

Indicadors de *performance* en la gestió de la salut a Catalunya.

Construint l'explicació de la seva evolució en el context europeu.

Xavier Ballart (UAB) i Laia Monerde (L2m)

Bellaterra, Setembre de 2008

Paraules clau

Performance, rendiment, gestió, salut, serveis sanitaris, trajectòria, eficàcia, equitat, qualitat, eficiència, Catalunya, Europa.

Abstract

Aquest treball analitza la trajectòria de Catalunya en relació a la mesura de la *performance* en l'àmbit de la gestió de la salut, tenint en compte l'evolució que han seguit altres països europeus o de la OCDE. El treball s'inicia amb la presentació del model clàssic de la *performance* i un anàlisi dels problemes i de les paradoxes a les que ha donat lloc la seva aplicació en diferents entorns. Aquests elements es tenen en compte al examinar la trajectòria catalana i l'estratègia futura a seguir en aquest àmbit.

Una vegada presentats els fets i els principals instruments de què disposa el sistema sanitari català, es discuteix quina de quatre teories possibles explica millor l'evolució observada per concloure que són les teories estructurals i culturals les que millor expliquen elements de procés. Tot i que, també les explicacions racionals són útils per entendre els efectes de dependència del camí seguit prèviament i de limitació en les possibilitats de canvi de política.

“Pocs compromisos ideològics en les societats modernes occidentals són més forts que les idees de racionalitat i tria intel·ligent. I cap institució no està més compromesa normativament amb l’aplicació de la informació a les decisions que les organitzacions burocràtiques.”

C. Weiss

“La mesura per millorar no és la mesura per jutjar”

D.M. Berwick

ÍNDIX

INTRODUCCIÓ.....	7
NOTA METODOLÒGICA	12
PRIMERA PART	
CAPÍTOL 1. EL MODEL CLÀSSIC DE MESURA DE LA PERFORMANCE I LES SEVES CONTRADICCIONS.....	15
1. <i>Un tema del que cada dia se'n parla més</i>	15
2. <i>Aproximació clàssica a la mesura de la performance</i>	17
2.1. <i>El procés d'elaboració d'un sistema de mesures</i>	19
2.2. <i>Les funcions de la informació en el model clàssic</i>	20
3. <i>Les debilitats del model clàssic de mesura de la performance</i>	24
3.1. <i>Principals problemes</i>	24
3.2. <i>Principals efectes en el comportament</i>	26
3.3. <i>Mesures de performance i tipologia d'organitzacions públiques</i>	28
3.4. <i>Mesures de performance i valors professionals</i>	29
CAPÍTOL 2. ELS MODELS COMPARATS D'AVALUACIÓ DE LA PERFORMANCE EN GESTIÓ DE LA SALUT	32
1. <i>Els sistemes de mesura de la performance en sanitat: els casos de Regne Unit, Holanda, Austràlia, Canadà, i els EUA.</i>	32
1.1. <i>El cas britànic - anglès</i>	32
1.2. <i>El cas holandès</i>	35
1.3. <i>El cas canadenc</i>	37
1.4. <i>El cas australià</i>	39
1.5. <i>El cas nord-americà</i>	41
1.6. <i>Què aprenem de la comparació d'aquests cinc sistemes?</i>	43
2. <i>El model britànic amb major profunditat: evolució i crítica</i>	45
2.1. <i>La part positiva</i>	47
2.2. <i>Els dubtes</i>	47
2.3. <i>Les lliçons per Catalunya</i>	48
3. <i>El model holandès amb major profunditat: evolució i crítica</i>	49
3.1. <i>La part positiva</i>	50
3.2. <i>Els dubtes</i>	50
3.3. <i>Les lliçons per Catalunya</i>	51
SEGONA PART	
CAPÍTOL 3. LA TRAJECTÒRIA DEL SISTEMA SANITARI CATALÀ I ELS INSTRUMENTS DE MESURA DE LA PERFORMANCE	54
1. <i>El model sanitari català i la seva evolució</i>	54
1.1. <i>El model de provisió mixta</i>	55
1.2. <i>Les principals reformes legislatives i de gestió de la salut</i>	57
2. <i>Les eines que crea el model català i que inclouen mesures de performance</i>	62
2.1. <i>Els contractes: les mesures d'estructura i activitat</i>	62
2.2. <i>El plans de salut: la mesura de la salut dels catalans i de la seva evolució...</i>	67

2.3. <i>El Conjunt Mínim Bàsic de Dades: la mesura de la pràctica clínica</i>	71
2.4. <i>La Central de Balanços: les mesures econòmiques i financeres</i>	74
2.5. <i>La Central de Resultats: la mesura dels outcomes del sistema català</i>	77
2.6. <i>El TOP20: la mesura dels outcomes dels hospitals espanyols per una empresa privada</i>	80

CAPÍTOL 4. EXPLICACIONS “RACIONALS” I “ESTRUCTURALS” DE LA TRAJEKTÒRIA SEGUIDA PER CATALUNYA EN RELACIÓ A LA MESURA DE LA PERFORMANCE I ANÀLISI DE LA SITUACIÓ ACTUAL 83

1. <i>Explicacions “racionals” i “estructurals” de la trajectòria seguida</i>	83
1.1. <i>L’explicació en base al retard en l’adopció d’una reforma previsible</i>	84
1.2. <i>L’explicació en base a l’elecció racional i la dependència del camí</i>	85
1.3. <i>L’explicació en base a la cultura política</i>	89
1.4. <i>L’explicació en base a les formes d’organització i finançament</i>	91
1.5. <i>Amb quina explicació ens quedem?</i>	93
2. <i>El punt d’arribada: el “model” català de mesura de la performance, les seves potencialitats i debilitats</i>	94
2.1. <i>Les potencialitats</i>	97
2.2. <i>Les debilitats</i>	100
3. <i>Futuribles</i>	103
3.1. <i>Què podem esperar?</i>	103
3.2. <i>Qüestió d’estratègia?</i>	105

CONCLUSIONS..... 108

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES..... 115

ANNEX 1..... 119

ÍNDIX DE TAULES, GRÀFICS I IL·LUSTRACIONS

ÍNDIX DE TAULES

Taula 1. Perfils de les persones entrevistades.....	11
Taula 2. Mesures de <i>performance</i> en funció de la finalitat perseguida.....	20
Taula 3. Els processos de planificació sanitària a Catalunya (1980-2008).....	64
Taula 4. Indicadors d'avaluació del TOP20.....	77
Taula 5. Indicadors i gestió de la salut a Catalunya.....	95

ÍNDIX DE GRÀFICS

Gràfic 1. Principals agents i relacions del sistema sanitari català.....	53
Gràfic 2. Mapa de les regions sanitàries i dels Governos Territorials de Salut.....	57
Gràfic 3. La Central de Balanços: agents implicats i funcionament.....	71

ÍNDIX D'IL·LUSTRACIONS

Il·lustració 1. Reproducció parcial d'un contracte entre el CatSalut i un centre proveïdor.....	60
Il·lustració 2. Reproducció parcial de la clàusula addicional 48a d'un contracte el CatSalut i un centre proveïdor.....	61

INTRODUCCIÓ

Des de principis dels anys 90, els països, ja sigui individualment o de forma col·lectiva a través de la Unió Europea i de les organitzacions internacionals (Organització Mundial de la Salut, OCDE, Banc Mundial) han renovat el seu interès per la *performance* dels serveis sanitaris. Això ha portat al desenvolupament de les mesures i indicadors de *performance* per a l'avaluació, control i gestió dels sistemes de salut i per assolir la major eficàcia, equitat, eficiència i qualitat. Les activitats de mesura de la *performance* han anat esdevenint més freqüents i habituals en la gestió de la salut però també s'han traslladat a altres sectors com l'educació, les polítiques socials, el medi ambient o les infraestructures. De fet, és difícil trobar algun sector de la societat en el que no plantegi algun debat sobre el grau i la manera en que diferents institucions - públiques, socials, privades - actuen i si ho estan fent com s'espera d'elles.

Per què *performance* i per què sanitat

Però el nostre objecte d'atenció preferent en aquest treball són les mesures de *performance* aplicades a la gestió de la salut en el sentit més ampli que inclou tant l'estat de salut de la població com la gestió dels serveis sanitaris. Què volem dir quan ens referim a la *performance*? Per què no ho hem traduït? I per què ens ha interessat el sector de la salut?

Hem optat per mantenir el terme *performance* malgrat podríem traduir-lo per "acompliment", "rendiment" o altres opcions que ens dona el lèxic català perquè *performance* ens resulta útil en la seva indefinició o imprecisió. En termes generals, *performance* fa referència a si una organització assoleix els seus objectius. Però també comprèn els indicadors clàssics d'estructura o recursos, els de processos i de resultats o *outcomes* (una altra paraula que ja fa temps s'ha incorporat al llenguatge tècnic de la gestió). *Performance* fa referència tant a l'eficàcia final com al fet que una organització funcioni bé, el que indubtablement facilita l'acompliment dels seus objectius últims. En gestió de la salut, un indicador de *performance* podria ser la mortalitat trenta dies després d'un atac de cor. Però també ho és un indicador de procés com la durada de la llista d'espera o un indicador d'estructura o recursos com, per exemple, si l'hospital

compta amb un registre de reaccions a les transfusions o accés al sistema informàtic de dades en les oficines de consultes externes.

I hem optat pel sector de la salut i la seva gestió no només perquè la sanitat és junt amb l'educació una de les dues principals competències que gestiona la Generalitat de Catalunya – aquella a la que hi destina una major proporció del pressupost, 26.93%, concretament, 9.159 M€ o 1.250€ per ciutadà l'any 2.008 – sinó també perquè és un sector en el que es practica una gestió pública relativament avançada com demostra la introducció de reformes que han trencat amb el monopoli de la provisió pública única i exclusiva i han generalitzat la utilització de contractes i de mesures de cost, activitat i en alguns casos, resultats. Aquesta dinàmica de comparació entre proveïdors públics i privats que també s'ha traslladat a l'assistència primària ha trobat en la sanitat un camp abonat per una llarga tradició d'estudis epidemiològics i d'estadística aplicada.

Malgrat hi ha una literatura abundant sobre gestió sanitària que han desenvolupat els economistes de la salut, aquest treball es construeix des de la Ciència Política i els estudis de Gestió de Polítiques Públiques ja que entenem que la perspectiva de l'economia de la salut troba dificultats per reconèixer els objectius complexos de l'acció pública. La pressió per la millora de l'eficiència fa que aquells estudis es focalitzin excessivament en aquest valor i no prestin suficient atenció a altres valors que entenem queden recollits en la idea de *performance* tal com l'hem definit més amunt.

Principals preguntes i hipòtesis

Les principals preguntes que ens fem són quina ha estat la trajectòria de Catalunya en relació a la mesura de la *performance*? En quina mesura aquesta evolució es comparable a la que han seguit alguns països del nostre entorn? Quina de les experiències comparades pot ser més útil a Catalunya? I, per sobre de tot, què explica la trajectòria seguida fins ara i fins a quin punt aquesta trajectòria limita les possibilitats d'evolució i canvi del model? Partint d'una preocupació similar a la que planteja Pollitt (2007) ens preguntem per quatre explicacions possibles del recorregut que ha seguit Catalunya en relació a la mesura de la *performance* en salut.

1. La primera i la més simple, que Pollitt (2007) aplica al cas holandès, nosaltres la traslladem al cas català. Breument, els catalans han estat ocupats amb la transferència de competències en els anys 80s i en el desenvolupament d'un sistema de pagaments just als proveïdors no públics després, el que ha fet que s'endarrerissin en el desenvolupament de mesures de la *performance* del conjunt del sistema. Així com els holandesos van començar més tard que els anglesos o que els canadencs, els catalans encara han començat més tard que els holandesos.

2. - Una segona explicació parteix de la teoria de l'elecció racional i aplica la coneguda hipòtesi de la "dependència del camí" o "*path dependency*". Una vegada Catalunya va començar la seva trajectòria, l'administració catalana va trobar un retorn positiu del sector de la salut i del context polític si tirava endavant i desenvolupava millor el seu sistema de provisió mixta i contractes programa, mentre que hauria trobat un retorn negatiu si hagués desfet el model i tirat enrere. El mateix govern tripartit de Maragall i després de Montilla no podien sinó millorar el model de gestió de la salut que havia desenvolupat CiU, que molts consideraven un èxit i que en qualsevol cas havia generat un complex entramat d'actors interdependents. Tirar enrere hauria estat políticament inviable i per això ni tan sols en assistència primària es va canviar l'estratègia, malgrat tímida, d'externalització. A partir que Catalunya va començar amb el seu sistema, només podem esperar que els incentius i les expectatives de penalització portessin a reforçar la trajectòria inicial ampliant les mesures de cost (Central de Balanços) i activitat (Conjunt Mínim Bàsic de Dades, contractes programa) amb mesures agregades de *performance* (Central de Resultats).

3. - Una tercera explicació està fonamentada en les estructures organitzatives. El model català de gestió de la salut es caracteritza per la provisió mixta pública i privada o, si es vol, de tercer sector. Malgrat la prestació sanitària és universal la majoria de serveis (hospitalaris, assistència primària, centres socio-sanitaris, salut mental) compten amb estructures privades o del tercer sector. És a dir, les organitzacions que de fer atenen als pacients de la sanitat pública de Catalunya no són de titularitat pública i el seu personal no són funcionaris sinó empleats laborals d'aquelles organitzacions. Per aquesta raó, el sistema és menys susceptible de control públic. A diferència d'altres sistemes més subjectes al control centralitzat i jeràrquic d'una única estructura pública, la posició del Departament de Salut i dels seus òrgans de gestió es caracteritza per la interdependència

respecte als hospitals i altres organismes que formen la xarxa de prestació de serveis sanitaris per compte de la Generalitat. Aquesta posició explica la major dificultat per imposar mesures de *performance* al marge de les relacions contractuals entre els organismes públics de planificació i finançament i els no públics de provisió.

4. Una quarta explicació força relacionada amb la anterior té la seva base en la cultura político-administrativa catalana i espanyola. La cultura pot jugar en diversos plans. Per una banda, en el centre de l'administració desenvolupant actituds i comportaments molt arrelats en els funcionaris i directius públics aliens a la aplicació de reformes que es puguin interpretar com a contràries als valors i principis de la gestió pública en el sentit d'allò que la diferencia de la gestió privada. Des d'aquesta perspectiva, les mesures de *performance* es relacionen amb tendències properes a moviments com la "Nova Gestió Pública" que alhora s'associen a intents de privatitzar la manera de fer de les administracions públiques. Per altra banda, la política catalana ha anat desenvolupant un sistema de govern en el que cada vegada és més important la capacitat de concertació entre diversos grups polítics que es veuen obligats a governar en coalicions, més clarament en el nivell dels ajuntaments però també a nivell de la Generalitat. Aquesta condició imposada pels resultats electorals connecta amb la vella tradició del pactisme i explica l'evolució de la gestió cap a mecanismes de consens i gradualistes. Això vol dir que, com en el cas holandès que comenta Pollitt (2007) és necessari crear una àmplia base de suport abans d'avançar de forma efectiva i decidida cap a nous sistemes de govern i gestió, més encara donada la interdependència (tercera explicació) dels actors implicats en el sector.

Abans d'entrar en la presentació de la trajectòria de Catalunya i en l'anàlisi del perquè aquesta trajectòria ha estat la que hem pogut observar, ens ha semblat necessari dedicar la primera part d'aquest treball a presentar el que podríem anomenar l'aproximació clàssica a la mesura de la *performance* i els problemes i paradoxes que planteja el desenvolupament de la seva agenda. Aquesta explicació de caràcter conceptual i crítica es complementa amb una breu descripció dels sistemes de mesura de la *performance* desenvolupats en el Regne Unit, Canadà, Austràlia, Estats Units i Holanda. D'aquests cinc sistemes n'hem triat dos, els casos anglès i holandès, als que dediquem una major atenció per entendre que són representatius de dues filosofies força contraposades (una basada en la idea d'indicadors externs i de rànquings comparatius i l'altra basada en la

idea d'indicadors per a la millora organitzativa interna) que d'alguna manera poden ser útils per aquells que prenen decisions sobre el model català. Aquests dos casos també ens permeten il·lustrar dos tipus de qüestions teòriques que estan implícites en els sistemes de mesura de la *performance*: per una banda els problemes de mesura i de manipulació de les dades (l'anomenat *gaming*) que donen lloc als indicadors externs i, per l'altra, el problema de l'estratègia a seguir per aquelles organitzacions centrals com el Departament de Salut que han de convèncer a organitzacions autònomes però amb les que mantenen importants vincles d'interdependència per a que entrin en un projecte de mesura de la *performance* del sistema en el seu conjunt.

Aquest treball s'estructura doncs de la següent manera: un primer capítol sobre model clàssic de *performance* i les seves contradiccions, un segon capítol sobre models comparats amb especial atenció als casos anglès i holandès, un tercer capítol sobre la trajectòria seguida a Catalunya en mesura de la *performance*, i un quart capítol d'anàlisi d'aquesta trajectòria i de prospecció de futur en relació al cas català; el cinquè capítol inclou les conclusions de la recerca.

NOTA METODOLÒGICA

Un cop introduïts els principals objectius i hipòtesis de la investigació comentem breument el seu disseny metodològic. En termes generals, hem optat per combinar diferents perspectives metodològiques d'acord amb les diferents mirades sobre el tema d'estudi: l'explicació de l'evolució dels indicadors de la *performance* en el sistema sanitari català. L'objecte prioritari d'anàlisi ha estat el cas català, però hem tingut en compte la lògica comparativa amb d'altres estudis de cas, principalment de països europeus - el cas britànic i el cas holandès - però també d'altres continents – Estats Units, Canadà i Austràlia -.

La informació bàsica per a la realització d'aquesta investigació s'ha extret de dues fonts principals: l'anàlisi documental i les entrevistes amb experts dels sectors de la salut. L'anàlisi documental s'ha basat, d'una banda, en la recopilació i estudi d'una abundant literatura acadèmica, especialment europea i anglosaxona, en matèries com ciència política, gestió pública, gestió en el àmbit sanitari i economia de la salut. Aquest anàlisi es reflecteix especialment als capítols 1 i 2, que aporten un marc conceptual sobre la *performance* i un anàlisi comparat de l'abordatge de la *performance* en els sistemes de salut de cinc països.

D'altra banda, ha estat clau l'anàlisi documental d'un important nombre de documents oficials i literatura professional del sector sanitari per tal de comprendre l'evolució dels indicadors de *performance* a l'àmbit sanitari, especialment a Catalunya, tal i com es reflecteix en els capítols 3 i 4. Es tracta de la mirada més estructural i institucional sobre el tema d'estudi.

Però el nucli dur de la recerca, a nivell metodològic, ha estat l'ús de les tècniques qualitatives, portant a terme deu entrevistes semi-estructurades amb persones que han tingut un paper clau tant en la gènesi del sistema sanitari des dels anys 90, com en el seu desenvolupament actual. Es tracta d'entrevistes en profunditat amb diferents professionals, que pels seus perfils i trajectòries ens permeten entendre millor les característiques de la gestió del sistema sanitari català, des d'una mirada de

reconstrucció històrica dels fets en primera persona. Les seves aportacions s'han complementat amb la visió institucional de la literatura acadèmica i professional, i han estat fonamentals per a poder realitzar aquesta recerca.

A la Taula 1 es descriuen els cinc perfils seleccionats per a les entrevistes, que s'han intentat equilibrar en nombre, tot i que no sempre ha estat possible.

Taula 1. Perfils de les persones entrevistades

Perfils triats	Descripció del perfil
Recercador expert en gestió sanitària	Professors i investigadors universitaris, experts en camps com l'economia de la salut.
Directiu públic a l'àmbit de la planificació sanitària	Professionals amb llarga trajectòria al Departament de Salut de la Generalitat.
Directiu públic a l'àmbit de la gestió sanitària	Gestors que han ocupat llocs clau especialment al Servei Català de la Salut.
Gerent d'hospitals	Gestors amb llarga experiència a diferents hospitals públics catalans.
Expert Consultor de l'àmbit sanitari	Professionals dedicats a l'assessorament i la consultoria en salut des de l'àmbit privat.

Elaboració pròpia

Les entrevistes s'han dividit en tres parts; en la primera s'ha parlat sobre les característiques del model sanitari català (moments clau en la seva evolució, estratègia de la *performance* subjacent i influències d'altres models europeus); en la segona part, es parla del desenvolupament del model (principals àmbits dels indicadors, àrees de mesura, nivells de mesura de la *performance* i principals dificultats i resistències). Finalment, a la tercera part, preguntàvem sobre els impactes del camí seguit en el sistema de salut i les possibles estratègies futures. A l'Annex 1 es reproduïx el guió de l'entrevista.

PRIMERA PART

CAPÍTOL 1. EL MODEL CLÀSSIC DE MESURA DE LA PERFORMANCE I LES SEVES CONTRADICCIONS

1. Un tema del que cada dia se'n parla més

Des dels anys 90 apareix el concepte de *performance* sovint associat a un altre terme, *accountability*, que també presenta algunes dificultats de traducció. “Rendiment” i responsabilitat,” “bon govern” i “transparència” són en l’actualitat conceptes clau per la salut democràtica de les nostres societats donats els baixos nivells de confiança de la població en la política i per extensió en l’administració.

En els últims anys s’ha parlat molt d’*accountability* en el sector públic i hi ha hagut una ràpida expansió de les demandes en aquest sentit tant dins el sector públic com entre els actors del sector privat. No hi ha millor portada per un mitja de comunicació que unes gràfiques o taules amb indicadors sobre resultats o qualitat d’un servei públic. A Catalunya, algunes organitzacions empresarials reclamen amb insistència una major productivitat del sector públic català i l’ajust del seu volum en temps de crisi. El govern central va crear l’any 2007 una Agència Estatal per l’Avaluació de les Polítiques i la Qualitat dels Serveis Públics. El govern de la Generalitat ha facilitat l’expansió del personal dedicat als òrgans de control parlamentari de l’administració com la Sindicatura de Greuges i la Sindicatura de Comptes i manté viu el projecte de creació d’una oficina executiva contra el frau.

La major part de les propostes de reforma del sector públic inclouen la mesura de la *performance* i la seva gestió com a elements centrals. També ho fa la “Nova Gestió Pública” però no és exclusiu d’aquest moviment ja que l’èmfasi en els resultats, en els outputs i en els *outcomes* és força general (Friedrich, 1940, Weiss, 1983, Wholey i Hatry, 1992). Des dels intents de construcció de sistemes d’indicadors de *performance* i de mesures de la satisfacció dels usuaris es parla d’una *accountability* vertical cap als superiors i d’una *accountability* horitzontal cap als usuaris i els ciutadans (Jos i Tompkins, 2004) L’anàlisi dels resultats és encara més important en el cas dels serveis públics que afecten de forma més directa a la població com l’educació i la sanitat.

La demanda d'una major transparència i rendiment governamental tenen el seu fonament en la pressió política i ciutadana malgrat pugui semblar contradictori amb la tendència a la desafecció democràtica i al fet que cada vegada hi hagi menys ciutadans compromesos amb la política i les institucions. Els ciutadans estan millor formats ja que tenen més anys d'educació formal, tenen més informació i són més conscients dels seus drets el que els porta a ser més exigents envers els seus representants. Els ciutadans volen més quantitat i més qualitat en el treball de les institucions públiques i estan poc disposats a acceptar un nivell d'activitats o de resultats per sota del que estimen satisfactori ja es tracti d'autopistes, seguretat ciutadana, escoles o hospitals.

No tots els ciutadans tenen les mateixes percepcions sobre el que ha de fer el sector públic però sovint ens trobem amb ciutadans crítics amb les decisions que prenen els polítics i les administracions. La insatisfacció amb la política és força estesa i s'expressa en forma de crítiques força contundents. Però els arguments o les raons d'aquesta insatisfacció són complexes i difícils de contrarestar amb una acció administrativa concreta donada l'ambigüïtat en la retòrica. Alguns estan preocupats pel nivell de despesa de recursos públics o dubten sobre la manera en que s'utilitzen aquests recursos ja que entenen que es podrien gestionar de formes més eficients. Altres no es preocupen tant pels recursos però pensen que les organitzacions públiques no responen adequadament a les necessitats dels seus beneficiaris i tendeixen a justificar una dedicació insuficient del seu personal. També hi ha ciutadans que van més enllà i no veuen a les institucions d'avui capaces d'adaptar-se a les circumstàncies canviant del segle XXI i competir en un món globalitzat. Pels administradors públics, la principal qüestió és com satisfer les demandes creixents dels ciutadans, tant en quantitat com en qualitat, amb els recursos i el coneixement disponibles o amb una previsió de restriccions en els recursos donada la pressió externa per baixar impostos i ser més eficients.

El desenvolupament de mesures de *performance* i altres processos formals per determinar si els objectius de les organitzacions s'assoleixen, si es compleixen unes condicions mínimes d'eficiència o si les organitzacions públiques més aviat tenen problemes en aquest sentit és tan sols una de les respostes. La idea bàsica era que les anàlisis de *performance* s'utilitzarien en la presa de decisions i serien un factor clau a l'hora de prendre decisions pressupostàries. Però s'han reproduït aquí, en la línia

d'autors com Radin (2006), alguns dels problemes que havien experimentat anteriors reformes que es basaven en aproximacions analítiques formals sense prestar prou atenció al context polític institucional i a la inserció de la informació generada en els processos de presa de decisions en els que s'hauria d'utilitzar. Abans de revisar les contradiccions i paradoxes d'aquestes reformes, presentem les hipòtesis i model bàsic en que es fonamenten els sistemes de mesura de la *performance*.

2. Aproximació clàssica a la mesura de la *performance*

La reforma del sector públic està molt influïda per allò que passa en el sector privat. La literatura anglosaxona és dominant en aquest sector i en aquesta literatura sovint es parteix d'una visió genèrica que minimitza les diferències entre el sector públic i el sector privat. En el marc de la visió analògica amb el mercat, s'intenta substituir els concepte de benefici del sector privat pel d'*outcomes* del sector públic. Així, el conjunt de mesures de *performance* per cada un dels departaments que formen un govern seria el més semblant, pel sector públic, al benefici de les empreses privades i permetria determinar si un govern, un departament o un organisme departamental és eficaç.¹

En el context europeu continental, un sector públic menys procliu a adoptar al sector privat com a model, ha avançat en la mateixa direcció seguint una racionalitat tècnica. En molts governs s'ha fet un esforç per sotmetre les activitats dels diferents departaments a un sistema uniforme de control i avaluació de la *performance*. En alguns casos, com en el cas espanyol i català, aquestes reformes també s'han vinculat a la elaboració del pressupost (Sánchez Revenga, 2005). La idea fonamental és que cada departament tingui un pla estratègic a quatre o cinc anys que estableixi les grans finalitats i objectius, que cobreixi totes les seves activitats o programes i compti amb mesures de *performance* que es corresponguin amb aquestes finalitats. S'espera igualment que el conjunt de les mesures respongui de forma agregada als plans macro del govern.

¹ Aquesta visió té la seva expressió acadèmica en els llibres que es centren en la demanda d'un esperit empresarial i en la creació de valor públic en el sector públic (Moore, 1995) i també en els de la Nova Gestió Pública en els que la mesura de la *performance* tan sols és un element més al costat d'altres com la contractació externa de serveis o el concepte de ciutadans com a "clients" de l'administració (Cohen, 2001).

Aquesta estratègia integrada de *performance* té l'ambició de sotmetre als responsables polítics i als gestors a un mateix sistema de control i de responsabilitat i es basa en algunes suposicions teòriques simples com ara:

1. Totes les polítiques i serveis tenen objectius i és possible assolir el consens sobre els *outcomes*. Di d'una altra manera, hi ha uns objectius principals i aquests són identificables ja que no deixen de ser centrals i força permanents.
2. Gairebé la totalitat de les activitats es poden mesurar i quantificar. La informació per determinar si una activitat ha tingut èxit es pot produir en la forma de indicadors i quantificació.
3. La informació existeix i està disponible. Està en els sistemes d'informació o la tenen els usuaris. Malgrat les dades s'hagin pensat per altres finalitats es poden utilitzar per a una estratègia de mesura de la *performance*.
4. Existeix informació sobre el nivell de partida. El *baseline* permet comparar com evoluciona una situació o problema a partir del desenvolupament de l'acció pública.
5. Les mesures de *performance* creen incentius i modifiquen el comportament administratiu i dels agents contractats, en particular quan s'utilitzen els indicadors per la distribució de recursos pressupostaris o pel pagament dels serveis.

En síntesi, la suposició bàsica és que si es segueix un procés racional i parsimoniós, la bona organització, el compromís i l'anàlisi pragmàtic poden portar a l'èxit. Hi ha una simplificació en evitar les relacions causa - efecte entre l'acció pública i l'evolució del problema o les complicacions derivades del fet que les organitzacions públiques sovint tenen objectius múltiples i contradictoris. Pel que fa a la informació, la tendència és a utilitzar dades quantitatives i a evitar la informació qualitativa.

2.1. El procés d'elaboració d'un sistema de mesures

L'activitat de *performance* clàssica es construeix en torn el procés bàsic de planificació. Aquest procés comença amb l'especificació dels objectius a mitjà o llarg termini i la identificació dels *outcomes*, resultats principals o impactes en relació a aquests objectius. Els objectius es poden definir a nivell d'organització o a nivell de programes i normalment suposa traduir els objectius més generals i de llarg termini en objectius més específics i a curt termini. Seguint aquest procés, les mesures de *performance* són definides com a nivells raonables d'eficàcia o eficiència esperada. Donat que la màxima preocupació és que moltes organitzacions perden de vista els *outcomes* produïts per la seva activitat, els que proposen mesures de *performance* es centren en generar informació sobre els *outcomes*, més enllà dels inputs i outputs. El següent par consisteix en recollir, verificar i analitzar dades que permetin valorar el nivell de compliment dels objectius previstos.

La definició clàssica dels termes que s'utilitzen en aquest procés diferencia entre:

INPUTS: Recursos, despesa o temps dels empleats, que es fan servir per a produir els outputs o *outcomes*. Aquest tipus d'informació és la més fàcil de recollir i mesurar. Produeix indicadors d'eficiència i productivitat. Des de la perspectiva de la *performance* s'argumenta que les organitzacions posen massa èmfasi en els inputs exclouent altres elements. Sovint es percep l'èxit com el fet d'obtenir els recursos.

PROCÉS: Quantitat de treball que consumeix una activitat. Podria ser la quantitat d'usuaris que reben serveis o els processos organitzatius interns necessaris per fer l'activitat. La càrrega de treball és un indicador important. També ho són els temps que es tarda en fer les activitats. Aquesta informació no es tan fàcil de produir. Les estadístiques sobre processos poden tenir problemes de validesa i sovint les comparacions directes no són correctes.

OUTPUTS: Productes o serveis, el nombre de persones servides, el nombre d'informes o de productes fruit de l'activitat interna. Essencialment, les coses que ha fet el personal o si més no, l'activitat o esforç que es pot expressar en termes quantitativs o qualitativs.

Sovint es confonen les les mesures de procés amb les d'output. Per aquells que es preocupen pel *outcomes*, la mesura dels outputs porta a les organitzacions a continuar fent la feina que sempre han fet sense examinar si aquesta feina porta als resultats desitjats.

OUTCOMES: Canvis en una condició que és externa a l'activitat però que indica progrés cap a l'assoliment dels objectius de la política. Els *outcomes* són les conseqüències de l'activitat. Tenen una importància directa pels usuaris i sovint per tots els ciutadans. També s'inclouen aquí els indicadors de qualitat del servei que són importants pels usuaris. Sovint, malgrat les organitzacions públiques poden identificar les seves finalitats últimes i per tant, els seus *outcomes*, no tenen els mitjans per garantir que s'assolirà aquella finalitat.

OUTCOMES INTERMEDIS: Aquells *outcomes* que s'espera portin a la finalitat desitjada però que no són una finalitat en si mateixos com, per exemple, el temps de resposta en una urgència mèdica. Una activitat pot tenir múltiples *outcomes* intermedis.

OUTCOMES FINALS: El resultat final que és perseguit, per exemple, la reducció de la incidència d'una determinada malaltia. Una activitat pot tenir múltiples *outcomes* finals.²

2.2. Les funcions de la informació en el model clàssic

Si bé la literatura s'ha centrat durant molts anys en el "com fer-ho" proporcionant consells a les organitzacions i als seus responsables sobre com ho havien de fer per descriure el seu treball en base a indicadors, des de fa alguns anys la pregunta principal té que veure amb la utilització de les mesures de *performance* ja que hi ha un acord generalitzat sobre el fet que només quan algú les utilitza aconsegueixen la seva finalitat.

² Aquesta classificació és universal. La descripció segueix força literalment el text de Radin (2006) que utilitzem força en aquesta secció per tractar-se d'una obra relativament recent i que alhora planteja les contradiccions de la tendència general a establir mesures de la *performance*. En relació a qualsevol d'aquestes categories, un indicador és una mesura numèrica o quantitativa de la quantitat o freqüència d'un input, activitat de procés, output o *outcome* particular

Com ha comentat una de les persones més influents en reforma pressupostària, un dels principals perills dels sistemes de mesura de la *performance* és que les mesures es vegin com una finalitat en si mateixes, com si mesurar no tingués altra utilitat que generar les mesures. Com ha dit Allen Schick (2001), quan la mesura de la *performance* esdevé “un concurs de bellesa a través de ranquings, el procés guanya en popularitat però perd en rigor i coherència.”

La pregunta sobre “què cal fer amb les mesures de *performance*” té respostes diverses en funció de si s’adopta la perspectiva de la organització o del directiu individual. Des de la perspectiva general, la informació de *performance* pot servir a diferents nivells:

PLANIFICACIÓ: La definició dels objectius, l’explicació de les necessitats, la determinació dels recursos necessaris i l’establiment de les prioritats. En particular, la planificació estratègica precisa de la informació de *performance* per tal d’ajustar el que fa l’organització als canvis en el context. Des d’aquest punt de vista, cal informació a més llarg termini i amb una perspectiva més àmplia. En el cas de la salut, els plans de salut tenen per finalitats principals incrementar els anys de vida saludable, reduir les disparitats en salut entre diferents grups de població i aconseguir l’accés a serveis de salut preventius.

GESTIÓ DELS SERVEIS: La presa de decisions sobre mitjans tècnics, personal, estructura de les organitzacions, relacions amb els usuaris i altres decisions d’administració general que afecten a les operacions. A aquest nivell, la informació ha de permetre fer el seguiment detallat del dia a dia i introduir els canvis que siguin necessaris per millorar el servei a mig i llarg termini.

PRESTACIÓ DEL SERVEIS PELS PROFESSIONALS: La millora de la interacció entre el prestador del servei i l’usuari o client, el personal mèdic i el pacient en el camp de la sanitat. Les mesures de *performance* haurien de permetre desenvolupar el punt de vista de l’usuari o dels mateixos prestadors del servei en relació a qüestions diverses i, en particular, a aspectes relacionats amb la qualitat del servei. La informació procedent dels ciutadans en enquestes de satisfacció presenta però problemes en la mesura que sovint és susceptible de biaix o de limitacions en els aspectes del servei que poden

valorar efectivament. Sovint, les valoracions dels ciutadans no coincideixen amb els indicadors de *performance* definits per l'administració.

PREPARACIÓ DEL PRESSUPOST: La presa de decisions sobre el nivell de recursos necessaris per assolir els objectius i les finalitats de la política. L'avantatge del procés pressupostari es que es tracta d'una discussió sobre números que, en aquest sentit, es limita a acordar les quantitats que es dedicaran a activitats específiques. El problema radica en que és gairebé impossible prendre decisions pressupostàries només en base a valoracions tècniques com les mesures de *performance* ja que no és possible evitar el terreny polític en la mesura que el pressupost és la principal negociació política anual.

CONTROL PEL GOVERN I REDIFINICIÓ DE LA POLÍTICA: Comprovar si aquells que porten a la pràctica la política en contacte amb els ciutadans es desvien dels propòsits del plans de govern, incloses les consideracions de tipus financer. Això implica la possibilitat de redefinició de la política en el sentit de canvis substantius que puguin fer-la més eficaç o eficient. La informació en aquest nivell té un caràcter marcadament macro i es refereix a tendències i pràctiques de caràcter general entre la població usuària.

Des de la perspectiva del directiu individual, la classificació de les funcions de la informació té en compte les finalitats del gestor en cada moment. Behn classifica les mesures de *performance* en funció de vuit finalitats principals: avaluar, controlar, pressupostar, motivar, promocionar, celebrar, aprendre i millorar i associa a cadascuna d'elles, les mesures més adequades.

Taula 2. Mesures de *performance* en funció de la finalitat perseguida

	Tipus de mesura
AVALUAR Si la organització va bé o malament	Mesures d' <i>outcomes</i> , d'inputs i sobre l'efecte de factors externs o contextuals
CONTROLAR Si tots els membres estan fent allò que s'espera d'ells	Inputs
PESSUPOSTAR Decidir en quins programes s'hauria d'invertir més diners dels pressupost	Mesures d'eficiència, en particular outputs/inputs
MOTIVAR Motivar al personal de línia, als caps intermitjos, als col·laboradors externs, als usuaris... per a que facin allò que cal per millorar el servei	Mesures d'activitat o output i la seva comparació amb objectius de producció a curt i mitjà termini
PROMOCIONAR Convèncer als polítics, legisladors, actors externs del sector, periodistes i ciutadans que la organització està en una bona línia	Mesures de la part de la <i>performance</i> que més interessa als ciutadans i que són fàcils d'entendre
CELEBRAR Posar en marxa el ritual de celebració d'èxits entre tots	Mesures de <i>performance</i> relacionades amb assoliment d'objectius que donen un sentit d'èxit col·lectiu
APRENDRE Per què algunes coses funcionen i altres no?	Mesures desagregades que permeten comparar i observar desviacions respecte a allò esperat
MILLORAR Què es pot fer per millorar els resultats finals?	Mesures de procés que relacionen canvis operatius i canvis en els outputs/ <i>outcomes</i>

Font: Elaboració pròpia a partir de Behn (2003)

3. Les debilitats del model clàssic de mesura de la *performance*

El model clàssic de mesura de la *performance* es troba, en la pràctica, amb importants problemes tècnics o de concepte que dificulten el seu desenvolupament i aplicació. Més enllà d'aquests problemes pràctics, la literatura ha posat de relleu alguns efectes colaterals sobre el comportament dels individus i les organitzacions que s'observen amb la seva implantació. Ens ha semblat necessari dedicar espai a recollir alguns dels principals problemes i paradoxes que són objecte de discussió en la literatura dedicant una especial atenció als problemes derivats dels intents d'aplicació d'una mateixa eina a organitzacions professionals força diverses.

3.1. Principals problemes

AMBIGÜITAT EN LES INTENCIONS: Les finalitats i els objectius principals de les polítiques no sempre estan ben especificats (Jos i Tompkins, 2004). En molts casos, com en seguretat ciutadana o violència domèstica, integració social de persones marginades o educació i sanitat de qualitat, el compromís clar i extern amb mesures que reflecteixin la diversitat i amplitud de finalitats i objectius que té la ciutadania respecte un servei públic és políticament arriscat. En aquest sentit és políticament més segur un guiatge poc clar i la flexibilitat necessària per a integrar la incertesa tècnica o financera de les opcions disponibles sobre com tractar un problema.

EXIGÈNCIA D'OUTCOMES: La mesura de la *performance* estableix però requisits molt exigents pel que fa a que a la demanda d'expressar el progrés de les organitzacions en termes de valoració dels *outcomes* – resultats o impactes de les polítiques- Malgrat aquesta orientació és interessant, resulta molt difícil de posar a la pràctica ja que, tradicionalment, les organitzacions han descrit la seva activitat en termes dels recursos que utilitzen, els processos que posen en marxa o les intervencions específiques que desenvolupen.

BAIXA INCIDÈNCIA EN RESULTATS, ORIENTACIÓ A CURT TERMINI: Sovint, els professionals dels serveis públics tenen responsabilitats respecte a resultats sobre els

que tenen poca influència o poder per produir-los. El treballador social, per exemple, no controla les oportunitats de feina que ofereix el mercat o no pot canviar el potencial d'empleabilitat d'una persona. Com van assenyalar March i Olsen, les accions apropiades en el llarg termini però inapropiades o costoses en el curt termini són difícils de mantenir. El metge pot operar de l'estomac a una persona obesa però li és més difícil canviar els seus hàbits d'alimentació.

INFORMACIÓ LIMITADA: Poques organitzacions tenen informació abundant sobre els diferents aspectes que hem relacionat amb la *performance*. Al contrari, sovint la informació disponible no és l'adequada. El més habitual és que tampoc es tinguin referències externes per comparar ni tan sols informació sobre el punt de partida o "baseline," el que hauria de permetre determinar si hi ha progrés en la *performance* d'un mateix servei. Per altra banda, la informació no és neutral i diferents actors tenen diferents visions sobre el que creuen que és "veritat". El que per a uns és una dada objectiva per a altres és una opinió o una valoració.

JUDICIS EQUIVOCATS: La impossibilitat d'aïllar les relacions causa-efecte amb la simple utilització d'indicadors pot provocar judicis equivocats sobre el valor de les polítiques ja que s'atribueixen resultats de forma exclusiva a la intervenció que es mesura quan el més probable és que siguin deguts a una varietat de factors interns i externs o fins i tot és possible que passin per casualitat.

DIVERSITAT DE RISC ENTRE LA POBLACIÓ: La població usuària dels serveis presenta una diversitat de característiques que fan que la simple mesura quantitativa no sigui vàlida. Si bé l'estadística permet ajustar en funció del risc – el cirurgià que opera casos més difícil i per tant ha de tenir una taxa de supervivència més baixa – corregir les mesures de resultats per nivells de risc no és fàcil. Aquest problema que es dona en sanitat (Newhouse, 2002) és present també en altres sectors com l'educació – el mestre que té nens més difícils – o la ocupació – baixos nivells d'empleabilitat dels aturats – per posar alguns exemples.

MULTIPLICITAT D'INTERVENCIONS I D'OBJECTIUS: Les organitzacions públiques, de forma molt clara les del sector de la salut, es caracteritzen pel seu caràcter multi producte i per integrar en el seu si intervencions amb objectius i lògiques molt

diverses que fins i tot poden entrar en contradicció. Un hospital és una organització professional complexa tant per la dificultat d'algunes de les seves intervencions i la necessitat de professionals molt qualificats com pel fet que intervé en camps i especialitats molt diversos. En aquest tipus d'organitzacions resulta molt difícil la mesura de la *performance* del conjunt institucional i afirmar que són un èxit o un fracàs ja que seria necessari valorar els seus components. Per altra banda, els requisits que es van formalitzant tendeixen a ser insensibles a les diferències entre els diferents departaments o unitats.

PROGRAMES INTERDEPARTAMENTALS I EN XARXA: La multiplicitat també es pot referir al nombre d'unitats organitzatives necessàries per a la producció d'un resultat desitjat. Cada dia és més freqüent el caràcter interdepartamental de les intervencions dins un govern o administració però també la formació de xarxes d'organitzacions per fer front a un problema o per atacar una condició que es vol canviar. Aquests trets també dificulten la valoració de la *performance* ja que la seva mesura quan es tracta d'una xarxa d'unitats o organitzacions interdependents és encara més complicada.

3.2. Principals efectes en el comportament

Una qüestió, molt relacionada amb l'anterior, és la de l'efecte de la imposició de mesures de *performance* en organitzacions on el gruix del personal són professionals qualificats amb molts anys de formació. La utilització dels outputs-outcomes com a marc de referència crea pressions sobre els professionals per a que es focalitzin en les parts de la seva feina que es valora en els informes de control.

VISIÓ TÚNEL: La focalització en les mesures de control i la no consideració d'altres factors importants o de les conseqüències no anticipades. Les mesures de la *performance* interfereixen amb les responsabilitats dels individus en les organitzacions i en el seu judici d'allò que és important per portar a terme el seu treball. L'èmfasi en el control també pot limitar la innovació i l'ambició per fer provatures dels professionals. March i Olsen (1995) i Kanter (1977) havien anticipat un efecte similar entre els directius que, davant de la por a cometre errors en un entorn més transparent, adoptarien

estratègies defensives i d'auto protecció com reduir l'assumpció de riscos i en general adoptar actituds més cautes a l'hora de prendre decisions sobre possibles canvis.

PRESTAR MÉS ATENCIÓ A L'INDICADOR QUE AL PROBLEMA: El fet de mesurar alguna cosa és un incentiu directe per intentar millorar la imatge externa que es transmet del servei encara que això pugui anar en contra del progrés en la solució del problema. En aquest sentit, la implantació de mesures de *performance* pot provocar la focalització excessiva en els indicadors i el comportament estratègic consistent en treballar per aconseguir “bons resultats” en allò que es demana. En aquest sentit, els serveis d'ocupació, a vegades, semblen més interessats en millorar les estadístiques que en solucionar el problema de fons dels seus usuaris; els treballadors socials poden sentir la temptació d'ocupar-se de més gent amb problemes “lleus” de treball temporal abans que de menys gent amb problemes “greus” d'integració; els metges prefereixen també poden practicar aquest “creaming” tractant als pacients que són més fàcils de curar que no als malalts greus o crònics.

MANIPULACIÓ DELS INDICADORS O “GAMING”: Des de la perspectiva racional es considera normal que davant la pressió per millorar els “números” s'adopti un comportament que, encara que no es consideri professionalment correcte, asseguri el compliment dels objectius. Per exemple, en el cas de l'educació, els mestres que ensenyen amb l'objectiu específic que els seus alumnes treguin un bon resultat en un test estandaritzat.

El “gaming” implica també la idea de manipulació més o menys directa dels números. En el cas dels EUA està documentat que alguns estats van modificar les seves dades en educació sobre graduacions i abandonaments, van canviar preguntes dels exàmens o van fer els ulls grossos quan es va saber que alguns mestres havien comentat les preguntes que sortirien en el test, llegit en veu alta les respostes correctes o donat als estudiants la possibilitat de corregir els seus errors després del test (Radin, 2006). En el cas de la sanitat anglesa també està documentat com alguns organismes del NHS van aprofitar l'ambigüitat dels conceptes – servei urgent d'ambulància – o manipular directament les dades – temps d'espera a urgències o temps d'espera per visita externa – per millorar aquells resultats que tenen major pes en l'avaluació de la seva *performance* (Bevan i Hood, 2006).

BAIXAR EL LLISTÓ: El fet d'haver de fixar uns objectius anuals suposa un incentiu per aquells que són objecte d'avaluació de no excedir els seus objectius actuals, fins i tot si tenen capacitat per fer-ho, donat que és en base a aquests objectius que es fixen els de l'any següent. La conseqüència d'això són uns objectius relativament fàcils. En termes comparatius, si bé els que tenen una *performance* per sota el nivell esperat senten la pressió de millorar, aquells que estan clarament per sobre el nivell esperat, es poden permetre baixar el nivell fins a situar-se en la normalitat..

3.3. Mesures de *performance* i tipologia d'organitzacions públiques

La llista de problemes i efectes colaterals és llarga però encara hi ha dues qüestions de fons a les que volem dedicar una especial atenció ja que entenem que l'aplicació d'un sistema de mesures de *performance* no pot obviar la seva adaptació al tipus d'organització al que s'enfronta ni deixar de considerar quina mena de professionals té al davant i els efectes que un sistema de "control" pot tenir en el seu treball diari i motivació.

Alguns autors de l'àmbit de la gestió pública (Radin, 2006; Wilson, 1989) veuen problemes en el model clàssic de *performance* perquè pensen que no totes les organitzacions públiques són iguals i que, per tant, una mateixa estratègia no és probable que pugui funcionar de la mateixa manera en tots els casos.

En l'àmbit europeu, és freqüent que una mateixa administració no gestioni directament una activitat o política sinó que aporti els fons per a que altres administracions – per exemple, les locals – puguin desenvolupar les seva activitat. En el cas d'activitats finançades per una administració superior com la Diputació o la Generalitat o la UE, les administracions locals moltes vegades només tenen capacitat per informar sobre activitats relativament simples o sobre el nombre d'usuaris i les seves característiques sociològiques. Recollir informació sobre els *outcomes* en un programa europeu, per exemple, requereix condicions i capacitats que no es donen en la major part dels ajuntaments.

Una de les classificacions més útils per veure que algunes organitzacions tenen molt difícil – si no impossible – aportar informació sobre els *outcomes* de la seva feina és la de Wilson en el seu llibre conegut llibre de l'any 1989, *Bureaucracy*. Per Wilson, les organitzacions públiques divergeixen en dos sentits: 1) La mesura en que les seves activitats - outputs - es poden observar i 2) la mesura en que els resultats d'aquestes activitats - *outcomes* -es poden observar. D'aquests dos criteris en resulten quatre tipus d'organitzacions: aquelles en que ambdós outputs i *outcomes* es poden observar; aquelles en que els outputs però no *outcomes* es poden observar; aquelles en que passa al revés, els *outcomes* però no els outputs es poden observar; i aquelles en que ni uns ni altres es poden observar.

De fet, una bona part de les organismes públics administratius són del segon tipus – més centrats en els procediments – i no veuen els seus resultats perquè no en tenen directament o queden molt lluny. La pitjor situació és però la de les organitzacions dels quart tipus ja que tenen una situació difícil per satisfer la demanda d'aplicació de mesures de *performance*. Moltes unitats capdavanteres en la recerca clínica per exemple només es poden basar en la selecció del millor personal i en crear un clima laboral que porti a generar “bons resultats” a mig i llarg termini.

3.4. Mesures de *performance* i valors professionals

L'altra qüestió, molt relacionada amb l'anterior, és la de l'efecte de la imposició de mesures de *performance* en organitzacions professionals. La mesura dels *outcomes* crea pressions sobre els professionals per a que es focalitzin en les parts de la seva feina que es valoren en els informes de control. Pels professionals, però, hi ha molts aspectes de la prestació de serveis respecte als quals la quantificació no és apropiada. Sovint, la seva principal preocupació són els aspectes relacionats amb l'aplicació dels últims coneixements i amb la qualitat de la prestació. Els serveis d'informació, en canvi, tenen problemes per reconèixer els objectius complexos de l'acció professional, tendeixen a donar major importància a l'eficiència i busquen sortides pragmàtiques que els porten a mesurar el que és més fàcil de quantificar.

Pels autors que defensen el professionalisme com Freidson (2001) es justifica que els professionals recorrin a normes i valors de la seva professió per fer front a les demandes de compliment burocràtic-administratiu i polític. Des d'aquesta perspectiva, les demandes d'*accountability* distorsionen els objectius de la pràctica professional, l'orgull i, fins i tot, la integritat professional.

Segons Freidson (2001), algunes habilitats que suposa el treball professional són formals, codificades i definides durant el període formatiu però altres són tàcites – no verbalitzades – i no formen part d'una tècnica formal o codificada. És la professió “organitzada” la que té el poder de determinar qui està qualificat per fer una sèrie de tasques i per controlar els criteris pels quals s'avalua la *performance* en la professió. Aquesta avaluació és difícil i requereix informació indirecta o inferencial que només es pot obtenir de la pràctica professional o de la formació continua.

Per altra banda Freidson (2001) afirma que les professions tenen valors, idees i expectatives que constitueixen la seva ideologia professional. Aquestes ideologies són importants per mantenir o millorar l'estatus de la professió i els recursos que la societat dedica al seu desenvolupament. La ideologia d'una professió es basa en la idea de fer una feina ben feta i de qualitat, no es basa en el guany econòmic. D'aquí que la principal preocupació no sigui l'eficiència sinó la qualitat del servei o la productivitat..

Per Freidson (2001), la idea de sotmetre al professional a una sèrie de mesures estandaritzades crea dinàmiques que poden comportar efectes i comportaments inapropiats com una major insatisfacció dels professionals que estan a la primera línia, una disminució de la curiositat i de l'interès teòric o la pèrdua de l'esperit del professionalisme, de no anar no anar més enllà del que hagi previst l'administració i per tant es perdin el coneixement no anticipat.

Al mateix temps, en la societat existeix una certa desconfiança en vers els professionals en el sentit que els professionals busquin el seu propi interès i un poder il·legítim. Això deriva de la por que els professionals tinguin un poder de monopoli i en puguin abusar. Per altres autors (Jos i Tompkins, 2004) la qüestió és trobar un equilibri entre la imposició d'estàndards externs raonables i el judici professional responsable. Es considera que les mesures de *performance* poden actuar com un correctiu a al criteri

individual que podria portar un cert allunyament de les normes legals i socials i fins i tot a una certa irresponsabilitat professional. Alhora però, es considera que un excés de procedimentalisme i d'imposició de mesures externes por suposar una pèrdua en l'autonomia i dels valors professionals fins al punt de crear un conflicte entre els prestadors dels serveis i els que tenen l'autoritat per definir els *outcomes* i les mesures de *performance*.

El cas de la sanitat nord-americana (Eddy, 1998) ha generat un important debat sobre els efectes en els professionals de les directrius HEDIS i altres mesures que, fruit d'un esforç concertat entre sector públic i privat es van desenvolupar en els últims anys. Els professionals del sector majoritàriament privat - ja que els programes públics es limiten a la gent gran i a la gent amb baixos nivells de renda - es queixen de la pressió que senten per comprometre els seu professionalisme i el seu instint humà per raons de negoci. La queixa també s'estén als costos de transacció que suposen les certificacions i els procediments administratius que s'han anat desenvolupant. La percepció general és que amb el pas dels anys aquestes mesures han perdut la seva orientació inicial en relació a la qualitat per fer-se servir cada vegada més com a eina per limitar el cost dels serveis. Aquesta percepció s'ha vist reforçada pel fet que els programes públics *Medicare* i *Medicaid* utilitzen les mesures HEDIS per a decisions sobre el pagament de les prestacions.

CAPÍTOL 2. ELS MODELS COMPARATS D'AVALUACIÓ DE LA PERFORMANCE EN GESTIÓ DE LA SALUT

1. Els sistemes de mesura de la performance en sanitat: els casos de Regne Unit, Holanda, Austràlia, Canadà, i els EUA.

Diferents països i organitzacions internacionals han desenvolupat sistemes per avaluar el seu model de gestió de la salut, el seu funcionament i els resultats que estant obtenint tant en termes d'estat de salut de la població com d'eficàcia, equitat, eficiència i qualitat en la gestió dels serveis sanitaris. Si bé tots els sistemes comparats utilitzen criteris de valoració similars i es basen en agregats d'indicadors, el marc conceptual i la filosofia que hi ha al darrera pot ser força diferent.

En aquest capítol presentem individualment els sistemes d'indicadors de dos països europeus, Regne Unit i Holanda i de tres països no europeus, Canadà, EUA i Austràlia en base a un treball de Arah *et al.* (2003) i un esquema de quatre punts: breu introducció al sistema, principal iniciativa en mesura de la *performance* i àmbits o àrees objecte d'anàlisi, comentari sobre el tipus d'informació que es publica i breu definició del concepte que es té d'efectivitat i qualitat del sistema.

De la comparació entre aquests cinc països, el que més ens ha interessat ha estat el contrast entre el cas britànic i el cas holandès. Aquest és posterior i aprofita l'experiència britànica però respon a una filosofia i segueix una estratègia força diferent. Per això, després de la presentació breu dels cinc sistemes, dediquem un espai a l'explicació amb major detall d'aquests dos casos i a analitzar la mesura en que un o altre aconseguixen estimular canvis en el sector més enllà de la correcció aparent de les mesures i indicadors seleccionats.

1.1. El cas britànic - anglès

El Regne Unit compta amb un sistema nacional de salut des de l'any 1948. El *National Health Service* (NHS) és l'organisme públic que té la responsabilitat de la provisió de

serveis sanitaris per tota la població. El seu finançament és públic i es fa a través dels impostos per assegurar l'accés universal.

El primer sistema d'indicadors de *performance* en sanitat va aparèixer a Anglaterra i País de Gal·les l'any 1983 amb un govern conservador (Pollitt, 1985). Els indicadors britànics es van iniciar per la preocupació del govern conservador del moment pel cost del sistema i la manca d'eficiència però amb els anys varen anar incorporant altres indicadors d'efectivitat clínica i de satisfacció dels pacients. L'any 2000 el govern de Blair va introduir una nova dinàmica en voler dotar-lo d'una major transparència i competitivitat.

Principal iniciativa i àmbits d'anàlisi

El sistema britànic es basa en la idea del *Balanced Scorecard* de Kaplan i Norton (1992) aplicat al sistema nacional de salut. Això vol dir que el conjunt dels indicadors hauria de donar una foto equilibrada de la *performance* del sistema i dels organismes que el componen.

A nivell de país, l'anomenada *Performance Assesment Famework* identifica sis àrees de *performance*:

- a) millora de la salut
- b) accés just
- c) prestació efectiva dels serveis necessaris
- d) eficiència
- e) interacció entre pacient i proveïdor del servei
- f) resultats en salut dels serveis del NHS

A nivell de cada un dels hospitals i altres organismes que formen el sistema, les àrees de *performance* són quatre:

- a) efectivitat clínica
- b) eficiència
- c) experiència pacient/prestador

d) capacitat

Per altra banda, hi ha uns àmbits prioritaris que poden canviar però que han estat fins ara salut mental, gent gran, malalties del cor i diabetis.

La publicació de la informació

El sistema produeix uns *headline indicators* o indicadors principals que es fan públics anualment amb informació de referència que permet identificar els principals bons i mals resultats a nivell de país. Se suposa que aquests indicadors reflecteixen les prioritats del govern i mesuren el progrés contra estàndards predifinits com, per exemple, la reducció del 40% en errors de prescripció, reducció del temps d'espera per visites externes a hospitals a menys de 3 mesos o la reducció del temps d'espera per una operació a 6 mesos.

L'element més vistós i que ha generat més polèmica del sistema britànic ha estat el *Performance Star Ratings System*, això és la traducció dels valors que prenen els indicadors de *performance* per cada un dels organismes en una nota general a la que tenen accés tots els ciutadans i que s'expressa en forma de estrelles.

- el millor resultat possible són 3 estrelles, el que es tradueix en plena autonomia de gestió per l'organisme sanitari que pot decidir com utilitza els recursos lliurement
- el segon millor resultat són 2 estrelles que permet l'exercici de l'autonomia en la gestió però sota l'aprovació de l'oficina regional
- els pitjors resultats de 1 i 0 estrelles obliguen a la institució sanitària a treballar amb la Oficina de Modernització per millorar la seva gestió.

Els conceptes d'efectivitat i qualitat

El concepte d'efectivitat s'associa de forma clara a la idea d'*outcomes* del NHS i es defineix en relació als criteris d'accés just, servei efectiu, apropiat, en el moment adequat i que compleix amb els estàndards generals.

El concepte de qualitat deriva del d'efectivitat en la mesura que no es mesura directament la qualitat sinó que s'identifica allà on hi ha problemes de qualitat en base als indicadors nacionals.

1.2. El cas holandès

El sistema de salut holandès és un sistema mixt d'organitzacions públiques i privades, si bé la majoria són privades sense ànim de lucre. Fortament regulat pel govern, el seu finançament és públic en un 80% a través de la seguretat social i els impostos generals. La resta són assegurances privades i pagaments directes

Principal iniciativa i àmbits d'anàlisi

La Inspecció dels serveis sanitaris a Holanda, una unitat dins el Ministeri de Salut, Benestar i Esport, va decidir l'any 2003 desenvolupar un indicadors de *performance* per hospitals que cobrissin seguretat dels pacients i eficàcia clínica.

El projecte holandès es caracteritza per promoure un conjunt d'indicadors que siguin útils a cada institució per la seva auto-avaluació amb la perspectiva de rebaixar la tolerància organitzativa pels mals resultats en la gestió de serveis sanitaris. La filosofia és que els indicadors han de servir internament per generar millores reals i han de tenir sentit en el context específic.

El sistema s'organitza en tres grans àmbits i per cada àmbit hi ha alguns indicadors d'estructura, procés i *outcomes* que van ser consensuats en el seu moment amb el sector:

- a) hospitals en general
- b) urgències i cures intensesives
- c) algunes intervencions específiques

A nivell dels hospitals en general, els primers indicadors es van dedicar a:

- 1) Úlcera
- 2) Transfusió de sang
- 3) Seguretat en la prescripció de medicaments
- 4) Tecnologia de la informació
- 5) Infeccions de ferides
- 6) Registre de complicacions
- 7) Inventari de riscos clínics

A nivell de sales d'urgències i de cures intensives

- 1) Dolor post operatori
- 2) Volum d'intervencions d'elevat risc
- 3) Cirurgia laparoscòpica
- 4) Operacions cancel·lades
- 5) Re operacions no previstes
- 6) Cures intensives

A nivell d'intervencions específiques:

- 1) Embaràs
- 2) Diabetis
- 3) Falla del cor
- 4) Infart de miocardi
- 5) Accident cerebrovascular
- 6) Fractura de la cadera
- 7) Substitució de la cadera
- 8) Tumor de mama
- 9) Cirurgia de cataracta

La publicació de la informació

En el cas holandès, tots els ciutadans i mitjans de comunicació tenen accés a la informació que publiquen els hospitals que, en aquest sentit es comprometen a fer públics els seus indicadors.

No hi ha un *Ratings System* promocionat pel govern i els indicadors que publica cada hospital no es tradueixen en ranquings o altres ordenacions llevat que ho facin els mitjans de comunicació o els instituts d'investigació. Tampoc hi ha uns indicadors principals sobre el sistema que es facin públics a nivell nacional o que permetin diferenciar entre les institucions amb “bons” i “mals” resultats.

Els conceptes d'eficàcia i qualitat

En el cas holandès, el concepte d'efectivitat és relatiu i es fa dependre del context específic. S'entén que un sistema és efectiu en funció dels resultats que ontingui en estructura, procés i resultats ja que s'entén que les tres coses estan relacionades.

El concepte de qualitat és semblant i actua com a finalitat última, és a dir, el que és important no són tant els valors dels indicadors sinó que aquests facin pensar a les organitzacions que els cal entrar en una dinàmica de millora ja que els hi estan indicant problemes de qualitat. La millora de la qualitat ha de ser continua.

1.3. El cas canadenc

El sistema de salut del Canadà és un sistema complex, de finançament públic majoritàriament, que cobreix tots els costos dels serveis mèdics necessaris ja sigui de metge o hospital, sota un marc federal que inclou a les províncies i els territoris autònoms.

A diferència dels EUA, totes les províncies i territoris que formen Canadà tenen actualment una política d'assegurança universal pels serveis hospitalaris i d'assistència primària similar a la política espanyola i catalana. Com en el nostre cas, altres serveis suplementaris de medicaments, dentista, fisioteràpia i cures a casa són finançats per una barreja d'assegurances públiques i privades o a través de pagaments directes pels pacients. Als anys 80s, es va crear una Comissió i Grup de Treball sobre la Reforma de la Política Sanitària i als anys 90s es va crear les regions sanitàries dependents de les províncies i els territoris encarregats de supervisar la operació dels serveis sanitaris.

Principal iniciativa i àmbits d'anàlisi

La principal iniciativa pel que fa a la mesura de la *performance* va ser la *Canadian Health Information Roadmap Initiative Indicators Framework*. Es definida com una guia de ruta que ha de respondre a dues preguntes bàsiques: quin és l'estat de salut dels canadencs i quina és la *performance* del sistema de salut del Canadà.

Els quatre àmbits sobre les que es vol aportar informació comparativa són:

- 1) l'estat de la salut
- 2) determinants no mèdics de la salut
- 3) *performance* dels serveis sanitaris
- 4) característiques diferencials dels sistemes de les diferents regions i comunitats.

Pel que fa a la *performance* dels serveis sanitaris es distingeixen vuit àrees:

- 1) acceptabilitat
- 2) accés
- 3) adequació
- 4) competència
- 5) continuïtat
- 6) eficàcia
- 7) eficiència
- 8) seguretat

Els indicadors de *performance* no cobreixen tots aquests àmbits en la mateixa extensió però si es recull informació contextual sobre les característiques de les regions i comunitats, els seus recursos i els elements diferencials del seu sistema de salut. També es fan enquestes periòdiques de les expectatives, satisfacció i opinions dels usuaris.

Alguns dels indicadors es refereixen a casos declarats de noves malalties, altres es refereixen a malalties específiques per grups d'edat com per exemple la neumonia i la grip, taxes de mortalitat en malalties que es poden tractar mèdicament o taxes d'hospitalització per malalties que es podien tractar en assistència primària.

La publicació de la informació

El govern canadenc fa públics 14 indicadors sintètics que cobreixen estat de salut, evolució dels principals resultats i qualitat del servei,

Els conceptes d'efectivitat i qualitat

La idea fonamental de la iniciativa canadenc és la d'ajudar als gestors i altres decisors a prendre les decisions adequades en el moment i en el lloc adequats posant el pacient en el centre i fent-lo participar amb consultes, enquestes, educació i iniciatives a nivell comunitari.

El sistema canadenc efectivitat com aquell la cura, la intervenció o l'acció que assoleix els resultats desitjats. Mentre que la qualitat es veu com un concepte amb múltiples dimensions i perspectives. També és presenta la qualitat com a filosofia de fons que busca la millora continua en la gestió interna dels serveis però no té una traducció externa en forma d'indicadors o taules comparatives. La qualitat també s'expressa en forma de control previ a través de l'acreditació, una eina que està sota el control del Consell Canadenc per l'Acreditació en Serveis Sanitaris.

1.4. El cas australià

Austràlia compta amb un sistema universal amb una estructura federal on el finançament, les prestacions i les responsabilitats regulatòries són compartides entre el govern central i els governs estatals. El serveis sanitaris australians s'estructuren en programes de salut per la població, serveis d'assistència primària, hospitalària i serveis de continuïtat.

Els anys 90 van ser un període d'esforços concertats pels governs central i estatals, juntament amb el sector de la salut, amb la finalitat de desenvolupar un marc conjunt per avaluar el sistema de salut australià. Aquests procés es va centrar en la qualitat dels serveis i en els resultats de salut entre la població. L'any 1999, el govern federal va impulsar un nou projecte per millorar la *performance* del sistema amb la creació d'un

National Health Performance Committee al que es va encarregar treballar en un nou marc de mesura de la *performance* dels serveis en salut a partir de l'experiència canadenca de la guia de ruta.

Principal iniciativa i àmbits d'anàlisi

El sistema australià del *National Health Performance Committee* té per objectiu central la comparació entre estats i amb els resultats nacionals. La principal idea va ser la de crear un instrument que facilités dades pel *benchmarking* entre estats a un nivell força operatiu però que alhora facilités també les decisions estratègiques. El sistema té tres preocupacions principals mentre que l'equitat és tractada com un element que té relació amb les tres dimensions.

- a) evolució de l'estat de la salut
- b) determinants de la salut, en particular elements d'entorn i socioeconòmics
- c) *performance* dels serveis sanitaris

La *performance* del sistema s'analitza en base a nou àrees o dimensions:

- 1) efectivitat,
- 2) adequació
- 3) eficiència
- 4) capacitat de resposta
- 5) accessibilitat
- 6) seguretat
- 7) continuïtat
- 8) capacitat
- 9) sostenibilitat

També es defineixen unes àrees prioritàries com, per exemple, cardiovascular, traumatologia, càncer, asma, depressió i diabetis.

La publicació de la informació

La informació disponible sobre *performance* i qualitat a Austràlia procedeix tant dels governs central i estatals com d'un conjunt d'organismes que tenen funcions diferents en relació a la qualitat de la sanitat. El *National Health Priority Action Council* vetlla per la *performance* en relació a malalties específiques, el National Institute of Clinical Studies promou les millors pràctiques mèdiques, mentre que l'*Australian Council for Safety and Quality in Health Care* informe sobre l'ús de les dades, temes de seguretat i qualitat i el *Quality Improvement Council* es dedica a l'acreditació dels serveis.

Els conceptes d'efectivitat i qualitat

El concepte d'efectivitat es relaciona amb el fet que la intervenció o l'acció assoleixi els resultats en el moment precís. Hi ha doncs un element temporal en la definició que connecta amb els objectius de prevenció i de detecció de les malalties temps, en particular en els casos de sida, càncer de mama, o d'altres càncers en desenvolupament.

La qualitat es defineix de forma molt similar a la *performance*. S'entén que el sistema funciona correctament si fa unes intervencions de elevada qualitat d'una manera cost efectiva.

1.5. El cas nord-americà

Els EUA tenen un sistema de salut plural, descentralitzat amb predomini del finançament privat (bàsicament a través de les empreses) i regulació federal i estatal variable. El programa federal *Medicare* és una assegurança que cobreix a la gent gran i als discapacitats mentre que el programa federal i estatal *Medicaid* cobreix a la població de nivells de renda inferiors i a persones discapacitades. Molts dels ciutadans assegurats i no assegurats han de fer front a pagaments directes.

Les empreses d'assegurança privades operen en un mercat competitiu en el que els pacients i proveïdors fan les seves eleccions en base a informació de *performance* o qualitat i cost econòmic dels anomenats plans de salut. El control de la *performance* es fa molt més pel mercat i per les decisions dels consumidors en comprar o deixar de comprar els plans de salut que per sistemes d'informació centralitzats. Això no és

contradictori amb el fet que el sistema de salut dels EUA sigui un dels que és objecte de més recerca, també en relació a l'eficàcia i la qualitat.

Principal iniciativa i àmbits d'anàlisi

En el cas dels EUA no es pot parlar d'un únic sistema nacional d'indicadors de *performance* sinó de diverses iniciatives:

1. El projecte *Healthy People 2000* va ser el primer gran pla de salut nacional amb 467 objectius i 28 àrees d'atenció en base a un model de salut de la població i a l'estudi dels determinants de la salut. Es basava en una visió preventiva i reclamava un major nombre de pràctiques de prevenció. *Healthy People 2010* té dos grans objectius: allargar els anys de vida sana entre la població americana i eliminar les disparitats entre grups de població. El projecte té 10 indicadors clau.

2. El *Institute of Medicine*, per encàrrec del govern federal, ha estat el principal impulsor de dos grans projectes. En primer lloc, va proposar un *framework* o marc per la millora de la salut a nivell nacional en el que es distingeixen sis àrees de *performance*:

- 1) seguretat
- 2) eficàcia
- 3) pacient en el centre
- 4) puntualitat
- 5) eficiència
- 6) equitat

L'*Institute of Medicine* també és la institució responsable de publicar un informe sobre qualitat, el *National Health Care Quality Report*, que té per objectiu principal examinar la qualitat dels serveis que proporciona el sistema a la població en general i als seus grans subgrups. El govern federal, conjuntament amb els governs estatals, són responsables de generar els indicadors de qualitat.

3. La principal enquesta sobre les experiències dels consumidors en l'àmbit de la salut es l'anomenada CAHPS mentre que el HEIDIS és el principal sistema d'indicadors estandaritzats que examina la qualitat del servei, l'accés, la satisfacció del consumidor, la freqüentació i ús dels serveis, les finances de la salut i la gestió dels plans privats. El HEIDIS és finançat per la AHRQ, *Agency for Health Research and Quality* i és utilitzat entre altres institucions per la organització que fa les funcions d'acreditació, la NCQA.

La publicació de la informació

En el cas dels EUA on el sector privat és dominant, els informes comentats publiquen força informació sobre la relació entre els consumidors i les empreses privades d'assegurança donada la necessitat de controlar el seu comportament a través de la regulació pública del sector i les eleccions dels consumidors en el mercat.

Els conceptes d'efectivitat i qualitat

El concepte d'efectivitat de l'*Institute of Medicine* està relacionat amb la idea de proporcionar serveis en base al millor coneixement científic a tots els que se'n puguin beneficiar. Altres conceptes que trobem en l'article d'Arah *et al.* (2003) també es refereixen a la idea de que el servei es proporcioni de la manera correcta, en funció del coneixements que es tenen en cada moment, de manera que s'assoleixi el resultat previst o desitjat pel pacient. Resulta interessant la referència de l'*Institute of Medicine* a la necessitat d'evitar la sobre utilització innecessària del sistema.

La qualitat és definida en termes molt similars com a “el grau en que els serveis sanitaris per individus i les poblacions incrementen la probabilitat dels resultats desitjats i són consistents amb el coneixement professional en cada moment”.

1.6. Què aprenem de la comparació d'aquests cinc sistemes?

La informació sintètica sobre aquests cinc països en base a l'article de Arah *et al.* (2003) permet extreure ja algunes conclusions sobre l'establiment de sistemes d'indicadors:

POSICIÓ EN RELACIÓ A LA COMPARACIÓ EXTERNA I ELS RÀNQUINGS =

Alguns sistemes com el britànic tenen com a element central la seva orientació a generar una síntesi d'indicadors que permeti ordenar les institucions en funció de la seva puntuació final. Altres sistemes, com l'holandès, rebutgen explícitament aquesta possibilitat i cerquen que sigui cada institució la que expliqui a la societat els seus resultats en base a un marc prèviament acordat de mesures comuns. Altres sistemes com el canadenc i l'australià mantenen una posició ambigua sobre aquesta qüestió ja que si bé produeixen indicadors principals i publiquen els seus informes no busquen l'efecte de lloanxa o escarni públic que sembla buscar el sistema britànic.

A QUI VA DIRIGIDA LA INFORMACIÓ SOBRE PERFORMANCE =

Tots els sistemes són conscients que l'eficàcia de les mesures i els indicadors depèn de l'audiència que puguin tenir en el sector o en la societat. Alguns sistemes, com el britànic i el canadenc, generen de forma centralitzada indicadors principals i ofereixen a tots els ciutadans informació sintètica sobre la *performance* del sistema any per any. Altres, com l'holandès, limiten la informació al sector i entenen que és aquest i no l'administració pública qui ha de fer pública la informació. Per últim, sistemes molt descentralitzats com el nord-americà produeixen molta informació que posen a la disposició del ciutadans però sense un ànim de control central previ d'aquesta informació.

ELEMENTS CONTEXTUALS =

Alguns sistemes tenen un concepte més relacional de salut el que els porta a donar un major pes a elements contextuals i als determinants socio-econòmics o d'entorn en la salut dels individus. Els estats federals com Canadà, Austràlia i els EUA mostren una preocupació per les característiques diferencials dels estats o províncies de la federació, els seus recursos i les diferències la gestió dels serveis sanitaris.

ÀREES PRIORITÀRIES DE PERFORMANCE =

Tots els sistemes defineixen *performance* sobre la base d'unes àrees prioritaries – l'accés, la seguretat, el moment en que es produeix la intervenció, l'adequació... - que compleixen la funció de concretar aquest concepte. Alhora solen definir uns àmbits o nivells en els que es fa l'anàlisi com per exemple hospitals en general, assistència primària o intervencions específiques.

Algunes condicions de salut com la diabetis, malalties coronàries i càncer reflecteixen les necessitats epidemiològiques característiques de les nacions industrialitzades.

IDENTIFICACIÓ DE QUALITAT AMB PERFORMANCE = De forma explícita o implícita, s'estableix un vincle entre efectivitat o eficàcia del sistema i qualitat. La idea d'eficàcia implica assolir una elevada qualitat en els serveis sanitaris. I la idea de qualitat es defineix com aplicar el millor coneixement professional disponible en cada moment, el que suposa incrementar les probabilitats dels resultats desitjats i per tant d'eficàcia. Malgrat són importants les mesures de procés ja que constitueixen l'evidència que explica els resultats finals, els indicadors d'*outcomes* són més freqüents que els de procés.

EQUILIBRI ENTRE OBJECTIVITAT CIENTÍFICA I FACTIBILITAT = En el rerafons de tots els sistemes hi ha lluites de poder entre puristes i pragmàtics, entre els nivells decisors i els nivells operatius, entre els ministeris de l'administració central i els organismes descentralitzats. Els intents de governar el sistema busquen la comparació, compartir la informació i estendre les millors pràctiques a través de l'aprenentatge i el benchmarking. En tots els casos, les expectatives són elevades el que pot generar frustració si no es compleixen amb la implementació i ús de les mesures.

2. El model britànic amb major profunditat: evolució i crítica

El sistema polític i institucional britànic es defineix com un sistema majoritari – en el que el sistema electoral garanteix una majoria sòlida al govern en el Parlament – i molt centralitzat, com a mínim pel que fa a Anglaterra i País de Gal·les. El govern central té doncs el poder d'introduir reformes importants en les polítiques i els sistemes de gestió sense haver de consensuar la seva política amb altres governs i administracions.

L'establiment d'un sistema d'indicadors de *performance* en sanitat va respondre a la decisió d'un govern conservador que havia de fer front a la crisi econòmica de principis dels vuitanta. Donat l'elevat pes del NHS en les finances públiques, el govern es veia obligat a controlar la seva despesa. Això explica que els indicadors fossin, en el seu origen, indicadors de cost i eficiència. Com explica Pollitt (2007), al llarg dels anys, el

sistema va evolucionar cap a un sistema molt més integral en el sentit d'incloure altre tipus d'indicadors i en particular indicadors d'eficàcia clínica, d'efectivitat del sistema de salut i de satisfacció dels usuaris. En menys de deu anys el sistema d'indicadors de *performance* de la sanitat britànica va passar dels 150 indicadors de l'any 1983 a prop de 2.000 a principis de la dècada dels noranta. Segons Bevan i Robinson (2005), els governs conservadors anteriors a Blair van protagonitzar varis intents de generar incentius per millorar la *performance* i intentar enfortir la posició dels gerents enfront la professió mèdica. Durant la dècada dels 90 van treballar amb la idea d'un mercat interior en el que els proveïdors havien de competir uns contra els altres, una idea que va tenir un important ressò a Catalunya. Com va passar aquí, el ministeri central britànic van continuar havent d'intervenir per evitar que els hospitals patissin la desestabilització de les seves finances en el mercat.

Va ser el govern de Blair el que va impulsar les taules comparatives i el sistema de recompensa - escarni públic a través de les estrelles. Segons la majoria de comentaristes britànics, el sistema de les estrelles va tenir un fort impacte en la societat britànica, en la percepció que tenien els ciutadans dels seus hospitals i en la carrera dels seus administradors i gerents. Els hospitals que no assolien cap estrella rebien una publicitat negativa que afectava de forma directa la seva reputació i imatge externa. Alguns dels indicadors recollits pel govern britànic han estat àmpliament divulgats pels partits polítics i la premsa com per exemple els dies d'espera per a una visita externa als especialistes dels hospitals, el nombre de morts en els 30 dies posteriors a una operació quirúrgica o el percentatge de pacients que estimen que han estat tractats amb respecte i dignitat durant la seva estada en l'hospital. Però, potser per la complexitat del sistema d'indicadors, el debat públic ha tendit a fer-se en termes del nombre d'estrelles que tenia cada hospital. Com diu Pollitt (2007), les estrelles, com en les guies turístiques, tenen el poder de sintetitzar en un únic resultat un conjunt molt ampli d'indicadors.

Segons Bevan i Hood (2006) a nivell central hi havia dues unitats de control: una oficina en l'entorn del Primer Ministre encarregada de controlar un conjunt d'objectius principals del govern – dos o tres de sanitat – i el Tresor que des del 1998 va imposar la seva política de contractes amb mesures de *performance* (“*Public Service Agreements*”) per la distribució dels recursos pressupostaris. Per la seva banda, el Departament de Salut va continuar fent la funció de controlador de les prestacions pels organismes

proveïdors dels serveis. El sistema britànic també compta amb un regulador extern dels estàndards de salut, *Healthcare Commission*, que és la responsable de les inspeccions i de la publicació de les estrelles a partir de 50 indicadors. I amb dos organismes de control tradicionals, la *National Audit Office* que audita la despesa pública del govern central en tot el RU i la *Audit Commission* que audita la despesa del NHS a Anglaterra.

2.1. La part positiva

En el cas britànic, els objectius i els indicadors es van fer públics i el sistema de mesura de la *performance* es va aplicar als més de 600 organismes del NHS a Anglaterra. Els premis o les sancions consisteixen en efectes en la reputació pública; increment del pressupost pels que aconseguen millors resultats; major autonomia de gestió pels que demostren la seva capacitat; retribucions extraordinàries i prolongació dels contractes.

Amb la reforma de la sanitat, el govern feia ben patent la seva posició en relació al que calia fer per modernitzar la gestió pública (Cabinet Office, 1999) i aconseguia algunes millores notables. Segons els informes del govern que comparaven l'abans i el després i l'evolució dels organismes de salut que no varen entrar en el sistema de les estrelles fora d'Anglaterra dins el RU, el sistema va millorar en alguns aspectes fonamentals com temps d'espera en serveis d'urgències, satisfacció dels pacients dels serveis d'urgències, temps de despatx i arribada de les ambulàncies en casos urgents i temps d'espera per la primera visita externa a l'especialista.

2.2. Els dubtes

El sistema britànic de mesura de la *performance* que es va presentar a l'opinió pública com un èxit del govern ha estat objecte de duríssimes crítiques entre els experts en gestió pública i els professionals de la salut. En termes generals, molts van considerar que no s'havien superat les dificultats per capturar la idea de qualitat, impacte o *outcome* i que el sistema precisava de noves dades, costoses i difícils de recollir, si es volia cobrir aspectes de *performance* no mesurada.

Les principals crítiques però s'han dirigit a la validesa de les dades en detectar diversos casos de manipulació. Així, Bevan i Hood (2006) aporten evidència d'estudis d'organismes de control i supervisió com la *Commission for Health Improvement*, la *British Medical Association* o la *Audit Commission* que demostren la distorsió dels indicadors per als principals objectius en que el govern va fonamentar el seu èxit. En uns casos els problemes eren de discrepància entre els nivells oficials de *performance* i les dades que sortien d'estudis independents – temps d'espera a urgències pel que el govern havia fixat un objectiu de menys de quatre hores -. En altres casos, hi havia problemes de definició – per exemple del que constituïa la categoria “amença per la vida del pacient” en el cas de les ambulàncies – o d'ambigüitat respecte al moment en que es posava en marxa el rellotge. Encara en altres casos, la *Audit Commission* va trobar errors en les dades que aportaven 19 organismes sobre temps d'espera per a la primera visita externa.

2.3. Les lliçons per Catalunya

L'experiència britànica posa de relleu els problemes de mesura en el món real i la dificultat d'aplicar mesures de reforma que malgrat tenir molt de sentit acaba no resultant fàcil posar-les en marxa en un context complex com el de la gestió de la salut. De les diverses lliçons que es poden treure del cas britànic, destaquem les tres següents:

EL RISC DELS INDICADORS PARCIALS = En altres paraules, és difícil incloure indicadors que representin adequadament la *performance* de tot el sistema i no només alguns aspectes, una part – d'aquí que sovint es faci servir la imatge de la sinècdoque -. Tal com assenyalen Bevan i Hood (2006) normalment, hi ha un petit grup d'indicadors que són bones mesures, un grup més gran d'indicadors que són mesures imperfectes d'allò que es vol mesurar però pels quals hi ha dades disponibles i un tercer grup pels quals no hi ha dades disponibles.

LA VULNERABILITAT DELS SISTEMES DE MESURA = Els sistemes de mesura de la *performance* són vulnerables i els actors tenen incentius per aprofitar les esclatxes i manipular no només les dades sinó també els conceptes per intentar sortir el millor possible en la foto que resulta dels indicadors. La idea del “*gaming*” o subversió del

sistema hauria de preocupar als promotors de la transparència i el bon govern ja que pot portar a abandonar tot allò que no és mesura de manera que s'acabi encertant l'objectiu formal però no aconseguint allò que és socialment important pel fet de tenir una *performance* molt baixa en aquells aspectes que no són objecte de mesura.

LA DIFICULTAT D'APLICACIÓ DE LES SANCIONS = Alguns dels premis i sancions, defensables en un paper, són difícils de portar a terme fins a les seves últimes conseqüències. Per exemple, l'acomiadament dels gerents hospitalaris en base als resultats dels hospitals. Fins i tot, la idea d'incrementar el pressupost als que tenen una millor *performance* va en contra d'altres principis com el de donar més al que es troba en una pitjor situació per a que pugui anar millorant i aproximar-se a la resta.

3. El model holandès amb major profunditat: evolució i crítica

Des de l'any 1979 hi havia a Holanda una Organització Nacional per la Garantia de la Qualitat en els Hospitals però no va ser fins l'any 2005 que es va aprovar el primer projecte d'indicadors de *performance* impulsat per la Inspecció del Ministeri de Salut.

Segons Pollitt (2007) entre una i altra iniciativa, els hospitals van emprendre diverses accions per tal de millorar els seus serveis, el govern holandès va organitzar una comissió independent - la comissió Dekker - que va recomanar l'adopció d'una major orientació de mercat en política sanitària i el sector es va reunir en múltiples conferències fins que va arribar a desenvolupar uns estàndards de qualitat que van ser aprovats per una llei de l'any 1996. Aquesta llei obligava a recollir un conjunt mínim de dades si bé deixava que els hospitals seguissin la seva pròpia estratègia de qualitat. Com han posat de relleu Pollitt (2007), la gènesi del sistema holandès va ser força diferent de la del sistema britànic en la mesura que aquell va sorgir per un problema de cost i ineficiència mentre que el sistema holandès va estar orientat a temes de qualitat, eficàcia i seguretat del pacient des del principi.

La iniciativa que la Inspecció del Ministeri de Salut va iniciar l'any 2003 va seguir la pauta consensual pròpia de les institucions holandeses en la mesura que el govern va convidar a una àmplia varietat d'actors socials a participar en unes discussions en les

que el govern es reservava un paper marginal. Per a la Inspecció holandesa, el sistema només podia tirar endavant si comptava amb la cooperació de l'associació d'hospitals holandesa i de l'associació d'especialistes mèdics si bé també hi va implicar al Departament de Política Sanitària i Gestió de la Universitat Erasmus a Rotterdam i l'Institut Nacional per la Salut Pública i el Medi Ambient.

Tal com expliquen Berg *et al.* (2005), el projecte es va presentar com una “*joint venture*” i va fer explícit des del principi que la seva finalitat no era fer públiques unes mesures i elaborar un ranking d'institucions. Hi havia un clar consens que el sistema s'havia de moure cap a una major transparència i una major explicació del que passa a dins els hospitals. Però la finalitat principal era estimular a cada una de les institucions a millorar els seus processos i la qualitat dels serveis prestats a partir de la reflexió interna sobre el per què obtenien uns determinats resultats que ara podrien comparar amb els d'altres institucions, en una sèrie d'àrees i àmbits acordats. La inspecció es va encarregar de la presentació pública d'un conjunt preestablert d'indicadors que havien acordat amb el sector però va deixar que els hospitals expliquessin els seus resultats pels mitjans que estimessin oportuns.

3.1. La part positiva

El projecte es va portar a terme en un període inferior a dos anys, primer a través d'una prova pilot en la que varen participar sis hospitals i després amb la participació d'un major nombre d'institucions que recullen informació per a un total de 30 indicadors. El fet que l'administració no es situés en una posició superior i que de forma clara abandonés la idea de distincions, estrelles i rankings probablement va facilitar la participació dels hospitals i va generar un major flux d'informació que, per altra banda, era interpretat i qualificat pels que coneixien el context en el que es produïen les dades.

3.2. Els dubtes

Tot el projecte holandès es basava en la idea que és pràcticament impossible assolir un conjunt vàlid d'indicadors plenament representatius, lliures de biaix, aïllats d'altres factors contextuais i adequats per elaborar rankings i per distribuir premis i sancions.

De fet, segons Berg *et al.* (2005), varen intentar desfer la idea de comparació externa sobre la base d'explicar als hospitals que l'indicador extern no és possible ja que no existeix la comparabilitat total, això és, no és possible corregir totes les diferències rellevants entre els diferents contextos.

Aquesta estratègia significava però eliminar la possibilitat d'identificar clarament quins hospitals són millors i si la gestió està assolint objectius socialment valorats com la reducció de les llistes d'espera. Tot i que el projecte va acordar àrees i mesures, les construccions i interpretacions individuals dels conceptes i dades així com la seva publicació en diversos mitjans pels mateixos hospitals poden fer més difícil als ciutadans l'accés a la informació i la valoració de la qualitat de les prestacions que reben en relació a la resta del sector. En altres paraules, per a que un sistema sigui transparent, també ha de ser "clar" per aquells que l'han d'utilitzar i que no són només els directius i professionals del sector.

3.3. Les lliçons per Catalunya

L'experiència holandesa és interessant tant per la seva filosofia com per la seva prudència en intentar evitar alguns dels problemes metodològics i de comportament organitzatiu que provoquen els indicadors comparats i els ranquings. De les diverses lliçons que es poden treure del cas holandès, destaquem les tres següents:

LA FINALITAT ÉS LA MILLORA DELS SERVEIS = A diferència de les prescripcions clàssiques o que tenen més èxit en el mercat com el *Balanced Scorecard*, la visió que hi ha al darrera del projecte holandès és fonamenta en la idea d'aprenentatge. Els indicadors no han de servir tant per alimentar un quadre de control o tauler de comandament sinó per generar una discussió interna que serveixi d'estímul per al canvi, la innovació i la millora de la qualitat dels serveis.

LA CONFIANÇA INSTITUCIONAL ÉS UN FACTOR CLAU = L'estratègia de la Inspecció té molta cura d'aquest aspecte en no recollir dades directament, utilitzar sempre les dades dels hospitals i deixar que aquests publiquin i expliquin els seus resultats, afegint les consideracions contextuais que estimin necessàries fins al punt de

poder argumentar perquè un resultat particular no és comparable amb el d'altres hospitals. Aquesta estratègia és probablement una estratègia encertada per facilitar l'obertura i per a evitar les resistències dels professionals preocupats per l'ús que es pugui fer de les dades relatives a les institucions on treballen. A canvi, els hospitals es comprometen a presentar informació completa i puntual sobre els temes acordats el que obre la possibilitat que la premsa o equips de recerca aliens a l'administració facin a posteriori estudis comparatius. El que queda clar és que el govern que impulsa el projecte no s'implica en els estudis que es puguin fer una vegada els hospitals fan pública la informació relativa a les seves institucions.

LA COMPARACIÓ EXIGEIX RIGOR = L'experiència holandesa també és interessant per la seva manera de fer al actuar amb prudència i mostrant un gran respecte pel rigor metodològic a l'hora d'elaborar indicadors que siguin vàlids per la comparació. Més enllà de la necessitat de dades de qualitat i de rigor analític, el projecte holandès mostra les reaccions defensives dels que han d'aportar la informació quan s'intenta comparar els seus resultats en base a indicadors amb problemes de validesa.

SEGONA PART

CAPÍTOL 3. LA TRAJECTÒRIA DEL SISTEMA SANITARI CATALÀ I ELS INSTRUMENTS DE MESURA DE LA PERFORMANCE

1. El model sanitari català i la seva evolució

L'administració de la Generalitat i el sector sanitari han desenvolupat en els darrers vint-i-cinc anys diversos sistemes per generar informació sobre el cost, l'eficiència, la productivitat i en menor mesura els resultats i la qualitat del model català de gestió de la salut. És significatiu l'esforç que s'ha fet en la recerca de nous sistemes de contractació i pagament dels serveis per part del Servei Català de la Salut, avui CatSalut i també en planificació sanitària per part del Departament de Salut. Si bé el la gestió catalana de la salut comparteix molts elements amb els sistemes comparats que hem vist anteriorment i utilitza criteris de valoració similars, el seu desenvolupament ha estat particular i mostra també una visió pròpia.

En aquest capítol presentem a grans trets l'evolució del model català, una qüestió que ja ha estat objecte de recerca tant per economistes com per sociòlegs i politòlegs i ens centrem en les eines que s'han anat creant per mesurar diferents aspectes que tenen que veure amb el concepte ampli de *performance*. La perspectiva dominant, en el cas català ha estat l'econòmica com a conseqüència de la importància que han tingut les relacions contractuals entre el Servei Català de la Salut i els centres proveïdors i per la importància que ha adquirit el control econòmic i financer del sector a través de l'anomenada Central de Balanços. Tot i així, el relat contempla altres eines que han permès la comparació de l'activitat desenvolupada, en termes de procediments i fins i tot resultats mèdics com el Conjunt Mínim Bàsic de Dades. Només darrerament el sistema ha generat dues iniciatives, una de privada, el TOP20 i una de pública, la Central de Resultats que inclouen clarament els resultats o *outcomes*. Tots aquests instruments han tingut en compte les línies d'actuació dels diferents Plans de Salut de Catalunya amb que compta la sanitat catalana des de 1990 que juntament amb les seves avaluacions també han generat algunes mesures de resultats.

1.1. El model de provisió mixta

La transferència de les competències en sanitat a la Generalitat de Catalunya es va fer l'any 1981. Des de llavors, el sistema sanitari català ha viscut reformes graduals i constants que han donat lloc a un model de provisió de serveis diferenciat al de la resta de l'estat (Gallego, 2001). La principal diferència ha estat durant molts anys que mentre en el sistema estatal de salut va predominar la provisió pública directa dels serveis, a Catalunya, en canvi, el Departament de Salut va optar per contractar els serveis de salut a través d'una xarxa de proveïdors externs que presenten una certa diversitat pel que fa a la seva propietat i a les seves formes de gestió.

“Catalunya tenia el ‘problema’ dels hospitals propis i no propis, pel que va haver de gestionar el sector d’una manera diferent”.

Gerent d’hospitals

L'inici de la dècada dels noranta és una etapa clau per a la configuració del sistema sanitari català. A través la Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya (LOSC) es va ordenar el sector i crear el Servei Català de la Salut com a ens dependent del Departament encarregat de les funcions de planificació, finançament, avaluació i compra dels serveis sanitaris als organismes externs. Es consolidava així un sistema sanitari mixt i per tant, un model sanitari que integra en una sola xarxa hospitalària d'utilització pública (XHUP) tots els recursos sanitaris, siguin o no de titularitat pública. Aquesta política va permetre mantenir i reforçar les entitats - mútues, fundacions, consorcis, centres de l'Església - que històricament s'havien dedicat a l'atenció de la salut. Gradualment, la XHUP va anar estenent la seva activitat a tots els àmbits de la salut - assistència primària, salut socio-sanitària, salut mental - i dels serveis sanitaris - emergències, ambulàncies, etc. -

Els anys noranta van ser la etapa més fructífera pel que fa a la constitució d'una gran diversitat d'empreses públiques, para-públiques, fundacions i consorcis amb l'objectiu de guanyar flexibilitat en la gestió pública dels serveis sanitaris, tant dins de les instal·lacions i els equipaments gestionats per l'ICS com en altres on la Generalitat hi tenia participació.

Aquesta configuració dels serveis sanitaris ha tingut un gran impacte en el desenvolupament de les mesures de la *performance* a l'àmbit de la salut catalana ja que la necessitat de la contractació i del pagament als proveïdors en funció del cost real de les activitats va orientar la gestió cap a les mesures de cost i eficiència. És per això, que en les entrevistes amb experts del sector s'ha comentat el paper clau d'alguns economistes de la salut en el desenvolupament del model.

“Hi ha hagut molta influència dels economistes de la salut, degut en bona part a l'elevat grau de concertació i a la qüestió del pagament dels serveis”

Recercador expert en gestió sanitària

L'altre aspecte que també ha estat posat de relleu pels entrevistats en relació al model català és la gran importància del sector i de les xarxes de proveïdors de serveis, que per veure's directament afectats per les decisions preses per l'administració han hagut de reaccionar i mantenir un estil actiu, influenciant d'una manera substancial la configuració del sistema.

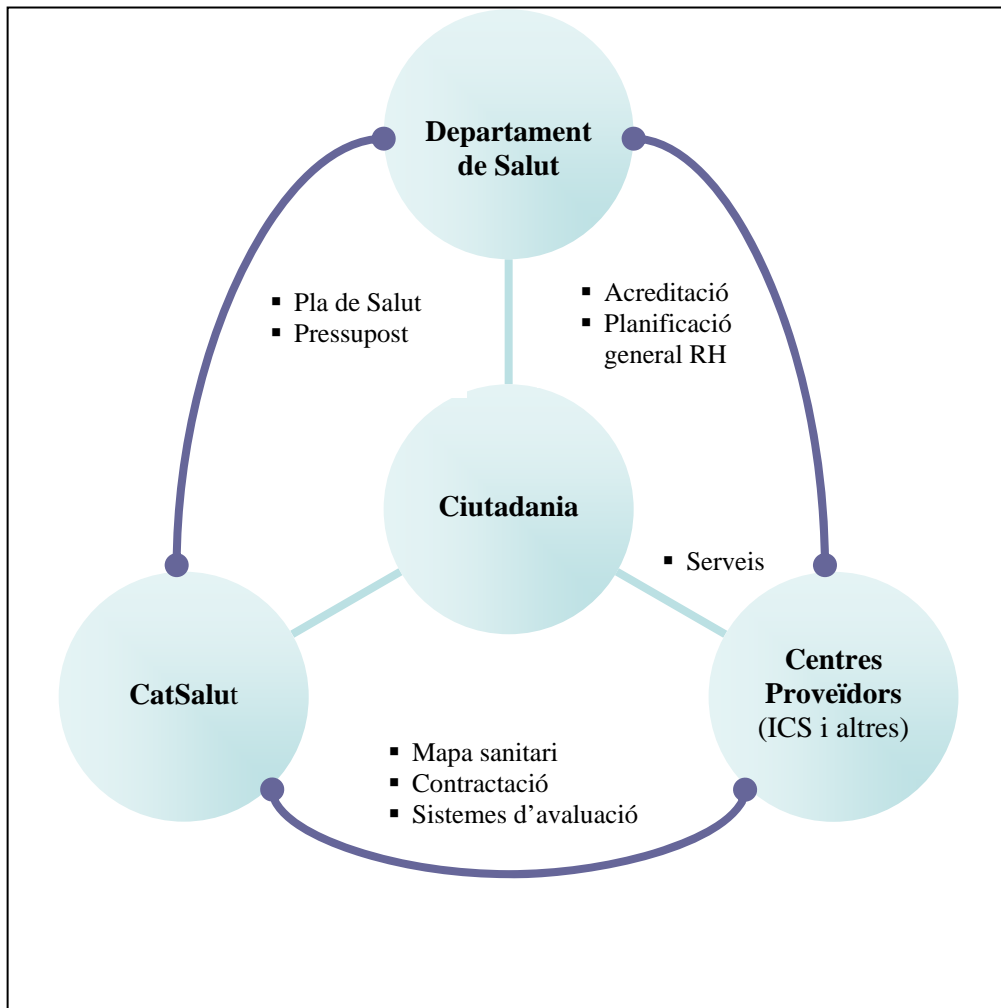
“No s'ha seguit un model fixa't prèviament. Per aconseguir els seus objectius, els actors s'han associat i han fet pressió (...) L'empenta ha vingut de les patronals”.

Recercador expert en gestió sanitària

La implementació del que en el context espanyol s'ha conegut com el model sanitari català i que després han seguit amb un perfil propi les comunitats de València i Madrid va comportar la introducció de nous instruments de gestió i d'un cert discurs que alguns autors van assimilar al moviment de la Nova Gestió Pública (Gallego, 2001). Tot i així, la separació entre el finançament i la prestació dels serveis en sanitat és força corrent a tot Europa i el discurs de la introducció de mecanismes de mercat en la provisió no es limita als països anglosaxons sinó que també és produeix als països nòrdics i a Holanda amb la Comissió Dekker, com ha quedat reflectit en l'anterior capítol.

En el Gràfic 1 es mostren de manera simplificada els principals agents del sistema sanitari català i els instruments o accions que estructuraven les seves relacions.

Gràfic 1. Principals agents i relacions del sistema sanitari català



Elaboració pròpia. Font: Departament de Salut

1.2. Les principals reformes legislatives i de gestió de la salut

Des que Catalunya va rebre del govern central la competència en matèria de salut l'any 1981, s'han anat introduint diverses reformes que han marcat l'itinerari seguit pels òrgans de gestió. Aquests gairebé trenta anys de política sanitària a Catalunya es podrien dividir en fases coincidents amb les dècades. Els consellers que varen tenir una major influència van ser el conseller Laporte en la dècada dels 80 i el conseller Trias, des del 1988 fins el 1996. Durant el mandat de Trias es van impulsar els principals instruments de gestió que es comenten en aquest capítol i que han tingut continuïtat amb els dos governs tripartits. El principal canvi estratègic que ha impulsat la consellera Geli ha estat la descentralització política a través dels governs territorials de salut.

La primera etapa que es podria fer coincidir amb els anys 80 va ser una etapa de recepció de les competències en salut, ordenació del mapa de serveis i definició del model. En el moment de rebre la competència, un 70% dels llits hospitalaris no eren de titularitat pública a Catalunya i per tant només un 30% era de gestió directa per la Seguretat Social. La major part de les institucions hospitalàries no eren ni públiques ni privades sinó del tercer sector compost per entitats que havien estat de l'església, dels governs locals i de previsió social com les mutualitats dels gremis i els "montepíos".

Algunes de les primeres iniciatives estratègiques per part de la Generalitat van ser l'acreditació dels centres no públics, el desplegament del mapa sanitari de Catalunya, la primera onada de concerts – contractes - amb els centres acreditats i la reforma de l'assistència primària que va ampliar els serveis que es prestaven en aquest nivell alhora que va demanar una major dedicació del personal mèdic passant de dues a sis hores diàries de dedicació.

A través d'un decret d'acreditació hospitalària, el Departament de Salut va establir les bases per al finançament estable d'un sistema que ja era força complex. D'aquestes mesures van sortir els primers indicadors d'estructura dels hospitals i els requisits mínims de compliment dels estàndards de recursos físics, organitzatius i operatius. La convocatòria pública per a l'oferta de recursos hospitalaris va acabar convertint alguns hospitals d'aguts en centres per a malalts crònics, malalts mentals o residències geriàtriques. En aquests primers anys, la Generalitat finançava l'estructura per sobre de la demanda sanitària de cada equipament.

“La llei d'acreditació dels vuitanta era estructural. Es pagava als hospitals pel que eren, no pel que feien”.

Recercador expert en gestió sanitària

L'any 1985 es va crear la XHUP, una xarxa hospitalària de base territorial i de proveïdors diversos que integraven els hospitals públics de l'Institut Català de la Salut (ICS) juntament amb els hospitals aliats a l'ICS que havien superat el procés d'acreditació. Aquests hospitals es van classificar en cinc grups en funció del seu equipament: la categoria A per a hospitals general bàsics, la B per a hospitals de referència i la C per a hospitals d'alt nivell tecnològic. També hi havia dues categories

mixtes A-B i B-C. El sistema de categories determinava el pagament dels serveis que prestaven aquest hospitals a pacients del sistema públic com s'explica més endavant. A partir de la segona meitat dels 80 es van incorporar els hospitals públics al sistema de pagament per contractació amb l'objectiu de donar-los un tractament similar al que rebien els hospitals concertats no públics. Pel fet de ser hospitals de titularitat pública i dependre directament del Departament de Sanitat la contractació no va tenir mai la mateixa significació. Un aspecte que també complicava la contractació amb els hospitals públics va ser la seva complexitat així com la varietat de serveis que estaven obligats a prestar, en alguns casos, amb elevats nivells d'especialització.

“Al incloure els hospitals públics, el sistema rellisca. El cas dels hospitals públics grans suposa molta complexitat i tocar-ho tot, estan obligats a fer de tot el que té uns costos molt elevats. Hi ha una oferta sobrecarregada que han de repercutir en altres serveis”.

Recercador expert en gestió sanitària

Una segona etapa es va iniciar l'any 1990 amb l'aprovació de la Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya (LOSC) amb la que es va consolidar el model mixt de provisió creat durant la dècada anterior i que començava a ser un referent per a la resta de l'estat. La LOSC va establir amb claredat la separació de la funcions entre el finançament o compra de serveis i la provisió o prestació d'aquests serveis. També va recollir els principis de diversificació dels proveïdors i de fórmules de gestió, de mercat mixt de competència planificada i regulada i de descentralització dels serveis el que suposava, alhora, la desconcentració administrativa de l'organització a través de la creació de regions i sectors sanitaris. També es preveia la participació comunitària a través d'òrgans de govern de les institucions sanitàries i dels consells de salut.

La LOSC va ser modificada l'any 1995. La llei de modificació va traslladar el model de diversificació de proveïdors a l'àmbit de l'atenció primària que fins aquell moment havia desenvolupat un model com el de la resta de l'estat sobre la base de la provisió pública única a través del ICS. Aquesta nova regulació va obrir la porta a què els professionals sanitaris poguessin crear entitats de base associativa i presentar-se a les convocatòries de concurs públic per a la gestió “privada” de centres d'atenció primària. Aquest model s'havia experimentat en una prova pilot a Vic i després es va anar estenent a altres ciutats de Catalunya fins a superar la vintena de centres de gestió amb aquest sistema de

gestió. La modificació de la LOSC també va introduir el Pla de Serveis Sanitaris i Socio-Sanitaris de Catalunya i va reconvertir el Consorci Sanitari de Barcelona en una regió del Servei Català de la Salut.

La consolidació del model mixt i la seva extensió a l'assistència primària va suposar haver de reforçar la capacitat del Servei Català de la Salut per redactar i controlar el compliment dels contractes el que va provocar un augment de la reglamentació del sector per part del Departament de Sanitat. El sector també es va veure afectat per les obligacions derivades de la nova Llei de Contractació Pública aprovada aquell mateix any.

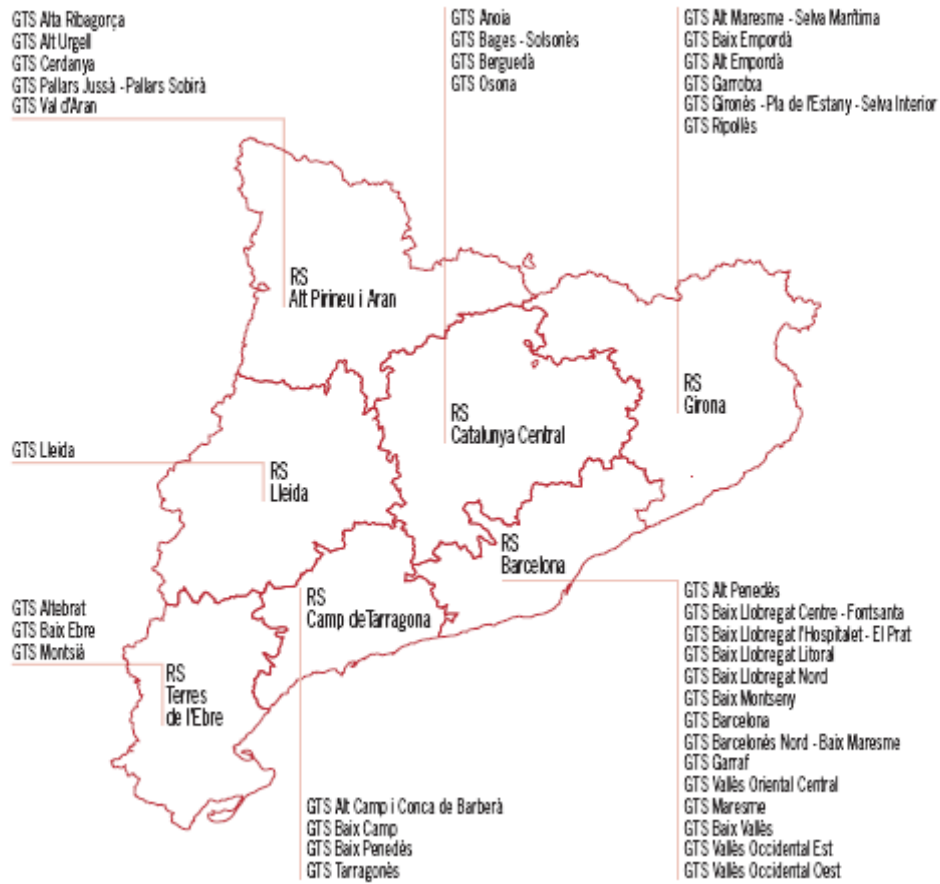
“Amb el conseller Trias i fins a la meitat dels noranta, la gent va ser molt planificadora, hi va haver un gran desplegament normatiu, es van començar a elaborar els sistemes d'indicadors, però després, aquest dinamisme es va anar perdent”.

Gerent d'hospitals

Es podria dir que els anys 2000 marquen una nova etapa en aquest procés de desenvolupament de la gestió de la salut a Catalunya. Concretament l'any 2001, deu anys després de la seva creació, el Servei Català de la Salut canviava de nom i passava a anomenar-se CatSalut. Havia consolidat la separació de funcions entre el finançament i la provisió i volia potenciar la seva funció asseguradora més enllà de la compra de serveis. Durant l'any 2003, el plantejament estratègic del CatSalut va canviar per prioritzar tres grans eixos: la salut pública, l'atenció sanitària i els serveis socials que inclouen l'atenció a la dependència.

La visió integral de la salut que estava present en els plans del departament des de principis dels noranta va tenir el 2004 un nou impuls. El Departament de Salut va entendre que era necessari reforçar aquesta visió amb canvis organitzatius. El nou model impulsat pel govern tripartit, sent Consellera de Salut Marina Geli, es va fonamentar en la descentralització territorial dels serveis en el marc de la reforma que havia de suposar la substitució de les diputacions per les vegueries. L'any 2005 es va iniciar la tramitació legislativa del decret de creació dels Governos Territorials de Salut i es van signar els primers pactes per a la salut amb els ajuntaments que han anat incrementant el seu nombre des de llavors (Catsalut, 2008). El Gràfic 2 mostra el mapa de les regions sanitàries catalanes i els Governos Territorials de Salut ja establerts.

Gràfic 2. Mapa de les regions sanitàries i dels Governos Territorials de Salut



Font: GENERALITAT DE CATALUNYA (2007), Informe del registre del Conjunt Mínim Bàsic de Dades 2006.

2. Les eines que crea el model català i que inclouen mesures de *performance*

2.1. Els contractes: les mesures d'estructura i activitat

Des de l'any 1982, el finançament del sistema sanitari català es realitza a través dels contractes o concerts entre els hospitals acreditats i l'ICS i amb el Servei Català de la Salut, des de la promulgació de la LOSC l'any 1990. La principal unitat per a comptabilitzar i efectuar els pagaments va ser durant la primera època les anomenades “uba” o “unitat bàsica assistencial” que va idear Lluís Bohigas, assessor del conseller a principis dels vuitanta. El sistema consistia en valorar cada activitat hospitalària en “ubas” prenent com a criteri que una estada (pernoctació i menjar principal) tenia el valor d'una “uba”. D'aquesta manera, una visita a urgències era 0,5 “uba”, una primera visita a consultes externes 0,4 i una visita successiva a consultes externes 0,2. Un hospital rebia finançament per a una certa quantitat d'“ubas”, per exemple, 10.000 i amb aquest finançament podia fer la combinació d'activitats que volgués. Aquesta primera fórmula de pagament va tenir però conseqüències no desitjades en l'activitat sanitària ja que incentivava l'activitat:

“Aquest sistema generava molta activitat, moltes visites rutinàries, per exemple. Per altra banda si es feien moltes urgències banals, el cost unitari era menor i l'hospital apareixia com a més eficient del que potser era”.

Recercador expert en gestió sanitària

Aquest sistema de pagament es va combinar l'any 1986 amb la classificació dels hospitals i la creació dels cinc grups tarifaris en funció del seu nivell tecnològic. La lògica era que unes intervencions més sofisticades en casos més complexos tenen un major cost. Això va fer que el pagament dels hospitals estigués molt determinat per la seva capacitat assistencial, això és, la varietat de serveis que podien oferir.

“Hi ha una relació entre la complexitat i l'especialització: la complexitat del pacient i l'especialització de l'estructura dels serveis”

Recercador expert en gestió sanitària

Amb aquest sistema, la manca d'informació empírica sobre els costos d'atenció de cada malalt dificultaven en alguns casos la justificació del pagament d'una centre davant l'altre particularment pel que fa als valors de les "uba" en cada categoria. Per altra banda, el pagament de les tarifes no cobria sempre la totalitat del cost real del servei prestat. Aquest problema era més freqüent en el cas dels hospitals grans amb major inversió en tecnologia el que obligava al Departament a fer aportacions econòmiques d'ajut als comptes d'explotació i subvencions per la inversió en tecnologia (Equip Estudis, 1997).

En la segona meitat dels noranta, mentre eren consellers de sanitat Eduard Rius i després Xavier Pomés es va anar desenvolupant el disseny de l'actual sistema de pagament per concert. El sistema que varen proposar els economistes Pere Ibern i Guillem López-Casasnovas es basa en dos indicadors ponderats que mesuren l'anomenada "intensitat relativa de recursos" (IRR) i la "intensitat relativa estructural" (IRE) per cada hospital. Aquest últim agrupa els hospitals per la banda de l'oferta mentre que l'IRR està més relacionat amb la demanda i, per tant, amb l'activitat.

El sistema de pagament, que és l'actual, inclou una part fixa del 70% que es correspon amb el resultat d'aplicar els IRR i IRE de l'hospital i una part variable del 30% en funció de diverses activitats com les consultes externes i les urgències, entre altres. En tots els casos el pagament és mensual i està condicionat pel passat. Això es va fer així per evitar que la transició cap al nou sistema resultés traumàtica:

"La distribució del pressupost es fa en base a la història però la idea era canviar aquesta distribució gradualment de forma que en deu anys aquella situació històrica donés lloc a un finançament més just i més ajustat al que volia el finançador".

Gerent d'hospitals

Normalment, els contractes tenen una durada de sis anys amb una clàusula que permet la seva revisió anual. Els ens públics i els ens no públics contractats han d'aportar el 30 de juny de cada any els comptes anuals auditats de l'any anterior i tota aquella documentació necessària per als sistemes d'avaluació i control. CatSalut és l'organisme que, per compte de la Generalitat, comprova que l'entitat proveïdora es ceneix als compromisos adoptats en el contracte i a les directrius del Pla de Salut de Catalunya. Els contractes estableixen penalitzacions per possibles faltes. Segons si la falta és lleu,

greu o molt greu, el valor econòmic mínim a compensar varia, a banda la possibilitat de suspendre temporalment o definitiva el conveni. En la il·lustració 1 es mostra la reproducció d'un contracte.

Il·lustració 1.

Reproducció parcial d'un contracte entre el CatSalut i un centre proveïdor³

Clàusula Setzena.- L'entitat contractada ha d'aportar, abans del 30 de juny de cada any, els comptes auditats (balanç, compte de pèrdues i guanys i memòria) de l'any anterior.

Així mateix, l'entitat ha de presentar tota aquella documentació que es determini en les normes que (...) regulin el sistema d'avaluació i control dels centres que presten serveis sanitaris al CatSalut.

Sens perjudici del que preveu el paràgraf anterior, l'entitat ha d'aportar la informació sobre els paràmetres que permetin el seguiment i l'avaluació d'aquest conveni i, en especial, els que fan referència a l'activitat, als aspectes econòmics i financers, a la informació sobre els recursos humans i a les prioritats d'actuació definides pel CatSalut d'acord amb els objectius del Pla de Salut de Catalunya, amb el compromís d'ambdues parts de salvaguardar la confidencialitat pròpia de cada tipus de dades.

Annex I. Penalitzacions (...)

Per falta lleu s'ha d'aplicar l'amonestació o bé la penalització econòmica d'una quantitat que compregui d'una a tres vegades l'import de les assistències afectades, amb un valor mínim de 600€

Per cada falta greu s'ha d'aplicar la penalització econòmica que compregui de dues a cinc vegades l'import de les assistències afectades amb un valor mínim de 3.000€ o bé la suspensió temporal del conveni pel que fa als serveis afectats fins a tres mesos.

Per cada falta molt greu, s'ha d'aplicar la penalització econòmica que compregui de quatre a deu vegades l'import de les assistències afectades amb un valor mínim de 6.000€ la suspensió del conveni de forma temporal o la resolució definitiva del mateix.

Font: Contracte entre el CatSalut i un centre proveïdor

³ Són faltes lleus les que suposin una desatenció al pacient, sense produir perjudicis greus a la seva assistència. Són faltes greus les actuacions o omissions que perjudiquin la salut d'un usuari de forma temporal, que perjudiquin l'organització o el control del sistema assistencial de forma greu i la reincidència de faltes lleus. Són faltes molt greus les que hagin perjudicat de manera important a un o varis pacients i la reincidència de faltes greus.

Un aspecte que ha sortit en les entrevistes és la desincentivació de la sobreproducció d'activitat hospitalària a través dels contractes, amb el pagament de quotes menors per aquella activitat que supera l'estipulada en la part variable tal i com es reflecteix a la Il·lustració 2. Aquest fet, que està relacionat amb les tensions pressupostàries del mateix sistema, provocava històricament que alguns hospitals no declarassin l'activitat que havia superat allò estipulat al contracte (Equip Estudis, 1997).

Il·lustració 2. Reproducció parcial de la clàusula addicional 48a d'un contracte el CatSalut i un centre proveïdor

2.1. Part fixa

El centre percebrà una quantitat fixa mensual corresponent a la dotzena part del producte obtingut en aplicar el 70% dels preus que li són fixats als volums d'activitat assenyalats(...).

2.2. Part variable

A més de la quantitat especificada al punt 2.1. el centre facturarà pels conceptes següents:

a) Activitat d'hospitalització

a.1) Pel que fa a les altes generals

Mensualment, l'import resultant d'aplicar el 30% del preu que li és fixat al nombre d'altes realitzades, sempre que aquest no superi la dotzena part de les contractes al punt 1.1.1. (altes generals)

Si l'activitat realitzada sobrepasa la dotzena part de la contractada en el punt 1.1.1. l'excés de l'activitat es facturarà de la següent manera:

- Si l'excés és inferior o igual al 15% de l'activitat contractada s'aplicarà el 35% del preu fixat.
- A l'excés d'activitat per sobre del 15% de la contractada s'aplicarà el 10% del preu fixat.

Font: Contracte entre el CatSalut i un centre proveïdor

En relació a aquest sistema de contractació, algunes valoracions publicades i comentaris en entrevistes apunten algunes debilitats:

MANCA D'INNOVACIÓ EN LA CONTRACTACIÓ: El contingut dels contractes no ha variat molt des dels inicis dels anys noranta en que es van posar en marxa els concert econòmics entre el Servei Català de la Salut i els centres hospitalaris. Un informe de l'any 1997 ja posava de relleu el problema de la relativa manca d'innovació al assenyalar que el sistema de finançament dels serveis sanitaris tenia un marcat caràcter

incrementalista tendent al manteniment de l'estatus quo (Equip Estudis, 1997). Aquesta percepció de continuisme es manté malgrat la introducció del nou sistema de pagament a través de la fórmula del IRR i el IRE.

“Han sortit algunes iniciatives en relació amb els contractes programa i s’ha avançat en alguns aspectes però es podia haver avançat més”.

Recercador expert en gestió sanitària

INEFICÀCIA DELS INCENTIUS INCLOSOS EN ELS CONTRACTES: Hi ha un cert consens entorn la idea que la introducció d'incentius a través del sistema de pagament dels contractes no ha resultat tan eficaç com s'esperava. D'una banda, perquè els contractes-programa amb els centres de l'ICS no impliquen cap risc financer, i d'altra banda, perquè els proveïdors aliens a l'ICS poden recórrer a mecanismes de finançament addicionals que poden fins i tot perseguir objectius contradictoris amb els dels contractes (Gallego, 2001).

FALTEN DADES SOBRE LA DESPESA DELS HOSPITALS: Deu anys després que ho comentés López Casanovas (1998) encara és necessària la producció d'informació bàsica sobre els estàndards de despesa dels hospitals per poder aplicar mesures de benchmarking com a instruments per a millorar el finançament del sistema. La comptabilització uniforme dels costos hospitalaris, pel seu caràcter heterogeni, planteja dubtes sobre el tractament que reben de l'administració.

En termes de mesura de la *performance* els contractes aporten força informació sobre estructura - recursos dels proveïdors - i sobre procés o activitats realitzades. Els proveïdors faciliten informació al CatSalut sobre els recursos humans i materials dels seus centres el que permet avaluar la seva suficiència i qualitat. La informació sobre els processos és més difícil d'obtenir ja que no només té que veure amb la quantitat d'activitats realitzades sinó que també hauria d'incloure aspectes qualitatius sobre com es fan aquestes activitats. En aquest àmbit, el Departament de Salut i el Catsalut van anar desenvolupant un conjunt d'accions que han anat aportat força informació. Per una banda, es van elaborar i publicar les guies a seguir pel professional mèdics en 18 intervencions d'assistència primària el que va facilitar les tasques d'inspecció. Per altra banda, l'activitat d'auditoria a través de “peer review” - revisió per professionals

externs - control d'històries clíniques i enquestes als professionals i usuaris sobre les pràctiques desenvolupades i rebudes també aporta informació sobre aquests elements qualitativament rellevants però més difícils de captar sobre l'acció dels professionals de la salut.

2.2. El plans de salut: la mesura de la salut dels catalans i de la seva evolució

La planificació va ser des del inici una de les principals preocupacions del Departament de Sanitat de la Generalitat. En els més de vint i cinc anys de planificació sanitària a Catalunya hi hagut una evolució. Com hem comentat més amunt, la dècada dels anys 80 va estar centrada en l'ordenació dels recursos i serveis en el territori - Mapa Sanitari de Catalunya, Reforma de l'Atenció Primària, Programa de Reordenació Hospitalària i creació de la XHUP - mentre que la dècada dels anys 90 va suposar la preparació - Document Marc per a l'Elaboració del Pla de Salut de l'any 1991 - i elaboració dels primers tres plans de salut de Catalunya - 1993, 1996 i 1999 - (Seculi, 2003) . L'any 2000 es va completar una primera avaluació dels objectius del pla aleshores vigent per preparar el Pla 2002-2005. Més recentment, s'ha publicat el Pla de Salut de Catalunya a l'horitzó 2010. La taula 3 mostra la cronologia dels processos de planificació del sistema sanitari català.

Taula 3. Els processos de planificació sanitària a Catalunya (1980-2008)

<p>Ordenació territorial sanitària i dels recursos assistencials</p>	<p>1980: Mapa Sanitari de Catalunya</p> <p>1983: Desplegament del Mapa Sanitari</p> <p>1985: Reforma de l'atenció primària (RAP). Creació de la XHUP i Programa de Reordenació Hospitalària (PRH)</p>
<p>Planificació per objectius de salut</p>	<p>1991: Document marc per a l'elaboració del Pla de Salut</p> <p>1993: Pla de Salut de Catalunya 1993-1995</p> <p>1996: Pla de Salut de Catalunya 1996-1998</p> <p>1999: Pla de Salut de Catalunya 1999-2001</p> <p>2000: Avaluació dels objectius per a l'any 2000 del Pla de Salut de Catalunya</p> <p>2003: Pla de Salut 2002-2005</p> <p>2008: Pla de Salut de Catalunya a l'horitzó 2010</p>

Elaboració Pròpia. Font: GENERALITAT DE CATALUNYA (2003) "Avaluació dels objectius per a l'any 2000 del Pla de Salut de Catalunya".

El tret de sortida el va donar la LOSC que estableix el Pla de Salut de Catalunya com a l'instrument fonamental de la política sanitària del Govern de la Generalitat de Catalunya i marc de referència de totes les actuacions públiques en l'àmbit de la salut. La llei, per altra banda indica que la planificació sanitària ha de donar resposta a les necessitats de salut de la població partint d'un plantejament d'objectius de salut i no només de serveis assistencials (Salleras, 2003) el que implica les idees de prevenció i vida saludable entre altres.

Els principals referents de Catalunya per a la planificació per objectius de salut van ser el Quebec i els EUA. Catalunya va establir contactes permanents amb el Quebec i, en menor mesura, amb els EUA que a mitjans dels anys vuitanta va fer pública la seva iniciativa *Healthy People 2000* que hem comentat en l'apartat anterior i que va servir de model per a molts països que volien establir les seves bases de planificació de polítiques de promoció de la salut a mig i llarg termini.

En el Document Marc per a l'Elaboració del Pla de Salut de Catalunya publicat l'any 1991 s'explicava el procés a seguir en l'elecció dels problemes i les intervencions prioritàries i en la formulació dels objectius generals de salut i de disminució del risc prenent com a horitzó l'any 2000. Segons Salleras (2003), aquest document va estar molt influït per l'Estratègia de Salut per a Tots a l'Any 2.000 de la Regió Europea de l'OMS.

El Departament de Salut i el Servei Català de la Salut, després CatSalut van elaborar els successius plans (1993-1995, 1996-1998, 1999-2001, 2002-2005). Els objectius, els indicadors i les fonts d'informació es van acordar conjuntament entre les regions i els serveis centrals amb la finalitat d'incorporar l'especificitat de cada territori en la identificació de problemes, intervencions i estratègies. També es va comptar amb la participació d'experts de l'àmbit sanitari, de les associacions professionals i científiques i dels ciutadans a través de l'Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA), realitzada per primera vegada l'any 1994 amb una mostra de quinze mil persones i repetida posteriorment els anys 2002 i 2006 amb una mostra ampliada.

“El Pla de Salut de 1993-1995 va ser el primer pla de debò. El document de 1991 era una eina pel desenvolupament de la planificació estratègica. En aquella època es va fer la primera base de dades d'informació i la primera enquesta de salut de Catalunya”.

Directiu públic a l'àmbit de la planificació sanitària

A partir del Pla de Salut 1996-1998, cada pla conté una avaluació general del pla anterior que inclou algunes mesures de *performance*. Paral·lelament també es van portar a terme diversos processos d'avaluació d'àmbits concrets com les àrees bàsiques de salut - 1995 i 2000 - i l'atenció primària - 1995 i 1998 - que van esdevenir importants fonts d'informació. L'avaluació més important però va ser l'any 2003 (Generalitat de Catalunya, 2003) en que es van presentar els resultats globals de l'avaluació dels plans de salut que tenien objectius generals de salut fixats per a l'any 2000. El balanç d'aquesta avaluació és bastant positiu ja que dels 111 objectius marcats, només 5 no es varen poder avaluar per manca d'informació i, dels objectius avaluats, es va considerar que s'havia assolit totalment el 70,6% i parcialment el 7,9%. No s'havia assolit doncs un 21,5% dels objectius.

“Després del Pla de Salut 1999-2001, els responsables dels programes van interpretar que un terç dels objectius no es van assolir però que sí es van assolir dos terços. Tot i això, el pla no es va poder comparar amb cap altre de característiques similars”.

Directiu públic a l'àmbit de la planificació sanitària

El pla de salut 2002-2005 que presentava les estratègies a seguir fins a l'any 2010 va suposar algunes novetats. En primer lloc, es va ampliar a cinc anys el període de vigència dels futurs plans ja que s'estimava que tres anys era un període massa breu per a poder observar modificacions significatives dels objectius establerts en la planificació sanitària. També es va fer un esforç per incloure objectius que fossin avaluable a través d'indicadors vàlids, disponibilitat de nivells de partida en l'any 2000 i previsió de la possibilitat de tenir dades obtingudes amb la mateixa metodologia l'any 2005. En relació als objectius formulats per l'OMS-Europa o per la Unió Europea, el pla 2002-2005 va fer una interpretació més lliure per tal de adaptar-se millor a la realitat catalana i ser més receptiu a les percepcions de les associacions professionals i científiques de Catalunya.

Recentment es va publicar “Pla de Salut a l'Horitzó 2010”, que inclou l'avaluació dels objectius de salut del Pla 2002-2005 i el seguiment dels objectius de salut fixats per a l'any 2010. Aquest últim document distingeix 5 eixos estratègics que articularan les polítiques de salut fins al 2010 (Generalitat de Catalunya, 2008).

Les valoracions publicades (Seculi et al 2003, Salleras, 2003) i els comentaris que han sorgit en les entrevistes han posat de relleu alguns problemes dels plans de salut de Catalunya en relació a la seva capacitat per generar mesures de *performance*.

EXCESSIU NOMBRE D'OBJECTIUS: El fet d'abastar un excessiu nombre d'objectius i la dispersió dels recursos en un sistema prou complex explicaria que sovint hagi estat difícil no ja la valoració dels objectius sinó la seva traducció en activitats concretes i en serveis. En aquest sentit, diversos observadors han manifestat la manca de relació d'alguns objectius dels plans de salut amb les activitats si bé es reconeix que els contractes dels proveïdors amb el CatSalut han ajudat a aplicar les polítiques i, en

general, han estat un instrument útil per forçar el compromís dels operadors amb els objectius del Departament i dels seus planificadors.

BUIITS D'INFORMACIÓ: Si bé s'ha avançat molt en la gestió de la informació i s'ha invertit recursos en la tecnologia pel seu processament també hi ha un cert acord en la necessitat d'omplir buits d'informació en alguns àmbits d'activitat i en relació a processos i resultats. Els problemes relacionats amb les fonts d'informació plantegen alhora problemes de validesa i fiabilitat d'algunes dades, de manca d'homogeneïtzació i integració.

RESISTÈNCIES A LA IMPOSICIÓ “BUROCRÀTICA” D'OBJECTIUS I INDICADORS: La demanda d'informació ha provocat algunes resistències dels professionals sanitaris ja sigui per una qüestió de poder i de control de les dades o per la desconfiança sobre el seu ús o, fins i tot, sobre la utilitat dels sistemes d'avaluació per al treball més operatiu. Salleras (2003) explica que la Generalitat va impulsar diverses accions de sensibilització i formació entre el personal sanitari per contrarestar aquestes reaccions i actituds.

En termes de mesura de la *performance* els plans de salut han estat importants per generar algunes mesures de resultats o *outcomes* en relació a la salut de la població catalana. També han estat importants perquè han condicionat la informació que recull el CatSalut a través dels contractes amb els ens proveïdors. En el moment que es va obrir l'assistència primària a la contractació externa a través de les entitats de base associativa es va produir l'efecte de traslladar l'exigència d'informació dels centres externs als centres gestionats per l'ICS.

2.3. El Conjunt Mínim Bàsic de Dades: la mesura de la pràctica clínica

Les reformes que es van introduir a principis dels noranta també van tenir el seu reflex en la millora de les fonts d'informació sobre morbiditat, mortalitat i activitat assistencial a través de la creació del Conjunt Mínim Bàsic de Dades (CMBD) un registre de dades bàsiques que seguint l'exemple d'altres països, es va considerar un recurs estratègic per a la planificació, la presa de decisions i l'avaluació del sistema sanitari català.

El conjunt mínim bàsic de dades permet conèixer la patologia atesa i com evoluciona en el temps, les característiques de l'atenció prestada i la distribució de l'activitat en el territori (Generalitat de Catalunya, 2007). Es construeix sobre la base del diagnòstic del pacient i dels procediments aplicats pels professionals que l'atenen. El CMBD defineix un nombre mínim de variables (demogràfiques, de diagnòstic, de procediments, complicacions i reingressos per cada pacient) i diferencia en funció del tipus d'activitat assistencial segons sigui atenció hospitalària d'aguts (CMBD-HA), atenció psiquiàtrica (CMBD-SMH) o atenció socio sanitària (CMBD-RSS).

El CMBD va començar amb una ordre del Govern de la Generalitat del 23 de novembre de 1990. Amb aquesta ordre, el govern català va obligar tots els hospitals públics i privats de Catalunya a alimentar un conjunt mínim bàsic de dades per cada l'alta hospitalària amb la informació de l'activitat d'hospitalització d'aguts (CMBD-HA). Aquest registre es va consolidar i ampliar durant la dècada des noranta. L'any 1995 es va incorporar l'activitat dels hospitals psiquiàtrics monogràfics al registre i durant l'any 1996 la cirurgia major ambulatoria i l'activitat dels hospitals de dia. L'any 1998 es van afegir els centres ambulatoris de salut mental i l'any 1999 els de recursos socio-sanitaris. No va ser però fins el 2003 que els diversos registres del CMBD van unificar la seva gestió adoptant una mateixa definició per les variables comunes a totes les xarxes.

A partir de la informació que recullen els registres del CMBD s'elaboren informes i estudis que aporten informació elaborada sobre l'activitat anual de la xarxa sanitària de Catalunya. Es tracta d'una informació molt completa ja que la majoria dels hospitals participen aportant dades al sistema com demostra que el 100% dels hospitals de la XHUP i el 79% de privats – 86 hospitals en total - van enviar dades al registre d'atenció hospitalària d'aguts de l'any 2006. Aquests hospitals transmeten cada tres mesos al CMBD les dades corresponents a la seva activitat i obtenen informes comparatius amb dades de la resta d'hospitals a finals d'any.

Els informes estadístics publicats a partir de les dades del CMBD són agregats i les comparacions es fan amb la mitjana o valor estàndard dels diagnòstics i procediments que elabora el Departament de Salut pel mateix any o per l'any anterior. Algunes

comparacions es fan per regió sanitària i recentment per “Governs Territorial de Salut” que sovint coincideixen amb les comarques. La informació recollida ha estat útil pels proveïdors per tenir els valors de referència per cada procés. També ha estat útil per la contractació dels serveis als proveïdors que ha fet un ús intensiu de la mesura de les estades mitjanes com a referència.

“Es contracten serveis per estada mitjana en l’hospital segons les dades del CMBS. El pagament es fa en funció de la mitjana del sector pel que si un hospital s’allunya d’aquesta mesura hi perd diners”.

Directiu públic a l’àmbit de la gestió sanitària

En relació al CMBD, les principals debilitats que han identificat diversos autors i experts entrevistats han estat dues que estan molt relacionades:

EXPLOTACIÓ INSUFICIENT DEL CMBD: Històricament, hi ha la sensació que no s’ha tret prou profit de la potencialitat del CMBD. L’any 1997 ja es comentava que s’havia de fer un major esforç de difusió i anàlisi de les seves dades (Equip Estudis, 1997). Des de l’any 2000 aquesta situació ha millorat per la difusió on-line dels informes del CMBD i la possibilitat de sol·licitar directament les dades. Aquesta major accessibilitat a la informació no s’ha traduït en un anàlisi dels *outcomes* clínics del sector.

AGREGACIÓ I CONFIDENCIALITAT DE LES DADES: Una limitació important és la confidencialitat de les dades per hospital. El CMBD no permet l’anàlisi del rendiment o dels resultats a nivell d’hospital individual, ni tampoc fer comparacions entre ells. El sistema no preveu que es puguin elaborar taules comparatives. L’ús de la informació és per tant individual per part de les institucions o empreses de consultoria que hi troben les dades que necessiten per a millorar la seva gestió.

En la línia d’aquestes percepcions, els registres del CMBD tenen una gran potencialitat per la mesura de la *performance* i per avançar en la comparació de resultats clínics però la impossibilitat de fer anàlisis desagregats limita la seva utilitat social. La seva principal funció ha estat la planificació sanitària i el suport a la compra de serveis.

2.4. La Central de Balanços: les mesures econòmiques i financeres

Com la majoria dels instruments que es comenten en aquest capítol, la Central de Balanços del Servei Català de la Salut es va crear l'any 1990 seguint el model de la central de balanços del Banc d'Espanya per la necessitat de disposar de sistemes d'informació comptable i financera homogenis que proporcionessin informació vàlida per racionalitzar la gestió dels centres sanitaris de la XHUP i al mateix temps dotar a l'administració d'instruments aptes per a la planificació de la despesa pública (DSSS, 2001).

La principal finalitat de la Central de Balanços era doncs promoure un millor coneixement de la situació i evolució econòmica i financera dels hospitals i altres centres proveïdors de serveis sanitaris de la XHUP. Concretament, la Central de Balanços consisteix en una bases de dades alimentada amb informació que faciliten els centres i que permet elaborar dos tipus d'informes:

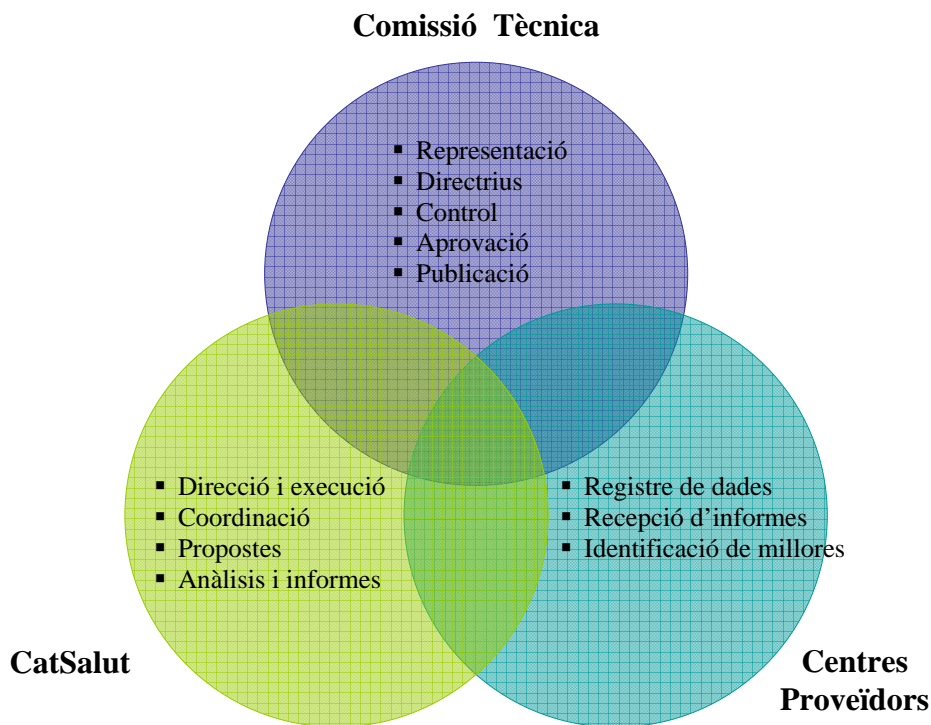
- informes agregats de les dades econòmiques i financeres dels centres que formen el sector, agrupant-los segons la línia principal d'atenció sanitària o la regió sanitària i comparant els darrers cinc anys per il·lustrar l'evolució del sector;
- informes comparatius individualitzats per cada centre on s'especifiquen les dades del centre en relació a les agrupacions de centres a les que pertanyen. Aquests informes són confidencials i en aquest sentit hi ha un compromís de no difusió de les dades comptables i financeres de les institucions per part de la Generalitat.

“La Central de Balanços inclou dades de finançament, pressupost, gestió econòmica i comptable dels centres..., com la central de balanços del Banc d'Espanya. La idea era recollir els comptes i aflorar la situació financera del sector. Es treballa amb clusters evitant que es pugui identificar els hospitals, tenint cura de les zones territorials en que només n'hi ha un”.

Directiu públic a l'àmbit de la gestió sanitària

La Central de Balanços és considera una iniciativa del sector en la que participa l'administració juntament amb els representats dels centres proveïdors i de les associacions de centres sanitaris. Per això és dirigida conjuntament a través d'una Comissió Tècnica. Segons Argenté (2007), el funcionament de la Central de Balanços es basa en el consens i en la participació voluntària i en les relacions de confiança i interès mutu que s'estableixen entre els seus membres. Tal i com mostra el gràfic 3, la Comissió Tècnica integra representants de l'administració i de les associacions de centres sanitaris i és l'òrgan que marca les directrius del projectes i controla i aprova les publicacions dels informes. El CatSalut s'encarrega de la direcció i coordinació dels treballs de la Central de Balanços i de les anàlisis de les dades i confecció dels informes. Els Centres sanitaris proveïdors són els encarregats de proporcionar les dades i un cop han rebut els informes, identificar les millores en diferents àrees.

Gràfic 3. La Central de Balanços: agents implicats i funcionament



Elaboració pròpia. Font: ARGENTÈ, M et al. (2007)

L'any de la seva creació es van incorporar a la Central de Balanços seixanta-tres centres prestadors d'assistència hospitalària d'aguts de la XHUP. A mitjans dels noranta s'hi van incorporar els centres de salut mental i l'any 2006 els centres sociosanitaris. L'any 2007 formaven part dels informes de la Central de Balanços noranta-sis centres, la majoria (seixanta) d'atenció hospitalària d'aguts (Argenté, 2007).

Sobre la Central de Balanços, la valoració és força unànime ja que la seva funció està clara pel que fa a l'anàlisi de la situació financera del sector. La Central de Balanços ha estat un instrument important per al diagnòstic de la situació econòmica de les institucions perquè homogeneïtza i fa més comparable la informació. La difusió d'aquesta informació és molt restringida però permet a la Generalitat valorar la salut financera del sector amb el que contracta. La Central de Balanços també ha estat útil per impulsar una cultura de solidaritat i transparència dins el sector el que ha permès que cada centre tingués referències per analitzar els seus comptes.

Al mateix temps hi ha un cert consens sobre les seves limitacions per l'anàlisi de *performance*:

EXPLOTACIÓ INSUFICIENT DE LES DADES: La Central de Balanços ha difós el concepte de "benchmarking" entre les institucions del sector sanitari però, com passa amb altres instruments de recollida d'informació, hi ha una percepció força general de que no es treu prou profit de les dades disponibles.

"Hi ha diversos registres amb molta informació recollida però no es comparteixen les dades, fa por que la informació arribi als diaris o que es facin rànquings".

Recercador expert en gestió sanitària

TEMOR A LA UTILITZACIÓ PÚBLICA DE DADES SENSIBLES: El fet que siguin els mateixos centres proveïdors qui aporten les dades i que ho facin voluntàriament és un precedent que pot ser útil per a recollir altres tipus d'informació que no sigui merament comptable o financera. Existeixen però un cert temor a compartir dades que pugin ser utilitzades per qüestionar la qualitat dels serveis i la reputació dels centres.

En termes de mesura de la *performance*, la Central de Balanços juga doncs un paper clau per la producció d'indicadors de recursos, eficiència i productivitat. En la línia d'avançar en la producció d'informació sobre outputs i *outcomes*, l'any 1997 va crear una mesura que relaciona variables econòmiques amb variables de producció i que dóna una certa mesura de la productivitat comparada dels hospitals.

“Varem entendre que calia explicar el perquè de les dades i avançar en la mesura dels impactes. Fruit d'aquesta preocupació va sortir la “ume” en el marc de la Central de Balanços, un indicador que permet lligar els costos amb l'activitat sanitària i tenir una certa idea de productivitat comparada”

Directiu públic a l'àmbit de la gestió sanitària

Aquesta experiència i el fet de ser el lloc de trobada del sector per compartir informació sensible sobre les institucions poden jugar al seu favor per liderar el procés que porti a desenvolupar noves mesures de *performance* no limitades a la comptabilitat i les finances. Això explica que rebés l'encàrrec de crear una nova central, aquesta vegada de resultats.

2.5. La Central de Resultats: la mesura dels *outcomes* del sistema català

La iniciativa pública més recent i que té una relació directa amb la mesura de la *performance* és el projecte de creació d'una Central de Resultats, un projecte que es va aprovar per una ordre legislativa l'any de 2003 però que no es va posar en marxa fins l'any 2005 com una unitat específica dins la Central de Balanços. La Generalitat va discutir la possibilitat de crear una “l'Agència de la Qualitat i d'Informació del Sistema de Salut” sobre la base d'agrupar la Central de Balanços, l'Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques (AATRM)⁴ i la nova Central de Resultats. Aquesta alternativa que estava prevista en els pressupostos de Salut de l'any 2007 (Departament de Salut, 2007) no va prosperar com tampoc la possibilitat d'encarregar la Central de Resultats a una empresa independent, una opció que inicialment haurien preferit les patronals hospitalàries de Catalunya.

⁴ L'Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques (AATRM) és una empresa pública del CatSalut creada l'any 1994 amb la missió de donar suport al sistema sanitari català sobre la base de la recerca aplicada a la producció de coneixement científic per a millorar la prevenció, el diagnòstic i el tractament de les malalties.

El precedent més clar de la Central de Resultats a Catalunya va ser un projecte internacional del Consorci Sanitari de Barcelona (CSB), ens que va ser creat l'any 1987 per la Generalitat i l'Ajuntament de Barcelona amb l'objectiu de dirigir i coordinar la gestió dels centres sanitaris de la ciutat. L'any 2003 es va crear l'Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB) com a organisme autònom del CSB a la qual es van integrar els serveis i recursos de l'Institut Municipal de Salut Pública de l'Ajuntament de Barcelona. La ASPB va heretar dos projectes de l'Institut Municipal amb el Quebec per a desenvolupar uns indicadors que permetessin comparar Barcelona i Montreal en relació a l'acompliment d'alguns objectius de salut amb una visió transversal i per patologies. L'altre ens vinculat al CBS i precursor de la central de resultats és el Barcelona Observatori de Tendències de Serveis de Salut (BOTS). Aquest observatori té com a objectiu principal avaluar la qualitat dels serveis sanitaris sobre la base de l'anàlisi comparatiu. La seva estratègia està molt orientada a la gestió del coneixement sobre la base de compartir i intercanviar informació entre els centres de la ciutat.

Aquesta dimensió de gestió del coneixement està també present en el projecte de Central de Resultats de la Generalitat. La principal preocupació del sector és la fragmentació de la informació en la mesura que cada administració i cada centre recull les seves pròpies dades i només a través de la contractació hi ha una certa avaluació en relació a objectius de política sanitària.

La Central de Resultats està formada per un Comitè Directiu on estan representats la Conselleria i les patronals i un Comitè Tècnic. Com va passar amb la Central de Balanços, el Servei Català de la Salut lidera el projecte però s'entén que aquest és un projecte compartit en el que les patronals del sector i els centres proveïdors tenen el control junt amb l'administració catalana.

La Central de Resultats és, en el moment que s'escriuen aquestes línies, un projecte. La percepció dels actors és que la Generalitat i el sector tenen avui les dades i els mitjans tècnics necessaris per a produir un conjunt mínim d'indicadors amb una clara orientació de resultats o *outcomes* tant de salut de la població com d'impacte de la gestió dels serveis sanitaris sobre la salut. Per als principals responsables de la Central de Resultats, el problema no és tant la disponibilitat de la informació com l'acceptació per

tots els actors d'entrar en una lògica de discussió i anàlisi de la informació sobre resultats.

L'estratègia que segueix la Central de Resultats consisteix en consensuar una bateria d'indicadors sobre la base d'informació que tenen l'administració i els centres de la xarxa d'utilitat pública. La administració va proposar els indicadors a partir de les seves bases de dades i espera que la resta d'actors afegixin informació que està en el seu poder. La idea inicial és no superar un centenar d'indicadors que haurien d'aprovar tots els participants en el projecte.

El plantejament que s'està fent de la Central de Resultats respon a una visió prudent que intenta evitar les reaccions defensives i els possibles riscos polítics. Al mateix temps aquesta visió no deixa de suposar algunes limitacions pel projecte:

PERSPECTIVA AGREGADA I DE SISTEMA: La perspectiva de la Central de Resultats, com en el cas de la Central de Balanços, és de sistema. La previsió és produir informació de resultats globals sense desagregar per centres. La resistència a publicar dades de forma desagregada pot limitar de forma substantiva la transparència que es pretén.

SÍNTESE D'INDICADORS DE TOT TIPUS I NO NOMÉS DE RESULTATS: El projecte inclou tot tipus d'indicadors amb la possibilitat d'agrupar-los després en funció de diversos criteris. La inclusió d'indicadors de recursos, estructura, estat de la salut, malalties d'alta prevalença, satisfacció dels usuaris, problemes de gestió, errors i reclamacions i qualitat del servei pot ser útil per donar una visió sintètica de *performance* però pot limitar l'atenció i l'esforç per definir i mesurar *outcomes*.

RESISTÈNCIES A PUBLICAR INFORMACIÓ QUE PUGUI AFECTAR LA REPUTACIÓ DELS CENTRES: El temor a la publicació, ni que fos involuntària, de dades que es puguin utilitzar per fer ordenacions i rànquings limita aquest procés. L'estratègia de publicació es preveu que sigui gradual i pactada amb els agents del sistema, el que és probable que es tradueixi, però, en uns indicadors parcials.

“L’estratègia és fer-ho públic però de manera raonable. Es farà pública la part que es decideixi en la concertació: una part si i una altra no. Amb dades desagregades caldrà explicar-ho tot molt bé”.

Directiu públic a l’àmbit de la gestió sanitària

COSTOS DE TRANSACCIÓ I FATIGA ADMINISTRATIVA: El projecte de la Central de Resultats és percebut com una iniciativa a través de la qual l’administració demana novament dades als centres proveïdors. Aquests posen de relleu els costos que els hi suposa generar aquesta informació i demanen que l’administració esgoti primer les fonts d’informació que controla. Dins els mateix CatSalut també es produeixen reaccions similars i amb el Departament de Salut. Malgrat, la capacitat tecnològica de la Generalitat, el cost de gestió de la informació és notable.

2.6. El TOP20: la mesura dels outcomes dels hospitals espanyols per una empresa privada

Des de l’any 2000 una empresa privada convida als hospitals espanyols a participar en el seu programa anual d’avaluació basat en indicadors objectius, obtinguts a partir d’un qüestionari propi i altres dades que registren els hospitals de forma rutinària, en el cas català, principalment en el CMBD. Aquest programa voluntari, conegut com el TOP20 és el primer que ofereix resultats sintètics de *performance* hospitalària i per la seva difusió en el sector pot condicionar el projecte públic de la Central de Resultats.

Aquesta iniciativa és fruit d’un debat que es va produir en primera instància durant els anys 80. En el moment que el sistema sanitari català començava el procés de les acreditacions d’hospitals, Mercè Casas, una tècnica de l’Ajuntament de Barcelona ja va proposar seguir un camí alternatiu i que es centrés en els conceptes d’efectivitat i qualitat. En aquell moment ni l’Ajuntament de Barcelona ni la Generalitat van recolzar aquesta via.

Anys després, Mercè Casas va crear l’empresa de consultoria IASIST que opera en l’àmbit sanitari i des de l’any 2000 porta a terme el projecte TOP20. Inicialment, l’empresa ofería un sistema de mesura en base a informació de l’alta hospitalària i dels

GRDs - Grups Relacionats de Diagnòstic – per valorar l’eficiència. Actualment, ofereix un sistema de comparació en la línia del benchmarking que inclou també dades d’altres països per a la comparació dels resultats de cada hospital amb la resta hospitals en una sèrie d’indicadors sobre qualitat, funcionament i eficiència. El TOP20 no es defineix com un rànquing d’hospitals ja que manté la confidencialitat institucional i ofereix resultats agregats i anònims. Només fa públic el nom dels hospitals premiats en una desena de categories que inclouen hospitals comarcals públics - grans i petits -, hospitals generals diferenciant en tots els casos pel seu model de gestió - estatutari o laboral -, hospitals amb especialitats de referència i hospitals privats⁵. A més, cada any s’analitza una àrea clínica diferent.

El TOP20 basa la seva avaluació en sis indicadors que comprenen tres dimensions: qualitat assistencial, funcionament i sostenibilitat econòmica de la pràctica crítica.

Taula 4. Indicadors d’avaluació del TOP20

<p>Indicadors de Qualitat Assistencial</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Índex de mortalitat ajustat per risc ▪ Índex de complicacions ajustat per risc ▪ Índex de readmissions ajustat per risc
<p>Indicadors de Funcionament</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estança mitja ajustada per casuística i severitat ▪ Taxa de substitució en cirurgia sense ingrés
<p>Indicador Econòmic</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cost per unitat de producció ajustat

Elaboració pròpia. Font: IASIST (2007)

A través dels resultats sobre qualitat assistencial es detecten quins són els hospitals amb més efectivitat, és a dir, els que tenen millors resultats tot i tractar a malalts més complexos i es comparen en percentatges els seus resultats amb la mitjana dels hospitals

⁵ El TOP20 classifica els hospitals com a públics o privats en funció de l’origen del finançament de la seva activitat i no de la propietat patrimonial o la seva gestió.

de cada categoria. D'altra banda, el concepte de qualitat va estretament relacionat amb el de bon funcionament ja que s'entén que la pràctica clínica, els temps i els processos són elements determinants de la qualitat. A més, a través dels indicadors de funcionament es valoren també elements d'eficiència - estades hospitalàries més curtes, cirurgia sense ingrés - que s'avaluen de manera específica a través de l'indicador econòmic que relaciona el cost de les activitats amb el volum i complexitat de l'assistència que realitzen.

El TOP20 és una experiència privada, voluntària i d'un abast limitat però, al mateix temps, és probablement l'experiència de mesura de la *performance* agregada més important a Catalunya i a l'estat espanyol, amb la participació de fins a 150 hospitals diferents en les darreres vuit edicions. Això no exclou que hagi estat objecte de crítiques en base a la seva metodologia donades les possibilitats de millorar els resultats, especialment a nivell a d'eficiència, amb la inclusió d'un major nombre de diagnòstics secundaris en la facturació.

CAPÍTOL 4. EXPLICACIONS “RACIONALS” I “ESTRUCTURALS” DE LA TRAJECTÒRIA SEGUIDA PER CATALUNYA EN RELACIÓ A LA MESURA DE LA PERFORMANCE I ANÀLISI DE LA SITUACIÓ ACTUAL

Una vegada revisada la trajectòria de Catalunya en relació al tema que ens ocupa, en aquest capítol es tracten tres qüestions: primer, perquè s'arriba a la situació actual; segon, en quina mesura els indicadors i les mesures que s'han anat creant són útils a les funcions de govern del sector; i tercer, quins són els desenvolupaments futurs que podem esperar en aquest àmbit a Catalunya. En relació al primer punt, la finalitat és explicar el perquè del procés observat, el que ens permet introduir la perspectiva institucional i política allunyada de la visió estrictament econòmica que hem comentat en la introducció. Amb el segon punt es tracta de veure fins a quin punt es reproduïxen alguns dels problemes clàssics de tot projecte de mesura de la *performance* que limiten les possibilitats d'evolució del model. Amb el tercer punt, fem un pas des de l'anàlisi dels processos i dels fets a la estimació del que és probable que passi i del que seria normativament desitjable per a garantir l'èxit d'aquest procés.

1. Explicacions “racionals” i “estructurals” de la trajectòria seguida

D'acord amb el plantejament d'anàlisi dels processos polítics i administratius que es feia en la introducció, analitzem aquí quatre possibles explicacions del procés que ha seguit Catalunya en relació al desenvolupament d'indicadors per mesurar la *performance*, insistim, en el sentit més ampli de mesura de l'eficàcia, de l'equitat, l'eficiència, la qualitat i el funcionament del sistema de salut pública.

Aquest plantejament segueix l'anàlisi de Pollitt (2007) que havíem anunciat i es pregunta quina de les quatre explicacions considerades és la que millor s'ajusta al procés observat. Les explicacions que hem considerat es fonamenten en a) l'elecció racional i el camí de la dependència; b) en l'efecte de les estructures polítiques i administratives, de la cultura i els valors presents a la societat i a l'administració pública; i c) en la organització del sector i els mecanismes de finançament. Lògicament també hem considerat la possibilitat de combinació d'aquestes teories. Per començar però, examinem una primera hipòtesi que vincula la posició de Catalunya en aquest

tema al fet de patir un cert retard respecte altres sistemes europeus. Creiem però que aquesta no és una explicació suficient o que es pugui mantenir sense recórrer a altres explicacions del perquè aquesta situació de retard es produeix.

1.1. L'explicació en base al retard en l'adopció d'una reforma previsible

La primera explicació i la més simple és que els catalans varem començar més tard i hem trigat més a entrar en la discussió d'una estratègia de mesura de la *performance* però que poc a poc acabarem fent com el nostres veïns del nord, desenvolupant per tant sistemes sofisticats i complexos de mesura de la salut de la població i de l'impacte de la gestió pública dels serveis sanitaris. Per imitació o per difusió de pràctiques de gestió a través de les organitzacions supranacionals, la sanitat catalana i espanyola en general, han anat introduint ja mesures que havien estat creades en altres països europeus i és previsible que segueixi el camí marcat per alguns dels països que hem comentat en el segon capítol d'aquest treball.

Aquest explicació s'utilitza sovint sobre la base de la classificació dels països europeus en cinc grans grups pel que fa a la gestió pública: països de l'Europa del nord, països anglosaxons, països continentals, països de l'Europa del sud i, més recentment, països de l'Europa de l'est. Es tracta d'una visió del món de la gestió pública conforme hi ha un model superior, una millor pràctica i unes eines de gestió pública que es va difonent, no només a Europa sinó a d'altres llocs del món i que la modernització de la gestió pública passa per adoptar aquestes pràctiques i eines en un procés de convergència que vindria a ser ineludible.

L'explicació basada en el model de convergència europea xoca però amb la realitat, en la mesura que l'estil i la trajectòria de la reforma del sector públic en els països europeus és variada com a conseqüència de la varietat de cultures polítiques i administratives de partida, fruit de la barreja d'un conjunt d'elements com ara els sistemes de contractació de personal, els sistemes pressupostaris, auditoria i comptabilitat de la despesa pública, les estructures més o menys descentralitzades i de major o menor grandària o els diferents nivells de fragmentació i privatització de la provisió (Pollitt i Bouckaert, 2004). Això no vol dir que no es puguin compartir

solucions als problemes que apareixen i que en bona part són semblants, en particular pel que fa al cost de les prestacions. Però, com hem vist, les trajectòries de mesura de la *performance* en sanitat són força diferents i no donen lloc a un mateix model d'avaluació. Difícilment, Catalunya pot seguir un model britànic de comparació pública, premi i escarni públic sobre la base de posar més o menys distincions. En el mateix sentit, tampoc està clar que pugui seguir un altre model més discret pel que fa a l'exposició pública de les fortaleses i debilitats dels hospitals i altres institucions sanitàries sense una elevada capacitat de concertació i confiança inter-institucional. Certament hi ha doncs països que comencen abans el procés de creació i posada en pràctica de sistemes de mesura de la *performance* però això no vol dir que els estils, instruments i conseqüències hagin de ser coincidents.

1.2. L'explicació en base a l'elecció racional i la dependència del camí

La segona explicació procedeix de la teoria de l'elecció racional. En termes generals, el *rational choice* es basa en l'anàlisi de les interaccions entre individus i dels moviments estratègics dels actors en funció de les estructures d'incentius i de la manera en que intenten maximitzar les seves utilitats individuals. Aquesta perspectiva considera que els professionals mèdics, les seves organitzacions professionals, les empreses proveïdores de serveis sanitaris, els seus administradors, els gestors del sistema públic i fins i tot, els polítics maximitzen les seves utilitats en prendre decisions col·lectives.

Més concretament, l'aplicació de la teoria de l'elecció racional a l'estudi de les institucions i l'administració pública ha donat lloc al conceptes de "camí de la dependència" (*path dependency*), de "vinculació" o "l·ligam" (*embeddedness*) i de efecte bloqueig (*lock in*) (Pierson, 2000 i 2004). La idea principal és que qualsevol decisió està condicionada per decisions anteriors i que el fet d'emprendre un determinat camí de reforma determina les decisions i opcions que es prenen en el futur ja que cada vegada és major el cost de prendre decisions que marxin de la trajectòria empresa i, al revés, és més gran el retorn que suposa mantenir-se en el camí que es va establir en el passat.

Aquesta visió ens ajuda a entendre algunes decisions que va anar adoptant el govern català en matèria de gestió sanitària i de mesura de la *performance* del sistema. Parteix

del fort pes de la situació heretada en el sentit de limitar les possibles alternatives i es centra en el seguiment d'una política que venia marcada pel que es va trobar el govern català en assumir la competència de sanitat. Com han indicat alguns dels entrevistats, el govern català va haver de gestionar una situació que no havia triat de provisió mixta i va haver d'anar reaccionant a les demandes d'un sector força dinàmic que va anar marcant el camí a través de les patronals.

Certament, el govern català tenia l'ICS que podia gestionar a través d'un sistema jeràrquic de control central i en el que podia ser més intervencionista, posant gerents, marcant indicadors d'eficiència, forçant la contractació externa d'alguns serveis. Però també havia de governar una part del sistema de provisió de salut que no controlava directament malgrat tenia la responsabilitat política de l'accessibilitat dels ciutadans, de la qualitat dels serveis i de l'eficiència global de la sanitat pública. Tot això va donar lloc al model que hem explicat de competència regulada administrativament.

Una possible explicació és que, en una primera època, el govern català havia de desenvolupar un sistema de contractació i pagament que s'adaptés a la situació que es va trobar, el que va donar lloc a una resposta institucional que va consistir en la ordenació del mapa sanitari, l'acreditació dels centres hospitalaris, el pagament a través de les "ubas" i l'adopció com a criteri principal de l'"estada mitjana". En els termes de l'elecció racional, el SCS era el "principal" que intentava assolir una major control sobre un grup d'"agents" força autònom si bé dependent del finançament públic. La necessitat d'incrementar el control públic va emergir ràpidament com a conseqüència de la insuficiència del finançament i el risc d'una espiral de despesa que s'incrementava a una velocitat preocupant, si es deixava el sistema al seu aire. Els concerts, la gerencialització dels hospitals i el desenvolupament de la Central de Balanços i el Conjunt Mínim Bàsic de Dades van ser les eines principals que es van desenvolupar amb la finalitat de controlar els costos, ajustar els pagaments a l'activitat estàndard i millorar la eficiència.

Aquestes mesures van anar posant la gestió de la salut a Catalunya en un camí que cada vegada és més difícil de revertir. El SCS s'ha anat reforçant institucionalment i ha creat una estructura que després ha evolucionat cap al format d'asseguradora del sistema sota la denominació CatSalut. La seva funció ha estat la de corregir les debilitats en el

sistema de pagaments intentant evitar la discriminació entre els proveïdors al mateix temps que impulsava un mecanisme de benchmarking sobre la base de compartir informació. La resposta políticament millor era prendre mesures per millorar i afinar el sistema i no abandonar el camí emprès.

Això és exactament el que va passar tant amb els governs de CiU que van ser els creadors del sistema, com amb els governs del PSC-ERC-ICV que varen continuar la mateixa política. Progressivament es va anar refinant el sistema de contractació a través de la fórmula del IRR i el IRE hospitalaris i es va anar millorant el sistema de captació de dades a través de la contractació, de la Central de Balanços i del Conjunt Mínim Bàsic de Dades. A mesura que va passar el temps es va plantejar la necessitat de millorar la informació sobre *outcomes*, el que va portar a què la Central de Balanços avancés cap a Central de Resultats, en la que no només s'integressin mesures de cost i balanços sinó també mesures d'efectivitat clínica, de seguretat i satisfacció dels pacients. Aquesta evolució propiciada des de dins també respon a la pressió externa per a què el sistema sigui més transparent respecte algunes mesures com les llistes d'espera, que els usuaris pateixen de forma més directa i que estan més presents en els mitjans de comunicació.

Aquest procés va anar creant una comunitat de especialistes – gestors del Catsalut, gerents hospitalaris, economistes de la salut, planificadors públics – que va anar impulsant un procés que tenia més fàcil tirar endavant, afegint sofisticació al sistema que no tirar enrere –. Hi ha un retorn positiu que alimenta el procés internament però també hi ha un retorn que ve de l'exterior en forma de senyals que animaven a seguir en la mateixa línia com en el cas de la cooperació amb el Quebec o en el marc europeu a través del debat sobre la fragmentació del sistema, l'externalització de la provisió, la contractualització de les relacions i els sistemes de pagament dels serveis.

En la època més recent del govern tripartit, el cost polític d'abandonar-ho tot hauria estat massa elevat. No era racional abandonar el sistema de contractació sobre la base d'un sistema que, malgrat ser poc transparent en les fórmules i dades que utilitza, era millor que tornar a un sistema jeràrquic burocràtic i centralitzat. Per a un govern de centre- esquerra aquesta qüestió no era fàcil ja que la seva prioritat natural era demostrar que podia reformar el gran organisme públic de provisió de serveis sanitaris. El

principal missatge era que es podia millorar la gestió de l'ICS, com s'havia fet en altres àmbits de la gestió pública. El repte era doncs millorar l'ICS des de dins, fent-lo més "empresarial" i menys administració pública i assolint un major nivell de control sobre la discrecionalitat dels professionals de la medicina pública, un altre moviment del principal per controlar als agents.

Però en relació a l'altre gran conglomerat de provisió externa, la posició del govern de centre- esquerra no podia ser altra que superar les reticències que havia mostrat mentre era a la l'oposició i assumir la política de competència regulada entre proveïdors de serveis hospitalaris estenent el model, en la mesura que fos possible, a l'assistència primària a través de la formula de les entitats de base associativa. Aquesta era l'elecció racional, fent però un pas endavant tant en la gestió de la part pública com posant en marxa indicadors de *performance* sobre tot el sistema a través de la Central de Resultats. L'agent – en aquest cas el govern tripartit – podia dir-li al principal – l'electorat – que estava sent eficient però també més transparent.

Com han indicat alguns autors (Pierson, 2004) les teories de l'elecció racional presenten problemes quan es limiten a elaborar models de les interaccions entre individus i restringeixen el camp de visió tant en l'espai com el temps. Aquesta visió restrictiva no els hi permet tenir en compte elements de la macro estructura, de la ordenació temporal dels fets ni els processos socials que acaben tenint efectes en el temps i que superen els moviments estratègics dels actors. La teoria de la "dependència del camí" suposa un avenç en aquest sentit ja que incorpora els factors històrics o contextuals. En el cas de les reformes dels sistemes d'indicadors per mesurar la *performance* de la salut pública catalana, el pes del passat és present en el projecte de Central de Resultats en forma de les interaccions prèvies entre agents públics i privats i de capacitat de la mateixa administració per desenvolupar un sistema que sigui diferent del de la Central de Balanços.

1.3. L'explicació en base a la cultura política

La tercera explicació es basa en arguments derivats de les teories que posen l'accent en la importància de les estructures institucionals, polítiques i administratives (Lijphart 1984, 1989) i de la cultura política (Hofstede, 2001).

La principal diferència des de la perspectiva de les estructures de govern és el contrast entre la tendència cap a un sistema majoritari o la tendència cap a un sistema de consens. El primer respon a la idea que governa qui té la majoria mentre que el segon respon a la idea que han de governar el major nombre d'actors possibles, el que implica una àmplia participació en la presa de decisions i l'adopció d'acords el més àmplia possible. Un model és excloent, competitiu i de confrontació mentre que l'altre es caracteritza per la inclusió, el pacte i el compromís.

Des de la perspectiva de la cultura, Hofstede i altres autors van començar analitzant les diferències entre grups de països en les seves relacions de treball en base a mesures del grau d'acceptació de la jerarquia i de l'autoritat, de l'individualisme, de l'actitud en front del risc i del grau de discriminació entre gèneres. Posteriorment, Hofstede et al. (1990, 2001) va estudiar altres dimensions més vinculades a la forma de treballar de les administracions públiques per arribar a la conclusió que els "valors" depenen de la nacionalitat, la demografia o l'edat mentre que les "pràctiques" estan més associades amb les funcions o les estructures dins les organitzacions. Aquests resultats van donar lloc a altres estudis que relacionen les cultures més col·lectivistes o de control social amb actituds més protectores dels directius cap als seus subordinats (Smith et al. 1996). Catalunya, per raons culturals – valors en les relacions de treball, prioritats en la forma de treballar de l'administració - i per raons institucionals - legislació electoral, sistema de partits, sistema parlamentari - té una tendència als acords àmplis i al corporativisme. Culturalment i institucionalment, el sistema de governació català està lluny d'un model dinàmic i "agressiu" de canvis i reformes sobre la base d'una estructura de govern majoritària – amb clares majories - centralitzada i amb una cultura utilitarista i individualista.

Per aquesta raó és poc probable que en el cas català es publiqui un rànquing d'hospitals amb estrelles d'un dia per l'altre com fa fer al RU el govern de Blair. Per arribar a aquesta situació, seria necessari un procés llarg en el que les idees s'anessin decantant i discutint entre els actors principals del sector fins a arribar a acords entre les associacions d'hospitals, el Departament de Salut, el CatSalut, les associacions professionals mèdiques, la associació de proveïdors privats d'assistència primària, els ajuntaments i els consorcis territorials. El judici públic dels hospitals a través d'un sistema que deixi a alguns en la pitjor condició possible no és gaire probable perquè no seria acceptable pel sector ni tampoc pels responsables polítics de la Generalitat o dels ajuntaments. Cap alcalde permetria que es posés en qüestió el seu hospital comarcal i buscaria en canvi solucions a través del partit polític o de les institucions a les seves mancances i debilitats.

Sense l'acceptació del sector és difícil doncs que els governs de coalició que es formen a Catalunya puguin tirar endavant una política contrària a la que s'ha portat a terme en el passat. Com hem pogut veure en relació a les fórmules utilitzades per calcular el pagament dels serveis, es va preveure una transició lenta de més de deu anys en el que el finançament passat és el que més pesa. La reforma de l'assistència primària que va suposar la creació de les entitats de base associativa es va iniciar amb una prova pilot i quinze anys després del seu inici afecta a un nombre menor de centres.

En el cas d'un govern majoritari amb un ampli suport electoral seria més factible que un projecte trencador amb la tradició tirés endavant sense haver de passar per tantes negociacions. Però en el cas català hi ha molts punts on és possible exercir el vet per part dels actors implicats que no permeten que una política dràstica, de reducció del cost i en favor de l'eficiència per exemple, es pugui implementar. D'acord amb el que acabem de dir, caldria esperar doncs estratègies menys agressives, més negociades i limitades en el seu abast en la reforma del sector públic sanitari. En particular en relació a canvis que suposin la privatització d'organismes públics, la introducció de mecanismes de mercat en el serveis públics, l'ús de taules comparatives de resultats en la provisió de serveis o altres indicadors que permetin premiar o castigar als que surten millor i pitjor classificats. Catalunya es diferencia en això del RU on el govern ha tirat endavant reformes tipus "nova gestió pública" de forma molt més decidida, ràpida i molt abans que en altres països. En aquest sentit, Catalunya és més propera a

Alemanya, França o Espanya on la competència en la provisió, la retribució variable dels empleats públics o la mesura de la *performance* aixequen suspicàcies entre la major part dels actors que en puguin resultar afectats.

1.4. L'explicació en base a les formes d'organització i finançament

La quarta explicació es basa en les diferències en la organització i en el finançament de la salut pública. Aquesta explicació té més punts de contacte amb l'anterior que no amb la perspectiva de l'elecció racional en la mesura que es centra en elements estructurals i contextuals del sector i no en els motius individuals i en les estratègies que segueixen els actors en els seus intercanvis.

El sistema de finançament de les autonomies espanyoles i de la sanitat és per impostos propis o transferits de l'estat. Fent ús de la seva autonomia, cada comunitat autònoma ha anat augmentant la part de recursos públics dedicats a la sanitat. L'efecte final ha estat portar els nivells de despesa pública del conjunt de l'estat a un punt més proper a la mitjana dels països de la OCDE.⁶ La principal qüestió en la política autonòmica ha estat però el dèficit que afecta a les finances públiques derivat, en una part important, de l'increment del cost dels serveis sanitaris. Com passa en altres països europeus, a Catalunya cada vegada es gasta més en les persones grans. Per altra banda, el sistema és inflacionista com a conseqüència de la pressió per a què s'apliquin noves tecnologies que estan constantment ampliant les possibilitats de diagnòstic i de tractament mèdic, el que no deixa de pressionar també en el sentit d'expectatives més elevades dels pacients.

A diferència d'altres països europeus, el sistema espanyol i català de finançament de la sanitat no es de contribució en el que les prestacions es relacionen amb les aportacions fetes per cada individu com passa, per exemple, amb les pensions. El sistema català universal i públic compta però amb els pagaments que fan els ciutadans privadament per serveis no inclosos en el servei públic com el dentista. També compta amb l'existència en paral·lel d'un sistema privat de serveis de salut fruit de la preferència d'un part important de la població per tenir un sistema de doble assegurança que li permet escollir

⁶ La despesa total pública i privada d'Espanya se situava entorn el 5,7% del PIB l'any 2005 mentre que la mitjana per la OCDE era de 8,9% segons la mateixa OCDE (2006).

entre el sistema públic o la mútua privada per tots aquells serveis que tenen coberts per ambdós costats.

El fet que la font de finançament del sistema públic sigui única i centralitzada o plural i diversa té implicacions pel que fa a la necessitat de consensuar les reformes. En el cas d'Holanda, per exemple, hi ha una assegurança obligatòria per tots els empleats, la renda dels quals està per sota un cert nivell i el govern determina el nivell de contribució en funció dels ingressos. Hi ha però un terç dels empleats que han de subscriure una assegurança privada a part per cobrir els riscos més greus (Blank i Burau, 2004). Aquesta sistema, malgrat la regulació i control públic, situa al govern en una posició més feble respecte als proveïdors privats i l'obliga per tant a entrar en una estratègia de negociació i consens.

El sistema català es caracteritza per una estreta relació amb el govern central, amb el que ha d'acordar el finançament en funció del catàleg de prestacions incloses en el sistema públic. L'altra característica organitzativa que obliga al sistema català a negociar i a implicar en la gestió a actors externs és el fet que una bona part de la provisió es contracti al tercer sector. No es tracta per tant ni d'un sistema centralitzat com el britànic o el francès amb major capacitat de reforma per la via de la jerarquia, ni d'un sistema que depengui del mercat privat per la cobertura pública de les prestacions en el sentit que els ciutadans estiguin obligats a pagar una assegurança privada. Però les negociacions són constants cap amunt – govern central – i cap avall – hospitals no públics, governs territorials i locals – Aquestes característiques organitzatives i de finançament obliguen, per tant, a una forma de govern més participativa i oberta sobre la base de l'acord dels afectats directes per les possibles reformes. Certament, en tots els països, el sector de la salut és complex i integra una gran varietat d'institucions que ocupen a una àmplia varietat de grups professionals. Però, si és difícil identificar uns pocs indicadors que reflecteixin de forma acurada la qualitat del serveis o l'eficiència del sistema, encara és més difícil que aquest conjunt d'indicadors siguin percebuts com vàlids per tots els actors d'un sistema descentralitzat, plural i corporatiu.

1.5. Amb quina explicació ens quedem?

Descartada la primera explicació, el debat es centra entre dues opcions, una explicació fonamentada en la teoria de l'elecció racional i una explicació alternativa sobre la base de la combinació de les dues últimes teories, més compatibles al centrar-se en elements relacionats: estructurals, culturals i organitzatius.

Per una banda, l'explicació del procés es pot fonamentar en la importància de les institucions com a estructures que condicionen els canvis en determinades direccions. Des d'aquesta perspectiva "estructuralista" les característiques de la organització del sector estan influïdes per les característiques més àmplies del sistema. El sector de la salut reflecteix la natura i les característiques del sistema polític i administratiu. La tendència corporatista és fruit d'un determinat estil de fer política i prendre decisions col·lectives en el que els partits també tenen un paper important. El comportament del sector tendent als acords amplis i al consens recorda igualment la manera de fer del govern català en el seu conjunt que ha anat tendint cap a les coalicions i els acords entre les forces polítiques.

Dins aquest sistema de govern de la salut hi ha actors més poderosos com el CatSalut en el marc del Departament de Salut, les patronals hospitalàries o el Col·legi de Metges entre les associacions professionals mèdiques que determinen les polítiques. També hi ha altres elements que conformen la cultura administrativa i que influeixen de forma més subtil, com la preocupació per l'eficiència dels economistes de la salut, la baixa identificació amb la organització dels professionals mèdics o la tendència a prestar més atenció als procediments que als resultats d'ambdós grups. La fortalesa de la cultura dificulta els canvis que només són acceptats a mesura que lentament va canviant el marc de referència.

Per altra banda, la teoria "racionalista" explica la direcció inicial que va prendre el govern de la Generalitat en un moment històric determinat en què estava sotmès a fortes pressions externes i havia d'ordenar un sector complex sobre el que passava a tenir competència de regulació i gestió. La teoria de l'elecció racional explica igualment perquè és difícil canviar de camí, com els diferents arranjaments institucionals varen

anar creant estructures d'incentius i regles de joc a les que els actors han anat adaptant el seu comportament fins el moment que la xarxa de relacions va ser tal que varen quedar "lligats" els uns amb els altres. Però, la teoria de l'elecció racional resulta menys convincent si es tracta d'explicar la trajectòria específica que segueix Catalunya en matèria de reforma de la política sanitària i de creació de mesures de *performance*. Pel fet de posar l'atenció en les estratègies dels actors, és més difícil explicar com evoluciona el sistema amb el temps i perquè no s'arriba a una determinada solució, "britànica" o "consensual" per posar els dos exemples principals de l'anàlisi comparat. De fet, la proposta de la Central de Resultats està més a prop de la solució consensual però si afirmem que això passa per la major proximitat del sistema de govern català al sistema de govern i als valors culturals del sistema de govern holandès aleshores estem fent una interpretació que no és pròpia de l'elecció racional sinó de la visió estructural precisament.

La conclusió és doncs que les teories "estructuralistes" expliquen millor les trajectòries de desenvolupament i els camins alternatius, si bé són aproximacions poc precises a l'hora de veure com juguen els diferents elements entre els actors. Les teories de l'elecció racional tenen una visió més micro i forcen a l'analista a identificar les preferències i els intercanvis però, resulten menys fiables per entendre l'evolució temporal dels fets així com l'evolució previsible del sistema en el futur.

2. El punt d'arribada: el "model" català de mesura de la performance, les seves potencialitats i debilitats

El resultat de tot aquest procés històric que hem analitzat és que a finals del 2008, el govern català no té definida una proposta de mesura de la *performance* que pugui presentar a la societat o al Parlament en el sentit de conjunt d'indicadors que donin una "fotografia" equilibrada de la *performance* del sistema i dels organismes que el componen. De fet, tampoc té definit un concepte de *performance*, per al seu ús intern o extern, que es pugui associar de forma clara a la idea d'*outcomes* del conjunt de serveis catalans per a la salut. Lògicament, es parla d'eficàcia i de qualitat, i el sistema és sensible als problemes de qualitat que es puguin produir però el sistema no mesura directament la qualitat. Aquest concepte es relaciona més amb inversió, tecnologia i

eficiència que no amb funcionament, procés o percepció subjectiva dels usuaris o de la societat.

“El Departament de Salut veu els seus hospitals com el Departament d'Educació veu les seves escoles. Més qualitat vol dir més inversió i no tant posar de relleu el que no funciona”.

Expert Consultor de l'àmbit sanitari

Implícitament, el desplegament de la política sanitària a Catalunya i la creació de diversos instruments per recollir informació i crear indicadors per la gestió de la salut, sí que ens donen una idea de la visió que té la Generalitat de la mesura de la *performance*. La trajectòria que hem presentat i intentat explicar demostra una preocupació principal de les institucions catalanes per rendir comptes des d'un punt de vista econòmic i pressupostari. L'objectiu prioritari des de l'inici, amb el traspàs de les competències l'any 1981, fins avui ha estat el control de la despesa sanitària. La orientació dominant ha estat la que es preocupa per l'estructura, els recursos i els costos de producció.

Aquesta preocupació i la mesura de l'activitat a través dels contractes i de la informació generada sobre estades mitjanes, diagnòstics i tractaments ha permès generar mesures d'eficiència amb les que s'han anat estandaritzant les prestacions a la vegada que s'assegurava uns mínims de qualitat. La finalitat principal ha estat doncs millorar l'eficiència, mantenint un cert nivell d'eficàcia i qualitat del sistema. Més enllà d'aquesta visió, alguns entrevistats s'han referit al caràcter sovint excepcional de la gestió que s'ha vist obligada a evitar problemes abans que a actuar pro activament.

“Les dues grans preocupacions han estat que la despesa sanitària no es dispari i que no es produís un impacte negatiu en l'opinió pública. No sortir als diaris perquè les urgències estan col·lapsades, per una epidèmia o algun cas de mala pràctica.”

Recercador expert en gestió sanitària

En termes de rendició de comptes en direcció vertical o horitzontal, en el cas català hi ha una preocupació per rendir comptes cap amunt - *accountability* vertical - dels proveïdors públics i privats al CatSalut i d'aquest al Departament de Salut i al Govern. Però tan important com aquesta relació és la que s'estableix horitzontalment amb el sector, el que fa que també es rendeixin comptes als actors principals de la política

sanitària ja siguin els hospitals, les patronals, les associacions professionals o els sindicats. Prova d'això és que els instruments creats per la gestió del sistema són fruit de la cooperació entre l'administració i la xarxa de centres d'utilitat pública, que busca la seva viabilitat financera al mateix temps que intenta millorar l'atenció que dóna als usuaris. Algunes entrevistes han posat de relleu aquesta orientació horitzontal d'alguns dels instruments creats.

“La Central de Balanços aporta una informació que permet als hospitals comparar-se entre ells i dóna una foto de la solvència del sistema. És una font d'informació transparent per a les patronals i els sindicats”.

Recercador expert en gestió sanitària

En canvi, no és tant clar un esforç similar en el sentit de *accountability* cap enfora, cap als ciutadans, el Parlament i la societat en general. La informació sobre els indicadors que es recullen i utilitzen no es trasllada normalment a fora del sector, si bé hi ha un cert consens sobre que l'estratègia de futur a l'àmbit sanitari passa per rendir comptes a la ciutadania, especialment pel que fa als *outcomes* del sistema, tot i que encara no hi hagi un acord sobre el com i el quan. En aquest mateix sentit s'han manifestat alguns dels entrevistats.

“No hi ha un èmfasi en l'avaluació de resultats. Històricament hi ha molta informació però mai no s'ha estructurat per donar informació de resultats als ciutadans”.

Directiu públic a l'àmbit de la gestió sanitària

“Hi ha molts indicadors d'activitat, de producció, de productivitat i finançament però no hi ha indicadors molt bàsics per on es podrien començar a mesurar els resultats del sistema”.

Gerent d'hospitals

Un efecte previsible de l'atenció posada en els temes de gestió pressupostària ha estat la progressiva eliminació de les diferències entre gestió pública i gestió privada entre els centres d'utilitat pública. Fins i tot, el sector privat d'ús privat ha participat en algunes de les iniciatives del sector públic com el CMBD, ja que aquesta ha esdevingut una font d'informació molt valuosa per al control intern en relació als valors mitjans de referència del sector. Altres instruments de planificació estratègica, d'ordenació dels centres sobre el territori i de gestió dels serveis en assistència primària també han

apropat la gestió pública a la gestió privada i aquesta a la pública. Iniciatives privades com el TOP 20 inclouen centres amb diferent titularitat i formes de gestió, el que permet anàlisis més agregats o desagregats per categories. La conseqüència directa és la estandardització de les activitats i la focalització en la gestió d'aquestes sense prestar tanta atenció als resultats o a la qualitat percebuda pels ciutadans.

2.1. Les potencialitats

Si examinen la informació disponible a Catalunya sobre gestió sanitària, aquesta és abundant i cobreix els aspectes que interessin als decisors polítics, als gestors, als professionals, i fins i tot els usuaris. Com passa en tants sistemes públics i privats d'organitzacions complexes, el problema és més aviat l'accés i la utilització d'aquesta informació.

En l'àmbit de la salut hi ha un cert consens en què és important que les activitats es facin bé per a què es produeixin els resultats desitjats però, que aquests depenen en bona part d'elements contextuais que escapen al control dels professionals mèdics. Des d'aquest punt de vista es justifica que les organitzacions de l'àmbit sanitari facilitin informació per a indicadors de recursos, procediments, activitats i outputs i en menor mesura *outcomes* en el sentit de resultats finals. S'entén que una organització que aplica els millors coneixements disponibles i que ho fa amb un procediment que garanteix un cost raonable de les operacions obtindrà els millors resultats possibles.

De fet però, existeix també força informació sobre *outcomes* en un triple sentit: informació sobre l'estat de salut de la població, sobre els resultats directes de la pràctica clínica - complicacions, readmissions o mortalitat - i sobre l'estat financer del sector que, fent una interpretació àmplia, també es pot considerar un resultat del sistema de gestió. En aquest sentit més ampli també es podria incloure la satisfacció dels usuaris – sobre la que existeix força informació – i la satisfacció dels professionals – sobre la que existeix menys informació -.

A la taula 5, es relacionen les eines de la gestió de la salut pública a Catalunya amb la tipologia d'indicadors que generen i les funcions de la gestió que poden cobrir. Des de

la perspectiva de la tipologia de les mesures val la pena destacar la possibilitat d'explotar els indicadors relacionats amb l'estat de salut de la població i amb les funcions assistencials per aportar més informació sobre qualitat dels procediments i resultats clínics. L'impuls d'aquesta orientació permetria compensar el domini històric de les mesures econòmiques i acostar els sistemes de mesura als temes que interessin als professionals. Des de la perspectiva de les funcions de gestió, es poden fer observacions similars en la mesura que malgrat totes elles disposen d'alguns indicadors, el sistema està més orientat a la planificació a curt termini – pressupost anual - que a la planificació a llarg termini, a la gestió eficient dels serveis que a la millora de la qualitat assistencial professional i al control de la despesa pel govern que al control de l'acompliment dels grans objectius i resultats que interessin als ciutadans. La revisió de les funcions principals que hem citat en el capítol primer ens pot servir per argumentar a favor d'aquesta visió.

- En planificació, els elements dominants són el pressupost i la contractació que si bé incorporen els objectius del Pla de Salut tenen una perspectiva a curt termini i molt focalitzada en les operacions dels centres. El Pla de Salut i les seves avaluacions queden més deslligats de la gestió ordinària dels centres, malgrat han condicionat l'actuació dels professionals, sobretot en assistència primària, a través de la estandardització de les actuacions en determinats programes.

- En gestió de serveis, les mesures actuen novament a través de la contractació com a límits que no es poden superar per “quedar bé” davant de l'òrgan finançador però no tant com element transformador intern que ajuda a millorar la gestió i les operacions. En aquest sentit, no hi ha tant una avaluació interna i una millora com un control de gestió molt vinculat al pressupost per ajustar el que sigui necessari per a no tenir problemes amb el contracte. En aquest sentit, algun dels entrevistats ha volgut remarcar com:

“La informació que es recull serveix per a concertar però no per avaluar els serveis interns”.

Directiu públic a l'àmbit de la gestió sanitària

“L'incentiu és quedar bé per no perdre finançament per raó d'algun incompliment que surti al contracte”

Gerent d'hospitals

Taula 5. Indicadors i gestió de la salut a Catalunya

Instruments	Tipus de mesura	Funció
CONTRACTES	Mesures d'estructura, cost de producció, activitat- output	<ul style="list-style-type: none"> - Planificació - Preparació del pressupost - Gestió dels serveis - Control pel govern
PLANS DE SALUT	Mesures d'estructura i <i>outcomes</i> (estat de salut de la població)	<ul style="list-style-type: none"> - Planificació - Redefinició de la política
CONJUNT MÍNIM BÀSIC DE DADES	Mesures d'estructura, activitat- output i <i>outcomes</i> (pràctica clínica)	<ul style="list-style-type: none"> - Gestió dels serveis - Millora de la prestació pels professionals
CENTRAL DE BALANÇOS	Mesures d'estructura i <i>outcomes</i> financers	<ul style="list-style-type: none"> - Planificació - Preparació del pressupost - Control del govern
CENTRAL DE RESULTATS	Previsió de mesures de tot tipus	<ul style="list-style-type: none"> - Planificació - Gestió dels serveis - Millora de la prestació pels professionals - Control del govern - Redefinició de la política
TOP 20	Mesures d'estructura, cost de producció, activitat- output i <i>outcomes</i> (pràctica clínica)	<ul style="list-style-type: none"> - Gestió dels serveis - Millora de la prestació pels professionals

Elaboració pròpia.

- En millora de la prestació del servei pels professionals, la percepció general és que aquest no és l'àmbit en què s'ha posat més èmfasi. Si bé els professionals tenen accés a la informació que es recull sobre com realitzen les seves activitats, aquesta no és la principal font de millora, que es vincula més a processos formatius, de recerca o de difusió de noves tècniques i pràctiques en congressos i conferències. Tampoc s'ha posat molt d'èmfasi en l'anàlisi de la informació procedent dels pacients a partir d'enquestes de satisfacció o de reclamacions i queixes.

És a dir, si bé aquests mecanismes existeixen, la informació pot anar als gestors i fins i tot, arribar als contractes però, no tant als professionals per millorar la seva pràctica amb pacients.

- En preparació del pressupost, ja hem vist com aquesta funció sí que es beneficia dels indicadors que es recullen a través dels contractes i del coneixement de la situació financera del sector. El principal objectiu que justifica els indicadors en els contractes ha estat definir quin era el nivell de recursos necessaris per al correcte funcionament del sistema sanitari. Diversos instruments complementaris com les auditories o la mateixa Central de Balanços han contribuït a aquesta mateixa funció.

- En control pel govern i redefinició de la política, els contractes i la Central de Balanços són directament útils pel Departament de Salut i la Generalitat que han pogut controlar a curt termini la sostenibilitat del sistema, mentre que el Pla de Salut ha servit de vincle entre aquesta visió a curt termini i els grans objectius de la política sanitària a Europa. Les mesures però no han donat lloc a desenvolupar aquesta funció en el sentit de generar un paquet d'indicadors d'interès ciutadà, com en el cas de les llistes d'espera, el seguiment dels quals pel govern provoqués canvis de política. En les entrevistes s'ha manifestat en repetides ocasions que el sistema de contractació no suposa un incentiu suficient en aquest sentit ja que la part variable dels contractes ha estat fins al present molt reduïda (un 0,5%).

2.2. Les debilitats

El fet que algunes funcions no es puguin desenvolupar adequadament ja és una debilitat del sistema però recollim aquí algunes de les suposicions teòriques en les que es fonamenta el model clàssic de mesura de la *performance* per a valorar fins a quin punt es materialitzen en el sistema sanitari català.

ELS OBJECTIUS I ELS RESULTATS PRINCIPALS NO SEMPRE ESTAN CLARS =
La primera suposició és que totes les intervencions o polítiques tenen objectius i és possible assolir el consens sobre els principals objectius i *outcomes* o resultats. L'anàlisi

del cas català ens mostra que hi ha una notable confusió en aquest àmbit motivada per la multiplicitat d'intervencions i objectius en el Pla de Salut – sovint s'ha parlat d'excés de nombre d'objectius – però també per la dificultat d'associar indicadors que genera el sistema administratiu i de gestió amb objectius rellevants des de la perspectiva professional mèdica. Donada l'elevada complexitat i transversalitat del sector, és fàcil que es donin situacions d'objectius i resultats contradictoris.

TOT NO ES POT MESURAR = La segona suposició és que la totalitat de les activitats es poden mesurar i quantificar. L'experiència catalana ens diu però que la capacitat de produir mesures varia molt en funció de les àrees sanitàries. En aquelles àrees quirúrgiques, especialment en malalties cardiovasculars i càncer on els processos estan més programats i els resultats de vida o mort són més immediats resulta més fàcil incorporar indicadors. En el sentit contrari, en aquelles àrees on els processos i activitats estan menys estandarditzats i els efectes són a llarg termini, com seria el cas de la salut mental, les dificultats de mesura són més grans. En alguns casos la facilitat ve donada pel fet de poder comptabilitzar despesa com en el cas de la prescripció farmacèutica mentre que en altres, la facilitat ve donada pel fet de poder comptar temps com en el cas de les urgències hospitalàries o del trasllat d'una persona que acaba de tenir un infart.

LA INFORMACIÓ NO SEMPRE ÉS ACCESSIBLE = Una tercera suposició, relacionada amb les dues anteriors és que la informació existeix i està disponible en algun lloc. Malgrat la percepció general és que efectivament hi ha molta informació i el sistema disposa de personal i tecnologia adequats pel seu processament i anàlisi, aquesta informació està fragmentada. Aquest és un comentari que va associat a una certa preocupació per part del CatSalut en el sentit de dependre dels seus proveïdors i per part d'aquests en el sentit de controlar la informació que tenen els altres actors sobre les seves operacions. En aquest sentit, el fet que l'administració de la Generalitat faci el doble paper de finançador i coordinador de les iniciatives relacionades amb les principals bases de dades podria ser un obstacle a una major integració de la informació. En relació a la disponibilitat de la informació, una altra font de problemes podria radicar en la manca d'informació suficient sobre el nivell de partida de cada institució. També aquí la percepció és d'una certa desconfiança sobre la capacitat per incorporar suficients elements del context per a poder comparar adequadament les institucions.

“Has de mesurar tenint en compte les variables que influeixen no només al grup sinó també al territori i la relació entre intervenció, població i territori és molt complexa”

Recercador expert en gestió sanitària

LES MESURES NO SÓN SUFICIENTS PER CANVIAR COMPORTAMENTS = Malgrat tot el sistema es fonamenta en els incentius i la racionalitat dels actors, hi ha un consens notable en pensar que els incentius no són suficients per provocar un canvi de comportament. A banda que el premi no és prou substanciós i els gestors acaben per posar-se d'acord sobre el finançament que requereix cada institució, es podria produir un efecte pervers de rebuig als indicadors imposats a través dels contractes per entendre que són artificials i no recullen el que seria realment important des de la pràctica professional.

En aquest sentit, una idea que surt repetidament a les entrevistes és que, fins i tot en les àrees més susceptibles de quantificació, els problemes d'interpretació són importants. Els professionals mèdics coneixedors de la seva realitat i del context en què operen tendeixen a relativitzar per tant els conceptes d'eficàcia i eficiència aplicats a la seva feina, amb el que rebutgen aproximacions excessivament simplistes.

“El concepte d'eficàcia i eficiència és molt relatiu. Per a un infart hi ha una solució tècnica però el més important és que la persona que fumava deixi de fumar o que el que porta una vida activa descansi tranquil·lament a casa seva”.

Expert Consultor de l'àmbit sanitari

“Aquelles àrees que són més programables, tenen més estàndards, indicadors, etc. En aquelles altres més complexes o sobre les que tenim un menor coneixement, els indicadors tenen menys sentit”.

Gerent d'hospitals

“Què és més eficaç una operació de reducció d'estomac a una persona amb un problema d'obesitat o ensenyar-li a canviar d'hàbits i a menjar bé amb temps i paciència?”

Expert Consultor de l'àmbit sanitari

“No hi ha vincles amb premis o càstigs. Els recursos dels centres i la carrera d'un gerent no depèn dels indicadors de performance de l'hospital”.

Gerent d'hospitals

“El fet de disposar d’una pròtesi incentiva la seva aplicació però això no vol dir que sigui el millor per aquella persona i pel conjunt de la societat. Els metges també fem com aquell que té un martell i busca claus on picar.”

Expert Consultor de l’àmbit sanitari

El conjunt d’aquestes percepcions podria generar un cert escepticisme entre els professionals, a qui podrien no acabar de convèncer els mecanismes creats pels gestors de la salut o fins i tot, entendre que un funcionament més eficaç d’aquestes mesures i sistemes podria acabar tenint conseqüències negatives per la seva pràctica professional. Aquest xoc de valors, del que ha estat un comentarista Freidson (2001) també es dona per tant en el cas del sistema de salut català. En aquest sentit, la professió mèdica entén que ja existeixen les vies adequades per les que s’ha d’avaluar la seva feina, ja siguin les societats professionals o científiques, la participació en congressos, els premis, el factor d’impacte de les publicacions o l’èxit en el mercat, entre d’altres.

“Hi ha resistències derivades d’una certa visió de la medicina. Malgrat s’ha progressat en la estandardització d’alguns procediments, tot el que sigui vist com un control o com una retallada de la llibertat de prescripció o en l’àmbit de l’acció professional i mèdica és rebutjat (...) Els premis i el reconeixement no passen per la millor gestió sinó per les societats científiques. L’hospital tan sols és un instrument”.

Gerent d’hospitals

3. Futuribles

3.1. Què podem esperar?

Predir el futur no és fàcil i donar consells no es correspon amb un treball acadèmic d’anàlisi. Però en aquest apartat s’entra en aquest terreny de forma prudent, ja que l’evolució previsible es desprèn de l’explicació de la trajectòria seguida i l’anàlisi de les experiències comparades i catalana apunten alguns dels elements a tenir en compte.

Teòricament, caldria esperar que així com el percentatge de despesa pública en sanitat té una tendència a la convergència en el context europeu, els indicadors de *performance*

s'aniran desenvolupant a Catalunya seguint els diversos models europeus. Aquest desenvolupament es pot gestionar amb discreció i prudència, com en el cas holandès o podria evolucionar, en el se ús a llarg termini, cap a un patró més competitiu a l'estil britànic. Els mitjans de comunicació i la pressió pública podrien portar a la producció d'informes integrats de la *performance* dels hospitals a l'estil del que ja és avui, si bé amb caràcter anònim i voluntari, el TOP 20. La idea que està present en part de la literatura (Pierson, 2000) és que, una vegada s'entra en aquest camí i la informació esdevé pública, resulta impossible tirar enrere ja que entren nous actors que fan nous usos de la informació disponible.

D'acord amb les teories "estructuralistes" és menys probable que Catalunya segueixi el patró britànic ja que el sistema de gestió de la salut està força descentralitzat i la cultura política, administrativa i professional no afavoreix aquesta opció. No és possible en el cas català la gestió "per decret" ni una visió top-down uniforme del sistema davant la gran quantitat i diversitat d'interessos organitzats. Al contrari, el model català de gestió de la salut es caracteritza per un nombre elevat d'actors interdependents amb possibilitat d'exercir el seu poder de vet en múltiples ocasions, el que obliga a la gestió negociada de qualsevol proposta de reforma o canvi.

Per la configuració del seu sistema sanitari, Catalunya comparteix amb Holanda molts més elements que no amb els països anglosaxons. Ambdós territoris tenen un model mixt de proveïdors de serveis sanitaris, majoritàriament no públics, amb una llarga trajectòria dins del teixit social. Els instruments desenvolupats a Holanda a partir de l'any 2003, donant prioritat a l'aprenentatge organitzatiu però obligant al mateix temps que cada institució publiqui i interpreti els seus resultats en relació a uns temes o indicadors prèviament consensuats, és el pas que encara no ha fet Catalunya. El projecte de la Central de Resultats podria cobrir aquest buit però de moment no està clar quina és la seva estratègia per aconseguir la cooperació del sector ni en relació a la publicació de la informació. Des del punt de vista dels experts entrevistats, la impressió general és de necessitat d'aquest instrument, excloent però la possibilitat de comparacions ordinals.

"Les estratègies de futur passen per tenir la visió de conjunt i donar millor informació al sector, als usuaris, a la ciutadania i al poder polític".

Directiu públic a l'àmbit de la gestió sanitària

“Crec que es vol tendir a la comparació d'informacions, no sé si serà positiu, estimularà a uns però podria afectar a d'altres. Podria tenir elements negatius, tot i que és pitjor no tenir la informació.”

Directiu públic a l'àmbit de la planificació sanitària

“Cal fer transparents els resultats, no calen rànquings sinó ajustar millor les dades (...) Cal donar resultats, però per sobre de tot, cal saber explicar-los. La Central de Resultats serà molt important”.

Directiu públic a l'àmbit de la gestió sanitària

Hi ha un acord sobre valors, com la necessitat d'una major transparència o la oportunitat de produir més informació sobre resultats i impactes del sistema en la realitat social i en el territori. Aquestes són dues direccions en les que es vol avançar ja que també poden contribuir al reconeixement social de l'esforç que es fa en salut. Els problemes apareixen en el moment de posar sobre la taula les àrees objecte d'anàlisi, el paquet d'indicadors principals o els criteris per a la publicació de la informació comparada. Les complicacions, les resistències a ser avaluats, i els temors estan molt presents. En aquest sentit, el consens entre els agents del sistema i la precaució a l'hora de fer públiques les dades seran probablement dues de les estratègies preferides pels actors catalans.

3.2. Qüestió d'estratègia?

L'experiència holandesa que, com acabem de comentar és interessant per Catalunya, donada la similitud dels seus sistemes de gestió de la salut, posa molt d'èmfasi en l'estratègia a seguir per a garantir l'èxit d'un projecte que depèn de l'acceptació del propi sector. El problema és similar al de qualsevol sector que opera amb ens relativament autònoms i que desenvolupen tasques complexes com, per exemple, les universitats o els centres de recerca. En aquests tipus d'organitzacions és important que els ens subjectes a avaluació vagin més enllà del compliment formal dels contractes per entrar en una lògica de millora interna que impliqui al seu personal, el que no és fàcil.

POSAR PER DAVANT LA MILLORA ORGANITZATIVA = Un primer element a tenir en compte és doncs que l'estratègia posi per davant la millora organitzativa. El més important no són els indicadors, els quadres de control i la producció d'informació per mostrar el que es fa sinó que les organitzacions del sector - hospitals, centres d'assistència primària, centres socio-sanitaris i de salut mental – canviïn i entrin en una dinàmica de millora. Aquestes organitzacions només poden millorar si se les ajuda a identificar els problemes, a reorganitzar els seus processos de treball i a ser conscients de si “estan progressant adequadament” o, com diuen els mestres, “necessiten millorar”. El fet de recollir informació sobre diversos aspectes de la *performance* institucional hauria d'estimular els processos que portin a una millora dels serveis i ajudar a superar la resistència natural al canvi.

SEPARAR ELS INDICIADORS PER ÚS EXTERN I INTERN = Un segon element igualment important consisteix en diferenciar clarament entre l'ús intern i l'ús extern de les mesures de *performance*. La gestió amb prudència d'aquesta distinció pot ser clau per a la l'èxit d'una reforma que precisa el lideratge de les institucions però no pot tirar endavant sense la participació dels professionals implicats. Val la pena recordar aquí la frase de Berwick per a qui “la mesura per millorar no és el mateix que la mesura per jutjar”. En els termes de Berg *et al.*, els indicadors interns tenen que veure amb la millora dels processos, de les operacions i els pacients, mentre que els indicadors externs tenen que veure amb el judici objectiu que resulta de processar un conjunt de taules i de números.

De fet, l'ús intern es refereix al fet que la gestió de qualsevol organisme precisa de dades i de l'anàlisi d'aquestes dades per millorar. Ni els professionals, ni els administradors poden deixar d'utilitzar dades per investigar els problemes amb els que es troben i com els poden superar. En base a aquests anàlisis, els procediments es poden afinar o canviar i els indicadors poden servir per comprovar si s'ha produït un canvi en el sentit esperat. L'ús extern, en canvi, té que veure amb comparar la qualitat d'uns proveïdors en relació amb els altres. Per fer comparacions entre organitzacions, no és necessari el nivell de detall i especificitat dels indicadors interns.

Aquestes consideracions impliquen que la política catalana de mesura de la *performance* hauria de diferenciar aquests dos usos dels indicadors. Per una banda, són

necessaris relativament pocs indicadors externs - en el cas d'Holanda és varen pactar inicialment 30 indicadors – però aquests han de ser rellevants i objecte d'un procés de validació molt ben fet per a que les comparacions entre institucions siguin justes. Per una altra banda, els indicadors interns poden ser més en nombre, no cal que siguin objecte d'un procés de validació tan exigent però sí que, per a les finalitats internes, han de tenir sentit pels administradors i pels professionals, han de ser específics del procés que es vol millorar i prou detallats per captar les peculiaritats dels problemes i els impactes dels canvis que es puguin introduir.

GENERAR INDICADORS D'INTERÈS CIUTADÀ = Un tercer element a considerar és que una part dels indicadors externs ha de captar els resultats principals en aquelles àrees o àmbits que puguin interessar més als ciutadans. Això vol dir que la mesura de la *performance* en sanitat deixi de ser un tema sectorial per a passar a ser un tema col·lectiu. Això tampoc és fàcil en la mesura que el risc polític és elevat. Aquest risc es pot controlar si s'adopta una estratègia de deixar en mans d'aquells que tenen la informació sensible la seva comunicació pública i interpretació. En l'experiència holandesa, s'arriba a la publicitat dels 30 indicadors pactats perquè el sector no deixa de controlar la informació que presenta, el mitjà en què la presenta i la seva interpretació. Per la seva banda, l'administració es compromet a no recollir altres dades i a deixar que siguin tercers no implicats directament en la distribució dels serveis els que jutgin i comparin.

DELEGAR EL LIDERATGE EN UN TERCER = Finalment, un quart element a considerar fa referència al lideratge de la operació, en la mesura que el fet que unes oficines dels òrgans gestors de l'administració hagin portat durant molts anys la gestió dels contractes amb una clara orientació econòmica i centrada en l'eficiència podria confondre a aquells que hi han de participar aportant dades sobre resultats. Els dubtes poden tenir a veure amb les finalitats últimes de l'administració, amb la seva capacitat per canviar d'orientació o en la seva voluntat per posar de relleu problemes, la resolució dels quals pot demanar un increment del pressupost públic. Si la finalitat principal és la millora interna per a produir millors resultats, podrien estar més legitimats per a conduir aquesta operació organismes independents que siguin percebuts com a més neutrals i fins i tot, relativament allunyats del dia a dia del sector i de les seves tradicions.

CONCLUSIONS

Les mesures de *performance* són una de les principals respostes que la gestió pública en els països occidentals ha donat a les demandes de major *accountability*, transparència, bon govern i qualitat en l'àmbit de la gestió de la salut. Les preguntes de fons són les mateixes que es fa la societat en qualsevol sector en el que es produeix la intervenció pública: quin és el retorn que obté la societat per la inversió que fa en sanitat o com de bona – segons els criteris d'eficàcia, eficiència, equitat i sostenibilitat – és la gestió sanitària que practica un govern, la seva administració i els organismes, públics i no públics, proveïdors de serveis.

Però en la mesura que els sistemes d'indicadors i les activitats de control de la *performance* han esdevingut més corrents també ha crescut l'escepticisme. No només ha aparegut una literatura acadèmica crítica sinó que també alguns gestors i administradors s'han mostrat sensibles a la preocupació perquè els sistemes de control i avaluació no tinguin prou en compte les característiques dels serveis, la complexitat dels objectius públics o el judici dels professionals.

Efectivament, moltes vegades els indicadors no reflecteixen la totalitat dels serveis o aspectes particularment importants d'aquests. Altres vegades, la retòrica parla d'*outcomes* però, en la pràctica, és gairebé impossible aportar aquest tipus d'informació. Els problemes de manca d'informació qualitativament interessant, de necessitat d'ajustar la informació en funció de les característiques de la població o les dificultats que es plantegen per la multiplicitat d'intervencions o d'organitzacions treballant en xarxa fan que la mesura de la *performance* no sigui una tasca fàcil. Per altra banda, la introducció de mesures de la *performance* és percebuda com la creació de més controls i de més burocràcia. En front a la imposició "burocràtica", els riscos de manipulació del llistó inicial, de jugar amb els conceptes o les dades, de la visió túnel i l'excessiva atenció a la millora d'indicadors concrets i aïllats per obtenir uns resultats "aparents" són ben presents.

En últim terme, els indicadors de *performance* fins i tot poden tenir un efecte negatiu en la innovació, en la difusió de les millors pràctiques i en la solidaritat entre les institucions. Com ha passat en els casos de l'educació als EUA i de la sanitat al RU, es

pot arribar a l'extrem d'averkonyir públicament a uns professionals, quan no està clar que siguin responsables dels pobres resultats de les institucions on treballen.

El conjunt d'aquestes consideracions porten necessàriament a la precaució, a tenir cura de les distorsions i a no oblidar els problemes específics de la mesura de la *performance* en cada àmbit d'intervenció pública. Però també està clar que l'esforç que fan els nostres governs en l'àmbit de la salut on els pressupostos són tan importants, exigeix una resposta equiparable en l'àmbit de la mesura del rendiment social d'aquesta inversió.

La mirada ràpida en l'entorn europeu i dels països membres de l'OCDE mostra diversos intents de govern del sistema de salut sobre la base de compartir informació, comparar i generalitzar les millors pràctiques. Com hem vist, és força general la publicació d'indicadors principals que orienten a la població en relació a la efectivitat i qualitat del seu sistema de salut. En aquest sentit, qualitat i efectivitat es defineixen de forma similar si bé qualitat es tendeix a relacionar amb l'aplicació dels millors coneixements disponibles i efectivitat es defineix en base a criteris que varien d'un país a l'altre però que tenen que veure amb una sèrie d'atributs com l'accés, la seguretat, l'adequació de la intervenció, la temporalitat o l'eficiència per citar alguns dels més usuals. Per altra banda, també hi ha una certa variabilitat pel que fa a les àrees o especialitats i als nivells d'assistència en les que es desenvolupen prioritàriament les mesures de *performance*.

Simplificant una realitat força complexa es poden distingir dues gran orientacions en els sistemes de mesura: un model exclouent, competitiu i de confrontació, en front un altre model inclusiu, consensual i de compromís. El model britànic vindria a representar el sistema que posa l'accent en el judici extern i en els incentius que suposa el reconeixement públic de la feina ben feta i, al mateix temps l'escarni, igualment públic, per uns resultats pobres respecte al conjunt de les institucions del sector. El model holandès seria el representant de la visió alternativa, contrària al judici extern i favorable al canvi institucional sobre la base del reconeixement intern dels problemes que puguin tenir les organitzacions i del compromís extern per millorar en relació a un conjunt de paràmetres prèviament pactats.

Aparentment es podria pensar que el model ideal és el model holandès però la nostra principal conclusió és que ambdós presenten avantatges i inconvenients i que la seva eficàcia dependrà de la mesura en què s'adapti a l'estructura institucional i a la cultura política i administrativa del país.

El model britànic és el prototip que utilitza la literatura (Bevan i Hood 2006) per il·lustrar problemes de mesura relacionats amb la parcialitat dels indicadors (sinèctoque) i la manipulació de conceptes i dades pels actors subjectes al control central. Però també caldria afegir altres tipus de problemes donada la previsible dificultat de portar fins a les últimes conseqüències les amenaces que acompanyen el sistema de premis i sancions. Per la seva banda, el model holandès també podria tenir conseqüències indesitjades o acabar en un fracàs si no aconsegueix un elevat grau de lleialtat institucional, la complicitat dels directius i professionals de les organitzacions, així com la publicitat i transparència suficients per a què les mesures de *performance* i la seva interpretació no esdevinguin un assumpte corporatiu del sector i aliè a la ciutadania.

En el cas de Catalunya, a finals de 2008, el govern català no disposa d'un conjunt de mesures o indicadors que donin una "fotografia" de la *performance*, efectivitat o qualitat del sistema que presta serveis sanitaris a la població. Tot i així, de fet, té abundant informació sobre gestió sanitària, que cobreix molts aspectes que interessarien, no només als administradors públics i decisors polítics, sinó també als professionals, a les persones usuàries dels serveis i a la ciutadania en general. Però aquesta informació no es presenta de forma estructurada a la societat i només és discutida de forma fragmentada amb el sector.

L'anàlisi de l'evolució de les mesures de *performance* a Catalunya descarta que la situació actual s'expliqui per un simple retard en un procés de convergència propi del context europeu i que tard o d'hora s'ha de produir en el nostre entorn. En el cas de Catalunya, la salut ha estat objecte d'una gestió pública dinàmica i innovadora en algunes etapes de la seva història recent, el que ha donat lloc a la generació de diversos sistemes de gestió d'informació sobre el cost, l'eficiència, la productivitat i en menor mesura els resultats i la qualitat dels serveis sanitaris.

Durant els anys 80 es van establir les bases del sistema, es va identificar i organitzar els actors que en formaven part (acreditació de centres, mapa sanitari, reforma de l'assistència primària) i es van regular les relacions entre ells a través dels concerts (sistema de contractació a partir de les "ubas"). En aquells moments la planificació en salut era molt incipient i les mesures de *performance* pràcticament inexistent.

La primera meitat dels anys 90 va ser la època més fructífera des de la perspectiva de la gestió de la informació relativa als serveis sanitaris, ja que es va aprovar el primer Pla de Salut de Catalunya i es van crear la Central de Balanços i el Conjunt Mínim Bàsic de Dades. Aquests han estat els principals instruments per la planificació dels grans objectius de salut, el control econòmic i financer del sector, i la comparació de l'activitat desenvolupada, en termes de procediments i temps d'estada mitjana i, en menor mesura, de resultats mèdics.

A partir de l'any 2000 va començar una nova etapa en què la principal preocupació ha estat l'avaluació dels resultats o *outcomes* del sistema sanitari, si bé el sistema que ha d'integrar aquesta informació no s'ha acabat de desenvolupar. Els principals progressos en relació a aquest projecte han estat les avaluacions dels Plans de Salut, que ja han generat algunes mesures d'*outcomes* en salut de la població, i les dues iniciatives, la Central de Resultats i el TOP20, que s'orienten clarament vers els resultats. Es tracta d'iniciatives de diferent origen, una privada i l'altra pública, i en diferent fase de desenvolupament, una és una realitat mentre l'altra és un projecte, però que són mostra d'una clara orientació vers mesures de la *performance* en l'àmbit sanitari més integrals i complexes, on s'hi barreja la voluntat d'aportar una major transparència i una difusió gradual de la informació sobre resultats en el sector.

Hi ha una explicació racional i una explicació estructural d'aquest procés. La primera ens permet entendre la direcció inicial que va adoptar el Departament de Sanitat en assumir les competències i trobar-se amb la necessitat d'ordenar un sector amb un sistema de provisió divers i complex. L'explicació racional que incorpora la idea del camí de la dependència i l'efecte *lock in* de Pierson (2000) ens permet entendre l'incentiu negatiu que representava el canvi de política el que ha portat als governs successius de la Generalitat, inclòs el govern de centre-esquerra, ha anar perfeccionant

un sistema de contractació econòmica que ha estat dominant en tot el sistema de gestió de la salut.

Però una de les nostres principals conclusions és que l'explicació estructural i cultural és millor per entendre els processos històrics i també per orientar-nos de cara al futur.

Catalunya té un sistema polític i administratiu cada vegada menys majoritari en el sentit de control per un partit que pot governar des dels departaments centrals de forma jeràrquica. Més aviat tendeix al consens i per tant, a la inclusió del major nombre possible d'actors i a la participació en la presa de decisions. Això és fruit de la cultura política però també de les lleis i els resultats electorals. El sector de la salut es caracteritza per la interdependència entre les estructures pures públiques i els proveïdors privats d'utilització pública. A això cal afegir que els partits polítics tenen un paper força important en la gestió de la salut a nivell local i comarcal a través dels mateixos hospitals i de les relacions amb les estructures centrals dels partits. Les relacions verticals arriben fins al govern de l'estat en la mesura que d'aquest depèn el catàleg de serveis i el finançament. La negociació política partidista i el compromís sectorial són doncs obligats, el que porta a una forma de gestió corporativa sobre la base dels acords.

Aquesta forma de fer política i d'organització del sector és la que explica que s'hagi privilegiat la perspectiva econòmica de controlar el cost dels serveis, ajustar els pagaments a l'activitat estàndard i millorar l'eficiència en perjudici d'altres perspectives com l'eficàcia clínica i la qualitat, en les que tenen major interès professionals i ciutadania. També explica les dificultats amb què es troba el projecte de la Central de Resultats, com a projecte principal de millora de la informació sobre els *outcomes* del sistema català de salut. Donat que és difícil que el sector accepti algunes reformes i que en qualsevol cas seran necessàries propostes limitades en el seu abast que s'hauran de negociar i renegociar, el més probable és un desenvolupament lent d'aquest nou instrument.

Catalunya encara té doncs camí per fer en la mesura de la *performance*. A la vista de les característiques del sector de la salut, el primer pas podria ser el de consensuar uns indicadors principals. Per això caldria tenir present que algunes de les suposicions teòriques del model clàssic de *performance* no es donen en el món real i que les

institucions només es comprometran a publicar informació que pot afectar la seva reputació si tenen garanties sobre el seu ús i la seva interpretació.

És important doncs assumir que els objectius són molt nombrosos i no sempre estan ben definits o són coherents entre ells. Això vol dir que en termes de resultats principals per al debat polític, caldria depurar els objectius fins a identificar objectius i resultats principals. Al mateix temps, és necessari assumir que algunes àrees sanitàries presenten dificultats objectives per a elaborar indicadors i recollir la informació degut a què es treballa de forma menys estandarditzada, són molt importants els factors contextuals o no es poden observar els resultats fins que ha passat un període de temps considerable. Això vol dir que la tendència natural seria treballar en aquelles àrees que ja compten amb algunes mesures, mentre s'ignoren les àrees difícils com per exemple la salut mental. En el mateix sentit, també és necessari assumir que la informació que els professionals consideren pertinent és sovint difícil d'obtenir o està tan dispersa i fragmentada que resulta gairebé impossible tenir una visió de conjunt. Finalment, tampoc es pot esperar que el fet de consensuar uns indicadors sigui suficient per provocar grans canvis en organitzacions que tenen cultures i pautes de comportament molt arrelades a la professió mèdica.

Alhora és important fer front a les principals preocupacions de les organitzacions i dels professionals, dels que depèn que hi hagi canvis i millores substantives. Aquí sí que la proximitat en les característiques institucionals i sectorials entre els sistemes de gestió de la salut holandès i català hauria de ser tinguda en compte per seguir algunes de les pautes que va impulsar la inspecció dels serveis sanitaris d'aquell país. Com hem vist, per a l'experiència holandesa era més important generar un clima de cooperació positiva que propiciés la millora efectiva dels hospitals que no la producció de rànquings i taules comparatives per lloar a uns i castigar a uns altres. Aquesta idea, junt amb la de diferenciar clarament entre mesures per al judici extern i per a la discussió i millora interna, són fonamentals per una estratègia que es basi en la confiança institucional.

La orientació horitzontal vers el sector però, no hauria de ser en perjudici de la transparència democràtica i per això, és igualment important que hi hagi un compromís de publicació d'un conjunt d'indicadors mínims. La combinació de control de la informació per les institucions i extensió del compromís públic de compartir informació

d'interès ciutadà sembla una estratègia raonable per impulsar el procés de mesura de la *performance* i assolir alguns resultats visibles en un termini de temps raonable.

* * *

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

- ARGENTÉ, M et al. (2007) Ponència “La Central de Balanços del CatSalut” al II Congrés Català de Comptabilitat i Gestió. Consultable a http://www.accid.org/congres/ponencies/sessio1_2405.pdf
- ARAH, O.A, N.S. KLAZINGA, D.M.J.DELNOIJ, A.H.A. TEN ASBROEK, I T.CUSTERS (2003) ‘Conceptual frameworks for health systems performance: A quest for effectiveness, quality and improvement’, International Journal for Quality in Health Care, 15:5, pp377-398
- BEHN, R.D. (2003) “Why Measure Performance? Different Purposes Require Different Measures”, Public Administration Review, Vol. 63, Num. 5
- BERG, M.; MEIJERINK, Y.; GRAS, M.; GOOSSENSSEN, A.; SCHELLEKENS, W.; HAEK, M. i KINGSMA, H. (2005) ‘Feasibility first: developing public performance indicators on patient safety and clinical effectiveness for Dutch hospitals’, Health Policy, 75, pp59-73
- BERWICK, D.M. (1998) “Developing and testing changes in delivery of care,” Annals of Internal Medicine, 128 (8): 651-656
- BEVAN, G. i R.ROBINSON (2005) “The Interplay between Economic and Political Logics: Path Dependency in Health Care in England”, Journal of Health Politics, Policy and Law 30, 1-2: 53-78.
- BEVAN, G. i HOOD, C. (2006) “What's measured is what matters: targets and gaming in the English public health care system”, Public Administration, 84:3, pp517-538
- BLANK, R. i V. BURAU (2004) Comparative Health Policy, Basingstoke, Palgrave.
- CABINET OFFICE (1999) Modernizing Government. London. The Stationary Office. CM4310 a <http://www.archive.official-documents.co.uk>
- COHEN, S. (2001) “A strategic framework for developing responsibility functions from government to the private sector”, Public Administration Review, 61, 432-451.
- DEPARTAMENT DE SALUT (2007) “Pressupost de Salut per a l’any 2007”. <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/prespsalut07.pdf>
- DSSS (2001) “La Central de Balanços del Servei Català de la Salut. Evolució del període 1997-1999” a Fulls Econòmics, informe n°9.
- EDDY, D.M. “Performance Measurement. Problems and Solutions.” Health Affairs, July/August: 8.

- EQUIP ESTUDIS (1997) Les tendències de l'evolució de la sanitat a Catalunya. Col. Polítiques 18. Fundació Jaume Bofill.
- FREIDSON, E. (2001) Professionalism, The Third Logic: On The Practice of Knowledge. Chicago, The University of Chicago Press.
- FRIEDRICH, C.J. (1940) "Public policy and the nature of administrative responsibility" a C.J. FRIEDRICH i E.S.MASON (eds.) Public Policy. Cambridge, MA, Harvard University Press.
- GALLEGO, R (2001) "La política sanitària catalana: la construcció d'un sistema universal de provisió pluralista" a GOMÀ, R; SUBIRATS, J. (Coord.) Govern i polítiques públiques a Espanya. Servei Publicacions UB-UAB..
- GENERALITAT DE CATALUNYA (2003) "Pla de salut de Catalunya 2002-2005". <http://www.gencat.net/salut/depsalut/html/ca/plasalut/doc5216.html>
- GENERALITAT DE CATALUNYA (2003) "Avaluació dels objectius per a l'any 2000 del Pla de Salut de Catalunya". <http://www.gencat.net/salut/depsalut/html/ca/plasalut/doc5371.html>
- GENERALITAT DE CATALUNYA (2007) Informe del registre del Conjunt Mínim Bàsic de Dades 2006. http://www10.gencat.net/catsalut/cat/prov_cmbdpublicacions.htm
- GENERALITAT DE CATALUNYA (2008) "Pla de salut de Catalunya a l'horitzó 2010". <http://www20.gencat.cat/portal/site/pla-salut>.
- HOFSTEDE, G.,(2001). Culture's consequences : comparing values, behaviors, institutions, and organizations across nations. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications.
- HOFSTEDE, G., B. NEUIHEN, , D.D. OHAYV., i G. SANDERS (1990). "Measuring Organizational Cultures: A Qualitative and Quantitative Study across Twenty Cases". Administrative Science Quarterly 35: 286-316.
- IASIST (2007) TOP20 Benchmarks para la excelencia 2007.
- JOS, P. i TOMPKINS, M. (2004) "The accountability paradox in an age of reinvention: the perennial problem of preserving character and judgment", Administration and Society, 36:3, pp255-281
- KANTER, R.M. (1977) Men and women of the corporation. New York. Basic Books.
- KAPLAN, R.S. i D.P. NORTON (1992) "The Balanced Scorecard Measures that Drive Performance". Harvard Business Review 70 (1): 71-91
- LIJPHART, A. (1984) Democracies, Patterns of Majoritarian and Consensus Government in Twenty-One Countries. New Haven, Yale University Press.
- LIJPHART, A. (1989) Patterns of Democracy, New Haven, Yale University Press.

- LOPEZ CASANOVAS, G. (Dir.) (1998) La contractació de serveis sanitaris. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya.
- MARCH, J.G. i J.P. OLSEN (1995) Democratic Governance. New York, Free Press.
- MOORE, M. (1995) Creating Public Value. Cambridge, MA, Harvard University Press.
- NEWHOUSE, J.P. (2002) Pricing the priceless: a health care conundrum. Cambridge, MA. The MIT Press.
- OCDE (2006). Society at a Glance, Paris, OECD.
- PIERSON, P. (2000) “Increasing returns, path dependence and the study of politics”, American Political Science Review, 94 (2): 251-267.
- PIERSON, P. (2004) Politics in time: history, institutions and social analysis. Princeton, Princeton University Press.
- POLLITT, C. (1985) ‘Measuring performance: a new system for the National Health Service’, Policy and Politics, January, pp1-15
- POLLITT, C. (2007) ‘Hospital performance indicators: how and why neighbours facing similar problems go different ways – building explanations of hospital performance indicator systems in England and the Netherlands’, a C. Pollitt, S. van Thiel and V. Homburg (eds.) New Public Management in Europe: adaptations and alternatives, Basingstoke, Palgrave/Macmillan
- POLLITT, C. i G. BOUCKAERT (2004), Public Management Reform, Oxford University Press, 2004
- RADIN, B. (2006) Challenging the performance movement: accountability, complexity and democratic values, Washington DC, Georgetown University Press
- SALLERAS, L. (2003) “Diez años de planificación de la salud en Cataluña: de la formulación de los objetivos a la evaluación de los resultados” a Medicina Clínica, vol.121(supl.1).
- SÁNCHEZ REVENGA, J. 2005. “El Presupuesto por Programas en España,” Economistas, 105.
- SCHICK, A. (2001) “Getting Performance Measures to Measure Up” a Dall W. Forsythe, ed. Quicker, Better, Cheaper: Managing Performance in American Government. Albany, Rockefeller Institute Press.
- SÉCULI, E. Et al (2003) “La Planificación de la salud en Catalunya, 1990-2000. Algunas claves para afrontar el futuro” a Medicina Clínica, vol.121(supl.1).

- SMITH, P.B., S. DUGAN I F. TROMPENAARS (1996). "National Culture and the Values of Organisational Employees: A Dimensional Analysis across 43 Nations". Journal of Cross-Cultural Psychology 27: 231-64.

- WHOLEY, J.S. i H.P. HATRY (1992) "The case for Performance Monitoring", Public Administration Review, 52 (6): 604-610.

- WEISS, C. (1983) "Ideology, Interests and Information. The Basis of Policy Positions", a D. Callahan i Bruce Jennings,, eds. Ethics, The Social Sciences and Policy Analysis. New York. Plenum Press.

- WILSON, J.Q. (1989) Bureaucracy. What Government Agencies Do and Why They Do It. New York. Basic Books.

ANNEX 1

GUIÓ DE LES ENTREVISTES

Part 1: Sobre el model de la *performance* al sistema sanitari català

1. Quins han estat els moments històrics clau en l'evolució de la sanitat catalana, durant els darrers 20 anys?
2. Quina ha estat l'estratègia (o estratègies) seguida per a mesurar la *performance* del sistema sanitari català, és a dir, el seu rendiment en relació als objectius proposats (avaluació dels processos, resultats, qualitat del servei, estat de la salut,...)
3. En la mesura de la *performance*, s'ha seguit el model d'algun país europeu?

Part 2: Sobre les característiques del model i el seu desenvolupament

4. Quins han estat els principals àmbits dels indicadors de la *performance* (adequació del servei, timings, la qualitat, l'eficiència, les relacions prestador/client, la sostenibilitat del sistema, la seguretat,...)
5. Quines han estat les àrees del sistema sanitari més desenvolupades en quant a mesura de la *performance*? (Salut mental, càncer, malalties coronàries, cardiovasculars, diabetes,...)
6. Quins han estat els principals problemes per a la mesura de la *performance*? (Ex. la mesura d'una part pel tot, la "manipulació" de les dades per aconseguir un bon resultat a l'indicador, les resistències i desconfiances)
7. Quin nivell de mesura de la *performance*, avaluació,... creu que té el sistema sanitari català en comparació amb d'altres sistemes sanitaris del seu entorn? I en relació a d'altres àmbits de política pública catalana?

Part 3: Sobre els seus resultats del model i les estratègies de futur

8. Quins impactes ha tingut pel sistema sanitari català l'evolució dels indicadors de mesura de la *performance*?
9. Quines estratègies de futur creu que caldria portar a terme, per a la millora de la *performance* del sistema sanitari català?
10. Creu que caldria tendir a algun model concret de mesura de la *performance* del sistema sanitari?