

Observatori de la cooperació publicoprivada en les polítiques sanitàries i socials. Any 2012

- Gestió integral dels recursos socials i sanitaris a la comarca del Pla de l'Estany
- El cas del servei multicèntric d'oncologia radioteràpica amb CPP
- Sector automoció i sector salut junts en la innovació: nou dispositiu per al *pectus excavatum*

Roger Sunyer

PROGRAMA **PARTNERS**

Observatori de la cooperació publicoprivada en les polítiques sanitàries i socials. Any 2012

Gestió integral dels recursos socials i sanitaris a la comarca del Pla de l'Estany

El cas dels servei multicèntric d'oncologia radioteràpica amb CPP

Sector automoció i sector salut junts en la innovació: nou dispositiu per al *pectus excavatum*

Programa PARTNERS

Director: Albert Serra

Directora associada: Mònica Reig

Editors:

Albert Serra

Mònica Reig

Observatori de la cooperació publicoprivada en les polítiques sanitàries i socials.

Any 2012

Barcelona, núm. 8.

© 2013 ESADE. Av. de Pedralbes, 60-62

08034 Barcelona

ISBN: 978-84-88971-72-2

La sèrie de Relats Programa PARTNERS és una col·lecció de textos sobre cooperació publicoprivada de l'Institut de Governança i Direcció Pública (IGDP).

www.esade.edu/igdp

Dipòsit legal B-4759-2013

Sumari

Pròleg	5
Dra. Helena Ris	
Introducció	7
Albert Serra i Mònica Reig	
1. Gestió integral dels recursos socials i sanitaris a la comarca del Pla de l'Estany	15
Antecedents: el desplegament de la Llei de dependència	15
Els models de provisió i de producció de serveis socials i sanitaris	16
La constitució d'una taula col·laborativa: la Comissió d'Atenció a la Dependència	18
Integració de serveis socials i de salut: els referents internacionals	21
Els objectius i els serveis aportats a la Comissió	23
L'anàlisi i el diagnòstic de la comarca	27
Variables i indicadors	29
Resultats de l'estudi	30
Valoracions globals	33
2. El cas del servei multicèntric d'oncologia radioteràpica amb CPP	37
Els impulsors principals del servei multicèntric d'oncologia radioteràpica	37
El Pla director d'oncologia	39
El context d'inici: la finalització del contracte i la creació de l'Institut Oncològic del Vallès	40
La motivació inicial	42
La construcció del model de cooperació publicoprivada	43
El model de gestió	46
Els resultats	47
3. Sector automoció i sector salut junts en la innovació: nou dispositiu per al <i>pectus excavatum</i>	51

Els actors principals de la CPP	51
Els inicis: la idea emprendedora del Dr. Bardají	53
El suport a la innovació de la Fundació Parc Taulí	55
El model de CPP per trobar la solució al <i>pectus excavatum</i>	56
El desenvolupament del <i>pectus up</i>	58
Els resultats	61

Pròleg

Des de fa tres anys, la Unió, associació empresarial d'entitats sanitàries i socials, col·labora amb ESADE en el Programa PARTNERS amb la voluntat de compartir amb la resta de sectors de l'economia la realitat, reptes i oportunitats de la col·laboració públicoprivada. Aquesta iniciativa promou i divulga un dels valors que des de fa més de 30 anys ha defensat la Unió: la col·laboració públicoprivada en un marc de confiança i de transparència en les regles del joc i l'avaluació de resultats.

Des del Programa, la Unió i ESADE impulsem l'Observatori de la cooperació públicoprivada en les polítiques sanitàries i socials que té com a objectiu destacar bones pràctiques de partenariat en aquests sectors, entre l'Administració, les empreses sanitàries i socials, les empreses de béns i serveis i l'àmbit acadèmic afavorint el *benchmarking* i l'aprenentatge continu. Com fem anualment, en aquesta publicació us presentem una selecció de casos en forma de relat. Es tracta de tres experiències que abasten àmpliament la col·laboració públicoprivada i que se centren en aspectes de gestió de serveis, de prestació de serveis i d'innovació.

Vull agrair la participació de totes les entitats que han presentat les seves experiències en aquesta edició. Pel seu valor, s'inclouran en el registre que ja està disponible a l'Observatori i que documenta la relació de casos presentats al llarg d'aquests anys. Des d'aquesta plataforma considerem que és necessari compartir experiències però també crear coneixement i transferir-lo.

Experiències com aquestes ens animen a seguir treballant per promoure la col·laboració públicoprivada i per situar-la com un referent en el marc de la gestió dels serveis públics. Com ja deia el professor Longo en la conferència de la II Convocatòria de casos a ESADEFÒRUM de 31 de maig de 2011, per fer-ho caldrà abordar entre tots els agents del sector un canvi de paradigma pel que fa al model d'Estat; una revisió del model de governança; un marc

financer adequat; una major rendibilització de les capacitats instal·lades i una cultura basada en la confiança.

Des de l'Observatori de la cooperació publicoprivada en les polítiques sanitàries i socials contribuirem a generar debat positiu. Així mateix, treballarem per tal de donar resposta als principals reptes de la col·laboració publicoprivada: clarificar quins són els conflictes d'interessos i valors que es posen en joc; com generar confiança i quins criteris ètics és necessari incorporar quan es planteja un projecte.

Estic fermament convençuda que l'èxit de la col·laboració publicoprivada rau en la capacitat de les pròpies organitzacions i dels seus professionals de treballar en xarxa i d'abordar les noves maneres de fer que imposa una societat canviant per tal d'oferir una resposta adequada a unes necessitats compartides que reverteixin en una millor atenció sanitària i social en un entorn sostenible.

Dra. Helena Ris
Directora general de la Unió

Introducció

La tercera edició de l'*Observatori de la cooperació públicoprivada en les polítiques sanitàries i socials* és, sens dubte, un motiu de satisfacció perquè consolida el propòsit de la Unió Catalana d'Hospitals i del Programa PARTNERS d'ESADE de servir de plataforma de difusió i coneixement d'experiències de cooperació públicoprivada (CPP) en l'àmbit de les polítiques sanitàries i socials.

Per aconseguir aquest objectiu, l'Observatori busca, entre els membres associats de la Unió Catalana d'Hospitals, experiències positives de cooperació públicoprivada que es trobin en un estat madur de desenvolupament, és a dir, que hagin assolit els resultats previstos pels programes de política pública en els quals s'emmarquen. Es pretén cobrir tot l'espectre d'eines i modalitats de cooperació públicoprivada, de manera que les experiències es poden incloure en alguna de les quatre tipologies següents:

- Compra de béns o serveis, en què una entitat pública compra, a un actor privat, béns o serveis, que són *inputs* necessaris per produir el servei públic.
- Subcontractació i concessió de la producció dels serveis públics, en què una entitat pública delega (a través de la compra o dels drets d'explotació), a un actor privat, la producció d'un servei públic.
- Finançament privat de la inversió pública, en què un actor privat finança un equipament públic a canvi de la compra de serveis de manteniment, la concessió dels drets d'explotació o la subcontractació de la producció del servei públic.
- Aliances interorganitzatives, en què els agents públics i privats adopten formalment estratègies d'acció col·laborativa, tot mantenint la independència entre ells. La col·laboració es pot formalitzar de moltes diverses maneres, com ara una empresa privada o una fundació de participació mixta.

Tant des de l'Institut de Governança i Direcció Pública d'ESADE (IGDP), a través del Programa PARTNERS, com des de la Unió Catalana d'Hospitals, l'Observatori pretén oferir a les entitats sanitàries i socials una plataforma per exposar les experiències de CPP en el sector. Les tres edicions que s'han realitzat fins ara consoliden aquesta vocació, en la mesura que ja permeten visualitzar la diversitat de modalitats i de casos existents. És justament aquesta varietat la que ha de contribuir a millorar tant el coneixement com la gestió aplicada de la CPP en un sector clau del creixement econòmic i social.

En aquesta tercera edició, l'equip acadèmic de l'Observatori¹ va valorar molt positivament totes les propostes presentades i, finalment, en va seleccionar les tres següents.

Gestió integral dels recursos socials i sanitaris a la comarca del Pla de l'Estany

El primer cas representa una aliança interorganitzativa, en què agents públics i privats adopten formalment estratègies d'acció col·laborativa, tot mantenint la independència entre ells. L'octubre de 2007, es crea a la comarca del Pla de l'Estany una comissió d'atenció a la dependència per tal de gestionar els recursos socials i sanitaris de forma integrada i actuar, a la vegada, com a porta única d'entrada al sistema. El procés de col·laboració implica el Consorci de Benestar Social del Pla de l'Estany-Banyoles, l'Àrea Bàsica de Salut de Banyoles, el CatSalut de Girona, la Clínica Salus de Banyoles i diverses residències assistides de la zona.

1 Format per Albert Serra, director de l'Institut de Governança i Direcció Pública d'ESADE; Manuel Peiró, professor de l'IGDP i director del programa de Direcció de Serveis Integrats de Salut (DSIS) d'ESADE; Helena Ris, directora general de la Unió Catalana d'Hospitals; Manel Santaló, director general de la Corporació Fisiogestió; Angel Saz, professor de l'IGDP, i Mònica Reig, directora associada del Programa PARTNERS.

La gestió integral dels recursos socials i sanitaris ha permès identificar els usuaris dependents; analitzar les seves necessitats, i identificar i analitzar els indicadors d'avaluació del projecte integrat de gestió, la qual cosa ha contribuït a millorar substancialment aspectes tan fonamentals com poder ingressar malalts que abans simplement anaven de l'hospital directament a casa seva. D'altra banda, la gestió integrada dels serveis ha reduït la institucionalització de les persones i la freqüentació als serveis d'urgència dels serveis de salut. Amb aquest col·laboració públicoprivada, es dona resposta tant a les necessitats derivades dels canvis organitzatius motivats per la implementació de la llei de la dependència, de caràcter intern, com a les necessitats socials i de salut de la comarca. Finalment, fruit de la cooperació entre els agents desplegats al territori, el sistema d'atenció a la dependència i a la cronicitat a la comarca del Pla de l'Estany és més eficient en la gestió dels recursos escassos de què disposa el territori i, consegüentment, el sistema adquireix més eficàcia, més eficiència i més equitat per al ciutadà.

El cas del servei multicèntric d'oncologia radioteràpica amb CPP

El segon cas que s'exposa representa la modalitat de cooperació públicoprivada de compra de béns i serveis a través d'una aliança interorganitzativa per a la creació del servei multicèntric d'oncologia radioteràpica (SMOR), amb seus a l'Hospital Consorci Sanitari de Terrassa i al Capiro Hospital General de Catalunya, i dependents de l'Institut Oncològic del Vallès.

El Pla director d'oncologia de Catalunya defineix, d'acord amb criteris de planificació, la necessitat de disposar de cinc unitats de tractament radioteràpic a la comarca del Vallès Occidental. Davant d'aquesta necessitat, els tres actors protagonistes del cas inicien, l'any 2008, un procés de col·laboració creixent a partir del benefici mutu que pot comportar la creació de sinergies. D'una banda, Capiro Hospital General de Catalunya ja disposa d'un servei d'oncologia radioteràpica, configurat per tres unitats de tractament on s'atenen pacients de la sanitat pública. En aquestes tres unitats, s'incorpora

–assumint-ne el finançament– un nou accelerador d’última generació, que permet aplicar les tècniques més avançades (IGRT, SBRT i IMRT). De l’altra, l’Institut Oncològic del Vallès també té previst realitzar en el futur inversions costoses en noves instal·lacions radioteràpiques.

En aquest cas, la cooperació publicoprivada entre els tres agents fa que Capio Hospital General de Catalunya pugui començar a complir, de manera immediata, les directrius de planificació del CatSalut i mantenir l’activitat de les seves instal·lacions amb un funcionament eficient, en un entorn estable de planificació territorial. Per a l’Institut Oncològic del Vallès, la cooperació amb Capio Hospital General de Catalunya suposa la materialització efectiva del nou servei multicèntric de radioteràpia sense haver d’esperar inversions futures i costoses, les quals, d’altra banda, es poden veure amenaçades en un context de crisi. Finalment, per a l’asseguradora pública, aquest model de cooperació publicoprivada suposa un acord entre els proveïdors del territori, sobre la base de la seva planificació, fet que permet avançar en els objectius establerts, disminuir els costos d’inversió i, en conseqüència, generar un entorn de més eficiència i optimització dels recursos.

Sector automoció i sector salut junts en la innovació: nou dispositiu per al *pectus excavatum*

El tercer cas és l’exemple d’un model de cooperació publicoprivada en què intervenen sectors productius diferents, el sector sanitari i el sector de l’automoció.

La col·laboració d’ACC10, una empresa d’automoció BVentura i la decisiva iniciativa empenedora del doctor Bardají, amb el suport a la innovació de la Fundació Parc Taulí, van fer que aquest projecte es pogués portar endavant.

Totes les parts eren conscients, des del primer moment, que podien desenvolupar un projecte molt competitiu de forma conjunta, fet que va motivar que unissin forces per materialitzar-lo. D’aquesta manera, BVentura

es va encarregar del disseny i la fabricació d'un implant metàl·lic, seguint les indicacions i especificacions tècniques suggerides pel doctor Bardají. L'implant metàl·lic havia de poder ajudar a corregir el *pectus excavatum*, una malformació que avui en dia només és intervinguda en un 25% dels casos, i fer-ho amb el nou sistema, menys invasiu i més senzill de realitzar que els actuals.

La creació del nou dispositiu constata, doncs, l'èxit de la cooperació entre el sector públic i el sector privat. En aquest cas, el sector sanitari quirúrgic i el sector de l'automoció, dos sectors aparentment distants; l'empresa Bventura, amb quaranta anys d'experiència en el desenvolupament i la fabricació de peces d'alta precisió per a sistemes de seguretat d'automòbils, i la Corporació Sanitària Parc Taulí, consolidada en l'àmbit sanitari.

Els tres casos estudiats mostren una gran varietat de tipus d'interacció i de cooperació publicoprivada, un indicador clar de la diversitat i la multiplicitat de complementarietats i sinèrgies entre ambdós sectors pel que fa als serveis sanitaris. Així mateix, els tres casos també comparteixen tres elements característics que són clau per al seu èxit:

- l'existència d'un sector públic fort i amb altes capacitats instal·lades,
- el desenvolupament d'una estratègia clara i dirigida i, finalment,
- la confiança entre les parts implicades.

La col·laboració publicoprivada necessita tenir un propòsit estratègic clar i estable, sense ambigüitats, per poder calcular els beneficis i els costos de col·laboració, desplegar les opcions pertinents i dissenyar racionalment els mecanismes de cooperació que corresponguin en cada un dels casos.

En els tres casos, hi trobem unes organitzacions públiques capaces d'utilitzar fórmules contractuals diferents per cooperar entres els diferents actors. Aquesta capacitat evidencia un bon nivell de professionalització al si d'aquestes organitzacions. Justament és aquest alt grau de professionalització el que permet garantir l'efectivitat dels processos de cooperació publicoprivada mitjançant la separació entre el principal (l'Administració pública) i l'agent (empresa).

Aquest grau de professionalització que trobem en els tres casos mostra també un nivell alt de capacitat tècnica instal·lada, fet que ha permès un alt grau de qualificació de la resposta en les relacions amb el proveïdor i un sistema d'avaluació i de mesurament adequat, que comporta, en darrer terme, un bon control sobre els resultats.

Ambdós aspectes, l'existència d'un principal fort i d'una estratègia clara, ajuden, sens dubte, a un altre aspecte determinant per tal que la cooperació publicoprivada tingui èxit: l'establiment d'un clima de confiança entre les parts.

Des del Programa PARTNERS de l'Institut de Governança i Direcció Pública d'ESADE (IGDP), estudiem models de col·laboració i impulsem espais de trobada i de coneixement mutu. Aquesta edició de l'*Observatori de la cooperació publicoprivada en les polítiques sanitàries i socials*, així com el relat dels tres casos que hem seleccionat, permeten avançar, sens dubte, en aquest sentit.

Volem agrair molt sincerament l'impuls i el suport de la Unió Catalana d'Hospitals, gràcies als quals aquest estudi ha estat possible. Així mateix, també volem expressar el nostre agraïment als participants per la seva col·laboració directa, que ha possibilitat el treball de camp i ha facilitat tota la informació necessària per construir el relat dels casos.

Concretament, ens referim a:

La Cristina Meléndez, tècnica del programa sociosanitari de la Regió Sanitària de Girona, i el doctor Àngel Guevara, pel cas de la *Gestió integral dels recursos socials i sanitaris a la comarca del Pla de l'Estany*.

En Raúl Muñoz, director de Planificació de Capiro Hospital General de Catalunya; el doctor Xavier Mate, director general per a Catalunya de Capiro Sanidad, i el doctor Eugeni Saigó Grau, director del Servei d'Oncologia de la Fundació Parc Taulí, pel cas del *Servei multicèntric d'oncologia radioteràpica amb CPP*.

El doctor Carles Bardají, director del Servei de Cirurgia Pediàtrica de la Corporació Sanitària Parc Taulí; la Lourdes Camp, directora general de Ventura Medical Technologies, i la Glòria Palomar, directora de Gestió de la Fundació

Parc Taulí, pel cas d'*El sector automoció i sector salut junts en la innovació: nou dispositiu per al pectus excavatum*.

I, finalment, en Roger Sunyer, per la redacció dels casos en aquesta edició de *l'Observatori de la cooperació publicoprivada en les polítiques sanitàries i socials*.

Albert Serra

Director del Programa PARTNERS

Director de l'Institut de Governança i Direcció Pública

Mònica Reig

Directora associada del Programa PARTNERS

1. Gestió integral dels recursos socials i sanitaris a la comarca del Pla de l'Estany

El relat que es presenta a continuació descriu un projecte comú de planificació, disseny i gestió de recursos socials i sanitaris a la comarca del Pla de l'Estany. L'octubre de 2007, diversos agents del territori, públics i privats, creen la Comissió d'Atenció a la Dependència, que ha de gestionar tots els recursos existents a la comarca, actuant com a porta única d'accés al sistema pels usuaris del Pla de l'Estany. El procés va acompanyat, paral·lelament, de l'avaluació que permet fer el seguiment de la dinàmica de cooperació i reorientar, quan escau, les accions en funció dels resultats obtinguts.

Antecedents: el desplegament de la llei de dependència

Com és sabut, l'any 2007 s'inicia el desplegament de la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, que posa en marxa i regula el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD).

Es podria considerar, d'acord amb Albert Serra,² que es tracta del desplegament de política social més important que s'hagi promogut a Espanya des que durant la dècada dels vuitanta s'instaressin el sistema sanitari, l'educatiu i el de pensions com a drets socials universals. El SAAD suposa una novetat històrica en el desenvolupament de l'Estat del benestar i introdueix el

² Serra, A., i Mas, P., *L'atenció a la dependència a l'Àrea Metropolitana*, Barcelona, Pla Estratègic Metropolità, 2008.

que s'anomena el *quart pilar* de l'Estat del benestar. Seguint el model d'altres estats europeus, on l'atenció a la dependència ha anat esdevenint una peça central dels respectius sistemes de benestar, Espanya va aprovar l'anomenada Llei de dependència, que instaurava un sistema extraordinàriament complex d'atenció a un sector de la població que segueix creixent any rere any.

Una complexitat, tal com remarca Serra, basada en la necessitat d'impulsar, d'una banda, una doble integració horitzontal entre els serveis socials i els de salut i, de l'altra, una integració vertical entre diferents àmbits de govern, des del central fins al municipal. A aquesta complexitat, però, cal afegir-hi, a més, nous elements, com són el caràcter mixt públic-privat del mercat de serveis d'atenció a la dependència o el doble copagament interadministratiu i social. Tanmateix, la complexitat no és producte de la llei atès que el sistema ja existia. El que sí que planteja la llei són dos grans reptes sense precedents: en primer lloc, la universalització dels serveis socials basant-se en els drets subjectius i, en segon lloc, com a conseqüència directa, el canvi d'escala que necessàriament havia d'acompanyar el desplegament de la llei. Es tractava, per tant, de tot un repte, del qual derivaven una gran quantitat de desafiaments, que havien d'afrontar tots els agents implicats, tant públics com privats. En el relat del projecte *Gestió integral dels recursos socials i sanitaris a la comarca del Pla de l'Estany* en podem identificar principalment dos: la necessitat d'integració dels serveis socials i dels de salut i la necessitat d'impulsar la cooperació publicoprivada.

Els models de provisió i de producció de serveis socials i sanitaris

La funció de provisió fa referència a la determinació de l'existència d'una oferta de servei públic, la fixació del seu contingut, l'assignació de recursos públics destinats a finançar-la i la fixació de les condicions que ha de complir el ciutadà, si n'hi ha, per a accedir-hi.³ El concepte de producció, en canvi, es

³ Ídem.

refereix al procés tècnic i organitzatiu que permet la prestació del servei i que, normalment, no depèn de la naturalesa pública o privada del servei sinó de les condicions tècniques exigibles per a la seva prestació adequada.

El model de provisió pel que fa a la llei de dependència es fonamenta en tres criteris. A banda dels d'universalitat⁴ i de copagament,⁵ el que ens interessa per a aquest relat és el tercer, referent a la cooperació publicoprivada i segons el qual el sistema d'atenció a la dependència es basa en la col·laboració entre administracions públiques i operadors privats. La provisió és competència del sector públic mentre que la gestió pot estar, encara que no necessàriament, en mans privades.

Si la producció dels serveis d'atenció a la dependència es preveu basar-la en la cooperació entre el sector públic i el sector privat, cal subratllar que la prestació de serveis a mans d'operadors privats no compromet la naturalesa pública d'aquests. En canvi —sempre amb el benentès que l'externalització s'hagi fet bé— pot millorar la qualitat i l'eficiència dels serveis públics, en la mesura que permeten a cada actor involucrat concentrar-se en aquelles tasques que constitueixen el seu centre de creació de valor afegit i es corresponen amb les seves capacitats organitzatives i productives. És en aquest aspecte on trobem que el projecte *Gestió integral dels recursos socials i sanitaris a la comarca del Pla de l'Estany* suposa un intent reeixit d'avançar en aquest sentit. No endebades trobem entre els participants actius de la Comissió d'Atenció a la Dependència tant entitats públiques, com el Consorci de Benestar Social del Pla de l'Estany (format pel Consell Comarcal del Pla de l'Estany i l'Ajuntament de Banyoles), l'Àrea Bàsica de Salut de Banyoles o el CatSalut de Girona, com entitats privades, com la Clínica Salus Infirmorum o diverses residències assistides de la zona. Certament, a Catalunya hi ha experiències de treball semblants, però probablement cap que tingui aquest grau de representació de tots els àmbits assistencials sanitaris i socials.

4 Els serveis d'atenció a la dependència constitueixen un dret subjectiu universal subjecte a trobar-se en situació de dependència i satisfer determinats requisits.

5 La persona dependent assumeix part del cost del servei en funció del grau de dependència, del cost total del servei i dels recursos de què disposi.

La constitució d'una taula col·laborativa: la Comissió d'Atenció a la Dependència

Des de la perspectiva del *management* públic, els recursos que té un directiu públic no són, només, els que pertanyen a l'Administració, sinó, en una perspectiva més àmplia, tots aquells que formen part del territori, siguin públics o privats. És aquesta perspectiva la que donarà impuls al procés de constitució d'una taula col·laborativa de caràcter permanent entre els agents públics i privats del territori: la Comissió d'Atenció a la Dependència de la comarca del Pla de l'Estany.

La comarca del Pla de l'Estany està formada per 11 municipis, repartits en 262,8 km², i amb una població dispersa que suposa un total de 30.000 habitants. Segons el Registre Central d'Assegurats del CatSalut de 2007, hi consten 5.136 habitants de més de 65 anys, el 17,5% del total de la població, fet que suposa una demanda considerable de serveis vinculats als sectors tant sanitaris com socials. És en aquest context on, l'any 2007, podem situar els orígens del cas que estem exposant.

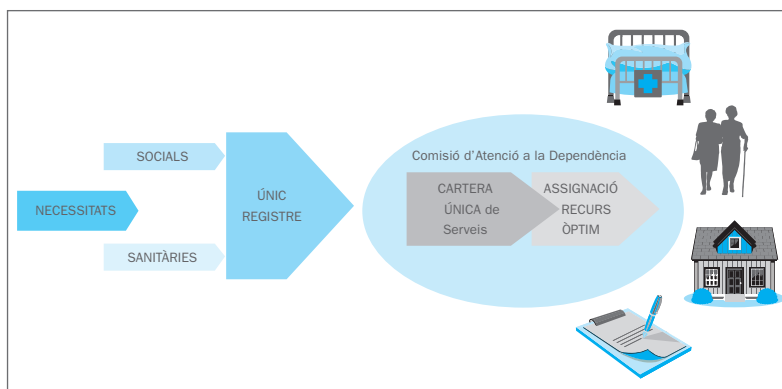
Són els mateixos treballadors socials i sanitaris, entre els quals existeix *de facto* una dinàmica de confiança mútua i cooperació, els que lideren aquest projecte, en constatar una i altra vegada que per a l'usuari la barrera de necessitats establerta entre l'àmbit dels serveis socials i el pertinent al sanitari és artificial. Si bé la comarca disposa de múltiples agents que poden intervenir (Departament de Salut, Consorci de Benestar Social del Pla de l'Estany-Banyoles, empreses proveïdores de serveis d'assistència privada, etc.), es considera que el ciutadà ha de poder percebre a partir d'ara una única finestreta d'accés a una cartera de serveis fins ara dispersa i fragmentada. Es considera que l'articulació dels dispositius sanitaris i socials, a més de proporcionar assistència a les persones dependents i amb mals crònics, ha de significar el desenvolupament de fórmules organitzatives que permetin que la provisió de serveis socials públics o privats (centres de dia, servei d'atenció a domicili —SAD—, teleassistència, residències, transport adaptat) i serveis sanitaris (atenció primària i atenció especialitzada hospitalària) es faci d'una manera més coordinada. Aquesta coordinació ha de permetre aspirar a l'augment de l'eficiència. D'altra banda, es parteix de la idea

que la clau de l'èxit del projecte de millora organitzativa estarà en la capacitat de fer transitar les persones d'un servei a un altre segons el grau de necessitats i l'estat de salut. La conseqüència negativa d'una mala articulació, tal com explica Cristina Meléndez, “són els *bed blockers* o persones que continuen ocupant un llit d'hospital malgrat que puguin ser donats d'alta i passar a un nivell assistencial tècnicament menor (residència, domicili, centre de dia, etc.)”.

Tanmateix, sembla evident que el canvi de model organitzatiu i de gestió, en l'aspecte de provisió de serveis en el qual s'aprofiten totes les sinergies, i en què la planificació es fa des de la perspectiva global de l'atenció a la persona integrada en el territori que li és propi i conegut, requereix una cultura diferent. Una cultura de cooperació que, si bé actua en el terreny informal, des del punt de vista institucional és en aquest moment encara a les beceroles. Fruit, tanmateix, de la voluntat de canviar aquesta dinàmica, neix la idea de constituir una taula de treball compartit entre tots els agents socials i sanitaris del territori. La proposta inicial fructifica gràcies a l'existència prèvia d'una dinàmica de treball cooperativa en l'aspecte tècnic i també a la implicació de l'estament polític. És en aquesta etapa del procés que la direcció del CatSalut⁶ a Girona fa l'encomanda d'escriure i avaluar el projecte de com es pot articular aquesta taula de col·laboració permanent. La demanda es fa amb el benentès que si el projecte s'escriu i s'analitzen les dades es pot actuar amb major coneixement de causa.

Els actors que participen directament en la constitució de la taula són, com hem assenyalat anteriorment: el Consorci de Benestar Social del Pla de l'Estany-Banyoles, entitat que gestiona els serveis socials de la comarca, l'Àrea Bàsica de

⁶ El sistema sanitari català és un sistema amb finançament públic i amb cobertura universal, al qual tota la ciutadania de Catalunya té accés. Aquest sistema té un garant de les prestacions sanitàries públiques: el CatSalut. La seva funció s'emmarca en la tendència de la majoria de models sanitaris europeus. El CatSalut és un ens adscrit al Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Té com a missió garantir una atenció sanitària de cobertura pública de qualitat a tots els ciutadans i ciutadanes de Catalunya. Els seus objectius bàsics són: situar els ciutadans al centre de la gestió sanitària i de la salut, garantir una atenció sanitària de qualitat, assegurar la sostenibilitat del sistema sanitari i orientar el model organitzatiu cap a un sistema integral i integrat descentralitzat de base territorial. L'accessibilitat, la participació, l'atenció directa, la coresponsabilització amb la salut, la informació i la comunicació, la prevenció i l'estudi de demandes futures són aspectes fonamentals en la gestió activa de les necessitats sanitàries de la població.



Salut de Banyoles (ABS), encarregada de la provisió de l'atenció primària de salut, la Clínica Salus, entitat especialitzada en la provisió de serveis socio-sanitaris i d'aguts, diverses residències assistides⁷ de la zona, centres de dia, el CatSalut de Girona i el Departament de Benestar Social i Família.

Si bé, com ja hem esmentat, els tècnics de les diferents organitzacions ja mantenien una bona relació informal de col·laboració, calia que la taula formalitzés i institucionalitzés aquesta dinàmica cooperativa. Des del vessant intern de gestió, l'explicitació de l'acord havia de facilitar la superació de petites resistències a un projecte de caràcter innovador com aquell i, des del punt de vista extern, permetia que el pacient es pogués avaluar i, en conseqüència, transitar fàcilment d'un servei a un altre, de més o menys intensitat i independentment de si era privat o públic.

Finalment, el novembre del 2007, els actors impulsors de la taula signen un compromís formal de col·laboració. L'acord es va signar entre els diferents representants, i consignaven un compromís en què constava que tots els recursos existents a la comarca s'assignaven a la Comissió d'Atenció a la Dependència.

⁷ Residències Sagrat Cor, La Solana, El Vellet, El mirador de l'Estany, La Torre, Els Cirers, El pla de Martís, La Vall de Terri i Can Carré.

Integració de serveis socials i de salut: els referents internacionals

Tal com exposa Cristina Meléndez, tècnica del programa sociosanitari a la Regió Sanitària de Girona, “els sistemes col·laboratius de provisió de serveis apareixen en societats desenvolupades per tal de garantir una atenció continuada en situació de malaltia crònica i de llarga durada que comporti la pèrdua de les capacitats físiques i/o cognitives”. Efectivament, les propostes de sistemes integrats de provisió de serveis faciliten l'accessibilitat als diferents serveis sense perdre la continuïtat de les cures i millorant les atencions a les persones.

El desenvolupament de la cooperació públicoprivada permet, doncs, avançar en la capacitat per donar respostes integrals a les persones dependents, que, precisament, es caracteritzen per tenir necessitats múltiples i, per tant, sovint precisen d'intervencions tant dels serveis socials com dels de salut alhora. Abans, però, de la creació de la Comissió d'Atenció a la Dependència, la realitat de la comarca del Pla de l'Estany, i del conjunt del país, respecte al sistema de provisió de serveis d'atenció a la dependència i a la cronicitat es caracteritzava justament pel contrari, és a dir, per la poca coordinació entre ambdós àmbits. Aquesta elevada fragmentació no afavoreix en cap cas l'aprofitament de sinèrgies ni té un efecte positiu en el balanç assistencial adequat de les persones ateses.

Per això, una de les primeres accions empreses des de la Comissió d'Atenció a la Dependència va ser fer un estudi de *benchmarking* per tal d'identificar les millors pràctiques d'integració o col·laboratives i procurar transferir-les al Pla de l'Estany. Tal com explica Cristina Meléndez, “les experiències d'atenció col·laborativa social i de salut desenvolupades a escala internacional que han estat avaluades mostren que l'augment de la complexitat assistencial planteja la necessària integració de recursos allà on les activitats sanitàries i socials són rigorosament complementàries i, fins i tot, intercanviables, ja que el fet que la provisió de serveis depengui d'un o altre ens (públic o privat / social o sanitari) és una qüestió purament de disseny administratiu o de cartera de serveis”.

Els models d'atenció de serveis integrats fonamenten la pràctica assistencial en l'atenció primària, integren els serveis socials i els de salut que la persona gran necessita i garanteixen la continuïtat i la coherència de la labor dels diferents professionals, organismes i establiments de la xarxa comunitària, hospitalària i d'internament. El *benchmarking* realitzat permet constatar que els models internacionals de treball col·laboratiu en matèria social i sanitària parteixen, doncs, de la coordinació tant assistencial com social. "Són sistemes d'atenció a les persones amb dependència que garanteixen la continuïtat assistencial i, per tant, la qualitat de vida dels pacients, la qual cosa els fa més equitatius i més eficients", comenta Cristina Meléndez. Només a tall d'exemple:

- A Suècia, per exemple, des de 1992 s'han integrat als ajuntaments alguns serveis sociosanitaris, com són les residències assistides, l'assistència mèdica de llarga durada i els serveis socials, per tal de garantir una alta adequada.
- El model integrat de Canadà (SIPA, *system of integrated care for older persons*), en canvi, es basa en el fet que les atencions primàries comunitàries són responsables de tota mena de serveis de salut i socials proveïts a la comunitat, als hospitals i als centres de llarga durada. Comprèn tant els serveis mèdics com els socials primaris i especialitzats, així com la prevenció, la readaptació, les ajudes tècniques o les atencions prolongades. D'acord amb les avaluacions realitzades, el model millora l'eficiència del servei i augmenta la satisfacció del pacient.
- En les experiències italianes analitzades, a Rovereto i Vittorio Veneto, s'utilitza un punt d'entrada o accés únic, un gestor de cas, l'avaluació geriàtrica i l'equip interdisciplinari, per integrar i coordinar les atencions a les persones grans amb discapacitat que viuen a la comunitat. Al cap d'un any d'estudi i seguiment es va palesar que aquest programa era capaç d'estalviar costos. Així, el grup amb serveis integrats de provisió experimentava menys hospitalitzacions i menys institucionalitzacions. Però, a més, l'estat de salut d'aquest grup era millor.⁸

8 MacAdam, Margaret, "Moving Toward Health Service Integration: Provincial Progress in System Change for Seniors", a *CPRN Research Report*, maig 2009. Disponible a www.cprn.org.

- A Austràlia el programa *Integrated care facilitation for older patients with complex needs*, en el qual es treballa amb coordinació de serveis i gestió de casos, redueix la demanda de llits hospitalaris i és cost-efectiu.
- Finalment, el programa PACE (*Program for All Inclusive Care for Elderly*) del National Health Service dels Estats Units assoleix els objectius de baixes ràtios d'ingrés hospitalari i augmenta la freqüència en l'ús de serveis d'atenció primària, disminueix la taxa de mortalitat i millora la qualitat de vida.

Els objectius i els serveis aportats a la Comissió

Cada setmana els diferents representants⁹ de cada entitat que va constituir la Comissió es reuneixen als espais de la Clínica Salus Infirmorum per exposar tant les necessitats de les persones que representen com els recursos de què disposen. En el transcurs de les reunions es planteja a més com millorar l'organització i la gestió dels recursos existents a la comarca.¹⁰

El contingut del compromís estableix que es coordinaran els serveis següents:

- en serveis de salut d'atenció primària hi participa l'Àrea Bàsica de Salut de Banyoles (gestionada per l'entitat proveïdora Institut Català de la Salut), que dóna cobertura a la població dels onze municipis de la comarca i als seus aproximadament 30.000 habitants;
- en serveis sociosanitaris es compta amb la Clínica Salus Infirmorum, que disposa de 40 llits de llarga estada, 15 de mitjana estada polivalent i 15 places d'hospital de dia;

⁹ Dos treballadors de l'Àrea Bàsica de Salut de Banyoles (un treballador social i una infermera), dos representants de la Clínica Salus (un metge i una treballadora social), un representant de les residències assistides, un representant del Consorci de Benestar Social del Pla de l'Estany-Banyoles i, mensualment, dos representants del Departament de Benestar Social i Família i un representant del CatSalut.

¹⁰ Aproximadament es tracten deu casos per setmana. Es reavalua els pacients a partir d'una llista prèviament elaborada per tal de reassignar els recursos disponibles d'acord amb les necessitats socials i l'estat de salut.

- respecte a l'àmbit d'atenció de salut especialitzada, es compta amb l'hospital de referència Dr. Josep Trueta i la mateixa Clínica Salus;
- en serveis socials especialitzats hi ha deu residències que suposen un total de 115 places d'internament i 8 places en centres de dia;
- també es compta amb serveis de telealarma, àpats a domicili, serveis d'atenció domiciliària, grups d'ajuda mútua, transport adaptat.

En conjunt el compromís ha configurat una cartera de serveis que, si inicialment disposava de 12 tipus de prestacions, ha passat a 26 tipus de serveis i combinacions de serveis socials i de salut.

Cartera de serveis

Descripció	Nombre de casos	Participació	Tant per cent acumulat
Mitjana estada polivalent	179	34,9 %	34,9 %
Prestació econòmica per cuidador no professional	100	19,5 %	54,4 %
Llarga estada sanitària (LLE)	62	12,1 %	66,5 %
Hospital de dia (HDIA)	44	8,5 %	75,0 %
Descans familiar	24	4,7 %	79,7 %
Servei de residència	22	4,3 %	84,0 %
Prestació vinculada a servei de residència	18	3,5 %	87,5 %
Prestació vinc. a servei de residència + servei de residència	16	3,1 %	90,6 %
Acolliment residencial (AR)	13	2,5 %	93,2 %
Prestació econòmica per cuidador no professional + SAD	9	1,8 %	94,9 %
Prestació econòmica per cuidador no professional + teleassistència	4	0,8 %	95,7 %
Prestació econòmica per cuidador no professional + servei de residència	3	0,6 %	96,3 %
Transport adaptat	3	0,6 %	96,9 %
Prestació econòmica per cuidador no professional + prest. vinculada a servei de residència	2	0,6 %	97,3 %
Servei d'atenció a domicili (SAD)	2	0,4 %	97,7 %
SAD + teleassistència	2	0,4 %	98,1 %
Acolliment residencial per a disminuïts	2	0,4 %	98,4 %
Prestació econòmica per cuidador no professional + hospital de dia	1	0,2 %	98,6 %
Prestació econòmica per cuidador no professional + centre de dia	1	0,2 %	98,8 %
Prestació econòmica per cuidador + prestació vinculada a servei de residència + servei de residència	1	0,2 %	99,0 %
SAD + àpats a domicili + ATDOM	1	0,2 %	99,2 %
ATDOM + SAD	1	0,2 %	99,4 %
Valoració de dependència	1	0,2 %	99,6 %
Hospital de dia + SAD	1	0,2 %	99,8 %
SAD + àpats a domicili	1	0,2 %	100,0 %
Suma	513	100,0 %	

Pel que fa als objectius que es van fixar els membres de la Comissió, passen en primera instància per identificar els usuaris dependents de la comarca, caracteritzar-ne el perfil clínic i social així com el dels familiars i proposar una cartera de serveis. Cristina Meléndez ho explica així: “Haviem de caracteritzar el perfil dels pacients i de les famílies, ja que la situació dels pacients canvia molt segons el tipus o grau de suport que la pròpia família els pugui facilitar. En aquell moment, gairebé tots els pacients que ateníem eren de grau 3, segons el barem que marca la llei de dependència, persones que tenen força necessitats socials i de salut alhora. El primer objectiu va ser conèixer els usuaris, saber de quin producte social i hospitalari estàvem parlant.” Posteriorment a aquesta identificació es proposa analitzar les necessitats dels usuaris i les respostes que cal activar, d'acord amb els productes o la combinació de recursos assignats de què es disposa.

També s'inclou entre els objectius de la Comissió la gestió de la llista d'espera¹¹ o d'accés als recursos, per tal de veure si amb la llista única hi havia més o menys agilitat i, en conseqüència, menor nombre de queixes. Es fa el control d'accés a serveis d'internament de llarga durada residencial i/o sociosanitari i la prioritització dels casos segons les seves necessitats i estat de salut; és a dir, en funció d'aquestes consideracions, cal establir a qui toca abans rebre un recurs.¹² Igualment la Comissió va marcar com a objectiu el seguiment de les altes en sortir de l'hospital i les incidències de les estades en serveis intermedis (hospital de dia, centre de dia i places de mitjana estada polivalent per a convalsència i rehabilitació), gestionar les transferències entre l'àmbit hospitalari i el domiciliari. Aquest darrer aspecte era clau per tal d'evitar les demores ocasionades pel fenomen dels *bed blockers*, és a dir, les persones que no marxen de l'hospital perquè no

11 Es considera com a temps d'espera el temps de la gestió (des que s'inicia la sol·licitud fins que s'ha accedit al recurs). Cal un registre de temps d'estada en llista d'espera, a l'inici o moment en què es detecta la necessitat del recurs i fins que s'hi accedeix.

12 Es va incorporar un indicador d'assignació de recurs per tal d'avaluar l'efectivitat de la comissió i de la seva gestió. Assignació de recurs = nombre de persones que necessiten un recurs i se'ls dona / nombre total de pacients en llista que gestiona la CASSDEP. I per avaluar l'ocupació del recurs o rendiment: Ocupació del recurs = nombre d'estades en el recurs / (nombre de places*nombre dies).

tenen un centre de menys intensitat per ser atesos. Tal com diu Cristina Meléndez, “això augmenta molt el cost del procés, s’allarguen les estades a l’hospital”; és el que, efectivament, constitueix un dels problemes sistèmics reconeguts arreu en la gestió hospitalària. “Com que els pacients estan tan ben atesos als hospitals, la gent no vol marxar a casa. Si ofereixes un recurs menys intensiu, amb cura però a la clínica sociosanitària, amb cures més adequades, el preu és més barat. Però després s’ha d’explicar el trasllat cap a casa.” Finalment, el pla de treball de la Comissió incloïa donar el suport a la planificació territorial que permetés, per exemple, organitzar les urgències o elaborar una programació única de primària amb els malalts de nit.

L’anàlisi i el diagnòstic de la comarca

La Comissió d’Atenció a la Dependència partia de la importància de verificar què és el que realment ha passat i el grau en què s’han complert els objectius, la qual cosa havia de permetre millorar l’eficàcia i l’eficiència de les intervencions futures i possibilitar un millor ús dels recursos per assolir, en darrera instància, un major nivell de resultats positius i evitar o mitigar els efectes indesitjats negatius.¹³ Cal destacar que són poques les experiències d’integració de serveis socials i de salut que, a més, han estat avaluades amb el rigor adequat, fet que palesa el valor de l’experiència realitzada al Pla de l’Estany.¹⁴

¹³ Feinstein, O., “Evaluación pragmática de políticas públicas”, *Revista de Economía*, núm. 836 (2007).

¹⁴ En el seu estudi, Johri, Beland i Bergman van realitzar una cerca sistemàtica a les bases de dades Medline i PubMed amb l’objectiu d’identificar aquells programes d’atenció a la vellesa que disposessin dels requisits següents: i) tenir com a objectiu promoure una major integració dels serveis sanitaris i socials, ii) haver estat avaluats mitjançant un disseny en què existís un grup de control i, finalment, iii) disposar d’informació relativa com a mínim a un dels *outcomes* següents: taxes d’hospitalització, taxes d’institucionalització en residències, utilització i costos d’altres serveis sanitaris i socials de caràcter comunitari. Els programes identificats després de la cerca van ser: Darlington (RU), Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE, als EUA), les també nord-americanes Social Health Maintenance Organizations (S/HMOs), dos programes

La creació de la Comissió implica la voluntat de proposar una cartera integrada i conjunta de serveis, però es fa encara un pas més, doncs, i es decideix analitzar els indicadors d'avaluació del projecte integrat de gestió. Per això es tracta d'identificar: l'índex de rotació,¹⁵ el nombre de valoracions que es feia a cada persona, l'estada mitjana que tenia cada recurs assistencial,¹⁶ la millora de l'estat funcional a l'inici i a la sortida del recurs utilitzat,¹⁷ el flux de pacients,¹⁸ la freqüentació als serveis,¹⁹ el tipus de proves de laboratori més demanades, els problemes de salut i socials més rellevants que hi havia a la comarca o realitzar una anàlisi dels productes farmacèutics amb una major prescripció i les vacunes més dispensades.

Per tal de complir els objectius plantejats, doncs, es va dissenyar un estudi observacional retrospectiu, que va comptar amb la col·laboració del GRECS (Grup de Recerca en Estadística, Economia Aplicada i Salut de la Universitat de Girona) per tal de garantir la realització d'un treball que fos rigorós durant un any sencer i s'avalués correctament. El focus de l'estudi se centrava en els pacients amb dependència que van sol·licitar ser atesos pels serveis socials, de salut i sociosanitaris de la comarca del Pla de l'Estany, entre octubre del 2007 i desembre del 2008. Per tal de garantir l'equitat territorial també es van acceptar casos del Gironès, sobretot aquells pacients que viuen en

desenvolupats en sengles municipis italians (Rovereto i Vittorio-Veneto) i el programa SIPA canadenc (Système de services intégrés pour personnes âgées). Vegeu Johri, M.; Beland F.; i Bergman, H., (2003), "International experiments in integrated care for the elderly: a synthesis of the evidence", *Int. J. Geriatr. Psychiatry*, 18: 222-235, doi: 10.1002/gps. 819.

15 Índex de rotació de pacients = nombre de pacients / nombre de places del centre.

16 Es registrava la data d'inici del recurs i la data de finalització d'aquest per tal de veure la durada de cada persona per a aquell recurs. Es calcula la mitjana dels dies de permanència en cada recurs. Això és l'estada mitjana.

17 La millora de l'estat funcional i/o emocional es valora a partir de les variables següents: nombre de persones que milloren el seu estat funcional pel recurs assignat / nombre total de persones assistents al recurs. Cal fer una avaluació funcional de la persona a l'inici de l'assistència al recurs i una a l'alta o quan es canvia de recurs. S'utilitzaran les escales i els tests d'avaluació de capacitat funcional validats i consensuats (test de Barthel).

18 Flux de pacients i circuit de la CASSDEP.

19 La taxa d'institucionalització i freqüentació s'obté per la relació: Nombre de persones institucionalitzades definitivament/nombre de persones en el programa. La taxa de freqüentació a urgències s'obté mitjançant: nombre de persones que van a urgències/ nombre de persones en el programa.

municipis propers a la comarca (Sant Julià de Ramis, Sarrià de Ter, Medinyà) i d'altres zones quan així ho expressés el pacient o la família. En el període assenyalat van ser estudiats 513 pacients.

Cristina Meléndez explica: “Primer vam fer un inventari del que teníem, i a partir d'aquí vam crear unes hipòtesis i vam establir uns objectius, unes variables i uns indicadors que havien de servir d'instrument d'avaluació. Vam estudiar/analitzar les dades consignades a la història clínica i com havien evolucionat els pacients, per veure si hi havia hagut canvis significatius en el seu estat de salut. Es tractava de saber si amb els recursos que teníem aconseguíem una millor eficiència. Es volia comprovar si les intuïcions eren certes.” Per poder-ho fer es comptava amb bases de dades prou potents per extreure la informació que es requeria: la història clínica d'aquests 513 pacients a l'E-CAP (història clínica) de l'àrea bàsica de salut de Banyoles, les dades de la memòria sanitària que elaboren els professionals de la Clínica Salus, així com les dades registrades al conjunt mínim bàsic sociosanitari de la Clínica Salus (CMBDRSS), que és un registre poblacional que recull informació sobre la patologia atesa als centres sanitaris de Catalunya i les informacions recollides en un registre únic creat per la comissió.

Variables i indicadors

Per a aquests individus es van analitzar un conjunt de variables i d'indicadors d'avaluació per al període 2005-2008, és a dir, dos anys abans i un després d'iniciar-se el projecte integrat. “Vam dissenyar un estudi en el qual analitzaríem les dades de les persones que s'atenien i, per tant, conformaven la llista del registre únic d'accés als recursos que gestionava la comissió; així doncs, calia estudiar les dades que teníem abans i després”, diu Cristina Meléndez. Es van recollir les variables següents: el nom; el cognom; el CIP, que és el codi d'identificació personal del sistema de salut, que per primer vegada s'introduïa als serveis socials, fet que va permetre no haver d'inventar un tercer codi; el sexe (home/dona); la data de la sol·licitud per entrar al sistema; el municipi de residència com a lloc d'empadronament; la procedència de la sol·licitud: el lloc on treballa el professional des d'on s'origina la demanda; la informació sanitària

principal referent al problema de salut; la informació social i el tipus de suport social que rebia el pacient, i la data en què es rebia aquest recurs, per saber si s'incrementava la demora en el sistema o, per contra, s'alleugerien les llistes. “Ens vam proposar analitzar el nombre de valoracions del pacient,²⁰ que és l'examen que es fa quan el pacient entra a la clínica o al servei de salut, el nombre de valoracions que es fan per llit²¹ o per recurs, l'índex de rotació, el flux de pacients i el circuit que fèiem en transitar els pacients per tots els recursos, el temps d'espera i el tipus de recurs que se'ls donava. També els dies en què el pacient ocupava la plaça, l'atenció domiciliària, els àpats, etc. I, com he dit, la millora de l'estat funcional i emocional al començament i al final.” Paral·lelament, es van crear grups de suport per a les famílies en els quals s'oferia ajuda i alleujament en les situacions en què hi hagués resistències a l'acceptació de diagnòstics amb mal pronòstic, o per a casos en què es recomanés l'ingrés del pacient en un context cultural avesat tradicionalment a l'assistència a la pròpia llar familiar. “Aquests grups de suport els intenten convèncer que a vegades estar en un recurs assistit és millor que estar a casa. La família és el principal cuidador. I, de vegades, portar una persona gran a una residència assistida es viu com un procés de desmembrament de la família o d'abandonament.”

Resultats de l'estudi

Com hem esmentat, l'estudi de la situació existent impulsat per la Comissió va englobar 513 pacients com a fase preliminar d'octubre de 2007 a desembre

²⁰ Valoració del pacient: nombre de valoracions / nombre d'episodis per pacient. Es va fer una valoració per cada episodi o procés. S'entén com a episodi o procés l'atenció que es presta a una persona des que ingressa al centre fins que és donada d'alta. La valoració del pacient va consistir en l'estudi, l'entrevista i l'exploració física de la persona ingressada. Aquest fet permetia la recollida de dades i d'informació tant objectiva com subjectiva, o derivada directament de la mateixa percepció del professional. En els centres sociosanitaris de llarga estada es va fer una valoració inicial dins els primers 14 dies des de l'ingrés. Després es fan les valoracions sistemàtiques cada quatre mesos, la d'alta i, si cal, per canvi significatiu. En centres sociosanitaris de convalsència es fa una valoració inicial dins els primers 14 dies d'ingrés al centre i la valoració sistemàtica cada 21 dies. En residències assistides es fa una valoració inicial dins les primeres 3 setmanes d'ingrés del resident.

²¹ Les valoracions per llit (o recurs) equivalen al nombre de valoracions / nombre de llits. S'entén per nombre de llits el nombre de places contractades en cada centre o recurs.

de 2008. D'aquests 513, 319 eren homes (62%) i 194, dones (37,8%). Més del 80% eren persones més grans de 65 anys. Tan sols es van atendre 10 persones d'edat inferior a 19 anys i amb diagnòstic de trastorn de l'espectre autista, hidrocefàlia, retard mental. Es constata, per tant, la hipòtesi que l'envelliment i el sobreenvelliment demogràfic tenen un fort impacte en el sistema d'atenció a la dependència. De fet, d'aquest 80%, el 58,3% tenia més de 80 anys. La gran majoria de la població atesa era no activa, pensionistes i jubilats, amb pocs ingressos i amb noves necessitats que apareixien amb l'edat. Així mateix, majoritàriament les dones (filles o esposes) són les que dispensen l'atenció. El perfil del pacient atès era de grau III i nivell 1, o nivell 2 (d'acord amb els terminis i el desplegament de la mateixa llei de dependència); per tant, molt dependent i molt necessitat de servei. El perfil clínic resultant dibuixava fractures, demències de tipus Alzheimer, accidents cardiovasculars, malalties degeneratives, Parkinson i, en menor mesura, neoplàsies i afeccions de l'aparell digestiu. El 26,6% dels pacients estaven registrats dins el programa ATDOM (atenció de salut al domicili per a persones que no es poden desplaçar) que ofereix l'àrea bàsica.

De les prestacions que garanteix la llei,²² la més demanada era la prestació econòmica per cuidador no professional (es tracta d'ajuda proveïda, generalment, per la família i que es coneix amb el sobrenom de *cuidador informal*), en part tal com hem esmentat anteriorment per l'existència de certes reticències a enviar els pacients a un centre aliè. No endebades els cuidadors informals (els parents) assisteixen als grups d'ajuda mútua que estan organitzats de forma conjunta per l'àrea bàsica de salut i el Consorci de Benestar Social. Es constata així una altra hipòtesi: la família és, en definitiva, el principal proveïdor de cures i d'atenció de llarga durada als malalts crònics i dependents. Per aquest motiu, el conjunt de prestacions que permeten l'estada al domicili es va assignar en gairebé el 34% dels casos.

El recurs sociosanitari de mitjana estada, consistent en estades de curta durada i descansos familiars d'un més, va ser utilitzat pel 40% dels casos. Aquest

²² Llei 39/2006, del 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència (BOE núm. 299).

recurs, amb estades de curta durada a la clínica, fa de pont entre l'hospital d'aguts i el domicili, i ajuda a evitar els *bed blockers* dels llits d'hospital d'aguts. En aquest cas l'estada mitjana als centres sociosanitaris és inferior a dos mesos; l'objectiu és la rehabilitació i la millora funcional de l'estat dels pacients. El diagnòstic principal d'aquest pacient és la convalescència per fractura de fèmur, la rehabilitació per patologia traumatològica i la rehabilitació en casos d'accident vascular cerebral. L'avaluació funcional mitjançant l'índex de Barthel, que fa el metge a l'ingrés i a l'alta, demostra una millora dels pacients. El 60,4% tenien un Barthel millorat a l'alta (quan es surt del centre), i només un 34,3% no l'havien modificat. El 84,3% dels episodis de mitjana estada a la Clínica Salus provenien dels hospitals d'aguts (Hospital Dr. Josep Trueta).

L'internament de llarga durada en residències assistides o a la Clínica Salus Infirmorum (per estades superiors a sis mesos) tan sols es va activar en un 26% dels casos. Pel que fa al perfil de les persones ateses a la Clínica Salus, els principals diagnòstics foren de demència tipus Alzheimer, d'accident vascular i de demències degeneratives i malalties neurològiques amb necessitat de tractament hospitalari. Cal afegir que quan aquest pacient, en lloc d'anar a la clínica sociosanitària, va a una residència assistida, és quan no necessita un règim mèdic tan intens. Les altes des de l'hospital amb destí a residències socials constaten que el pacient no necessita tractament hospitalari i, per tant, pot anar a un recurs de menys intensitat i menys car.

Amb aquestes dades de trànsit de pacients d'un recurs a un altre es confirma la hipòtesi basada en la millora de l'eficiència i l'eficàcia de la gestió quan s'assignen els recursos de forma conjunta per part de la comissió. Així mateix de l'anàlisi de dades s'extreu que cinc tipus de prestació o recurs assignat concentren el 80% de la demanda (mitjana estada polivalent a la Clínica Salus, prestació econòmica per cuidador no professional, llarga estada sanitària, hospital de dia i descans familiar).

Respecte a la prescripció farmacèutica, es va constatar una mitjana de 86,41 productes per usuari (insulines, absorbents d'incontinència urinària, memantina —principi actiu per al tractament de l'Alzheimer— i protectors gàstrics). Pel que fa a les proves de laboratori, el que més es demanava eren: proves de

colesterolèmies, creatinina i glucosa, sodi i potassi. Les vacunes més dispensades foren grip, TD i pneumococ.

Quant als aspectes de gestió, el 16% dels llits de la clínica Salus s'havien desbloquejat (significa que eren llits ocupats per la mateixa persona més d'un any) i, consegüentment, havia augmentat la rotació. Tal com expressa Cristina Meléndez, “els pacients es volen quedar a la clínica, és un símbol d'estatus també. Però les treballadores socials van fer entendre als pacients que les places eren per a tots, i que podien anar a les residències; calia un sistema més eficient i més equitatiu”. Es van donar altes amb destí a un recurs de menys intensitat. Van millorar els indicadors de gestió, va disminuir l'estada mitjana i va augmentar la rotació dels llits de la clínica, que va passar d'1,7 episodis/llit el 2007 a 2,3 el 2008; el desembre de 2008 el 50% dels pacients ingressats feia menys d'un any que hi eren, fet que, d'altra banda, es constata amb l'anàlisi de les dades que comporta un augment de la complexitat clínica. Aquestes dades confirmen la hipòtesi que la gestió col·laborativa disminueix la institucionalització de les persones.

Valoracions globals

L'evolució del treball de la Comissió d'Atenció a la Dependència ha permès constatar que les persones dependents tenen necessitats que requereixen tant la intervenció dels serveis de salut com dels socials alhora. I a la vegada ha permès constatar, un cop més, que els ciutadans volen rebre una atenció orientada a les seves necessitats d'una manera integrada o col·laborativa i no segmentada segons els criteris d'ordenació de l'ofertor (en aquest cas, els diferents agents desplegats al territori). Com assenyala Cristina Meléndez, “s'ha de transitar d'un sistema a l'altre sense que el client sàpiga que, de fet, es mou en dos sistemes. Aquestes distincions no interessin el ciutadà. Ha de ser una diferència purament administrativa (atenció primària, especialitzada, serveis socials, serveis de suport com telealarma, SAD), però amb finestra única d'accés per al client”.

El desenvolupament de la llei de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència demana una transformació del model assistencial i d'atenció. La llei especifica una cartera de serveis que cal proveir a diferents nivells de govern (autonòmic, local), però no preveu una integració de serveis mèdics ni assistencials (control de medicaments, hospitalitzacions, trasllats en ambulància, tractaments específics, etc.). El projecte *Gestió integral dels recursos socials i sanitaris a la comarca del Pla de l'Estany* suposa una adaptació amb èxit al nou entorn cercant fórmules eficients a través de sistemes col·laboratius.

De fet, són diversos els països (Anglaterra, Canadà, per exemple) que consideren la xarxa sociosanitària partint de la idea que ha de tenir diferents graus d'atenció entre un extrem, l'hospital, i l'altre, el domicili. El plantejament de cooperació entre els diferents agents sociosanitaris de la comarca del Pla de l'Estany que va comportar la creació de la Comissió d'Atenció a la Dependència cercava, doncs, configurar i prestigiar alhora aquesta xarxa integral capaç de millorar simultàniament tant la qualitat de servei com la seva eficiència.

Fruit d'aquesta voluntat i del treball constant de tècnics i gerents dels diferents agents, es pot afirmar que s'ha aconseguit millorar substancialment en aspectes tan fonamentals com poder ingressar malalts que abans, simplement, anaven de l'hospital directament a casa seva. Si s'observa el registre sanitari, es pot constatar com l'estada mitjana ha disminuït i ha augmentat, consegüentment, la rotació de pacients als llits de la clínica: es passa de l'1,7 episodis/llit del 2007 al 2,3 episodis/llit el 2008. En una clara millora de la gestió conjunta del servei, el desembre del 2008, el 50% dels pacients ingressats fa menys d'un any que hi són, fet que, com hem comentat, comporta paral·lelament altres conseqüències com, per exemple, l'augment de la complexitat clínica. D'altra banda, la gestió integrada dels serveis disminueix la institucionalització de les persones i redueix la freqüentació als serveis d'urgència dels serveis de salut. Amb aquest procés de treball es dona resposta tant a les necessitats derivades dels canvis organitzatius motivats per la implementació de la llei de la dependència, de caràcter intern, com a les necessitats socials i de salut de la comarca. En el projecte *Gestió integral dels recursos socials i sanitaris a la comarca del Pla de l'Estany* hi ha, per tant, un clar

èxit de gestió. La cooperació augmenta l'eficiència. La cooperació entre els diferents agents desplegats al territori permet augmentar l'eficàcia i l'equitat dels diferents recursos. Una de les claus de l'èxit rau, tal com s'apuntava a l'inici del procés, en la capacitat de fer transitar les persones d'un servei a un altre segons les necessitats. La conseqüència negativa d'una mala articulació són els *bed blockers* o persones que continuen ocupant llit en un hospital malgrat que puguin ser donades d'alta cap a un nivell assistencial menys tècnic (o menys intensiu). El projecte *Gestió integral dels recursos socials i sanitaris a la comarca del Pla de l'Estany* ha permès disminuir la institucionalització i capgirar aquesta dinàmica tan costosa per al conjunt del sistema.

Fruit de la cooperació entre els agents desplegats al territori, el sistema d'atenció a la dependència i a la cronicitat a la comarca del Pla de l'Estany és més eficient en la gestió dels recursos escassos de què disposa el territori i, consegüentment, el sistema adquireix més eficàcia, eficiència i també major equitat pel ciutadà.

2. El cas del servei multicèntric d'oncologia radioteràpica amb CPP

El relat que es presenta a continuació descriu un projecte comú de planificació, disseny i gestió d'un servei multicèntric de radioteràpia a la comarca del Vallès Occidental. El projecte, que s'endega el 2009, és impulsat per tres institucions, dues del sector públic i una del privat: el Consorci Sanitari de Terrassa, la Corporació Sanitària Parc Taulí i Capio Hospital General de Catalunya.

Els impulsors principals del servei multicèntric d'oncologia radioteràpica

El Consorci Sanitari de Terrassa (CST) és una organització sanitària integrada amb vocació de servei públic, consorciada per la Generalitat de Catalunya, l'Ajuntament de Terrassa i la Fundació Sant Llàtzer. Creada l'any 1988, està actualment integrada per set centres d'atenció primària, un hospital d'atenció a pacients aguts –l'Hospital de Terrassa–, un centre sociosanitari –l'Hospital de Sant Llàtzer–, l'Hospital de dia Sant Jordi per a pacients d'Alzheimer, la unitat assistencial preventiva de l'esport ubicada al Centre d'Alt Rendiment de Sant Cugat, l'única Unitat d'Hospitalització Penitenciària d'Espanya i la llar tutelada de Rubí per a discapacitats psíquics. En conjunt, els centres del CST compten amb més de dos mil professionals que ofereixen una atenció sanitària i social altament qualificada a una població de referència de més de 200.000 habitants de diferents poblacions del Vallès Occidental.

D'altra banda, la Corporació Sanitària Parc Taulí (CSPT) es compon d'un conjunt de diferents centres (Hospital de Sabadell, Albada Social – Centre de Salut i Parc

Taulí de Salut Mental, Centre de Diagnòstic UDIAT, Centre de Serveis a la Gent Gran de Sabadell i el Parc Taulí d'Atenció Primària) que ofereixen tota la gamma de serveis necessaris per satisfer les necessitats de salut dels individus i les famílies que resideixen en la seva àrea de referència. Ofereix atenció integral de salut a una població aproximada de 400.000 habitants d'onze municipis de la comarca del Vallès Occidental. Les institucions que conformen el Parc Taulí disposen del suport de la Fundació Parc Taulí – UAB Institut Universitari (FPT), per a l'ensenyament i la investigació, per a la formació científica i mèdica dels professionals i per al desenvolupament general del coneixement per sostenir el model d'atenció mèdica. La Fundació Parc Taulí dona suport a tots els projectes d'investigació realitzats dins la CSPT, fomentant i estimulant la innovació, transferint tecnologia i difonent els projectes de recerca, la docència i la formació dels seus professionals. La Fundació Institut Universitari Parc Taulí és també part de la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB). Les línies més importants en la investigació són la genètica, la gastroenterologia, les malalties infeccioses, la lesió pulmonar aguda, l'endocrinologia, la cirurgia experimental i la imatge digital, entre d'altres. A part d'això, realitza múltiples assaigs clínics de nous medicaments, fet que ajuda a establir importants vincles amb les indústries del sector farmacèutic. La Corporació està formada per la Generalitat de Catalunya, l'Ajuntament de Sabadell, la Universitat Autònoma de Barcelona i Unnim.

Finalment, la participació del sector privat en aquest projecte de cooperació publicoprivada el representa Capiro Hospital General de Catalunya. Capiro és una empresa de gestió i assistència sanitària amb origen a Ibérica de Diagnóstico y Cirugía. Posteriorment es va integrar a Capiro una empresa paneuropea d'assistència sanitària, per prosseguir posteriorment el seu camí de forma independent. L'assistència sanitària de Capiro engloba una àmplia gamma de serveis, tant programats com d'emergència, en totes les especialitats mèdiques. El seu programa de diagnòstic mèdic inclou serveis de laboratori i de radiologia. El grup gestiona hospitals de reconegut prestigi com la Fundación Giménez Díaz, a Madrid, companyia líder en la provisió de serveis sanitaris a Espanya. Capiro Sanitat Espanya disposa d'una xarxa de vint centres repartits per tota la geografia espanyola. En l'actualitat, és present a cinc comunitats autònomes i compta amb més de 4.300 professionals; amb una dotació assistencial de 1.500 llits i un volum de facturació de 300 milions d'euros.

El Pla director d'oncologia

Abans d'explicar els detalls del procés de cooperació publicoprivada d'aquestes tres organitzacions, considerem important esmentar el Pla director d'oncologia perquè, si bé no podem considerar el Pla com el motor de l'acord de col·laboració, sí que podem constatar que el Pla estableix unes directrius en relació amb l'oncologia que facilitaran l'acord entre els tres actors principals.

Evolució de la incidència del càncer a Catalunya			
	2005-2009	2010-2014	2015-2019
Població a Catalunya	7.153.664	7.539.908	7.852.639
Nombre de casos*	37.533	43.018	49.212
Taxa d'incidència**	525	571	627
Increment taxa incidència		8,7%	9,8%
* A la meitat del període			
** Taxa bruta. Casos per cada 100.000 habitants			

Les dades existents sobre l'evolució de la incidència del càncer mostren que en els propers anys es pot esperar un augment dels casos del voltant del 15% en dones i del 13% en homes. A partir d'aquests casos de càncer projectats per al 2019 s'observa com la taxa d'incidència a Catalunya pot patir un increment del 8,7% durant el període 2010-2014 i del 9,8% durant el període 2015-2019. Les dades dibuixen, doncs, un escenari present i futur caracteritzat per un progressiu increment de la incidència i prevalença del càncer i l'increment de la supervivència. Aquests indicadors estadístics cal combinar-los amb una tendència sociològica que evidencia canvis rellevants en la percepció dels malalts i en les famílies. Tant des del punt de vista quantitatiu com qualitatiu, els indicadors estadístics i els sociològics marquen una clara tendència a l'increment en la demanda.

El Pla director d'oncologia (PDO) que desplega el Departament de Salut (DS), des del 2001, pretén contribuir a la millora de la prevenció, el diagnòstic i el

tractament del càncer, així com a la potenciació de la recerca en oncologia. La finalitat del PDO al llarg d'aquests anys ha estat, doncs, reduir l'impacte del càncer en la població, mitjançant la promoció de mesures dirigides a reduir la incidència i a millorar el tractament i la qualitat de vida dels pacients.²³ La continuïtat del problema de salut i del repte que suposa el càncer per a la societat, sumat a la complexa implicació de tots els nivells i àmbits assistencials que són necessaris per afrontar-lo, ha comportat la continuació del PDO durant aquests anys. La seva principal tasca ha estat definir l'arquitectura de prioritats en aquesta etapa i garantir la continuïtat de les iniciades en les anteriors, implicant les diferents estructures, organitzacions i professionals que treballen en relació amb el càncer, així com promoure una major implicació dels pacients en la definició de les necessitats sanitàries en oncologia. També ha format part dels seus objectius fomentar la cooperació de proveïdors sanitaris.

El context d'inici: la finalització del contracte i la creació de l'Institut Oncològic del Vallès

Tot i que, com hem dit, el projecte de cooperació formal parteix del 2009, la seva gènesi se situa dos anys abans, quan es donen dues circumstàncies paral·leles que actuaran de palanques per a un acord de cooperació publicoprivat:

D'una banda, Capio Hospital General de Catalunya té un concert amb el Servei Català de la Salut per desenvolupar quatre línies principals d'activitat: al-

23 En el PDO 2001–2004, la prioritat va ser consolidar la cobertura territorial del cribatge de càncer de mama, definir un model de treball i de referència de pacients basat en les regions sanitàries (RS) i desenvolupar les oncoguies per als principals tipus de tumors, la qual cosa va permetre, entre d'altres, el desplegament del tractament del càncer de mama amb gangli sentinella i l'establiment d'un programa pilot de detecció precoç de càncer de còlon i recte. En una segona etapa (2005–2007), la principal contribució va ser el programa de diagnòstic ràpid dels càncers més freqüents i la definició dels criteris de procediments terciaris en oncologia, juntament amb altres patologies. Aquests dos plans directors han treballat de forma conjunta amb comitès assessors formats per professionals sanitaris i, en el darrer, també per representants d'associacions de pacients i voluntaris.

tes, hemodinàmica, cirurgia cardíaca i radioteràpia. L'evolució de la prestació d'aquest servei és el que provocarà l'impuls d'una proposta de cooperació publicoprivada a la comarca del Vallès. El contracte pel servei de radioteràpia, que finalitzava el juliol del 2011, era complementari en el sentit que desenvolupava la seva activitat sempre que els hospitals concertats no la poguessin assumir. Malgrat això, el servei de radioteràpia presentava un flux d'usuaris força constant, en part pel fet que no existia cap centre de radioteràpia ni al Vallès Oriental ni a l'Occidental. Aquest fet suposava a la pràctica que, tot i tenir un contracte complementari, des de Capio Hospital General de Catalunya s'actuava de fet com a proveïdor únic a les comarques del voltant.

D'altra banda, el Pla director d'oncologia del Servei Català de la Salut establia que a la comarca del Vallès hi havia d'haver un servei de radioteràpia dotat amb cinc acceleradors. Per aquest motiu, el 20 de juny de 2007, la Corporació Sanitària Parc Taulí de Sabadell i el Consorci Sanitari de Terrassa van signar un conveni de col·laboració per establir i organitzar la prestació conjunta d'atenció sanitària especialitzada als usuaris dels seus respectius àmbits poblacionals. En aquesta mateixa ocasió, ambdues corporacions van signar un "protocol-addenda" pel qual es creava un àmbit assistencial comú en matèria d'oncologia mèdica, d'acord amb les directrius del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya i del Pla director d'oncologia (PDO)²⁴ de l'esmentat Departament.

Dels treballs de la comissió de dinamització per a la creació d'aquest àmbit comú en matèria d'oncologia mèdica, es va veure la necessitat i l'oportunitat per crear l'Institut Oncològic del Vallès (IOV), que, sota les directrius del PDO, havia de ser l'entitat gestora, sense personalitat jurídica pròpia, de tot el sector d'oncologia mèdica a l'àmbit poblacional d'influència d'ambdues entitats públiques. El nou Institut, vinculat orgànicament i funcionalment a ambdós consorcis, neix, doncs, el juliol del 2009 fusionant els dos serveis de referència en el diagnòstic del càncer a l'àrea del Vallès Occidental, i actua, per tant, com a servei unificat d'oncologia per tal de donar cobertura a una població

²⁴ Departament de Salut, *Pla director d'oncologia*, Barcelona, Generalitat de Catalunya, 2006.

de 600.000 persones, 400.000 corresponents a la demarcació de Sabadell i altres 200.000 a la de Terrassa.

“L’objectiu del nou IOV és ser un centre de referència; volem desenvolupar un centre d’atenció integral on el pacient estigui i on hi hagi un tractament accessible i prop del lloc de residència”, manifestava la doctora Àngels Arcusa, directora d’Atenció d’Oncologia Mèdica.²⁵ Això s’aconsegueix gràcies a la diversificació de tasques entre els dos hospitals sota una mateixa direcció o criteri que els coordina, amb unitats funcionals específiques, equips multidisciplinaris integrats i la definició d’un model assistencial basat en la coordinació clínica i la uniformitat en la prestació del servei. El nou IOV ha d’incorporar, per tant, el futur servei de radioteràpia del Vallès, que serà l’encarregat d’implementar l’establert en el Pla Oncològic impulsat pel Servei Català de la Salut. Per complir els objectius establerts en el Pla, es decideix que la ubicació del nou servei sigui l’Hospital de Terrassa, on s’haurà d’endegar la construcció de nous “búnquers” per allotjar els nous equipaments de radioteràpia que, a la vegada, caldrà adquirir.

La motivació inicial

Paral·lelament, Capiro Hospital General de Catalunya, com hem dit, actuava a la pràctica com a proveïdor únic malgrat que el contracte de prestació de servei finalitzava el juliol del 2011. A més de la incertesa que generava aquesta finalització, ara calia sumar-hi el fet que des del sector públic, amb la recent creació de l’Institut Oncològic del Vallès, s’impulsava la creació d’un servei de radioteràpia a només 25 kilòmetres de Capiro Hospital General de Catalunya. Des del punt de vista estratègic, per a Capiro es configura un escenari que amenaça la sostenibilitat del servei. Si la situació no és prou incerta, cal sumar-hi a més la sobtada avaria d’un accelerador, fet que acaba comportant la necessitat d’adquirir-ne un de nou, amb la despesa extraordinària que impli-

²⁵ donesenxarxa.cat

ca. La inversió del nou accelerador, que es situa entorn dels 2 milions d'euros, es fa efectiva l'any 2008. Tanmateix, la hipòtesi de no-renovació del contracte presenta dubtes sobre la seva amortització, i dona per descomptat que els dos anys que manquen per a la finalització del contracte no són suficients per a la seva amortització. En el cas, doncs, que el contracte finalitzi i no es renovi, sembla clar que la inversió haurà quedat coixa.

Des de la perspectiva del sector públic, els efectes de la crisi es comencen a manifestar i s'evidencia que el Servei Català de la Salut no podrà assumir el cost d'una nova unitat formada per cinc acceleradors, atenent especialment al fet que el cost estimat de cada accelerador no és inferior a 1,5 milions d'euros.

Així doncs, trobem en la gènesi del model de cooperació publicoprivada, d'una banda, les dificultats financeres en què es trobava el Servei Català de la Salut per a la construcció de la nova instal·lació i, de l'altra, la incertesa de Capiro Hospital General de Catalunya sobre l'amortització del nou accelerador davant la propera finalització del contracte amb el CatSalut. Davant d'aquest escenari, Xavier Mate, director general de Capiro Hospital General de Catalunya, planteja una proposta de col·laboració al Servei Català de la Salut: si, d'una banda, Capiro Hospital General de Catalunya disposa de dos acceleradors i una bomba de cobalt i, de l'altra, el Servei Català de la Salut havia d'impulsar el servei de radioteràpia d'acord amb el Pla director d'oncologia, per què no es podia impulsar una aliança en què el sector públic gestionés directament el servei de radioteràpia ubicat a Capiro Hospital General de Catalunya i propietat seva?

La construcció del model de cooperació publicoprivada

La implementació reeixida de les col·laboracions publicoprivades ha d'ençar una multiplicitat d'obstacles. Alguns tenen a veure amb l'existència de dues lògiques institucionals diferents i, sovint, construïdes des de l'antagonisme. Des de cada banda —privada i pública— del procés col·laboratiu, cada soci és portador de tot el conjunt d'arquetipus i prejudicis que al llarg dels

anys s'han anat formant respecte de l'altra part, i sense ser plenament conscients uns i altres que les prevencions són recíproques. En la cooperació publicoprivada, com en tota col·laboració, la construcció de confiança és, doncs, fonamental. El coneixement mutu és el primer pas per construir-la. El pas segon i, probablement, definitiu passa per construir un marc d'experimentació positiva de col·laboració.

Si des del punt de vista institucional, doncs, la proposta semblava del tot necessària, calia ara superar els recels propis de qualsevol acció innovadora i atenuar els neguits, per part del sector públic, pel fet que un operador privat formés part del disseny institucional del nou servei i, per part del sector privat, de vincular-se amb el sector públic en una aliança a llarg termini i en el creixent escenari de crisi. Per Raúl Muñiz, director de Planificació de Capiro a Catalunya, “els protagonistes clau van ser Helena Ris, aleshores directora general de la Corporació Sanitària Parc Taulí —i ara directora general de la Unió Catalana d'Hospitals—, Pere Vallribera, director gerent del Consorci Sanitari de Terrassa, i Xavier Mate, director general de Capiro Hospital General de Catalunya. El factor clau és que les persones siguin acceptades per les dues bandes. Han de tenir respecte mutu, saber col·laborar, i proposar alternatives, saber arriscar. És una qüestió de carisma personal, de credibilitat. Després vénen els números”.

Per Muñiz, “la clau de l'èxit és un plantejament que té sentit, i que les persones tinguin autoritat, l'aval sanitari, i la legitimació de l'administració”. En paraules de Francisco Longo,²⁶ la construcció d'un espai comú d'aprenentatge és fonamental per a l'èxit d'aquestes iniciatives. En realitat, els avenços en la cooperació publicoprivada en el sector de la salut s'han d'entendre com a processos d'aprenentatge, en els àmbits individual, organitzatiu i social.

Davant una primera reacció positiva de la Conselleria de Salut per endegar aquesta aliança, calia posar d'acord el conjunt d'actors implicats: el Consorci Sanitari de Terrassa i la Corporació Sanitària Parc Taulí, agrupats en el recent

²⁶ Longo, F., “Introducción al monográfico CPP y salud”, *Anuario PARTNERS 2011*, Barcelona, ESADE, 2012.

Institut Oncològic del Vallès, les respectives gerències i els respectius caps mèdics. Raúl Muñiz, director de Planificació de Capiro a Catalunya, afirma: “Aquí van començar les dificultats, perquè s’havia de convèncer les persones que la solució ens beneficiava a tots.” Efectivament, la proposta semblava que canviava la lògica que els darrers esdeveniments havien traçat. En certa manera, s’estava transformant la necessitat en virtut, transformant una amenaça en una oportunitat per a tots els actors. Més enllà, doncs, de les expectatives d’uns i altres respecte als escenaris previstos amb anterioritat, semblava clar que, en una aliança de cooperació publicoprivada, tots els actors hi podien identificar beneficis i, alhora, complir amb els respectius objectius amb estalvi en la despesa.

Per al Servei Català de la Salut la implementació de la proposta podia suposar el desllorigador per poder complir amb un pla director que, d’altra manera, semblava improbable poder complir atenent el nou escenari econòmic i social que s’anava configurant.

Per a l’Institut Oncològic del Vallès suposava una alternativa a una gran inversió, el finançament de la qual podia retardar-se molt més del que s’havia previst, atesa la nova situació econòmica que dibuixava la crisi; suposava, per tant, poder endegar de manera immediata el projecte de la radioteràpia al Vallès Occidental; a més, permetia implementar els criteris de planificació i gestió en el Servei de Radioteràpia de Capiro Hospital General de Catalunya abans de la posada en marxa del nou servei ubicat a l’Hospital de Terrassa de l’IOV, i arribar a un model experimentat en el moment de màxim desenvolupament; la proposta de cooperació publicoprivada permetia també assegurar la constitució del servei de radioteràpia multicèntric del Vallès partint d’una realitat ja en funcionament, poder disposar d’entrada d’un accelerador d’alt potencial tecnològic des del 2009 i, finalment, poder disposar de la potencialitat de consultoria i de compres del Grup Capiro.

Per a Capiro Hospital General de Catalunya la cooperació publicoprivada permetia assegurar la continuïtat del Servei de Radioteràpia de l’Hospital General amb un volum adient fins al 2011 i posteriorment a aquesta data amb un contracte d’activitat pública amb CatSalut en quantitat i rendibilitat

adients; reorientar qualitativament el servei de radioteràpia de l'Hospital General amb un nou lideratge i nous criteris; preveure un dimensionament de futur amb dos acceleradors lineals nous, la bomba de cobalt fins al final de la seva vida útil, en què es valoraria la seva viabilitat o recanvi; amortitzar, per tant, la inversió realitzada i l'estructura física, i, finalment, poder apostar en aquest moment per un model tecnològicament capdavanter com a inici d'una nova etapa.

El model de gestió

Així, doncs, seguint les directrius del Departament de Salut i del CatSalut, Capiro Hospital General de Catalunya i l'Institut Oncològic del Vallès, amb la interlocució de les respectives gerències del Consorci Sanitari de Terrassa i la Corporació Sanitària Parc Taulí, van endegar els treballs necessaris per assolir una proposta de col·laboració en l'àmbit de l'atenció radioteràpica, d'acord amb criteris de reordenació per part del Departament de Salut i amb l'objectiu de donar resposta, tan aviat com fos possible, a la demanda d'atenció radioteràpica dels pacients oncològics del Vallès Occidental.

En l'àmbit gerencial, doncs, les tres institucions directament implicades van anar acostant posicions, però calia també impulsar la dinàmica de cooperació en l'àmbit mèdic. Després de múltiples converses es pren la decisió des de Capiro Hospital General de Catalunya d'integrar el seu servei de radioteràpia al servei multicèntric de radioteràpia i passar la gestió a l'IOV. Atès que és l'IOV l'encarregat de gestionar el servei, ubicat a Capiro Hospital General de Catalunya, és el mateix Institut l'encarregat de nomenar un director de servei a través d'una convocatòria oberta. El disseny organitzatiu, doncs, serà fruit del director del servei que es nomeni.

Finalment, l'1 de desembre del 2008, doncs, el Consorci Sanitari de Terrassa, representat pel seu director general, el senyor Pere Vallribera, la Corporació Sanitària del Parc Taulí, representada per la senyora Helena Ris, i, finalment, Capiro Hospital General de Catalunya, representat pel seu director general,

el senyor Xavier Mate, signen el conveni de col·laboració que determinarà la gestió del servei multicèntric d'oncologia radioteràpica del Vallès.

El principal objectiu de l'aliança estratègica és establir una direcció assistencial única per als serveis de radioteràpia del territori, materialitzats en aquest moment pel Servei de Radioteràpia de Capio Hospital General de Catalunya i gestionats per l'IOV. D'altra banda, el conveni de col·laboració estableix també:

- Integrar l'estructura tecnològica present i futura de l'Hospital General de Catalunya en el projecte del servei multicèntric de radioteràpia del Vallès Occidental, sota el lideratge de l'IOV, d'acord amb les directrius del Pla d'Atenció Oncològica de Catalunya.
- Avançar en la determinació i el desenvolupament de les aportacions i contraprestacions de cada part, en què Capio Hospital General de Catalunya es compromet a assumir el manteniment i la reposició de l'estructura i l'equipament del servei de radioteràpia, que inclou dos acceleradors lineals, una bomba de cobalt i les instal·lacions per acollir-los, i l'IOV es compromet a fer-se càrrec de la seva gestió i assumir la seva rendibilitat.

Des del punt de vista de la gestió, doncs, la direcció del Servei d'Oncologia Radioteràpica serà assumida per l'IOV en el moment de la formalització i s'establirà un comitè d'enllaç i coordinació entre els equips directius de les tres organitzacions per al seguiment del procés.

Els resultats

D'acord amb Xavier Mate, director general de Capio a Catalunya, “el sistema sanitari català en múltiples ocasions ha estat líder o pioner desenvolupant un model que intentava unir el millor dels diversos sistemes disponibles: planificació de la provisió per potenciar l'estabilitat de la població al territori, equitat, reforç i col·laboració de la iniciativa privada en la provisió pública i una teòrica

eficiència en la gestió del recurs superior als models establerts clàssics. Tot això dins d'un concepte sanitari que ha impulsat un alt nivell de salut en la població i que hauria de ser natural objecte de preservació”.

Després de tres anys d'experiència, la valoració global, tal com expressa Raül Muñoz, director de Planificació de Capiro a Catalunya, és “excel·lent. Ha augmentat el nombre de pacients; alguns pacients de la zona o de fora de la comarca anaven a Barcelona; alguns d'aquests fluxos s'han reconduït cap aquí”. Des del juliol del 2009, s'han tractat 3.394 nous pacients de la Sanitat Pública, s'han realitzat 59.724 sessions de radioteràpia i s'han fet 13.182 controls posttractament. A banda del director del servei multicèntric d'oncologia radioteràpica, s'han incorporat dos radioterapeutes i un radiofísic contractats directament per l'IOV per donar resposta a l'augment d'activitat del servei ubicat a Capiro Hospital General de Catalunya.

En l'àmbit de la gestió, es pot afirmar que la relació personal del servei de radioteràpia ubicat a l'Hospital General i els serveis d'oncologia mèdica de l'IOV ha millorat substancialment i ha creat una dinàmica de treball cooperativa, quan, anteriorment, cadascú planificava al marge de la resta d'equips. Tal com el mateix Raül Muñoz expressa, un altre índex d'èxit “és la bona relació que hi ha ara entre l'àrea d'oncologia radioteràpica i l'Institut Oncològic del Vallès al qual pertany. Això es concreta en una millor col·laboració, en el fet de compartir protocols. Els resultats tangibles acostumen a ser millors quan hi ha un bon ambient que permet una major coordinació i diligència en l'atenció, amb un tracte més distès i humà amb els pacients. Els resultats reals acaben essent millors i la seva percepció també”.

Tal com diu Xavier Mate, “els ciutadans esperem dels administradors de la xarxa pública (polítics, gestors, planificadors) les respostes a les nostres necessitats i expectatives i el respecte a les nostres eleccions com a ciutadans lliures, amb relació a com desitgem veure-les satisfetes, tot això al marge de titularitats jurídiques, en un àmbit de col·laboració transparent i en benefici de tots”.²⁷

²⁷ Mate, X., i Cordon, M., “Ámbitos de colaboración entre la sanidad pública y la sanidad privada”, *Anuario PARTNERS 2011*, Barcelona, ESADE, 2012.

El servei multicèntric d'oncologia radioteràpica és un bon exemple de resposta a aquesta expectativa en la mesura que acostia el servei als usuaris del Vallès Occidental. Tant per a l'IOV com per a Capiro Hospital General de Catalunya l'impuls de la cooperació publicoprivada en aquest servei suposa l'acompliment dels seus respectius objectius de millora qualitativa del servei i la coordinació dels agents al territori ja que els usuaris del Vallès se'n beneficiarien des de l'inici de la signatura.

Una bona mostra del resultat reeixit d'aquesta experiència de cooperació publicoprivada és que Capiro està intentant reproduir aquest model a l'Hospital del Sagrat Cor de Barcelona. Raúl Muñoz ho explica així: “Abans només disposàvem de l'Hospital General de Catalunya; ara tenim l'Hospital del Sagrat Cor de Barcelona i la Clínica del Vallès a Sabadell. La idea és que els serveis assistencials siguin transversals, és a dir, per exemple, que Capiro Catalunya disposi d'un únic servei de cirurgia cardíaca. Això ja s'ha materialitzat. Els cirurgians cardíacs que estaven al Sagrat Cor han vingut aquí —a l'Hospital General— i han aconseguit incrementar la massa crítica. En l'àmbit extern, estem treballant per aconseguir col·laborar seguint el mateix model amb altres hospitals de l'entorn en serveis assistencials concrets.”

Els ciutadans utilitzen cada dia un bon nombre de serveis sense saber en moltes ocasions –i sense necessitat de saber-ho– la fórmula jurídica associada a la gestió directa d'aquell servei públic. Els ciutadans demanen gestions professionals, especialitzades en el sector al qual acudeixen en un entorn de regles del joc clares, conegudes i transparents i que els beneficiïn, mitjançant la seva eficiència, per poder aconseguir més serveis o mantenir els que tenen i assegurar-ne la sostenibilitat. En aquests moments de restriccions econòmiques, amb un augment de les necessitats, atesa la major expectativa de vida i lògicament una major prevalença de malalties cròniques, tot apunta a la necessitat de redefinició del model de gestió en aquesta línia. Per poder encarar aquesta nova etapa complexa, la cooperació publicoprivada pot facilitar el camí. El cas del servei multicèntric d'oncologia radioteràpica amb col·laboració publicoprivada és un bon exemple que es pot avançar en aquest sentit.

3. Sector automoció i sector salut junts en la innovació: nou dispositiu per al *pectus excavatum*

El relat que es presenta seguidament fa referència al desenvolupament d'una solució en el tractament d'una malformació toràcica, el *pectus excavatum*, mitjançant una col·laboració publicoprivada entre la Corporació Sanitària Parc Taulí (CSPT), l'empresa Bventura SL i ACCIÓ, l'Agència de Suport a la Competitivitat de l'Empresa Catalana de la Generalitat de Catalunya.

Els actors principals de la CPP

La Fundació Parc Taulí és una entitat creada a l'entorn de la Corporació Sanitària Parc Taulí, ja que nomena la majoria dels membres del seu Patronat, amb l'objectiu de vetllar pels aspectes relacionats amb la docència, la recerca i la formació, tant des de l'òptica científicomèdica com des de la referida a la gestió i organització de l'activitat assistencial. Es va crear el 25 de gener de 1993 a instàncies de la mateixa Corporació, de la Caixa Sabadell i de Sabadell Mutual, que representen els patrons fundadors. En el Patronat de la Fundació, hi participen també altres importants institucions com UDIAT Centre Diagnòstic, el Banc Sabadell, la Cambra de Comerç i Indústria de Sabadell o la Mútua Sabadellenca Fundació Privada.

L'objectiu de la Fundació és facilitar la feina als professionals i orientar la seva activitat a la millora de la salut. Els seus principals objectius són promoure,

impulsar, afavorir i divulgar els treballs de recerca, docència i formació dels professionals dels centres, serveis i establiments de la Corporació, de la ciutat de Sabadell i de la seva àrea de referència. Per dinamitzar i contribuir a millorar les condicions de la investigació, la Fundació promou i subvenciona la posada en marxa de projectes de recerca i ofereix dispositius de gestió econòmica i administrativa als investigadors, així com la recerca de finançament per a la investigació científicomèdica. Per desenvolupar amb major eficàcia i impacte les seves funcions, la Fundació promou a més l'establiment de lligams d'àmbit nacional i internacional amb universitats, institucions o indústries del sector sanitari i la societat civil. Des dels seus inicis, la Fundació treballa per integrar-se en el teixit econòmic i social del seu context, fomentant el diàleg i la participació de professionals i usuaris de la sanitat.

D'altra banda, trobem l'empresa Baldomero Ventura, SL, una empresa familiar catalana del sector metal·lúrgic amb més de quaranta anys d'experiència en el camp de la mecanització i del degollatge de peces metàl·liques. L'empresa produeix components que requereixen un alt grau de precisió d'acord amb les especificacions i els acabats exigits en els sistemes de seguretat d'automòbils. Actualment, és líder mundial en fabricació de pistons per a bombes de frens per l'automoció, gràcies a una ferma aposta per la internacionalització, amb instal·lacions a La Roca del Vallés (Barcelona), Houston (Estats Units) i Suzhou (La Xina), al volum d'exportacions (que suposa el 90% de la facturació) i a la col·laboració amb els principals fabricants del sector auxiliar de l'automoció. El seu elevat nivell de qualitat, innovació i tecnologia la va portar a l'any 2008 a obrir una nova línia de negoci orientada al sector sanitari, creant Ventura Medical Technologies.²⁸

28 Baldomero Ventura, SL (<http://www.bventura.com/en>) aporta més de 42 anys d'experiència al món industrial oferint productes i serveis sustentats en una contínua actualització tecnològica, elevats estàndards de qualitat i alta flexibilitat per satisfer les necessitats dels clients més exigents.

L'any 2008, BV va obrir una nova línia de negoci orientada al sector sanitari, creant Ventura Medical Technologies (<http://www.venturamedicaltechnologies.com>), dintre del marc de l'estratègia de diversificació del grup. El seu objectiu era desenvolupar productes i mètodes innovadors que oferissin noves solucions als professionals del sector de la salut, aportant el know-how i la seva experiència en el sector industrial.

La missió de Ventura Medical Technologies és liderar projectes d'innovació integrals, actuant

Finalment, trobem ACC1Ó, l'agència de suport a la innovació i la internacionalització de l'empresa catalana, especialitzada en el foment de la innovació i la internacionalització empresarial. ACC1Ó recull l'experiència i el coneixement de més de vint anys de les trajectòries del CIDEM i del COPCA desenvolupant programes i serveis de suport de l'empresa catalana. ACC1Ó, agència adscrita al Departament d'Empresa i Ocupació de la Generalitat de Catalunya, es crea per millorar el suport estratègic i potenciar la competitivitat del teixit empresarial català davant els nous reptes globals. ACC1Ó neix en benefici de l'empresa, situant-la en el centre de la seva atenció i apropant-se al màxim a la seva realitat i a les seves necessitats per acompanyar-la en el seu procés de diferenciació competitiva i de cerca contínua de noves oportunitats de negoci.

Els inicis: la iniciativa emprendedora del Dr. Bardají

El *pectus excavatum* és una deformació de la caixa toràcica originada per l'enfonsament de l'estèrnum, que provoca un desplaçament dels òrgans interns. Aquest fet ocasiona una sèrie de trastorns físics, cardíacs fonamentalment, perquè l'eix del cor es desvia. Els afectats tenen disminuïda la capacitat pulmonar i no poden tenir un ritme de vida normal a causa del cansament. El *pectus excavatum* és una patologia congènita molt freqüent, però malauradament poc coneguda i, tal com afirma el doctor Bardají,²⁹ "mal tractada històricament". La Corporació Sanitària Parc Taulí fa 25 anys que es dedica a la cirurgia del tòrax i per tractar aquesta patologia emprava la cirurgia oberta. Tradicionalment, aquesta patologia es corregia desmuntant totes les costelles de l'estèrnum i, quan aquest estava lliure, s'aixecava

de dinamitzadors de l'emprenedoria dels professionals de la salut i cobrint totes les etapes del desenvolupament d'un projecte: oferir un servei de suport d'enginyeria multi-tecnològica i especialitzada; assessorar tecnològicament per detectar millores en el funcionament dels equipaments; potenciar les idees des d'una perspectiva industrial i tecnològica; dissenyar el producte perquè funcionalment assoleixi els requeriments plantejats, fins convertir la idea en un prototip; participar dels assajos de validació; i arribar a fabricar i comercialitzar el producte perquè arribi amb èxit al mercat.

²⁹ Director del Servei de Cirurgia Pediàtrica de la Corporació Sanitària Parc Taulí, inventor del dispositiu del *pectus up* i investigador principal del projecte.

i es posava en situació normal, ortotòpica, mitjançant un fixació metàl·lica. Era un mètode que, tal com expressa el doctor Bardají, “donava molt bon resultat, però no deixava de ser una intervenció cruenta”.

El 1989, el doctor Donald Nuss,³⁰ a Norfolk, Virgínia (EUA), publica un article que causa sensació, en el qual presenta un mètode per elevar l'enfonsament des de dins del tòrax mitjançant una barra que es passa amb una forma determinada, i fent palanca amb les costelles se li dóna la volta i des de dins s'aixeca. El nou mètode s'anomena toracoplàstia videoassistida percutània, del doctor Donald Nuss. Els cirurgians que feien l'operació a cor obert van començar a migrar cap a la nova tècnica. “Ara bé, nosaltres teníem el convenciment, des de feia 25 anys, que aquest enfonsament es podia corregir des de fora, perquè les unions de les costelles amb l'estèrnum són cartílags. Això ho va ratificar la tècnica de Nuss, perquè no es talla, sinó que es dóna forma al tòrax des de dins”, comenta el doctor Bardají. Per tant, es partia de la idea que una determinada força, ben aplicada en el punt adequat, podia elevar l'enfonsament. El dispositiu que, aleshores, tot just s'estava esbossant havia de tenir una forma especial perquè només incidís en la part enfonsada, des de fora. Havia de tenir, per tant, molt pocs centímetres quadrats. Com a bon emprenedor, el doctor Bardají va dissenyar un primer prototip, amb l'ajuda del seu fill enginyer industrial.

L'objectiu del projecte que s'estava tot just gestant era el desenvolupament d'un nou dispositiu (implant provisional) i una nova tècnica quirúrgica menys invasiva que permetria corregir aquesta malformació del tòrax, que es presenta en nens, en adolescents i en adults (ens els casos en què la deformació no ha estat corregida prèviament). Els avantatges d'aquesta nova tècnica són: mínimament invasiva perquè és externa dins el teixit cutani, la pèrdua de sang és mínima, el temps de recuperació és molt més curt, no hi ha risc de fer mal al cor ni a altres òrgans, es redueix la durada de la intervenció quirúrgica, les petites incisions que es produeixen no requereixen cures intensives, no requereixen tubs postoperatoris, es tracta d'un dispositiu amb mides estàndard i fet amb anterioritat.

30 Children's Hospital of The King's Daughters, Norfolk, Virgínia (EUA).

El suport a la innovació de la Fundació Parc Taulí

En tota iniciativa empenedora hi ha una fase en què cal passar de la idea al seu desenvolupament. És aquí on el suport institucional és bàsic perquè la idea pugui esdevenir una realitat. Aquest és l'escenari que es va donar quan el doctor Bardají es va incorporar a la Corporació Sanitària Parc Taulí i va contactar amb la Fundació Parc Taulí.

La Fundació Parc Taulí compta amb una àmplia experiència en la gestió de la innovació en noves tecnologies mèdiques; ha estat pionera a organitzar la innovació, ja que és el primer centre sanitari a Catalunya que disposa d'un marc regulador de la innovació, i a dotar-se d'una unitat d'innovació per donar suport a totes les iniciatives generades des dels professionals de la Corporació Sanitària Parc Taulí.

És en aquest marc d'actuació quan el doctor Bardají va presentar la idea a la Unitat d'Innovació;³¹ es va posar a la seva disposició l'equip de professionals

31 La Unitat d'Innovació Parc Taulí (UDIPT) va ser la primera unitat de valoració i innovació creada en una entitat sanitària a Catalunya. Pertany a la Fundació Parc Taulí (FPT) i a la Corporació Sanitària Parc Taulí (CSPT), entitat pionera i amb trajectòria en innovació des de fa més de deu anys. Disposava d'una xarxa de relacions amb més de vuitanta empreses i participa en diferents clústers de tecnologies mèdiques com el de salut i alimentació de la conca del Ripoll.

Compta amb un equip de professionals multidisciplinari i multicultural que ha permès adaptar la innovació a l'entorn sanitari a Catalunya. L'experiència i trajectòria de la FPT i la UDIPT han possibilitat el reconeixement com a entitat de referència en innovació i han pogut desenvolupar un procediment i una metodologia replicable a d'altres institucions d'assistència i investigació sanitària pública.

La Unitat d'Innovació Parc Taulí té com a missió la valoració d'idees i invencions dels professionals de la Corporació Sanitària Parc Taulí (CSPT) que siguin susceptibles de ser convertides en productes o serveis, perquè puguin ser transferides al mercat per al benefici de la societat i la salut en general.

En aquest sentit, la UDIPT avalua i gestiona les idees i invencions generades pels professionals de la CSPT i els ofereix serveis de suport als projectes d'innovació generats, promou la cultura d'innovació i empenedoria, gestiona la propietat intel·lectual-industrial, realitza la transferència de tecnologia i dona suport a la creació de *spin-offs*.

També promou la col·laboració amb empreses, universitats i altres institucions i la participació en projectes de R+D+i, i busca que la innovació sigui transferida en termes de

que havien d'avaluar la idea i acompanyar tot el projecte. Un cop avaluada internament la idea, i iniciat el procés de gestió, calia cercar un soci industrial amb capacitat per desenvolupar, produir i comercialitzar l'enginy.

El model de CPP per trobar la solució al *pectus excavatum*

Per a la configuració d'una aliança estratègica entre el sector privat i el sector públic es va produir una confluència d'interessos i de coincidència en el temps. L'empresa Baldomero Ventura, SL, preveient el 2007 l'esclat de la crisi mundial, va iniciar un procés d'adaptació estratègica i diversificació en nous mercats i l'any 2008, amb el suport d'ACC1Ó, decideix apostar per entrar en el sector sanitari. L'empresa, tanmateix, no cercava només ser un soci de producció, sinó implicar-se més estratègicament amb un soci de l'àmbit sanitari. No volia, per tant, una idea completament acabada, sinó que encara pogués evolucionar en la seva fase tecnològica ja que disposava de les capacitats i de la qualificació i especialització del seu equip de professionals per dur-ho a terme, amb les màximes garanties d'èxit. Adreçar-se a ACC1Ó era una manera fàcil i ràpida per detectar si hi havia algun projecte que respongués a aquest perfil.

D'altra banda, la Fundació Parc Taulí tenia la idea, però no els recursos econòmics ni les capacitats per a produir industrialment la idea. L'objectiu de la Fundació, d'acord amb la seva pròpia missió, era que el nou enginy contribuís a millorar la salut dels pacients i, a la vegada, que el producte finalment resultant d'aquella idea fos rendible econòmicament. La Fundació, com a institució pública, prioritza l'interès que el producte arribi al mercat en benefici del pacient. La Fundació volia, per tant, una col·laboració real i amb un soci estable que s'impliqués en el desenvolupament del projecte, que ho portés al mercat, i si fos possible al local per contribuir al desenvolupament territorial. És per això que també es va adreçar a ACC1Ó a l'encaix del soci industrial.

cost-efectivitat.

Sota el paraigua de la Generalitat, doncs, es va anar teixint una aliança estratègica publicoprivada que ben aviat donaria els seus primers resultats i se signaria inicialment un acord d'intencions entre la Fundació i l'empresa i, posteriorment, l'acord de desenvolupament i transferència del *pectus up*.

L'entesa entre els dos socis potencials va ser fàcil i fluïda, ja que ambdós veien clara la seva estratègia. Segons l'acord d'intencions, la Fundació es comprometia a destinar els seus recursos humans i econòmics per veure si aquesta idea era viable, protegir-la –aportant els informes de patentabilitat– i fer els estudis de mercat pertinents. D'altra banda, l'empresa BVentura SL proposava el marge de benefici de l'aparell, els costos de producció, el preu de venda i tot el que configura un pla de negoci, de manera que es podia calcular el ROI (*return on investment*). Com a institució pública, la Fundació va presentar el projecte en diferents convocatòries competitives per aconseguir els fons necessaris per al seu desenvolupament. La Fundació aportava, per tant, la seva unitat d'innovació, un gestor de projectes propi, els estudis clínics, científics i de mercat, la dedicació del personal clínic-investigador així com el procés de sol·licitud de patent. BVentura va entendre perfectament el paper de les institucions públiques i dels seus professionals en la R+D+I assumint un gran risc financer en el desenvolupament del dispositiu. Aquesta posició no està gaire assumida per les empreses; en paraules de Glòria Palomar, directora de la Fundació, “hi ha una certa tendència en el sector privat a comptabilitzar en el pressupost els materials i la dedicació en enginyeria tècnica, excloent-ne la dedicació en la vessant més clínica i científica derivada del coneixement”. El paper de la Fundació va ser determinant, en aquest punt, per posar en relleu el capital humà i el coneixement que aportava el soci públic en la nova aliança estratègica que s'estava dissenyant.

Finalment, segons el contracte, l'empresa es feia càrrec de la inversió econòmica per al desenvolupament del prototipus. Com a contraprestació, obtenia l'exclusivitat en la seva comercialització, no sense unes condicions imposades per la Fundació: l'empresa havia d'introduir el producte, com a mínim, als Estats Units, al Japó i a Europa, ja fos per via pròpia, o bé cercant socis distribuïdors. En cas que no es complissin aquestes condicions, l'empresa perdria l'exclusivitat en aquells països en què no fes les accions pertinents.

Tampoc, però, en aquest aspecte hi va haver grans divergències. De fet, l'element que va presentar més dificultats van ser els aspectes de la formalització dels contractes en la negociació formal entre els serveis jurídics respectius.

Per al desenvolupament del projecte es va constituir un equip multidisciplinari format per enginyeria de l'empresa, investigador principal i col·laboradors clínics i membres de la Unitat d'Innovació de la Fundació.

Posteriorment, es va crear una Comissió de seguiment del contracte de transferència, que es reunia periòdicament (cada setmana o quinze dies) i en què participava un enginyer de Bventura SL, la directora de la Fundació, el director de Recerca i Innovació de la Fundació i la responsable de la unitat d'innovació.

ACC10 ha estat implicada durant tot el desenvolupament del projecte, assessorant en els aspectes vinculats a la internacionalització i a la comercialització del producte que s'estava perfilant: el *pectus up*.

El desenvolupament del *pectus up*

Com ja hem assenyalat, la col·laboració de la Fundació Parc Taulí i l'empresa Bventura SL s'havia creat amb l'objectiu de produir industrialment l'enginy que havia de permetre una millora substancial en el tractament de la malaltia del *pectus excavatum*.

A l'inici de la col·laboració ja hi havia uns plànols, elaborats pel doctor Bardají i el seu fill, que, finalment, van ser el punt de partida posant-los a disposició de Bventura. La primera fase, però, havia d'avaluar la possibilitat de protegir la idea mitjançant una patent a escala mundial (PCT). La tasca no era senzilla, atès que implicava fer una recerca a escala mundial per saber si hi havia algun invent semblant patentat. Afortunadament, el doctor Bardají havia guardat gelosament la seva idea, cosa que facilitava la possibilitat de patentar.

El Departament d'Innovació de la Fundació Parc Taulí té un marc regulador per als seus investigadors que recull, més enllà de la vinculació laboral amb l'hospital, els aspectes relatius a la recerca i la creació de nous productes. De fet, és la primera unitat en tot Espanya que té aquest tipus de marc regulador. El doctor Bardají explica: "Tot això es fa a l'empara de la llei de protecció intel·lectual que tenim en l'àmbit intern. Els investigadors tenen l'obligació de revelar la idea a la institució, de no publicar-la, perquè sigui protegible." Com a element de motivació, els investigadors de la Fundació Parc Taulí tenen un retorn de les regalies derivades de la invenció. El mateix doctor Bardají, però, afirma: "Nosaltres no som investigadors a temps complet sinó metges assistencials al cent per cent. Ho fem a més a més."

Després de valorar la idea, i havent establert un acord contractual amb l'empresa i la Fundació Taulí per desenvolupar l'invent, aquest es va patentar. La patent, en aquests moments, està en fases nacionals.

Paral·lelament, es va començar a treballar en l'invent. Des de l'inici es va tenir en compte la normativa de la l'Agència Espanyola del Medicament i de Productes Sanitaris per la validació clínica que exigeix un seguit de requeriments en diverses fases: anàlisi de riscos o assaigs preclínic, entre d'altres.

Es van fer les anàlisis preclíniques amb gossos, tant *in vivo* com *in vitro*, és a dir, en laboratori i també en una bancada d'assaigs preclínic de la UPC i de l'Escola d'Enginyeria Industrial amb la seva unitat d'assaigs. Aquest fet va permetre realitzar algunes millores en el transcurs del desenvolupament del producte, sobretot pel que fa a l'ergonomia. També, en aquesta etapa d'anàlisi interna, es van dur a terme anàlisis exhaustives del material, que van desembocar en la decisió que l'acer mèdic fos fet a Suïssa, atès que és d'altíssima qualitat i, pràcticament, no és al·lèrgic.

A banda d'això, hi havia un element d'importància cabdal: un cargol que desenvolupés la potència necessària per elevar l'estèrnum amb unes forces fins aleshores desconegudes. Després dels assaigs preclínic, i havent produït deu prototips, es va constatar que la força habitual és de 20 kilograms (menys en un nen petit, una mica més en un adult). Aquest cargol de potèn-

cia té un disseny particular en forma d'espiral i és l'encarregat d'estirar el *pectus up* fins al nivell desitjat, per tal que la caixa toràctica adopti la seva posició natural. El procés, batejat amb el nom de *taulinoplàstia* consisteix en l'elevació i fixació en la manera ortotòpica. Moviment i fixació; per tant, aquest dispositiu és extratoràctic, però va amagat per sota del gruix de les tres capes de la pell.

La col·laboració amb l'empresa Bventura implicava un treball estret i constant que afectava tant el disseny i el desenvolupament del producte, com els assaigs preclínics, les anàlisis de riscos, l'etiquetatge, l'esterilització, la producció del conjunt o les instruccions per al seu correcte ús.

Finalment, es va aconseguir el permís de l'Agència Espanyola del Medicament per iniciar l'assaig clínic de validació. El procés es va allargar més de sis mesos, per diverses esmenes de tipus formal més que material, però finalment es va assolir el permís per fer els assaigs clínics amb persones amb totes les garanties existents al nostre sistema sanitari.

Per les intervencions en fase de validació clínica, atès que són menors, es necessita el consentiment dels pares, fet pel qual es va elaborar un document de consentiment informat específic. La normativa també obliga a tenir una assegurança especial. Després d'un procés de recerca de camp, ja es disposava dels primers candidats, de manera que els assajos clínics es podran finalitzar en el transcurs del primer trimestre de 2013. Un cop tancada aquesta fase la validació clínica de la intervenció del *pectus excavatum* mitjançant la inserció del *pectus up*, l'empresa ha de tramitar el marcatge CE per a la seva comercialització.

Paral·lelament, es comença a treballar en el desplegament comercial. Atès que la utilització del *pectus up* requereix un nou procediment quirúrgic, la seva introducció està marcada per un calendari d'esdeveniments científics com són els congressos, les reunions científiques i els tallers tècnics entre cirurgians d'arreu del món. També són molt importants les publicacions científiques que doten d'evidència el nou producte. En aquesta fase és molt important la capacitat docent del doctor Bardaji per comunicar a la resta de la societat científica la nova tècnica.

Per part de l'empresa, la planificació comercial la desplega en coordinació a la difusió científica feta. L'acord de comercialització entre la CSPT i Bventura es basa en un percentatge sobre les vendes. Internament la CSPT té una política de bones pràctiques en matèria de transferència tecnològica en la qual s'especifica el repartiment d'aquests ingressos. La CSPT estableix una distribució de terços: un terç per a la Corporació, un altre a R+D i un darrer terç per a l'inventor.

Habitualment, des de la Fundació Parc Taulí, en la relació amb les empreses se segueixen els mateixos protocols: es pacta amb l'empresa un percentatge fix, a més del variable, en funció del desenvolupament que tingui el projecte quan se'ls transfereix, l'exclusivitat, etc. També s'estableixen altres aspectes com, per exemple, períodes de carència de pagaments de regalies, per no ofegar financerament l'empresa en el moment que comença.

Després de revisar els assaigs clínics –seguint unes normes estadístiques a un grup de pacients d'entre vuit i deu persones– i després de revisar la documentació de l'agència habilitada que dóna el vist-i-plau oportú, es passa de tenir un prototip a un *medical device*, un producte amb una minúscula per mercat C. També hi ha una comissió de seguiment directiva, a banda de la de gestió, en la qual s'estudia com obrir el mercat.

D'altra banda, cal compaginar molt bé totes les activitats de comercialització amb les de formació, atès que és un nou dispositiu que comporta un canvi de processos. Els professionals han d'aprendre una nova tècnica. Glòria Palomar, directora de la Fundació Parc Taulí, diu: "Això dependrà en bona part de la capacitat docent del doctor, per la qual cosa estem vetllant que les accions comercials estiguin en sintonia a molts llocs i també la capacitat de lideratge científic que es pugui fer."

Els resultats

Els resultats de la col·laboració públicoprivada que hem relatat són ben clars per a cadascun dels actors principals que configuren aquesta relació estratègica.

Per començar, hauríem de citar el doctor Bardají, l'emprenedor que fa molts anys que va madurant la idea d'una intervenció del *pectus excavatum* amb una tècnica molt menys complexa que totes les altres, més ràpida, menys invasiva, menys perillosa, més ben tolerada, amb menys nivell de dolor, i menys estada mitjana a l'hospital. La seva empremta emprenedora el porta a realitzar, fins i tot, els primers esbossos. Gràcies a la recepció de la idea i al suport i dedicació per al seu desenvolupament de la Fundació Parc Taulí, el doctor Bardají pot veure materialitzat un projecte amb un percentatge elevat d'empremta personal. D'altra banda, és destacable la col·laboració metge-enginyer duta a terme en aquest projecte, que, tal com expressa Glòria Palomar, ha resultat "excel·lent, perquè s'ha generat una gran connexió que ha esdevingut una font constant de noves idees".

Per altre banda, la Fundació Parc Taulí aconsegueix un cop més els objectius de la seva pròpia missió, això és, donar suport als investigadors i emprenedors per tal de convertir idees en realitats concretes. La Fundació aconsegueix fer realitat una idea i ho fa consolidant una aliança estratègica des del sector públic, assumint un paper de lideratge i de cooperació amb el seu soci estratègic, sense el qual, d'altra banda, no hauria pogut reeixir.

I finalment, l'empresa Bventura SL aconsegueix un posicionament en un nou mercat, el de les tecnologies mèdiques, tal i com s'havia mercat en el seu Pla Estratègic. La dinàmica de treball d'aquesta aliança li ha permès incorporar coneixement de tecnologia mèdica fins al punt d'haver de crear una *spin-off* de l'empresa, dedicada específicament al camp de les tecnologies mèdiques.

Finalment, ACCIÓ compleix també amb el seu propòsit de crear sinergies, potenciar les empreses i donar suport a la seva internacionalització.



Programa PARTNERS

Més informació:

Programa PARTNERS, ESADE
Av. de Pedralbes, 60-62
08034 Barcelona, Espanya

Persona de contacte:
Srta. Ruxandra Radulescu
Telèfon: +34 93 495 20 83
ruxandra.radulescu@esade.edu

www.esade.edu/igdp

PROGRAMA **PARTNERS** 8

Són promotors de PARTNERS:

