y en estas circunstancias no quedan muchas más opciones que incrementar el déficit público (¿hasta dónde?) y recurrir a unas fuentes de endeudamiento deterioradas. En este escenario, la reducción de los ingresos derivados de la financiación pública afecta a cualquier organización sanitaria, lo que de entrada las obliga a revisar sus gastos y, como mínimo, a plantear algún plan de acción.

La dureza de este escenario obligó al Gobierno de la Generalitat a aprobar, a finales del mes de junio, un «plan de choque» de ajuste presupuestario con una disminución de 900 millones de euros ó un 2,9% ó en el presupuesto de 2009. A pesar del acuerdo posterior sobre el nuevo modelo de financiación, el Departamento de Salud no se escapa del recorte y, aunque porcentualmente éste sea más modesto ó de un 1% ó, implica una disminución de 91,5 millones de euros. Se dibuja una situación aún más complicada para las organizaciones sanitarias, ya que la capacidad económica de su principal financiador empeora y las opciones que tienen a su alcance para afrontar la crisis son pocas y no son las mismas para todas las organizaciones.

Por otro lado, las recetas contra la crisis que se intentan aplicar en otros sectores son difícilmente trasladables al sector sanitario: apertura de nuevos mercados, que en este caso significa buscar fuentes adicionales de financiación de la actividad; ajuste de plantillas; reducción de los gastos generales; austeridad... Las organizaciones sanitarias se distinguen de las de otros sectores por la posición central de los profesionales sanitarios. Sobre ellos pivota la actividad de la organización, y la autonomía necesaria para desarrollar su trabajo es, quizá, el eje en el que se fundamenta su trabajo. La tradicional desconfianza que ha presidido la relación entre los directivos sanitarios y los profesionales, principalmente los médicos, tampoco favorece el imprescindible concurso de los profesionales para afrontar el actual escenario.

Es evidente que no existen recetas para salir de la crisis, pero en todo caso la respuesta no puede ser única y común a todas las organizaciones, y más aún en el caso de Cataluña, donde la diversidad de las instituciones sanitarias que integran la red hospitalaria de utilización pública (XHUP) constituye uno de los rasgos identitarios del sistema sanitario catalán.

La diversa titularidad de las entidades proveedoras de servicios sanitarios condiciona la percepción que se tiene de la crisis y la manera de hacerle frente. En la medida en que gran parte de los hospitales y centros de atención primaria no tienen entidad jurídica propia, tampoco tienen capacidad para gestionar sus ingresos económicos y los instrumentos de que disponen para controlar sus gastos, ya que los incentivos para hacerlo son muy limitados. La entrada en vigor de la «nueva ley» del Instituto Catalán de la Salud (Ley 8/2007, de 30 de julio) choca con viejas inercias que dificultan su transformación. La innegable excelencia profesional y la calidad de los servicios prestados en sus centros, así como los cambios realizados hay que atribuirlos a los esfuerzos de los profesionales sanitarios y a los equipos directivos para superar las rigideces y trabas administrativas que regulan su funcionamiento cotidiano.

Los centros del ICS siguen siendo organizaciones sanitarias limitadas por las rigideces del modelo presupuestario público y, en la práctica, la gestión de la escasez de recursos económicos se limita a diferir el pago a proveedores, que, en definitiva, pueden ser los que sufren en mayor medida las consecuencias de la crisis.

Por su parte, las organizaciones sanitarias con entidad jurídica propia integrantes de la XHUP disponen, en general, de mayor autonomía de gestión, que les permite buscar nuevas fuentes de ingresos, adaptar las plantillas a la actividad prevista, actuar sobre sus gastos, recurrir al endeudamiento. En todo caso, disponen de las condiciones, de la estructura, del conocimiento y de los incentivos para realizar de manera más eficiente lo que cualquier organización debe hacer diariamente: contratar, despedir, comprar, vender, pagar, cobrar, invertir, endeudarse, etc., y más aún, pueden desarrollar políticas de recursos humanos que contribuyan a la identificación y al compromiso de los profesionales con la institución.

Con esta idea, en su momento fueron creados los consorcios sanitarios, entidades públicas con participación de administraciones públicas y privadas, y con una autonomía de gestión adecuada







para las necesidades de las organizaciones sanitarias. Con el tiempo y por varias razones, los consorcios se han visto obligados a aplicar gran parte de la normativa y las regulaciones del sector público, lo que de manera progresiva ha ido limitando su autonomía de gestión y, paradójicamente, los ha ido acercando al modelo de organización que se quería evitar cuando fueron creados.

En el conjunto del sector y con independencia de su titularidad, las grandes partidas económicas correspondientes a sueldos y salarios del personal prácticamente tienen una condición de intocables. Así y todo, en el actual contexto no hay que esperar incrementos en los salarios, más allá de los que puedan corresponder al cumplimiento de los compromisos adquiridos en anteriores ejercicios.

Una dificultad añadida para afrontar la crisis que afecta a todas las organizaciones sanitarias tiene que ver con las posibles oscilaciones en la demanda asistencial. El aumento de demanda y de actividad no implica más ingresos pero garantiza más gasto, y aunque desde el estallido de la crisis se detecta una cierta contracción de la demanda de servicios, las previsiones se pueden modificar sustancialmente en función del comportamiento de las entidades de seguro libre. En Cataluña, una cuarta parte de la población tiene contratado un seguro privado y el argumento «por razones económicas» acostumbra a ser la primera causa que esgrimen las familias al darse de baja de su seguro de enfermedad privado. La contrapartida, recurrir al seguro, tampoco es una opción particularmente válida para las entidades aseguradoras, que intentan frenar las bajas de sus asegurados con nuevos productos, con importes más asequibles. Cuando los que rescinden su contrato necesiten asistencia sanitaria irán a buscar al sistema público y, en la medida en que la salida de la crisis se alargue, este número adicional de pacientes puede comportar un nuevo golpe a los presupuestos sanitarios y una dificultad añadida para sus organizaciones.

## 5. La importancia de la autonomía de gestión

Ya se sabe que el apoyo organizativo percibido por los individuos se vincula estrechamente con el propio compromiso con la organización. Las experiencias favorables en el trabajo, como las recompensas organizativas, la justicia procedimental, la imparcialidad en la distribución de recursos, el apoyo de los superiores y las recompensas y condiciones del puesto de trabajo, contribuyen al apoyo organizativo percibido, y éste incrementa el compromiso afectivo del individuo con la organización. Por lo tanto, el compromiso de los profesionales con la organización está muy relacionado con las actuaciones y las decisiones de sus directivos.

La autonomía de gestión debe permitir que las organizaciones sanitarias se centren en las actividades de mayor valor, como el desarrollo de políticas de recursos humanos, que deberían redundar en un mayor compromiso por parte de los profesionales. Si éstos constatan que la organización se interesa y se ocupa de ellos, que intenta favorecer su progreso profesional, se incrementará la valoración del apoyo organizativo percibido y, como consecuencia, también se intensificará su compromiso organizativo. En la medida en que la dirección tenga capacidad de ejecución, fundamentalmente en cuestiones operativas, los médicos sienten que el hospital les apoya.

Cuando las organizaciones sanitarias están más limitadas por procedimientos y cautelas administrativas que regulan el funcionamiento de las instituciones más dependientes de la financiación pública, más limitada es la capacidad de sus gestores para resolver los problemas cotidianos. Los retrasos en la resolución de los problemas operativos que afectan a aspectos como la dotación de personas, la reposición de materiales y equipos obsoletos, la dificultad para discriminar, valorar y reconocer las diferentes contribuciones de los profesionales, por poner algunos ejemplos, enrarecen el ambiente de trabajo y contribuyen a que los profesionales no perciban que la organización les apoya, lo que, en último término, afecta negativamente a su compromiso con esa organización.

De un profesional comprometido con la organización se espera que sea más productivo, que esté más dispuesto a participar y que tenga una orientación más positiva para con la organización. No todos los profesionales sienten el mismo grado de vinculación con su institución, y probablemente haya diferentes grupos de profesionales, cada uno caracterizado por un patrón de comportamiento distinto. Toda política de recursos humanos necesita una identificación previa de estos diferentes clusters profesionales, para que la planificación y las acciones que se generen sean específicas y diferenciadas para cada grupo.

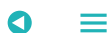




## Bibliografía

- 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*, Banco de España, mayo de 2009, pág. 87-106.
- COMISIÓN EUROPEA. *Economic forecast*, mayo de 2009. [http://ec.europa.eu/economy\\_finance/publications/publication15048\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/publication15048_en.pdf)
- FONDO MONETARIO INTERNACIONAL. *The state of public finances. Outlook and medium-term policies after de 2008 crisis*, marzo de 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, marzo de 2009. <http://www.oecd.org/dataoecd/3/62/42421337.pdf>
- DEPARTAMENTO DE ECONOMÍA Y FINANZAS. GENERALIDAD DE CATALUÑA. «El Gobierno aprueba un plan de ajuste presupuestario que permitirá reducir el gasto en 900 millones de euros», 26 de junio 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, pág. 500-507.
- OBESO, CARLOS. *Gestión de las organizaciones profesionales sanitarias*. Barcelona: ESADE [Papeles ESADE, 87], 1992.
- PEIRÓ, MANEL. «Direcció pública i gestió del compromís dels professionals». En Longo, Francisco y Ysa, Tamyko (eds.). *Els escenaris de la gestió pública del segle XXI* (pág. 221-247). Barcelona: Generalitat de Catalunya - Escuela de Administración Pública de Cataluña, 2007.





# La contribución del sector de la salud a la economía

María José Álvarez, Francesc Martínez y Rosa Vidal  
Servicio Catalán de la Salud

Actualmente se ha consolidado la visión del sector de la salud no sólo como un sector que genera gasto y que constituye uno de los pilares fundamentales del Estado del bienestar y de la cohesión social, sino también como sector productivo que, por el volumen de sus recursos y el nivel de externalización, contribuye al crecimiento económico y estimula a otros sectores productivos de la economía. El papel del sector de la salud es crucial para afrontar la actual crisis económica, como lo demuestran las recomendaciones de los organismos sanitarios internacionales, que insisten en la necesidad de la intervención sanitaria pública en varios frentes, principalmente aportando recursos al sistema. En el caso de Cataluña, estos aspectos nos llevan a analizar el nivel existente de gasto en salud y cómo se interrelaciona con el resto de los sectores de la economía catalana. Nos interesa averiguar el nivel de gasto sanitario en Cataluña y si es factible un margen sostenible de incremento del gasto para paliar los posibles efectos de la crisis y otras carencias existentes.

## La contribución del sector de la salud a la economía

El mundo afronta una grave crisis financiera y económica, al mismo tiempo que intenta resolver los problemas energéticos y medioambientales. La percepción de la crisis ha sido global desde el principio y parece que aumente día a día, pero los síntomas, la magnitud y los impactos de esta crisis económica varían en gran medida según regiones y países. No existen evidencias de estos impactos, pero hay un sentimiento general de que el problema lo tenemos frente a nosotros y que tendrá múltiples consecuencias y de larga duración sobre la salud y sobre los sistemas de salud en Europa y en todo el mundo. Huelga decir que, sin embargo, la compleja situación actual puede ser potencialmente tan positiva como negativa, ya que puede producir cambios en normas sociales, estilos de vida y comportamientos relacionados con la salud.

Es complicado establecer cuáles son las repercusiones de la crisis económica y financiera global en el sector de la salud, pero sabemos que la enfermedad funciona de manera ajena a las debacles económicas. No existen referencias sobre el comportamiento del sector sanitario en otras crisis precedentes, por lo que parece que no es relevante, pero hay una serie de características que hacen que la sanidad pueda verse menos afectada por los movimientos económicos.





En primer lugar, la enfermedad no se altera por la situación económica: siempre habrá enfermos y enfermedades, aunque estas últimas pueden quedar modificadas por la situación socioeconómica de cada momento, y pueden derivar hacia patologías más «sociales», que requieran que los profesionales de la sanidad estén preparados para tratarlas, modificando o actualizando sus conocimientos. Por otro lado, los pacientes siempre van a buscar la curación, ya que el mantenimiento y la promoción de la salud es uno de los requerimientos primarios del individuo y de la sociedad en general. Coincidiremos también en que los gobiernos no deberían recortar la política social que se ha denominado como «del bienestar» en lo referente a la sanidad, sino que, por el contrario, están obligados por la presión social y política a aplicar políticas de formación y de investigación sanitarias.

Pero este contexto de desaceleración de la economía implica la reducción de los ingresos públicos. En el nivel de la salud tenemos la alerta enfocada hacia los efectos nocivos que la crisis puede provocar en los colectivos más vulnerables por razones económicas.

Desde el Gobierno de Cataluña hay una sensibilidad especial con este aspecto de la sociedad vinculado ineludiblemente con el estado de los recursos disponibles para afrontar los nuevos desafíos que puede comportar la crisis. En este sentido, será clave el desarrollo del nuevo modelo de financiación de las comunidades autónomas, en el que se incluirán los criterios de financiación de la sanidad. Por otro lado, además de continuar la mejora progresiva de los recursos presupuestarios, y tal como señalan los objetivos del Gobierno catalán, hay que potenciar las actuales prestaciones, promover la capacidad organizadora de base territorial para mejorar la autoorganización de los centros y potenciar aún más las inversiones y para actualizar las infraestructuras para la prestación de los servicios.

Nos encontramos con que el sector de la salud debe hacer frente al mismo tiempo a la tensión que provoca la reducción de los ingresos públicos, derivada de la situación de desaceleración económica, y a la necesidad de mantener el volumen y la calidad de los servicios sanitarios. Los servicios públicos, en un entorno económico desfavorable, soportan el esfuerzo necesario para minimizar el impacto de la crisis sobre los ciudadanos: sin embargo, su papel de garantes del bienestar y de la cohesión social se hace aún más necesario.

Debemos vigilar los posibles efectos de la crisis sobre el empeoramiento de la salud en los colectivos más desfavorecidos, de la salud entendida no sólo como física, sino como salud mental y como salud social. En este aspecto, han tomado partido tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la Comisión Europea (CE) para dar recomendaciones para encarar la crisis, y para que ésta no debilite los sistemas de salud. Compartimos las recomendaciones más significativas de las dos organizaciones.

La CE propone mejorar la eficacia de los sistemas de atención sanitaria y reducir las desigualdades en salud priorizando la atención primaria, la prevención, la promoción y la calidad en la salud. También recomienda promover la calidad de la atención de larga duración, para asegurar un envejecimiento más saludable y digno, creando una base sólida de financiación y mejorando la coordinación de la atención, que incluye la coordinación entre la atención sanitaria y los servicios sociales. Por otro lado, insiste en promover la inversión en infraestructuras sociales y de salud.

Por su parte, el Informe de la OMS se hace eco de que en tiempos de crisis los resultados en salud y las dificultades financieras relacionadas con el sector sanitario se ven afectados por los cambios en los recursos disponibles en el propio sistema sanitario, por los cambios en las condiciones y los estilos de vida y en el comportamiento de los consumidores y por los cambios en las normas y los valores sociales.

En el mencionado informe se señala que los ingresos públicos pueden disminuir drásticamente, tanto en los países que financian la sanidad con impuestos, por la disminución del PIB, como en los que tienen un sistema de seguridad social, como consecuencia del incremento del paro. También los precios internacionales de los medicamentos pueden encarecerse debido a la inflación y a la depreciación de algunas monedas.

Algunas medidas propuestas por la OMS para solucionar esta crisis pasan por priorizar la inversión y explotar algunas de las posibilidades que ofrece, en este sentido, el sector sanitario. Por ejemplo, las inversiones en infraestructuras sanitarias energéticamente eficientes permitirían reducir los costes de mantenimiento hospitalarios, que se convierten en costes fijos, y liberar recursos públicos para destinarlos al tratamiento directo de los pacientes.





La OMS prevé que los efectos de la crisis variarán mucho según el país, dependiendo de la estructura de la economía, de la dependencia de las exportaciones y/o de las fluctuaciones de la moneda nacional de cada país, así como de las acciones políticas de cada gobierno. Aun así, una de las principales diferencias respecto a crisis anteriores es el hecho de que ahora los gobiernos son más sensibles a la vital importancia del sector sanitario para la economía. Muchos Estados miembros reconocen que la accesibilidad para todos a la asistencia sanitaria es una de las maneras más eficientes de reducir las desigualdades sociales, y que invertir en salud es muy positivo tanto para la estabilidad social como para el conjunto de la economía.

La OMS sugiere la acción a escala global, nacional y regional para ayudar al sector sanitario a salir de la crisis en buenas condiciones. Considera sobradamente aceptado el hecho de que el gasto público se presenta como un medio para reactivar la economía. Por eso recomienda un liderazgo para afrontar los desafíos de la sanidad en tiempos de crisis, mediante la coordinación entre responsables de salud y de economía y entre los niveles central y regional. Algunas recomendaciones concretas anticrisis para el sector sanitario son:

- Asegurar que se prioriza la atención a las personas más desfavorecidas.
- Apoyar la protección de los presupuestos sanitarios y la inclusión de la salud y de las inversiones medioambientales, especialmente las que reduzcan costes, en los planes de recuperación de la economía.
- Mantener el empleo en el sector sanitario y revisar los planes de desarrollo y los programas existentes para incrementar la ayuda a las actividades intensivas en mano de obra.
- Explorar opciones de prevención y atención primaria, y promover la atención domiciliaria y otros servicios para las personas mayores y la población más vulnerable.
- Asignar los recursos a las actividades esenciales y a las prioridades del sistema sanitario.
- Explorar opciones de racionalización e implantar medidas de reducción de costes.
- Tratar las desigualdades en salud, incluyendo el análisis y la identificación de las causas que las provocan, mediante indicadores de salud consistentes, y también mejorar el acceso a los servicios sanitarios para reducir la pobreza.

## El gasto en salud

Como puede comprobarse, los organismos internacionales insisten en la necesidad de la intervención pública en varios frentes. En el caso de Cataluña, es importante analizar el nivel de gasto en salud existente y si es factible un margen sostenible de incremento de este gasto para paliar los posibles efectos de la crisis y situarnos en niveles comparables a las regiones similares de Europa.

Además, contrariamente a como ha sido hasta ahora, en los últimos tiempos se ha consolidado la visión de la sanidad no únicamente como nivel generador de gasto, sino como sector productivo que contribuye al crecimiento económico y que estimula a otros sectores económicos de un país.

Según la información de que dispone la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), el porcentaje del PIB dedicado a la sanidad no ha parado de crecer en los últimos años. El gasto sanitario per cápita se ha incrementado como media más del 80% en términos reales entre los años 1990 y 2006 en los países de la OCDE, de manera que sobrepasa con creces el crecimiento que ha experimentado el PIB per cápita (un 37% en este mismo período). En 1970, el gasto en sanidad representaba únicamente el 5% del PIB de los países desarrollados; en 1990, esta proporción se había incrementado hasta el 7%, y en la actualidad, con datos para el año 2007, es superior al 9%.

En términos generales, se tiene una imagen de buena calidad en la provisión de los servicios sanitarios en Cataluña, con un adecuado acceso territorial y una relativa estabilidad en el funcionamiento de los servicios, pero que, paradójicamente, cohabita con la realidad de una sanidad catalana con insuficiencia financiera, especialmente como consecuencia del modelo de financiación autonómica. Por ello, es prioritario averiguar en qué situación se encuentra la sanidad catalana en lo relativo al nivel de gasto, comparándola con el gasto de otras sociedades con un grado similar de desarrollo.

Desde cualquier punto de vista, los resultados nos indican un diferencial de recursos de España y los países mediterráneos con relación a los países del centro y norte de Europa. Sin ir más lejos, la Oficina Económica del presidente del Gobierno de España estimó un «patrón europeo de gasto





social» (Informe Económico del Presidente del Gobierno, 2008) para las principales categorías de gasto social en las dieciocho economías más ricas de Europa. Según los datos de gasto sanitario, el gasto de Francia y de Alemania supera este patrón, mientras que el gasto de Italia y de España se sitúa por debajo.

Los resultados también confirmaron que, en el conjunto de economías europeas, el nivel de renta per cápita incide positiva y significativamente sobre todas las funciones de gasto social, en especial sobre las pensiones por vejez y supervivencia y sobre las prestaciones sanitarias.

Más concretamente, las economías mediterráneas (España, Grecia, Italia y Portugal) e Irlanda son las que se situaron por debajo de su patrón de gasto. Entre 1990 y 2005, el gasto efectivo medio para este conjunto de países representó en torno al 85% del valor teórico que les correspondería según su desarrollo. Es decir, estas economías han realizado un esfuerzo inferior a la media europea, después de ajustarse por las diferencias estructurales.

La realidad es que el contexto de insuficiencia económica en Cataluña y en el resto de las comunidades autónomas a la que nos referíamos anteriormente se ha ido perpetuando en el tiempo, desde el traspaso de los servicios sanitarios hasta el momento actual. La mejora de los servicios sanitarios ha sido notable en este último cuarto de siglo. Alcanzado el grado de desarrollo del sistema sanitario y logrado su sistema de financiación, la falta de recursos es fácilmente predecible. La razón es que Cataluña recibe una financiación pública sanitaria que se corresponde, de una manera bastante estrecha, con su población (aunque está referenciada en 1999, con la consecuente desviación a la baja respecto a la actual situación), y que obtiene aproximadamente el mismo nivel de recursos per cápita que el resto del Estado, y se corresponde, por lo tanto, muy poco con su nivel de desarrollo socioeconómico, que, como hemos indicado y como ha señalado el propio Gobierno del Estado, resulta decisivo en el nivel pedido de gasto sanitario.

El interés por el estudio del volumen ponderado y la estructura del gasto sanitario, tanto público como privado, ha pasado a ser una preocupación en las últimas décadas, en las que los distintos Estados no han parado de invertir esfuerzos. Sin embargo, estas iniciativas no se han realizado únicamente en el nivel nacional, sino que también organismos supranacionales como la OMS, el Banco Mundial o la OCDE han trabajado conjuntamente durante los últimos años para conseguir integrar los datos de salud en una estadística única.

Con esta premisa, podemos contrastar los niveles de gasto sanitario en Cataluña en relación con los de España y los países desarrollados de nuestro entorno más inmediato.

El gasto sanitario total sobre el PIB de España para el año 2006, con un valor del 8,4%, se sitúa casi un punto por debajo de la media de la Unión Europea de los quince (UE-15 que es del 9,2%, tabla 1). El nivel de gasto sanitario sobre el PIB de Cataluña es del 7,2%, un valor que se encuentra claramente alejado de los parámetros del resto de los países desarrollados. Hay un diferencial de Cataluña con España de 1,2 puntos; la diferencia con el gasto de la UE-15 es de 2 puntos, y de 1,8 puntos con la OCDE.

**Tabla 1. Gasto total en salud en % del PIB 2006**

|                |      |                 |            |
|----------------|------|-----------------|------------|
| Estados Unidos | 15,3 | Grecia          | 9,1        |
| Francia        | 11,0 | Italia          | 9,0        |
| Alemania       | 10,6 | España          | 8,4        |
| Bélgica        | 10,3 | Reino Unido     | 8,4        |
| Portugal       | 10,2 | Finlandia       | 8,2        |
| Austria        | 10,1 | Irlanda         | 7,5        |
| Canadá         | 10,0 | Luxemburgo      | 7,3        |
| Dinamarca      | 9,5  | UE-15           | 9,2        |
| Holanda (*)    | 9,3  | OCDE            | 9,0        |
| Suecia         | 9,2  | <b>Cataluña</b> | <b>7,2</b> |

(\*) gasto corriente.

Fuente: ECO-SALUD OCDE 2008 y CatSalut.





En la misma tónica, como se puede observar en la tabla 2, la media del gasto sanitario público sobre el PIB en la UE-15 se sitúa en el 7,1%, y en el 6,6% en la OCDE. España está en este caso también por debajo de la media de la UE, con un 6,0% en el año 2006, proporción que ha crecido unas décimas, ya que se había mantenido estable desde el año 1998 en el 5,3%-5,4%. A pesar de ello, para el año 2006, todavía faltan 1,2 puntos sobre el PIB para llegar a la norma europea.

Cataluña dispone de un gasto sanitario público sobre el PIB del 4,7%, es decir, 1,3 puntos por debajo de España y 2,4 puntos por debajo de la media europea.

**Tabla 2. Gasto público en salud en % del PIB 2006**

|             |     |                 |            |
|-------------|-----|-----------------|------------|
| Francia     | 8,8 | Estados Unidos  | 7,0        |
| Alemania    | 8,1 | Italia          | 6,9        |
| Dinamarca   | 8,0 | Luxemburgo      | 6,6        |
| Austria     | 7,7 | Finlandia       | 6,2        |
| Bélgica (*) | 7,6 | España          | 6,0        |
| Holanda (*) | 7,6 | Irlanda         | 5,9        |
| Suecia      | 7,5 | Grecia          | 5,6        |
| Reino Unido | 7,3 | UE-15           | 7,1        |
| Portugal    | 7,2 | OCDE            | 6,6        |
| Canadá      | 7,0 | <b>Cataluña</b> | <b>4,7</b> |

(\*) gasto corriente.

Fuente: ECO-SALUD OCDE 2008 y CatSalut.

Este gran diferencial debe atribuirse a las circunstancias de la financiación sanitaria española que ya hemos mencionado anteriormente. Cataluña ocupa la cuarta posición por la cola en el ranking de gasto de los países de la OCDE (únicamente por encima de Polonia, Corea y México) y se encuentra a 4,1 puntos de Francia, que, con un 8,8% sobre el PIB, es el país que dedica mayor porcentaje del PIB a la financiación de la sanidad pública.

En cuanto al valor del gasto sanitario privado sobre el PIB, España se ha mantenido constante entre los años 2003 y 2006, ligeramente superior a la media de la UE (15). En la tabla 3 se presentan los resultados para el año 2006. Observamos que el peso del gasto sanitario privado español sobre el PIB se sitúa 0,3 puntos por encima del de la UE-15, concretamente, un 2,4% frente al 2,1% de Europa, y al mismo nivel que el de la OCDE.

**Tabla 3. Gasto privado en salud en % del PIB 2006**

|                 |            |             |     |
|-----------------|------------|-------------|-----|
| Estados Unidos  | 8,3        | Italia      | 2,0 |
| Grecia          | 3,5        | Finlandia   | 2,0 |
| Portugal        | 3,0        | Holanda (*) | 1,7 |
| Canadá          | 3,0        | Suecia      | 1,7 |
| Bélgica (*)     | 2,7        | Irlanda     | 1,6 |
| <b>Cataluña</b> | <b>2,5</b> | Dinamarca   | 1,5 |
| Alemania        | 2,4        | Reino Unido | 1,1 |
| Austria         | 2,4        | Luxemburgo  | 0,7 |
| España          | 2,4        | UE-15       | 2,1 |
| Francia         | 2,2        | OCDE        | 2,4 |

(\*) gasto corriente.

Fuente: Eco-Salud OCDE 2008 y CatSalut a partir de la información del INE.





En el año 2006 Cataluña tiene un peso ligeramente superior al español, un 2,5% del PIB, a pesar del peso porcentual superior del PIB en Cataluña con respecto a la media del Estado español. Este valor es más significativo como consecuencia del papel de los seguros privados de salud en Cataluña, donde tienen más peso que en el resto del Estado español.

Dejando aparte el caso excepcional de Estados Unidos, donde el gasto sanitario privado sobre el PIB es del 8,3%, Cataluña se sitúa en niveles similares a países como Alemania (2,4%) y por encima de Francia (2,2%), Suecia (1,7%) o el Reino Unido (1,1%).

Observamos que la sanidad representa un volumen muy importante de la producción total de un país. Además, dados los niveles de gasto alcanzado, Cataluña dispone de un margen potencial apreciable hasta situar su gasto sanitario público a los niveles de los países que tienen un desarrollo socioeconómico equiparable al nuestro. Esta equiparación es posible únicamente por la modificación del modelo de financiación en el que los parámetros de solidaridad interterritorial estén más ajustados, como sucede en las estructuras de financiación pública de los países desarrollados.

## La sanidad como sector económico

Una vez analizada la primera variable de estudio, en que se trataba de caracterizar el sector de la salud en Cataluña desde el punto de vista del gasto público y privado que significa y de compararlo con otros países de nuestro entorno, a continuación pasamos a analizar la importancia del sector de la salud como sector productivo que contribuye al crecimiento económico y estimula a otros sectores productivos de la economía.

A partir de la información proporcionada por el Instituto de Estadística de Cataluña (Idescat), hemos podido analizar las principales macromagnitudes del sector sanitario y su importancia como dinamizador del proceso productivo de nuestra economía. Nos referimos básicamente a la producción del sector, su valor añadido bruto (VAB), los consumos que genera en otros sectores y los puestos de trabajo que crea.

A grandes rasgos, el consumo intermedio de la sanidad en Cataluña representa el 34% del total de la producción del sector sanitario, frente al 66% que representa el VAB. Así se constata que el VAB es el componente más importante de la producción del sector sanitario de Cataluña, como era de esperar en un sector de servicios. Como también se podría suponer, la remuneración de asalariados es el factor con mayor peso en la composición del VAB sanitario, con un 73% del total (tabla 4).

**Tabla 4. Macromagnitudes del sector de la salud en Cataluña 2006**

|                                | Sector salud | %           | Economía catalana | %           | % Salud / Economía |
|--------------------------------|--------------|-------------|-------------------|-------------|--------------------|
| <b>Consumo intermedio</b>      | 3.755        | <b>34%</b>  | 201.966           | <b>54%</b>  | <b>1,9%</b>        |
| Remuneración de asalariados    | 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>Producción</b>              | 10.953       | <b>100%</b> | 377.283           | <b>100%</b> | <b>2,9%</b>        |
| Puestos de trabajo totales     | 154          |             | 3.680             |             | <b>4,2%</b>        |
| Puestos de trabajo asalariados | 142          |             | 3.211             |             | <b>4,4%</b>        |

En millones de euros corrientes y en miles de puestos de trabajo.

Fuente: Cuentas económicas de Cataluña 2006. Idescat.

En el período 2001-2006 todas las macromagnitudes del sector sanitario analizadas: producción, VAB, consumo y empleo, han ganado peso con respecto al total de la economía. Cerca del 4% del VAB generado en Cataluña proviene del sector sanitario catalán, mientras que el consumo intermedio de la sanidad representa algo menos del 2% del total del país. Sin embargo, el hecho más destacado es que durante este período el VAB sanitario ha pasado de representar el 3,8% del VAB total de la economía a significar el 4,1%. Es así porque la tasa media anual acumulada de crecimiento







del VAB del sector de la salud ha sido superior a la del VAB generado por el total de la economía catalana y demuestra, una vez más, su importancia creciente.

En términos agregados, otro punto que hay que destacar en el análisis es que aproximadamente el 4% de los puestos de trabajo totales de Cataluña corresponde al sector de la sanidad. Este valor se incrementa alrededor del 4,3% si hablamos únicamente de puestos de trabajo asalariados.

Este hecho caracteriza al sector sanitario como intensivo en la generación y el mantenimiento de puestos de trabajo.

También podemos observar que las compras del sector sanitario se concentran principalmente en los siguientes grupos de actividades estandarizados: los productos farmacéuticos; los equipos medicoquirúrgicos; la energía y servicios varios, como el comercio al por mayor; servicios jurídicos, de contabilidad y asesoramiento a la gestión empresarial; la limpieza, o la restauración. Según el origen geográfico, observamos que los servicios y la energía provienen del interior de Cataluña, mientras que los productos farmacéuticos y los aparatos medicoquirúrgicos son adquiridos mayoritariamente fuera de nuestro territorio.

Los resultados del sector de la salud corroboran tanto la tendencia a la externalización como el proceso de terciarización en que están inmersas la mayoría de las economías desarrolladas y gracias al cual el peso del sector de los servicios en el total de la economía no ha parado de crecer en los últimos años.

También hay que destacar que, mientras los servicios de restauración y la rama de investigación y desarrollo tienen un peso importante como consumos del subsector de los hospitales, los servicios inmobiliarios lo son para el sector no hospitalario, como parece lógico si tenemos en cuenta la gran cantidad de establecimientos que forman este ámbito.

Una vez determinado el peso macroeconómico del sector de la salud en su entorno, un aspecto interesante de analizar es la capacidad de dinamización que tiene el sector sanitario sobre los demás sectores productivos de la economía catalana.

La estructura productiva de un país o de una región se obtiene con la ayuda de una tabla cruzada de entrada y salida (tabla *input-output*) que representa la base del análisis *input-output*. Por columnas, se muestran los recursos de que dispone una economía, y por filas, se muestran los usos que la economía da a estos recursos.

A partir de las tablas *input-output* de la economía catalana (TIOC) para el año 2001 (último año disponible) podemos extraer algunos indicadores de esta interrelación del sector de la salud. De entrada, uno de los más significativos es el denominado coeficiente de arrastre, que se define como la capacidad de una actividad para provocar el desarrollo de otras actividades al utilizar *inputs* intermedios que provienen de aquella actividad.

En nuestro caso, el coeficiente de arrastre de la sanidad catalana significa un valor de 0,32. Lo cual nos indica que una unidad de demanda en el sector de la salud induce a la producción de 0,32 unidades en los demás sectores de la economía relacionados con la salud (tabla 5).

**Tabla 5. Interrelación del sector de la salud con el resto de la economía 2001**

|                             | Sector salud | Economía catalana |
|-----------------------------|--------------|-------------------|
| Capacidad de arrastre       | 0,32         | 0,54              |
| Multiplicador producción    | 1,3          | 1,44              |
| Multiplicador valor añadido | 0,84         | 0,66              |
| Multiplicador empleo        | 22,15        | 19,04             |

Fuente: TIOC-2001. Idescat.

El valor está un poco por debajo de la media de la economía catalana, que es de 0,53; aun así, este es un hecho normal dentro del sector de servicios, ya que el valor añadido tiene un peso superior al del consumo intermedio si lo comparamos con los otros sectores productivos. A pesar



de todo, el valor para la sanidad no es despreciable, ya que está al mismo nivel que otros sectores muy activos, como el transporte por ferrocarril; el comercio al por menor; la rama de Administración pública, asuntos exteriores y defensa; los servicios agrícolas y ganaderos y de caza, o bien la educación superior.

Hay otros indicadores clave en la explotación de las TIOC que nos proporcionan una visión del sector de la salud y la relación con su entorno. Entre éstos, hemos analizado los denominados multiplicadores de la economía. Los multiplicadores nos indican el efecto final sobre la producción, el empleo o el valor añadido de todos los sectores de un incremento de una unidad en la demanda final de un sector económico concreto.

En el sector de la salud, destacan por su relevancia los multiplicadores del valor añadido y la ocupación, con valores superiores a la media del conjunto de la economía catalana. Un sector considerado clave en la economía como el de las obras de ingeniería civil presenta un multiplicador de la producción ligeramente superior al del sector sanitario y, por otro lado, un multiplicador de valor añadido muy inferior al del mismo.

En lo relativo al multiplicador del empleo de la salud, se observa que es superior al de la media de la economía catalana. En concreto, por cada millón de euros de demanda adicional en el sector sanitario, se generan alrededor de veintidós puestos de trabajo, cuando en el conjunto de la economía catalana este valor es de diecinueve puestos de trabajo. Además, hay que tener en cuenta el importante peso de la remuneración de asalariados, y por tanto, de la mano de obra en la composición del VAB sanitario. Esta mano de obra cualificada incrementa el bagaje de capital humano del país y mejora su competitividad.

## Impacto del presupuesto de salud de la Generalitat de Catalunya en la economía catalana

El presupuesto de salud, responsabilidad de la Generalitat de Catalunya, representa actualmente más del 30% del presupuesto de la Generalitat. Es un volumen muy importante de recursos y su distribución produce un impacto directo e indirecto muy considerable sobre los diversos sectores de la economía de Cataluña.

Como sabemos, la salud es un sector de servicios intensivo en mano de obra cualificada y, por lo tanto, el peso de los sueldos y salarios en su producción total es muy elevado. Como veremos, éstos representan alrededor de la mitad de los recursos presupuestarios dedicados a la salud. La otra mitad la constituyen las adquisiciones que hace el sector público de salud a los sectores privados de la economía para llevar a cabo su actividad. Es evidente que el destino final de los sueldos del sector de la salud, al igual que en los demás sectores, también se encuentra en el mercado privado, pero hemos querido cerrar en este nivel la distribución para identificar mejor las compras directas del sector de la salud (hay varios estudios de instituciones estadísticas públicas que analizan el destino sectorial de las compras personales).

Hemos utilizado como fuente original el conjunto de recursos públicos de salud que son responsabilidad del Gobierno de Cataluña del año 2009. Es decir, el presupuesto consolidado del Departamento de Salud y sus organismos autónomos, del Servicio Catalán de la Salud (CatSalut) y del Instituto Catalán de la Salud (ICS).

A partir de la identificación de los sueldos y de la distribución del total de los bienes y servicios, de las transferencias corrientes, de las subvenciones y del gasto en inversión, obtenemos los siguientes grandes bloques de destino del presupuesto público:





**Tabla 6. Distribución del presupuesto de salud de la Generalitat de Catalunya 2009**

|  |                         |             |
|--|-------------------------|-------------|
| Sueldos  | 4.573.785.882,50        | 48,5%       |
| Productos farmacéuticos                        | 2.306.503.173,48        | 24,5%       |
| Servicios auxiliares                           | 1.131.379.041,93        | 12,0%       |
| sanitarios                                     | 360.648.963,44          | 3,8%        |
| no sanitarios                                  | 770.730.078,49          | 8,2%        |
| Compra de productos sanitarios y no sanitarios | 649.072.845,26          | 6,9%        |
| sanitarios                                     | 558.579.518,91          | 5,9%        |
| no sanitarios                                  | 90.493.326,35           | 1,0%        |
| Obras  | 360.495.473,43          | 3,8%        |
| Transporte sanitario y no sanitario            | 318.411.691,80          | 3,4%        |
| Investigación, desarrollo e innovación         | 24.674.068,22           | 0,3%        |
| Otros  | 62.151.675,55           | 0,7%        |
| <b>TOTAL</b>                                   | <b>9.426.473.852,17</b> | <b>100%</b> |

En euros.

Describimos brevemente los componentes de cada apartado:

- Los productos farmacéuticos incluyen el gasto en recetas médicas, la medicación hospitalaria de dispensación ambulatoria (MHDA), la medicación hospitalaria y el gasto en vacunas.
- Los servicios auxiliares sanitarios incluyen los servicios de oxigenoterapia, la rehabilitación, los servicios de diagnóstico por la imagen y las pruebas de laboratorio.
- Los servicios auxiliares no sanitarios incluyen los servicios de limpieza y desinfección, los de reparaciones y conservación, los suministros, la restauración, los servicios informáticos, las comunicaciones, la lavandería, los servicios de profesionales independientes, la seguridad, los servicios de gestión de archivos, la gestión de residuos, los servicios docentes, los servicios bancarios y similares y otros trabajos a cargo de otras empresas.
- La compra de productos sanitarios incluye el consumo de material sanitario y aparatos médicos, prótesis y la inversión en maquinaria, instalaciones y utillaje médicos.
- La compra de productos no sanitarios incluye la compra de material de oficina y la inversión en utensilios y mobiliario y en equipos de procesamiento de datos y telecomunicaciones.
- Las obras incluyen la inversión en edificios y terrenos y en construcciones y alquileres.
- El apartado «otros» incluye otros gastos de explotación (por ejemplo, las dietas y el fondo de acción social), los tributos y las primas de seguros.

Este reparto total de los recursos presupuestarios de salud queda reflejado gráficamente en el siguiente diagrama de tarta:





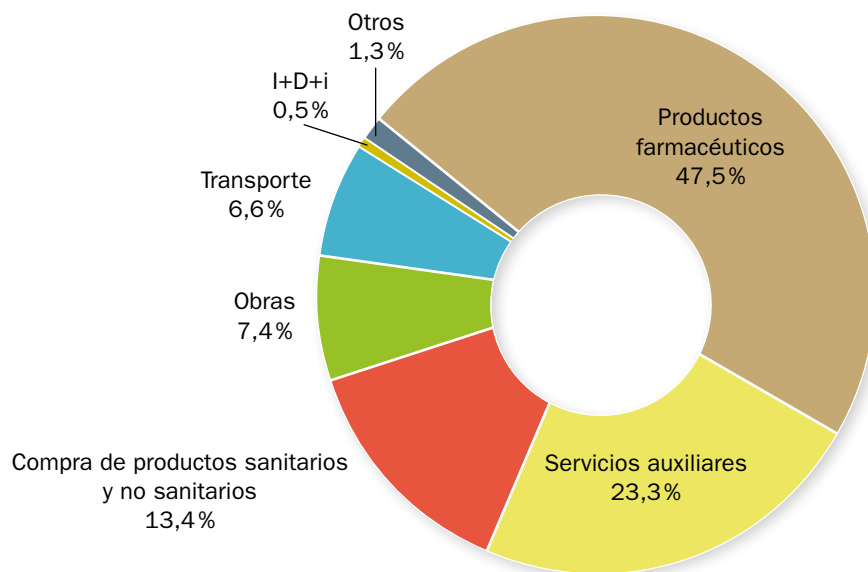
### Distribución del presupuesto de salud 2009



Como ya hemos comentado y dadas las características del sector, casi la mitad de los recursos se distribuyen en sueldos y salarios, concretamente un 48,5%. La mitad restante del presupuesto de salud se distribuye principalmente en la compra de productos farmacéuticos, ya sean de dispensación en oficinas de farmacia, en hospitales o en los ambulatorios (24,5% del total).

Por su importancia debemos destacar el gasto en la compra de productos sanitarios y no sanitarios (7%) y el de los servicios auxiliares (12%). En el gráfico siguiente se puede ver mejor la proporción del grupo de las compras según su magnitud, sin tener en cuenta el conjunto de los sueldos y salarios:

### Distribución de las compras del presupuesto de salud 2009





En este caso, se observa que los productos farmacéuticos representan casi el 48% del total de las compras en salud del sector público catalán. En orden de importancia siguen los servicios auxiliares (23,3%) y la compra de productos sanitarios y no sanitarios (13,4%), de los que casi el 90% pertenecen a bienes de carácter sanitario (material sanitario, aparatos médicos, etc.). Las obras significan el 7,4% del total, y los transportes casi el 7%. Es de destacar la importancia creciente que significa dentro del presupuesto público de salud la inversión en investigación y desarrollo, sobre todo la relacionada con la investigación biomédica. Para el año 2009, el conjunto de I+D+i representa un total de 25 millones de euros, aproximadamente un 0,5% del presupuesto consolidado de salud.

En definitiva, la sanidad es una actividad de alto valor añadido, intensiva en mano de obra cualificada y conocimientos y con una alta capacidad de arrastre, que puede ser considerada tan valiosa como cualquiera de los sectores industriales que han sido clasificados como sectores clave en nuestra economía, y puede constituir uno de los sectores básicos para salir reforzados de la crisis económica.

## Bibliografía

- Programa Eco-Salud OCDE 2008. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), 2009.
- The Financial Crisis and Global Health. Report of a High-Level Consultation World Health Organization (WHO-OMS). Ginebra, enero de 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. Instituto Nacional de Estadística (INE), 2009.
- Contabilidad Regional de España. Instituto Nacional de Estadística (INE), 2009.
- Presupuestos Generales del Estado. Años 2002-2006. Ministerio de Economía y Hacienda.
- Estadística del Gasto Sanitario Público (EGSP). Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009.
- Liquidación de los presupuestos de las entidades locales, años 2002-2006. Dirección General de Coordinación Financiera con las Comunidades Autónomas y las Entidades Locales. Ministerio de Economía y Hacienda, 2009.
- MUFACE. Memoria 2006. Mutualidad de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE). Ministerio de Administraciones Públicas, 2008.
- Memoria 2006. MUGEJU. Mutualidad General Judicial (MUGEJU). Ministerio de Justicia, 2008.
- ISFAS. Memoria 2006. Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS). Ministerio de Defensa, 2008.
- Memoria económico-financiera y de gestión de las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, años 2002-2006. Ministerio de Trabajo e Inmigración.
- Comptes econòmics anuals de Catalunya. Instituto de Estadística de Cataluña (Idescat), 2009.
- Tablas *input-output* de Cataluña 2001. Instituto de Estadística de Cataluña (Idescat), 2006.
- Entidades de seguro libre de asistencia sanitaria, memoria, años 2002-2006. Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya.
- Estimación del gasto sanitario público en Cataluña 2002-2006. Borrador previo. Central de Resultados y de Análisis Económico (CRAE). Servicio Catalán de la Salud (CatSalut), 2009.





# El impacto de la crisis económica en el sistema sanitario y los nuevos paradigmas de las organizaciones sanitarias

Roser Fernández, directora general de la Unión Catalana de Hospitales

¿El sector sanitario está en crisis? Ésta es la primera cuestión que debemos plantearnos. La sanidad, pública y privada, de nuestro país es buena; en este momento sigue siendo un sector dinámico de la economía productiva porque mantiene su nivel de actividad, continúa dando empuje a otros sectores de la economía y generando puestos de trabajo no deslocalizables. Al mismo tiempo, la sanidad actúa como factor de cohesión y de paz social. Pero las necesidades de servicios sanitarios siempre crecerán por encima de los recursos disponibles, y el impacto de la crisis económica afecta especialmente a la demanda y a la oferta de servicios sanitarios. Hay que concienciarse de los desafíos de la sostenibilidad, no sólo económica sino también de la calidad y la equidad de la sanidad, y eso nos plantea nuevos desafíos y nos exige nuevos compromisos.

## El sector sanitario en Cataluña es un sector estratégico económico y social que también sufre la crisis económica

El modelo sanitario de Cataluña se basa en la convivencia de una sanidad de cobertura pública y de acceso universal con una sanidad de financiación privada.

Ambas actúan como sector de excelencia, generan puestos de trabajo no deslocalizables, tienen una fuerte capacidad de empuje sobre otros sectores de la economía (industria farmacéutica, equipamiento y material sanitario, construcción y servicios de apoyo —como la limpieza, el catering y la seguridad—) y provocan un fuerte impacto en la economía del conocimiento, la investigación y la innovación, y, sobre todo, son factores de cohesión social.

En este momento la sanidad sigue siendo un sector bien valorado por la población; un sector que no genera paro y que, por lo tanto, no se sitúa como principal preocupación de los poderes públicos.

No obstante, el actual entorno de crisis económica empieza a tener consecuencias: aparecen nuevas patologías y se incrementa el consumo de fármacos asociados al impacto de la crisis económica en el estado de salud de las personas; se observa un cierto descenso del seguro sanitario privado, que produce mayor presión asistencial sobre los centros sanitarios de la red pública, los cuales, a su vez, presentan dificultades para encontrar los recursos necesarios para hacer frente a las sustituciones y cubrir las vacantes de personal. Las dificultades financieras llegan a las empre-





sas del sector... Y todo ello puede acabar afectando a la extensión de las listas de espera y a la calidad percibida de los servicios.

Por eso es necesario que el sector de la sanidad mantenga la prioridad en los presupuestos públicos y que se le tenga en cuenta en los acuerdos para la dinamización de los sectores estratégicos de la economía productiva.

## La sostenibilidad del sistema sanitario requiere un pacto político, económico y social

Para mantener la sostenibilidad económica y financiera y la calidad y equidad del sector sanitario del país hay que llegar a un compromiso conjunto de todas las partes: políticos y Administración, organizaciones sanitarias y empresas del sector, profesionales y ciudadanos. Todos nos jugamos mucho.



Hay una primera premisa, que es la necesidad de disponer de la financiación suficiente, como país y como sector. Cataluña se sitúa en el decimocuarto lugar en la clasificación de los presupuestos públicos per cápita de las diecisiete comunidades autónomas del Estado español y, al mismo tiempo, es una de las comunidades autónomas de referencia en cuanto a la excelencia de la atención sanitaria y de la atención a personas desplazadas. Esta situación no se corresponde con la contribución de Cataluña al Estado, tal como reflejan las balanzas fiscales.

### ¿En qué ámbitos de compromiso deberían sumarse esfuerzos?

En el ámbito político, es necesario que la sanidad no se utilice como instrumento de demagogia electoral y, para eso, hay que promover la corresponsabilidad de todas las fuerzas políticas. No se pueden generar más expectativas de servicios a los ciudadanos si no se cuenta con la financiación que corresponde. Hay que priorizar infraestructuras, programas y servicios nuevos. Hay que optimizar todos los recursos disponibles, públicos y privados, para dar respuesta a las nuevas necesidades y demandas de servicios sanitarios, que siguen aumentando. Hay que definir modelos estables de provisión de servicios públicos que den confianza a la inversión y a los proyectos de colaboración entre la sanidad pública y la privada.

En el ámbito de las administraciones públicas, se deben ejercer con responsabilidad y criterio las funciones de planificación de los servicios, de acreditación, contratación y evaluación de la actividad de las entidades que prestan servicios sanitarios de cobertura pública; hay que promover la autonomía y la agilidad de gestión de las estructuras de provisión de servicios, y se debe ejercer también el control basado en los resultados y en la asignación de los recursos públicos de forma transparente.

En el ámbito de las organizaciones sanitarias, se debe dar respuesta a los nuevos paradigmas que exigen los nuevos entornos con un concepto de gestión profesionalizada.

En el nivel profesional y del capital de conocimiento, hay que tener conciencia del cambio en el perfil de los profesionales asistenciales y del impacto de los cambios generacionales en el sector. En lo referente a los procesos de negociación colectiva, también debemos tener conciencia de la situación del mercado laboral y acompañar los incrementos retributivos con incrementos de productividad, mientras que, en lo referente a la empresa, se deben valorar las políticas de reconocimiento de los profesionales y las medidas organizativas que favorezcan que las condiciones laborales de los profesionales permitan dar respuesta a unas expectativas cambiantes.





Y los ciudadanos también somos corresponsables; debemos cuidar de nuestro estado de salud y hacer un buen uso de los servicios, tanto si son de cobertura pública como privada. Los financiamos, unos y otros, por la vía de los impuestos o del pago directo.

Las medidas concretas que hay que aplicar para desarrollar estos acuerdos requieren el cierre de un pacto político y social explícito, y un liderazgo que consiga unificar esfuerzos y generar confianza a todas las partes.

Este pacto, que es tan necesario en el momento actual, en un entorno económico y presupuestario complicado, seguramente se habría tenido que plantear antes. En la sanidad, las demandas y las expectativas siempre son crecientes y los recursos siempre serán limitados, todo tiene un coste de oportunidad.

## Los nuevos paradigmas de las organizaciones sanitarias exigen nuevos desafíos

Una de las características del modelo sanitario catalán es la aportación de las organizaciones sanitarias, públicas y privadas, que forman parte del sistema; que aportan su patrimonio ó recursos físicos, económicos, financieros y humanos, su saber hacer, su arraigo social y territorial; que asumen el riesgo y que, con un concepto de empresa y de gestión profesionalizada, aportan los valores añadidos de eficiencia, calidad y capacidad de innovación al sistema.

Las organizaciones sanitarias, públicas o privadas, deben tener órganos de gobierno y equipos de dirección profesionalizados, e instrumentos de gestión que permitan generar valor y optimizar sus resultados.

Esta realidad del modelo sanitario ha permitido que Cataluña sea pionera en los modelos de gestión de servicios públicos que operan en los países más avanzados de nuestro entorno, y también en la obtención de resultados de salud.

Los nuevos entornos y paradigmas a los que deben responder las organizaciones sanitarias requieren, más que nunca, de estas cualidades de empresa, sea cual sea su titularidad o su naturaleza jurídica.

### ¿Cuáles son estos nuevos paradigmas de las organizaciones sanitarias?

**Primero**, hay que velar por la sostenibilidad de la empresa, optimizando las fuentes de ingresos, públicas y privadas, profundizando en los instrumentos de racionalización del gasto y en el compromiso de los profesionales en lo referente al uso de los recursos, compartiendo el lenguaje y las inquietudes y visualizando una cadena de incentivos orientada a los resultados económicos, asistenciales y de satisfacción de los ciudadanos.

**Segundo**, el trabajo en un entorno abierto e interrelacional (trabajo en red) es absolutamente necesario para responder al continuo asistencial entre la salud pública, la atención sanitaria y la atención social y para responder a las necesarias alianzas estratégicas entre los proveedores para, entre otras cosas, optimizar la manera de actuar, los recursos humanos y las economías de escala en los servicios de apoyo.

**Tercero**, optimizar las potencialidades del despliegue de las nuevas tecnologías de la información y comunicación, que facilitan el trabajo en red (historia clínica compartida, telemedicina, etc.), que permiten dar respuesta a las nuevas necesidades de los ciudadanos (como la teleasistencia), y para conseguir una mejor organización y optimizar los roles y los tiempos de trabajo (como, por ejemplo, la receta electrónica). Trabajar en red exige llevar a cabo un cambio cultural, que debe empezar por los profesionales y los servicios de las organizaciones.

**Cuarto**, debe promoverse la gestión del conocimiento, de la innovación y la investigación, avanzarse a las nuevas necesidades asistenciales y plantearse la reconversión de los modelos de atención (atención domiciliaria, cronicidad, etc.).

**Quinto**, es fundamental implicarse en el entorno comunitario para así responder a las especificidades de la realidad territorial y potenciar el acercamiento a los ciudadanos y pacientes. La interacción de los ciudadanos con las organizaciones sanitarias plantea exigencias que posiblemente nos ayudarán a superar las tendencias a la burocratización y deshumanización de la asistencia.







Para poder responder, las organizaciones sanitarias deben contar con un buen gobierno y una buena dirección, que sean capaces de generar los recursos necesarios para mantener la autonomía financiera y la autonomía de gestión, que se doten de estructuras y de instrumentos de gestión flexibles para adaptarse a nuevos entornos y a nuevas necesidades, que refuercen la gestión de las personas y la gestión del conocimiento. Y es necesario que la Administración contrapreste adecuadamente los servicios que contrata, aplicando el principio de subsidiariedad, y que disponga de unos sistemas de asignación y de pago que incentiven el cumplimiento eficiente y sostenible de los objetivos de política sanitaria y que favorezcan una cadena coherente de incentivos entre todos los agentes del sector.

Se debe dar valor a lo que aporta la autonomía de gestión de las organizaciones, sin caer en la tentación de hacer regulaciones que comporten una pérdida de flexibilidad del sistema. Las experiencias y las buenas prácticas de las organizaciones deben poder compartirse mediante alianzas estratégicas, sistemas de participación de los profesionales en la gestión y la innovación en la gestión de recursos.

Cataluña dispone del modelo, de los instrumentos y del compromiso de todas las partes ó la Administración sanitaria, las organizaciones y las empresas del sector, los profesionales y los ciudadanos só para que todo ello sea posible. El requisito básico es que todos juntos compartamos los desafíos y las oportunidades de este nuevo entorno, y los afrontemos con rigor, exigencia y confianza.

Por último, y a modo de resumen, he recogido unas palabras de Albert Einstein que siguen muy vigentes: «La crisis es la mejor bendición que puede sucederle a personas y países, porque la crisis trae progresos. La creatividad nace de la angustia como el día nace de la noche oscura. En la crisis nacen la inventiva, los descubrimientos y las grandes estrategias. Quien supera la crisis se supera a sí mismo sin quedar superado. Pero quien atribuye a la crisis sus fracasos y sus penurias violenta su propio talento y respeta más a los problemas que a las soluciones. La verdadera crisis es la crisis de la incompetencia. El inconveniente de las personas y de los países es la pereza en buscar salidas y soluciones. Sin crisis no hay desafíos, sin desafíos la vida es una rutina, una agonía lenta. Sin crisis no hay méritos. En la crisis aflora lo mejor de cada cual, porque sin crisis cualquier viento es una caricia. Hablar de crisis es promoverla, y callar en la crisis es exaltar el conformismo. En vez de eso, trabajemos duro. Acabemos de una vez con la única crisis amenazadora, que es la tragedia de querer luchar por superarla».





# De la competencia a la colaboración. Experiencia en la integración asistencial en Cataluña

Ingrid Vargas, M. Luisa Vázquez y Diana Henao, Servicio de Estudios y Prospectivas en Políticas de Salud del Consorcio Hospitalario de Cataluña

Joan Farré, director general técnico del Consorcio Hospitalario de Cataluña

Los problemas de coordinación en los sistemas de salud han dado paso, después de décadas de promoción de la competencia, a políticas que priorizan la coordinación y el trabajo en red entre proveedores de salud como vía de mejora de la eficiencia del sistema y la continuidad de la atención. En este artículo se analiza la experiencia desarrollada en Cataluña por las organizaciones sanitarias integradas, a partir de un estudio de casos, basado en una metodología cualitativa, mediante el análisis profundizado de documentos y entrevistas. Los resultados muestran similitudes y diferencias en las organizaciones que presentan varios grados de integración asistencial. Asimismo, se identifican barreras y oportunidades para la mejora de la coordinación asistencial, que permiten definir algunas líneas de futuro desarrollo del trabajo en red de las organizaciones sanitarias en Cataluña.

## Introducción

La separación de funciones y la introducción de mercados internos fueron unas de las reformas sanitarias más promovidas en los sistemas nacionales de salud de países como Suecia, el Reino Unido, Finlandia, Italia y España, en las décadas de los años ochenta y noventa del siglo pasado. En los últimos años, sin embargo, se observa una tendencia al abandono de estas estrategias de promoción de la competencia, a favor de políticas que priorizan la coordinación y el trabajo en red entre proveedores de salud, como vía para mejorar la eficiencia del sistema y la continuidad de la atención. La mayoría de los sistemas de salud de nuestro entorno evidencian importantes problemas de coordinación entre niveles asistenciales, que se expresan en la ineficiencia de la gestión de recursos<sup>1-6</sup>, la pérdida de continuidad en los procesos asistenciales<sup>2,4;7;8</sup> y la disminución de la calidad de la atención prestada<sup>1;4;6;9</sup>.

Entre las respuestas organizativas surgidas en varios países, hay que destacar las **organizaciones sanitarias integradas** (en adelante OSI)<sup>10</sup>, es decir, redes de servicios de salud que ofrecen una atención coordinada gracias a un continuo de prestaciones a una población determinada y que se responsabilizan de los costes y de los resultados en salud<sup>11</sup>. Los objetivos finales de estas organizaciones son la mejora de la eficiencia global y la continuidad en la provisión mediante la coordinación de servicios.





Las OSI aparecieron principalmente en países con sistemas de salud privados fragmentados, como Estados Unidos, y en países con sistemas de seguro social, gestionados por múltiples aseguradoras, que han integrado a aseguradoras y proveedores en organizaciones de *managed care* que compiten por la obtención de afiliados<sup>12</sup>. En esta última década también han surgido algunas OSI en Cataluña<sup>13</sup>, con un sistema nacional de salud que separa las funciones y diversifica la titularidad de la provisión.

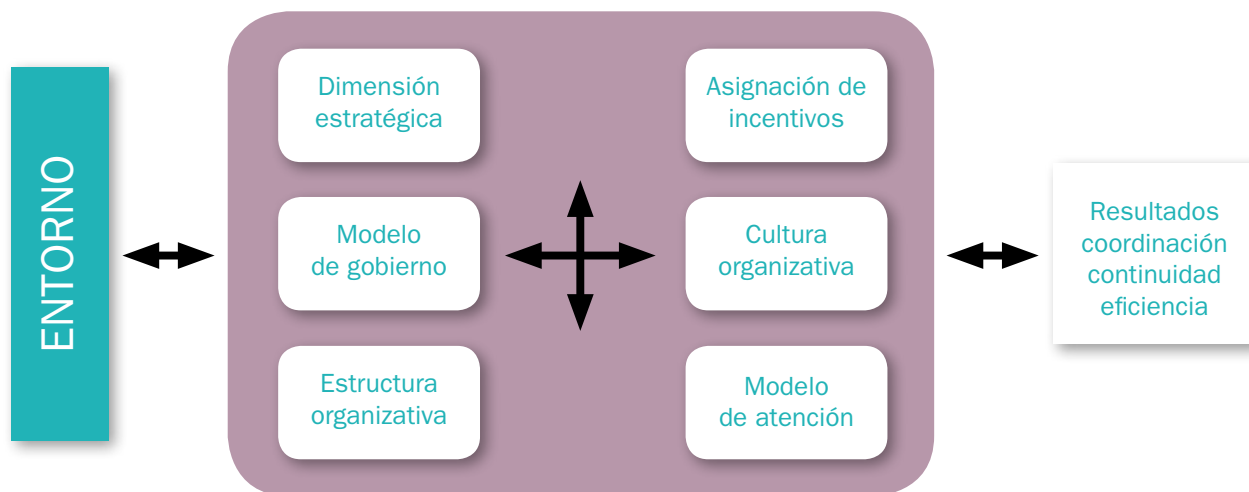
Se pueden diferenciar varios tipos de OSI<sup>11:14:15</sup> según sus características básicas:

- Amplitud y profundidad de la integración de los servicios (integración horizontal y vertical).
- Nivel de producción interna de servicios (integración total, casi integradas y no integradas).
- Forma de relación entre las entidades que la constituyen (real y virtual)<sup>14:16</sup>.

Las evaluaciones que hasta ahora se han llevado a cabo no son concluyentes sobre la relación entre los tipos de OSI y el desempeño de sus funciones. Sin embargo, parece que existe un consenso con relación a los factores externos (población, otros proveedores en el territorio, sistema de compra) e internos que influyen en los resultados<sup>11:16:17</sup> (figura 1):

- a. Un gobierno con un rol estratégico y una visión global del sistema y de las necesidades de la población<sup>18:19</sup>.
- b. Unos objetivos y unas estrategias globales compartidos en toda la red asistencial<sup>19</sup>.
- c. Una estructura orgánica con mecanismos que fortalezcan la comunicación entre los servicios implicados en la atención de los pacientes<sup>20</sup>.
- d. Una cultura común con valores orientados hacia la colaboración, el trabajo en equipo y la obtención de resultados<sup>21</sup>.
- e. Unos líderes que promuevan la integración<sup>22</sup>.
- f. Un sistema de asignación interna de recursos que incentive la equiparación de los servicios con los objetivos globales de la red<sup>11</sup>.
- g. Un modelo de atención que establezca roles, tipo de colaboración y mecanismos de coordinación entre niveles adecuados para la atención.

**Figura 1. Modelo de análisis de las OSI**



Fuente: Modificado de Vázquez et al.<sup>25</sup>

En Cataluña, la multiplicidad de entidades implicadas en la provisión de servicios de salud dio lugar, a lo largo de los años, a organizaciones para la gestión conjunta de las entidades. Se encuentran ejemplos de integración horizontal y de integración vertical. Los ejemplos más frecuentes de integración horizontal son las fusiones entre hospitales de enfermos agudos de la red de utilización pública. El inicio de los casos de integración vertical se sitúa en la década de los noventa, a partir





de la aprobación de la Ley de ordenación sanitaria de Cataluña, que posibilitó la cesión de la gestión de los nuevos equipamientos de atención primaria a proveedores ajenos al Instituto Catalán de la Salud (ICS); la mayoría eran hospitales de agudos concertados. La agrupación bajo la misma gestión de un hospital de enfermos agudos, un centro de enfermos crónicos y un equipo de atención primaria fue el embrión de las OSI<sup>23</sup>. Actualmente, en el año 2009, en Cataluña se identifican veinte OSI en la red concertada (tabla 1).

**Tabla 1. Organizaciones que integran el continuo asistencial en Cataluña**

1. Althaia ñ Red Asistencial de Manresa
2. Badalona Servicios Asistenciales (BSA)
3. Consorcio Sanitario de Terrassa (CST)
4. Consorcio Sanitario del Maresme (CSM)
5. Consorcio Sanitario Integral (CSI)
6. Corporación de Salud del Maresme y La Selva (CSMS)
7. Corporación Sanitaria Clínico
8. Corporación Sanitaria Parc Taulí
9. Fundación Privada Hospital de CampdevànoI
10. Fundación Privada Hospital Sant Jaume, de Olot
11. Fundación Privada Hospital de Puigcerdà
12. Fundación Salud Empordà
13. Gestión de Servicios Sanitarios (GSS)
14. Grupo SAGESSA
15. Instituto de Asistencia Sanitaria (IAS)
16. Instituto Municipal de Asistencia Sanitaria (IMAS)
17. Mutua de Terrassa. Mutualidad de Previsión Social
18. Servicios de Salud Integrados del Baix Empordà (SSIBE)
19. Servicio Aranés de Salud
20. Red Sanitaria y Social de Santa Tecla

Dado el escaso número de estudios sobre la integración asistencial en nuestro entorno, generalmente limitados a aspectos parciales, en 2004 el Consorcio Hospitalario de Cataluña inició una amplia investigación sobre organizaciones sanitarias integradas en Cataluña<sup>24-28</sup>, para profundizar en la complejidad de un fenómeno poco analizado y con vistas a proporcionar elementos para la interpretación de resultados de investigaciones posteriores<sup>29</sup>.

En este artículo se presenta un resumen de los principales resultados del estudio y se identifican áreas futuras de desarrollo para el sector de la salud en Cataluña.

## Metodología

**Diseño del estudio.** Se hizo un estudio cualitativo, exploratorio y descriptivo basado en un estudio de casos de seis OSI en Cataluña. El análisis siguió un marco teórico y una guía<sup>24</sup> previamente elaborados.

**Muestra.** Se hizo una muestra teórica en dos etapas<sup>30</sup>.

En la primera se seleccionaron los casos aplicando los criterios siguientes (tabla 2):

- Proveedor integrado verticalmente.
- Más de cinco años de gestión conjunta.
- Presta atención a una población definida.
- Cuenta con un hospital comarcal.





**Tabla 2. OSI seleccionadas, unidades operativas que la componen, comarcas donde se sitúan y población de referencia (2004)**

| OSI  | Unidades operativas  | Comarcas   | Población de referencia (h.) |
|--|--|--|------------------------------|
| Badalona Servicios Asistenciales               | 5 ABS<br>1 hospital comarcal<br>1 centro sociosanitario<br>1 CASSIR  | Barcelonès   | 108.869*                     |
| Consortio Sanitario del Maresme                | 3 ABS<br>1 hospital de referencia<br>1 centro sociosanitario<br>1 CSM infantil y adultos<br>1 residencia<br>1 CASS                 | Maresme  | 217.934*                     |
| Consortio Sanitario de Terrassa                | 4 ABS<br>1 hospital de referencia<br>1 centro sociosanitario   | Terrassa   | 134.446                      |
| Corporación de Salud del Maresme y La Selva    | 5 ABS<br>2 hospitales generales<br>3 centros sociosanitarios<br>1 residencia   | Maresme<br>Selva Marítima  | 178.685*                     |
| Grupo SAGESSA                                  | 5 ABS<br>2 hospitales comarcales<br>1 hospital de referencia<br>1 hospital de agudos<br>2 centros sociosanitarios<br>6 residencias | Baix Camp, Baix Ebre, Montsià, Priorat, Ribera d'Ebre y Terra Alta | 312.642**                    |
| Servicios de Salud Integrados del Baix Empordà | 4 ABS<br>1 hospital comarcal<br>1 centro sociosanitario<br>2 residencias de atención a la dependencia                              | Baix Empordà   | 118.137*                     |

ABS: Área básica de salud.

CSM: Centro de salud mental.

CASS: Centro de atención y seguimiento de las drogodependencias.

\* Población de referencia hospitalaria.

\*\* Población total de los municipios con centros de SAGESSA.

En la segunda etapa, se seleccionó una muestra teórica de documentos y de informantes (tabla 4) que pudieran proporcionar información sobre las dimensiones de análisis (tabla 3):

- Directivos de las OSI y de sus unidades operativas.
- Técnicos de apoyo.
- Personal de atención primaria y especializada.

**Tabla 3. Muestra de documentos analizados en las diferentes OSI**

| Tipo de documento                  | BSA | CSM | CST | CSMS | SAGESSA | SSIBE |
|------------------------------------|-----|-----|-----|------|---------|-------|
| Estatutos                          | 3   | 5   | 2   | 2    | 3       | 2     |
| Memorias                           | 4   | 9   | 3   | 2    | 2       | 1     |
| Escrituras, actas de constitución  | 2   | 0   | 0   | 0    | 0       | 1     |
| Contratos y la evaluación de éstos | 7   | 3   | 1   | 13   | 3       | 3     |





|  |           |           |           |           |           |           |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Convenios  | 1         | 0         | 1         | 1         | 2         | 1         |
| Organigrama  | 1         | 1         | 1         | 1         | 1         | 1         |
| Planes estratégicos, de empresa, funcionales, documentos estratégicos                    | 2         | 4         | 7         | 2         | 3         | 10        |
| Cuadros de mando   | 3         | 0         | 1         | 0         | 0         | 1         |
| Actas (gobierno, comités de dirección)   | 0         | 6         | 60        | 6         | 2         | 3         |
| Manuales de modelo organizativo**  | 0         | 2         | 3         | 2         | 3         | 2         |
| Presupuestos, centros de coste   |           | 3         | 2         | 3         | 1         | 2         |
| Modelo organización asistencial**  | 3         | 3         | 1         | 3         | 4         | 3         |
| Instrumentos de coordinación asistencial (GPC*, trayectorias clínicas, comisiones, etc.) | 8         | 8         | 2         | 18        | 3         | 3         |
| Programa de gestión de enfermedades  | 0         | 0         | 1         | 0         | 0         | 1         |
| Manual sistema de información**  | 3         | 3         | 0         | 4         | 0         | 1         |
| Manual circuito administrativo**   | 1         | 0         | 0         | 1         | 0         |           |
| Política de incentivos   | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 3         |
| Publicaciones  | 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: Guías de práctica clínica.

\*\*Todos los documentos analizados se han incluido aunque no sean manuales (presentaciones, resúmenes, cuadros, etc.).

**Tabla 4. Muestra de informantes para el análisis de la coordinación y la cultura organizativa**

| Grupos de informantes |                                  | BSA | CSM | CST | CSMS | SAGESSA | SSIBE | Total     |
|-----------------------|----------------------------------|-----|-----|-----|------|---------|-------|-----------|
| Directivos            | Asistencial                      | 3   | 3   | 3   | 2    | 3       | 1     | <b>15</b> |
|                       | No asistencial                   |     |     |     | 1    |         | 2     | <b>3</b>  |
| Profesionales         | Atención primaria                | 1   | 1   | 1   | 1    | 2       | 2     | <b>8</b>  |
|                       | Atención especializada de agudos | 2   | 3   | 3   | 2    | 1       | 1     | <b>12</b> |
|                       | Atención sociosanitaria          | 1   |     |     | 1    |         | 1     | <b>3</b>  |

El tamaño final de la muestra se consiguió por saturación, es decir, cuando la realización de una entrevista adicional no aportaba información nueva.

**Técnicas de recogida de datos.** Se realizó el análisis de documentos y entrevistas individuales semiestructuradas. Se analizó el contenido de los documentos seleccionados para estudiar las características básicas de las organizaciones, su entorno, tipo de gobierno, objetivos y estrategias, su estructura organizativa, el sistema de asignación y los incentivos e instrumentos de coordinación entre niveles asistenciales. Se realizaron entrevistas individuales semiestructuradas con guía<sup>31</sup> para la obtención de las opiniones de los entrevistados sobre la coordinación y la cultura de las organizaciones en el nivel de los valores expuestos<sup>32</sup>, así como para complementar la información conseguida del análisis de documentos sobre la evolución histórica, el entorno y los elementos internos. La guía constaba de una parte común y otra específica, según el grupo informante. Las entrevistas, de una duración de entre 60 y 90 minutos, se grabaron y se transcribieron literalmente. La información se recogió desde el mes de mayo de 2004 hasta el mes de julio de 2006.





**Análisis de los datos y calidad de la información.** Se analizó el contenido de los datos procedentes de las entrevistas individuales y los documentos. Se segmentaron los datos por caso y dimensión, y se generaron las categorías de análisis de forma mixta, a partir de los guiones elaborados y de los temas emergentes de entrevistas y documentos. La calidad de los datos se aseguró mediante la discusión de los resultados con los informantes y la triangulación de la información por medio de comparaciones entre varios grupos de informantes, diferentes técnicas de recogida de datos y varios investigadores en el análisis de los datos.

## Resultados y discusión

### Los tipos de organizaciones sanitarias integradas

Las OSI estudiadas muestran similitudes en algunas características (amplitud, profundidad y producción interna de los servicios) y se diferencian en las formas de relación interorganizativa. Sobre la base de esta diferencia se pueden configurar dos tipos de OSI: las OSI con integración real y las OSI con integración virtual. Las primeras, que agrupan a los servicios bajo una única titularidad<sup>1</sup>, adoptaron el consorcio de gestión como fórmula interorganizativa, mientras que las segundas, que agrupan a entidades que mantienen titularidades jurídicas diferentes, se relacionan mediante las fórmulas de asociación de interés económico (AIE) y convenios de gestión, desarrollados para poder compartir los servicios de apoyo. En este segundo grupo además se establecen varios vínculos entre las entidades que gestionan la atención primaria y la hospitalaria, como son los consorcios locales y sociedades limitadas. Todas las OSI analizadas son *organizaciones sanitarias integradas verticalmente hacia atrás*, es decir, surgieron desde el nivel hospitalario hacia la atención primaria. Además, dos OSI presentan *integración horizontal* en el nivel hospitalario. La integración vertical alrededor del hospital es objeto de una gran controversia<sup>5,33</sup>. Los que la defienden señalan como puntos fuertes su experiencia financiera y organizativa, mientras que los críticos se basan en que el «hospitalcentrismo» excesivo de las decisiones dentro de la red retrasa la innovación y la reasignación de recursos entre niveles asistenciales<sup>34</sup>.

Entre los elementos externos y determinantes de la constitución de las OSI en Cataluña, destacan los factores económicos, que parece que han sido el motor de la integración hospitalaria con los otros niveles asistenciales. Algunos, como la búsqueda de la contención de los costes hospitalarios (reducción de la estancia media hospitalaria, control de la demanda de consultas externas y urgencias hospitalarias, etc.) o la obtención de economías de gestión para la gestión conjunta de los centros sanitarios, podrían estar relacionados con el sistema de pago hospitalario prospectivo basado en la actividad<sup>35</sup>. Estos resultados indican que, en Cataluña, en vez de una política de integración, ha habido una política de diversificación de la titularidad de la provisión de atención primaria y, como consecuencia, muchas entidades que ya gestionaban hospitales empezaron a gestionar centros de atención primaria. La ausencia de una política de integración se refleja en la escasa planificación de este tipo de organizaciones, lo que ha generado disfuncionalidades, del tipo:

- Diferentes poblaciones de referencia para los diferentes niveles asistenciales.
- Una política inadecuada de compra de servicios en la que los mecanismos de pago y los objetivos por línea asistencial son contrarios a los objetivos de eficiencia global y de coordinación entre los diferentes niveles.

### Elementos organizativos que favorecen y que obstaculizan la coordinación asistencial en las OSI analizadas

El **modelo de gobierno** de las organizaciones analizadas se determina por la forma de relación interorganizativa que han adoptado: las OSI con integración vertical en la propiedad tienen un único órgano de gobierno centralizado, mientras que las OSI virtuales tienen múltiples gobiernos. Estos órganos de gobierno muestran algunos elementos que favorecen la gobernabilidad de la red<sup>19</sup>, mediante, por ejemplo, el uso de mecanismos para la mejora de la coordinación en organizaciones con gobierno múltiple, como la presencia, al mismo tiempo, de algunos de sus miembros en diferentes órganos o la designación de un único gerente, que participa, con voz pero sin voto, en los diversos gobiernos.

1 Badalona Servicios Asistenciales integró todos los servicios bajo una misma titularidad a finales del año 2005, y adoptó la forma jurídica de sociedad anónima.





Entre los factores que dificultan la coordinación asistencial destacan:

- El papel pasivo y sancionador de los gobiernos en la formulación de estrategias y políticas.
- La insuficiente evaluación de la actuación de la organización por parte de estos órganos.
- La perspectiva municipal, en detrimento de una visión territorial más amplia, de los políticos que participan en ella, así como la falta de representatividad de todos los municipios del área de referencia.

Se observa un discurso muy similar en las [estrategias y objetivos](#) de las organizaciones analizadas. Casi todas recogen en sus documentos estratégicos los elementos que definen una organización sanitaria integrada, destacan la coordinación y la eficiencia como objetivos que deben alcanzarse, y proponen estrategias similares para conseguirlos (diseños organizativos por niveles, sistemas de información integrados, estandarización de procesos o alianzas con proveedores del territorio). Estas características de las estrategias y los objetivos, que constituyen uno de los puntos fuertes, en la medida en que aportan un vínculo común a las acciones de la organización<sup>11</sup>, pierden su efecto en algunas de las OSI analizadas debido a la limitada traducción en objetivos específicos e incentivos para las unidades que forman la red (hospital, centro de atención primaria, etc.).

En cuanto a la [estructura organizativa](#), aunque las OSI analizadas partían inicialmente de una estructura divisional en el momento de su constitución (la división coincidente con un nivel asistencial), evolucionaron por caminos diferentes y en el momento del análisis se podían distinguir tres tipos de diseño organizativos:

1. Divisional.
2. Funcional con integración de la dirección asistencial.
3. Funcional con integración de la dirección asistencial por niveles transversales.

Con independencia del modelo organizativo adoptado, todas las OSI presentan una integración funcional, es decir, tienen la coordinación de las funciones y actividades de apoyo de las unidades operativas bajo una misma dirección. Ésta es una condición importante para la integración asistencial<sup>11</sup>. Para coordinar las funciones de dirección, las organizaciones se han dotado de mecanismos que varían en lo referente al grado y al tipo según el diseño organizativo: *comités permanentes* para la coordinación de la dirección de la OSI en todos los casos; *directivos integradores*, en las estructuras divisionales para la coordinación de las direcciones asistenciales de los diferentes niveles, y *comités permanentes*, *directivos integradores* y *puestos de enlace* en las integraciones asistenciales por nivel con la finalidad de coordinar los servicios que se incluyen en éstas.

Si nos referimos al [sistema interno de asignación de recursos](#), se observa una diferencia entre las OSI con integración real, que integran los recursos que reciben y elaboran un presupuesto global para toda la organización, y las OSI con integración virtual, con un presupuesto para cada una de las entidades que la forman. Entre las ventajas de tener un presupuesto global, podemos destacar que permite una mayor flexibilidad para la transferencia de recursos, y también que permite mayor facilidad para que las diferentes unidades perciban que tienen un presupuesto común y, por lo tanto, que sus decisiones generan gastos directos e indirectos en el resto de los niveles asistenciales. Sin embargo, incluso en las organizaciones con flexibilidad para transferir internamente recursos entre los diferentes niveles, es escasa la utilización de mecanismos para alinear los objetivos de las unidades con los objetivos globales, y para incentivar su coordinación (algunas utilizan contratos de gestión internos e incentivos a profesionales ligados a objetivos corporativos).

Esta debilidad podría estar relacionada con la falta de integración en la compra de servicios de salud en Cataluña, tanto con relación a los incentivos que generan los diferentes mecanismos de pago utilizados en cada uno de los niveles asistenciales como con relación a los objetivos de compra establecidos<sup>7:36</sup>.

En cuanto a la [cultura organizativa](#), los directivos y los profesionales expresan la importancia atribuida y la buena disposición para la coordinación y el trabajo en equipo (valores considerados esenciales para el fortalecimiento de la integración asistencial<sup>37</sup>). Pero tanto unos como otros perciben que en las OSI el trabajo en equipo se realiza en el mismo nivel asistencial y que sólo ocasionalmente se realiza entre niveles. Los informantes identifican el trabajo en grupo permanente entre niveles sólo en las OSI con integración asistencial por niveles. Otro punto débil que presentan







la mayoría de las OSI en la cultura organizativa es que los profesionales desconocen la misión y los objetivos de la organización, y, en algunos casos, incluso están en desacuerdo. A diferencia de los directivos, la mayoría de los profesionales se refieren a objetivos del propio nivel asistencial y, principalmente, a los objetivos del comprador de servicios, que perciben como impuestos. La implantación de los objetivos y las estrategias, centradas en la coordinación en las organizaciones, requiere, sin embargo, la aceptación y el compromiso de sus miembros<sup>32</sup>.

### La coordinación asistencial en las OSI

Aunque las OSI analizadas comparten un modelo asistencial (están integradas en un sistema nacional de salud, basado en la atención primaria como vía de entrada e incluyen en su discurso la necesidad de fortalecer la atención primaria), se aprecian diferencias en el liderazgo en cuanto a la gestión de los pacientes en el continuo asistencial: hay quienes la asignan al equipo de atención primaria y otros la traspasan al especialista. Así, en el análisis de la coordinación asistencial en procesos crónicos, como la demencia o la EPOC, o estrategias de gestión compartida, como por ejemplo la atención domiciliaria, se identifican organizaciones que han asignado este papel al equipo de atención primaria y otros en los que lo realiza la atención especializada.

Los directivos y los profesionales de las organizaciones analizadas coinciden en considerar que la coordinación asistencial es *complicada pero necesaria*. Atribuyen la complejidad a elementos externos, como la diversidad en la titularidad de los proveedores de un territorio que no se conocen entre sí y que no comparten información sobre los pacientes, o bien el sistema de pago, que no incentiva la coordinación. También lo atribuyen a elementos internos, como las diferencias en los entornos de trabajo y las perspectivas de los profesionales de los diferentes niveles, la falta de recursos humanos y físicos y la escasez de tiempo para poder coordinarse, dada la presión asistencial.

Del análisis de los instrumentos de coordinación asistencial entre niveles destaca la similitud de los mecanismos utilizados por todas las organizaciones. En todos los casos, aunque con mayor o menor extensión, destaca el acento en los mecanismos basados en la normalización de los procesos de trabajo (guías de práctica clínica, criterios de derivación y circuitos administrativos) y en la normalización de las habilidades (sistema experto). Los mecanismos basados en la retroalimentación (adaptación mutua: grupos de trabajo y lugares de encuentro) están menos extendidos y generalmente se han desarrollado para coordinar la transición entre el nivel sociosanitario y el resto de los niveles. Llama la atención que se dan pocos mecanismos de adaptación mutua entre la atención primaria y la especializada, que son los más valorados por los profesionales de las organizaciones<sup>38</sup>, y según la bibliografía, son los más eficaces para coordinar procesos asistenciales de tipo crónico con participación de diferentes servicios y tareas interdependientes<sup>39</sup>, o procesos con un grado elevado de incertidumbre, que requieren un volumen de información también elevado<sup>40</sup>. Entre la atención primaria y la especializada de enfermos agudos, el teléfono y el correo electrónico son los instrumentos más utilizados por las organizaciones para la comunicación entre los profesionales. Con relación a la coordinación de la información de los pacientes a lo largo de los servicios que constituyen el continuum también se detectan importantes diferencias, con varios grados de integración, de volumen de información compartida y capacidad de acceso desde los diferentes niveles del sistema.

Los directivos y los profesionales coinciden en valorar positivamente los mecanismos de coordinación implantados en las OSI analizadas. Sin embargo, en la mayoría de los casos los profesionales opinan que los instrumentos desarrollados son insuficientes, desconocidos o poco utilizados. En la mayoría de los casos los entrevistados opinan que se ha elaborado un gran número de guías de práctica clínica compartida pero que no se utilizan tanto como sería conveniente por problemas de implantación y también de difusión. Las estrategias donde los especialistas actúan como expertos de referencia para médicos de primaria son valoradas como uno de los mecanismos básicos para el conocimiento mutuo y para evitar derivaciones innecesarias, pero señalan que la dificultad a la hora de utilizarlas es la falta de tiempo dada la excesiva presión asistencial. En las organizaciones que disponen de historia clínica compartida, coinciden en que ésta facilita el acceso a la información de los pacientes. Sin embargo, algunos profesionales identifican problemas de uso: la agilidad del sistema es limitada, faltan criterios unificados y no se cuenta con la informatización de algunos





servicios hospitalarios. Consideran que el teléfono y el correo electrónico son instrumentos valiosos para comunicar y solucionar dudas sobre el tratamiento de pacientes, y se registra una diversidad de opiniones sobre su accesibilidad, su rapidez de respuesta y su grado de utilización.

## Conclusiones y recomendaciones

La coordinación asistencial se ha convertido en un objetivo prioritario de los sistemas públicos de salud para proporcionar una atención adecuada a la población que requiere la intervención de múltiples servicios. En este sentido, debe destacarse que las OSI no son un objetivo en sí, sino una estrategia de trabajo en red, entre otras posibilidades, para la mejora de la continuidad asistencial y la eficiencia global, en la medida en que sean capaces de crear un entorno que favorezca la colaboración entre los profesionales de los diferentes niveles de atención. Por ello es necesaria la presencia de varios elementos que fortalezcan la colaboración y la integración funcional y que determinen el nivel en que la organización se encuentra dentro del proceso de integración asistencial. El estudio realizado muestra organizaciones que se encuentran en diferentes etapas de desarrollo. Las OSI también son una estrategia para mejorar el acceso a los servicios de salud<sup>41</sup>. Pero es importante aclarar que la contribución de este tipo de organizaciones en el acceso depende del grado en que el sistema de salud garantice tanto su financiación como el acceso real de la población a la atención de la salud. En los sistemas nacionales de salud con acceso universal, la introducción de las OSI podría generar problemas de inequidad en el acceso, si en un territorio no se mantiene el mismo grado de coordinación dentro y fuera de la red con los demás proveedores que forman el sistema de salud.

El análisis realizado con relación a los casos de estudio desprende varias áreas de desarrollo para la mejora de la eficacia del trabajo en red en el sistema de salud de Cataluña.

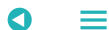
En primer lugar, hay que evolucionar hacia un modelo de financiación que promueva la integración asistencial. La falta de integración en la compra de servicios de salud en Cataluña<sup>33</sup> y los escasos incentivos que generan los mecanismos de pago a la coordinación y a la eficiencia global<sup>33</sup> se manifiestan de manera notable cuando el proveedor es una organización sanitaria integrada. La financiación per cápita como mecanismo de asignación de los recursos en este tipo de organizaciones podría ser un paso para la superación de las barreras del sistema actual de pago, sin embargo, para esta finalidad, tendrían que modificarse los aspectos esenciales en el diseño del modelo de compra propuesto<sup>38</sup>.

En relación con la organización de la atención, se debería plantear si es deseable argumentar la implicación de los gobiernos en las decisiones estratégicas de las organizaciones y, en caso afirmativo, desarrollar mecanismos para mejorar su desempeño estratégico: información y formación de sus miembros y una evaluación apropiada del trabajo de la organización. Igualmente y para fortalecer la responsabilidad con relación a la población atendida, debería mejorarse el conocimiento de las necesidades de la población, con la incorporación de la perspectiva de todos los municipios del área de referencia de la OSI, así como estimular la coordinación con otras entidades proveedoras del territorio a través de los respectivos gobiernos.

En relación con la estructura organizativa, las OSI deberían evolucionar más allá de la integración funcional conseguida e implantar un mayor número de dispositivos de enlace que garanticen la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales. Además, para mejorar la coordinación asistencial, no es suficiente con la utilización de un único instrumento, sino que debe utilizarse una combinación de instrumentos de varios tipos que aborden cada uno de los elementos de la coordinación de la información y la gestión de los pacientes.

Por último y para mejorar el trabajo en red, en primer lugar, las OSI, además de implantar mecanismos de coordinación basados en la retroalimentación, deberían concentrar los esfuerzos en la creación de las condiciones laborales apropiadas para poder utilizarlos, y fortalecer el desarrollo de valores de colaboración y trabajo en equipo entre los niveles. En segundo lugar, como agentes de un sistema nacional de salud, deberían introducir estrategias y mecanismos de coordinación para trabajar en red con todos los proveedores del territorio, y si fuese necesario fuera del territorio, y no exclusivamente dentro de las propias organizaciones.





## Agradecimientos

Los autores agradecen en primer lugar a los directivos y profesionales que, generosamente, han querido compartir su tiempo con nosotros y nos han dado sus opiniones, en las que se basa el estudio. A Jordi Coderch-Lassaletta, de Servicios de Salud Integrados Baix Empordà; Luis Colomé, del Grupo SAGESSA; Josep Ramon Llopart, de Badalona Servicios Asistenciales; Jordi Valls, de la Corporación de Salud del Maresme y La Selva; Albert Verdaguer, del Consorcio Sanitario del Maresme, y Rosa Ruiz, del Consorcio Sanitario de Terrassa, por su participación en la coordinación del estudio a nivel de las instituciones. Asimismo, agradecen la colaboración al grupo de expertos formado por Vicente Ortún, Francesc Moreu, Manel del Castillo, Encarna Grifell, Antoni Anglada, Joan Miquel Carbonell y Olga Pané. Hacen extensivo su agradecimiento al Ministerio de Sanidad y Consumo, por haber otorgado el fondo FIS (PI042688), y al Consejo Comarcal del Barcelonès, que ha contribuido a financiar este estudio.

## Referencias bibliográficas

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», en *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 proveedoras 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», en Van Raak A.; MUR-VEEMAN, I.; HARDY, B.; STEENBERGEN, M.; PAULUS, A (editores). *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 Sanidad en Cataluña: situación actual y perspectivas de futuro. Memoria Económica de Cataluña: año 2002*. Barcelona: Cámara Oficial de Comercio, Industria y Navegación 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. (editores). *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: Consorcio Hospitalario de Cataluña, 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: Universidad Autónoma de Barcelona, 2005.
31. PATTON, Q. *Qualitative evaluation and research methods*. Londres: 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 sanidad en Cataluña: situación actual y perspectivas de futuro*. 2004.
35. Servicio Catalán de la Salud. *Memoria de actividad 2001*. Barcelona: Servicio Catalán de la Salud, 2002.
36. ORTÚN, V.; LÓPEZ, G.; PUIG-JUNOY, J.; SABÉS, R. «El sistema de financiación capitativo: posibilidades y limitaciones». *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.; BROSA, F.; CASAS, E. «Impacto de un sistema de compra capitativo en la coordinación asistencial». *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 prensa).





# El proceso de transformación del Instituto Catalán de la Salud

Enric Argelagués, director gerente del Instituto Catalán de la Salud

La transformación del Instituto Catalán de la Salud (ICS) en empresa pública ha comportado la introducción de unos cambios fundamentales, como por ejemplo la dirección de la empresa mediante el Consejo de Administración y la participación de los profesionales en la toma de decisiones, tanto en las juntas clínicas como en el Consejo de Participación de los Profesionales. También ha introducido la reingeniería de procesos, la modernización de los sistemas de información y gestión, el Plan estratégico de base territorial, la visión del ICS como red asistencial que permite establecer colaboraciones y alianzas con otros proveedores del sistema, el proyecto de autonomía de gestión de los equipos de atención primaria y, en definitiva, ha implicado una apuesta por la gestión de los servicios sanitarios públicos desde una perspectiva de calidad, eficiencia y cuidado de los profesionales, estrictamente de acuerdo con las prioridades del Departamento de Salud.

## Quiénes somos

El ICS fue creado en el año 1983 como ente gestor de la Seguridad Social, al producirse los traspasos de competencias en materia sanitaria a la Generalitat de Catalunya. Desde entonces, la evolución del marco jurídico, tanto el estatal como el catalán, requiere un cambio en las funciones y la naturaleza jurídica del ICS. En el mes de julio de 2007, el Pleno del Parlamento de Cataluña aprobó por consenso la Ley 8/2007, del Instituto Catalán de la Salud, que lo transforma en empresa pública y adecua su organización para dar una mejor respuesta a las necesidades de salud de los ciudadanos. Y todo ello se ha llevado a cabo con una perspectiva integrada en el modelo sanitario catalán y en colaboración con el resto de los proveedores de la red para garantizar la continuidad de la atención. Con esta ley, el ICS pasa a ser un instrumento de la política sanitaria de la Generalitat de Catalunya en el campo de la producción y la provisión de servicios sanitarios.

Con un presupuesto para el año 2009 de 2.702 millones de euros y una plantilla de más de 41.000 profesionales, el ICS es la empresa pública de servicios sanitarios más grande de Cataluña y presta atención sanitaria a casi seis millones de usuarios, el 76% del total de asegurados en Cataluña.

El ICS desarrolla una gran actividad científica gracias a sus nueve institutos de investigación integrados en los centros hospitalarios y de atención primaria. Tres de ellos óel Instituto de Investigación del Hospital Universitario Vall d'Hebron, el Instituto de Investigación Biomédica de Bellvitge y





el Instituto de Investigación en Ciencias de la Salud Germans Trias i Pujoló están acreditados por el Instituto de Salud Carlos III, del Ministerio de Sanidad y Consumo. Este reconocimiento como centros de excelencia sitúa al ICS en una posición de vanguardia en todo el Estado en el ámbito de la investigación biomédica.

El ICS forma a más de dos mil especialistas de cuarenta y cinco especialidades diferentes en ciencias de la salud. También acoge a más de tres mil alumnos de pregrado de medicina, enfermería, odontología y otras especialidades. Además, realiza una intensa actividad en formación continuada para todos los colectivos de profesionales.

Con todos estos activos, el ICS quiere potenciar su función vertebradora e integradora con los diferentes proveedores de Salud, y tiene como principal objetivo trabajar por la continuidad y la eficiencia en la atención a los ciudadanos, a partir de la coordinación y la complementariedad de todos los operadores de salud con la atención primaria, de la que es su proveedor principal.

## Qué hacemos

Si nos referimos a la innovación y la modernización, actualmente nuestra empresa está inmersa en un importante proceso de gestión del cambio. La actual sociedad y las oportunidades que ofrecen las nuevas tecnologías permiten someter a nuestra institución a una reestructuración, tanto organizativa como en sistemas de información.

La nueva estructura organizativa de nuestra empresa gira en torno a la creación de las gerencias territoriales. La descentralización y la desconcentración territoriales de la gestión de la institución ofrecen mayor autonomía a los centros en la gestión económica, además de posibilitar una mejor atención de las necesidades específicas de salud de cada persona. El objetivo es disponer de una organización más próxima, ágil y eficiente, que permita consolidar un modelo de continuidad asistencial como eje central de las necesidades de los pacientes; la realidad social, demográfica y epidemiológica del territorio, y la realidad organizativa y de oferta de servicios, de manera que las estrategias de futuro para la empresa consideren el territorio de una manera global.

El nuevo diseño organizativo se ampara en los Estatutos de la empresa pública, aprobados por el Gobierno de la Generalitat. Debe realizarse un cambio importante en el sentido de romper la dicotomía entre la atención hospitalaria y la primaria, dos áreas que hasta ahora estaban jerárquicamente distanciadas y eran al cien por cien funcionalmente dependientes. La gestión unificada de todos los recursos de cada territorio posibilita que el ICS sea un interlocutor en la negociación de las estrategias territoriales con el CatSalut y otros proveedores, al mismo tiempo que posibilita el desarrollo de políticas e instrumentos para la integración de líneas asistenciales, a partir de la lógica de los procesos asistenciales y la cadena de valor entre los profesionales y los niveles, superando las dinámicas estructurales y burocráticas de las divisiones.

La transformación del ICS en empresa pública ha comportado la introducción de cambios fundamentales en la inercia de una organización básicamente administrativa:

- a. El gobierno de la empresa, a través de su Consejo de Administración, con una representación cualificada de profesionales y sindicatos.
- b. La participación de los profesionales en la toma de decisiones, pues además de los órganos participativos promocionados desde la gestión, como las juntas clínicas, la propia Ley establece la creación de un Consejo de Participación de los Profesionales, presidido por el presidente o presidenta del Consejo de Administración.
- c. La ordenación de la empresa y de sus recursos basada en las necesidades de los servicios asistenciales, de docencia e investigación.

Esta modernización lleva implícito un proceso de reingeniería de todos los procesos internos no asistenciales (desde la contratación hasta la logística, pasando por la compra). Así, toda la organización trabaja del mismo modo, lo más parecido posible a una empresa desde el punto de vista administrativo, y potenciando unos instrumentos para el marco de excelencia, como son el operador logístico y el proceso de compra agregada.

Otro elemento de modernización son los sistemas de información. El objetivo de este proyecto, al que hemos denominado Argos, es la integración de los sistemas de información de los hospitales





y de la atención primaria del ICS, tanto asistenciales como económicos y financieros y de recursos humanos, en una plataforma clínica única. Uno de los elementos clave en el desarrollo de este proyecto es la implementación de la historia clínica electrónica. Esta unificación hace que se establezcan bases homogéneas de comparación que nos permitan definir normas de comparación internas. La plataforma de sistemas de información clínica del ICS debe alimentar y contribuir a vertebrar territorialmente el proyecto de historia clínica compartida de Cataluña, y permitir el uso compartido de los datos para el conjunto del sistema.

El proyecto Argos, de modernización e integración de sistemas, implica la implantación en todos los hospitales del ICS de la estación clínica de trabajo sobre una plataforma SAP, con interconexión con la historia clínica de la atención primaria, ECAP, que el ICS tiene extendida en todo el conjunto de sus centros de atención primaria. En el mes de junio de 2009, cinco de los ocho hospitales del ICS también implantaron la estación clínica de trabajo.

Sin embargo, el avance del proyecto Argos implica la extensión de la digitalización de la imagen médica en todos los territorios para posibilitar que la prueba diagnóstica sea accesible en todos los sitios donde sea necesario, lo que favorece el acceso en línea y evita el desplazamiento de los usuarios. Estos sistemas digitales nos permitirán agilizar la teleconsulta, realizar el informe de las exploraciones de una manera centralizada y unificada, y favorecer la gestión de las segundas opiniones.

## Áreas de intervención

En este apartado destacamos diez grandes áreas de intervención del ICS:

1. El gobierno de la empresa, el plan estratégico corporativo y la gestión compartida con base territorial.
2. Un nuevo sistema de relación con el CatSalut: el contrato programa.
3. La integración en la estrategia institucional del enfoque hacia resultados cualitativos, la seguridad de los pacientes y la integración de procesos asistenciales.
4. Un sistema resolutivo y de trato amable, estructurado con la finalidad de garantizar la autonomía de los pacientes, su calidad de vida y la satisfacción de los ciudadanos.
5. La potenciación del papel de los profesionales en la gestión de todos los procesos internos, que favorezca el liderazgo y la participación, junto con la autonomía de gestión de los equipos de atención primaria.
6. La visión territorial y de red de los servicios, que ayude a promover la reingeniería de procesos y alianzas estratégicas con otros proveedores para continuar liderando a los servicios de atención primaria, la complejidad y el terciarismo.
7. La innovación organizativa y tecnológica, con el desarrollo de las tecnologías de la información y la comunicación.
8. La sostenibilidad de la empresa, la financiación, la mejora de la productividad y la eficiencia en la gestión, con un acento específico en los procesos e instrumentos que los profesionales requieren para los procesos de gestión clínica.
9. Las políticas de gestión de personas: los procesos de selección y la formación continuada.
10. La investigación, docencia y cultura de evaluación de la empresa.

## Algunas acciones específicas

### Proyecto de autonomía de gestión

El proyecto de autonomía de gestión del ICS consiste en la implantación de un proceso de cambio en la cultura de gestión y organización de la institución que permita a los equipos de atención primaria y a sus líderes tener capacidad de decisión sobre la gestión de los servicios y recursos, para conseguir una organización adaptada a las necesidades asistenciales, corresponsable de los resultados conseguidos (asistenciales, de satisfacción de los usuarios y económicos) y que motive el compromiso y la satisfacción de los profesionales.





El instrumento de acuerdo entre el equipo de profesionales (equipo de salud) y la empresa corporativa ICS es el acuerdo de gestión. Con él, los profesionales asumen la responsabilidad efectiva sobre los resultados obtenidos, de conformidad con los objetivos fijados, que estarán en relación con la buena práctica clínica, la gestión de pacientes y los resultados económicos. Para los diez equipos que han entrado en la fase demostrativa del proyecto en 2009, el acuerdo de gestión ya se negoció en el primer trimestre del año.

Los equipos disponen de instrumentos y recursos que les facilitan una gestión más ágil y eficaz de los procesos. El incremento de la responsabilidad sobre resultados y el compromiso con los objetivos institucionales debe implicar una asunción de riesgo efectiva y una política de incentivos específica vinculada a la consecución de sus objetivos. Es fundamental impulsar este cambio cultural y de política de recursos humanos, que fomente la participación de los profesionales en la gestión de los centros. Este proyecto nace con el mandato específico de generalizarse en el conjunto de la institución y, por lo tanto, con una apuesta decidida por la transparencia en la gestión del riesgo, que niega el comentario tan frecuente en la Administración de que los resultados más ineficientes comportan la disminución de futuros recursos.

La apuesta institucional y la implicación de todos los niveles directivos del ICS en este proyecto son muy importantes, y se ha iniciado un proceso de acompañamiento y de formación de los equipos directivos en instrumentos de gestión, apoyo para el liderazgo y el trabajo en equipo. Los equipos se han dotado de los instrumentos de gestión de calidad para acordar los proyectos que han priorizado y las actuaciones de mejora, para pasar a formar parte de un grupo pionero en acreditación de calidad en la atención primaria.

### Gestión de personas

La gestión diaria debe conseguir que todos se sientan implicados, de forma más próxima, en el funcionamiento del día a día de la organización. El ICS efectúa un notable esfuerzo para avanzar en políticas motivadoras de los profesionales, personalizando y reconociendo los resultados obtenidos a partir de una gestión más próxima, basada en el liderazgo de los responsables en las diferentes unidades, con metodologías de calidad organizativa promotoras del trabajo de equipo enfocado hacia los resultados.

Los profesionales de la empresa pública ICS, exceptuando los niveles directivos, son mayoritariamente estatutarios. Se trabaja para mejorar los procesos de selección en las convocatorias públicas y adecuarlos a las nuevas necesidades desde el punto de vista de atención basada en carteras de servicio territoriales. Al mismo tiempo, estos cambios han llevado a revisar los procesos de contratación, buscando la adecuación funcional a los puestos de trabajo, descritos según sus características funcionales.

Consideramos que el pacto con las fuerzas sociales de la empresa es un avance considerable para la flexibilidad en la distribución de la jornada laboral, que es altamente útil para conseguir mayor autonomía en el diseño de los planes funcionales de los equipos y la adaptación entre las necesidades de los servicios y las opciones personales de los profesionales.

En el ICS somos conscientes de que el cambio en la gestión de las personas es el elemento básico para poder superar las políticas que se basan más en la homogeneidad de las normas e instrucciones y que probablemente se adecuan poco a la flexibilidad necesaria en el sector de servicios. Por ello, el ICS apuesta por valorar el diálogo, la transparencia en la toma de decisiones, la formación continuada y la capacidad de pacto de objetivos en los puestos de trabajo.

### Terciarismo y complejidad

Hoy en día, y gracias a los avances en tecnología e investigación sanitaria, se aplica activamente una serie de procedimientos muy específicos relacionados con patologías concretas que obligan a la especialización de los centros que las tratan. Estas técnicas exigen un gran esfuerzo en la organización, pues implican una adaptación de los recursos para desarrollar estos procedimientos.

La definición de terciarismo en relación con la práctica de estos procedimientos intervencionistas obliga a sectorizar estas técnicas en cada territorio, y la optimización de este tipo de recursos hace que el despliegue se adecue a los diferentes planes directores del Departamento de Salud.







En este contexto, el contrato programa como herramienta de trabajo con el CatSalut nos ha ayudado a definir la posición estratégica de los tres hospitales de Barcelona y del área metropolitana, como hospitales de alto nivel de complejidad, ante el terciarismo.

Por otra parte, la posición que casi todos los hospitales del ICS ocupan en los respectivos territorios como centros de referencia implica que el ICS realiza una apuesta decidida por la atención de las patologías complejas, con técnicas innovadoras y sobre la base de la capacidad de sus profesionales, con vista a los pactos de territorio.

### Alianzas estratégicas y desarrollo de la red asistencial

En este sentido, el ICS siempre ha estado presente en las diversas pruebas piloto del sistema de financiación con base poblacional que se han implantado en el territorio, básicamente en todos los compromisos de coordinación asistenciales, sin tener en cuenta el grado de participación efectiva en la gestión del riesgo económico. La conversión del ICS en empresa pública debe permitir hacer este cambio de papel y tener una posición activa y colaboradora en las comisiones de proveedores de los gobiernos territoriales de salud definidos por el Departamento.

Nos orientamos hacia posiciones favorables al establecimiento de alianzas estratégicas con otros proveedores de la red pública de servicios, con las fórmulas que en cada caso se consideren más adecuadas, que comporten mayores ventajas en la gestión y que nos permitan optimizar y generar recursos, y aprovechar todas las posibles sinergias, tanto organizativas como económicas.

### Sostenibilidad y gestión eficiente de los recursos

La sostenibilidad del ICS se basa en el equilibrio de dos pilares: la producción y la compra. Respecto a la producción, se deben gestionar eficientemente todos los recursos del ICS (recursos humanos, recursos físicos, capacidad de las instalaciones, etc.), de manera que, haciendo un especial hincapié en la calidad, debemos conseguir la máxima eficiencia posible con los recursos disponibles.

En relación con la compra, debemos adecuar la oferta de servicios a las necesidades del CatSalut. El CatSalut, como comprador y financiador, determina en gran medida los límites productivos del ICS, de manera que debemos ser capaces de ajustar nuestra oferta de servicios a sus necesidades como aseguradora pública.

Modular la demanda también es parte de este desafío y, por ello, se han desarrollado instrumentos para gestionarla a partir del fortalecimiento de la educación sanitaria, la evaluación de problemas y la potenciación de medidas que comporten una mayor autonomía de los pacientes.

En este punto hay que destacar los buenos resultados obtenidos en la prescripción farmacéutica de la atención primaria y en la medicación de dispensación ambulatoria de los hospitales. Estamos seguros de que el impacto de estos resultados, dadas las dimensiones de la atención primaria del ICS en Cataluña, ha permitido mantener el diferencial con los resultados en lo referente a los gastos en farmacia de otras comunidades del Estado. Todas las actuaciones llevadas a cabo tienen como protagonistas a los profesionales asistenciales, con los que se han acordado políticas de incentivación vinculadas a la calidad, seguridad y eficiencia de la prescripción.

Para apoyar a estas políticas se han desarrollado unos instrumentos, vinculados a la estación clínica de la atención primaria, el e-CAP, de apoyo en la toma de decisiones de los profesionales como por ejemplo: Self-Audit de prescripción, guías de práctica clínica y estándar de calidad de la prescripción. El ICS, en la misma línea de las directrices del CatSalut, apuesta por la extensión de la receta electrónica en todo el territorio de Cataluña, con una mejora constante de las aplicaciones que permitan una buena gestión del proceso.

En cuanto a la gestión eficiente de los procesos asistenciales vinculados a la extensión de los proyectos tecnológicos, empiezan a aflorar experiencias de reingeniería que evitan la duplicación de consultas y pruebas, basadas en el uso compartido de imágenes, y se extienden las asesorías a distancia por la vía de la telemedicina. En este sentido, querríamos mencionar las múltiples líneas de atención a distancia abiertas por el Hospital Universitario Vall d'Hebron (Teleictus, ecografías cardíacas, etc.) y el uso compartido de teleconferencias entre los médicos y el personal de enfermería en consultorios de atención primaria, entre otros.





## Innovación e investigación

A lo largo de los últimos veinte años, la implicación progresiva de la red sanitaria del ICS en la investigación ha sido casi explosiva, lo cual ha sido reconocido públicamente no hace mucho, aunque tres de los cinco primeros hospitales acreditados como institutos de investigación sanitaria del Estado español son del ICS: el Hospital Universitario Vall d'Hebron, el Hospital Universitario Germans Trias i Pujol y el Hospital Universitario de Bellvitge.

El ICS tiene grupos destacados en los hospitales y en la asistencia primaria y, en algunos casos son líderes internacionales en casi todas las áreas principales de investigación, desde la medicina cardiovascular hasta la oncología, desde las enfermedades infecciosas hasta las enfermedades neurodegenerativas y crónicas. Concentra a 2.372 profesionales dedicados a la investigación y tan sólo en 2007 su trabajo se tradujo en 1.793 publicaciones, con un factor de impacto global de 6.189 y un factor de impacto medio del 3,45%; 696 proyectos de investigación, 1.041 ensayos clínicos y una financiación de más de 56 millones de euros.

La innovación consiste en traspasar el conocimiento a la práctica clínica a través de cambios organizativos o de diseño de nuevos protocolos, técnicas e instrumentos.

## Conclusiones

El ICS es la empresa de servicios sanitarios más grande de Cataluña. Cuenta con un capital humano que supera los cuarenta y un mil profesionales, tiene presencia en todo el territorio y presta atención sanitaria a casi seis millones de ciudadanos.

Es una empresa que en los últimos años ha vivido unos cambios importantísimos, el más relevante ha sido su transformación en empresa pública. Este cambio ya le ha permitido instaurar una nueva forma de gobernabilidad, una nueva forma de financiación, y también una relación diferente con los otros proveedores del sistema. Todo eso se ha realizado con la voluntad de consolidar al ICS como referente y modelo en la atención sanitaria, la docencia y la investigación en el ámbito de la salud en Cataluña.

La Ley del Instituto Catalán de la Salud tiene como propósito principal descentralizar territorialmente la institución y dar autonomía a los centros y los servicios en la gestión económica y de los recursos. La proximidad generada con esta reforma incrementa la efectividad del servicio, posibilita una mejor atención de las necesidades específicas de salud de la persona y permite configurar un ICS ágil, competitivo, adaptable a los cambios y cercano a las necesidades asistenciales de la población.

Este proceso de transformación implica un cambio cultural de una gran envergadura y requiere tiempo para introducirlo gradualmente para llegar así a buen puerto.

Se trata de un cambio que promueve la gestión compartida y descentralizada con una base territorial; un nuevo sistema de relación con el CatSalut; un enfoque hacia resultados cualitativos y la integración de procesos asistenciales; un sistema resolutivo que garantice la autonomía de los pacientes, su calidad de vida y la satisfacción de los ciudadanos; la participación de los profesionales en la toma de decisiones y en la gestión de todos los procesos internos; la visión territorial y de red de los servicios mediante la reingeniería de procesos y las alianzas estratégicas con otros proveedores; la innovación organizativa y tecnológica; la sostenibilidad de la empresa, la asunción de riesgos, la mejora de la productividad y la eficiencia en la gestión; las políticas de gestión de personas; la investigación y la docencia, y la cultura de evaluación de la empresa.



# La Central de Resultados de la red sanitaria de utilización pública

Miquel Argenter, Genoveva Barba y Anna Román, Servicio Catalán de la Salud

El Departamento de Salud del Gobierno de la Generalitat de Catalunya creó la Central de Resultados de la red sanitaria de utilización pública con la misión de medir, evaluar y difundir los resultados alcanzados en el nivel de la asistencia sanitaria por los diferentes agentes que integran el sistema sanitario de utilización pública, para facilitar una toma de decisiones corresponsable en el servicio de la calidad de la atención sanitaria prestada a los ciudadanos. Este artículo presenta la organización del proyecto, principios, bases metodológicas e indicadores priorizados para el inicio del proyecto.

## La Central de Resultados de la red sanitaria de utilización pública

Las situaciones de crisis son, al mismo tiempo, un desafío y una oportunidad. El desafío de superar las tensiones producidas por la crisis, como el incremento de las necesidades sociales y la contracción de los ingresos públicos, y en consecuencia del gasto público, y la oportunidad de establecer nuevas bases de actuación para salir lo antes posible y cuanto más reforzados mejor de la situación. Es en este contexto, de construcción de instrumentos para salir reforzados de esta crisis, en el que debemos enmarcar la creación de la Central de Resultados, aunque el proyecto ya cuenta con una larga trayectoria desde su génesis.

El Departamento de Salud del Gobierno de la Generalitat de Catalunya ha creado la Central de Resultados de la red sanitaria de utilización pública con el objetivo general de medir, evaluar y difundir los resultados alcanzados en el ámbito de la asistencia sanitaria por los diferentes agentes que integran el sistema sanitario de utilización pública, para facilitar una toma de decisiones corresponsable en el servicio de la calidad de la atención sanitaria prestada a los ciudadanos. La Central de Resultados se configura como un proyecto participativo regido por un consejo de dirección en el que participan representantes de la Administración pública sanitaria y de las organizaciones asociativas de los centros sanitarios que proveen a este servicio público. Para desarrollar este proyecto, se ha dotado de una comisión técnica con representantes técnicos de las entidades que forman parte del Consejo de Dirección. En el mes de diciembre de 2008, este Consejo aprobó la metodología y las bases de información para iniciar el proyecto, que este artículo quiere dar a conocer.

## Entorno general

En los países más avanzados de la OCDE, el sector sanitario ha pasado por diferentes etapas de desarrollo hasta llegar a la actual, en la que, cada vez más, se impone la necesidad de evaluar la





calidad y los resultados del sistema sanitario. Este proceso ha sido paralelo a la evolución, claramente liderada por los países anglosajones y nórdicos, de la cultura de la evaluación en los diversos ámbitos de las políticas públicas.

La construcción de una batería de indicadores probablemente es la mejor manera de conciliar el rigor técnico que requiere la evaluación con la necesidad de un instrumento de fácil utilización por sus diferentes destinatarios. Pero la elección de los indicadores no puede ser arbitraria sino que debe justificarse con los objetivos y el marco de referencia de las políticas. Los países pioneros en el desarrollo unilateral de unos marcos conceptuales en este ámbito son Australia, Canadá, Dinamarca, los Países Bajos, Gran Bretaña y Estados Unidos.

Para unificar los diferentes marcos conceptuales existentes, la OCDE ha elaborado el Health Care Quality Indicators Project (HCQI) y la Comunidad Europea lo ha adaptado mediante los European Community Health Indicators (ECHI).

España ha participado tanto en la creación del modelo de la OCDE como en la discusión y consenso de los indicadores del ECHI. De la participación en este marco internacional ha surgido la elaboración de los indicadores clave del Sistema Nacional de Salud, que constituyen una primera lista de ciento diez indicadores. Los indicadores escogidos se relacionan con los ámbitos y las dimensiones formulados en el marco internacional y europeo: población, estado de salud y sus determinantes, oferta de recursos, actividad, calidad, gasto y satisfacción de los ciudadanos.

Estas referencias son un marco general en el ámbito español e internacional que no se puede obviar en un proyecto como el de la Central de Resultados de la red sanitaria de utilización pública de Cataluña (XSUP).

Este proyecto parte del principio de participación, que implica consensuar con los diferentes actores y destinatarios de la información unos indicadores para medir y evaluar los resultados y promover la transparencia y mejora de la calidad del sistema. La clasificación de los indicadores adoptada es muy parecida a la resultante del marco conceptual internacional.

Otro de los principios que han inspirado la metodología de trabajo de la Central de Resultados es la de consolidación de la información ya existente en el sistema, aprovechando así los procesos de análisis, definición y priorización de indicadores realizados en varios proyectos o actuaciones que se han llevado a cabo en el sistema sanitario en Cataluña. De esta manera construimos el nuevo proyecto con mayor eficiencia y sobre unas bases seguras.

## Objetivos

Derivados de esta misión se definen los siguientes objetivos de la Central de Resultados:

- Medir y evaluar los resultados de la red sanitaria de utilización pública en los ámbitos de:
  - > Resultados de salud
  - > Calidad asistencial
  - > Eficiencia
  - > Sostenibilidad económica
  - > Acceso a los servicios y atención a los ciudadanos
- Poner al alcance de los agentes del sistema información útil para la mejora de los resultados y de la calidad asistencial de las diversas entidades que lo forman.
- Proponer y promover avances en los sistemas de información de la red sanitaria de utilización pública para mejorar la evaluación de resultados.
- Difundir las conclusiones derivadas de la valoración de resultados.

La Central de Resultados quiere ser el instrumento básico para establecer, de manera integrada y global, un sistema transparente de medida y evaluación de los resultados alcanzados por los diferentes agentes que integran el sistema sanitario para que, mediante la *competencia por comparación* y la *cooperación*, actúe como un mecanismo autorregulador que incentive la introducción de mejoras, en los ámbitos clave de responsabilidad, por parte de todos los agentes implicados, desde los ciudadanos hasta la Administración, pasando por los profesionales sanitarios y los centros sanitarios.





Para los ciudadanos, debe promover un mejor conocimiento del sistema que les permita incrementar su capacidad de elección y una información más amplia que genere una mejor utilización de los recursos y una cultura de hábitos saludables. Para los profesionales sanitarios, tiene que ser una fuente de información para trabajos de investigación epidemiológica, de utilización de servicios y de análisis económico, que les permita mejorar la gestión del conocimiento. Para los centros sanitarios, debe permitir comparar los resultados alcanzados, identificar y compartir las mejores prácticas —*benchmarking*— y buscar oportunidades de mejora y cooperación entre instituciones, para evitar las situaciones o los resultados que no sean considerados como aceptables. Para la Administración sanitaria, debe permitir rendir cuentas de los resultados de las políticas de salud y de servicios a la sociedad, mediante la divulgación de la información sobre el funcionamiento, sobre la organización y los resultados de los sistemas sanitarios y mejorar la asignación de los recursos partiendo de la información recogida.

## Principios

Los principios en los que la Central de Resultados basa su actuación son los siguientes:

- a. Consolidación: aprovechando al máximo la información existente y minimizando los costes de obtención de los nuevos indicadores.
- b. Participación: compartiendo la definición, la evaluación y el seguimiento de los indicadores entre los principales actores del sistema sanitario, sin perjuicio de las competencias y responsabilidades de cada uno de ellos.
- c. Mejora continua: identificando las carencias de información del sistema sanitario público, para así proponer mejoras y canalizar las propuestas de homogeneización de la información.
- d. Ética: promoviendo las buenas prácticas en el ámbito de la información sobre resultados del sistema sanitario.
- e. Responsabilidad: analizando rigurosamente la información, con una definición clara de su alcance, objetivo y limitaciones, y con una política de difusión de los resultados que permita asegurar el impacto de mejora deseado.
- f. Capacidad analítica: para conseguir que la información recogida responda a las preguntas relevantes del sistema.

## Modelo del sistema de información de la Central de Resultados de la XSUP

Un sistema de información sanitaria debe permitir relacionar el estado de salud de la población con la utilización de recursos sanitarios, los costes que esta utilización genera y los resultados en la mejora de la salud obtenidos, para evaluar la consecución de los objetivos del sistema sanitario en términos de efectividad, eficiencia y seguridad.

La Central de Resultados debe contribuir a responder a las preguntas clave para poner de manifiesto si los agentes del sistema cumplen sus compromisos básicos y alcanzan los objetivos prioritarios:

- ¿Se hace lo correcto, de acuerdo con las prioridades de salud de los ciudadanos?
- ¿Se hace el mejor uso posible de los recursos disponibles, con eficacia, efectividad y eficiencia?
- ¿Se hace de la manera más adecuada, con la calidad posible?

Especialmente es importante focalizar los esfuerzos en los niveles de seguimiento prioritario, ya sea por su importancia para alcanzar una imagen sintética y globalizada de la evolución del sistema, para supervisar problemas muy concretos, o bien para seguir el impacto de determinadas políticas. Se tiene que buscar la información útil para la toma de decisiones en cada ámbito de la gestión sanitaria. Por ello, la Central de Resultados no pretende constituirse en una base de datos exhaustivos del sistema sanitario sino en el panel de control donde se refleje la información relevante en cada momento para el desarrollo y la mejora de las funciones de cada agente del sistema. La Central de Resultados no pretende sustituir los sistemas de información que los diversos agentes del sistema tienen para seguir las actuaciones que les son propias, sino que quiere ser un espacio compartido de interpretación y evaluación de los datos más relevantes que aportan estos sistemas de información.





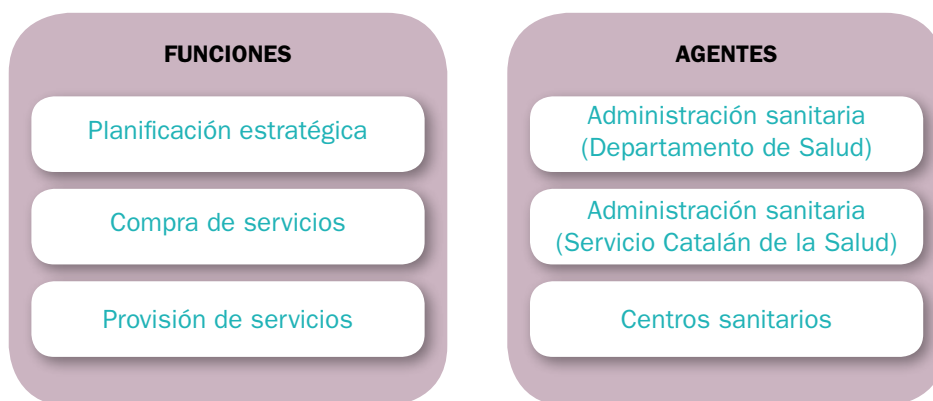
La identificación de las funciones propias de los diferentes agentes del sistema sanitario (planificadores, compradores, proveedores, usuarios) permite definir los requerimientos de información y formular las necesidades de información en forma de preguntas que, generalmente se pueden contestar con indicadores.

## La distribución de funciones en el sistema de salud en Cataluña

En consecuencia, para enmarcar correctamente a la Central de Resultados, es útil hacer referencia al modelo de funcionamiento del sistema en conjunto, a sus agentes y a las funciones que éstos asumen.

Las funciones fundamentales del sistema sanitario pueden agruparse en grandes categorías, que normalmente están asignadas a diferentes agentes. Como funciones generales identificamos las siguientes:

- a. **Planificación estratégica:** esta función, asignada a la Administración sanitaria ó en este caso, el Departamento de Salud, dibuja, a partir del análisis de las necesidades de salud y del conocimiento global del sistema, las previsiones de evolución de los objetivos de salud y de servicios en el territorio para cada período determinado. Su actividad se focaliza fundamentalmente en dos grandes ámbitos: objetivos de salud (planes de salud) y objetivos de servicios (carteras de servicios y mapa sanitario). La información clave en este caso se centraría en la población, su estado de salud, sus condicionantes, necesidades y demanda, la distribución territorial de recursos sanitarios, la utilización de servicios y la morbilidad atendida, etc.
- b. **Compra de servicios:** es el instrumento fundamental con que cuenta la Administración sanitaria ó el Servicio Catalán de la Salud para relacionarse con los centros o los conjuntos de centros que proveen de servicios a una determinada población, con la finalidad de alcanzar los volúmenes y la calidad de los servicios sanitarios que posibiliten el cumplimiento de los objetivos de salud fijados por la planificación estratégica. Los aspectos fundamentales en esta función son: la capacidad instalada (centros, tecnologías y profesionales) que configura la oferta de servicios, los recursos económicos (presupuesto, instrumentos de financiación de inversiones, costes, situación económica y financiera de los centros, etc.), los sistemas de incentivos, la corresponsabilización en la asunción de riesgo, el volumen y la calidad de los servicios prestados y el grado de utilización y accesibilidad a estos servicios, etc.
- c. **Provisión de servicios:** es la función propia de los centros sanitarios, que a través de la gestión de sus recursos, fundamentalmente los profesionales y la tecnología, responden a la compra de servicios con la provisión de asistencia y prestaciones sanitarias. En este caso, la característica más destacada de esta red es la diversidad de titularidades y de modelos de gestión. Las funciones fundamentales de los proveedores de servicios sanitarios se centran en los indicadores de gestión clínica (rendimiento de los recursos, adecuación y eficacia de la actividad, variabilidad de la práctica clínica, quejas y sugerencias, etc.), económica (indicadores económicos y financieros) y de recursos humanos (rotación, sustituciones, plantillas, absentismo, productividad, etc.).





Esta distribución de funciones entre los diversos agentes del sistema debe permitirnos focalizar la información que queremos recoger según responda a los requerimientos de cada función y de cada agente. El hecho de que todos los agentes compartan la información amplía el conocimiento en cada nivel, lo cual permitirá que cada nivel mejore el cumplimiento de sus funciones.

## Niveles de análisis de la información

Aunque el objetivo de la Central de Resultados es trabajar con indicadores de resultados, tanto por la propia lógica de la concatenación de funciones dentro del proceso global de atención sanitaria como por el nivel actual de desarrollo de los sistemas de información, en algunos casos hay que aproximar su cumplimiento a partir de indicadores de proceso.

También se ha creído conveniente complementar estos indicadores con información básica del sistema sanitario que ayude a contextualizarlos.

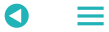
Los niveles de análisis de la Central de Resultados deben responder a los intereses de todos los agentes del sistema sanitario, pero sin olvidar el hilo conductor de las cuestiones fundamentales que orientan la lógica del sistema. Por una parte, hay una población que tiene un estado de salud determinado, con unos estilos de vida concretos y otros factores exógenos al sistema sanitario que influyen en su estado de salud; por otra parte, hay un sistema sanitario que actúa sobre esta población a través de una red de centros y recursos asistenciales con el objetivo de mejorar el estado de salud con actuaciones de prevención, asistencia y rehabilitación y con un consumo de recursos determinado, y lo que nos interesa es conocer los resultados que estas actuaciones concretas tienen sobre la salud de dicha población. Este es el eje fundamental que debe inspirar la actuación de la Central de Resultados para que pueda responder a las preguntas clave del sistema.

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <b>Población</b>   | ¿Qué población tenemos? ¿Cómo es? ¿Dónde está? |  |  |
|  | <b>Estado de salud</b>                         | ¿Cuál es el estado de salud de la población? |  |
|  |  | <b>Estructura del sistema</b>                | ¿De qué recursos disponemos?                       |
|  |  | <b>Acceso</b>                                | ¿El acceso a los servicios es bastante equitativo? |
| ¿Está garantizada una atención sanitaria efectiva, apropiada y oportuna? |  | <b>Provisión efectiva</b>                    |  |
| ¿Se presta la atención sanitaria de manera eficiente?                    |  | <b>Eficiencia</b>                            |  |
| ¿Los usuarios están satisfechos con la atención que reciben?             |  | <b>Satisfacción del usuario</b>              |  |
| ¿Qué resultados en mejoras de la salud se obtienen?                      |  |  | <b>Resultados en salud</b>                         |

Por otra parte, debe priorizarse el objeto del análisis realizado. Hay que centrar los esfuerzos de análisis en los ámbitos de actividad sanitaria que por su importancia están o pueden estar sujetos a la implantación de políticas y actuaciones específicas para la resolución de problemas de salud. Como es lógico, cada agente podrá priorizar mejor los elementos del sistema de información que sean más útiles para su ámbito funcional, por lo que es básica la participación activa de todos los agentes del sistema sanitario en la Central de Resultados.

Las dimensiones del análisis de la información se centran en dos niveles: uno más global, de ámbito territorial y poblacional, que incluye información de población, estado de salud, estilos de vida, recursos y resultados. El objetivo de la información de este primer nivel se centra en posibilitar el conocimiento de la efectividad del sistema de salud mediante un conjunto de indicadores de





base territorial que integren a proveedores y procesos. El análisis de esta información debe ser útil para orientar la manera de priorizar los objetivos de salud y los servicios de acuerdo con la realidad observada y configurar las intervenciones prioritarias de las políticas de salud. Esta información está orientada a comprender el impacto de los determinantes de salud en los resultados y afecta fundamentalmente a la función de planificación.

El segundo nivel se centra en la información de la prestación de servicios. Hablaríamos de la estructura de la oferta de servicios, de los recursos ó profesionales, materiales y económicos ó disponibles en el sistema, de la utilización de los servicios y de la accesibilidad, de la actividad llevada a cabo por los centros sanitarios de la red sanitaria de utilización pública, de su calidad y resultados. Esta información está más orientada hacia la compra y la provisión de servicios.

Sin embargo, la manera de ordenar la información puede responder en cada momento a la necesidad funcional de cada agente del sistema.

También hay que tener en cuenta que deberán controlarse los procesos de reordenación de servicios y de la organización de éstos en el territorio. La aplicación de políticas de cooperación e integración de servicios en el territorio, fomentadas por los procesos de asignación de recursos económicos de base poblacional por territorios, debe recoger los indicadores que en cada momento se estimen pertinentes para medir los fenómenos de integración, de fomento de la continuidad asistencial y de alianzas estratégicas en el territorio. Este nivel de análisis debe superar progresivamente la separación de los resultados por líneas de servicios, y debe acercarse al resultado como un concepto más global, fruto del impacto combinado de todas las líneas de servicios en el nivel de salud de los ciudadanos. Para ello será necesario avanzar en la definición de indicadores específicos.

## Tipología de análisis de la Central de Resultados

La tipología de los análisis que realice la Central de Resultados estará al servicio de la elaboración y la difusión de la información considerada relevante en cada momento por parte de los agentes del sistema. Para alcanzar este objetivo, la Central de Resultados explotará la información disponible en varias dimensiones de análisis:

- Seguimiento dinámico (evolución temporal)
- Comparación (*benchmarking*)
- Simulación y proyecciones
- Establecimiento de valores de control (estándares o proporciones)
- Detección de desviaciones

La implantación de las diversas funcionalidades del sistema de información será progresiva y dependerá, en cada caso, de la disponibilidad de los datos necesarios para su elaboración. El establecimiento de estándares queda sujeto a la posibilidad de elaborarlos partiendo de la evidencia disponible.

## Indicadores

La información que utilizará la Central de Resultados será diversa y se adaptará a las necesidades identificadas.

En una primera fase, se han sistematizado los requerimientos de información en forma de indicadores, que cubren los grandes ámbitos de interés. Los que se incluyen en esta fase no constituyen una propuesta cerrada. La batería de indicadores se adaptará a los requerimientos de información que los agentes del sistema prioricen en cada momento, de acuerdo con su disponibilidad y relevancia.

La bondad de un indicador, desde el punto de vista teórico, depende de la capacidad que tenga para medir exactamente el fenómeno que se quiere medir. La combinación de datos que se utilice para la confección del indicador deberá ser adecuada para aproximarse al concepto que se quiere medir. Los indicadores aproximan, gracias a su construcción a partir de variables, la medida del hecho objeto de observación. Por consiguiente, es importante que los usuarios de la información conozcan el origen de los datos, su metodología de elaboración y sus limitaciones.







La definición de los indicadores utilizados debe responder a determinados criterios para garantizar su solidez. Los criterios o las características que se han tenido en cuenta han sido los siguientes: que sean factibles (el coste de la información debe ser proporcionado al beneficio que se puede obtener con ella), apropiados para medir los fenómenos objeto de análisis, consistente técnicamente, con capacidad para el seguimiento dinámico y definidos de una manera estandarizada y homogénea, que recoja todos los parámetros necesarios, que la información se utilice con rigor y permita la comparación entre territorios, centros, etc. La definición de los indicadores debe incluir la descripción, el objetivo, la metodología de cálculo, las variables que los configuran, las unidades de medida, la periodicidad de recogida, el origen de la información, el responsable del mantenimiento, las dimensiones de análisis disponibles, la orientación para la interpretación, las limitaciones, los posibles valores de referencia y las posibilidades de comparación.

Algunos de estos indicadores son genéricos y pueden desagruparse según unos criterios determinados (causas, patologías, edades y género, etc.). Esta relación pretende responder a una primera visión amplia y global de la situación del sistema, no pretende constituir una base de datos exhaustivos de la información obtenida sino que quiere ser un primer referente de esta visión general.

Eso no debe ser obstáculo para ir adaptando, en la medida de las necesidades observadas y de las posibilidades de cada momento, la información que reúna la Central de Resultados.

Esta propuesta clasifica los indicadores de acuerdo con los niveles de análisis con los que están relacionados, siguiendo el esquema del cuadro anterior para no perder de vista el hilo argumental de la información. Pero esta clasificación sólo pretende ordenar la información de acuerdo con el hilo argumental mencionado. También se podría ordenar de acuerdo con las grandes funciones del sistema sanitario que anteriormente se han comentado. En todo caso, también podemos optar por mantener activas todas las formas de ordenación de la información que creamos que aportan valor a la Central de Resultados.

Los indicadores se presentan clasificados en los siguientes grupos:

- Sociodemográficos
- Estilos de vida
- Estado de salud
- Recursos
- Utilización de servicios
- Calidad
- Sostenibilidad económica
- Responsabilidad social corporativa

A continuación se adjunta la relación de indicadores:

### Relación de indicadores de la Central de Resultados

| SD    | Sociodemográficos                                   |
|-------|---|
| SD 01 | Población asegurada del CatSalut                    |
| SD 02 | Estructura de la población asegurada                |
| SD 03 | Población de referencia con nacionalidad extranjera |
| SD 04 | Índice de envejecimiento                            |
| SD 05 | Índice de sobre-envejecimiento                      |
| SD 06 | Índice de dependencia global                        |
| SD 07 | Tasa de natalidad                                   |
| SD 08 | Tasa de fecundidad                                  |
| SD 09 | Población con doble cobertura sanitaria             |
| SD 10 | Porcentaje de población con farmacia gratuita       |





| <b>EV</b>       |  | <b>Estilos de vida</b>  |
|-----------------|--|---|
| EV 01           |  | Prevalencia de consumo de tabaco en adultos   |
| EV 02           |  | Tasa de embarazos en adolescentes   |
| EV 03           |  | Prevalencia de población adulta que se declara sedentaria   |
| EV 04           |  | Prevalencia del consumo de riesgo de alcohol  |
| <b>ES</b>       |  | <b>Estado de salud</b>  |
| ES 01           |  | Esperanza de vida   |
| ES 02           |  | Porcentaje de población que declara que tiene buena salud   |
| ES 03           |  | Porcentaje de población adulta que declara que sufre trastornos crónicos  |
| ES 04           |  | Porcentaje de población mayor de sesenta y cinco años que declara que tiene limitaciones para realizar alguna actividad de la vida diaria (AVD) |
| ES 05           |  | Prevalencia de población que declara que sufre algún tipo de discapacidad grave   |
| ES 06           |  | Porcentaje de población adulta con riesgo de sufrir enfermedad mental   |
| ES 07           |  | Prevalencia de hipertensión   |
| ES 08           |  | Prevalencia de diabetes mellitus en adultos   |
| ES 09           |  | Prevalencia de sobrepeso y obesidad   |
| ES 10           |  | Tasa de incidencia de la enfermedad tuberculosa   |
| ES 11           |  | Tasa de incidencia de infección por el VIH  |
| ES 12           |  | Porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer   |
| ES 13           |  | Tasa de mortalidad  |
| ES 14           |  | Tasa estandarizada de mortalidad  |
| ES 15           |  | Tasa de mortalidad infantil   |
| ES 16           |  | Mortalidad evitable y/o prematura   |
| ES 17           |  | Índice de mortalidad estándar (IME)   |
| ES 18           |  | Años potenciales de vida perdidos   |
| ES 19           |  | Tasa de años potenciales de vida perdidos   |
| ES 20           |  | Tasa de mortalidad perinatal  |
| <b>RE</b>       |  | <b>Recursos</b>   |
| RE 01           |  | Oferta de centros, dispositivos o unidades proveedoras contratados por el CatSalut  |
| RE 02           |  | Población asignada a equipos de atención primaria   |
| RE 03           |  | Profesionales de atención primaria por 10.000 habitantes  |
| RE 04           |  | Oferta de recursos hospitalarios  |
| RE 05           |  | Plazas de salud mental por tipo   |
| RE 06           |  | Número de equipamientos de tecnología médica por 100.000 habitantes   |
| RE 07           |  | Cobertura de servicios de mediación en el territorio  |
| RE 08           |  | Ratio de personal asistencial   |
| RE 09           |  | Estructura de personal  |
| <b>US</b>       |  | <b>Utilización de servicios</b>   |
| <b>Primaria</b> |  |   |
| US 01           |  | Población atendida en la atención primaria  |
| US 02           |  | Visitas de atención primaria por habitante  |





|                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| US 03                               | Población atendida en el programa de atención domiciliaria   |
| <b>Especializada</b>                |  |
| US 04                               | Tasa de hospitalización  |
| US 05                               | Tasa estandarizada de hospitalización  |
| US 06                               | Tasa de hospitalización pediátrica   |
| US 07                               | Altas por paciente   |
| US 08                               | Tasa de días de hospitalización  |
| US 09                               | Porcentaje de resolución de la atención hospitalaria   |
| US 10                               | Porcentaje de procedencia de la demanda hospitalaria   |
| US 11                               | Tasa de hospitalización domiciliaria   |
| US 12                               | Porcentaje de ingresos urgentes  |
| US 13                               | Tasa de urgencias hospitalarias  |
| US 14                               | Tasa de trasplantes de órganos por tipo  |
| US 15                               | Porcentaje de participación en programas de cribado de cáncer de mama  |
| <b>Sociosanitaria</b>               |  |
| US 16                               | Tasa de hospitalización sociosanitaria   |
| US 17                               | Porcentaje de resolución de la atención sociosanitaria   |
| US 18                               | Porcentaje de procedencia de la demanda sociosanitaria   |
| US 19                               | Tasa de utilización de recursos ambulatorios sociosanitarios   |
| <b>Salud mental</b>                 |  |
| US 20                               | Tasa de hospitalización psiquiátrica   |
| US 21                               | Tasa de utilización de recursos ambulatorios de salud mental   |
| US 22                               | Tasa de pacientes atendidos en servicios ambulatorios de salud mental  |
| US 23                               | Pacientes adultos atendidos con un diagnóstico de trastorno mental grave (TMG)   |
| <b>Transporte</b>                   |  |
| US 24                               | Tasa de activación de servicios de transporte sanitario urgente  |
| <b>Farmacia</b>                     |  |
| US 25                               | Porcentaje de asegurados consumidores de recetas   |
| US 26                               | Recetas por habitante  |
| US 27                               | Ratio de recetas dispensadas por asegurado consumidor  |
| <b>QU</b>                           | <b>Calidad</b>   |
| <b>Adecuación / Calidad técnica</b> |  |
| QU 01                               | Pacientes con accidente vascular cerebral derivados para la rehabilitación a un centro sociosanitario  |
| QU 02                               | Pacientes con cirugía de cadera derivados para la rehabilitación en un centro sociosanitario   |
| QU 03                               | Altas de convalecencia por accidente vascular cerebral en personas mayores de sesenta y cuatro años con destino al domicilio                                     |
| QU 04                               | Altas de convalecencia por fractura de cadera en personas mayores de sesenta y cuatro años con destino al domicilio  |
| QU 05                               | Cobertura de la vacuna antigripal de la población mayor de sesenta años  |
| QU 06                               | Cobertura de vacunas de la población infantil  |
| QU 07                               | Porcentaje de contactos de hospitalización evitables   |
| QU 08                               | Casos de IAM tributarios de fibrinólisis con intervalo de tiempo entre la llegada del/de la paciente al centro y el inicio del tratamiento inferior a 30 minutos |





|                          |  |
|--------------------------|--|
| QU 09                    | Porcentaje de cesáreas   |
| QU 10                    | Porcentaje de reingresos a los treinta días  |
| QU 11                    | Gestión de masa crítica  |
| QU 12                    | Ratio de complicaciones ajustadas  |
| QU 13                    | Mortalidad hospitalaria ajustada por complejidad   |
| QU 14                    | Porcentaje de cirugía conservadora en cáncer de mama   |
| QU 15                    | Media de tiempo de permanencia en la lista de trasplantes                                      |
| QU 16                    | Efectividad de la donación de órganos  |
| QU 17                    | Porcentaje de pacientes con tratamiento sustitutivo renal (TSR) con trasplante renal funcional |
| QU 18                    | Tiempo de respuesta asistencial del servicio de transporte sanitario urgente                   |
| QU 19                    | Porcentaje de pacientes con cardiopatía isquémica y tratamiento antiagregante adecuado         |
| QU 20                    | Porcentaje de pacientes con diabetes del tipo II con control metabólico aceptable              |
| <b>Eficiencia</b>        |  |
| QU 21                    | Índice de sustitución de cirugía mayor ambulatoria   |
| QU 22                    | Estancia media de atención hospitalaria  |
| QU 23                    | Estancia media ajustada  |
| QU 24                    | Índice de rotación   |
| QU 25                    | Índice de ocupación  |
| QU 26                    | Ratio de primeras visitas y visitas sucesivas  |
| QU 27                    | Pacientes con accidente vascular cerebral con más de veinte días de estancia                   |
| QU 28                    | Pacientes con cirugía de cadera con más de veinte días de estancia                             |
| QU 29                    | Media de estancias de hospitalización sociosanitaria   |
| QU 30                    | Porcentaje de nuevos medicamentos con valor añadido limitado                                   |
| <b>Acceso</b>            |  |
| QU 31                    | Circuito de diagnóstico rápido de cáncer   |
| QU 32                    | Casos en lista de espera de trasplante   |
| QU 33                    | Tiempo de resolución de lista de espera quirúrgica por los grupos de monitorización            |
| QU 34                    | Tiempo medio de espera de los procedimientos quirúrgicos por los grupos de monitorización      |
| QU 35                    | Casos en lista de espera de procedimientos quirúrgicos fuera de tiempo de garantía             |
| <b>Satisfacción</b>      |  |
| QU 36                    | Índice de reclamaciones  |
| QU 37                    | Índice de fidelidad  |
| QU 38                    | Índice de satisfacción   |
| QU 39                    | Porcentaje de ítems <75% de valoración en la encuesta de satisfacción de asegurados            |
| <b>Seguridad clínica</b> |  |
| QU 40                    | Infección nosocomial   |
| QU 41                    | Llagas por presión   |
| QU 42                    | Tromboembolismo posquirúrgico  |





| <b>SE Sostenibilidad económica</b>            |  |
|---|--|
| <b>Farmacia</b>                               |  |
| SE 01   | Gasto farmacéutico público por habitante   |
| SE 02   | Gasto farmacéutico público por asegurado consumidor  |
| SE 03   | Gasto público por receta   |
| SE 04   | Coste medio por dosis diaria definida (DDD) en grupos terapéuticos en sistema de precios de referencia |
| SE 05   | Consumo de medicamentos genéricos  |
| <b>Sostenibilidad del sistema</b>             |  |
| SE 06   | Gasto en salud de la Generalitat de Catalunya per cápita   |
| SE 07   | Gasto en salud de la Generalitat de Catalunya respecto al PIB  |
| SE 08   | Valor añadido bruto de la sanidad (VAB)  |
| SE 09   | Empleo de la sanidad   |
| SE 10   | Capacidad de arrastre de la sanidad  |
| <b>Sostenibilidad de la red</b>               |  |
| SE 11   | Rentabilidad de los ingresos   |
| SE 12   | Cash flow generado por la explotación  |
| SE 13   | Rentabilidad económica   |
| SE 14   | Solvencia  |
| SE 15   | Liquidez   |
| SE 16   | Endeudamiento  |
| SE 17   | Ingreso por unidad de producción   |
| SE 18   | Margen por unidad producida  |
| SE 19   | Margen por personal equivalente  |
| <b>RSC Responsabilidad social corporativa</b> |  |
| RSC01   | Modalidad de contratación del personal   |
| RSC02   | Horas de formación   |
| RSC03   | Programas de sostenibilidad energética   |

## Bibliografía

- Orden SSS/496/2003, de 14 de noviembre, de creación de la central de resultados de la red sanitaria de utilización pública de Cataluña
- 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)
- COMISIÓN 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)
- MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL. *Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud*  
<http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/indicadoresClaveCISNS.pdf>
- CONSORCIO SANITARIO DE BARCELONA. *Mesura de l'acompliment dels serveis sanitaris. L'experiència de Barcelona i Montreal.*  
[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)
- CONSORCIO SANITARIO 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 del sector hospitalari de Catalunya*, tesis doctoral presentada el 17.07.2008, Universidad de Barcelona.
- BARBA, G.; BOSCH, A.; SALAS, T.; SÁNCHEZ, E.; SEGURA, A. *Proposta de model de Sistema d'Informació Sanitària per a Catalunya*. Documento de trabajo. Barcelona: 2004.





### **Consejo de redacción**

#### **Presidente**

Josep Maria Sabaté

#### **Director**

Miquel Argenter

#### **Miembros**

María José Álvarez

Genoveva Barba

Francesc Martínez

Anna Román

Eva Sánchez

#### **Colaboración**

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

#### **Coordinación de la edición**

Victòria Petanàs

#### **Edición**

Servicio Catalán de la Salud

© Generalitat de Catalunya

Departamento de Salud

El Departamento de Salud y el CatSalut necesariamente no participan en las opiniones manifestadas en los artículos publicados, cuya responsabilidad corresponde exclusivamente a sus autores.

ISSN 0214-7998

#### **Diseño y realización gráfica**

Ortega i Palau, S.L.

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