

Són Socis PARTNERS:



E

Programa PARTNERS

Alguns dels nostres col·laboradors:



ESADE

Universitat Ramon Llull

INSTITUT DE GOVERNANÇA I DIRECCIÓ PÚBLICA

Av. de Pedralbes, 60-62
08034 Barcelona
Tel.: +34 93 280 61 62
Fax: +34 93 204 81 05
a/e:angel.saz@esade.edu

Programa PARTNERS La Unió

ESADE • IGDIP OBSERVATORI DE LA COOPERACIÓ PÚBLICOPRIVADA EN LES POLÍTIQUES SANITÀRIES I SOCIALS. ANY 2010

ESADE

Universitat Ramon Llull

INSTITUT DE GOVERNANÇA I DIRECCIÓ PÚBLICA

5 5 5

Programa PARTNERS

OBSERVATORI DE LA COOPERACIÓ PÚBLICOPRIVADA EN LES POLÍTIQUES SANITÀRIES I SOCIALS. ANY 2010

El cas de la cuina de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau; i el Projecte PREVIRNEC

Estudi de recerca promogut per:



Angel Saz-Carranza
Ferran Curtó
Francisco Longo

E

Angel Saz-Carranza

Acadèmic i investigador de l'Institut de Governança i Direcció Pública d'ESADE. Ha publicat, entre d'altres, a les revistes *Public Management Review*, revista internacional de *management* en gestió pública i la publicació *Reforma y Democracia*, i amb les editorials Sage *21st Century Reference Series*, *Palgrave Memillian* i *Granica*. És doctor en Management Sciences per ESADE, URL i Enginyer aeronàutic per l'Imperial College de la Universitat de Nova York; ha treballat per, entre d'altres, el Banc Interamericà de Desenvolupament (BID) i les Nacions Unides a l'Àfrica, Àsia i Amèrica Llatina.

Ferran Curtó

Master in Philosophy and Public Policy per la London School of Economics and Political Science (LSE), compaginant els estudis amb un voluntariat al Secretariat Internacional d'Amnistia Internacional a Londres. Llicenciat en Ciències Polítiques i de l'Administració a la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB), també ha col·laborat amb l'Observatori d'Ètica Aplicada a la Intervenció Social (OEAIS) de Girona, i amb l'H Espai de Debat, a l'Hospitalet de Llobregat. Actualment treballa com analista pel Centre per a la Innovació Local de la Diputació de Barcelona i és col·laborador acadèmic a l'Institut de Governança i Direcció Pública d'ESADE.

Francisco Longo

Professor del Departament de Direcció de Recursos Humans i Director de l'Institut de Governança i Direcció Pública (IGDP) d'ESADE, on presideix actualment el Claustre del Professorat. És membre del Comitè d'Experts en Administració Pública de Nacions Unides i membre del Consell d'Administració de Catalunya Caixa. Ha estat redactor i ponent de la Carta Iberoamericana de la Funció Pública i va formar part de la Comissió d'experts creada pel govern espanyol per a l'informe previ a l'Estatut de l'Empleat Públic. Pertany als consells editorials de diverses revistes acadèmiques internacionals i és autor de nombroses publicacions sobre governança, gestió pública i gestió de recursos humans.

Col·laboradors:



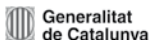
ARCASA



Centre de Recerca en Enginyeria Biomèdica
UNIVERSITAT POLITÈCNICA DE CATALUNYA



ACCIO
CIDEM | COPCA



bdigital

BARCELONA DIGITAL CENTRE TECNOLÒGIC



Relats Programa PARTNERS

Albert Serra, Angel Saz-Carranza (editors)

Observatori de la Cooperació Publicoprivada en les Polítiques Sanitàries i Socials: els casos de la cuina de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau i el projecte PREVIRNEC, en telerehabilitació cognitiva, núm. 5.

Francisco Longo, Angel Saz-Carranza i Ferran Curtó

© 2011 ESADE. Avda. de Pedralbes, 60-62

08034, Barcelona. www.esade.edu

© 2011. Francisco Longo, Angel Saz-Carranza i Ferran Curtó

ISBN: 978.84.88971-48-7

Per a correspondència amb els editors, adreçar-se a:

partners@esade.edu

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

Director: Francisco Longo.

Programa PARTNERS.

Director: Albert Serra. Directora associada: Mònica Reig.

www.esade.edu/partners

Depósito legal B-5624-2011

Diseño y maquetación: Seleccionar, S.L.

Imprime: IMGESA - Impresiones Generales, S.A.

PRÒLEG	6
INTRODUCCIÓ	8
PRIMERA PART: Els casos de l'Observatori de la cooperació publicoprivada en polítiques sanitàries i socials	
LA CUINA DE L'HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU ...	14
Cas: La cuina de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau	15
L'inici.....	15
El sistema de producció.....	17
El model econòmic	20
El xoc conceptual	20
El model de contractació	22
El model de gestió	23
Valoracions globals.....	25
EL PROJECTE PREVIRNEC	28
El projecte PREVIRNEC.....	29
El naixement de PREVIRNEC	30
La cooperació del consorci.....	31
El funcionament actual de PREVIRNEC	34
Els reptes de futur	37

EPÍLEG.....	38
El temps.....	40
L'esperit emprenedor.....	40
Inversió pública	40
Plantilles mixtes	40
Cooperació i concursos.....	41

**SEGONA PART: Reflexions sobre la col·laboració publicoprivada
i els serveis públics sanitaris i socials**

Introducció.....	45
Els requeriments institucionals de la cooperació publicoprivada	45
No fer passes endarrere	50

L'octubre de 2008, la Unió, associació empresarial d'entitats sanitàries i socials, es va afegir a la iniciativa del Programa PARTNERS d'ESADE orientada a destacar la contribució del partenariat en el sector sanitari i social de Catalunya, i alhora millorar l'aprenentatge compartint experiències d'èxit en altres sectors i països.

L'any 2009, va voler fer un pas més, promovent la creació de l'Observatori de la Cooperació Publicoprivada en les Polítiques Sanitàries i Socials, com a projecte conjunt d'ESADE i La Unió. Aquest projecte té per objectiu posar en valor els partenariats entre l'Administració, empreses sanitàries i socials, empreses de béns i serveis, universitats i d'altres agents en àmbits clau de la prestació de serveis, en la innovació en gestió i en la recerca, mitjançant una convocatòria anual de selecció de projectes i relat de casos.

La plataforma d'ESADE ens permet objectivar els casos, ressaltar els aspectes essencials de cada experiència, facilitar els espais de relació amb altres sectors i optimitzar-ne la difusió.

ESADE

Aquesta segona convocatòria ens ha permès presentar el relat de dos casos singulars i diferents: la Fundació de Gestió Sanitària de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau i ARCA-SA, SL, en l'àmbit de l'alimentació, i el projecte PREVIRNEC, en l'àmbit de la telerehabilitació cognitiva, impulsat per l'Institut Guttmann, en el qual participen empreses dels sectors de les TIC i de les telecomunicacions, i universitats. Aquests projectes i aquestes realitats han estat possibles gràcies a la iniciativa de les institucions i dels professionals que hi han intervingut. Amb aquesta publicació els volem reconèixer la tasca que han fet.

L'èxit d'aquesta segona convocatòria, en la qual s'han presentat quinze casos, ens ha portat a decidir obrir, en el marc de l'Observatori, un registre d'experiències, que inclou tots els projectes presentats fins ara, els quals es mantenen com a experiències d'interès estratègic en el seguiment del seu desenvolupament i els seus resultats, i seran susceptibles de redacció de casos en les properes convocatòries.

Aquesta segona publicació de l'Observatori inclou també un breu assaig del professor d'ESADE Francisco Longo sobre la cooperació publicoprivada en els serveis

públics. Aquest text complementa el treball empíric dels estudis de casos amb una reflexió conceptual, però pràctica, sobre la cooperació publicoprivada.

El context actual, marcat pel canvi de paradigmes polítics, econòmics i pressupostaris, professionals, tecnològics i socials, pot ser una oportunitat si, per convicció, i no només per necessitat, es fa un pas endavant en la cooperació publicoprivada (CPP) com a model de gestió dels serveis públics. Amb una administració que aposti per un canvi cultural en la seva funció reguladora i que, alhora, sigui facilitadora, amb un teixit empresarial amb visió sistèmica i compromès en la millora dels serveis públics, Catalunya està preparada per afrontar els nous escenaris sense renunciar a liderar d'altres projectes innovadors en el futur.

I, per fer-ho, cal capacitat en la gestió de la CPP, cal confiança i cal avaluació. Objectivar els resultats i generar confiança creiem que són les claus per superar aquest debat i centrar-nos en la responsabilitat d'oferir als ciutadans uns serveis sanitaris i socials de qualitat.

Roser Fernández.

Directora general de La Unió.

Desembre 2010

Introducció

El segon producte de recerca de l'Observatori de la Cooperació Público-privada en les Polítiques Sanitàries i Socials (Observatori) recull dues experiències de cooperació publicoprivada (CPP) que il·lustren els aprenentatges i els canvis culturals que s'estan produint en aquest camp. El cinquè Relat PARTNERS que teniu entre mans inclou aquestes experiències, juntament amb un assaig conceptual del Prof. Longo sobre cooperació publicoprivada.

Continuant amb la dinàmica positiva que es va encetar l'any 2009, l'Observatori ha tornat a oferir a les entitats sanitàries i socials la plataforma per posar en valor les experiències de CPP en el sector. La diversitat de modalitats i de casos ha de contribuir a millorar el coneixement i la gestió aplicada de la CPP en un sector clau del creixement econòmic i social en què la CPP aporta valor en la gestió d'un bé públic.

L'equip acadèmic de l'Observatori va valorar molt positivament l'impacte de la segona convocatòria, feta a principis de l'any 2010, que va aplegar un total de quinze propostes de participació (vegeu la taula següent).

PROJECTE COOPERATIU EN L'ÀMBIT SANITARI

PARTS IMPLICADES AL PROJECTE

1. PLATAFORMA LOGÍSTICA INTEGRAL	Corporació Sanitària Parc Taulí Consorci Parc de Salut Mar de Barcelona Health Lean Logistics S.L.
2. ALIANÇA I COOPERACIÓ INTERORGANITZATIVA	Ajuntament de Palafrugell SSIBE, Serveis de Salut Integrats del Baix Empordà
3. AGRUPACIÓ PER A LA PRESTACIÓ DEL SERVEI DE NETEJA	Fundació Hospital Sant Pau i Santa Tecla Fundació Centres Assistencials i d'Urgències Fundació Sociosanitària i Social Santa Tecla Gestió Plus Hospital de Valls (SAM) Empresa pública GPSS, Gestió i Prestació de Serveis de Salut
4. CRC MAR S.A.	CRC Corporació Sanitària, SA IMAS, Institut Municipal d'Assistència Sanitària
5. PROJECTE COOPERATIU PER A LA CONSTRUCCIÓ I LA GESTIÓ DE CÀTERING DE L'HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU I CATERING ARCASA S.L.	Fundació de Gestió Sanitària de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau Arcasa, S.L.
6. PROJECTE E-CENIT-REHABILITA, TECNOLOGIES DISRUPTIVES PER A LA REHABILITACIÓ DEL FUTUR	Institut Guttmann • GMV-SGI • Gutmar • Aquiles Robotic Systems • FICOSA • RGB • Lavinia • Esteve-Tejijn • Tesis • 9 organismes públics d'Investigació (OPI's). Universitats, centres tecnològics i hospitals
7. PROJECTE COOPERATIU PER A L'OBTENCIÓ D'UN COMPTE EN PARTICIPACIÓ PER A LA RENOVACIÓ TECNOLÒGICA DEL SERVEI DE DIAGNÒSTIC	Althaia, Xarxa Assistencial de Manresa Institut Mèdic per la Imatge, S.L. (IMI)
8. UNIVERSIDAD DE LOS PACIENTES	Universitat Autònoma de Barcelona Fundació Josep Laporte Generalitat de Catalunya - Departament de Salut Fòrum Català de Pacients i Foro Español de Pacientes SEPAR, Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica
9. CRC CENTRE D'IMATGE MOLECULAR, S.A.	CRC CORPORACIÓ SANITÀRIA, S.A. • CRC MAR, S.A.
10. PROJECTE PREVIURNEC	Institut Guttmann • Empresa ICA, Informática y Comunicaciones Avanzadas • Vodafone España • UPC - Universitat Politècnica de Catalunya • UPM - Universitat Politècnica de Madrid • Fundació Barcelona Digital, centre tecnològic per al desenvolupament de les TIC • Xarxa TECNIO, ACC10
11. PROJECTE COOPERATIU PER A LA DONACIÓ D'EXCEDENTS DE SABATES PER COL·LECTIUS EN RISC D'EXCLUSIÓ SOCIAL	Fundació Sanitària Sant Pere Claver Companyies fabricants de sabates disposades a fer la donació
12. PARTENARIAT PER A LA MILLORA DEL PACIENT A TRAVÉS DEL SISTEMA D'ALIMENTACIÓ	Sodexo España SA Hospital 12 de Octubre de Madrid
13. XARXA DE SERVEIS DE RADIOTERÀPIA D'UTILITZACIÓ MIXTA	Corporació Sanitària del Parc Taulí (CSPT) +IOV Consorci Sanitari de Terrassa (CST) +IOV Hospital General de Catalunya (HGC) • Althaia (Manresa)
14. PARTENARIAT PER A LA INCORPORACIÓ D'INNOVACIÓ TECNOLÒGICA EN LA GESTIÓ DELS AVENÇOS EN L'ÀREA DE DIAGNÒSTIC PER A LA IMATGE	Fundació de Gestió Sanitària de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau Philips Ibérica SAU - Cuidado de la Salud
15. PROJECTE DE COOPERACIÓ VINCULADA ESPECÍFICAMENT A LA RECERCA I AL CONEIXEMENT: COOPERACIÓ D'ORGANITZACIONS PRODUCTORES AMB UNIVERSITATS I CREACIÓ DE SPIN-OFF PRIVATS	Informática Comunicaciones Avanzadas (ICA) NUK Consulting Institucions: Centre de Visió per Computador (CVC) Corporació Sanitària Parc Taulí Fundació Parc Taulí

No ha estat fàcil decidir-se pels casos més idonis per a la recerca tenint en compte que la major part de les propostes rebudes eren d'un

interès i d'una qualitat molt alts. A l'hora de prendre la decisió final, es va valorar especialment el grau d'assoliment dels objectius públics

de la cooperació i el caràcter innovador i creatiu. Un altre element que hi ha influït ha estat el grau de maduresa de la cooperació: els dos casos finalment seleccionats es distingien per haver assolit un nivell de desenvolupament cooperatiu superior, possibilitant una anàlisi més acurada de les qüestions de lideratge, responsabilització, valoració i avaluació de les cooperacions publicoprivades, i una reflexió més completa de les seves dinàmiques temporals i processuals.

Les dues propostes seleccionades han estat les següents:

Fundació Gestió Sanitària de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau i Càtering Arcasa, SL

• En aquest cas, l'objectiu de la cooperació publicoprivada és dur a terme un projecte comú de planificació, disseny, construcció, equipament i posada en funcionament de la cuina, l'explotació de les cafeteries i les màquines de venda automàtica. Concretament, es vol posar en marxa un nou model de cuina en línia freda amb dues cuines d'acabats a les cafeteries de públic i de personal, que tingui la cuina com a model de producció central i que implementi el model de regeneració mitjançant la inducció a les mateixes plantes en

el cas dels pacients. L'experiència és interessant pel fet d'haver dut a terme una reconversió amb èxit de les plantilles, haver harmonitzat les necessitats de pacients, usuaris i professionals, i haver millorat la productivitat avançant cap a la reconversió d'un model de centre de cost a centre de benefici.

El projecte PREVIRNEC

• És un projecte liderat des de l'Institut Guttmann, constituït per una empresa del sector TIC (Informàtica y Comunicaciones Avanzadas, ICA); una empresa del sector de les telecomunicacions (Vodafone); diverses universitats catalanes (URV, UPF i UPC) i de Madrid (UPM), i la Fundació Barcelona Digital. La iniciativa s'emmarca dins del programa Avanza I+D+i (convocatòria de 2008) i, entre els seus objectius, hi ha desenvolupar una plataforma de telerehabilitació cognitiva; desenvolupar un sistema de tractament de la informació recollida per generar coneixement; dissenyar un model d'aplicació clínica al dany cerebral adquirit, i fomentar l'adaptació al deteriorament cognitiu d'altres naturaleses (demències, malalties mentals, desenvolupament cognitiu en nens, etc.). El projecte ha permès establir una nova modalitat de prestació de serveis clínics de rehabilitació cognitiva, aplicant tec-

nologies per augmentar la personalització, la intensitat i l'eficiència de la rehabilitació cognitiva, la qual cosa permet generar coneixement per resoldre la manca d'evidències sobre la seva eficàcia.

Volem agrair molt sincerament el suport de La Unió, gràcies al qual ha estat possible aquest estudi. Així mateix, també volem donar les gràcies als participants que han ajudat a desenvolupar el treball de camp, els quals han mostrat una paciència infinita amb els investigadors i una obertura absoluta a l'hora de facilitar-nos tota la informació necessària sobre els casos.

Concretament, agraim la tasca de:

- Rosa Mitjana, subdirectora de Serveis Generals de l'Hospital de Sant Pau; Artur Arqués, director general i accionista de l'empresa familiar Arcasa, i Jaume Mangues, gerent d'operacions d'Arcasa.
- Xavier Monzó, director general de la Delegació de Catalunya d'ICA.
- El Dr. Josep Maria Tormos, coordinador de recerca; la Dra. Teresa Roig, responsable de l'Àrea de rehabilitació neuropsicosocial, i Àngel Gil, cap de programes socials i socio-sanitaris de l'Institut Guttmann.

A més de fer aquests dos casos en profunditat, amb l'objectiu de

posar en valor totes les propostes que no han estat seleccionades, el Comitè ha decidit obrir un registre de tots els projectes col·laboratius, que inclourà totes les presentades tant l'any 2009 com el 2010 i que s'incorporarà en les successives publicacions del Programa PARTNERS i en la pàgina web de l'Observatori de la Cooperació Pública-privada, en l'apartat de polítiques sanitàries i socials. D'aquesta manera es mantindran com a experiències d'interès estratègic pel que fa al seguiment del seu desenvolupament i els seus resultats i seran susceptibles de redacció de casos en les properes convocatòries.

Finalment, aquesta publicació inclou un assaig del Professor Longo on revisa el potencial de la CPP en els serveis públics, la situació actual de la CPP i els reptes pendents per a poder capitalitzar tot el potencial de la CPP. Aquesta aportació és un complement conceptual al treball empíric dels casos. Des de PARTNERS creiem que la combinació d'aproximacions empíriques i conceptuals és l'estratègia idònia per avançar en la millora i la potenciació de la CPP en els serveis públics.

Dr. Angel Saz-Carranza
Institut de Governança
i Direcció Pública, ESADE

ESADE

Universitat Ramon Llull

INSTITUT DE
GOVERNANÇA
I DIRECCIÓ
PÚBLICA

E

Primera Part

ELS CASOS DE L'OBSERVATORI
DE LA COOPERACIÓ
PUBLICOPRIVADA EN LES
POLÍTIQUES SANITÀRIES I SOCIALS

Angel Saz-Carranza
Ferran Curtó

La cuina de
l'Hospital de
la Santa Creu
i Sant Pau



E

l relat que es presenta a continuació descriu un projecte comú de planificació, disseny, construcció, equipament i posada en marxa d'un model de cuina en línia freda a l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. El projecte, iniciat l'any 2004, és desenvolupat conjuntament per la Fundació de Gestió Sanitària de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau i el Càtering Arcasa, SL, i té un pressupost de 5.600.000 €.

L'Hospital de Sant Pau és un hospital públic amb més de sis segles d'existència que ofereix serveis de salut sobretot a Barcelona, però s'estén per tot Catalunya. Els àmbits d'actuació de l'Hospital són l'assistència, la docència i la recerca. L'empresa privada Càtering Arcasa, SL, (Arcasa) "és una empresa nascuda l'any 1984, en el si d'un grup empresarial familiar de capital íntegrament català, fundat l'any 1949, amb més de 60 anys de presència ininterrompuda en el mercat de l'alimentació."¹

L'inici

L'any 2002, i coincidint amb la construcció del nou Hospital de

Sant Pau, es va valorar la possibilitat que el disseny de la nova cuina s'aprofités per dur a terme un canvi de model alimentari amb una unitat de producció que permetés incorporar les noves tecnologies, tant en els àpats dels pacients com a la cafeteria de públic i de personal, com també a tercers.

El canvi que es plantejava era la substitució de la "línia calenta" per la "línia freda". La "línia freda" consisteix a elaborar menjar uns tres o cinc dies abans de ser consumit: una vegada cuinats, els aliments es refreden ràpidament mitjançant abatadors de temperatura i, posteriorment, sense trencar la línia de fred, es regeneren i s'escalfen en carros especialitzats. El procés d'elaboració garanteix les qualitats nutricionals i organolèptiques dels aliments.

"A l'any 2003 n'hi havia poques experiències a Espanya", explica Rosa Mitjana, subdirectora de Serveis Generals. "Jo sempre associava la línia freda al menjar dels avions. I em feia molt respecte, perquè el nostre entorn i el nostre públic/pacients no estan acostumats a aquest tipus de dieta. La primera cosa

¹ www.arcasa.es

que vam fer va ser plantejar-nos quines necessitats teníem, què volíem aconseguir amb la línia freda. Volíem la línia freda però conservant les nostres dietes i els nostres costums i, en aquell moment, pensàvem que això era difícil d'aconseguir. També calia abordar la qüestió de l'ecologia: havíem de buscar la millor tecnologia en el mercat amb una alta eficiència energètica en la producció i que, a l'hora de regenerar, no consumís gaire energia”.

En aquell moment, l'Hospital de Sant Pau col·laborava amb Arcasa, que havia estat subcontractada per l'hospital el 19 de juliol del 2001 per substituir l'empresa que hi havia anteriorment. “Arran de la construcció del nou hospital –explica Artur Arqués, director general d'Arcasa–, es va començar a parlar, de manera conjunta, que calia començar a pensar en un nou servei d'alimentació”. Es van analitzar els diferents models existents al mercat per veure de quina manera podien adaptar les noves tecnologies per aconseguir un model que permetés compaginar una alimentació hospitalària racional i integral amb un criteri d'eficiència a les necessitats de l'Hospital,

assolint les recomanacions que el Consell d'Europa proposa a la Resolució RespAP (2003)³ sobre alimentació i nutrició en l'assistència hospitalària.

Per fer-ho, explica Rosa Mitjana, “es va crear un equip multidisciplinari de persones: vam fer-hi participar el personal de Malalties Infeccioses i Riscos Laborals, entre altres departaments de l'Hospital... Quan vàrem tenir un primer disseny del que nosaltres creïem que podia ser una cuina amb línia freda, llavors vam anar a veure què feien a la resta dels països”.

“Primer vam anar a França, on, per a la línia freda, usen la pasteurització i serveixen els àpats directament amb barquetes d'un sol ús, empaqueten tota la producció dels plats en monodosos similars al que fan els supermercats. Tenen un model de producció amb cuines centrals i molts hospitals per servir. Després vam anar a Suïssa, al cantó de Ginebra. Allà vàrem trobar-hi quelcom que ens va agradar bastant més, perquè ells també estaven en ple procés de canvi i el que començaven a fer s'assimilava bastant al que nosaltres pensàvem: tenen una

cultura gastronòmica més similar a la nostra i, a més, havien plantejat una cuina amb la tecnologia suficient per poder donar servei a tercers. Una cuina l'has de pensar bé, perquè la fas una vegada: no tens gaires oportunitats de repetir-ho, perquè és cara i és un procés molt difícil”.

Europa va permetre a l'equip Sant Pau-Arcasa veure els grans vectors de desenvolupament, les tendències que imperarien en el futur. “Els grans vectors eren –explica Arqués–, d'una banda, els costos laborals: Espanya i Catalunya havien deixat de tenir mà d'obra barata i això no canviaria en els propers anys; per tant, s'havien de racionalitzar els costos de personal. D'altra banda, hi havia les mesures higienicosanitàries: les cuines passaven a ser tractades com a indústries i tota la normativa de traçabilitat, d'higiene, entrava des d'Europa per la porta gran. Finalment, hi havia l'element dels riscos laborals, de l'ergonomia, etc., que condicionava notablement el disseny de les cuines.

“Una de les coses que els van dir a Europa, i els va sorprendre –destaca Arqués–, és que no podíem començar dibuixant

la cuina; el dibuix de la cuina sortiria quan tinguéssim clar tot el que havíem de treballar abans: l'estructura econòmica, el model de servei, la plantilla, el client pel qual treballàvem, el pacient, el personal, el públic... quan tinguéssim això ben treballat, el dibuix sortiria sol.” “Aquí sempre ho fem al revés –afegeix Manges, gerent d'operacions d'Arcasa–, dibuixem la cuina i, a partir de si ens agrada el dibuix, comencem a definir-ne el servei i l'organització. Vam aprendre que cal treballar el *software* abans que el *hardware*!”.

El sistema de producció

“El primer que calia era definir els processos principals de la cuina, com en una fàbrica”, ens diu Arqués. “Vam intentar que cada procés coincidís en una àrea física de la cuina. Perquè fos més fàcil, el personal de plantilla s'havia d'especialitzar en una feina, calia adaptar el mobiliari, l'equipament i els horaris, amb l'objectiu que la plantilla pogués ser especialista en una sola feina. En el model tradicional, els treballadors, al llarg de la seva jornada, passaven per diferents àrees, com ara rentar la vaixel·la, preparar els aliments, emplatar les safates... Això havia de canviar. Calia que cadascú es-

tigués preparat per fer una tasca concreta”.

També calia trencar amb els pics d'intensitat que hi ha a les cuines, on hi ha moments en què les persones van al 120 %, fan més del que poden, i després es baixa al 40 %, per acabar tornant a pujar. Quan els equips treballen amb excés de pressió, es corre el risc de cometre errors i de patir accidents. Quan s'acaben els moments de màxima intensitat, les persones sovint es queden desocupades, es disminueix el nivell d'atenció, i es torna a generar el risc d'errors i d'accidents... El que vam intentar és organitzar la feina en cada equip de tal manera que el personal tingués una activitat sostinguda”.

Un altre element que havia de canviar respecte del model tradicional és la concentració d'informació en mans del cuiner. “En el sistema tradicional, tot el coneixement el té un nombre molt limitat de persones”, explica Arqués. “El projecte està interioritzat al cervell del cuiner, que sap què s'ha de demanar, a quin proveïdor, com s'ha de rebre, què s'ha d'agafar al magatzem, etc. És un sistema fràgil de producció. Avui, a Sant Pau, hi ha control i segui-

ment digitalitzats, i traçabilitat dels processos. Hi ha un ordinador, hi ha unes fitxes, s'han sectoritzat tots els processos, s'han definit tots els plats, els ingredients; la informació no és al cervell d'una persona, sinó que és en un sistema, i és compartida. Per tant, és fàcilment transmissible, és fàcilment analitzable i millorable, i tothom pot participar en el procés de millora. És un sistema obert”.

“El més important és que hem canviat el paradigma de com es dissenya, de com es comparteix, i això facilita la millora contínua. Aquest model d'organització permet que, en cas de relleu d'equips, el model sigui fàcilment transmissible. En el model tradicional, el cuiner difícilment té temps per treure's de sobre la feina de cada dia. La línia freda permet separar el procés de cocció del de distribució. Quan es separen aquests processos, es genera un model de treball perquè la gent desenvolupi millor les seves tasques. A tall d'exemple, quan el menjar que se servirà dilluns està cuinat divendres, això et dóna marge per manobrar i per crear una cultura de producció”.

Taula 1. Sistema de producció

MODEL TRADICIONAL

- Repetició no qüestionada de la praxi tradicional.

- El cuiner és el procés.

- Model d'alta fragilitat.

- Model d'alta fragilitat.

- Model molt estressant.

- No permet la revisió àgil dels processos i, per tant, impossibilita la millora contínua i la innovació.

- Els proveïdors de matèries no participen del procés productiu.

- Els proveïdors d'equipament i els constructors repliquen models sense treballar amb els operadors del servei.

NOU MODEL

- Definició prèvia conjunta (hospital -empresa restauració) de tota la cadena de processos implicats.

- Intervenció de tots els departaments des del principi:
 - Departament Dietètica.
 - Seguretat Alimentària.
 - Seguretat i Salut en el Treball.
 - Màrqueting/Comercial.
 - Informàtic i altres.

- Aquest model permet implementar un sistema de:
 - Certificació de la qualitat.
 - Millora contínua.

- Producció en línia freda: permet separar els processos de producció dels de distribució i, per tant, trencar l'estrès tradicional de les cuines, que dificulta enormement la capacitat d'innovació i de millora.

- Els proveïdors de matèria participen del procés productiu aportant-hi millores substancials:
 - Estalvi de manipulacions a la cuina.
 - Disminució d'estocs.
 - Disminució de punts crítics.
 - Disminució de tasques repetitives de poc valor afegit.

- Els proveïdors d'equipament i els constructors hi incorporen les experiències i les necessitats dels equips operacionals.

Font: Arcasa

El model econòmic

El canvi en el model productiu estava estretament associat al canvi del model econòmic: la cuina es va orientar perquè es pogués transformar d'un centre únicament generador de cost a un centre amb capacitat de generar beneficis. “No només volíem que costés menys, sinó que volíem poder rendibilitzar les instal·lacions”, diu Arqués. “Com que disposàvem d'un espai prou gran, vàrem plantejar-nos la

possibilitat de vendre serveis a fora. Havíem de parlar de manera desacomplexada de beneficis, encara que culturalment sigui un tema tabú. Si obren una residència aquí al costat i volen que algú els faci els àpats, un hospital amb unes instal·lacions i un equip tècnic de primera línia com el nostre pot ser una de les millors opcions. Havíem de preparar la cuina per assumir aquesta oportunitat en cas que es produís”, afegeix Rosa Mitjana.

Taula 2. Model econòmic

MODEL TRADICIONAL	NOU MODEL
<ul style="list-style-type: none"> • Servei d'alimentació vist exclusivament com un centre de cost. 	<ul style="list-style-type: none"> • Objectiu compartit de posar les bases per transformar els serveis d'alimentació en un centre generador de valor.
<ul style="list-style-type: none"> • Model basat en variables fixes, no vinculades a l'evolució real de l'activitat. 	<ul style="list-style-type: none"> • S'exploren accions per incrementar el nivell de vendes: Dins del recinte de l'Hospital: cafeteria pública, venda automàtica i productes "per emportar". Fora del recinte de l'Hospital: venda d'àpats a clients amb manca de capacitat de producció.
<ul style="list-style-type: none"> • Model rígid, provoca situacions <i>win-lose</i> que acaben deteriorant el projecte. 	<ul style="list-style-type: none"> • Model basat en equacions clares que adapten constantment les variables econòmiques a la realitat de l'activitat i l'eficiència de projecte.

Font: Arcasa

El xoc conceptual

El viatge a Europa va permetre a l'equip de l'Hospital Sant Pau-Arcasa veure un món diferent.

A banda d'observar les potencialitats d'un nou model de producció i d'un model econòmic, la magnitud del canvi que haurien

d'abordar els obligava a adoptar una nova perspectiva pel que fa al model de treball a seguir. “De manera excepcional –explica Arqués–, ens vam trobar amb quatre o cinc anys per endavant per preparar un projecte. El factor temps ens permetia tranquil·lament repensar estratègicament el què volíem ser ‘quan fóssim grans’. Jo crec que aquest va ser un punt important que va desencadenar que passessin certes coses. Nosaltres teníem una inquietud i teníem l'obligació de construir alguna cosa que fos vàlida almenys per a 15 anys. Aquest era el repte: no mirar enrere, sinó endavant”.

El primer que van fer des d'Arcasa va ser contactar amb la direcció facultativa de l'Hospital de Sant Pau per replantejar el grau de participació de les parts en el disseny de la cuina, del menjador i de la cafeteria. A partir d'aleshores, es va començar a treballar amb agilitat en un pla funcional integral. Ambdós, Hospital de Sant Pau i Arcasa, destaquen la importància dels inicis de coresponsabilitat, no només pels resultats immediats que

s'anirien assolint, sinó també pel futur del projecte que començava a engendrar-se. Des de l'inici van compartir professionals, experiències, projectes econòmics, objectius nutricionals, triant aquelles tecnologies amb el mínim cost a l'hora de regenerar i adequant els processos del canvi de model a la dieta mediterrània, garantint l'atenció alimentària integral.²

Però la cooperació no es va limitar a dos *partners*. “Quan ens vam adonar de la magnitud del projecte –explica Arqués–, vàrem veure que necessitàvem començar a treballar en xarxa. De la mateixa manera que vam començar a compartir amb l'Hospital, també calia implicar-hi els representants sindicals, les entitats financeres, les autoritats sanitàries, etc.” “Una de les coses que vàrem constatar –afegeix Jaume Mangues– és que la inversió econòmica d'un projecte d'aquesta magnitud s'aproximava als quatre milions d'euros i, per tant, calia definir un nou marc de finançament i preveure'n un temps de preparació a més llarg termini”.

² Latència alimentària integral és la que és capaç de cobrir les necessitats i les expectatives de les persones usuàries (tant internes com externes) en tots els vessants: nutricionals, organolèptics, higiènics, econòmics i socials.

“Els bancs desconeixien el nostre sector –continua Arqués–, entendre els serveis d’alimentació, com es facturen, quins ingressos es poden generar (cafeteries, venda automàtica); aquí va caldre fer un esforç informatiu de tot el projecte. Això de fer-ne partícips els agents financers des del primer moment, i no a última hora, també és una novetat claríssima en el sector... Però, en aquest cas, era imprescindible, perquè la inversió trencava les magnituds tradicionals; aquest és un projecte industrial”.

El model de contractació

“Tot i que el disseny del projecte s’havia fet de forma conjunta entre Sant Pau i Arcasa, i que s’havien establert els requisits del projecte mitjançant el treball cooperatiu entre ambdós, el projecte va sortir a concurs públic”, explica Rosa Mitjana. “A diferència de molts concursos que també surten en el nostre sector –explica Manges–, Sant Pau era el propietari del disseny arquitectònic i d’equipament de la cuina, i això garantia les condicions del projecte, fos quina fos l’empresa adjudicatària”.

Les empreses que van competir en el concurs, a banda d’aportar-hi tota la informació requerida,

van haver de fer una defensa oral del seu pla de viabilitat tècnica i econòmica davant de la Direcció de l’Hospital.

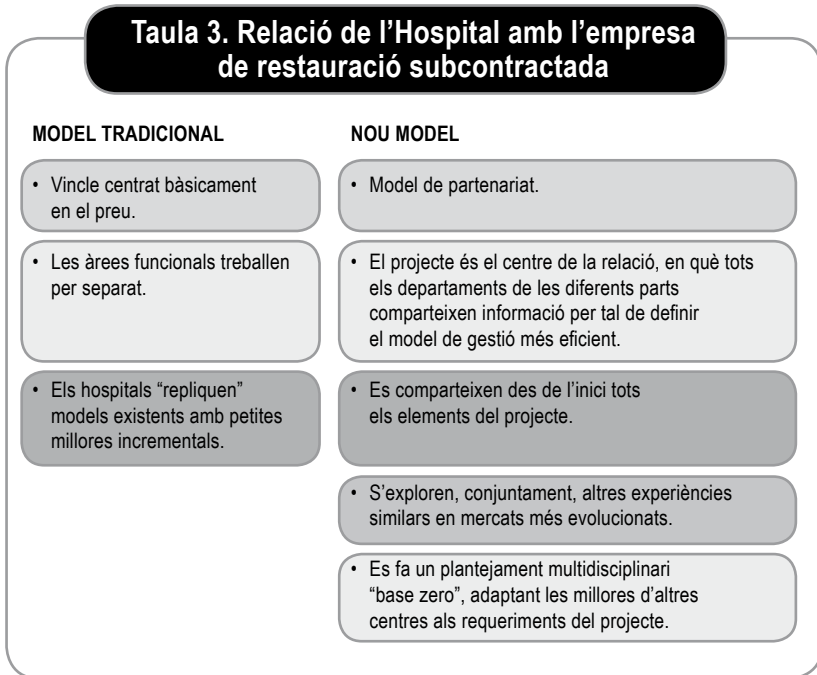
Una vegada resolt el concurs, explica Rosa Mitjana, “l’Hospital de Sant Pau, tal com estava establert en el Plec de condicions, va fer que Arcasa es coordinés amb l’equip dels *project managers* de l’Hospital i van supervisar tot el procés d’execució de l’obra juntament amb la Direcció Facultativa. D’externalitzar, es pot externalitzar el que vulguis, però el control, no... Calia garantir que no es fes res diferent al que establí el Plec de condicions sense que la propietat n’estigués assabentada i hi donés el seu consentiment. [...] La veritat és que quan alguna cosa no ha anat bé, hi han intervingut tant Arcasa com el nostre *project manager*... Per exemple, quan estaven fent les obres, ens vam adonar que el terra no estava ben fet, i es van haver de parar les obres, aixecar tot el terra de la cuina i començar de nou”.

El resultat va ser un seguiment de l’obra a diverses bandes. “Si en qualsevol moment hi havia modificacions –explica Manges–, tothom se n’assabentava [...]”.

L'entitat financera sabia que no podia pagar res d'aquesta obra si no anava signat per Arcasa, pel *project manager*, per la Direcció de Sant Pau i per la Direcció Facultativa, i es donava garantia que s'estava executant el que

s'havia acordat, amb ple coneixement de totes les parts.

La figura següent representa, de manera esquemàtica, la relació que es va establir entre l'Hospital de Sant Pau i Arcasa.



Font: Arcasa

El model de gestió

El model de gestió que s'ha establert entre el Sant Pau i Arcasa és un model *win-win*, un model en què les dues parts hi surten guanyant amb la cooperació. "En el sistema tradicional—ens diu Arqués—,

les àrees funcionals de l'Hospital i les de l'empresa rarament treballaven conjuntament. En aquest nou model, totes les àrees (dietètica, informàtica, producció, riscos laborals, temes legals, etc.) es posen al servei del projecte."

Mangues hi afegeix que en aquest model es comparteix la informació, el model de viabilitat, el model de producció, etc. Els temes més burocràtics queden relegats a un segon terme, i es fomenta més la innovació en partenariat.

Arqués destaca que un dels elements més importants d'aquest nou model és que “es dóna entrada a totes les parts implicades des de l'inici i es perd la por al procés d'assaig i d'error. Aquí t'has d'equivocar –emfatitza– i has de perdre la por. Això es focalitza amb coses molt concretes. Per exemple, tota la vida s'ha rentat la vaixela a la nit. Quan s'acaba el sopar –a les deu, quarts d'onze–, s'ha de netejar, i això obliga que algú es quedi fins a la mitjanit. Aquest és un torn de treball poc estimulant. Llavors, la pregunta és: com el podem eliminar? En principi sembla impossible. Però llavors decideixes que ho rentaràs al matí. I això ho replanteja tot: on ho guardarem, amb quines condicions de temperatura, els canvis de tornos de treball...”

“Proposar-se oportunitats de millora és molt estimulant. Quan comences a generar inquietuds positives, això afecta tots els departaments. Però perquè això sigui possible, cal tenir la capacitat

d'atrevir-se a fer coses que potser no han canviat en 100 anys. Amb el model *win-win*, senzillament ens fem preguntes que abans no ens fèiem. Els equips agafen l'hàbit de fer-se preguntes. Ja no donem res per fet. Ens atrevim a qüestionar tot allò que no ens agrada. Aquest és l'esperit. Com crees aquest ambient? Doncs fomentant que la gent s'engresqui. Aquí no només volem les mans del personal de la cuina, també en volem el cervell per canviar les coses”.

Respecte dels recursos humans, Arqués assenyala: “des de sempre al Sant Pau la plantilla és mixta. Hi ha plantilla que està en nòmina d'Arcasa i plantilla que és de Sant Pau. Fins i tot tenen convenis diferents... Alguns tenen alguns drets adquirits, tenen algunes antiguitats, i d'altres no... A vegades es perceben algunes tensions en aquest sentit, però és quelcom que ha anat disminuint...”

“És més important pertànyer al grup... –ens diu Mangues. Al final, si la nòmina ve a través d'una empresa que es diu Arcasa, o una empresa que es diu Sant Pau, és anecdòtic. [...] És clar, la gent sempre valora ser de Sant Pau, perquè dóna una

sensació d'estabilitat. Però la veritat és que és a les plantilles mixtes on la gent es porta millor”.

Ningú no ha perdut la feina fruit del projecte, ens diu Rosa Mitjana. “Abans teníem una cuina i una cafeteria de personal, i ara tenim una cuina, una cafeteria de personal i una cafeteria de públic. Hem obert

un establiment al públic des de les set del matí fins a les dotze de la nit, 365 dies a l'any... Tot plegat ha donat més feina i ha permès que ningú no hagués de marxar. Això ens ha ajudat a no tenir conflicte”.

Valoracions globals

Tots els protagonistes d'aquest projecte insisteixen a subratllar-

Taula 4. Model de gestió

MODEL TRADICIONAL	NOU MODEL
<ul style="list-style-type: none"> • Relació clàssica client-proveïdor: <i>win-lose</i>. 	<ul style="list-style-type: none"> • Definició d'un model <i>win-win</i>.
<ul style="list-style-type: none"> • No es comparteix la informació més enllà de l'estrictament necessària per complir amb les obligacions contractuals. 	<ul style="list-style-type: none"> • Es comparteix tota la informació del model.
<ul style="list-style-type: none"> • No facilita la generació i la incorporació de millores de gestió. 	<ul style="list-style-type: none"> • Es genera un clima estimulant de sinergies i d'empaties entre totes les persones participants, independentment de l'organització a què pertanyen, perquè el centre d'atenció i de desenvolupament és “el projecte compartit”.
<ul style="list-style-type: none"> • No es generen sinergies ni empaties. 	<ul style="list-style-type: none"> • El clima de treball que es genera facilita trencar les resistències naturals al canvi que tenen totes les organitzacions.
<ul style="list-style-type: none"> • Les persones treballen aïllades i, per tant, la tensió que tot canvi comporta acaba sent únicament un element estressant i desmotivador. 	<ul style="list-style-type: none"> • Es facilita l'entorn per fer una reconversió dels llocs de treball.
<ul style="list-style-type: none"> • Es molt difícil i costós fer una “reconversió” del perfil de llocs de treball. 	<ul style="list-style-type: none"> • Es guanya en polivalència.

Font: Arcasa

ne l'èxit, i n'emfatitzen els resultats obtinguts. "La prova es troba", afirma Rosa Mitjana, "en què hem passat de la línia calenta a la línia freda fent-la integral, sense que els nostres malalts hagin canviat de dieta. No sé si hi ha cap altre hospital que ho hagi aconseguit, això... els clients noten que mengem millor: millors horaris, millor temperatura, millors condicions organolèptiques..."

Els resultats més destacables del conjunt del projecte són:

- S'han pogut aprofitar els coneixements i els recursos de dues empreses.
- S'han definit uns perfils professionals que han permès fer una reconversió de dues plantilles, una de pública i una altra de privada, perquè treballin amb un únic model d'organització.
- S'ha dissenyat un servei d'acord amb les necessitats dels pacients i de les persones usuàries, que ha permès millorar la productivitat, reduir els riscos i conciliar els horaris dels treballadors amb la vida familiar.
- S'han introduït les noves tecnologies de producció i de servei mantenint els costums de la cul-

tura gastronòmica mediterrània.

- S'ha convertit la cuina en un centre de producció amb capacitat de generar valor afegit econòmic, reconvertint el model de "centre de cost" a "centre de benefici".

Entre les claus de l'èxit, cada protagonista en destaca aspectes diferents. Jaume Mangues insisteix en la importància de disposar de temps per fer bons plantejaments i que, "des de la gènesi del projecte, l'empresa i el client sempre van estar junts. Vam anar a diferents llocs d'Europa amb la idea d'aprendre... D'agafar els elements que interessaven i afegir-hi un punt de genuïtat autòctona: adaptar-ho a la nostra cultura, a la nostra legislació, a la nostra gastronomia, als nostres esdeveniments personals, al sistema laboral, al sistema financer..."

Arqués assenyala: "Va ser molt important que deixéssim ben clar quins objectius, quina missió i quina estratègia tenia cadascú. Mostrar-los sense vergonyes i, a partir d'aquí, obrir un procés de treball molt franc i molt obert. Això va ser molt important. Sempre hem tingut l'esperit que el més important és el projecte que es fa [...]". La burocràcia i la legalitat

s'han de complir, però no poden ser el centre... Crear innovació, sigui pública o privada, requereix asseure's a la taula, deixar els galons i posar els projectes al centre del debat. Després ja n'adequarem la forma, però moltes vegades primen excessivament el principi de legalitat i el de transparència. Aquests són principis que s'han de complir, però no han de ser l'eix del debat”.

Mangues, per la seva banda, destaca la importància de la bona gestió compartida. “Jo, a Sant Pau, sempre hi he vist bona gestió. M'he sentit molt còmode compartint informació, generant preguntes... Veritablement. La frontera entre l'àmbit públic i el privat evidentment que hi és, però quan ens posem a treballar conjuntament no creiem en la gestió pública o privada, creiem en la bona gestió, i això és el que intentem fer. El que més ha costat és trencar dinàmiques de treball... La tendència llatina d'improvisar no és gaire positiva... Si es duu a terme un disseny d'actuació, cal seguir-lo i respectar-lo, i si no està ben descrit, s'ha d'escriure de nou [...] També és molt important no quedar-se amb el que un coneix... cal esbrinar què hi ha a fora per poder fer un gran canvi”.

Parlant del sector, Mangues expressa la seva insatisfacció respecte de la falta de professionals i de formació específica. “El nostre sector, en general, ha estat un sector poc atractiu... era un sector de segona, de tercera o de quarta, perquè la percepció és que als hospitals és molt més important que funcioni l'escàner, la radiografia... Però avui en dia tots els aspectes hotelers afecten molt la percepció de servei... Pot semblar una *tonteria*, però és molt important que totes les sopes arribin a l'hora, a 65 graus, a la cinquena planta... es tracta d'un problema logístic”.

“Els reptes que afrontem ara”, diu Rosa Mitjana, “són acabar d'implantar el model i poder produir per a altres clients, com ara altres hospitals, llars-residències, etc. Un hospital amb unes instal·lacions i un equip com el nostre pot ser una de les millors opcions. Sabem que existeix la possibilitat de donar més serveis a fora i que, tal com ho fan en altres països, s'hauran de fer serveis domiciliaris... La persona que mengi a casa seva haurà de menjar amb les mateixes garanties (nutricionals, higièniques...) que la que estigui ingressada a l'Hospital. Hi haurà centres receptors i centres emissors”.

El projecte
PREVIRNEC



A Espanya, hi ha un gran nombre de persones amb problemes cognitius com a resultat d'un episodi de dany cerebral adquirit. "El dany cerebral és una lesió que es produeix en les estructures cerebrals com a conseqüència d'un traumatisme o una malaltia. Els afectats per aquesta lesió estan subjectes a una teràpia de rehabilitació i els cal rebre una atenció personalitzada per part de personal assistencial qualificat en un centre d'assistència sanitària. Aquests factors comporten una despesa associada elevada, la necessitat de disposar d'un especialista i l'obligació, per part del pacient, de desplaçar-se fins al centre de tractament".

La Plataforma de Rehabilitació Neuropsicològica Virtual de Catalunya (PREVIRNEC), dedicada a les teràpies de rehabilitació cognitiva provocades

pel dany cerebral, neix amb la voluntat de donar resposta a la necessitat real d'aquests pacients, augmentar l'autonomia a l'hora de decidir el lloc on dur a terme la rehabilitació i, alhora, millorar la qualitat de l'assistència que reben. Gràcies a la seva aposta tecnològica, PREVIRNEC també permet incrementar notablement l'adquisició de coneixements derivats de la pràctica clínica i a reduir-ne els costos.

Actualment, PREVIRNEC es desenvolupa a través d'un consorci de col·laboració liderat i gestionat per la Fundació Privada Institut de Neurorehabilitació Guttman (en endavant, Institut Guttman)³, juntament amb el grup Informática y Comunicaciones Avanzadas, SL (ICA). A més d'aquests dos actors privats, el projecte compta amb la participació d'un seguit de centres tecnològics públics, com són el Grup de Recerca Neurociència Cognitiva (GRNC) de la Universitat de Barcelona, el Grupo de Bioingeniería y Te-

³L'Institut Guttman és l'hospital de referència a escala nacional per al tractament medicoquirúrgic i la rehabilitació integral de les persones amb lesió medul·lar, dany cerebral adquirit o una altra gran discapacitat d'origen neurològic. L'Institut disposa d'una unitat dedicada específicament a la rehabilitació del dany cerebral adquirit. Aproximadament un terç dels gairebé 400 nous pacients atesos cada any són derivats des d'altres comunitats autònomes.

l'educació mèdica de la Universidad Politécnica de Madrid (GBT-UPM), el Grup de Recerca Arquitectura i Serveis Telemàtics (AST) de la Universitat Rovira i Virgili i el Centre de Recerca en Enginyeria Biomèdica (CREB) de la Universitat Politècnica de Catalunya (UPC). També hi participen la Fundació Privada Barcelona Digital Centro Tecnológico (BDIGITAL), VODAFONE Espanya i la Fundació Institut Català de l'Envel·liment (FICE).

El naixement de PREVIRNEC “Cap als anys vuitanta”, explica el Dr. Josep M. Tormos, coordinador de recerca de l'Institut Guttmann, “es van adonar que els PC i els jocs d'ordinador tenien un efecte potenciador sobre els veterans de l'exèrcit que havien tingut traumatismes encefàlics que s'estaven en centres de rehabilitació. Així que vam veure la possibilitat d'avançar en aquesta línia. I des de llavors fins ara, hem intentat fer servir els ordinadors per a la rehabilitació cognitiva en el marc de la rehabilitació neuropsicològica”.

“Un dels requisits de la rehabilitació és que sigui persona-

litzada”, prossegueix Tormos, “i un element cabdal a l'hora d'aplicar aquests programes de rehabilitació cognitiva és el nivell d'expertesa que té el professional que examina el pacient. És un coneixement derivat de la pràctica clínica; un coneixement empíric, implícit, i no gaire estructurat. Tothom en coneix l'eficàcia –hi ha un volum considerable de dades derivades de la pràctica assistencial que així ho demostra–, però és difícil fer estudis epidemiològics que demostrin de manera objectiva el què, el com, de quina manera i a quí li funciona”.

“Les eines comercials que hi ha en el mercat són sistemes que estan dissenyats per afavorir l'exercici de la rehabilitació, però no la generació de coneixements. La tasca està computeritzada i automatitzada, però, a l'hora d'extreure'n les dades i d'analitzar-les, no hi ha cap solució. Per tant, el que cal és identificar quins són els exercicis específics que s'han de dissenyar i s'han d'aplicar per tenir aquest coneixement i, a partir d'aquí, que es pugui estendre a altres casos similars, tenint en compte que en la medicina no hi ha cap cas igual: no

hi ha cap lesió igual; no hi ha cap cervell igual; no hi ha cap pacient igual”.

D'aquesta manera, a l'Institut Guttmann es van adonar que l'entrada en joc de les noves tecnologies en la pràctica de la rehabilitació cognitiva podria obrir la porta a la creació d'un sistema que no tan sols estigués enfocat a la cura dels pacients, sinó també a la generació de coneixement. Amb aquesta idea, l'any 2003, un equip dirigit per la Dra. Teresa Roig i el Dr. Josep M. Torros es va posar a treballar en col·laboració amb el personal de la Universitat Rovira i Virgili i el CREB de la UPC.

La cooperació del consorci

La primera cooperació entre l'Institut Guttmann i les universitats va rebre les ajudes de l'Agència de Gestió d'Ajuts Universitaris i de Recerca (AGAUR) i del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Però el projecte requeria un impuls econòmic més fort, i les diverses sol·licituds per aconseguir un finançament públic més gran no havien donat els seus fruits. És per això que es va pensar en incorpo-

rar un nou soci al grup, amb una orientació més comercial. Aquest soci va ser el grup ICA. “El projecte ja estava en curs”, explica Xavier Monzó, director general de la delegació catalana d'ICA, “dins del consorci hi havia un pes molt important del sector públic, sota el lideratge de l'Institut Guttmann. Però els agents del consorci no tenien *drivers* de generació de negoci de plataformes TIC. Des del punt de vista de la seva activitat, s'havien de dedicar, i continuen havent-ho de fer, a tractar els malalts, i no a implementar les TIC”.

“Ens van demanar si ens semblava bé liderar la iniciativa a partir d'aquell moment i poder-la presentar nosaltres al Plan Avanza, i així ho vam fer [...]. Nosaltres, dins de la nostra activitat com a empresa, fem una aposta important amb tot el que és la generació de projectes o d'iniciatives i projectes que incorporen noves tecnologies o noves solucions en el mercat. Per provocar aquesta novetat, normalment optem per una forma cooperativa de projectes conjunts per completar la nostra cadena de valor dins d'altres cadenes de valor”.

“Això vol dir que la cooperació està dins del nostre ADN de generació d’iniciatives innovadores; es basa en la creació del que anomenem ecosistemes, és a dir, un conjunt d’agents que provenen de centres de tot tipus: centres que són públics, centres que poden ser privats, pimes, centres tecnològics, etc. Col·laborem especialment amb les universitats, i és per això que el projecte PREVIRNEC ens va interessar”. Segons Monzó, ICA se centra en mercats principals, com és el mercat de la salut i sanitari general. “Pensem que és un mercat en què les TIC han d’aportar molt més valor que en altres sectors, atesa la situació actual d’oportunitat i de canvi de paradigma”.

Des de l’Institut Guttmann també fan de la cooperació institucional un element estratègic de progrés i d’innovació en l’organització: “En aquests moments són molts els projectes, en el marc de PREVIRNEC, que hem executat de manera conjunta”, explica Àngel Gil, cap de programes socials i socio-sanitaris de l’Institut Guttmann. “En cada projecte s’ha establert un conveni o un acord de cooperació amb diferents socis o

partners de coneixement o tecnològics, que també ha depès de la institució que ha donat suport financer al projecte, del tipus de programa utilitzat i de la dotació. Els molts acords que hem establert ens han obligat, també, a sistematitzar aquestes relacions institucionals”. En el cas de la cooperació amb ICA, com explica Tormos, “va ser molt important que ells entenguessin el projecte. Sense ells, possiblement hauria estat diferent. I si haguessin pres un rol diferent, potser els aspectes molt positius que han emergit no haurien existit. I és que en el sector salut, la prova de principi no és suficient per garantir l’èxit d’un projecte; el desenvolupament ha de continuar fins a la implantació efectiva de l’eina desenvolupada”.

Això és precisament el que va aportar ICA, segons explica Monzó. “A partir d’aquell moment, ens vam posar al capdavant del projecte des d’una nova perspectiva. Vam presentar una memòria orientada al producte, a les solucions. Vam fer una primera anàlisi de mercat i vam intentar fer una previsió d’èxit, orientant-nos a les necessitats del mercat, més que

a les capacitats dels agents que hi havia”.

Amb la incorporació d'un nou actor privat i amb una forta implicació dins del grup, es van re-situar les peces del tauler. “Els diferents actors van començar a interaccionar de seguida, es van anar manifestant les complementarietats, i l'escepticisme que podria tenir ICA al principi, atesa l'estructura del consorci, va desaparèixer de seguida amb la cooperació”, ens diu Monzó. “Es van acabar incorporant els avantatges de totes les àrees i, d'alguna manera, es van compensar els desavantatges”, afegeix Tormos. Actualment, “el projecte està orientat constantment, i cadascú hi aporta el millor que té”, conclou Monzó.

Malgrat tot, els protagonistes també destaquen les diferències organitzatives i sectorials. “A la universitat, resulta complex abocar la gent a objectius d'aplicació, perquè els professors i els investigadors tenen molta pressió a l'hora de produir les publicacions d'impacte que es generen en els primers moments de la recerca. Després, el treball té menys impacte curricular, però és molt

necessari per arribar a la innovació efectiva”. Monzó, per la seva banda, afirma que la cultura de la seva organització, ICA, fa que s'hagin de visualitzar els terminis amb unes unitats més curtes, i això provoca que la realitat sigui més a prop a cada moment.

Malgrat les dificultats, els ritmes diferents de cada sector han de conviure necessàriament per poder assolir el producte final: “Nosaltres podríem treure un producte o construir una solució diferent o un producte en uns terminis força curts, però, si no tenim la certesa de la validació clínica, no podem avançar. El nostre valor més gran és el rigor clínic”. És molt important, per tant, que, a l'hora de gestionar la cooperació, s'entengui la postura de l'altre. “En el procés de lideratge cal tenir molta empatia”, diu Monzó, “especialment en els temps, en la interacció que has d'establir amb un altre agent que no està habituat a les eines de l'altre sector”.

Les diferències intersectorials, opina Monzó, no només provenen de la forma jurídica de cadascuna de les organitzacions.

“La pròpia temàtica que ocupa cadascun dels agents també és molt important. Quan parlem de les universitats, no parlem d’universitats privades o públiques; parlem d’universitats. I, després, afegim si és pública o privada. Potser aquí està la qüestió: les universitats se centren a fer el millor possible amb les competències que tenen, i tenen una cultura molt orientada a l’optimització i la generació de coneixement i a l’ús d’aquest coneixement de manera òptima, mentre que nosaltres, el sector privat, pactem amb la imperfecció de l’ús de recursos subjectes a la consecució d’objectius. La imperfecció l’hem d’entendre com la diferència entre disposar dels millors coneixements, solucions i tecnologies i tenir una solució adequada (potser no la millor) en un moment concret d’oportunitat de mercat”.

Un dels actius més important del sector públic és, segons Monzó, la seva transparència. “En el sector privat costa molt més trobar transparència. Quan s’estableixen cooperacions en el teu ecosistema, has d’intentar cercar moltes complementarietats, perquè, si no, es fa molt difícil coope-

rar. A l’àmbit públic hem notat aquesta transparència, i això ha fet que, si vam començar el 2008, el mateix 2008 ja estiguéssim tots alineats; que el 2009 desenvolupéssim molta confiança, i que el 2010 ja estiguem acabant aquesta fase del projecte. Nosaltres intentem fer confiança en tot, perquè el grau de transparència que hi ha és molt més alt que el que hi pot haver en una interacció amb el sector privat”.

El funcionament actual de PREVIRNEC

La sintonia a la qual han arribat tots els actors del projecte PREVIRNEC fa que, actualment, hi hagi una cadena de valor, produïda conjuntament per tots ells, que resulta en un producte sofisticat i innovador. Actualment, PREVIRNEC permet al terapeuta elaborar plans terapèutics setmanals personalitzats per a cada usuari, i l’usuari pot rebre aquest tractament en un terminal de treball situat a casa seva, en un centre de dia, en una residència o a qualsevol lloc adaptat amb connexió a Internet. El sistema ajusta en temps real el grau de dificultat a les necessitats de cada pacient, i permet al tera-

peuta visualitzar els resultats del tractament de manera sintètica i comprensible.

En aquest sentit, els diferents entrevistats coincideixen a destacar la importància que el procés permeti la asincronia de tasques. Monzó ho explica així: “Hi ha un terapeuta, un pacient i unes tasques que s’han de fer, que no necessàriament han de succeir en el mateix moment, ni físicament ni temporalment. És una iniciativa, en aquest sentit, orientada tant a millorar el pacient com a reduir els costos. Costos de tot tipus: costos de pacients i, també, de l’Institut Guttmann i del Departament de Salut”.

Teresa Roig, responsable de l’Àrea de Rehabilitació Neuropsicosocial de l’Institut Guttmann, resumeix aquest projecte com “una gran oportunitat que ofereixen les tecnologies de la societat d’informació i de la comunicació per fer més accessible i més sostenible la rehabilitació cognitiva amb pacients que han sofert danys”. Això no

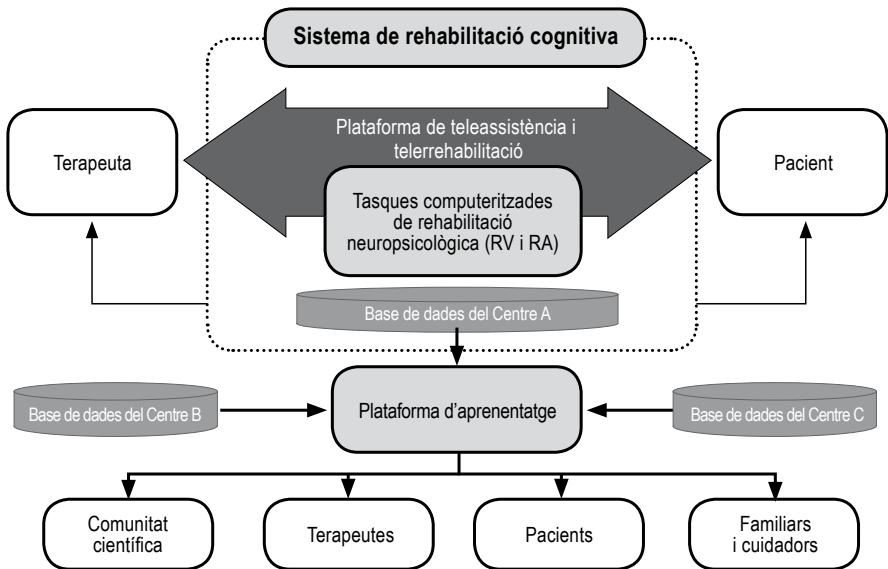
obstant, remarca, “les noves tecnologies no substitueixen la labor personal i de proximitat, sinó que la complementen. Si no fos així, en desvirtuariem la causa i la raó de ser, que és la rehabilitació. És una eina que està al nostre servei, però que permet, al mateix temps, generar coneixement”.

Des de la perspectiva de la gestió, Àngel Gil apunta que, d’alguna manera, “s’ha introduït la gestió de processos en el *management* de la rehabilitació neuropsicològica. Al final de tot el tractament, es reavalua el pacient. Amb això, tenim una dada objectiva del que teòricament ja sabem, que és si ha millorat o no; però aquesta dada objectiva ens permet quantificar-ho i generar una base de dades per tractar el problema de l’eficàcia, coneixent quin ha estat el resultat de cada hipòtesi terapèutica individual. El problema tecnològic està resolt. Però el més difícil ara és la gestió del canvi. I això no és automàtic. La innovació, la gestió del canvi, és quelcom que requereix una proactivitat sistemàtica”.

La figura que apareix a continuació il·lustra el sistema PREVIRNEC. En el component de rehabilitació cognitiva, les TIC permeten la asincronia i la no-presencialitat en el pro-

cess de rehabilitació del pacient. En canvi, en el component d'aprenentatge, les TIC creen coneixement a partir del recull i el tractament de les dades del procés de rehabilitació.

Figura 1. Sistema de rehabilitació cognitiva de PREVIRNEC



Font: Memòria del Plan Avanza. Institut Guttmann.

Els reptes de futur

Els propers temps, PREVIRNEC té previst constituir una empresa de base tecnològica (EBT) amb autonomia per acabar de desenvolupar el model de negoci de prestació de servei als professionals sanitaris dels diferents àmbits assenyalats, amb la valorització, la distribució i la socialització del coneixement generat. PREVIRNEC pot comercialitzar-se tant en centres sanitaris públics com en altres organismes privats, com, per exemple, centres de rehabilitació privats, centres de rehabilitació de l'abús de substàncies tòxiques o empreses farmacèutiques que mantinguin una línia de distribució de productes per al tractament de malalties amb deteriorament cognitiu.

“La fase d’ara és molt maca”, destaca Monzó, “perquè es vol crear una empresa que doni més empenta a la iniciativa actual i intentar obtenir un producte final que sigui una eina adaptable també als nous mercats. Estem parlant de segments de població. El segment de la gent gran, per exemple, té un potencial molt alt [...]. El que fem és engrandir l’ecosistema inicial

que vam crear. S’hi estan involucrant nous sectors, experts, referents... També volem obrir el model perquè sigui un model en què terceres persones puguin dissenyar teràpies sota un mateix estàndard. Això és molt important: volem que aquesta plataforma, a més de ser un negoci en si mateix, també sigui un model de generació de nous negocis”.

La plataforma PREVIRNEC s’està optimitzant per incloure les aplicacions complementàries de gestió clínica necessàries per passar d’una teleconsulta a una telepoli-clínica amb interoperativitat entre la plataforma i altres centres. Aquest projecte d’optimització de la plataforma PREVIRNEC tindrà una durada de tres anys i està finançat parcialment pel Ministeri d’Indústria, Turisme i Comerç.

Epíleg

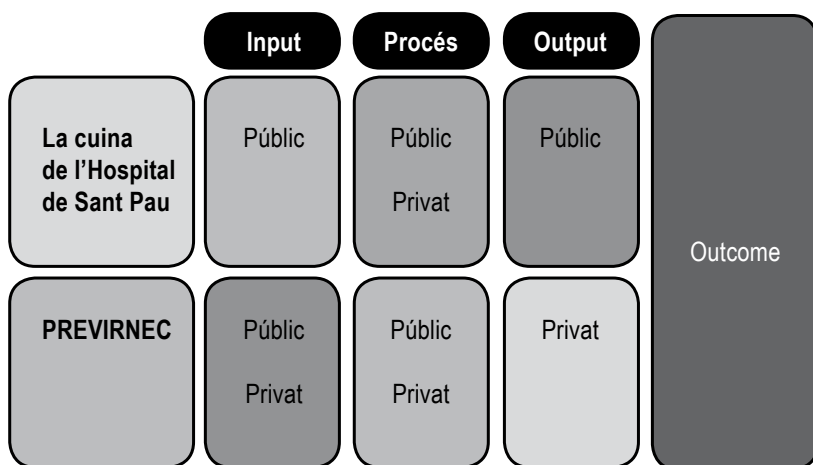


Els dos casos estudiat mostren una gran varietat de tipus d'interacció i de cooperació publicoprivada, un indicador clar de la diversitat i la multiplicitat de complementarietats i sinergies entre ambdós sectors pel que fa als serveis socials i sanitaris.

Entre els dos casos, trobem una externalització: el cas de l'Hospital de Sant Pau. En aquest cas d'externalització, la cadena de valor és fonamentalment pública, però incorpora un component extern en part dels

seus processos, on hi participa l'empresa privada (Arcasa). L'externalització de la cuina a l'Hospital de Sant Pau es vehicula amb una relació contractual amb Arcasa.

PREVIRNEC, en canvi, ens ofereix un exemple en què la cadena de creació de valor públic és principalment privada —la de l'Institut Guttmann—, els recursos són públics i el procés és conduït per actors externs, tant privats (l'empresa tecnològica ICA) com públics (universitats públiques). La figura que es mostra a continuació il·lustra les participacions d'aquests dos sectors en les cadenes de valor.



PREVIRNEC és un exemple de la importància de la cooperació, en general, i publicoprivada, en particular, en projectes d'innovació. PREVIRNEC ens demostra la necessitat de trobar aliats que aportin coneixements diferents i de diverses disciplines per poder crear productes útils i efectius. La cooperació publicoprivada esdevé necessària en un entorn amb poc capital risc, ja que permet combinar el “finançament llavor” (públic) i l'esperit emprenedor (privat).

El temps

En els casos, la variable temps és molt important, cosa que apunta a la complexitat i la dificultat d'aquests processos col·laboratius. La construcció d'aquests projectes cooperatius sembla ser un camí gradual, llarg i ple d'assaig i error. PREVIRNEC va començar el 2003; Arcasa feia més de cinc anys que gestionava els menjars al Sant Pau i explorava possibles oportunitats abans de repensar i revolucionar aquest servei complementari.

L'esperit emprenedor

L'esperit emprenedor és una aportació important que fan els

actors privats en els dos casos estudiats. A PREVIRNEC, l'ICA permet passar de la recerca universitària a la innovació gràcies a aquest esperit. En el cas hospitalari, aquest esperit permet explotar la infraestructura (de la cuina) més enllà de l'hospital, obrint-se al mercat extern i fent més rentable la inversió inicial.

Inversió pública

En el cas de l'externalització, es pot observar també una important inversió en infraestructures, a banda de la producció d'un servei concret. La cooperació permet a l'hospital gaudir d'infraestructures noves sense haver de desemborsar una forta inversió.

Plantilles mixtes

En el cas hospitalari estudiat, l'actor extern encarregat de produir el servei externalitzat és responsable de supervisar tant el seu personal propi com el de l'hospital client. Això genera que hi hagi una dualitat entre les condicions laborals dels professionals d'un mateix servei, ja que, formalment, alguns són empleats de l'hospital i, altres, del soci extern. Aquest fet sembla ser una caracterís-

tica comuna dels serveis que s'externalitzen però que, anteriorment, eren produïts internament. Els empleats propis que no es poden recol·locar internament passen a treballar amb el soci extern, però mantenen les condicions laborals anteriors. Llevat d'algunes tensions ocasionals, en el cas estudiat el soci extern sembla gestionar amb èxit aquesta situació.

Cooperació i concursos

Finalment, el cas de l'Hospital de Sant Pau mostra una via de compaginar els requisits (i les rigideses) de la contractació pública amb la creació de confiança i la col·laboració. En aquest cas, el projecte de repensar la cuina és compartit per l'empresa i l'hospital. Però el disseny definitiu del que serà la cuina, tot i que es construeix de manera compartida, passa a ser propietat de l'hospital. Això li permet fer un concurs obert a qualsevol operador —respectant la llei de contractació—. Arcasa es va arriscar que el concurs el pogués guanyar un altre operador (tot i que surt en una condició d'avantatge legítim). Aquesta assumpció de risc és lloable per part de l'empresa. I el mètode de dissenyar el projecte de manera col·laborativa però

obrir el concurs sembla un camí prometedor, en el qual es poden compaginar la cooperació i els concursos, tot i que comporta un risc necessari (i benvingut) per a l'empresa privada. Els estrictes mecanismes de control i supervisió duts a terme per l'Hospital de Sant Pau sobre l'acció privada també són exemplars, i exemplifiquen la importància cabdal que ha de tenir aquest aspecte en els projectes de cooperació.

La cooperació publicoprivada és, sense dubte, el futur per on passa la provisió de serveis públics i la governança de la societat. Com constatem diàriament, encara hi ha moltes incògnites i llacunes de coneixement en aquest àmbit. Aquest estudi, concretament, i el treball de l'Observatori, en general, vol donar els passos per legitimar i enfortir la cooperació publicoprivada. Esperem que aquests casos empírics ajudin les nostres societats a caminar en aquesta direcció.

ESADE

Universitat Ramon Llull

INSTITUT DE
GOVERNANÇA
I DIRECCIÓ
PÚBLICA


E

Segona Part

REFLEXIONS SOBRE
LA COL·LABORACIÓ PUBLICOPRIVADA
I ELS SERVEIS PÚBLICS SANITARIS
I SOCIALS

Francisco Longo

Reflexions
sobre la
col·laboració
publicoprivada
i els serveis
públics sanitaris
i socials



La col·laboració publicoprivada (CPP) en la producció i la provisió de serveis públics s'està consolidant. Són molts els exemples, arreu del món i també a casa nostra, que en mostren l'abast del creixement, com proven els cinc casos estudiats fins ara per *l'Observatori en els serveis sanitaris i socials*, dos dels quals estan inclosos en aquest llibre. Ara bé, la CPP és una tendència poderosa, però, alhora, exigent. Obliga a transformar alguns elements importants dels sistemes de governança, que pertanyen tant a l'esfera formal d'aquests sistemes com a la informal. La responsabilitat de liderar les transformacions correspon, bàsicament, als governs, cridats a ocupar el rol central que deriva de les finalitats del servei públic implicades.

Aquestes exigències fan que el desenvolupament de la CPP no segueixi, gairebé mai, una seqüència lineal, sinó més aviat discontinua, amb uns avançaments i uns retrocessos que es troben directament relacionats amb el ritme de produc-

ció dels canvis requerits en l'ecosistema institucional en què s'insereixen les diverses formes de col·laboració.

Passarem revista a alguns d'aquests requeriments adaptatius i ens preguntarem el grau d'assoliment de les transformacions dins l'àmbit del qual parlem (els serveis públics sanitaris i socials).

Els requeriments institucionals de la cooperació publicoprivada

1. Canvi de paradigma pel que fa al model d'Estat

D'entrada, la CPP implica un canvi de percepció quant al model d'Estat: suposa acceptar la transformació de l'Estat autosuficient en l'Estat relacional (Mendoza) o cooperatiu (Innernessity). És justament aquest canvi de model allò que fa que la legitimitat del sector privat per intervenir-hi sigui acceptada, no tan sols com una legitimitat instrumental (és a dir, justificada exclusivament per la necessitat de posar remei, mitjançant la intervenció del sector privat, a la manca de capacitats i de recursos propis dels governs), sinó per l'acceptació d'una legitimitat *ab origine*, la qual de-

mana el reconeixement d'una esfera pública ampliada en la qual la cosa pública i la privada interactuen tant en el disseny com en la producció de respostes als problemes col·lectius i a les demandes socials.

L'Estat perd, doncs, la titularitat exclusiva dels processos de generació de valor públic. L'acceptació d'aquest fet i, conseqüentment, l'admissió de la legitimitat dels actors no estatals per estar presents en aquests processos és un pas que continua fent grinyolar les conviccions i els models mentals de molta gent. Aquesta és la primera dificultat.

2. Un nou model de governança

En segon lloc, cal un model de governança. No parlem d'un esquema tancat que pretengui reduir la complexitat pròpia del sector a un artefacte formal en el qual encaixi cada peça. Personalment, em sento molt allunyat d'algunes concepcions constructivistes —encara massa presents als governs— que semblen pretendre justament això. Tanmateix, la governança contemporània no es deixa reduir a un ordre purament formal, i molt menys si aquest s'ha

dissenyat unilateralment en un laboratori governamental. Una certa aparença exterior de caos és consubstancial als sistemes complexos, com és el cas dels serveis sanitaris i socials.

Ara bé, allò que la CPP necessita és un marc vertebrador, un escenari comú on cada operador és conscient de les línies bàsiques de disseny institucional i les regles de joc que defineixen els rols de cadascú. Per les raons que hem esmentat abans, pertoca als governs la tasca de pilotar i liderar la construcció i l'explicitació d'aquest marc de referència.

A Catalunya, aquest referent de governança del sistema el va dibuixar la Llei d'ordenació sanitària de 1990. Ara bé, la meua percepció és que aquest marc de referència s'ha anat quedant rovellat i desbordat, alhora, pel pas del temps, la qual cosa n'ha afeblit fins a un cert punt la dimensió de patró socialitzat i compartit pels diversos actors que hi intervenen.

Els vint anys transcorreguts des de la llei han estat un període de forta expansió dels serveis sanitaris, i aquesta

expansió ha sobrecarregat el sistema de peces diverses, no totes harmònicament encaixades. Els diversos operadors desenvolupen, sovint, rols institucionals ambivalents o contradictoris. El Servei Català de la Salut (SCS), ròtula central del sistema, mostra avui una fatiga institucional evident i una ambigüitat relativa del seu rol. La resultant de tot això és un escenari fragmentat i barroc, on la CPP s'enfronta amb algunes incomoditats significatives.

El context de crisi econòmica, pressupostària i de sostenibilitat del sistema fa que la revisió d'aquest marc de referència es torni, avui, no tan sols una prioritat estratègica, sinó, també, una demanda urgent. Estem davant de la necessitat d'emprendre una reforma estructural del model català de governança d'aquests serveis, dotada d'una ambició de propòsit que depassa de llarg els simples retocs.

3. Un propòsit estratègic clar i estable

En tercer lloc, cal claredat i estabilitat del propòsit estratègic. Les polítiques públiques

i el desplegament dels serveis públics en un sector determinat han de respondre a unes prioritats, uns objectius i unes orientacions clarament expressats i proveïts d'un horitzó temporal de mitjà termini que doti, a tots aquells que estan cridats a intervenir-hi, d'un horitzó de seguretat jurídica i estabilitat.

Saber a on es vol anar, sense ambigüitats, és imprescindible per calcular els beneficis i els costos de la col·laboració, per dur a terme les opcions pertinents i per dissenyar racionalment els mecanismes de CPP que corresponguin en cada un dels casos. L'estabilitat del propòsit es fa especialment imprescindible, per raons òbvies, quan són necessàries les inversions privades importants.

4. Un marc financer adequat

D'altra banda, cal dotar aquest propòsit del finançament adequat que el faci sostenible. Això suposa, normalment, comprometre i garantir l'assignació dels recursos públics necessaris. Només un horitzó de sostenibilitat pot donar a les CPP el marc que faciliti la plena implicació de tots els actors afectats.

És justament en aquests dos últims punts, de claredat estratègica i finançament, on podem trobar algunes de les contradiccions i les mancances més notòries dels escenaris institucionals actuals pel que fa a la seva incidència en la CPP. Quant a aquests dos punts —claredat i finançament—, n’hi ha prou de contemplar l’estat de desenvolupament del Sistema per a l’Autonomia i Atenció a la Dependència (SAAD), arreu d’Espanya, per entendre bé de quines dificultats parlem.

De vegades, el llenguatge polític —fins i tot quan es trasllada a les normes jurídiques— és tributari d’una ambigüitat que enterboleix el propòsit. També l’existència d’actors públics diferents (és ben sabut que tenim un mapa polític institucional força complex) pot acabar concretant aquest propòsit segons uns criteris no del tot coincidents.

Sovint, per un altre costat, la dotació de recursos presupostaris no és congruent amb l’ambició de la política declarada, o no compromet els pressupostos plurianuals

imprescindibles per garantir-ne la sostenibilitat. No cal emfasitzar que les circumstàncies econòmiques actuals afavoreixen les polítiques antidèficit, la dinàmica de les quals pot suposar una dificultat afegida a la tradicional reticència dels governs pel que fa als escenaris de finançament a mitjà termini. Tot i això, sembla imprescindible que aquests escenaris siguin definits, almenys, allà on la CPP hagi de ser una variable estratègica de desenvolupament del sistema.

5. Un ventall de capacitats instal·lades

El cinquè punt afecta les capacitats dels governs i les seves organitzacions. Ens sembla una qüestió especialment important. Un model de provisió descentralitzada de serveis públics —com és aquell que requereix la CPP per poder-se desenvolupar— necessita un “principal” fort. La col·laboració publicoprivada obliga a transformar unes administracions públiques acostumades a fer les coses, directament, en organitzacions capaces d’utilitzar fórmules contractuals per coordinar el que fan d’altres. Aquesta trans-

formació obliga a instal·lar i desenvolupar, en l'interior dels governs i de les seves organitzacions, algunes capacitats bàsiques:

- Per regular: en aquest sentit, cal professionalitzar més els organismes reguladors i desenvolupar instruments d'anàlisi de l'impacte regulatori i models de *better regulation*.
- Per garantir l'efectivitat de la separació principal-agent. No es pot estar en els dos costats d'una relació principal-agent alhora. Exemples com l'Agència Tributària de Catalunya o l'Agència de Salut Pública mostren l'ambigüitat amb la qual es delimiten aquests rols.
- Per garantir l'autonomia dels centres i dotar-los d'òrgans de govern forts, provistos de les capacitats requerides, compromesos amb el projecte i protegits de les oscil·lacions del cicle electoral.
- Per dirigir estratègicament, sense envair l'esfera de gestió i execució amb *micromanagement*. No és fàcil aconseguir que els nostres governants as-

sumeixin efectivament aquest distanciament dels aspectes quotidians. Per això, continua sent vàlida, entre nosaltres, la consigna dels reformadors britànics dels anys 1980: *Let the managers manage*.

- Per controlar per resultats; la qual cosa exigeix una capacitat tècnica instal·lada que permeti un alt nivell de qualificació de la resposta en les relacions amb el proveïdor i, també, un sistema d'avaluació i medicació adequat.
- Per retre comptes, diferenciant *outputs* i *outcomes* i garantint la transparència.

Totes aquestes exigències de capacitat coincideixen en la necessitat de fer un gran pas endavant pel que fa a una assignatura pendent important del sistema públic català i espanyol: la professionalització de la direcció pública. Sovint engabiada entre la colonització partidista i el corporativisme funcionarial, la gerència pública professional necessita dotar-se urgentment d'un espai propi i institucionalitzar-se en l'interior del sistema políticsoadministratiu.

6. Una cultura que es basa en la confiança

El sisè i últim element d'aquest ecosistema institucional que permetria desenvolupar eficaçment la CPP és, sens dubte, l'existència d'un clima de confiança entre les parts. Confiança no vol dir manca de rigor. Al contrari, cal que cadascú executi el seu paper amb fermesa i sense barrejar-se, però en un context de confiança i no pas de prejudici o de sospita. Tinc la sensació que la nostra cultura pública és més procliu als trets oposats (familiaritat, però amb desconfiança), la qual cosa obliga, d'entrada, a fer un esforç més gran per a l'arrelament de la CPP.

La confiança es construeix superant l'escaleta que crea l'existència d'universos culturals diferents i, sovint, creats des de l'antagonisme. En la CPP conflueixen actors que porten a sobre una motxilla de prejudicis i estereotips respecte de l'altre, el públic pel que fa al privat i el privat pel que fa al públic. És per això que, a l'Institut de Governança i Direcció Pública d'ESADE (IGDP), estudiem, com una de les nostres línies de recerca més importants, com

és possible estimular la convivència fructífera, en diversos marcs de CPP, d'aquestes lògiques institucionals diferents i aparentment oposades.

No fer passes endarrere

Un apunt final, a tall de conclusió. Les contradiccions i les dificultats del tipus d'aquelles que hem repassat ens estimulen, de vegades, a treballar per a la superació dels problemes i provoquen que les organitzacions i les societats facin salts endavant. En altres ocasions, en canvi, es converteixen en la justificació per seguir el camí oposat. En un llibre recent sobre canvi institucional, Christopher Pollitt i Geert Bouckaert identifiquen un cert tipus de procés de reforma que anomenen "bumerang" i consisteix en un canvi aparentment radical de paradigma, que, mancat de la capacitat o el poder per consolidar-se, acaba per tornar enrere i restablir el seu statu quo de partida.

Sembla ser que aquest podria ser el cas de la Llei estatal de 1997, la qual habilitava noves formes de gestió del Sistema Nacional de Salut (SNS), i que ara se'ns

anuncia —i en aquest sentit es va aprovar, el novembre passat, una resolució al Congrés dels Diputats— que serà sotmesa a un procés de revisió molt profund, instat pels grups que aixequen de manera sistemàtica, sigui per legítima convicció ideològica o bé per la defensa d'interessos corporatius (o tal vegada per ambdues causes alhora), la bandera de la lluita contra la privatització de la salut.

El problema no sembla ser, però, de privatització. Ni l'anomenat *model Alzír*, ni la filosofia dels concerts, ni, per suposat, *els models PFI* de Madrid, ni molt menys les entitats de base associativa (EBA), les fundacions o els consorcis de Catalunya són privatitzacions, atès que continuen essent serveis públics, sobre la prestació dels quals els poders públics mantenen una responsabilitat plena. És bo que siguin, com qualsevol altra mena de prestació de serveis públics, sotmesos a l'escrutini públic, avaluats i criticats atenent als seus efectes i resultats, i, en funció d'aquests, propugnar-ne la substitució. No sembla raonable, però, llançar-los anatemes des d'apriorismes fortament ideològics.

En la nostra opinió, alguns dels desajustaments i les extralimitacions principals que s'han produït en determinades experiències de CPP han estat causats, en bona part, a la debilitat de les autoritats i les administracions públiques per governar eficaçment un sistema descentralitzat. La solució a aquest problema no consisteix, doncs, a cercar a fora els culpables i, encara menys, a impugnar com a errònia o massa agosarada la totalitat del model.

Al contrari, el que cal és, més aviat, reclamar dels governs l'energia per impulsar la millora de les capacitats de les seves administracions. Són les febleses de la gestió pública les que dificulten, més que qualsevol altre factor, la posada en funcionament de mecanismes útils, eficients i equitatius de CPP en els serveis públics sanitaris i socials. Cal saber, i poder, governar el sistema. Per tant, són les reformes destinades a millorar les capacitats públiques, i no les contrareformes que impedeixen la innovació i perjudiquen l'eficiència, les orientacions que necessiten la sanitat i la societat.

