

La gestió, l'organització i l'avaluació dels establiments sanitaris

Sistemes d'informació sanitària

Julio Villalobos Hidalgo

PID_00206215

Índex

| | |
|--|----|
| Introducció | 5 |
| Objectius | 6 |
| 1. Sistema sanitari. Assegurament. Compra i provisió de serveis de la salut | 7 |
| 1.1. Salut i malaltia. Determinants de la salut | 7 |
| 1.2. Els sistemes sanitaris. Funcions i tipologies | 13 |
| 1.3. El sistema sanitari espanyol. Assegurament, compra i provisió dels serveis | 17 |
| 1.3.1. El mercat sanitari | 20 |
| 1.3.2. L'informe Abril | 21 |
| 1.4. Les funcions de finançament, compra i provisió | 27 |
| 1.4.1. El model de reemborsament | 28 |
| 1.4.2. El model obert | 28 |
| 1.4.3. El model tancat | 29 |
| 1.4.4. El model mixt | 30 |
| 2. Les organitzacions sanitàries com a empreses de serveis | 34 |
| 3. L'atenció integral dels usuaris dels serveis de salut | 39 |
| 4. Comunicació i sistemes d'informació | 45 |
| 4.1. La comunicació en les organitzacions sanitàries | 45 |
| 4.1.1. El procés de comunicació | 45 |
| 4.1.2. El flux de les comunicacions | 46 |
| 4.1.3. Barreres en la comunicació | 47 |
| 4.1.4. Errors en la comunicació | 48 |
| 4.1.5. La comunicació interna | 49 |
| 4.2. Els sistemes d'informació en les organitzacions sanitàries | 50 |
| 4.2.1. Sistemes d'informació administratiu | 52 |
| 4.2.2. Sistemes d'informació assistencial administratiu | 52 |
| 4.2.3. Sistemes d'informació assistencial | 53 |
| 4.3. Variables i indicadors | 54 |
| 4.3.1. GRD | 59 |
| 5. Sistemes d'informació integral i quadres de comandament .. | 64 |
| 5.1. Sistemes d'informació integral | 64 |
| 5.2. Quadre de comandament integral | 67 |
| Glossari | 73 |

Bibliografia..... 75

Introducció

La majoria de les assignatures d'aquest màster estan consagrades específicament a l'aproximació científica del treball social sanitari en les organitzacions de la salut, especialment en les organitzacions d'atenció a la salut.

Aquesta assignatura vol exposar l'entorn global d'aquestes organitzacions en què aquest treball es desenvolupa sota el paraigua del nostre Sistema Nacional de Salut i la realitat de les nostres organitzacions de la salut, en què el treballador social sanitari exerceix la seva tasca diària en interacció constant tant amb els elements externs en què inevitablement estan immersos els ciutadans, els efectes psicosocials de la malaltia, com els interns a causa de la interacció constant amb altres professionals de l'hospital.

Caminarem junts a través del sistema sanitari en les seves funcions d'assegurament, compra i provisió dels serveis de salut que proporcionem als usuaris i pacients. Intentarem aprofundir en la complexitat de les organitzacions sanitàries, en la complexitat dels seus processos i en els tipus de professionals que els duen a terme. Parlarem de comunicació i sistemes d'informació i finalitzarem amb un món en canvi permanent on la tecnologia afectarà no solament la manera de percebre'l sinó també la manera en què condicionarà la manera de treballar.

La utilització d'aquesta tecnologia ens permetrà, des del lloc de treball o des de casa, comunicar-nos i treballar conjuntament en aquest projecte docent de la UOC, la qual cosa semblava un somni fins fa pocs anys. Aquest tipus de formació atemporal i asíncrona, a més de desvincular-nos del temps i de l'espai, ens permet una interacció intensa entre el professor i els estudiants, i també entre els mateixos estudiants, que enriqueirà aquesta assignatura en proporció a la vostra proactivitat.

El material docent que posem a la vostra disposició és només la base que sustenta l'assignatura, però aquesta s'enriqueirà dia a dia amb les vostres aportacions, suggeriments i dubtes, la qual cosa condicionarà el professor per a estar a l'altura i abocar en la docència més esforç i coneixements.

Objectius

Els objectius que haureu d'assolir en finalitzar aquest mòdul són:

- 1.** Tenir una idea clara del nostre sistema sanitari, de les funcions d'assegurament, compra i provisió dels serveis sanitaris.
- 2.** Conèixer les peculiaritats de les organitzacions sanitàries com a empreses de serveis especialitzades.
- 3.** Aprofundir en la necessitat de la integració de l'atenció de la salut, en què el treball social sanitari té una participació molt activa.
- 4.** Conèixer els sistemes de comunicació i informació de les organitzacions sanitàries i el maneig dels quadres de comandament per a la presa de decisions.
- 5.** Tenir una visió del que seran les organitzacions sanitàries en el futur.

1. Sistema sanitari. Assegurament. Compra i provisió de serveis de la salut

1.1. Salut i malaltia. Determinants de la salut

“Abans d'atendre un malalt, cal observar en quin entorn viu.”

Hipòcrates, segle IV aC

La salut és un dels pilars essencials de la qualitat de vida de les persones. Encara que hi ha moltes definicions de *salut*, potser la més popular és la que dóna l'Organització Mundial de la Salut i que l'entén com un estat complet de benestar físic, mental i social i no solament com l'absència de malaltia.

L'enfocament dels objectius del sistema sanitari està totalment esbiaixat quan es mira des de l'òptica de les organitzacions sanitàries i particularment des dels hospitals.

L'objectiu principal del nostre sistema sanitari és promocionar la salut i, en segon lloc, prevenir la malaltia i atendre-la quan es produeixi.

Els professionals de la medicina i, a través d'ells, la població en general tenim coneixement del sistema sanitari per mitjà de la malaltia i, per tant, en tenim un concepte negatiu, ja que històricament ha tingut com a missió curar les malalties” i a més fer-ho en l'estructura amb més cost i més complexa del sistema sanitari com és l'hospital.

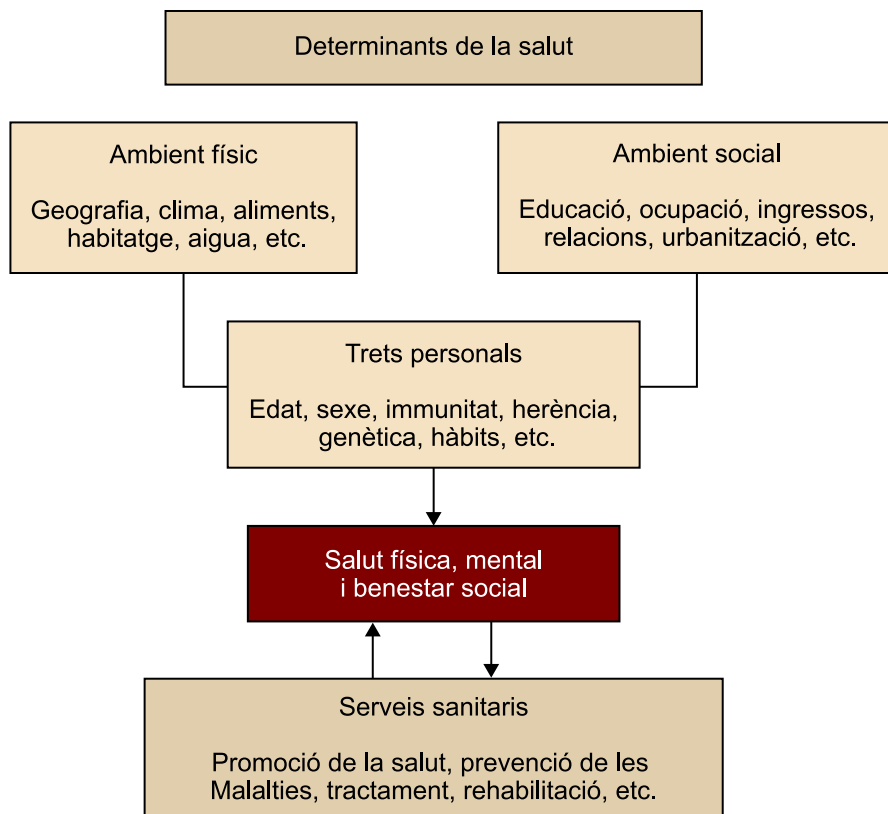
Els conceptes de *salut* i *malaltia*, encara que antagònics, són complementaris, ja que normalment coexisteixen en una mateixa persona. Aquest binomi inseparable, salut-malaltia, es manifesta amb símptomes, que es tradueixen en demanda sanitària depenent de molts factors, alguns subjectius, molt difícils d'objectivar i allunyats del sistema sanitari.

Els determinants de la salut són nombrosos i interrelacionats. A títol didàctic podem separar-los en tres grups:

- **Els trets personals:** en què intervenen variables com l'edat, el sexe, la immunitat, l'herència genètica o els hàbits, entre altres.

- **L'ambient físic:** geografia, clima, alimentació, habitatge, carreteres i aigua, entre altres.
- **L'ambient social:** grau d'educació, ocupació, ingressos, relacions, urbanització o cultura i grau d'instrucció, entre altres.

Figura 1. Determinants



Font: Milton I. Roemer (1988), Universitat de Califòrnia

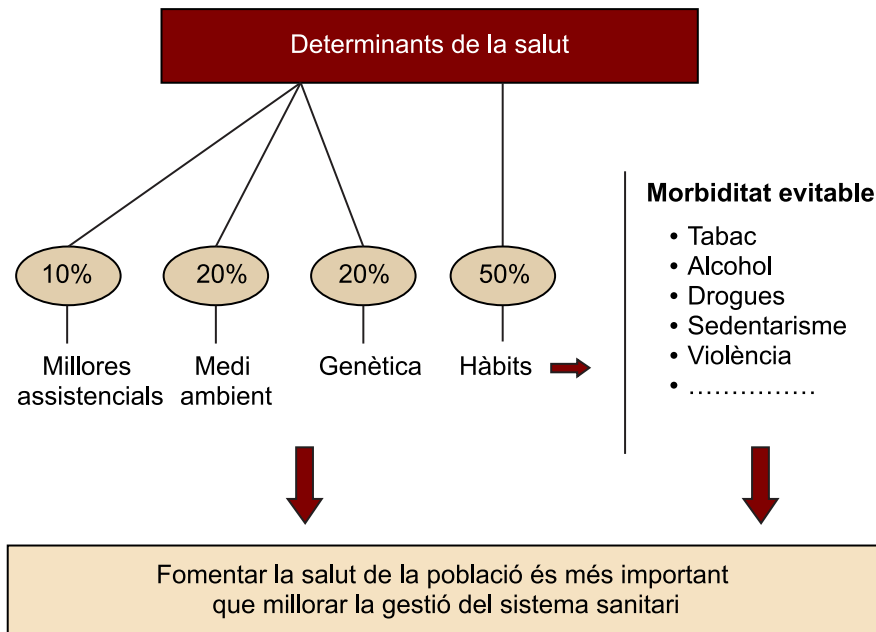
La morbiditat percebuda depèn no solament de la morbiditat clínica, que és real, sinó de la interpretació que l'usuari fa dels símptomes, i en funció d'aquesta interpretació pot generar demanda sanitària o no.

En relació amb els determinants de la salut (morbidity evitable), la majoria es troben fora del sistema sanitari. Segons els Centres per al Control i Prevenció de Malalties dels Estats Units, de les deu causes principals de mortalitat al país:

- El 50% de les morts deriven dels mals hàbits, com el tabac, el sedentarisme, l'alcohol o les drogues.
- El 20% depèn de les condicions de l'entorn, com l'habitatge o la urbanització.
- El 20% de les morts estan condicionades per determinants biològics, bàsicament factors hereditaris.

- **Només un 10% de la mortalitat seria evitable amb la millora de l'atenció mèdica.**

Figura 2. Determinants als Estats Units

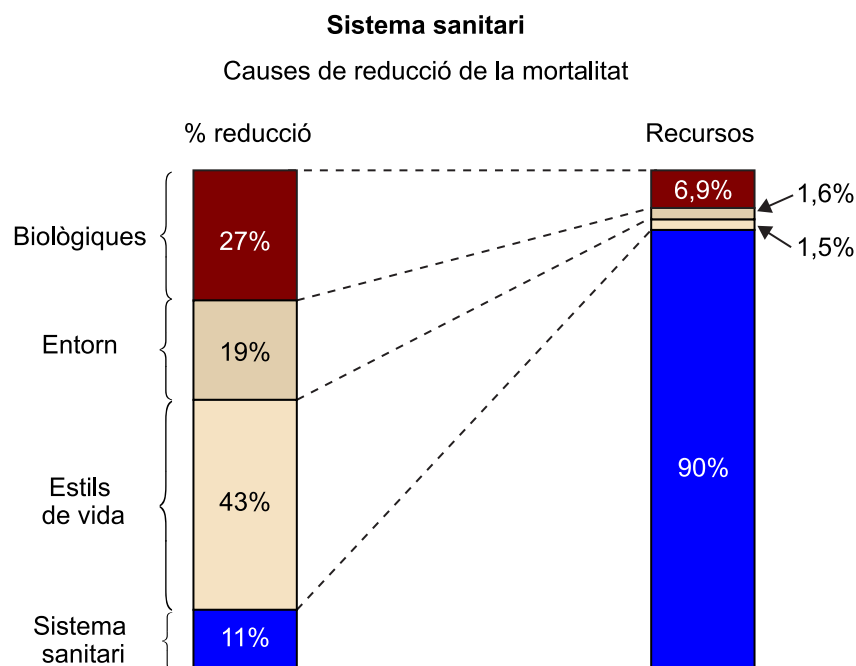


Font: Centres per al Control i Prevenció de Malalties (CDC, Estats Units)

Aquestes xifres es fan més patents si comparem no solament la influència de les variables que generen la mortalitat sinó la suma econòmica que dediquem a millorar cadascuna, i també el grau en què podria millorar la preservació de la salut si els recursos econòmics del sistema sanitari es redistribuïssin adequadament en altres sectors amb molta més incidència sobre la salut.

Tot plegat es traduiria en uns serveis més orientats a la prevenció que a la curació.

Figura 3. Sistema sanitari

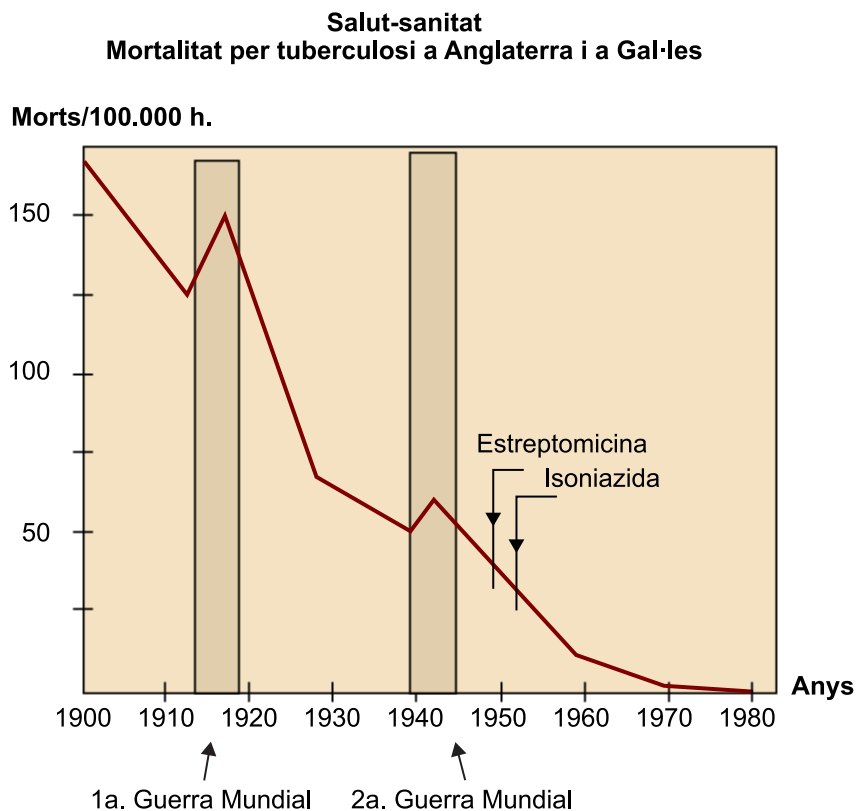


Font: Dever Gea, 1976

Com es veu en el ja clàssic estudi de Dever de 1976, gastem un 90% dels recursos econòmics per influir només sobre l'11% de les causes que podrien reduir la mortalitat en actuar sobre el sistema sanitari, mentre que només gastem l'1,5% dels recursos per influir en l'estil de vida, que és el responsable del 43% dels factors que incideixen sobre la mortalitat.

Un bon exemple del que comentem són els treballs de Thomas McKeown a Anglaterra, en què relaciona la disminució de les taxes de mortalitat de la tuberculosi amb la millora de la qualitat de vida, sense que les innovacions terapèutiques tinguessin una gran repercussió i sí les dues guerres mundials, quan es va evidenciar un augment de les taxes de mortalitat.

Figura 4. Tuberculosi



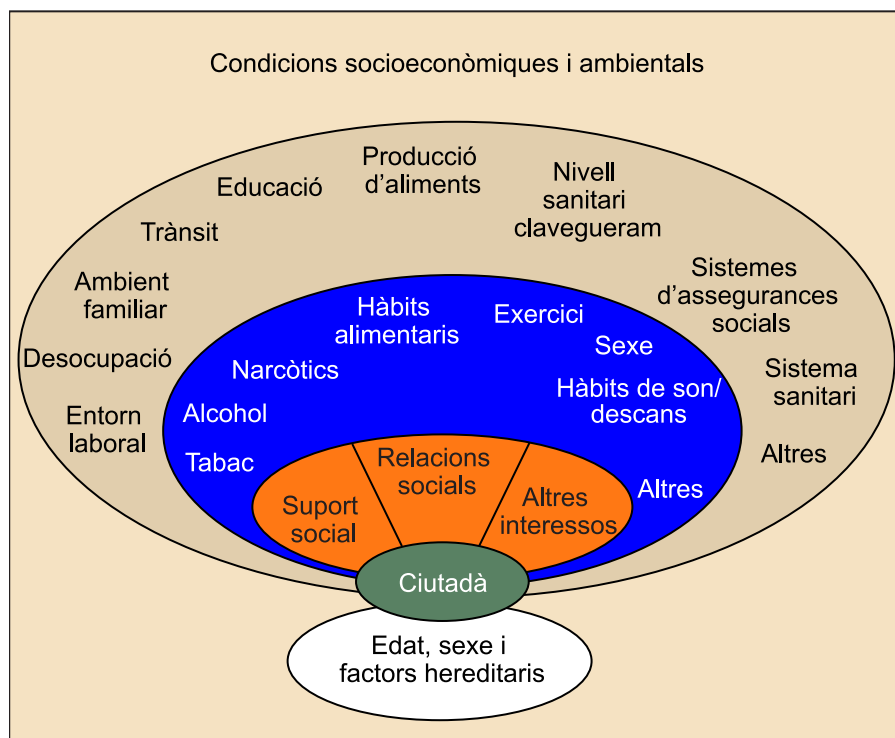
Font: McKeown, 1976

Aquests estudis van reforçar el **model biopsicosocial**, que defensa que les variables de caràcter social i psicològic són determinants a l'hora d'entendre la salut i el procés de la malaltia i la complexitat que la relació entre aquestes variables entranya.

El 1991, Dahlgren i Whitehead defineixen un model en què els determinants de la salut es representen en estrats.

Figura 5. Whitehead

Determinants de la salut



Font: Dahlgren i Whitehead, 1991

Com es pot observar en la imatge anterior, els estrats són:

- En la part central, se situen els **factors individuals** com l'edat, el sexe i els factors hereditaris, fonamentalment no modificables, encara que som a les portes de l'adveniment de la medicina personalitzada amb base genètica.
- En un segon pla, apareixen els **factors relacionats amb els estils de vida**, sobre els quals sí que es pot actuar. Es tracta dels hàbits de vida (fumar, beure, fer exercici físic, entre altres) directament relacionats amb l'estat de salut de les persones.
- Una tercera capa reflecteix les **influències socials i comunitàries**, això és, les relacions interpersonals dels individus en forma de suport social, que es relacionen també amb la salut.
- En quart lloc, s'inclouen les **condicions de vida i de treball**, que inclouen factors relacionats amb l'habitatge, l'agricultura i la producció d'aliments, l'educació, l'ocupació i la desocupació, l'aigua potable i el sanejament, i també els serveis sanitaris.
- Finalment, i tancant el semicercle, estan representades les condicions més generals de **caràcter socioeconòmic i mediambiental**, que influeixen en més o menys mesura en els altres cercles.

D'aquestes dades podem inferir la importància del treball social sanitari en la millora de l'eficiència del sistema de salut. Podem influir notablement en l'estil de vida dels ciutadans, que representa un 43% de les causes de morbiditat.

Recordeu:

- El sistema sanitari actual està orientat més a la curació de les malalties que a la preservació de la salut.
- La demanda sanitària depèn de molts altres factors diferents de la morbiditat mèdica.
- Una gran part dels recursos dedicats al sistema sanitari es podrien utilitzar millor si es dediquessin a tasques preventives.
- El treball social sanitari pot influir notablement a millorar algunes variables que contribueixen significativament a disminuir la morbiditat, d'acord amb el model biopsicosocial.

1.2. Els sistemes sanitaris. Funcions i tipologies

L'atenció a la salut com un dret, assumit públicament, és un fet molt recent i no universalitzat, ja que hi ha moltíssims països que no ho preveuen així en les seves cartes constitucionals. Uns perquè no ho poden abordar econòmicament, i altres, com els Estats Units, perquè consideren que la salut és un dret que ha de ser protegit individualment i no per l'Estat.

Només després de la Segona Guerra Mundial als països europeus i dins de la política general de protecció de l'estat de benestar, es va considerar l'assistència a la malaltia (no l'atenció a la salut) com un bé individual que havia de ser protegit públicament per l'Estat.

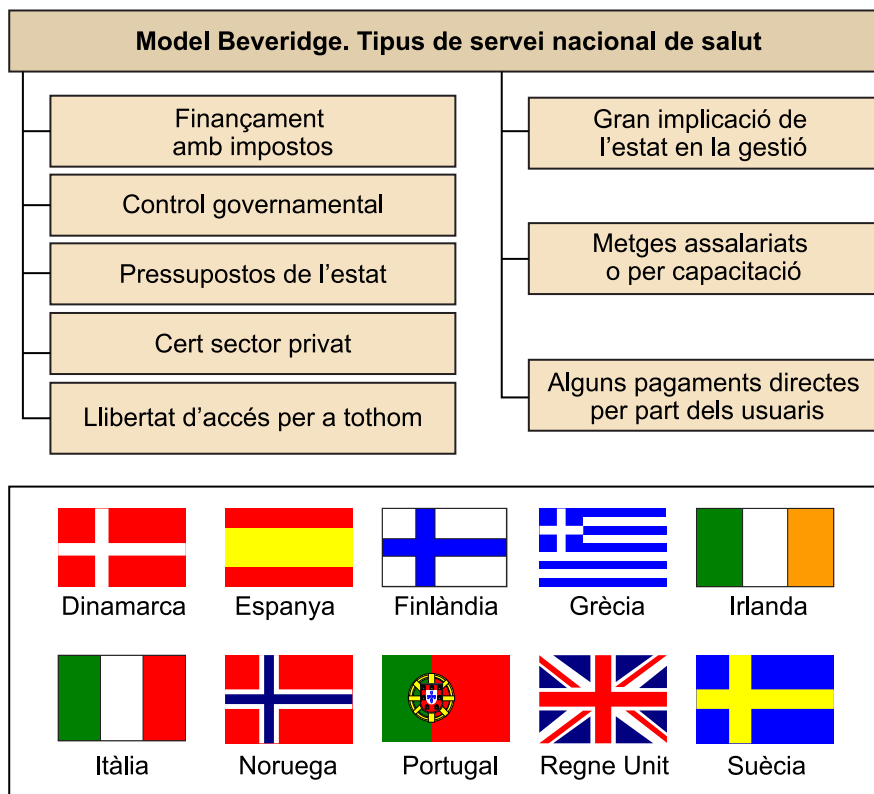
Hi ha diferents models de protecció d'assistència a la malaltia. Aquests sistemes són els següents:

- **Els sistemes de cobertura universal**, coneguts com a tipus **Beveridge**, en els quals la protecció social s'associa a la ciutadania. En aquest model, ser ciutadà és el que genera els drets derivats d'aquest marc de protecció. Els països que van desenvolupar aquest model van ser els països nòrdics, i el seu paradigma va ser el National Health Service del Regne Unit.

- **El finançament es du a terme per mitjà dels impostos.** La major part del pressupost de la sanitat procedeix dels pressupostos generals de l'Estat.
- **El control del sistema és estatal,** en controlar les funcions de finançament, compra i especialment la provisió dels serveis sanitaris, encara que admet la participació del sector privat en la compra i provisió dels serveis.
- **L'accés és universal.** Pel sol fet de ser ciutadà del país, independentment de la situació econòmica o laboral.
- **Els metges són personal estatutari, assalariats** o pagats per capacició.
- **Admet algun pagament directe complementari** per part dels usuaris (com el dels fàrmacs).

Figura 6. Model Beveridge

Els sistemes sanitaris a Europa (1)

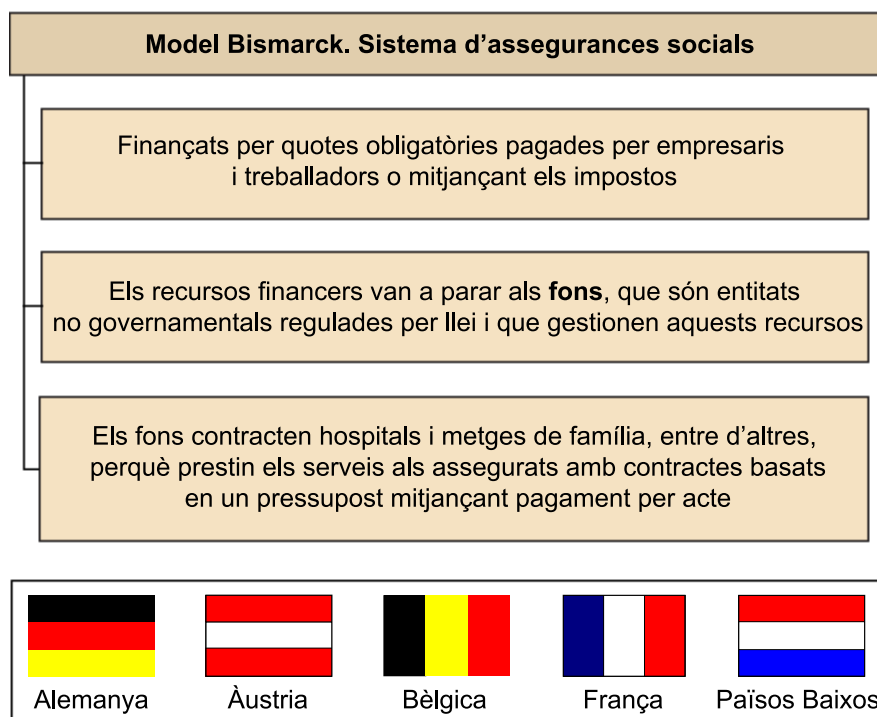


- **Els sistemes nacionals d'assegurances,** coneguts com a tipus **Bismarck**, en què el dret de protecció està associat a la relació laboral. Es desenvolupen inicialment als països europeus occidentals.
 - **Es finança amb les quotes laborals de treballadors i empreses.**

- Gran participació de les organitzacions privades sense ànim de lucre.
- L'accés és universal.
- Més llibertat d'elecció.
- Admet pagaments directes complementaris per part dels usuaris.

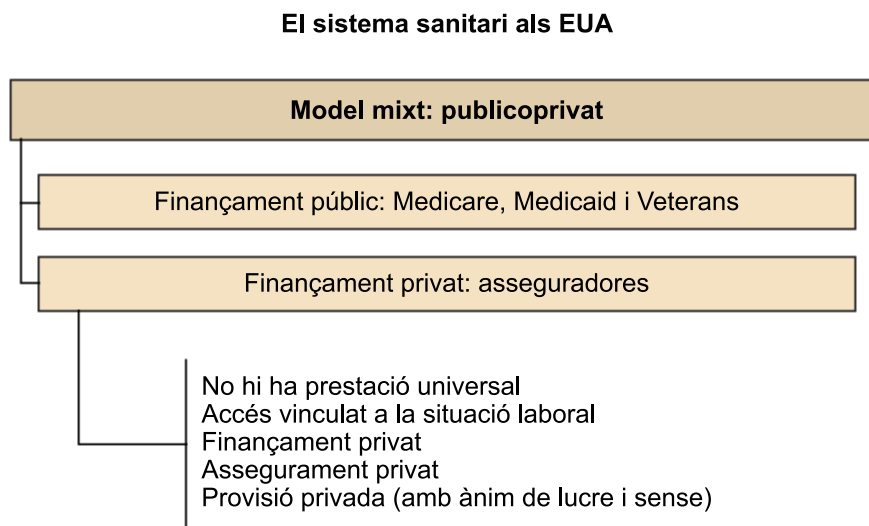
Figura 7. Model Bismarck

Els sistemes sanitaris a Europa (2)



- Els sistemes basats en el concepte d'assistència social que usen el criteri de necessitat i són hereus de l'estat liberal dels països anglosaxons. En el camp sanitari estan establerts als Estats Units, on l'atenció sanitària és un bé privat i només es garanteix en casos de necessitat a pobres, jubilats i algun grup específic cobert pels programes **Medicaid** i **Medicare**.
 - Coexisteixen dos tipus de protecció: l'**assegurament privat**, que cobreix parcialment el 60% dels americans amb diversos graus d'assegurament, i l'**assegurament públic**, que cobreix les persones grans (**Medicaid**) i els indigents (**Medicare**), amb unes prestacions sanitàries molt inferiors a les dels assegurats privats.
 - El finançament privat procedeix de quotes pagades per empreses i treballadors, i el finançament públic, dels pressupostos de l'Estat.
 - L'assegurament de la provisió dels serveis sanitaris és múltiple i privat.

Figura 8. El model liberal dels Estats Units



Aquests esquemes han anat evolucionant de manera que la majoria dels països desenvolupats tenen models híbrids. Així, el model espanyol, que inicialment era un sistema nacional d'assegurança finançada principalment per l'aportació d'empresaris i treballadors, ha evolucionat cap a un sistema de cobertura universal, finançat amb els impostos dels ciutadans.

Els models europeus han emfatitzat la **societat del benestar** com un objectiu fonamental, enaltint els valors d'equitat i accessibilitat del sistema sanitari. Els sistemes europeus, tant el Sistema Nacional de Salut com el sistema d'assegurances socials, avantatgen, en aquest sentit, el sistema americà, ja que el ciutadà mitjà europeu (els països de l'OCDE), gastant aproximadament un 9,5% del producte interior brut (PIB), no solament assoleix uns índexs de qualitat de salut (mortalitat global, esperança de vida en néixer, mortalitat perinatal, entre altres) molt millors, sinó que qualsevol ciutadà pot disposar d'una atenció sanitària adequada independentment de la seva condició social, econòmica o laboral.

La diferència ja no és tan clara en comparar els dos sistemes majoritàriament implantats als països europeus. En primer lloc, la comparació es fa complexa perquè cada país parteix d'unes condicions geogràfiques, dietètiques, culturals i econòmiques diferents. No oblidem que aquestes condicions defineixen el 80% dels determinants de salut.

D'aquesta lectura podem deduir que, a banda que la salut és un bé superior que s'ha de preservar, hi ha molts interessos involucrats en els processos que es duen a terme en el sistema sanitari, generats pels actors del sistema, com els professionals, la indústria o els polítics; els interessos de cadascun dels actors són de vegades poc convergents i fins i tot antagònics.

Els sistemes sanitaris europeus, siguin quins siguin, tenen unes especificitats que els confereixen una singularitat que no trobem en altres entorns:

- **L'accés és universal**, per a tots els ciutadans, fins i tot per als que provenen de països diferents dels que tenen implantats aquests sistemes.
- La percepció de gratuïtat per part dels usuaris fa que **n'utilitzin més els serveis**.
- **L'organització i serveis** que ofereixen són **complexos** i moltes decisions es mouen en la incertesa.
- Hi ha una gran **asimetria d'informació** entre els proveïdors dels serveis, metges i infermeres en relació amb els usuaris dels serveis, els pacients, la qual cosa pot induir a un augment de la demanda d'aquests serveis.
- **Generen grans externalitats**, per la qual cosa fenòmens que es generen en el sistema sanitari influeixen en altres sectors. Un exemple és la grip A porcina, que ha convulsat molts països i ha desencadenat una alarma d'àmbit mundial.
- La **demanda és il·limitada** i condicionada per fenòmens externs al sector.
- **Els professionals tenen una gran influència en el seu desenvolupament i gestió**, i aquesta influència afecta tant l'oferta com la demanda dels serveis, la qual cosa ocorre només en aquest sector.

Recordeu:

- La protecció de la salut com a bé constitucional és un fet recent.
- Els models europeus, el Sistema Nacional de Salut i el sistema d'assegurances socials confien a la protecció de l'Estat les garanties del dret a la salut, mentre que el model liberal la deixa en mans del mateix ciutadà.
- El sector de la salut té unes característiques que el fan únic i difícil d'entendre i gestionar.

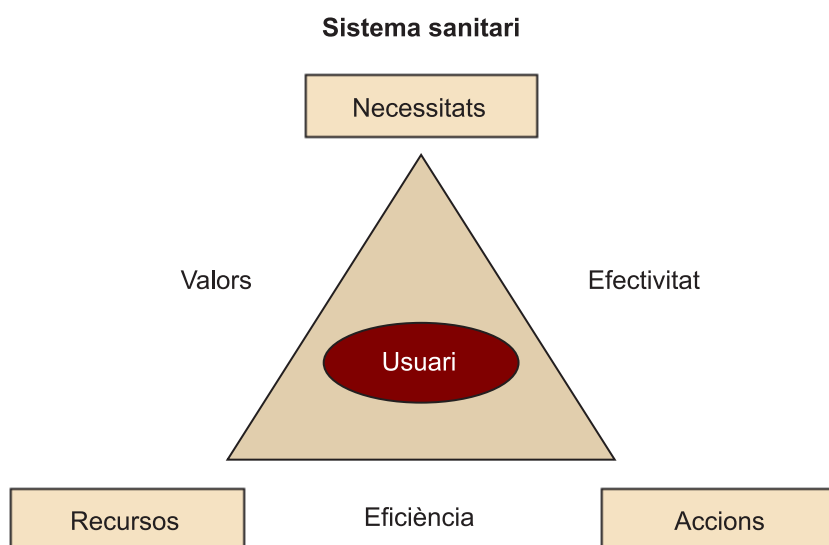
1.3. El sistema sanitari espanyol. Assegurament, compra i provisió dels serveis

La provisió de serveis sanitaris és la que satisfà les demandes finals dels usuaris, que són per definició il·limitades i no es podrien satisfer íntegrament, ja que els recursos sempre seran limitats.

Com ja hem comentat, les necessitats dels usuaris no només depenen de les observacions objectives sobre la salut, sinó també de la seva percepció subjectiva. Així, signes que per a uns usuaris serien banals i se solucionarien espontàniament, per a altres requeririen un sistema complex de visites i proves mèdiques per a arribar al mateix resultat final, si bé aquesta segona elecció haurà tingut un cost econòmic i social molt superior a la primera.

Així, l'usuari es mou en un tríode, les potes del qual són les **necessitats de serveis**, els **recursos** disponibles per a cobrir la demanda i les **accions** que el sistema sanitari emprèn per atendre-les en el marc polític i econòmic possible. Com ja hem esmentat en el paràgraf anterior, la relació entre recursos i necessitats depèn dels valors de l'usuari o de la societat.

Figura 9. Relacions



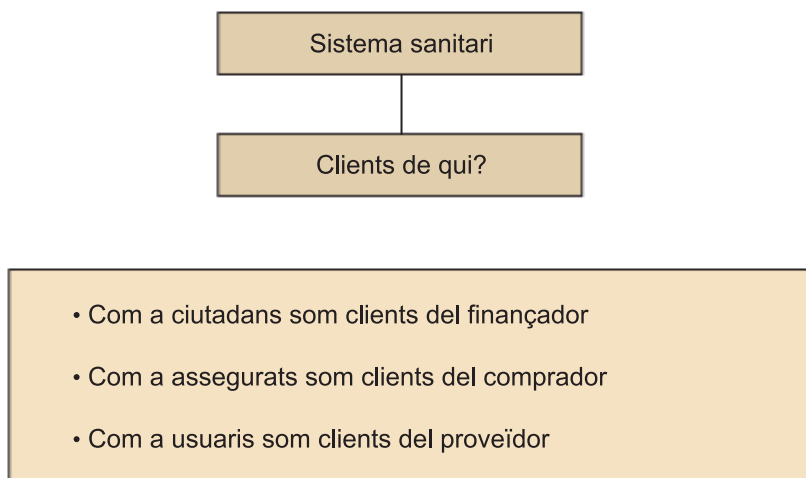
Hi ha societats que prioritzaran la prevenció sobre la curació, i altres, la creació d'unitats de cirurgia sense sang (testimonis de Jehovà) sobre altres dispositius. La relació entre els recursos disponibles i les accions que es poden emprendre amb aquests recursos depenen de l'**eficiència** de l'ús dels recursos. Aquest és un dels grans problemes del nostre sistema sanitari, ja que, si fóssim capaços de millorar l'eficiència, amb els recursos disponibles segurament es podrien dur a terme més accions i millors. La relació entre les necessitats que s'han de cobrir i les accions que emprenem depèn de l'**efectivitat**, una altra de les assignatures pendents en el sistema sanitari. A la necessitat de millorar l'efectivitat i l'eficiència es refereixen les tres funcions de finançament, compra i provisió.

Com ja hem comentat, tenim un excel·lent sistema sanitari que garanteix l'equitat i l'accessibilitat dels serveis sanitaris, la qual cosa ja ha comportat decisions importants consensuades de macrogestió en l'àmbit del Govern central i els governs de les comunitats autònomes (CA). El problema d'assolir

l'eficiència en la compra i en la provisió dels serveis està en l'àmbit de la mesogestió, mentre que l'assoliment de l'efectivitat se situa en el de la microgestió, és a dir, en les unitats finals de producció, és a dir, els professionals.

La creença general és que el Govern de la nació o com a màxim el Ministeri de Sanitat són els únics responsables del sistema sanitari i que exerceixen totes les múltiples funcions necessàries perquè el sistema funcioni amb normalitat, quan en realitat la majoria de competències de gestió del sistema sanitari estan transferides a les CA i el Ministeri té exclusivament una funció de coordinació i de garant de l'equitat del sistema.

Figura 10. Clients de qui?



- **Com a ciutadans som clients del finançador.** Com ja hem dit, en últim terme, és el Govern de la nació, ja que pel sol fet de ser espanyols ens garanteix una sèrie de drets previstos en la Constitució, entre els quals hi ha la sanitat.
- **Com a assegurats som clients del comprador dels serveis sanitaris.** A les comunitats autònomes, els serveis de salut per mitjà dels gerents d'àrea són els compradors dels serveis, que han de satisfer "la pòlissa implícita" que tots els espanyols tenim contractada en el Ministeri de Sanitat.
- **Com a usuaris som clients dels proveïdors** dels serveis sanitaris, és a dir, atenció primària o atenció especialitzada. Els compradors proveeixen els clients per mitjà dels serveis que els proporcionen els proveïdors.

Al nostre país encara no hi ha una diferenciació clara entre finançador i comprador, ja que totes dues estructures estan gairebé sempre foses en l'àmbit de les conselleries de Sanitat. Moltes realitzen també la provisió dels serveis, ja que la majoria de la xarxa de provisió és pública i amb una dependència jeràrquica econòmica i de vegades fins i tot política dels seus dirigents.

De fet, perquè el sistema funcioni adequadament, les responsabilitats s'haurien de delimitar clarament i s'haurien de distribuir inentus entre el finançador-comprador, que hauria de ser qui garantis la cobertura, igual que ocorre amb una pòlissa d'una asseguradora privada. La relació entre el proveïdor dels serveis i el finançador-comprador hauria de ser econòmica. Els compradors han de definir quins productes i serveis poden satisfer les necessitats sanitàries d'una àrea determinada i, segons les ofertes que tinguin, distribuir-les en funció de criteris d'equitat, accessibilitat i excel·lència.

Entre l'usuari i el proveïdor hi ha d'haver una relació d'excel·lència en la percepció dels serveis que es reben.

Perquè el sistema sanitari funcioni adequadament, el finançament, la compra i la provisió dels serveis haurien d'estar diferenciats clarament. En el nostre sistema sanitari, el finançador ha de ser únic, i el finançament, provenir dels pressupostos generals de l'Estat. L'assegurador, comprador dels serveis, s'hauria de regular de manera que, a més de l'assegurament (comprador) públic, hi pogués haver, com de fet hi ha, asseguradors privats que, amb la acreditació deguda, satisfessin també la pòlissa estàndard mínima definida pel finançador, que assegurés l'equitat i l'accessibilitat del sistema. Hi ha, encara que en aquests moments està en revisió, dos milions d'espanyols (MUFACE, MUGEJU i ISFAS), bàsicament funcionaris, que poden triar entre l'assegurament públic i l'assegurament privat cada any. Les asseguradores haurien de poder oferir pòlisses complementàries a l'estàndard, tant sobre serveis sanitaris com sobre altres facilitats hostaleres, la qual cosa sens dubte estimularia la competència entre les asseguradores.

1.3.1. El mercat sanitari

En la situació actual, no podríem parlar de mercat sanitari, ja que pràcticament funcionem en una situació de monopsoni, amb un comprador únic, i en la majoria del país l'oferta de serveis està constituïda per hospitals també públics. En qualsevol cas, encara que avancem cap a la separació de compradors i provisors i s'estimula la competència estimulant un cert mercat, aquest s'allunyaria del concepte de *mercat clàssic* que busca el punt òptim amb el joc de l'oferta i la demanda.

Des de la banda de la **demanda**, aquesta és pràcticament infinita, ja que està induïda per la pròpia oferta dels serveis. Com ja hem comentat, les necessitats de salut no són objectivables sinó que depenen dels valors de cada societat i de cada persona.

Des de la banda de l'**oferta**, generalment aquesta està determinada pels mateixos professionals i no hi ha veritables objectius en l'organització, sinó que aquests solen ser el sumatori dels objectius dels professionals o dels gestors, sense una veritable planificació de les necessitats.

No hi ha uns criteris objectius de l'ús dels procediments mèdics ni de la introducció de les noves tecnologies. No s'ha avaluat el cost real dels procediments i, per tant, és molt difícil comprar amb eficàcia.

La utilització de criteris subjectius per a l'ús de la tecnologia oblidava els criteris de la medicina basada en la prova, condemnava els hospitals a produir serveis poc eficients i més enfocats a l'interès dels professionals.

1.3.2. L'informe Abril

Malgrat l'acord gairebé unànime que tenim un sistema sanitari que cobreix la pràctica totalitat de la població, amb una equitat i accessibilitat notables i per a això s'empra una quantitat raonable de recursos (el 9,5% del PIB), també és veritat que hi ha la impressió generalitzada que el sistema necessita reformes que el facin més eficient, més racional i més representatiu del desig dels usuaris i els professionals.

Interpretant aquests desitjos d'una gran part del món sanitari, el Govern socialista va encarregar a una comissió de tècnics encapçalats per Fernando Abril Martorell el que va resultar ser l'informe i les recomanacions de la Comissió d'Anàlisi i Avaluació del Sistema Nacional de Salut, que va veure la llum l'abril de 1991 i que és més conegut com *l'informe Abril*. Les particularitats d'aquest informe van ser:

- Va ser redactat per una comissió de tècnics amb una amplíssima representació de tots els sectors que tenien alguna cosa a dir en el món sanitari.
- L'informe va ser assumit intel·lectualment per gairebé tothom.
- Es va avançar poc en la seva implementació per problemes polítics i corporativistes.
- A mesura que passen els anys s'objectiva més el pragmatisme amb què va ser elaborat i el diagnòstic dels problemes del sistema.

Segons aquest informe, la reforma s'hauria de basar en el següent:

- Promoure mecanismes que aconseguixin incorporar el major grau de responsabilitat als gestors del sistema, com una manera d'aconseguir una eficiència més gran en l'ús dels recursos humans i materials dins d'un marc d'autonomia responsable.
- Crear les bases perquè el sistema pugui funcionar amb més satisfacció subjectiva dels usuaris dels serveis i pugui permetre en el futur graus superiors de llibertat d'elecció.

- Promoure una consciència del cost, tant en el professional sanitari com en el ciutadà, per a disminuir el diferencial entre les aspiracions de la població i les possibilitats econòmiques.
- Obtenir el grau màxim de participació activa, vinculació al projecte i motivació del personal sanitari.

La contenció de la despesa sanitària es podria fer com una restricció de l'oferta assistencial, en definir clarament la cartera de productes que el sistema sanitari hauria d'oferir, i la resta de productes haurien de ser pagats per l'usuari d'una manera privada.

Fins al Reial decret 63/95, que va definir el catàleg de serveis sanitaris, aquesta recomanació no es va portar a la pràctica, i s'hi va portar de manera molt descafeïnada per la necessitat de consens polític i corporatiu. La segona mesura podria ser la contenció de la demanda amb la introducció del "tiquet moderador" per a determinades prestacions, com de fet ocorre en la majoria dels països europeus. Aquesta mesura no sols no es va portar a la pràctica sinó que va demonitzar l'informe Abril i pràcticament es va identificar exclusivament amb aquesta mesura.

L'informe estima que la ineficiència del sistema es devia al següent:

- La falta d'incentius, tant en l'àmbit de les institucions com per als professionals.
- La presència fins i tot d'incentius perversos, com els pressupostos incrementalistes, que premiaven la mala gestió i el finançament dels hospitals per ocupació i no per processos.
- L'absència d'un control pressupostari que acceptava els dèficits i els compensava periòdicament sense prendre mesures sobre aquells que els generaven.
- La dificultat a gestionar una organització de professionals sota el dret administratiu i la vinculació estatutària rígida.
- La cotilla administrativa per a gestionar no sols les persones, com ja s'ha comentat, sinó la logística d'empreses grans i complexes com són la majoria dels hospitals.

Per solucionar la majoria d'aquests problemes la Comissió va proposar:

- Separar el finançament, que ha de ser públic, de la compra i de la producció dels serveis, que pot ser pública o privada.

- Crear un mercat intern de proveïdors que estimuli la competència.
- Modificar l'Estatut marc del personal estatutari per a apropar-lo al règim laboral i incentivar els millors, fugint del concepte funcionarial: places vitalícies, antiguitat com a variable fonamental de la promoció, accés per escalafó, entre altres.
- Crear un nou marc jurídic empresarial que permeti l'autogestió.

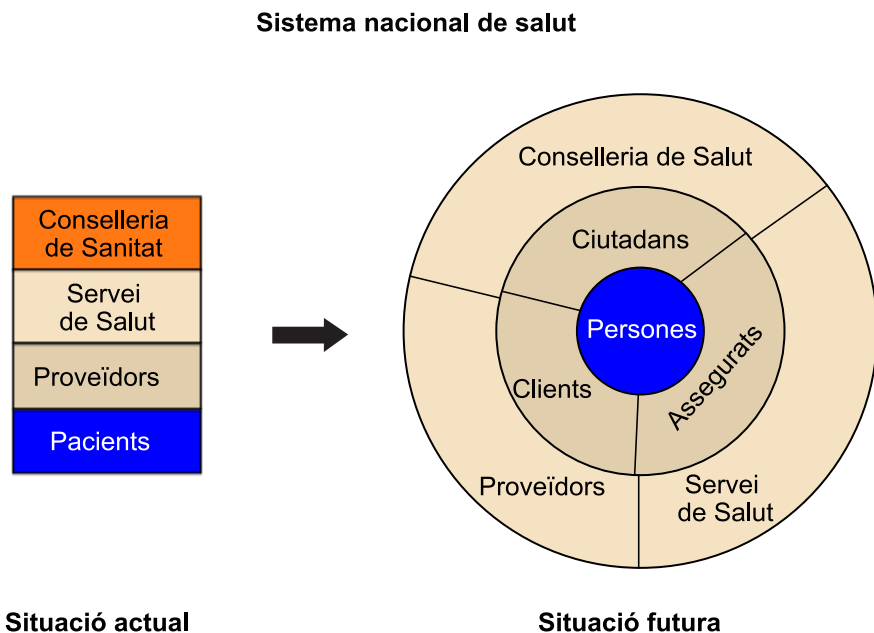
En realitat, aquestes quatre propostes, fetes ja el 1991, resumeixen el sentiment de la major part de les persones que treballen en el sistema i, com hem vist, són convergents amb les reformes proposades en la resta dels països europeus.

Realment, després de vint-i-dos anys, en la posada en pràctica d'aquestes quatre propostes gairebé no s'ha avançat. Només ara, que ens ha amenaçat la crisi econòmica, es comencen a prendre aquest tipus de mesures. Encara que el 1997 es va publicar la Llei d'habilitació de noves formes de gestió de l'Insalud i, en la gestió directa i a l'empara d'aquesta, es van iniciar projectes com la Fundació d'Alcorcón a Madrid o la Fundació de Manacor a les Balears, no sembla que aquests projectes hagin contribuït a aconseguir l'efecte desitjat. Els models de tipus Alzira desenvolupats a la Comunitat Valenciana i les col·laboracions publicoprivades, del tipus PFI extensament desenvolupat a la Comunitat de Madrid, intenten obviar la cotilla administrativa per a utilitzar la major llibertat de gestió de les empreses privades, encara que el motiu principal de la seva implantació hagi estat la necessitat de finançament per a construir els nous hospitals.

Les propostes de la subcomissió del Congrés creada pel Partit Popular, que intentava millorar les propostes de l'informe Abril, no van aportar cap novetat, ja que es va concebre en un entorn polític.

Com ja hem esmentat anteriorment, tenim un Sistema Nacional de Salut en què la major part de la gestió està transferida a les comunitats autònomes, on les conselleries de Sanitat, per mitjà dels seus serveis de salut, compren i els proveïdors subministren els serveis de salut als usuaris en una relació jeràrquica i poc integrada com mostra el costat esquerre de la figura següent.

Figura 11. Sistema Nacional de Salut



Hauríem de concebre el Sistema Nacional de Salut d'una manera integral, en què la persona es vegi en les facetes de ciutadà, assegurat i client en les quals es pot trobar en cada moment de la seva vida. Així, si féssim una anàlisi estratègica del nostre sistema sanitari, trobaríem:

- **Entre les fortaleces:**

- Tenim professionals ben formats i amb feina segura, la qual cosa es considera molt important en els moments de crisi de treball que patim.
- Hi ha un gran consens polític sobre el que ha de ser el sistema sanitari.
- Tenim una xarxa assistencial ben dotada estructuralment i tecnològicament.
- La despesa sanitària, en relació amb el percentatge del PIB, és raonable.
- Hi ha una àmplia cartera de serveis.
- Hi ha una equitat i accessibilitat notables.
- Hi ha una bona percepció dels serveis per part dels usuaris.
- Hi ha una oferta privada creixent i col·laboradora amb els serveis públics.

- **Entre les debilitats tenim:**

- Un marc de gestió i organitzatiu obsolet.
- Una orientació cap a la curació de la malaltia i poca orientació cap a la salut.
- Un pes excessiu de la despesa farmacèutica.
- Poca flexibilitat en la política de recursos humans.
- Uns sectors poc receptius als canvis organitzatius.
- Una orientació escassa al pacient.
- Una participació escassa dels ciutadans i la societat civil.
- Una desmotivació dels professionals.

- Una falta de coordinació del Ministeri i endogàmia de les comunitats autònomes.
- Una percepció escassa del cost per part d'usuaris i professionals.
- Poca integració entre els àmbits assistencials.
- Poca definició de les relacions amb el sector privat.
- Un finançament inadequat.
- Poc desenvolupament dels serveis socio-sanitaris i socials.
- Una implantació lenta de les tecnologies de la informació.

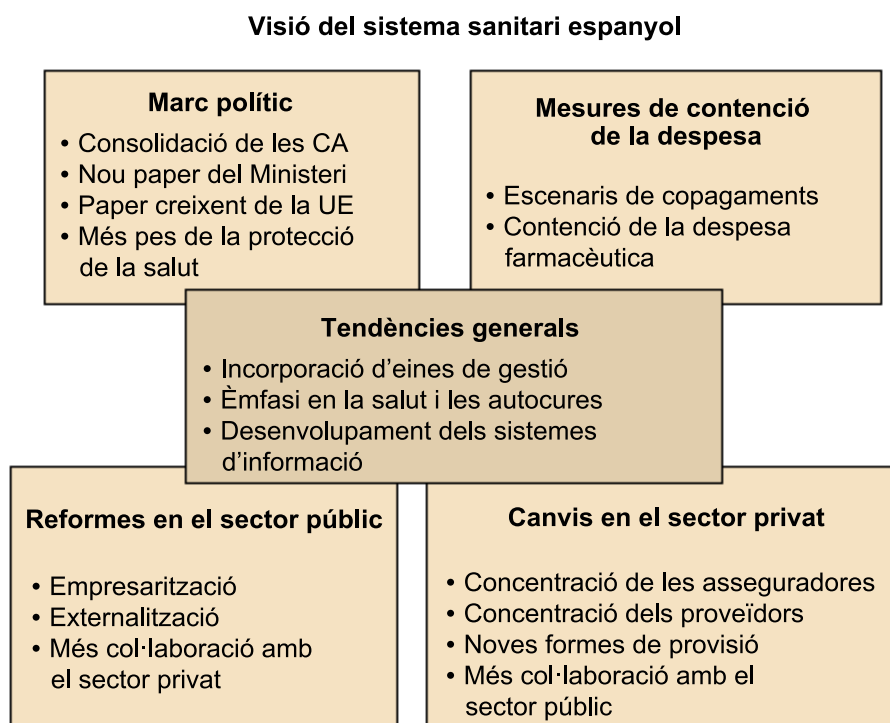
Si intentem analitzar el futur, tant les amenaces com les oportunitats que poden sorgir serien les següents.

- **Entre les amenaces que ens aguiten, tenim:**
 - Falta d'impuls polític per a impulsar la modernització del sistema.
 - Envel·liment de la població.
 - Augment de les patologies relacionades amb els hàbits de vida.
 - Augment de la demanda dels serveis tant quantitativament com qualitativament.
 - Encariment de la tecnologia i dels fàrmacs innovadors.
 - Dificultats de finançament i sostenibilitat del sistema tal com el concebem.
 - Tendència a la privatització i als copagaments.
 - Dificultats de coordinació entre les comunitats autònomes i amb el Ministeri de Sanitat.

- **Entre les oportunitats que podríem aprofitar, hi ha:**
 - El desenvolupament de les noves lleis, com la Llei de cohesió i la Llei d'ordenació de les professions sanitàries.
 - La implantació de les noves formes de gestió.
 - El desenvolupament dels sistemes d'informació que facilitin la integració.
 - La incorporació de professionals joves, il·lusionats i millor formats.
 - Uns usuaris més ben informats.
 - La integració a la Unió Europea.
 - La millor col·laboració públicoprivada en l'assegurament i la provisió dels serveis de la salut.

De tot això podríem tenir una visió global del sistema sanitari, com esquematitza la figura següent.

Figura 12. Visió del sistema sanitari espanyol



- **Com a tendència general veurem:**
 - La incorporació d'eines de gestió a les organitzacions.
 - L'èmfasi en la prevenció de la salut i el foment de l'autocura.
 - El desenvolupament de sistemes d'informació integrats.
- **En el marc polític es produirà:**
 - La consolidació de les transferències sanitàries a les comunitats autònomes compatible amb la funció de coordinació que correspon al Ministeri de Sanitat.
 - El paper creixent de la Unió Europea en les decisions nacionals.
 - L'avanç de la societat del benestar compatible amb la sostenibilitat del sistema sanitari.
 - La integració de l'atenció sanitària i social.
 - La consolidació de l'atenció a la dependència.
- **S'implantaran mesures de contenció de la despesa:**
 - Contenció de la despesa farmacèutica.
 - Extensió del copagament.
- **Hi haurà algunes reformes en la gestió de les organitzacions privades:**
 - Més empresarització dels hospitals, models de concessions i PFI.
 - Més externalització de serveis.
 - Més col·laboració amb el sector privat.
- **En relació amb el sector privat:**
 - Concentració de les asseguradores.

- Concentració dels proveïdors.
- Noves formes de provisió, que aprofitin les noves tecnologies.
- Més col·laboració amb el sector públic.

Recordeu:

- Com a ciutadans som clients del finançador, com a assegurats del comprador i com a pacients del proveïdor.
- En el nostre sistema sanitari hi ha pràcticament un assegurador únic i, per tant, un comprador únic, però la provisió pot ser múltiple.
- L'informe Abril (1991) ja recomanava la separació entre la compra i la provisió de serveis sanitaris.

1.4. Les funcions de finançament, compra i provisió

La relació entre les funcions de finançament, compra i provisió de serveis està clarament definida en la vida diària i es va complicant i diluint en la provisió de serveis associats a l'Estat de benestar en què l'Estat fa molt sovint tots els papers.

Quan un nen va a comprar una xocolatina, distingeix perfectament les tres funcions i les seves característiques. El finançador és el seu pare, que li dona una paga setmanal en funció d'algun acord previ consensuat i que teòricament satisfà les necessitats del nen. Aquest ha d'administrar la paga perquè li permeti passar la setmana adequadament, i quan se li acaben els diners sap que no pot comprar més. El comprador és el nen, que utilitza els diners segons criteris d'eficiència en un mercat limitat al seu entorn, però que ell prioritza. El proveïdor o proveïdors són les tendes que subministren els productes que venen al nen en un mercat lliure que funciona sota la llei de l'oferta i la demanda.

Acostant-nos al món sanitari, examinarem els diferents tipus d'assegurament en funció de la modalitat de compra i provisió de serveis que, en ser més general, ens permetrà comprendre què passa en el sector sanitari públic en què aquestes funcions, com ja hem dit, estan de vegades més diluïdes.

Bàsicament hi ha quatre models d'assegurament dels serveis sanitaris:

- el model de reemborsament,
- el model obert,
- el model tancat i
- el model mixt.

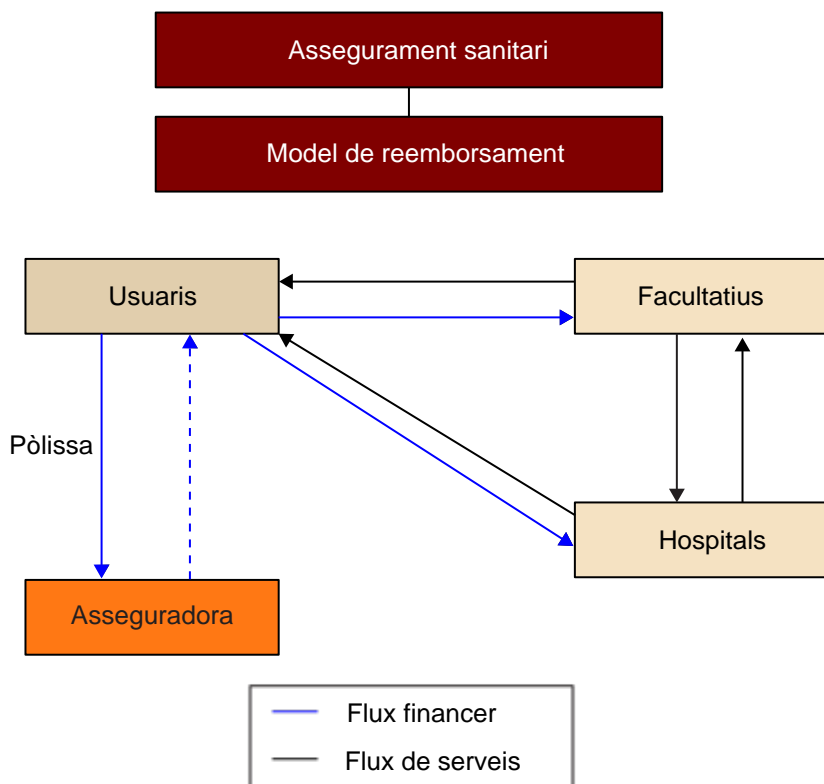
Les diferències es basen fonamentalment en el que compra el client. En cadascun d'aquests models estudiarem els aspectes finançadors, compradors i proveïdors i la relació entre aquests.

1.4.1. El model de reemborsament

En aquest model, el client té llibertat de triar pràcticament en tot el mercat el proveïdor que necessita. La fórmula de finançament és una fórmula entre el client i l'asseguradora. L'asseguradora no controla el cost de les prestacions (sinistralitat), però sí la demanda en fixar franquícies o tiquets moderadors.

L'elecció del proveïdor, facultatiu, depèn del client en funció del prestigi d'aquell. En l'elecció de l'hospital influeix no solament l'opinió de l'usuari, sinó també les indicacions del facultatiu.

Figura 13. El model de reemborsament



En aquesta modalitat el finançador és l'assegurat, el comprador dels serveis és el mateix usuari i els proveïdors de serveis són els facultatius i els hospitals triats lliurement per aquest.

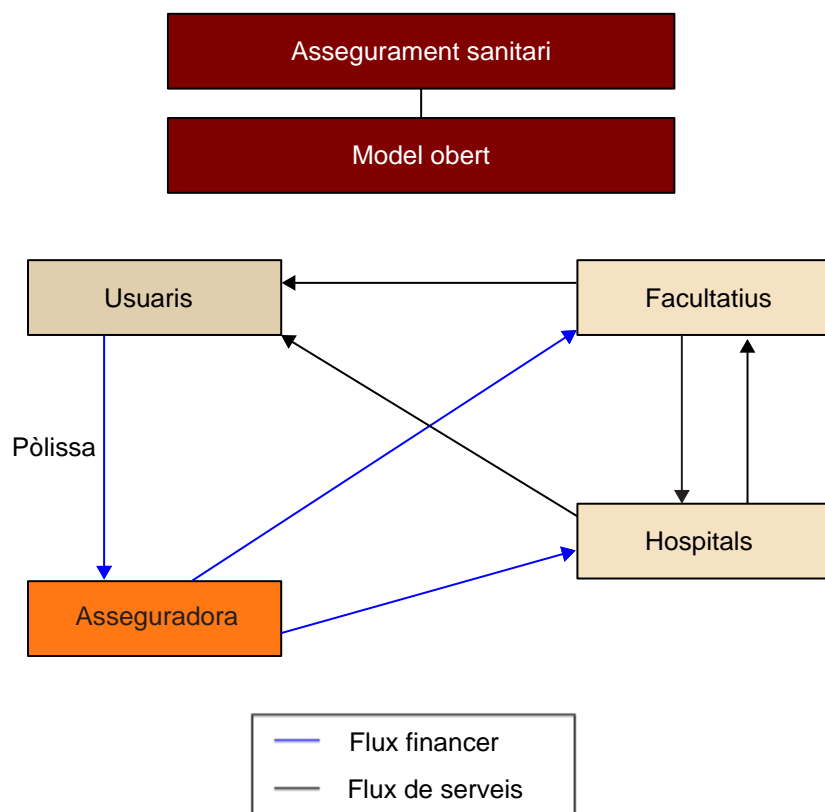
1.4.2. El model obert

En aquest cas, l'elecció de l'assegurat és més limitada, ja que ha d'escollir metge i hospital dins d'una llista tancada que li ofereix l'asseguradora.

El finançament es du a terme mitjançant el contracte entre l'assegurat i l'asseguradora. L'asseguradora compra els serveis sanitaris que l'assegurat pot usar potencialment tant en qualitat com en costos d'aquests, que sovint paga per acte mèdic, però no controla la demanda, excepte que imposi algun tiquet moderador, ni controla la gestió de la provisió que és assumida pels facultatius i els hospitals aliats a l'asseguradora.

Els hospitals no solen estar jerarquitzats i els facultatius hi presten l'atenció sanitària, però sense pertànyer a l'estructura formal de l'hospital.

Figura 14. El model obert



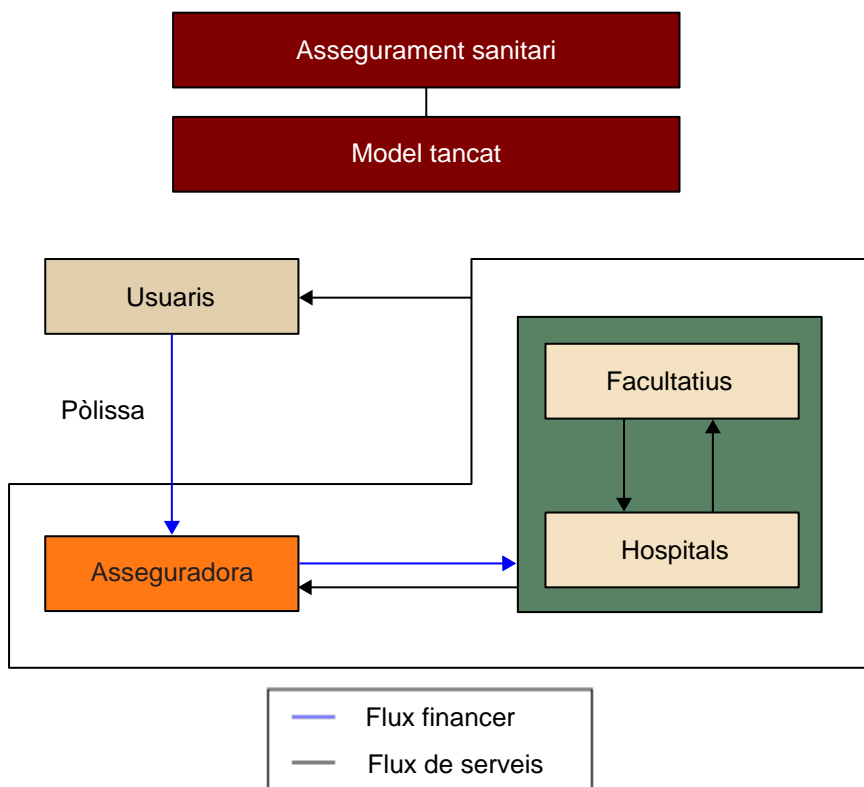
En el model obert el finançador, com sempre, és l'assegurat, el comprador és l'asseguradora, el proveïdor és el facultatiu i els hospitals inclosos en la cartera de serveis de l'asseguradora, però el facultatiu té un paper determinant en l'elecció dels hospitals per part de l'assegurat.

1.4.3. El model tancat

En aquest cas, la capacitat d'elecció de l'usuari és encara més limitada, ja que es redueix a una xarxa de facultatius i hospitals propietat de la mateixa asseguradora. El finançament es du a terme mitjançant la pòlissa entre l'asseguradora i l'assegurat. L'asseguradora té una xarxa pròpia, que és la que proporciona els serveis sanitaris a l'assegurat quan aquest els necessita.

En aquest cas l'asseguradora pot controlar els costos, contractant les prestacions que ofereix, i pot controlar també la demanda mitjançant la limitació d'oferta, però assumeix tot el risc en ser propietària del sistema de provisió.

Figura 15. El model tancat



En aquest model, que com veurem és el que més s'assembla al servei sanitari públic, és difícil separar el comprador del proveïdor, ja que l'asseguradora és qui exerceix aquestes dues funcions.

L'avantatge d'aquest model es basa en el prestigi dels facultatius i de l'hospital que, en estar jerarquitzats, permet dur a terme una medicina més protocol·litzada i un seguiment millor de l'usuari al llarg de tota la seva vida sanitària.

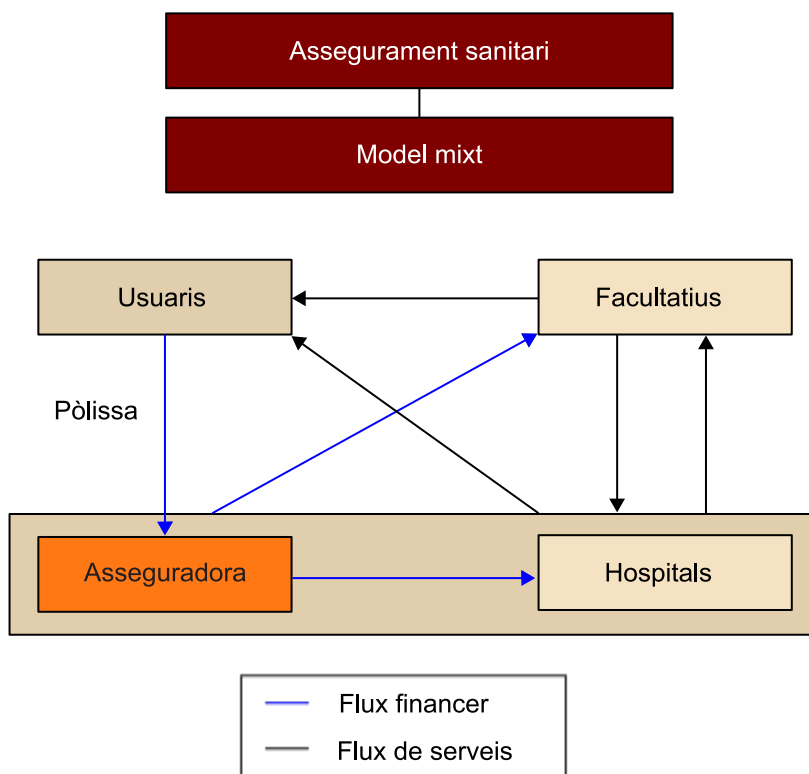
1.4.4. El model mixt

Com el seu nom indica, intenta tenir els avantatges dels models oberts i tancats, així l'usuari té la possibilitat de triar entre una llista tancada de facultatius extrahospitalaris, però l'atenció hospitalària es presta en un mateix centre que és propietat de l'asseguradora i on poden prestar els serveis tant els metges jeràrquics de l'hospital com els de la llista tancada seleccionats per l'asseguradora. El client pot triar facultatius dins d'una llista tancada extrahospitalària, però ha d'acudir necessàriament a l'hospital de l'asseguradora.

L'asseguradora pot controlar els costos mitjançant el pagament per capitació o acte mèdic als metges extrahospitalaris i per salari als intrahospitalaris. La compra de serveis a la llista extrahospitalària de facultatius la fa l'asseguradora d'acord amb l'activitat d'aquests metges mentre paga tota l'estructura hospitalària independent a l'activitat.

En aquest cas, els finançadors són els mateixos assegurats que paguen una quota mensual per assegurar-se, en cas de necessitat, uns serveis sanitaris garantits per la pòlissa. Aquesta pòlissa se subscriu entre l'usuari i l'asseguradora. L'asseguradora és qui compra els serveis a una xarxa de proveïdors en principi sense relació amb l'asseguradora. Els proveïdors són personal sanitari o organitzacions sanitàries que es mouen en un mercat lliure, si bé subjecte a certa planificació per les relacions públicoprivades que tenen la majoria dels proveïdors, però en principi finança el mateix usuari els serveis, però sense una relació de pagament per acte, com passava en l'exemple del nen, sinó de garantia d'atenció futura.

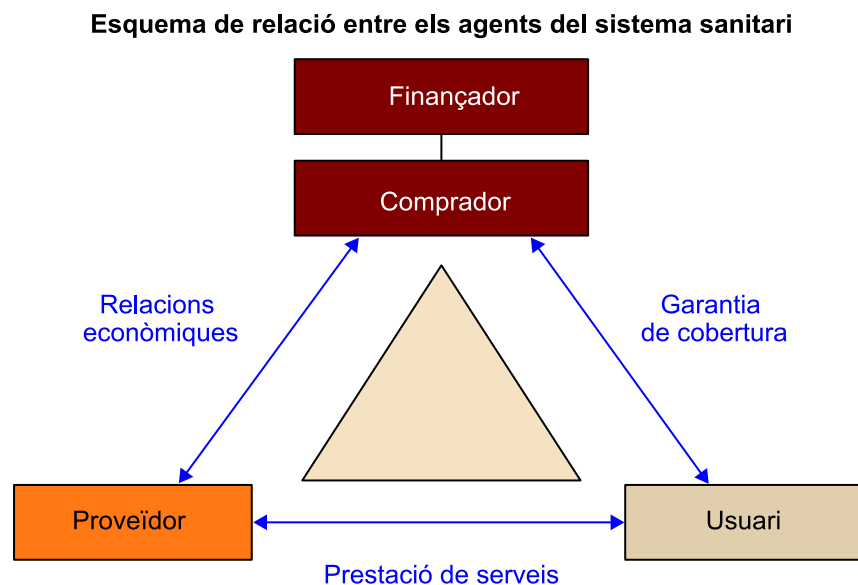
Figura 16. El model mixt



Aquest model es va complicant en assumir l'Estat, en el nostre sistema sanitari, en molts casos el paper de finançador, comprador i proveïdor. Encara que en els organigrames pot semblar que són diferenciats, en correspondre el finançament al Ministeri de Sanitat o a les conselleries de Sanitat, la compra als serveis regionals de salut i la provisió a la xarxa d'atenció primària i assistència especialitzada, en la majoria dels casos els tres graons tenen una mateixa dependència jeràrquica, econòmica i fins i tot política, la qual cosa n'invalida la independència a l'hora de diferenciar les funcions.

Les relacions entre finançador, comprador i usuari són diferents i s'han de tenir molt clares.

Figura 17. Esquema de la relació entre els agents del sistema sanitari



La relació entre el finançador-comprador i els usuaris ha de ser de garantia de cobertura per mitjà de la pòlissa pública que tots paguem amb els impostos, mantenint l'equitat, l'accessibilitat i la qualitat contractada. La relació entre el finançador-comprador i els proveïdors és estrictament econòmica mitjançant els contractes programa anuals, per la qual cosa aquests últims han de proveir una cartera de serveis definida, amb una qualitat predeterminada a uns preus convinguts. La relació entre els proveïdors i els usuaris és de prestació dels serveis, que s'han de dur a terme amb la màxima eficiència.

En algunes autonomies com Catalunya, hi ha una xarxa hospitalària d'utilització pública (XHUP), en què molts dels proveïdors no tenen relació jeràrquica oficial amb el comprador, en aquest cas, el Servei Català de la Salut, i es pot albirar certa separació entre el comprador i els proveïdors. Això que podia ser un avantatge teòric, es veu entelat per la discriminació que pateixen aquests hospitals en relació amb la xarxa de proveïdors propis, els hospitals que pertanyen a l'Institut Català de la Salut (ICS).

En la figura següent es mostren alguns exemples de les diferents tipologies d'entitats que hi ha al nostre país dependent del tipus de finançament públic o privat i la propietat de les organitzacions segons siguin públiques o privades.

Figura 18. Provisió dels serveis sanitaris

| Provisió dels serveis sanitaris | | | |
|---------------------------------|--------|---|--|
| Tipologia de les entitats | | | |
| Finançament | | Públiques | Privades |
| | Públic | SNS (CA+ Insalud) MUFACE (funcionaris via SNS) ISFAS (Forces Armades) | Mútues patronals d'accidents de treball Altres entitats concertades amb SNS, MUFACE i ISFAS |
| | Privat | Mecanismes de copagament i taxes o pagaments per tractaments específics en els proveïdors públics | Assegurances mèdiques individuals, de grups, particulars o empreses |

Podem veure que entitats privades com les mútues patronals estan finançades públicament, mentre que entitats públiques com el mateix Sistema Nacional de Salut poden tenir un finançament privat per mitjà dels copagaments.

Recordeu:

- Les funcions de finançament, compra i provisió estan molt definides en els sistemes d'assegurament lliures.
- Les funcions de finançament, compra i provisió varien depenent dels models d'assegurament: de reemborsament, obert, tancat o mixt.
- En el sistema sanitari espanyol se superposen sovint les funcions de finançador, comprador i proveïdor de serveis sanitaris.

2. Les organitzacions sanitàries com a empreses de serveis

Com ja hem esmentat en altres apartats d'aquest mòdul, és important assenyalar les diferències que les organitzacions sanitàries i, particularment, els hospitals tenen en relació amb les empreses “normals” i concretament amb les empreses de producció de béns en què normalment s'apliquen les eines de gestió en ús. A través d'aquestes diferències podem albirar les dificultats d'aplicació d'alguns procediments que semblen fàcils en les empreses “normals” i que comporten una gran dificultat en aplicar-los en les nostres.

Una organització no deixa de ser més que un espai comú en què cada treballador hauria de contribuir amb la seva excel·lència professional a aconseguir els objectius de l'empresa. L'organització relaciona persones, estructura i tecnologia en un entorn determinat. Les persones que formen l'empresa, en qualitat i quantitat, són fruit de les característiques de l'empresa, com l'entorn, el tipus de producció, la forma organitzativa o els objectius.

L'especificitat del sector sanitari respecte a altres sectors de l'economia en caracteritza tota l'activitat:

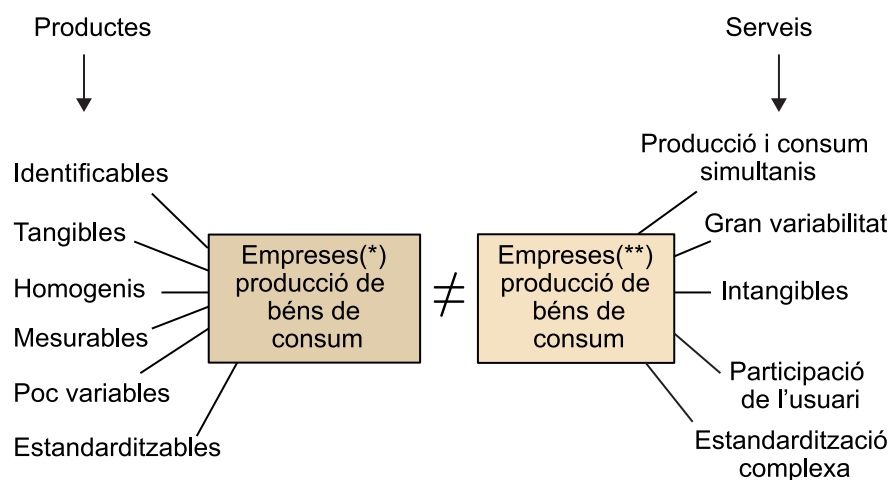
- La **necessitat de la seva utilització**, tant als països on l'accés és universal i està garantit per l'Estat com en aquells altres on no ho és i l'accés està condicionat al poder adquisitiu dels ciutadans. Amb una demanda incremental imparable a causa d'una sèrie de factors de control difícil: augment de l'esperança de vida, millora de les condicions de vida, noves malalties, noves tecnologies, entre altres.
- **Gran complexitat** en la realització dels serveis/productes i gran incertesa en el mesurament dels resultats.
- **Asimetria d'informació**, a favor dels professionals sanitaris que es converteixen així no solament en els generadors de l'oferta, sinó també en els generadors indirectes de la demanda.
 - És un sector que genera grans externalitats, que repercuteixen en altres sectors de l'economia. Un exemple clar d'aquesta externalitat el tenim en la pandèmia de la grip A.
 - L'aplicació de les noves tecnologies no és substitutòria sinó complementària de les tecnologies actuals i no allibera llocs de treball sinó que els augmenta i els especialitza.

- **La majoria de les organitzacions sanitàries són públiques.** La rigidesa del dret administratiu que les regeix dificulta la necessària flexibilitat per a adaptar-se als ràpids i imparables canvis del sector.

A més, les empreses sanitàries en general i els hospitals en particular **elaboren serveis** i no solament productes, la qual cosa els confereix unes característiques pròpies que també hem de tenir en compte:

- Les empreses productores de béns generen un producte concret, mesurable i fàcilment definible, mentre que els serveis que produeix un hospital són gairebé sempre immaterials (salut, benestar, agraïment, tristesa) i la seva objectivació representa una gran dificultat.

Figura 19



(*) Automòbils, edificis

(**) Institucions sanitàries, restaurants

- Els béns es poden transferir, vendre i comprar, mentre que costa molt transferir els serveis i, encara que podem comprar o vendre la prestació del servei, el servei en si mateix no es pot transferir. Penseu com es transferiria una intervenció d'apendicectomia.
- La qualitat d'un bé es pot apreciar adequadament abans de comprar-lo, no així un servei que només es pot avaluar una vegada prestat. Hi ha béns que s'han de destruir per a comprovar-ne la qualitat, cosa impossible per a comprovar la qualitat d'un servei.
- Els béns es poden emmagatzemar, els serveis mai, ja que per la seva pròpia naturalesa cal prestar-los en temps real.
- Generalment, els clients no participen en la producció d'un bé, que se sol manufacturar a molts quilòmetres del punt de venda, mentre que l'usuari sempre participa en el servei que li oferim en un moment o altre, encara que de vegades no en sigui conscient.

- Un bé es pot reparar i reposar, cosa difícil amb un servei que, quan es presta, generalment és irreversible.

Per comprendre bé les diferències que hi ha entre una organització sanitària i unes altres, penseu uns minuts quina seria la vostra participació com a clients en comprar-vos un cotxe i en sotmetre-us a una intervenció quirúrgica.

Les organitzacions sanitàries i l'hospital com a paradigma de complexitat màxima del sector sanitari produeixen, per mitjà de molts productes intermedis, un sol producte/servei final que és "la millora de la salut de l'usuari"; aquest resultat és molt eteri i de quantificació difícil, per la qual cosa el podem subdividir en la producció de serveis assistencials clínics (a més de la docència i la recerca). Però per a la realització de cada procés organitzativament intervenen sobre l'usuari unitats i persones cadascuna de les quals té les seves entrades (*inputs*) i les seves sortides (*outputs*), que són l'entrada més el valor afegit aportat per aquesta unitat a l'usuari.

A aquests efectes podem dividir l'hospital en tres tipus d'àrees.

- **Àrea clínica**, en què es diagnostiquen i es tracten els pacients. Aquesta àrea és el nucli central de la nostra activitat, a la qual hem de dedicar tota l'atenció prioritària. Està integrada habitualment per facultatius, personal d'infermeria i altres professionals sanitaris com farmacèutics, físics i treballadors socials que són els que estan en contacte directe amb el pacient.
- **Àrea tècnicoassistencial o de suport**. Aquesta àrea proporciona a l'àrea clínica les dades i informacions necessàries per a tractar adequadament els pacients incorporant un alt component tecnològic. Està integrada pel que habitualment es coneixen com a *serveis centrals*, entre altres, imatge, laboratoris, esterilització, farmàcia. Aquestes àrees estan integrades per facultatius, personal d'infermeria i tècnics especialistes.
- **L'àrea de suport** du a terme les funcions, generalment tècniques, que permeten l'actuació de les dues àrees que hem descrit anteriorment. Estan integrades pels professionals de la resta de l'hospital, que a títol descriptiu podríem esmentar: les direccions, els sistemes d'informació, compres i magatzems, la gestió econòmica, la gestió de personal, l'alimentació o la neteja, entre altres; i les titulacions dels professionals que la integren són diverses, com les d'advocats, enginyers, economistes, metges i personal d'infermeria o cuiners.

Les configuracions organitzacionals de **Mintzberg** defineixen l'hospital com una **burocràcia professional**. Convé estudiar algunes de les seves característiques principals, ja que ens serviran per a comprendre les complexes relacions que hi ha entre els professionals i, sobretot, el perquè dels fracassos de molts projectes que s'han dut a terme sense llegir Mintzberg.

La part fonamental d'aquest tipus d'organitzacions és el **nucli d'operacions**, la qual cosa vol dir que les persones més valuoses de la nostra organització i de les quals depèn el futur de l'empresa són els nostres professionals. Són ells, no els directius ni les supervidores, els que realitzen un servei/producte tan específic que només ells el poden realitzar amb l'eficàcia requerida. Per això, el seu mecanisme principal de coordinació és la **normalització d'habilitats**, que acrediten les facultats de ciències de la salut en la formació pregraduada i els hospitals acreditats per a la docència en la formació postgraduada del personal sanitari.

En aquest tipus de configuració, l'**àpex estratègic** té una funció d'enllaç amb l'exterior (relació amb altres hospitals, amb els compradors dels serveis, amb els polítics, amb els sindicats), i ha d'actuar com a animador dels professionals en complementar-los en les disciplines que per la seva formació bàsicament clínica no dominin. La **línia mitjana**, que connecta l'alta direcció amb el nucli operatiu, està constituïda per professionals clínics que actuen com a coordinadors i nexes d'unió amb l'apex estratègic. La **tecnoestructura** i l'**staff de suport** no han de ser excessius i han de proporcionar als professionals del nucli d'operacions tots els mitjans que necessiten per a complir la seva missió.

L'entorn en què ens movem és molt complex, relativament estable i, com ja hem comentat, el poder ha de raure en el nucli d'operacions.

Com a resultat d'aquesta anàlisi a l'hospital com a organització trobem:

- Una gran dificultat per a definir la missió de l'organització, els seus objectius estratègics i fins i tot els tàctics.
- Múltiples línies d'autoritat, unes de formals i altres d'informals.
- Gran dificultat per a valorar els resultats.
- La capacitat real de la presa de decisions no és en la gerència.
- L'oferta i la demanda la pot generar la mateixa persona, generalment el metge.
- En les organitzacions sanitàries públiques, majoria al nostre país, no hi ha relació entre l'evolució econòmica de l'hospital i el seu futur com a empresa i el manteniment de l'ocupació dels seus professionals.
- Es permet compatibilitzar el treball dels professionals amb altres empreses, fins i tot competidores de l'hospital.

Com es pot desprendre d'aquest apartat, hi ha suficients peculiaritats en les organitzacions sanitàries perquè el maneig del seu màxim valor, els professionals, s'hagi de gestionar d'una manera diferent i probablement tan complexa com la mateixa organització és, sense poder utilitzar fórmules simples que en un altre tipus d'empreses poguessin resultar satisfactòries.

Recordeu:

- Que les nostres organitzacions sanitàries són molt complexes i que les solucions implantades amb èxit en altres empreses de producció de béns no són directament implantables en la nostra.
- Que som una organització de serveis en què el client, per a les coses bones i per a les dolentes, intervé en la prestació dels serveis, que gairebé sempre l'afecta.
- Que una organització de serveis val tant com valen els seus professionals.

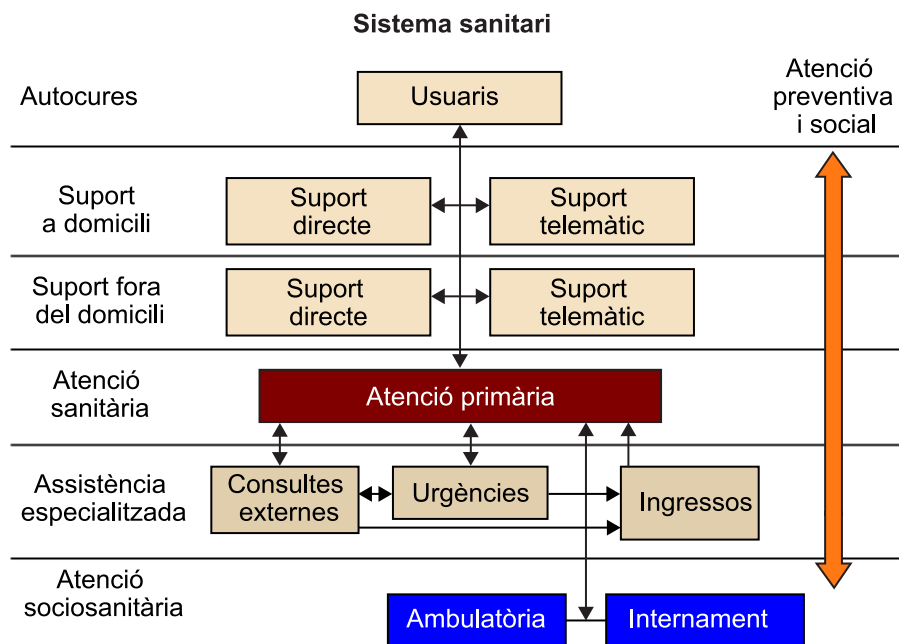
3. L'atenció integral dels usuaris dels serveis de salut

Només som **pacients** del sistema sanitari quan tenim un problema de salut i hem de ser atesos en algun dispositiu sanitari, però des que naixem som **usuaris** del sistema sanitari, en usar-lo des de l'atenció preventiva prèvia al naixement i fins a les cures domiciliàries quan els anys ens impedeixen dur a terme determinades activitats o les cures pal·liatives en les malalties terminals.

És molt important conceptualitzar la denominada **atenció integral**, que és l'antítesi de la medicalització de la salut i advoca per assistir l'usuari en l'estadi de màxima eficiència, és a dir, el de màxima qualitat i menys cost, no solament econòmic sinó també social i humà.

En aquest aspecte de l'atenció ens movem, segons l'estat de salut de l'usuari i sense pretensions d'exhaustivitat, en molts àmbits, com la salut, prevenció, atenció domiciliària, atenció primària, assistència especialitzada, atenció ambulatoria, atenció especialitzada hospitalària, atenció hospitalària intermèdia, atenció hospitalària hotelera, atenció hospitalària de llarga estada, atenció residencial assistida, atenció a pacients terminals, atenció domiciliària crònica.

Figura 20



Font: Villalobos Consultores

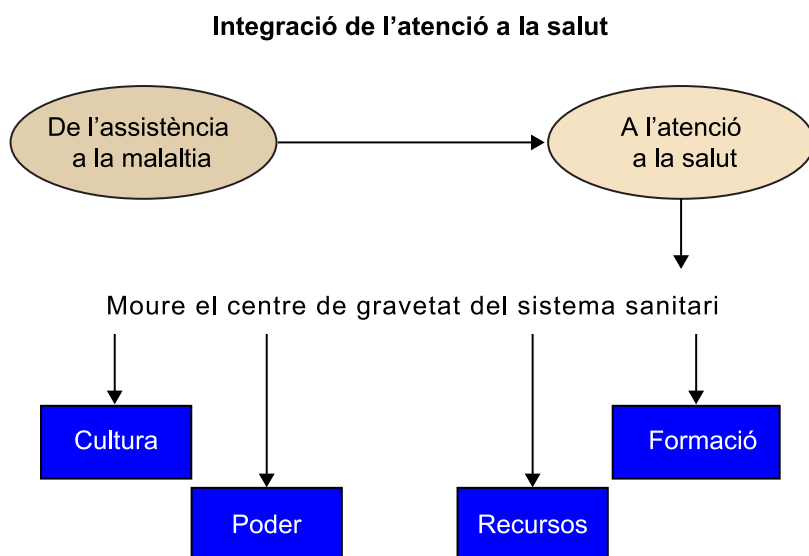
Encara que de moment estigui poc desenvolupada, la tecnologia ens permetria atendre els pacients al domicili o en estructures més properes a aquest, la qual cosa implica una major vinculació al seu entorn social i familiar. In-

dependentment del grau de cura en què estigui el pacient, hi ha d'haver una atenció preventiva i social permanent que estimuli les autocures i permeti estar el màxim temps possible en l'estat de màxima eficiència biopsicosocial.

La clau per a la construcció d'aquest sistema de multiatenció dinàmica dels usuaris està en el desenvolupament de l'atenció primària com un monitor permanent de l'usuari i porta d'entrada al sistema quan requereixi alguna actuació extraordinària, ja que no hi ha cap motiu pel qual l'estat "normal" de conservació de la salut i la prevenció no haurien d'entrar al sistema sanitari pròpiament dit. L'usuari "normal" s'hauria de moure en l'entorn de l'atenció primària i aquest usar l'atenció especialitzada només per a fer determinades proves que per la seva complexitat la necessitin.

Quan l'usuari passa a ser pacient, hauria d'esgotar les possibilitats de l'atenció primària abans de passar a l'assistència especialitzada. Perquè això sigui possible hem de moure el centre de gravetat del sistema sanitari des de l'atenció especialitzada fins a l'atenció primària, de l'hospital al centre de salut, i del concepte d'*assistència a la malaltia* a l'atenció a la salut.

Figura 21. Integració de l'atenció a la salut



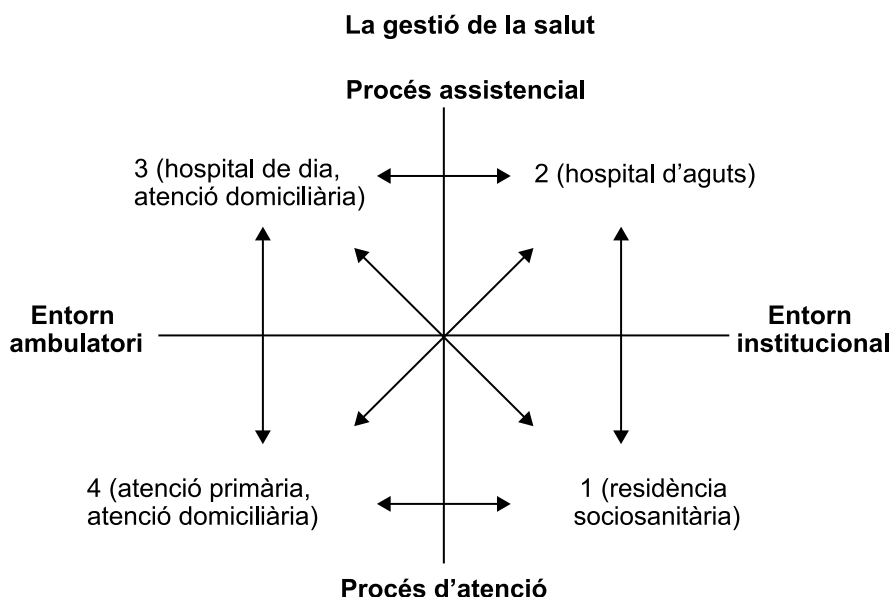
Realment hauríem de concebre el sistema sanitari com un sistema d'atenció a la salut més que un sistema d'atenció a la malaltia, com desafortunadament està concebut. Això no pot ser un procés immediat, sinó que portarà temps i decisions polítiques, ja que hem de variar:

- La **cultura** de l'usuari, del polític i del professional, que ha centrat històricament l'eficàcia i l'excel·lència del sistema en els hospitals, en la seva gran capacitat resolutiva i prestigi de la qual encara manquen l'atenció primària i la resta de les estructures de l'atenció de la salut, algunes encara inexistents.

- El **poder** centrat en els hospitals per mitjà dels caps de servei, catedràtics i unitats de recerca, entre altres, que acaparen no solament el prestigi i les influències socials sinó també la major part del pressupost de l'assistència sanitària.
- Els **recursos** s'han d'anar traslladant a l'atenció primària, social i sociosanitària per a millorar la seva capacitat resolutiva. Aquest desplaçament de recursos porta implícita una adaptació de l'atenció especialitzada, ja que la quantitat de recursos econòmics és finita.
- La **formació**. El centre històric de la formació dels metges i del personal sanitari han estat els hospitals, incloent-hi els metges d'atenció primària que es formen fonamentalment als hospitals. Aquest tipus de formació genera una cultura d'estil hospitalari que el personal sanitari, i especialment els metges, intenten mimetitzar una vegada que són als centres de salut. La majoria del temps docent dels facultatius d'atenció primària s'hauria de desenvolupar fora dels hospitals i en els centres de salut, ja que la majoria dels metges durà a terme la seva funció allà i no als hospitals.

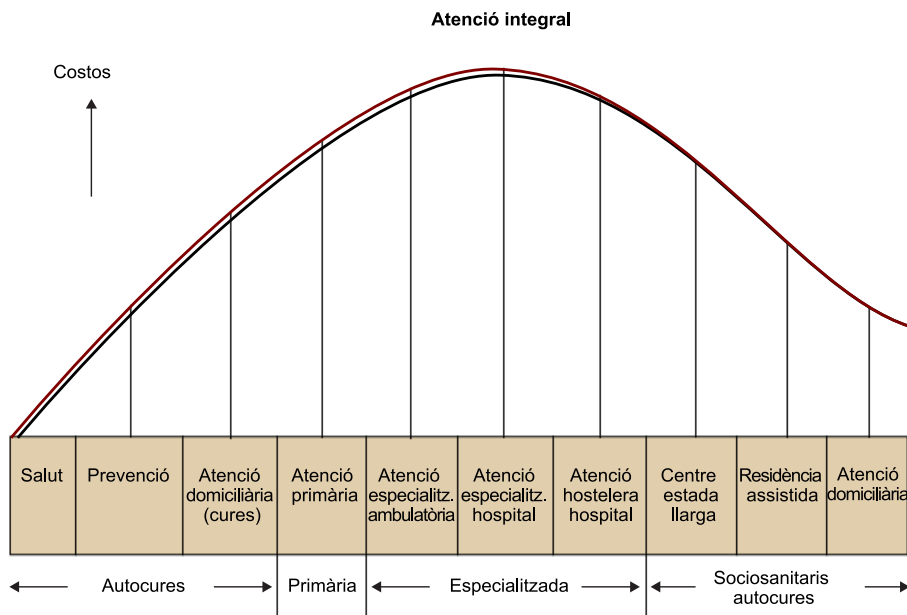
L'atenció a la salut s'hauria de concebre d'una manera integral. Com hem dit, el ciutadà hauria d'estar en l'estat de màxima eficiència, per la qual cosa ha de bascular d'un procés de monitoratge-atenció permanent a un procés assistencial, en l'entorn més adequat, que ha de ser domiciliari o ambulatori i només excepcionalment institucional, en poder-se moure amb facilitat de l'un a l'altre tal com mostra la figura següent.

Figura 22. La gestió de la salut



L'estructura i forma d'atenció als ciutadans no solament té relació amb el confort sinó també amb el cost. En aquest aspecte, de crucial importància per a la sostenibilitat del sistema sanitari, l'atenció als hospitals implica els costos més elevats, per la qual cosa hem de tractar els pacients en les estructures que representin un cost econòmic i social més baix.

Figura 23. Atenció integral



El primer pas que s'hauria de fer és la integració de l'atenció primària i l'atenció especialitzada. Per a això és necessari:

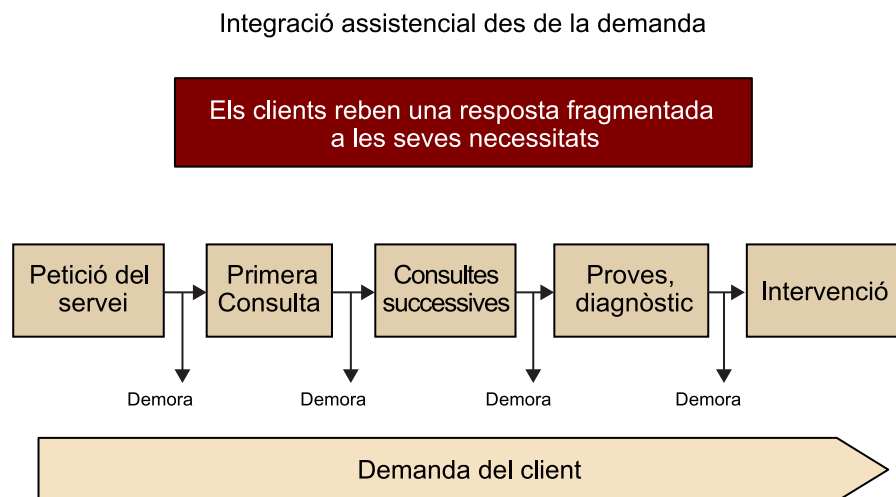
- Compartir estructures físiques i locals.
- Compartir documentació i sistemes d'informació.
- Compartir sistemes organitzatius i de gestió, avançant cap a les gerències úniques, que incloguin també l'atenció sociosanitària.

L'atenció primària ha de ser la que tingui el contacte natural i permanent amb els ciutadans i la porta d'entrada al sistema assistencial. Perquè aquesta funció sigui eficient ha d'augmentar els seus poders resolutius:

- Han de disminuir les tasques administratives que recauen sobre els facultatius.
- Ha d'augmentar l'ús de les tecnologies.
- Han de compartir protocol amb els hospitals i l'atenció social i sociosanitària.
- Han de millorar la seva formació.

De la mateixa manera que una agència de viatges integra la demanda dels clients contractant el viatge amb avió, l'estada als hotels, els trasllats en altres mitjans, les excursions o els guies amb diferents organitzacions, d'aquesta mateixa manera hauríem d'**integrar l'assistència des de la demanda dels ciutadans**.

Figura 24. Integració assistencial des de la demanda

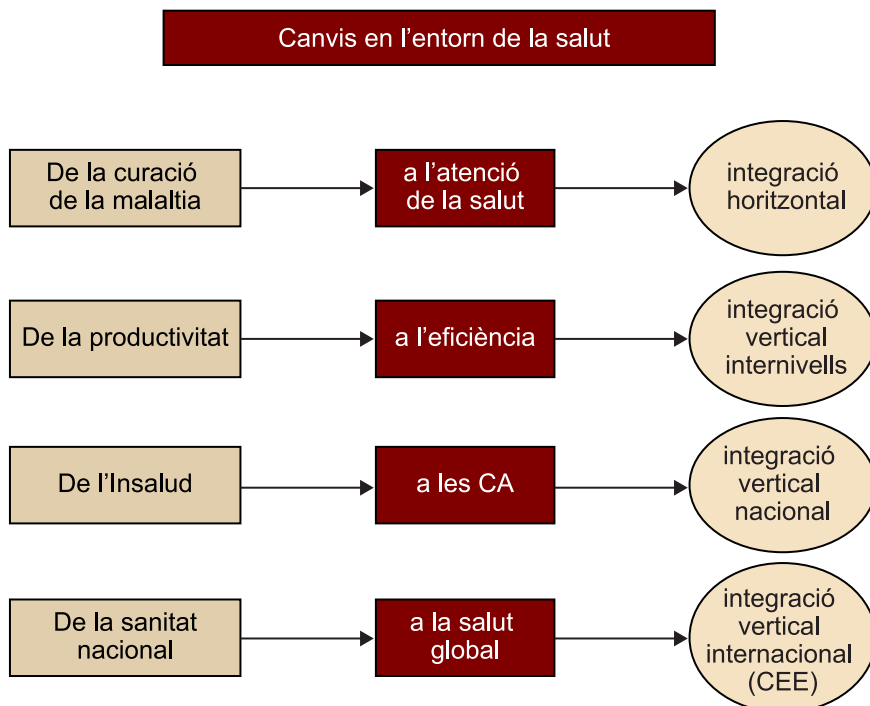


Font: J. A. Gorricho

Com es mostra en la figura anterior, la demanda de l'usuari és contínua i única mentre el sistema sanitari la comparteix, en dependre cadascun dels processos d'una organització diferent i poc coordinada, la qual cosa genera demores que tornen ineficaç el sistema.

Encara que habitualment l'èmfasi de la integració es posa en els àmbits assistencials, primari i especialitzat, és important estendre aquest concepte a l'atenció social i sociosanitària, com s'exposa en la figura següent.

Figura 25. Canvis en l'entorn de la salut



La integració real de la salut no solament transcendeix la integració horitzontal intraàmbits i la vertical interàmbits, sinó que transcendeix les barreres entre les comunitats autònomes per a una veritable integració entre els serveis que presten aquestes i, atès el procés de globalització creixent amb la Unió Europea, és necessària la integració vertical internacional, de desenvolupament escàs pel que fa a l'atenció sanitària en el Tractat de la Unió, a causa de les grans diferències en l'assegurament i la provisió de serveis que hi ha als diferents països que la integren, especialment amb la incorporació dels països de l'est d'Europa.

Recordeu:

- Les necessitats dels usuaris s'han de satisfer de manera integral, ja que la persona és única, i no en funció de l'organització del sistema sanitari.
- L'estructura i l'organització del sistema sanitari ha de convergir amb les necessitats dels usuaris.
- Hem de crear i estimular les estructures que permetin una integració millor dels serveis sanitaris.
- Els professionals hem d'adaptar-nos a la integració dels serveis i obviar interessos corporatius i econòmics.

4. Comunicació i sistemes d'informació

La comunicació i els sistemes d'informació són el sistema nerviós de qualsevol empresa i tenen una importància especial en empreses complexes com les nostres organitzacions, en què la coordinació entre les unitats és fonamental per a aconseguir l'eficiència en la prestació dels serveis.

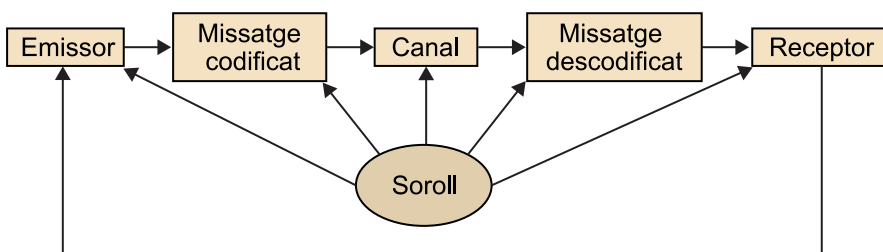
4.1. La comunicació en les organitzacions sanitàries

4.1.1. El procés de comunicació

La comunicació, entesa com l'intercanvi d'informació, existeix des de sempre entre les persones i els animals i és un fet imprescindible per a la seva existència.

La comunicació, en la forma més simple, és el procés pel qual una persona, l'emissor, transmet una informació a una altra persona, el receptor, utilitzant un mitjà, el canal de comunicació. La comunicació no serà efectiva sense la comprensió per part del receptor de la informació que vol transmetre l'emissor, la qual cosa es pot produir per problemes en qualsevol element de la cadena de la comunicació i que més tard comentarem.

Figura 26. El procés de comunicació



En el procés de comunicació trobem:

- **Emissor.** És la persona o agent que comunica, dins d'una organització.
- El missatge generat per l'emissor ha de **codificar-se** per a transmetre'l per un o diversos canals. En una conversa, a part de la comunicació oral, es produeix simultàniament una comunicació no verbal que complementa l'oral i que el receptor interpreta.
- **Canal.** És el mitjà de transmissió del missatge que utilitza l'emissor per a arribar adequadament al receptor i que, com veurem, en les organitzacions sanitàries pot variar des de la conversa privada fins a la intranet. Abans que arribi al receptor és necessari **descodificar** el missatge perquè pugui

ser entès pel receptor. Com a última baula de la cadena trobem el **receptor**, destinatari final del missatge. En realitat, a més d'aquests elements, n'hi ha dos més que influeixen en el procés de comunicació.

- **Soroll.** És un fenomen aliè al procés, però que hi influeix distorsionant-lo generalment de manera negativa. Finalment, el procés de comunicació no sol ser passiu, sinó que el receptor generalment reacciona davant l'arribada de la informació i genera un procés de retroalimentació modificant les pautes de l'emissor o fins i tot convertint el receptor en emissor d'informació.

4.1.2. El flux de les comunicacions

A mesura que una empresa es fa més complexa, la comunicació entre els membres es converteix en imprescindible. Les informacions són bàsicament de tres tipus: les que van des de l'àpex estratègic, la direcció, cap a la resta de l'organització, generalment en forma d'ordres; les informacions que flueixen des del nucli operatiu cap amunt i que permeten el control dels processos que es duen a terme en l'empresa; i les transversals, que es transmeten entre els professionals d'un mateix àmbit. Quan el flux de missatges és l'adequat, l'organització funciona adequadament, però quan no ho és, es converteix en una nau sense control on tot és possible i deixa pas a les informacions informals que, si no són encarrilades adequadament, generen ineficiències difícils de corregir.

Hem d'adequar el tipus de canal que usem al tipus de comunicació que volem dur a terme. Així, pot haver-hi missatges ambigus i, per tant, difícils de transmetre com poden ser els que afecten conflictes personals o en la negociació de retribucions, mentre que n'hi ha d'altres que són clars i senzills de transmetre com l'hora d'una reunió. Com més ambigüitat i dificultat pugui tenir la informació que s'ha de transmetre, més personalització i interès hem de posar en el missatge, mentre que com més clara sigui la informació més despersonalitzada i distant pot ser per aconseguir la mateixa eficàcia. Depenent de la dificultat podríem graduar-lo en quatre estadis:

- **Estadi 1.** Per a transmetre missatges complexos i difícils, s'ha d'utilitzar la presència física dels interlocutors, que pot ser individual o en grup depenent del grau de privacitat que es requereixi.
- **Estadi 2.** Per a transmetre missatges personals, poc complexos, es poden utilitzar canals interactius com el telèfon o el correu electrònic.
- **Estadi 3.** Per a transmetre missatges senzills i dirigits a grups selectius, es poden emprar les cartes o la intranet.

- **Estadi 4.** Per als missatges senzills i rutinaris, es poden utilitzar butlletins o circulars, entre altres.

S'han de tenir en compte les interferències que hi ha entre l'emissor i el receptor del missatge, algunes tan simples com el fet que als hospitals encara hi ha persones, professionals o pacients, gairebé analfabets que no poden llegir i interpretar adequadament unes instruccions ben redactades. Les barreres més importants solen ser semàntiques i d'interpretació.

Una de les assignatures pendents en les organitzacions sanitàries és la **comunicació** tant externa com interna. La primera va dirigida a la societat que atenem i amb els impostos de la qual ens financem, i la segona, potser més immediata, va dirigida als professionals.

No hem de pensar que les noves tecnologies resoldran el problema. És evident que les noves tecnologies de les comunicacions poden facilitar la resolució del problema, però aquesta passa per organitzar la nostra política de comunicació dins de les organitzacions sanitàries de manera adequada.

El personal sanitari té uns condicionants de comunicació molt complexos, ja que no sols s'ha de comunicar amb la direcció de l'empresa i els col·legues de feina per dur a terme els processos assistencials que requereixen una gran coordinació, sinó que el personal sanitari és l'informador-comunicador principal dels usuaris, pacients i familiars, característica típica de les empreses de serveis i especialment en la de provisió de serveis sanitaris, en què l'usuari està generalment en una situació de preocupació extrema i indefensió en delegar en el personal sanitari la capacitat de decisió.

Si en tots els professionals sanitaris, especialment els que tenen contacte directe amb els pacients, les habilitats de comunicació són importants, en els treballadors socials sanitaris són de vital importància, ja que de la seva habilitat depèn l'estada del pacient a l'hospital, amb el que comporta el diagnòstic mèdic, l'allunyament del medi habitual, de casa, el que comporta per a la família i el tràfec pel sistema sanitari, que ha de ser tan eficient i confortable com sigui possible complementant la informació, gairebé sempre excessivament tècnica, que els subministren els professionals clínics i assistencials.

4.1.3. Barreres en la comunicació

Atesa la transcendència que té la comunicació en el funcionament adequat de les nostres complexes organitzacions hospitalàries, en què la coordinació és fonamental per a integrar els processos assistencials, hem de posar un especial èmfasi a transmetre adequadament la informació que des de les direccions arriba als professionals. Aquestes barreres poden ser personals, semàntiques i físiques.

Les barreres personals, potser les que més habitualment distorsionen la comunicació, provenen de les limitacions, emocions o estructura dels valors humans. Cadascú pot sentir el missatge distorsionat en funció dels seus interessos i deformar el contingut que volia enviar l'emissor, la qual cosa vulgarment es qualifica com a “sentir però no escoltar”. Com a receptors, hem d'intentar analitzar el missatge sense prejudicis que puguin distorsionar-lo, encara que posteriorment puguem analitzar-lo tenint en compte les circumstàncies perquè el puguem interpretar adequadament.

Les barreres semàntiques són les limitacions o distorsions que es poden produir per l'ús de paraules o símbols equívocs o per la transmissió simultània de senyals o gestos que puguin distorsionar el missatge inicial.

Les barreres físiques són les interferències que es produeixen per la inadequació del lloc o el mitjà que utilitzem, com el soroll a la sala de reunió o talls en la línia telefònica.

4.1.4. Errors en la comunicació

Atesa la importància que té la comunicació, com comentarem més endavant, hem de planificar tant la comunicació externa com la comunicació interna, però en general hem d'evitar els errors més freqüents en preparar qualsevol comunicació com són:

- **Donar una informació errònia o incompleta.** Hem d'assegurar-nos que la informació sigui veraç i completa, ja que l'omissió d'aspectes importants la invalida davant el receptor, moltes vegades ja predisposat a això.
- **Donar una informació distorsionada.** Cal tenir molta cura que el missatge original que vol donar la direcció no es distorsioni en la comunicació successiva per altres responsables.
- **No sobrecarregar el missatge.** Hem de transmetre només la idea que volem comunicar i fugir de la temptació de complicar excessivament els missatges, la qual cosa pot dispersar el missatge inicial i sobrecarregar el receptor.
- **Ser un bon comunicador** és una de les competències més importants que ha de tenir un professional sanitari en la relació amb els usuaris i una de les característiques principals dels directius. Ser capaç de comunicar adequadament no s'improvisa i, atès que en les facultats de Ciències de la Salut i Socials no es posa especial atenció en aquest aspecte, hem de posar èmfasi, per la transcendència que té, a aprendre a fer-ho.

4.1.5. La comunicació interna

La informació ha passat a ser el valor principal de les empreses que, com les nostres, es denominen *del coneixement*. Per tant, la comunicació interna n'és un valor estratègic, i que aquesta flueixi amb eficàcia és l'única manera de garantir-ne el funcionament adequat, de manera que tant la direcció com els professionals es trobin satisfets en tot moment amb la informació tant estratègica com tàctica que en tenen i la possibilitat d'accedir-hi quan vulguin.

Sense ànim de ser exhaustius, a continuació descriurem els sistemes de comunicació més utilitzats i hem de triar en cada moment i circumstància el més adequat.

- **Reunió personal.** És necessària per a transmetre missatges importants i que afecten persones concretes. Requereix molt temps, per la qual cosa només s'ha de celebrar quan sigui estrictament necessari.
- **Reunions en grups.** Són necessàries per a transmetre temes transcendents a grups de persones amb interessos similars. Aquest tipus de reunions es pot dur a terme per videoconferència, la qual cosa evita desplaçaments.
- **Reunió massiva.** Només és recomanable en circumstàncies excepcionals per a informar sobre temes que afectin grans col·lectius.
- **Manuals.** Són molt útils per a informar els professionals que s'incorporen a l'organització i són específics per a cada unitat. S'han de mantenir actualitzats.
- **Memoràndums.** Són útils per a informar grans col·lectius sobre canvis, abans d'incorporar-los als manuals, o notícies d'actualitat.
- **Revistes periòdiques.** Són útils per a informar i deixar lloc a les aspiracions de comunicació d'alguns col·lectius. La seva política d'edició ha d'estar definida.
- **Taulers físics o electrònics.** Són útils per a penjar informació d'actualitat d'interès per a l'empresa, els professionals, els sindicats o altres grups culturals.
- **Contestadors automàtics o bústies de veu.** Permeten la comunicació asíncrona entre els treballadors.
- **Intranet.** Permet la comunicació entre tots els treballadors de l'empresa. El grau de comunicació dependrà de la política de comunicació interna de l'empresa, encara que tecnològicament no hi hauria limitació per a aquesta.

- **Internet.** Permet la comunicació tant interna com externa dels treballadors de l'empresa. Aquest mitjà obre unes aplicacions fins fa poc inimaginables per a l'adquisició d'informació i integració de les unitats que formen l'empresa. En el cas de l'atenció a la salut, permetria la integració entre els hospitals, els centres de primària i els centres socials, entre altres, els quals podrien compartir informació assistencial i administrativa.

Malgrat que l'evolució tecnològica defineix aquestes dues últimes formes com els sistemes de comunicació del futur, les altres formes continuen tenint utilitat en algunes circumstàncies.

La comunicació interna no s'ha d'improvisar, malgrat el gran dinamisme de les organitzacions i que de vegades calgui donar una informació puntual de manera immediata. La comunicació interna ha d'estar dirigida pels màxims responsables de l'organització i s'ha de gestionar d'una manera planificada perquè en tot moment satisfaci les necessitats de tots els grups professionals, la qual cosa no sempre és fàcil.

4.2. Els sistemes d'informació en les organitzacions sanitàries

La informació és la base d'una bona comunicació a l'hospital, de fet és el sistema nerviós de qualsevol empresa i especialment en una organització del coneixement com són les organitzacions sanitàries, en què la coordinació dels processos és fonamental per a aconseguir-ne l'eficàcia.

Encara que els sistemes d'informació han existit sempre en les nostres organitzacions, han sorgit a mesura que les necessitats els requerien sense un plantejament metodològic rigorós, promoguts pels serveis i unitats i sense una integració d'aquests, per això no ens ha d'estranyar que la incorporació de la tecnologia informàtica als nostres hospitals hagi estat tardana i encara en la primera desena del segle XXI estiguem molt allunyats d'altres sectors en relació amb la seva implantació i utilització rutinàries.

A l'hora d'introduir un sistema informatitzat en qualsevol entorn, tant si és una unitat hospitalària com un servei o l'hospital en general, s'ha de tenir en compte una sèrie de mesures, que per òbvies moltes vegades passem per alt i són la causa de molts fracassos al llarg dels últims anys:

- **Abans d'informatitzar cal organitzar.** La informatització requereix rigor i definir els processos i procediments (com el treball social de casos o *case-work*, el treball social de grup o *group work* o la planificació de l'alta), ja que l'eina informàtica, per la seva pròpia entitat, no permet improvisacions ni accions informals no previstes. Dit d'una altra manera, els sistemes informàtics no permeten la improvisació. Aquesta ha estat una de les causes més freqüents de fracassos en intentar mecanitzar processos i procediments no ben entesos ni organitzats. La introducció de la informatització en aquestes organitzacions no sols no ajuda sinó que crea molts

més problemes dels que hi havia, a més del dispendi de quantitats importants d'esforç i diners, la qual cosa deixa darrere d'aquests intents una desil·lusió i desconfiança dels professionals molt difícil de superar. Cal afegir que també s'han d'informatitzar els processos principals (tipologies de suport) amb la més àmplia identificació d'*inputs* i tasques.

- **Abans d'informatitzar haurem de conèixer bé les necessitats i definir amb precisió els objectius que s'han d'aconseguir.** Encara que sembli obvi, desafortunadament no sol dedicar-se gaire temps a analitzar les necessitats de la unitat o del servei i plasmar-ho en objectius concrets que s'han d'aconseguir amb la implantació del sistema d'informació. Les empreses d'implantació de programari volen introduir sistemes prefabricats en forma de paquets que no sempre cobreixen les necessitats del client final, per la qual cosa és aconsellable que algú no vinculat a l'empresa dugui a terme una anàlisi funcional.
- **El sistema que s'implanti ha d'adaptar-se a la nostra cultura i forma de treball i millorar-la.** Cal buscar un equilibri de manera que la introducció del sistema d'informació distorsioni el menys possible la forma de treball, però aquest ha de possibilitar la reenginyeria dels procediments i processos, en brindar noves maneres de fer les coses que fèiem amb una visió diferent. Per això, introduir un sistema d'informació per a continuar fent el mateix és una condició necessària però no suficient per a justificar-ne la introducció.
- **El disseny, la realització i la implantació han de ser graduals i participatius.** Les persones que utilitzaran el sistema han de participar en l'anàlisi funcional i en la implantació, ja que són els professionals que treballen en aquesta unitat els que millor coneixen les tasques que es duen a terme, encara que han de rebre una formació que estimuli la innovació i els permeti albirar les possibilitats d'un nou sistema de fer les coses. La implantació no ha de ser brusca, sinó gradual de manera que les persones s'adaptin a la nova manera de treballar, encara que una vegada implantada no ha d'haver-hi marxa enrere, per enyorança del sistema antic. Aquest és un moment crucial en la implantació, ja que inevitablement, per molt ben programat que estigui el moment del canvi, sempre sorgeixen problemes.
- **El sistema ha de ser amigable i fàcil d'utilitzar.** Les cases comercials han d'entendre que la majoria dels usuaris finals no són experts en sistemes d'informació. Per tant, l'ús del nou sistema ha de ser amigable i còmode d'usar, ja que d'una altra manera produirà un rebuig difícil de superar. Desafortunadament, el nostre sector està ple de fracassos d'aquest tipus.
- **El sistema ha d'estar integrat de manera que permeti una actitud creadora comuna.** Un dels objectius d'un sistema d'aquest tipus és obviar les tasques rutinàries i administratives dels professionals sanitaris, la qual cosa els permetria dedicar més temps a les funcions per a les quals real-

ment els van formar. Com ja hem comentat, les organitzacions sanitàries són organitzacions del coneixement, en què un sistema d'informació integrat, que permeti l'intercanvi d'informació d'una manera dinàmica, facilita una plataforma de coneixements que permet una actitud creadora comuna, que probablement per a molts professionals és el grau màxim de motivació que poden assolir.

Els sistemes d'informació en les organitzacions sanitàries són molt complexos, ja que es manegen dades de naturalesa molt diversa, que cal integrar perquè puguin ser útils als diversos usuaris. Encara que hi ha moltes interrelacions, acadèmicament podríem distingir el sistema d'informació administratiu, l'assistencial administratiu i l'assistencial, al qual dedicarem més atenció.

4.2.1. Sistemes d'informació administratiu

Manegen tota la informació relativa a la gestió dels recursos humans, l'economicofinancera, la logística, l'hostaleria i la del manteniment de l'organització.

En una empresa sanitària, i l'hospital com a paradigma d'aquesta, **la gestió dels recursos humans** és crucial no sols perquè la prestació dels serveis depèn dels professionals sinó perquè a més representa la major part del pressupost. En aquesta aplicació es gestiona:

- la fitxa i la vida laboral de cada treballador,
- les nòmines,
- els programes de formació,
- els processos de selecció,
- la carrera professional,
- la planificació dels RH.

La gestió economicofinancera se centra en:

- la comptabilitat financera, de costos i pressupostària,
- les compres i l'aprovisionament,
- la programació de les despeses i el seu seguiment,
- els magatzems i l'emmagatzematge (*stockage*),
- l'inventari i les amortitzacions.

4.2.2. Sistemes d'informació assistencial administratiu

Aquests sistemes gestionen tota la informació que relaciona el pacient amb el seu entorn administratiu. Les dades que alimenten aquest sistema provenen tant de l'entorn administratiu com de l'assistencial i afecten fonamental-

ment els processos de preadmissió, admissió i alta de l'hospital. Sense ànim d'exhaustivitat, les dades que manegem en aquest subsistema es refereixen al següent:

- la gestió de la història clínica (l'arxivament i control),
- el fitxer mestre de pacients,
- la gestió de les llistes d'espera d'hospitalització, quirúrgiques i de consultes i activitats ambulatories,
- l'hospitalització (gestió dels llits),
- la programació, assignació i gestió de l'activitat quirúrgica,
- la programació de l'activitat de les consultes externes,
- la programació, assignació i gestió dels serveis centrals i de suport,
- la gestió de les reclamacions,
- el suport a la direcció.

4.2.3. Sistemes d'informació assistencial

Són els que contenen la informació assistencial dels pacients i estan constituïts per la història clínica (HC). Atesa la diversitat i complexitat de les dades que es manegen, i també l'organització poc integrada dels hospitals i del sistema sanitari, fins ara més que parlar d'història clínica d'un pacient hauríem de parlar de les múltiples històries clíniques parcials que tenen els pacients, per la qual cosa parlar de la història clínica integrada és més un desig que una realitat.

En l'HC haurien de figurar totes les dades rellevants que genera el pacient en el seu pas pel sistema sanitari i especialment els diagnòstics objectivats i els tractaments als quals ha estat sotmès. L'HC, en la forma més esquemàtica, consta del següent:

- **Notes mèdiques:** seguiment, diagnòstics i tractaments.
- **Notes d'infermeria:** cures d'infermeria.
- **Notes de treball social sanitari:** síntesi diagnòstica, informació rellevant per al personal sanitari.
- **Resultats de proves complementàries:** com rajos X o Lab, entre altres.
- **Ordres.**

El tancament de l'HC per alta, trasllat o èxitus del pacient ha d'acabar amb un informe d'alta i el document CMBD preceptiu per a tots els hospitals europeus.

La gestió de l'activitat de l'hospital es controla fent un seguiment de les variables de l'activitat. La seva combinació genera índexs o indicadors, tots monitorats per mitjà dels quadres de comandaments que ens permetran tenir una visió integral i dinàmica de l'organització.

4.3. Variables i indicadors

A continuació esmentem les variables i indicadors principals que s'utilitzen, sense entrar a definir-los de manera precisa, que es pot trobar en altres mòduls d'aquest postgrau.

L'estructura de l'àrea d'hospitalització es pot seguir per mitjà dels llits instal·lats i en funció de cada unitat, mentre que la seva activitat es reflecteix en el següent:

- ingressos urgents i programats,
- estades,
- altes i èxits,
- necròpsies.

Els indicadors derivats més utilitzats són:

- estada mitjana,
- percentatge d'ocupació,
- rotació dels llits,
- percentatge d'èxits, percentatge de necròpsies,
- percentatge d'infeccions.

L'estructura de l'àrea quirúrgica se segueix per mitjà de les sales d'operacions instal·lades, en funcionament i programades, i també els llits de reanimació i parts, mentre que les variables utilitzades són:

- intervencions programades i urgents,
- parts i cesàries.

Els indicadors derivats són els següents:

- rendiment de les sales d'operacions,
- índex d'intervencions/sessió quirúrgica,
- intervencions/sala d'operacions/dia,
- percentatge d'intervencions suspeses.

L'estructura de les consultes ambulatories, habitualment denominades *externes*, es mesura pel nombre, mentre que l'activitat es du a terme mitjançant:

- primeres consultes,
- consultes successives,
- percentatge de primeres consultes / consultes successives,
- rendiment de les consultes,
- consultes/metge/dia.

La **unitat d'urgències** es controla per mitjà de l'estructura de la seva activitat mitjançant el nombre d'urgències, el percentatge d'urgències ingressades i el temps de permanència d'aquesta àrea.

Els altres àrees de l'hospital de suport a l'activitat assistencial com els serveis centrals, radiodiagnòstic o laboratoris, atesa la seva especificitat, tenen uns índexs propis. Per la seva banda, el servei de treball social sanitari a l'hospital ha de tenir els seus propis índexs, de vegades diluïts dins de les dades clíniques o en les del servei d'atenció al pacient, que es desenvoluparan àmpliament en altres mòduls d'aquest postgrau. Finalment, l'atenció primària utilitza unes dades similars a les de les consultes externes hospitalàries, emfatitzant totes les que es refereixen al seguiment i la prevenció dels pacients.

Totes aquestes dades són dades intermèdies que reflecteixen, d'alguna manera, l'activitat que fem, però no quantifiquen el veritable valor del servei que donem en un hospital. Establir què és el que realment produeix l'empresa sanitària i com mesurar-ho ha estat objecte de nombrosos estudis, alguns molt rellevants. De tots es dedueix amb total claredat que la veritable dificultat de l'assumpte rau no tant a aprehendre conceptualment quin és el producte (salut), com a fixar unitats de mesura que expressin i resumeixin de manera adequada el procés global de la seva producció.

És evident que la millor manera de mesurar el procés productiu global seria mesurar-ne cadascun dels components (*outputs*) intermedis, però aquí és on s'ensopega amb l'enorme complexitat dels pacients per a poder fer mesuraments exactes. Al seu torn, és cert que no hi ha dos pacients iguals, de la mateixa manera que no hi ha dues persones iguals, però segur que sí hi ha grups de pacients que presenten característiques similars i que en conjunt poden tenir comportaments semblants.

En l'entorn hospitalari, hi ha diferents sistemes de classificació dels pacients que, segons els criteris utilitzats, s'han desenvolupat amb vista a diferents objectius, per mitjà de diverses metodologies i amb resultats diversos. Ara bé, no se'n pot utilitzar cap si no es disposa rutinàriament d'un complet conjunt mínim bàsic de dades (CMBD) ben validades i un suport informàtic adequat.

El **conjunt mínim bàsic de dades** (CMBD) és un conjunt de dades administratives i clíniques de cada pacient que ingressa en un hospital. Tots els CMBD de les altes d'un hospital formen una base de dades (BD) amb la informació dels pacients de l'àrea d'hospitalització. El CMBD resumeix la informació de l'episodi d'hospitalització, i és obligatori que tots els hospitals, públics o privats, el registrin. A més, la llei obliga a recollir-los en un format electrònic normalitzat i a enviar-los periòdicament al departament de sanitat de cada comunitat autònoma i, des d'aquest, al Ministeri de Sanitat. El CMBD consisteix en un registre de cada pacient ingressat en un llit d'hospitalització i que passa, almenys, una nit a l'hospital. El CMBD d'un any d'un hospital és el conjunt

de registres de les altes durant aquest període. Per tant, no recull informació de l'àrea de consultes externes, urgències, hospital de dia o qualsevol altra àrea d'assistència hospitalària ambulatoria.

Cada registre es refereix a un episodi d'ingrés i d'alta, és a dir, a informació del període que va des del dia de l'ingrés en un llit d'hospitalització fins a la data de l'alta hospitalària. Si un pacient passa per diversos serveis mèdics per trasllats intrahospitalaris, la informació s'acumula en un únic registre que s'adjudica al servei responsable de l'alta hospitalària. Un registre del CMBD conté les mateixes catorze dades per a totes les comunitats autònomes, però cadascuna és lliure de recollir el seu propi CMBD amb alguna dada afegida que consideri d'interès. Les catorze dades comunes a totes les comunitats autònomes són les següents:

- 1) Identificació de l'hospital.
- 2) Identificació del pacient només amb el número de la seva història clínica (HC).
- 3) Data de naixement.
- 4) Sexe.
- 5) Residència (adreça, municipi, codi postal, província i país).
- 6) Règim de finançament o garant.
- 7) Data d'ingrés.
- 8) Circumstàncies de l'ingrés (urgent o programat).
- 9) Diagnòstics. El motiu de l'ingrés o principal i els secundaris o de comorbiditat.
- 10) Procediments quirúrgics o obstètrics.
- 11) Altres procediments.
- 12) Data d'alta.
- 13) Circumstàncies de l'alta. En aquesta dada es registra si el pacient mor a l'hospital.
- 14) Identificació del servei mèdic responsable de l'alta.

Algunes comunitats autònomes han afegit altres ítems com la data de la primera intervenció, l'hospital de trasllat o, en el cas d'un part, el sexe i el pes del nou-nat.

A més, la llei obliga a recollir les dades clíniques (els diagnòstics, les intervencions i altres procediments) codificades amb la Classificació internacional de malalties (9a. revisió), modificació clínica (CIE-9-MC), és a dir, amb una eina normalitzada que ajuda a registrar la informació de la mateixa manera en tots els hospitals. La manera de registrar els diagnòstics és un detall important, ja que té repercussió a l'hora de recuperar la informació. Qualsevol episodi d'hospitalització té un diagnòstic principal i només un, el que va motivar l'ingrés. Un episodi d'hospitalització pot tenir un diagnòstic secundari (el diagnòstic que coexisteix amb el principal en el moment de l'ingrés o que es desenvolupa durant l'episodi i influeix en l'assistència), en pot tenir uns quants o no tenir-ne cap. Un metge que redacta un informe d'alta ha de sa-

ber que, dels diagnòstics que té el pacient, com més detalls posi en l'informe més s'emmagatzemaran codificats i, per tant, hi haurà més possibilitats de recuperar la informació. Si un pacient té diversos diagnòstics en el moment de l'ingrés o presenta complicacions durant l'episodi, si el metge els expressa detalladament i posa el que creu que és el motiu de l'ingrés en primer lloc, facilita al codificador l'elecció del diagnòstic principal.

Els sistemes d'informació de les àrees ambulatories tant dels hospitals espanyols com de l'atenció primària estan menys desenvolupats perquè no tenen un CMBD i no poden discriminar la casuística, és a dir, quins tipus de pacients s'assisteixen i a quins procediments se sotmeten d'una manera estandarditzada.

En l'última dècada s'està intentant consensuar un CMBD d'assistència especialitzada ambulatoria per al Sistema Nacional de Salut espanyol. Lamentablement, encara no s'ha aconseguit, tot i que hi ha experiències parcials en algunes comunitats autònomes. Si es tingués, es podria disposar d'una informació rellevant de la casuística atesa en les àrees ambulatories dels hospitals i l'atenció primària, que cada dia són més importants. Un dels avantatges de disposar d'un CMBD ambulatori seria poder utilitzar sistemes de classificació de pacients ambulatoris, cosa equiparable al que representen els GRD en l'àrea d'hospitalització.

Una de les dificultats de la implantació d'aquest CMBD ambulatori és que cal codificar els diagnòstics i procediments d'una quantitat elevadíssima d'actes assistencials (urgències i visites en consultes externes, per exemple). La solució a aquest problema ha de passar per aplicacions informàtiques intel·ligents amb tractament semàntic d'expressions literals dels diagnòstics per a aconseguir una codificació descentralitzada però amb una supervisió centralitzada.

El Ministeri de Sanitat ha proposat un conjunt mínim de dades bàsiques per a l'atenció ambulatoria, recollir així les dades de l'activitat i poder desenvolupar un indicador similar al GRD. Aquest constaria de dotze ítems:

- 1) Identificació de l'hospital o centre.
- 2) Identificació de l'usuari.
- 3) Data de naixement.
- 4) Sexe.
- 5) Residència (adreça, municipi, codi postal, província i país).
- 6) Tipus de finançament.
- 7) Codi del servei o unitat.
- 8) Data de contacte.
- 9) Tipus de contacte (fins a deu tipus).
- 10) Diagnòstics de contacte.
- 11) Diagnòstics secundaris.
- 12) Procediments duts a terme.

La CIE-9-MC a què ens hem referit en el paràgraf anterior és una classificació de malalties i de procediments que s'usa a tot el món occidental per a codificar la informació de les altes hospitalàries, i és la que s'usa obligatòriament per a codificar els diagnòstics i procediments en el CMBD. Una de les virtuts de la CIE-9-MC és que s'actualitza anualment als Estats Units i cada dos o tres anys s'incorporen aquests canvis al nostre país. Però l'avantatge principal és que s'utilitza a tot el món occidental (és obligatori usar-la en recollir el CMBD i és necessària per a obtenir els GRD), de manera que disposem d'un llenguatge normalitzat comú per a tothom. És compatible amb la CIE-9 però, en principi, no amb la CIE-10 (totes dues de l'Organització Mundial de la Salut). La CIE-9-MC és un sistema de categories numèriques assignades a malalties d'acord amb criteris preestablerts.

Centrat ja el tema de l'objecte de mesurament, sabem que en essència els productes intermedis que mesurarem són les altes hospitalàries i aquestes són el resultat tangible més important que podem obtenir per agregació d'altres productes intermedis, tant tecnològics com d'informació. Ara farem un petit repàs de les diferents eines d'agrupació que hi ha.

En la seva formulació i depenent de la raó del seu disseny s'han seguit bàsicament dos camins:

- Grups de pacients amb similitud de consum de recursos (isoconsum).
- Grups de pacients amb similitud de situació clínica (isogravetat).

Tant si s'opta per un sistema com per un altre, la veritat és que no cal obviar un sistema de classificació de pacients que permeti homogeneïtzar uns indicadors amb els quals, tenint en compte la casuística dels pacients atesos, es pugui valorar el funcionament dels serveis sanitaris. L'opció no ha de ser aliena a l'objectiu perseguit. Així, per exemple, els sistemes basats en el consum i relacionats amb l'alta del pacient poden ser més útils per al pagament de serveis, mentre que els basats en la gravetat del pacient a l'ingrés potser són més útils per a la planificació de cures.

Entre els primers, els més utilitzats són:

- ***Disease staging*** (DS). Qualifica els pacients en quatre graus de severitat segons els òrgans afectats.
- ***Acute physiology and chronic health evaluation*** (APACHE). Analitza dotze variables en les primeres vint-i-quatre hores després de l'ingrés del pacient, és molt utilitzat en les unitats de medicina intensiva.
- ***Severity index*** (SI). Avalua set paràmetres i intenta donar informació no solament de la gravetat del pacient sinó dels seus costos.

Entre els segons hi ha:

- **Patient management categories** (PMC). Posa molta èmfasi en el tractament i les cures homogènies dels pacients. Es considera la PMC principal la que suporta la major gravetat del pacient o la més difícil de processar. Al final, al pacient se li assigna un pes relatiu, del resultat de la ponderació dels diferents pesos de les PMC que componguin el seu cas.
- Sempre s'han considerat els més assequibles per al clínic, però la dificultat d'establir les vies de cures estandarditzades i la complexitat de la seva utilització posterior els han anat relegant del mercat.
- **Diagnosis related groups** (DRG). Els grups relacionats per al diagnòstic constitueixen en aquest moment l'eina de *case-mix* més utilitzada a escala mundial. Al nostre país és la base del sistema d'informació de casuística del Ministeri de Sanitat i Consum d'aplicació a tot el territori. Atesa la importància que té, en parlarem més extensament més endavant.
- **Resource utilization groups** (RUG, RUG II, RUG IT18, RUG III). Ja des dels primers moments d'utilització dels DRG es va observar que en el cas de pacients assistits en centres de mitjana i llarga estada la seva funcionalitat i capacitat per a interpretar els costos era molt baixa. El motiu se centra en el fet que, en la seva composició, una de les variables principals és l'estada del pacient a l'hospital i, menys important, les seves cures. En aquests centres, l'estada depèn molt del grau de dependència del pacient i aquest és el que marca el pes en costos de la seva cura. En aquests centres des de fa anys s'utilitzen escales per a valorar el grau d'independència d'activitats de la vida diàries (AVD).

4.3.1. GRD

Atesa la utilitat i extensió del GRD l'explicarem amb una mica més de detall. El GRD és un sistema de classificació de pacients difós àmpliament als hospitals espanyols com en altres països del nostre entorn. Serveix per a conèixer la casuística hospitalària, és a dir, el tipus de pacients que atén cada hospital, i és de gran utilitat en la gestió i en el finançament dels hospitals. Els GRD classifiquen els pacients hospitalaris en grups homogenis quant al consum de recursos. En realitat, es tracta d'un programa informàtic que, alimentat amb dades dels pacients donats d'alta d'un hospital, és capaç de classificar-los en grups. En cada grup es classifiquen pacients clínicament similars i amb un consum semblant de recursos, és a dir, amb una complexitat equivalent. És important aclarir que els GRD només mesuren, només classifiquen, l'activitat d'hospitalització i no de les àrees assistencials ambulatories.

La informació que necessita el sistema GRD per a classificar cada alta es troba en el CMBD que tenen tots els hospitals. Les dades necessàries per a fer l'agrupació en GRD són:

- L'edat: la calcula amb la data de naixement i la data d'ingrés.
- El sexe.
- Les circumstàncies de l'alta: si el pacient és viu o mort, si es trasllada a un altre hospital o si ha estat alta voluntària.
- El diagnòstic principal: el que va motivar l'ingrés.
- Els diagnòstics secundaris: els que coexisteixen amb el principal en el moment de l'ingrés o es desenvolupen durant aquest.
- Les intervencions o altres procediments duts a terme durant l'ingrés.

Els tres últims (els diagnòstics principals i secundaris i també les intervencions o altres procediments) han d'estar codificats amb la CIE-9-MC. L'agrupació GRD és única i exclouent, de manera que cada pacient (en realitat, cada episodi d'hospitalització) es classifica en un únic GRD que queda descrit pel següent:

- un nombre,
- un títol que vol ser descriptiu del contingut,
- una indicació de si és un GRD mèdic o quirúrgic,
- un pes que pondera el consum de recursos necessari per a assistir aquest tipus de pacients; el pes és fix i es va calcular en funció dels recursos reals consumits en una base de dades històrica.

Els GRD estan dividits en vint-i-cinc grans capítols o categories diagnòstiques majors (CDM) com a trastorns de l'aparell digestiu, circulatori o respiratori. Cada CDM es divideix al seu torn en uns GRD quirúrgics o mèdics en funció de si el pacient ha estat sotmès a una intervenció o no. Un GRD mèdic agrupa pacients no operats que tenen una malaltia similar i un GRD quirúrgic, pacients que han patit una intervenció semblant. En gairebé totes les CDM hi ha GRD mèdics i quirúrgics "amb complicació o comorbiditat" (amb CC) o "amb complicació i comorbiditat major" (amb CCM) per a agrupar els pacients que tenen determinats diagnòstics secundaris significatius que augmenten la complexitat de les cures.

Els GRD tenen utilitats clíniques i de gestió i ens permeten tenir un barem de comparació fiable entre hospitals. Ens permeten:

a) Descriure la casuística que atén l'hospital.

- Quin és l'abecé assistencial, on se centra la nostra producció, quin és el nombre d'activitats.
- Atès que cada grup té assignat un pes relatiu podem saber:
 - La mitjana de pesos. **Pes mitjà**, índex *case-mix*.
 - La producció en **unitats de producció hospitalària**. Resulta de multiplicar el pes mitjà pel nombre d'altres i dona una mesura del consum de recursos. Aquesta és l'eina que s'utilitzava per al pacte de finançament dins dels contractes de gestió en l'Insalud. Es continua utilitzant en moltes comunitats autònomes amb la mateixa finalitat.

b) Oferir paràmetres de qualitat sobre l'atenció prestada:

- Cada GRD es pot analitzar en funció de la taxa de mortalitat, les altres voluntàries, l'edat mitjana, l'estada mitjana, l'estada mitjana preoperatòria o si és quirúrgic, entre altres.

c) Proposar indicadors de comparació sobre el funcionament.

- Cada grup porta associat al seu torn un estàndard en funcionament, resultat de l'explotació del mateix centre en el seu històric o d'una base de dades de diversos hospitals, d'una comunitat o d'un país. Des d'aquest vessant es pot analitzar el comportament de l'hospital davant d'aquests estàndards.
 - **Estada mitjana ajustada al funcionament (EMAF)**. Estada mitjana de l'hospital si hagués treballat com l'estàndard.
 - **Estada mitjana ajustada per la casuística de l'estàndard (EMAC)**. Estada mitjana que hauria tingut l'hospital si hagués tingut la casuística de l'estàndard.
 - **Índex de complexitat (IC)**. Compara, a igualtat de funcionament, la casuística de l'hospital amb la casuística de l'estàndard. Si l'IC és més gran que 1, l'hospital atén una casuística més complexa. Si l'IC és més petit que 1, l'hospital atén una casuística menys complexa (**EMAC/EMs**).
 - **Diferència de complexitat**. Representa la diferència entre l'estada mitjana de l'hospital i l'estada mitjana de l'estàndard deguda a les diferències de casuística (**EMFA/EMe**).
 - **Índex funcional o de funcionament (IF)**. Raó entre l'estada mitjana ajustada per *case-mix* i l'EM de l'estàndard. Dona informació sobre el

patró funcional de l'hospital respecte a l'estàndard. Quan és superior a 1 indica que l'hospital és menys eficient que l'estàndard (EMAC/EMs).

- **Índex d'estada mitjana ajustada (IEMA).** És important, ja que se sol usar per a seguir l'eficàcia dels centres. Es pacta en contracte de gestió, estableix la relació entre el funcionament de l'hospital i el funcionament de l'hospital amb l'estada mitjana de l'estàndard.
- **Estades estalviades i potencialment evitables.** Sumatori de la diferència d'estades mitjanes de l'hospital i l'estàndard.
- **Ingressos potencials.** Ingressos potencials en funció de les estades estalviades.

Tota aquesta quantitat d'informació que es genera en les organitzacions sanitàries ha de ser ordenada perquè sigui útil, i no solament s'hauria de referenciar en la gestió diària de les organitzacions sinó que també s'hauria entroncar amb la missió, visió i futur d'aquestes. Això és el que cerca la filosofia dels quadres de comandament integrals que veurem en un altre apartat d'aquest mòdul. D'altra banda, com ja hem estudiat en els primers apartats del mòdul, hi ha una gran diferència entre curar malalties i atendre la salut, per això els sistemes d'informació integrals, que veurem en aquest mateix apartat, volen generar aquesta visió més integral de la informació necessària per a arribar a tots els aspectes que afecten tant els ciutadans en la seva visió més completa.

Ja hem descrit les dificultats per a desenvolupar un CMBD per a les activitats ambulatories tant als hospitals com en l'atenció primària. No obstant això, hi ha algunes iniciatives, atesa la importància cada vegada més gran de l'activitat ambulatoria en el sistema sanitari. Un d'aquests sistemes desenvolupats inicialment als Estats Units és l'Ambulatory Patient Group o APG. Es tracta d'un sistema de classificació dissenyat per a explicar la quantitat i el tipus de recursos utilitzats en una visita ambulatoria. Els pacients assignats a un mateix APG són clínicament similars i consumeixen uns recursos equivalents.

Recordeu:

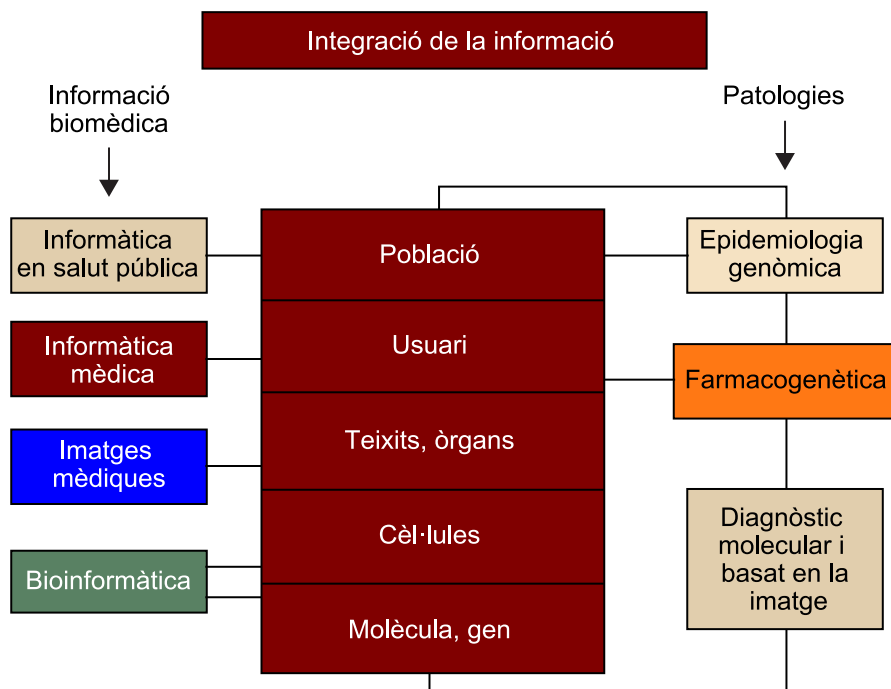
- La comunicació és el sistema nerviós de les organitzacions sanitàries.
- La comunicació multidireccional és imprescindible per a la gestió eficaç de les organitzacions sanitàries, atesa la seva complexitat.
- Queda molt camí per a la implantació de sistemes d'informació integral en les organitzacions sanitàries.
- La integració de la informació clínica és fonamental per a dur a terme amb qualitat i eficàcia els processos d'atenció als usuaris.
- Es necessita una formació millor dels professionals en sistemes d'informació.
- Cal desenvolupar sistemes d'informació que es puguin utilitzar de manera rutinària i que aportin valor afegit als professionals.

5. Sistemes d'informació integral i quadres de comandament

5.1. Sistemes d'informació integral

Ja hem vist en l'apartat anterior la gran dificultat per a recopilar la informació dels processos que es duen a terme a l'hospital i tenir la informació disponible per a poder prendre les decisions en el moment adequat. Si la informació no la tenim disponible en el moment adequat i només usem dades obsoletes, és com conduir un cotxe mirant només pel retrovisor, mentre la carretera sigui recta no hi haurà problemes però el primer revolt ens conduirà a la cuneta.

Figura 27



Font: F. Martín (2008). *Informàtica y Salud*

Sense ànim d'aprofundir en aquest tema, fora de les pretensions d'aquest mòdul, la figura anterior ens mostra com es podrien interrelacionar les dades relacionades amb la població, els usuaris, les noves tecnologies i les diverses branques de la biomedicina per a poder disposar de tota la informació que ens brinda.

Centrant-nos exclusivament en l'atenció a la salut dels usuaris, hi hauria d'haver un sistema d'informació integrat molt evolucionat que tingués en compte diverses dimensions.

- Una **integració horitzontal** que totalitzi la informació biopsicosocial entre els àmbits següents, que ja hem comentat en un altre apartat d'aquest mòdul:
 - atenció domiciliària,
 - atenció primària,
 - atenció especialitzada,
 - atenció sociosanitària i social,
 - atenció a la salut.

Figura 28

Els sistemes d'informació integrats en sanitat
Integració horitzontal

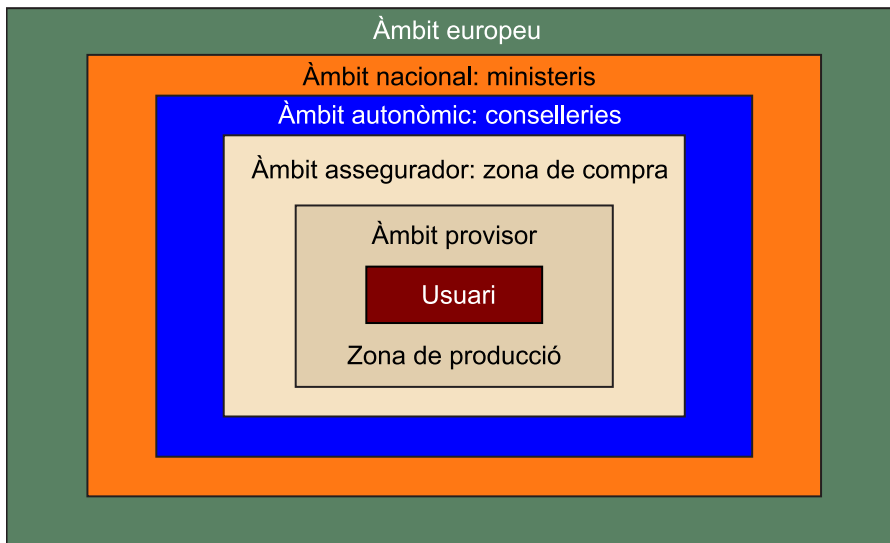


- Una **integració vertical** que integri els gestors, compradors i finançadors dels sistemes de salut global en un marc de cooperació:
 - els proveïdors dels serveis sanitaris,
 - en l'àmbit local, l'assegurador,
 - en l'àmbit autonòmic, les conselleries de salut de les comunitats autònomes,
 - en l'àmbit nacional, el Ministeri de Sanitat i el Consell Interterritorial,
 - l'àmbit europeu.

Figura 29

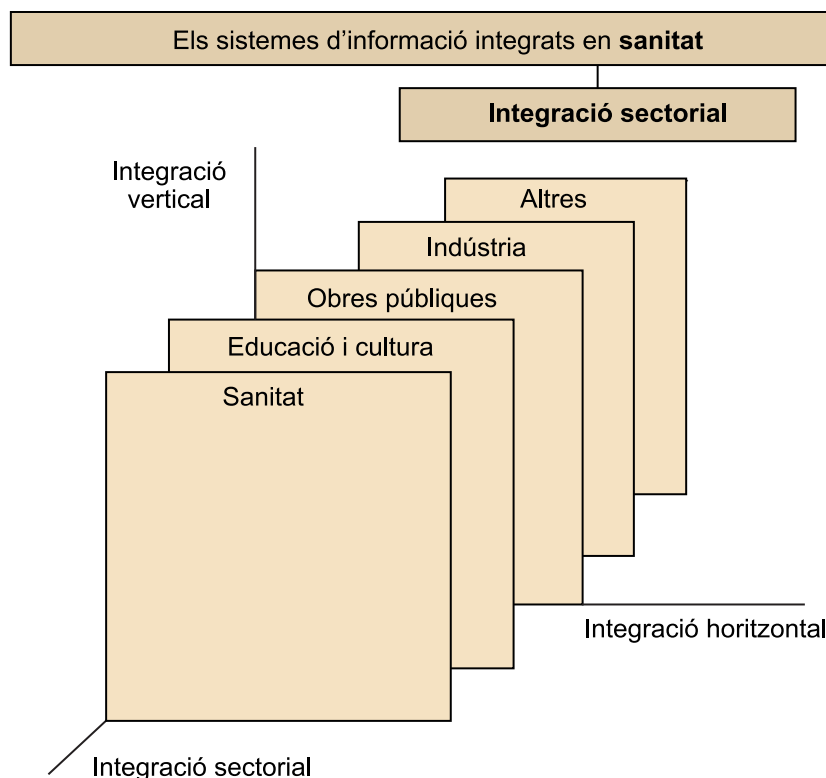
Els sistemes d'informació integrats en sanitat

Integració vertical



- La **integració sectorial** que hauria d'integrar tots els sectors que actuen sobre la salut i que, com ja hem vist, són més influents sobre la morbiditat i mortalitat que la mateixa atenció sanitària. Sense ànim d'exhaustivitat, n'esmentem alguns:
 - l'educació i la cultura,
 - les obres públiques,
 - la indústria,
 - el medi ambient.

Figura 30



De moment, aquests plantejaments són utòpics, però no per això hem d'obviar-los com a objectius a mitjà o llarg termini, ja que d'una altra manera no se'n podria preveure l'assoliment. Tenim tecnologia informàtica suficient per a poder-los dur a terme, però hem de ser conscients que l'entorn organitzatiu en què ens movem té les seves peculiaritats i la cultura organitzativa té les seves limitacions, per la qual cosa hem de ser realistes però ambiciosos, ja que hi ha nínxols d'excel·lència on es poden generar sistemes d'informació que avancin cap a la integració proposada.

Els treballadors sanitaris tenen grans possibilitats de col·laborar en aquests sistemes, ja que fins ara han tingut una orientació clínica sense integrar les dades de tipus social, que sens dubte afecten el benestar dels pacients en les nostres organitzacions, amb l'avantatge que el seu marc d'actuació transcendeix les organitzacions sanitàries per a incidir en altres organitzacions de gran influència en la salut.

5.2. Quadre de comandament integral

Tota la ingent informació que es genera als hospitals ha de ser ordenada adequadament perquè els diversos estaments com la direcció, els comandaments intermedis, els professionals i els pacients la puguin utilitzar funcionalment; per a això la informació ha d'estar disponible i ser accessible de la manera adequada per a poder-hi accedir en el moment adequat i perquè possibiliti prendre les decisions que permetin gestionar l'organització adequadament. D'una

altra manera, conduiria a la desaparició de les empreses privades o a la utilització inadequada dels impostos de tots els ciutadans, que són els que financen les organitzacions sanitàries públiques.

Els quadres de comandament han de complir els principis bàsics següents:

- Posar en evidència, de manera sistemàtica, la informació necessària i no més aquesta.
- Destacar el més significatiu de la informació que subministren.
- Presentar la informació de manera sinòptica, especialment de les dades que estiguin relacionades.
- Incloure representacions gràfiques de la informació que sigui més significativa.
- No alterar el caràcter de permanència de la informació subministrada perquè es puguin observar les tendències.
- Estar normalitzat quant al següent:
 - suport extern,
 - dimensions de quadres i gràfics,
 - manera de presentar les xifres,
 - manera de presentar els gràfics.
- Sempre que sigui possible, posar la informació amb referència a previsions, normes, objectius o estàndards establerts.

Entre 1990 i 1992, David Norton i Robert Kaplan van definir el **quadre de comandament integral** (QCI) o *balanced scorecard*. Proposaven la insuficiència dels quadres de comandament, orientats al seguiment d'indicadors, habitualment esbiaixats al seguiment econòmic de les organitzacions. Aquesta nova manera de treballar s'organitzava entorn de quatre perspectives: la financera, la del client, la interna i la d'innovació i formació. Es busca l'equilibri entre objectius a curt i a mitjà termini, mesures financeres i no financeres, entre indicadors de previsions i històrics i entre perspectives d'actuació interna i externa.

Per això el QCI es caracteritza pel següent:

- Aclarir l'estratègia i aconseguir-hi el consens.
- Comunicar l'estratègia a tota l'organització.
- Alinear els objectius personals i departamentals amb l'estratègia.
- Vincular els objectius estratègics amb els objectius a llarg termini.
- Identificar i alinear les iniciatives estratègiques.
- Fer revisions estratègiques, periòdiques i sistemàtiques.

- Obtenir retroacció (*feedback*) per a aprendre sobre estratègies i millorar.

No hem de confondre la revisió d'un conjunt d'indicadors amb la implantació d'un QCI, la diferència resideix entre avaluar el passat o treballar sobre el fet i dissenyar el futur.

El primer punt que s'ha de resoldre és aclarir i obtenir consens sobre l'estratègia. El model de desenvolupament ha de ser molt participatiu: en primer lloc consisteix a definir l'àmbit bàsic d'inici, que en principi serà la unitat de negoci (UN), com a centre de l'empresa amb tots els requisits d'una unitat de producció. Des de les unitats de negoci s'aniran construint indicadors congruents per a agregar-los a les divisions i a la corporació. En un hospital estaríem parlant dels serveis o unitats com a àmbit bàsic.

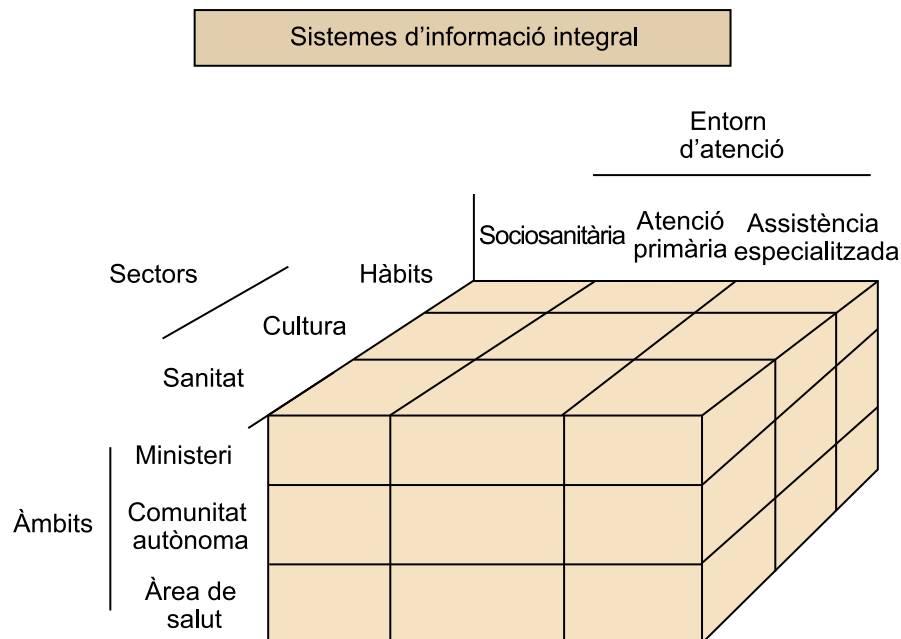
De cada estratègia s'haurien d'identificar els indicadors necessaris per a fer-ne el seguiment, la font d'informació emprada i els seus valors de referència. També s'haurien d'establir les referències entre els uns i els altres.

Kaplan veu el QCI des de quatre perspectives que han de ser compatibles:

- **La perspectiva financera**, que ha de respondre a la pregunta de com ens han de veure els accionistes/propietaris. En una empresa privada està molt clar, però no en una empresa pública, on finalment hi pot haver confusió entre els propietaris i els clients.
- **La perspectiva del client**. Com ens han de veure els clients?
- **La perspectiva del procés**. En quins processos hem de ser excel·lents?
- Quin és realment el *core-business*?
- **La perspectiva de desenvolupament i innovació**. Com podem donar suport a la capacitat d'aprenentatge i creixement?

Les **característiques** que ha de tenir un quadre de comandament integral per a assegurar-ne la qualitat estan exposades en la figura següent:

Figura 31



El resultat final de cada perspectiva conduirà al següent:

- Una llista d'objectius per a la perspectiva, acompanyada d'una descripció detallada de cada objectiu.
- Una descripció dels indicadors de cada objectiu.
- Una il·lustració de com es pot quantificar i mostrar com a indicador.
- Un model gràfic de com els indicadors estan vinculats dins de la perspectiva i amb els indicadors o objectius d'altres perspectives.

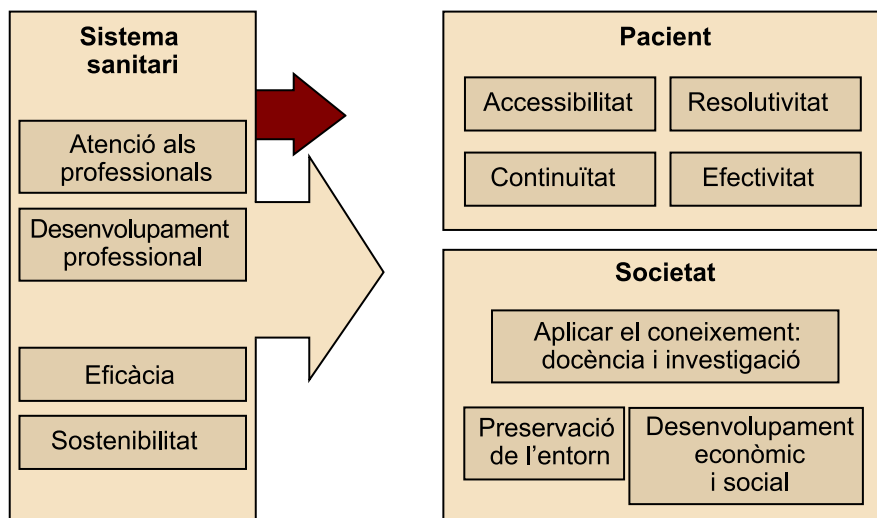
El quadre de comandament integral:

- **Ha de ser únic.** Tots els àmbits i serveis han d'accedir a les mateixes fonts d'informació.
- **Ha de ser integral.** Ha d'incorporar totes les dimensions de processos i resultats.
- **Ha d'incorporar tots els graus de responsabilitat:**
 - serveis i unitats,
 - centres,
 - corporació.

En les nostres organitzacions l'orientació estratègica ha d'estar orientada al següent:

Figura 32

Orientacions estratègiques



- Els **professionals** per a facilitar-los la feina i el desenvolupament professional.
- El **sistema sanitari** per a permetre'n la sostenibilitat i l'eficiència.
- Els **pacients** per a optimitzar l'accessibilitat i la continuïtat dels serveis que els prestem, amb un alt poder de resolució i efectivitat.
- La **societat** per a estimular la docència i la recerca, la qual cosa estimula el desenvolupament econòmic i social i preserva l'entorn.

Com es pot veure, aquest plantejament integral dels quadres de comandament té una trajectòria de pocs anys, motiu pel qual la implantació als hospitals és baixa, però com podem veure aglutina idees clau per a les nostres empreses, com la visió del client, la del treballador, la de les necessitats de millora i actualització i després, com no podia ser altrament, la purament financera.

Recordeu:

- Necessitem quantificar l'activitat que duem a terme en les organitzacions per a poder-les planificar i gestionar.
- Els quadres de comandament integrals ens permeten tenir una visió global de l'organització.
- La planificació ens permet evitar errors i augmentar l'eficàcia de les organitzacions i, per tant, la sostenibilitat del sistema sanitari.

Glossari

APACHE *m* *Acute physiology and chronic health evaluation.*

CA *f* Comunitats autònomes.

cartera de productes *f* Relació de serveis que ofereix una empresa.

case-mix *m* Variable que mesura la complexitat del pacient.

CDM *f* Categories diagnòstiques majors.

CIE-9-MC *f* Classificació internacional de malalties.

CMBD *m* Conjunt mínim bàsic de dades.

compra *f* Selecció del proveïdor del servei i del tipus de serveis per a una població determinada. La compra pot ser feta per institucions públiques o privades.

comunicació *f* Relació interpersonal en què les persones transmeten i reben informació.

core business *m* Conjunt de productes fonamentals de realització per a l'estratègia de l'empresa.

DAFO *f* Metodologia que s'utilitza per a analitzar una organització amb la intenció d'objectivar-ne les debilitats (D), amenaces (A), fortaleces (F) i oportunitats (O).

demanda *f* Desig d'un producte específic en funció d'una capacitat d'adquisició determinada.

DRG = GRD *m* *Diagnosis related group* = grup relacionat amb el diagnòstic.

DS *m* *Diseases staging.*

DUI *m* Diplomata universitari en Infermeria.

efectivitat *f* Assoliment de l'eficiència en l'entorn real de l'empresa.

eficàcia *f* Compliment per part del treballador o de l'empresa dels objectius productius assenyalats.

eficiència *f* Producció amb una qualitat estàndard amb el mínim cost possible.

equitat *f* Donar a cadascú el que s'ha de donar.

externalització *f* Realització externa a l'empresa de determinades funcions que no en constitueixen la raó de ser.

finançament *f* Funció del sistema sanitari que té a veure amb l'origen dels fons destinats a la sanitat. El finançament pot ser públic o privat.

HC *f* Historia clínica.

informació *f* Missatge que posa en relació una persona amb un esdeveniment.

ISFAS *m* Institut Sanitari de les Forces Armades.

mercat intern *m* Forma impulsada al Regne Unit, a partir de la reforma de Margaret Thatcher, que cercava el sorgiment d'una espècie de competència entre institucions públiques del National Health Service.

MIR *m* Metge intern resident.

model del servei nacional de salut (tipus Beveridge) *m* Organització del servei nacional de salut en els sistemes sanitaris públics que cobreixen tots els ciutadans i que es financen principalment amb els impostos generals. En general, aquests sistemes coincideixen amb una provisió també predominantment pública.

model sanitari de seguretat social (tipus Bismark) *m* Sistema sanitari públic en què l'adscripció al sistema es dona en funció de la pertinença a una categoria professional i la participació de la qual és a partir de les quotes dels treballadors i empresaris.

monopsoni *m* Sistema econòmic en què hi ha un sol comprador.

MUFACE *f* Mutualitat de Funcionaris Civils de l'Estat.

MUGEJU *f* Mutualitat General de Funcionaris de Justícia.

NHS *m* National Health Service, nom del servei nacional de salut britànic.

OCDE *f* Organització de Cooperació i Desenvolupament Econòmic.

ocupabilitat *f* Capacitat potencial d'un treballador per a aconseguir un lloc de treball.

PFI *f* *Private finance initiative*.

pla de salut *m* Document que descriu les accions que s'han d'emprendre en una àrea determinada a mitjà i llarg termini.

planificació *f* Funció del sistema sanitari que consisteix en l'establiment de criteris generals de distribució de recursos.

planificació estratègica *f* Determinació dels objectius de l'empresa a llarg termini i elecció dels mitjans i camins necessaris per a aconseguir-los.

PIB *m* Producte interior brut.

PMC *f* *Patient management categories* o categoria de maneig de pacients.

pòlissa *f* Document de compromís entre l'assegurat i l'asseguradora en el qual es descriuen les característiques de la cobertura i les primes.

PPP *f* *Private public partnership*. Col·laboració entre organitzacions públiques i privades.

productivitat *f* Mesura de la relació entre la producció i els mitjans humans que s'hi dediquen.

provisió *f* Funció del sistema sanitari que té a veure amb la prestació del servei.

reemborsament *m* Els sistemes sanitaris de reemborsament són aquells en els quals l'usuari avança els diners pagant al proveïdor. Aquests diners li són reemborsats posteriorment, en total o en part, per l'assegurador.

reenginyeria de processos *f* Transformació radical dels processos de l'empresa mitjançant el seu redisseny.

RH *m pl* Recursos humans.

RUG *m* *Resource utilization group*.

SI *m* *Severity index*.

sistema d'informació *m* Suport tecnològic de tota la informació que es produeix en l'empresa.

sistema liberal *m* Sistema mixt en què predomina la iniciativa privada per al finançament, compra i provisió de serveis sanitaris, per exemple es dona als Estats Units.

teletreball *m* Exercici de l'activitat professional sense necessitat de la presència física del treballador, que utilitza mitjans multimèdia en la seva activitat.

TIC *f* Tecnologies de la informació i la comunicació.

XHUP *f* Xarxa hospitalària d'utilització pública de Catalunya.

Bibliografia

Aldamiz, J. M. (2008). *Documentación del máster en Dirección Ejecutiva de Hospitales*. Barcelona: UOC.

All Patient Diagnosis Related Groups, AP-GRD (2003). *Definition Manual*. Version 21.0. 3M Health Information Systems.

Barea, J.; Fonz, A. (1994). *El problema de la eficiencia del sector público. Especial consideración en la sanidad*. Madrid: Instituto de Estudios Económicos.

Bengoa, R. (2008). *Documentación del máster en Dirección Ejecutiva de Hospitales*. Barcelona: UOC.

Castell, M. (2006). *La sociedad red: una visión global*. Madrid: Alianza Editorial.

Colom, D. (2008). *El trabajo social sanitario: atención primaria y atención especializada, teoría y práctica*. Madrid: Siglo XXI.

Llano Señaris, J. del (2009). *Sanidades autonómicas. ¿Solución o problema?* Madrid: Spanish Publishers Associates.

Fundación Alternativas (2008). *Sistema Nacional de Salud 2008: nueva etapa, nuevos retos*. Madrid: Fundación Alternativas.

Grau, J. (2009). *El negocio sanitario*. Barcelona: Ediciones Viena.

Jovell, A. J. (2001). *El futuro de la profesión médica*. Barcelona: Fundación Biblioteca Josep Laporte.

Kaufman, A. (1993). *El poder de las organizaciones*. Madrid: ESIC Editorial.

Laporte, J. R. (1993). *Principios básicos de investigación clínica*. Madrid: Ergón Creación.

Llei 16/2003, de 28 de maig, de cohesió i qualitat del Sistema Nacional de Salut.

Llei 44/2003, de 21 de novembre, d'ordenació de les professions sanitàries.

Llei 55/2003, de 16 de desembre, de l'Estatut marc del personal estatutari dels serveis de salut.

Manchen, F. (2009). *La creatividad y las nuevas tecnologías*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.

Ministerio de Sanidad y Consumo (2008). *Clasificación internacional de enfermedades* (9a. revisió). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. <<http://www.msc.es/ecie9mc-2008/html/index.htm>>

Ministerio de Sanidad y Consumo. *Múltiples estadísticas por comunidad autónoma*.

Mintzberg, H. (1995). *La estructuración de las organizaciones*. Barcelona: Ariel.

Moore, G. B.; Rey, D. A.; Rollins, J. D. (1996). *La sanidad en el tercer milenio*. Andersen Consulting.

Manual de descripción de los grupos relacionados con el diagnóstico (AP-GRD v.21.0) (2007). Vi-tòria: Osakidetza / Servicio Vasco de Salud.

Pastor, J. (2009). "Reflexiones sobre el fin último de la gestión en el sector hospitalario español". *Gaceta Sanitaria* (vol. 2, núm. 23, pàg. 148-157).

Porter, M. (2003). *Ser competitivo*. Deusto: Harvard Business Review / Ediciones Deusto.

Prahalad, C. K.; Krishnan, M. S. (2008). *The new age of innovation*. McGraw-Hill.

Riesgo, I. (2008). *Documentación del máster en Dirección Ejecutiva de Hospitales*. Barcelona: UOC.

Valcárcer, B. G.; Villalobos, J. (1993). "Indicadores de actividad y costes en los hospitales españoles". *Hacienda Pública Española* (núm. 24, pàg. 127-141).

Villalobos, J. (2004). "La necesaria convergencia de intereses". *Gestión Hospitalaria* (núm. 15, pàg. 70-75).

Villalobos, J. (2007). "El futuro de la organizaciones sanitarias". A: J. Villalobos. *Gestión sanitaria para los profesionales de la salud*. Madrid: McGraw-Hill.

Yetano, J. (2008). *Documentación del máster en Dirección Ejecutiva de Hospitales*. Barcelona: UOC.