

Programa PARTNERS

OBSERVATORIO DE LA COOPERACIÓN PÚBLICO-PRIVADA EN LAS POLÍTICAS SANITARIAS Y SOCIALES:

Los casos de los laboratorios CatLab,
de la empresa tecnológica X-Ray Imatek
y del Centro de Vida Independiente



Observatori de Cooperació Publicoprivada
en les Polítiques Sanitàries i Socials

Angel Saz-Carranza
Ferran Curtó

Albert Serra, Angel Saz-Carranza (Editores)
Observatorio de la Cooperación Público-Privada en
las Políticas Sanitarias y Sociales: Los casos de los
laboratorios CatLab, de la empresa tecnológica X-Ray
Imatek y del Centro de Vida Independiente, N° 4
Angel Saz-Carranza, Ferran Curtó

(c) 2009 ESADE. Avda. Pedralbes 60-62 – 08034
Barcelona. www.esade.edu

(c) 2009 Angel Saz-Carranza, Ferran Curtó

ISBN-13: 978-84-88971-35-7

Para a correspondència editorial, dirigir-se a:
partners@esade.edu

La serie Relatos Programa PARTNERS es la colección de
textos sobre cooperación público-privada del Instituto de
Gobernanza y Dirección Pública.

Instituto de Gobernanza i Dirección Pública.

Director: Francisco Longo.

Programa PARTNERS. Director: Albert Serra.

Coordinador: Angel Saz-Carranza.

www.esade.edu/partners

Son promotores de PARTNERS:



PRESENTACIÓN

Es un honor para mí presentar la primera publicación del Observatorio de Cooperación Público-Privada en Políticas Sanitarias y Sociales, y al mismo tiempo el cuarto número de los Relatos PARTNERS. Los Relatos PARTNERS son ya un producto consolidado y central en la identidad y razón de ser del programa. Los relatos, creemos, son una herramienta para cruzar el vacío que a menudo se da entre la investigación y la práctica. Constituyen, pues, una manera de hacer accesible a gerentes y directivos un conocimiento riguroso y, a la vez, enfocado a la acción y la praxis.

Este relato, realizado con la importantísima colaboración del promotor del Programa PARTNERS, la Unión—asociación empresarial de entidades prestadoras de servicios sociales y hospitalarios—, presenta tres casos de cooperación público-privada en el ámbito social y sanitario.

Las políticas públicas en los servicios sanitarios y sociales no son una excepción en las tendencias de interrelación e interacción social y organizativa, e incorporan masivamente la cooperación público-privada. Por lo tanto, como en todos aquellos ámbitos donde se da un alto grado de cooperación público-privada, en estos sectores se necesitan aprendizajes y cambios en las culturas, en las percepciones, en los instrumentos de gestión y en los roles de los directivos públicos y privados.

La Unión y el Programa PARTNERS decidieron dar respuesta a estas exigencias de aprendizaje en la gestión de la cooperación público-privada (CPP). Por este motivo unieron fuerzas para establecer el Observatorio de la Cooperación Público-Privada en las Políticas Sanitarias y Sociales.

El Observatorio documenta, analiza y publica sistemáticamente experiencias de CPP en Cataluña en los ámbitos sanitarios y sociales. Además, cubre todo el espectro de herramientas y modalidades de cooperación público-privada:

- La externalización y concesión de la producción de los servicios públicos.
- La financiación de la inversión pública.
- Las alianzas interorganizativas.

De hecho, los tres casos presentados en esta primera publicación hacen referencia a la externalización y a las alianzas interorganizativas. Confiamos en que contribuyan a la mejora de la cooperación público-privada en los ámbitos sanitarios y sociales.

Por último, debemos agradecer muy sinceramente el apoyo constante de Roser Fernández (directora general de La Unión), el del profesor Peiró—miembro del comité de selección de los casos— y

la disponibilidad de los 16 entrevistados: Sandra Millet (coordinadora de gestión, Centro para la Vida Independiente-CVI), Lluïsa Pla (coordinadora asistencial, CVI), Eva Coromines (terapeuta, CVI), Antonio López (secretario, Asociación para la Vida Independiente-AVI), Jordi Rustullet (secretario general, Departamento de Acción Social y Ciudadanía de la Generalitat de Catalunya), Josep Cortada (responsable de proyectos estratégicos, Departamento de Acción Social y Ciudadanía de la Generalitat de Catalunya), Esteve Picola (director general, MútuaTerrassa), Joan López (director de logística sanitaria, MútuaTerrassa), M. Emília Gil (adjunta a la dirección general, MútuaTerrassa), Pere Vallribera (director general, Consorcio Sanitario de Terrassa-CST), Carme Julián (directora de gestión y organización, CST), Imma Caballé (directora, CatLab), Mohktar Chmeissani (director científico, X-Ray Imatek), Carlos Sánchez (director, X-Ray Imatek), Melcior Sentís (responsable de radiología mamaria, UDIAT), Roser Muñoz (directora de gestión y administración, UDIAT) y Helena Ris (directora general, Corporación Sanitaria Parc Taulí – UDIAT).

Albert Serra

Director del Programa PARTNERS

PRÓLOGO

La Unió, asociación empresarial de entidades sanitarias y sociales, se sumó en octubre de 2008 a la iniciativa del Programa PARTNERS de ESADE con el propósito de destacar la contribución del partenariado en el sector sanitario y social de Cataluña y, al mismo tiempo, mejorar el aprendizaje compartiendo experiencias exitosas en otros sectores y países.

El Observatorio de la Cooperación Público-Privada en las Políticas Sanitarias y Sociales es un producto conjunto de ESADE y Unió que tiene por objetivo, mediante una convocatoria anual de selección de proyectos para hacer el relato del caso, poner en valor los partenariados entre organizaciones sanitarias y sociales, empresas del sector, universidades y otros agentes, en ámbitos clave de la innovación en gestión y la investigación.

La plataforma de ESADE nos permite objetivar el caso, destacar los aspectos esenciales de cada experiencia, facilitar los espacios de relación con otros sectores y optimizar su difusión.

Esta primera convocatoria nos ha permitido presentar el relato de tres casos singulares y diferentes: CatLab (Consorcio Sanitario de Terrassa y MútuaTerrassa), X-Ray Imatek (UDIAT, Centre Diagnòstic S.A. y dos centros de investigación de la UAB [IFAE y CNM]) y Centro de Vida Independiente (asociación de mutualidades y UPC). Estos casos han

sido posibles gracias a la iniciativa de las instituciones y de los profesionales, que con esta publicación queremos reconocer.

Con todo, en el sector sanitario y social, la colaboración público-privada está en pleno debate. ¿La entendemos todos como un valor en la gestión de los servicios públicos o sólo como una necesidad coyuntural ante escenarios presupuestarios restrictivos? ¿Qué y quién motiva que se genere una confusión que identifica finalidad social con provisión pública? ¿Cómo se puede hacer compatible la actual orientación del control público con las nuevas fórmulas de gestión para una prestación sostenible de los servicios sanitarios y sociales?

Creemos que la objetivación de resultados y la generación de confianzas mutuas constituyen la clave para superar este debate y centrarnos en la responsabilidad de ofrecer a los ciudadanos unos servicios sanitarios y sociales de calidad.

Boi Ruiz
Presidente Unión Catalana de Hospitales

ÍNDEx

INTRODUCCIÓN	8
1. EL CENTRO DE VIDA INDEPENDIENTE	11
La idea del CVI	12
Las alianzas con la UPC y las empresas tecnológicas	13
El apoyo de fundaciones y administraciones públicas	15
El modelo de negocio	15
El futuro	18
2. EL CASO DE CATLAB	19
La detección de la oportunidad	20
De la conceptualización a los primeros acuerdos	22
El público recibe la noticia de la iniciativa	24
El proceso operativo	25
Organizando el traslado	26
El proveedor de automatización del laboratorio (socio tecnológico)	28
El personal	30
CatLab se pone en marcha	30
La reestructuración	31
3. X-RAY IMATEK	33
Las primeras interacciones	35
La creación de la empresa	37

Las ayudas públicas	37
Capital propio	38
El capital riesgo	38
Un socio industrial	39
Mirando hacia adelante	40
EPÍLOGO	41
NOTAS	45

INTRODUCCIÓN

En febrero de 2009, el Observatorio de Cooperación Público-Privada en Políticas Sanitarias y Sociales hizo pública una convocatoria para buscar experiencias de cooperación público-privada con éxito. Se preseleccionó a un total de ocho finalistas, que fueron analizados por un comité de selección. El comité mixto entre la Unión y ESADE estaba formado por:

- Albert Serra, profesor del Instituto de Gobernanza y Dirección Pública (IGDP) y director del Programa PARTNERS.
- Manuel Peiró, profesor del Instituto de Gobernanza y Dirección Pública (IGDP) y director del programa Dirección de Servicios Integrados de Salud (DSIS) de ESADE.
- Roser Fernández, directora general de la Unión.
- Àngel Saz, profesor del Instituto de Gobernanza y Dirección Pública (IGDP) y coordinador ejecutivo del Programa PARTNERS.

No resultó fácil decidir cuáles eran los casos más idóneos para la investigación. La selección se basó en el grado de consecución de los objetivos públicos, en su carácter innovador y creativo y en el grado de madurez de la cooperación. Los casos seleccionados relatan una descripción detallada de las cuestiones de liderazgo, responsabilización, valoración y

evaluación de las cooperaciones público-privadas, y ofrecen una completa reflexión sobre sus dinámicas temporales y procesuales.

De acuerdo con estos criterios y este proceso, los casos seleccionados —y presentados con detalle en esta monografía— fueron los siguientes:

CatLab: se trata de un caso en el que una entidad pública —el Consorcio Sanitario de Terrassa— y una empresa privada —MútuaTerrassa— cooperan en la creación de una empresa privada que produce análisis clínicos (CatLab). Los compradores de sus servicios de analítica son primordialmente los centros de utilidad pública.

MútuaTerrassa es una entidad privada, cuya cabecera es una mutualidad sin ánimo de lucro que integra más de 3.000 profesionales, el Hospital Universitario MútuaTerrassa (con 481 camas), 8 centros de atención primaria, 4 consultorios municipales, una clínica privada (con 38 camas), la Fundación Vallparadís (con 3 centros de salud mental y 15 para la tercera edad), la Fundación MútuaTerrassa para la Investigación Biomédica y Social, y un total de 17 empresas del grupo.

Consorcio Sanitario Terrassa es una entidad pública que integra más de 2.400 profesionales, el Hospital de Terrassa (con 450 camas), 7 centros de atención primaria, el Hospital Sociosanitario Sant Llàtzer, el hospital de

día Sant Jordi (para el tratamiento del Alzheimer), una unidad de hospitalización penitenciaria, la Fundación Joan Costa Roma (dedicada a la docencia y la investigación), la unidad asistencial del CAR Sant Cugat, y las dos empresas del grupo: Aura y Copresat.

Los laboratorios CatLab, fruto de la fusión de los laboratorios de Mutua de Terrassa y del Consorcio Sanitario de Terrassa, cuentan con una población de referencia de más de 850.000 habitantes. En 2006 producían 3,5 millones de determinaciones al año, contaban con 110 trabajadores y, además de proveer al Hospital Universitario MútuaTerrassa, producían servicios para entidades sanitarias privadas no prestadoras de servicios públicos. Los laboratorios del Consorcio Sanitario de Terrassa, por su parte, producían en 2006 3,5 millones de determinaciones al año, contaban con 80 trabajadores y proveían servicios para las entidades prestadoras de servicios públicos.

X-Ray Imatek: UDIAT Centre Diagnòstic, S. A. (empresa pública) y dos centros de investigación de la Universidad Autónoma de Barcelona —IFAE (Instituto de Física de Altas Energías) y CNM (Centro Nacional de Microelectrónica)— desarrollan una nueva tecnología de diagnóstico de cáncer de mama y registran una patente internacional. Los profesionales de estas tres instituciones crean una empresa (privada) denominada X-Ray Imatek y que está centrada en el campo de los detectores digitales con matrices

de píxel. Su accionariado está formado por los profesionales que trabajan en ella y una empresa pública de capital riesgo llamada Neotec (iniciativa del Centro para el Desarrollo Industrial, CDTI, y el Fondo Europeo de Inversiones, FEI). Las tres instituciones públicas —UDIAT, IFAE y CNM— deciden ceder temporalmente los derechos de la patente a X-Ray Imatek y volver a negociar las condiciones si la empresa se consolida.

UDIAT Centre Diagnòstic es una entidad pública que incluye los servicios centrales (Laboratorio, Diagnóstico por la imagen y Anatomía patológica) de la Corporación Sanitaria Parc Taulí, socio único de UDIAT. Creada en 1986, la Corporación Parc Taulí es una entidad pública que cuenta con 3.300 profesionales y está constituida por siete centros: el Hospital de Sabadell, con 500 camas; L'Albada, centro sociosanitario con 300 camas; Sabadell Gent Gran S. A., centro residencial con 150 plazas y 52 apartamentos; Salud Mental Taulí, con 46 camas de agudos y los servicios ambulatorios de adultos e infantojuveniles; el CAP de Can Rull; la Fundación Parc Taulí-Instituto Universitario de la UAB, y la propia UDIAT Centre Diagnòstic, S. A., que tiene personalidad jurídica propia.

Centro de Vida Independiente (CVI): asociación de mutualidades que ofrece servicios de atención a la dependencia. Tiene un acuerdo de cooperación con la Universidad Politècnica de Catalunya en temas de innovación tec-

nológica. Se trata de un ejemplo innovador de una iniciativa privada cuyo propósito es cooperar con el sector público.

Mutuam y Mutual Médica son dos mutualidades sin ánimo de lucro con una dilatada experiencia en el mundo de la previsión social. Desde hace más de diez años, colaboran para ayudar a las personas de la tercera edad.

Mutual Médica es una mutualidad de previsión social con una larga trayectoria en el mundo asegurador que, desde 1920, ofrece cobertura al colectivo médico. En su gama de productos destaca un seguro de dependencia con más de 8.000 pólizas.

Mutuam, por su parte, es una mutualidad de previsión social de referencia en el mundo de la tercera edad. Con más de sesenta años de experiencia y una amplia implantación en Cataluña, ofrece servicios de atención domiciliaria, teleasistencia, gestión de residencias asistidas, apartamentos tutelados, centros sociosanitarios, etc., así como asesoramiento en la búsqueda de ayudas públicas para las personas mayores.

La Asociación por la Vida Independiente (AVI) es una asociación sin ánimo de lucro creada en 2007 por Mutual Médica y Mutuam para promover el uso de las ayudas técnicas y las nuevas tecnologías con el propósito de mejorar la calidad de vida de las personas dependientes y discapacitadas, así como de la tercera edad.

Durante el primer semestre de 2007 se diseñan las instalaciones del Centro y se establecen los primeros contactos con una decena de empresas, desde el ámbito de los componentes domóticos hasta el mobiliario adaptado.

Metodología

La metodología utilizada en la redacción de los casos se ha basado, fundamentalmente, en el análisis de dos tipos de fuentes de información:

- Documentos de trabajo de las experiencias estudiadas.
- Entrevistas con los participantes de las experiencias estudiadas. Los entrevistados provienen de los principales grupos de referencia. En total se entrevistó a 16 personas.

Esta monografía prosigue con la presentación de los tres casos y concluye, como es habitual en la colección Relatos PARTNERS, con un epílogo analítico donde se apuntan algunos aprendizajes y reflexiones que se pueden hacer extensibles a otros contextos de cooperación.



EL CENTRO DE VIDA INDEPENDIENTE

El Centro de Vida Independiente (CVI) es un centro prioritariamente de asistencia de una asociación de mutualidades privadas, la Asociación por la Vida Independiente (AVI), que ofrece servicios de promoción de la autonomía y atención a la dependencia. El CVI, en concreto, se centra en diseñar y especificar ayudas técnicas y tecnológicas —p. ej., grúas para entrar y salir de la cama, cocinas adaptadas, robots domésticos— para incrementar la autonomía de las personas dependientes y discapacitadas. El CVI, por otra parte, se ha convertido en un referente en su sector por el hecho de integrar, en un mismo espacio, actividades de asistencia, investigación y desarrollo, y actividades de formación y de sensibilización ciudadana.

El CVI ha sido objeto de estudio del Programa PARTNERS por tratarse de una iniciativa privada que ha buscado —y sigue buscando— la cooperación con el sector público. Por una parte, ha firmado un convenio con la Universidad Politécnica de Cataluña (UPC), universidad pública, para fomentar la innovación tecnológica en materia de servicios asistenciales; por otra parte, cabe señalar su propósito de convertirse en el futuro en un productor de los servicios sociales públicos provistos por la Generalitat de Catalunya.

La principal contribución de este relato no tiene que ver tanto con la voluntad de presentar una experiencia de cooperación

público-privada de éxito como con nuestro interés por plantear preguntas importantes que pueden resultar útiles en futuras propuestas de cooperación. Como se observa a lo largo de estas páginas, el afán de los impulsores del CVI por convertirse en productores de servicios públicos contrasta con las restricciones presupuestarias y los requisitos de estabilidad y fiabilidad de los departamentos de Acción Social y Ciudadanía y de Salud.

Las personas entrevistadas en este relato son, por parte del CVI, Sandra Millet —logopeda y coordinadora de gestión—, Lluïsa Pla —fisioterapeuta y coordinadora asistencial—, Eva Coromines —terapeuta ocupacional— y Antonio López, secretario de la AVI. Por parte del Departamento de Acción Social y Ciudadanía, se ha entrevistado a su secretario general, Jordi Rustullet, y a Josep Cortada, responsable de proyectos estratégicos. Queremos agradecer a todas estas personas su participación y sus valiosas aportaciones.

La idea del CVI

El 17 de abril de 2007, dos mutuas privadas de previsión social sin ánimo de lucro, Mutual Médica¹ y Mutuam², constituyen la Asociación por la Vida Independiente (AVI). La AVI surge fruto del afán de un grupo de profesionales con mucha experiencia en el ámbito de la atención a las personas

con discapacidades para promocionar la autonomía personal.

Véiamos que hacíamos prescripciones técnicas a las personas con discapacidades —afirma Sandra Millet— y que después las familias, una vez que las tenían en casa, no las aplicaban. Muchas veces son difíciles de utilizar... Los espacios... Las viviendas... son pequeñas... Se hace difícil manipular cosas... Por lo tanto, hay que analizar cada caso, cada patología, y se debe hacer un estudio.

La creación del CVI se debe entender también en el marco de los cambios legislativos que se dan a lo largo de los años 2006 y 2007. El 14 de diciembre de 2006 entra en vigor la Ley 39/2006, de promoción de la autonomía personal, y se aprueba el Plan Director Sociosanitario, que, en términos generales, establece la necesidad de que el sistema sanitario catalán responda a la demanda ciudadana de mejora de los servicios asistenciales a las personas en proceso de envejecimiento degenerativo. Casi un año después, el 11 de octubre de 2007, aparece la Ley autonómica 12/2007, de servicios sociales, que, en el mismo sentido, quiere responder al incremento de la demanda en la provisión de servicios sociales.

En el contexto de la detección de la necesidad de promover la autonomía personal, y de la aparición de un marco legislativo favorable, el

grupo de profesionales considera apropiado construir una vivienda accesible, domotizada, donde cada persona pueda probar cuál es el producto de apoyo que le hace más servicio.

Hicimos una pequeña vivienda con las ayudas técnicas colocadas en su lugar, de modo que tanto el usuario como la familia pudieran valorarlas y entenderlas..., de modo que pudieran probarlas y decidir qué querían con más seguridad.

Este espacio, ubicado en Vall d'Hebron, pasó a denominarse Centro de Vida Independiente (CVI). Para contribuir de forma efectiva a facilitar la vida de las personas, el Centro necesitaba que todo fuera controlable mediante motores. “Se debía decidir cuál era el sistema domótico más adecuado para controlarlo todo —afirma Sandra Millet—, pero eso ya se nos iba de las manos”.

Las alianzas con la UPC y las empresas tecnológicas

A lo largo del otoño de 2006 y el invierno de 2007, la AVI inicia un proceso de establecimiento de contactos con empresas de diversos tipos para asesorarse y definir el diseño de las instalaciones del futuro CVI. Destaca entre ellos la firma de un convenio de colaboración con la UPC, el 24 de julio de 2007, para diseñar el sistema de control del entorno.

Había una persona muy inquieta que estaba estudiando en la UPC y que en aquel momento se encontraba en período de prácticas... En su proyecto de final de carrera debía implicar a la UPC con alguien... Entonces, la persona que llevaba los proyectos de final de carrera, Josep Casanoves, vino a explicarnos el proyecto.

Josep Casanoves, actual vicerrector de la UPC, según Millet y Pla, desempeñó un papel fundamental en el establecimiento de la cooperación entre el CVI y la UPC.

A partir de aquel momento, la Cátedra de Accesibilidad de la UPC se encargó de realizar un estudio para identificar las tecnologías domóticas más adecuadas para convertir el CVI en una vivienda asistencial moderna e inteligente.

No queríamos una domótica propietaria... Queríamos algo estándar. Es una de las filosofías que tenemos... Elementos estándar, un diseño universal para todo el mundo, para hacerlo más accesible... De lo contrario, esos productos tienen un coste muy elevado... Además, lo hacemos pensando en el futuro... en la investigación, en ir más allá con la aplicación de las tecnologías.

El convenio también contemplaba la colaboración de la AVI y la UPC en la promoción de actividades y proyectos que

permitieran incrementar la accesibilidad y la mejora de la integración social de las personas en situación de dependencia. En ambos casos, la promoción se lleva a cabo desde el fomento de las nuevas tecnologías y la creación de infraestructuras de investigación³. “Nos gustaría ser un referente para todos los profesionales —afirma Pla—. Estamos muy dispersados... Queremos ser un punto de encuentro con el propósito de ayudarnos, unir esfuerzos y establecer sinergias”.

Entre septiembre de 2007 y febrero de 2008 se construye el CVI y, posteriormente, se ponen en marcha las instalaciones y se prepara el equipo encargado de la asistencia a las personas. El 21 de enero de 2008 se firma el acuerdo de colaboración entre la AVI y diversas empresas, que colaboran con el proyecto desde muy diversos ámbitos. Así, Vodafone se encarga de la provisión de móviles adecuados a las necesidades de las personas con discapacidades; Fagor ofrece electrodomésticos de todo tipo y sistemas avanzados para el hogar, muchos de los cuales se podrán activar pronto mediante la voz; Roca realiza diseños universales de productos sanitarios, accesorios de baño, etc., para favorecer el acceso a las personas con dependencias; I2cat colabora en la investigación aplicada a las personas con autonomía reducida; Logitech ofrece mandos universales que facilitan el uso de los aparatos domésticos; Schneider Electric provee soluciones en instalaciones eléctricas

y telecomunicaciones, y Alcatel-Lucent se encarga de los sistemas de comunicación entre las personas con dependencia y sus familiares (por ejemplo, mediante videoconferencias).

El apoyo de fundaciones y administraciones públicas

Además de las empresas que colaboran con el CVI, hay tres fundaciones que financian algunos de sus proyectos: la Fundación ONCE, que tiene por objetivo desarrollar programas de integración laboral con las personas con discapacidades; la Fundación Roviralta, que ofrece ayudas a las entidades que se dedican a la asistencia social, la educación y la investigación científica (médica y asistencial), y la Fundación Rava, que tiene por objetivo ayudar a entidades con finalidades benéficas o docentes (centrada fundamentalmente en niños). Millet y Pla explican como sigue el hecho de que el CVI haya optado por financiar algunos de sus proyectos con la ayuda de fundaciones privadas: “Los proyectos europeos requieren mucho papeleo y mucha burocracia... Entre que encuentras los socios y los no socios [...], al final hemos optado por pedir proyectos más aplicados para la implementación de la domótica”.

El 31 de enero de 2008, la AVI recibe el premio Pelfort i Xinxó, de la Sociedad Económica de Amigos del País, en reconocimiento a su tarea asistencial. Este premio se concede

a aquellas empresas privadas que, de una forma u otra, contribuyen al progreso de la sociedad mediante la promoción de los valores constitucionales y el fomento de la economía social.

El 2 de junio de 2008 se inaugura el CVI. El acto de inauguración es todo un éxito de asistencia y eco mediático: asisten a él el *conseller* de Innovación, Universidades y Empresa, Josep Huguet; la *consellera* de Acción Social y Ciudadanía, Carme Capdevila; el segundo teniente de alcalde del Ayuntamiento de Barcelona, Ricard Gomà; el rector de la UPC, Antoni Giró, y los presidentes de Mutuam y Mutual Médica, Agustí Montal y Nolasc Acarín, respectivamente.

El modelo de negocio

En aquel momento empieza el verdadero periplo para encontrar clientes y hacer funcionar el Centro. “En un principio — afirma Millet— pensábamos que vendrían muchas, muchas visitas... Ahora, cuando Lluïsa y yo reflexionamos sobre ello, nos preguntamos por qué no vienen tantas”. Por una parte, las entrevistadas observan que el precio de las visitas es, como es natural en el tipo de producto ofrecido, muy caro: pocos usuarios potenciales están dispuestos a pagar el precio de mercado (o tienen la posibilidad de pagarlo). Esta situación es análoga al resto de los servicios sociales en

que la demanda privada es débil. De hecho, el cliente y el financiador de los servicios sociales en Cataluña —y en España— es la Administración pública. En este punto el CVI topa con un problema, y es que los servicios que ofrece no tienen cabida en la cartera de servicios pública.

Por otra parte, las entrevistadas señalan que, en un principio, contaban con que firmarían un convenio con la Administración para abaratar el precio que debe pagar el usuario, y eso aún no ha ocurrido. Según Rustullet, secretario general del Departamento de Acción Social y Ciudadanía, la razón es que los servicios ofertados por el CVI no se pueden incluir dentro de la cartera de servicios sociales. Según Rustullet:

A diferencia de hace dos o tres años, cuando todo era posible o muchos servicios se originaban de abajo hacia arriba y podían ser aceptados, titulados como servicios sociales, con la Ley 12/2007 eso ya no existe, ya no es posible. Existe un catálogo aprobado por el Parlamento, del que se desprende que el Gobierno debe elaborar una cartera, la cartera de servicios sociales, la primera cartera de la historia de Cataluña.

Lo que no está en esa cartera no son servicios sociales. No estamos hablando de necesidades; estamos diciendo que, jurídicamente, en la catalogación del sistema catalán de servicios sociales,

hay cosas que son servicios sociales y cosas que no lo son. No sé lo que son, pero no son servicios sociales. Por lo tanto, la obligatoriedad por parte de la Administración de financiarlos, de comprar o de financiar plazas, etc. no existe.

Con todo, a pesar de que el Departamento de Acción Social y Ciudadanía no puede contribuir directamente como socio del proyecto, afirma el secretario general, hay otras vías de colaboración. En este sentido, Rustullet destaca:

Lo que sí que hemos hecho [con el CVI] es ponerlo en relación directamente con colaboradores nuestros..., básicamente con diferentes administraciones locales... Por ejemplo, el Consorcio de Acción Social de Cataluña tiene una sede en Girona... De esta manera hemos ayudado al CVI a tener cierta implantación territorial en Cataluña, para que no estuviese exclusivamente centrado en Barcelona o en su área metropolitana.

Sandra Millet añade que también están valorando la posibilidad de firmar convenios con el Consorcio de Servicios Sociales de Barcelona, “que está muy interesado [en el proyecto]”. Ella misma nos dice, sin embargo, que, desde su perspectiva, “[el CVI], dentro de la cartera de servicios sociales, satisface tres puntos: la autonomía personal, la tecnología y los productos de apoyo”.

Otro problema general con que topa el CVI es que la Ley de la Promoción de la Autonomía Personal y de Atención a las personas en situación de dependencia ha empezado centrándose en el gran dependiente, y ha dejado para más adelante la promoción de la autonomía personal. La diferencia, afirma Millet, es que los de “dependencia son unos servicios que se destinan a asistir a la persona por medio de terceros, mientras que la promoción de la autonomía se dirige a facilitar que aquella persona se mantenga activa”.

Más allá de la priorización que la Generalitat haya hecho a la hora de implementar la Ley de la Dependencia, desde el CVI defienden —y están haciendo estudios para demostrarlo— que la introducción de ayudas técnicas no sólo contribuye a mejorar la autonomía de las personas, sino que también puede reducir horas de cuidador. Por ejemplo, ofrecen “la posibilidad de que la persona disponga de un avisador, de manera que el cuidador no tenga que estar todo el día pendiente de mirarlo” (Lluïsa Pla).

A los distintos puntos de vista de unos y otros, hay que sumar otro aspecto relevante, introducido por Rustullet:

Que un servicio esté en la cartera — afirma el secretario general— no supone necesariamente, ni debería suponer, que necesite financiación pública. Puede ser, digamos, un buen instrumento, un buen servicio al margen de la financiación

pública. La financiación pública puede querer decir, al final, “te compro tres plazas o te compro diez horas”, pero tú, como Centro de Vida Independiente, o como una iniciativa X, tienes vida fuera de la Administración. Y entiendo que las expectativas en el mercado de la atención a las personas y la Ley de la Dependencia van por ahí.

Los procesos de mejora de los servicios vienen después de que alguien se haya arriesgado, haya invertido, etc. lo que forma parte del coste central del servicio... En estos momentos estamos empezando a trabajar en la actualización de la acreditación de acuerdo con las nuevas leyes. Por lo tanto —prosigue el secretario general—, diría que esta experiencia [CVI] y otras se deben ir incorporando al mercado privado de atención a las personas como un producto más, y llegará el momento en que [se constatará] que eso funciona, que abarata otro servicio y/o prestación o mejora significativamente la calidad de la atención, se universaliza, etc. Entonces se deberá regular por medio de la normativa correspondiente...

Ante la dificultad de avanzar al ritmo de un proyecto que, “según la opinión de mucha gente y de muchos políticos, se ha adelantado cuatro o cinco años”, Millet plantea que el único camino es demostrar a todo el mundo que se necesita un servicio de estas características.

“Se debe hacer mucha divulgación; mucha pedagogía”, nos dice. De momento, se está trabajando en los ayuntamientos, “que sí que ven la realidad, quizá porque están más próximos a la gente”. Así, se está trabajando con el Ayuntamiento de Sabadell, y en breve se empezará a trabajar con los de Sant Feliu de Llobregat y Cornellà. Lluïsa Pla añade:

Con la Diputació también tenemos contacto... Nos hemos presentado a un concurso público de acondicionamiento de viviendas para personas mayores... Figuramos como equipo asistencial para hacer valoraciones de personas de la tercera edad, ya que vamos conjuntamente con la ONCE y un despacho de arquitectura: AiA.

El futuro

Con todo, a pesar de que el Departamento de Acción Social y Ciudadanía no puede contribuir directamente como socio del proyecto, afirma el secretario Parece que el Centro de Vida Independiente aún tiene por delante un largo recorrido de éxito en la prestación de servicios sociosanitarios y sanitarios. En este sentido, Cortada afirma:

Algo que es interesante y que denotan proyectos como éste, en que la iniciativa privada lleva adelante proyectos de este tipo, es que el mercado de servicios sociales, a través de la aprobación de la

ley catalana de servicios sociales, es un mercado emergente y un mercado donde hay unas líneas de negocio muy claras que ellos también han visto.

Su presencia en el Seminario Anual Internacional de la Asociación para las Tecnologías Asistenciales Avanzadas en Europa, a finales de septiembre de 2008, permitió corroborar que en todo el mundo se están impulsando iniciativas del mismo tipo de forma similar.

Por si fuera poco, el CVI ha sido premiado recientemente, en la modalidad Dixit (investigación social), en la primera edición de los Premios Cataluña Social 2009, promovidos ni más ni menos que por el Departamento de Acción Social y Ciudadanía, y ha recibido el accésit a la mejora en la atención a las personas mayores en la séptima edición de los premios de la Asociación Catalana de Recursos Asistenciales (ACRA).

Todo parece indicar que el concepto del CVI es útil y de valor añadido. No obstante, habrá que ver cómo afronta su principal reto, que pasa por encontrar el modelo de negocio que garantice su viabilidad. Por otra parte, habrá que ver cómo capitaliza la Administración las innovaciones (como es el CVI), al tiempo que sigue estructurando el sector de los servicios sociales.



EL CASO DE CATLAB

La creación del laboratorio CatLab es el resultado de la fusión de dos laboratorios: el del Hospital de Terrassa, propiedad del Consorcio Sanitario de Terrassa (público), y el del Hospital Universitario MútuaTerrassa, propiedad de MútuaTerrassa (privado no lucrativo). Actualmente, CatLab es el laboratorio más grande de Cataluña y de España. Formado por 150 profesionales, ofrece sus servicios a 96 centros sanitarios de forma coordinada entre su laboratorio central —de 2.000 m²— y los dos laboratorios hospitalarios de Mutua y el Consorcio. CatLab se ubica en el Parque Logístico de la Salud de Viladecavalls.

CatLab es, al mismo tiempo, un caso de buenas prácticas en el campo de las alianzas estratégicas público-privadas y un ejemplo paradigmático de lo que podría ser un cambio global del modelo sanitario de nuestro país. Este relato ofrece la posibilidad de adentrarse en los aspectos más relevantes de la gestión intersectorial de la mano de algunos de sus protagonistas más emblemáticos.

El relato se basa, principalmente, en las entrevistas mantenidas con los protagonistas centrales de la génesis de CatLab. De MútuaTerrassa, hemos entrevistado a Esteve Picola, director general; a Joan López, director de logística sanitaria; y a M. Emília Gil, adjunta a la dirección general; en cuanto al Consorcio, hablamos con Pere Vallribera, director general, y con Carne Julián, directora de gestión y organización; por lo que respecta

a CatLab, entrevistamos a su directora, Imma Caballé. Los autores están en deuda con todos ellos y les están muy agradecidos.

La detección de la oportunidad

Los factores que inducen a percibir la necesidad de un cambio en el modelo de prestación de servicios sanitarios varían poco en el caso del sector público —representado por el Consorcio Sanitario de Terrassa— y del sector privado no lucrativo —representado por MútuaTerrassa—.

Por parte de la Mutua, la idea de externalizar el laboratorio se enmarca en un proceso de desarrollo corporativo en que se quiere revisar el modelo de prestación de servicios que ofrece la entidad. En 1997, su directiva se da cuenta de que faltan espacios dentro del hospital y de que, como éste está rodeado de edificios, no tiene capacidad para poder ser ampliado. “Se plantea la pregunta de si existen servicios que se pueden externalizar en otro emplazamiento”, nos dice Maria Emília Gil. “La concepción tradicional de hospitales endogámicos que incluyan todos los servicios en un solo edificio [genera] dudas —añade Joan López—. El creciente desarrollo de las comunicaciones, tanto físicas como tecnológicas, permite vislumbrar posibilidades reales de externalización, y la Mutua está dispuesta a explorarlas”.

La creación de un grupo de trabajo en 1997 dentro de MútuaTerrassa permitió detectar que hay ciertas actividades de logística del Hospital Universitario MútuaTerrassa y de su red asistencial y sociosanitaria, como la lavandería, la esterilización, el almacén o los archivos de historiales clínicos,⁴ que no han de estar necesariamente dentro del edificio. “Si se puede encontrar la manera de que todos estos elementos auxiliares puedan ser trasladados diariamente desde un centro externo al mismo hospital, no se observa ningún problema derivado de la externalización”, afirma López.

A las actividades puramente logísticas se suma un elemento algo más complejo desde el punto de vista médico: el laboratorio. “La importancia de mantener el control sobre los análisis clínicos y de que los facultativos del hospital puedan acceder en todo momento a la información genera, de entrada, más reticencias para su externalización”, prosigue Joan López. No obstante, una mirada más ajustada muestra que el funcionamiento del laboratorio es relativamente sencillo, ya que consiste en la recepción de un *input* —las muestras biológicas— y la generación de un *output* —la información—. Externalizar el laboratorio, pues, “no se ve como un gran impedimento teniendo en cuenta la creciente evolución de las TIC y las posibilidades de mantener una conexión permanente sin necesidad de estar ubicados en un mismo espacio físico” (Joan López).

Aparte de la falta de espacios en el hospital, otra razón para descentralizar algunos servicios no estrictamente de atención y cuidado es que el sector sanitario necesita “hacer lo que otros sectores y países han hecho, que ha sido llevar a cabo procesos de concentración para conseguir volumen, para conseguir masa crítica”, tal como nos dice Joan López. Él mismo continúa:

[Los hospitales] deben estar orientados a lo que es estrictamente la prestación de servicios sanitarios y asistenciales, y a que los máximos responsables de estas tareas no tengan que estar pendientes de todo lo que se necesita para que esa atención se pueda llevar a cabo en las condiciones adecuadas.

Por parte del Consorcio, la voluntad de externalizar el laboratorio parece responder a intereses y tendencias similares, como se desprende de las palabras de Pere Vallribera cuando afirma:

En Cataluña, una de las riquezas del sistema sanitario es la diversidad y multiplicidad de agentes... Pero esta diversidad tiene algún efecto no deseado como, por ejemplo, la diversidad de sistemas de información o la atomización de los servicios de laboratorios de análisis clínicos... Como consecuencia, hay un intento crónico, desde hace muchos años, de valorar posibles fusiones, pactos, colaboraciones entre diferentes servicios de laboratorios de análisis clínicos.

De la conceptualización a los primeros acuerdos

Estos “intentos crónicos” se han puesto de manifiesto en el pasado a través de dos tentativas de fusión del laboratorio por parte del Consorcio, que no llegaron a ejecutarse: una con el Laboratorio de Referencia de Cataluña y la otra con el Parc Taulí. Como esos intentos no llegaron a fructificar, el Consorcio de Terrassa inició en 2006 las negociaciones con MútuaTerrassa, aun sabiendo que ésta ya había puesto en marcha el proceso de externalización de su laboratorio, entre otros de los servicios que prestaba.

En la primavera de 2006, el Consorcio de Terrassa “había finalizado un proceso de robotización y automatización del laboratorio, con unos equipos punteros” (Pere Vallribera) y MútuaTerrassa se había puesto de acuerdo con General Lab, S. A. —una empresa privada con la que colaboraba en el laboratorio interno del Hospital Universitario MútuaTerrassa— para externalizar su laboratorio. De hecho, en 2002, los dos socios ya habían creado con esta finalidad la empresa Egarlab, S. A. y habían empezado a diseñar de forma conjunta la planta que ocuparían en el Parque Logístico de la Salud, que debía ubicarse en Viladecavalls.

Afirma Pere Vallribera: “[En el Consorcio] sabíamos que MútuaTerrassa estaba haciendo el edificio del Parque Logístico [...]

y nos dimos cuenta de que nosotros teníamos un laboratorio potente y eficiente recién robotizado y de que ellos contaban con un espacio magnífico”. Por su parte, Esteve Picola, refiriéndose a cuando se estaba finalizando la construcción del Parque Logístico en 2006, explica:

[Egarlab] ya lo tenía casi todo pactado, incluso con los proveedores de maquinaria, cuando un buen día me llamó Pere Vallribera y me dijo: “Hola, ¿podemos hablar del laboratorio?”. Y yo le dije: “Hombre, pues sí, claro que podemos hablar. Evidentemente podemos hablar de todo, pero resulta que estamos a punto de firmar con el proveedor de la cadena”.

El documento ya había sido firmado por el proveedor, y la Dirección de MútuaTerrassa estaba a punto de firmarlo, pero la llamada del Consorcio llegó justo a tiempo.

Picola y Vallribera iniciaron una serie de reuniones para establecer las macrorreglas del juego. En estas reuniones cada socio planteó sus condiciones para que el proyecto pudiera seguir adelante. En palabras de Pere Vallribera, las condiciones del Consorcio fueron cuatro.

La primera, que los salarios de todos los trabajadores de CatLab “deberían adaptarse al convenio XHUP”⁵ de relaciones laborales —es decir, asumir el convenio de salarios de

la red pública, con retribuciones más altas que las que se dan en el sector privado—. Esto alteró las intenciones de Egarlab, que, como aclara Joan López, “ya tenía perfectamente orientado al personal; tenía una política retributiva diferente, un convenio diferente, una organización diferente”.

La segunda condición era que no se despediría a nadie. Pere Vallribera explica los motivos: “porque esto no es una reestructuración: el objetivo no es el ahorro económico; el objetivo es, con el mismo dinero, incrementar la capacidad”. La tercera condición fue que “el Consorcio ponía su maquinaria” (nos referiremos a este aspecto más adelante).

La cuarta y última condición era que “MútuaTerrassa debía replantearse la participación de General Lab, S. A.”. Pere Vallribera explica a este respecto:

Yo puedo defender una alianza mía con MútuaTerrassa, que es una entidad privada, pero una entidad mutualista sin ánimo de lucro —además de un hospital [que forma parte] de la XHUP—; pero es más complejo con General Lab [...] porque políticamente puede ser más difícil de conseguir.

Por su parte, “las condiciones de Mutua también eran cuatro. Las dos primeras eran exactamente las mismas que las del Consorcio. Como tercera condición, pedía que no hubiera mayoría de ninguna de las partes,

que tuviera un 50% del peso de las decisiones y que el laboratorio central se ubicara en Viladecavalls [en el Parque Logístico]”. Finalmente, la cuarta condición consistía en que el traslado se realizara de forma simultánea y lo más rápidamente posible.

En estas negociaciones iniciales también se puso sobre la mesa cuál debía ser la forma jurídica de la alianza. Joan López afirma que “tras varias consultas externas se llegó a la conclusión de que la más adecuada era una AIE [agrupación de interés económico]”. Carme Julián, directora de gestión y organización del Consorcio, explica por qué: “La AIE es una sociedad mercantil, sin ánimo de lucro, que tiene la finalidad de facilitar el desarrollo o mejorar el resultado de la actividad de sus socios”. Sus objetivos, pues, se limitan exclusivamente a actividades económicas auxiliares de las que desarrollan sus socios.

Explica Pere Vallribera: “Detectar la oportunidad [compartida por las dos partes], establecer los primeros vínculos para definir cuáles pueden ser las macrorreglas del juego, hasta dar luz verde al proyecto [...], es un proceso muy corto, que dura uno o dos meses, y es casi unipersonal de Esteve Picola y yo, con la complicidad de uno de los directivos de confianza de cada entidad, pero sin la implicación del resto de la organización”.

Una vez que las dos entidades llegaron al acuerdo en torno al cumplimiento de estas

condiciones, se procedió a realizar un primer análisis técnico, que se prolongó asimismo entre dos y tres meses (durante el verano de 2006).

El público recibe la noticia de la iniciativa

Esteve Picola dijo a sus trabajadores: “Hemos parado el traslado porque estamos trabajando con el Consorcio de Terrassa”. Esto se filtró [al Comité de Empresa del Consorcio de Terrassa] a través de los sindicatos y aquí [en el Consorcio de Terrassa] estalló una bomba.

A partir de ese momento, que nos narra Vallribera, “se inicia una fase muy larga, prácticamente de un año, en que el proceso sufre la peor fase, que si tiene algún título es la sindicalización y la politización”. Desde la Mutua, Joan López también caracteriza la etapa como difícil, como un “debate público en la prensa, en las manifestaciones en la calle...; todo el mundo que juega a este juego lo aprovecha para hacer su jugada, para hacer sus manifestaciones”.

La posición de la Mutua es “quedarse quieta: se plantea que es un proceso que hay que dejar que evolucione”, afirma Joan López. Es una actitud muy apreciada por parte del Consorcio, desde el que se afirma que la “Mutua fue impecable desde el respeto,

desde la no intromisión y desde la paciencia”, según Pere Vallribera. Dentro del Consorcio, en cambio, se inicia un debate más intenso. Según el propio Vallribera:

Determinado núcleo de trabajadores, utilizando su influencia política, de forma totalmente lícita, manifiesta su rechazo al tipo de proyecto porque interpreta que el hecho de que el socio sea MútuaTerrassa privatiza el servicio público [...], una interpretación técnicamente indefendible. El problema es que la cúpula política los recibe, los escucha y les hace caso... En el Parlamento [de Cataluña] se habla de eso; hay preguntas parlamentarias sobre la privatización del laboratorio del Consorcio de Terrassa, icon ese título!

En la Mutua están de acuerdo. En palabras de Joan López:

Uno de los gritos que más fuerte se hacía sentir era que se estaba privatizando la sanidad. Los comités de empresa salen con la bandera de la no privatización, de la defensa de la sanidad pública, y dicen que esto es una flecha al modelo... Se utiliza esta iniciativa para enarbolar la bandera política de lucha a ultranza en defensa de la sanidad pública, pero conceptualizada en un extremo.

A la vista de esta situación, el Consorcio se reafirmó en que General Lab difícilmente podría participar en el proyecto.

El 19 de septiembre de 2008, el debate interno del Consorcio acaba a raíz de una visita simbólica de la *consellera* de Sanidad, Marina Geli. Aquella visita marcó un punto de inflexión que todos los entrevistados recuerdan vivamente. La *consellera* venía a inaugurar una ampliación del Hospital de Terrassa y, para evitar pancartas, Vallribera llegó a “un pacto personal”:

Llamé al núcleo de los trabajadores y al Comité de Empresa y les dije: “Si vosotros no estropeáis la inauguración (si no sacáis pancartas), os conseguiremos una entrevista con la *consellera*...”. Impecable el Comité de Empresa, impecables los trabajadores. Cumplieron al cien por cien con el pacto, fueron a la inauguración y la *consellera* nos hizo caso. Conseguimos que la *consellera* de Salud, el alcalde de Terrassa y la presidenta del Consorcio de Terrassa hablaran con los trabajadores.

Frente a muchas personas contrarias a la iniciativa, la *consellera* defendió que aquello era lo que había que hacer, que era lo que tenía más sentido, que debía hacerse respetando los derechos de los trabajadores, intentando mejorar la calidad en la asistencia y la capacidad del laboratorio, pero que se tenía que hacer. La *consellera* dijo: “Esto se hará sí o sí”. Se habían generado muchísimas expectativas en el sentido de que, si presionaban al Parlamento, si presionaban al presidente de Comisiones Obreras, se podía echar por tierra el proyecto... En aquel

momento los trabajadores dijeron: “Bien, de acuerdo; pongámonos a trabajar pues... ¿Me pagará el plus de transporte? ¿Me conservará el salario?”. Éste es el punto de inflexión que marca el final de las dudas y simboliza el principio de las negociaciones en torno a los procesos operativos.

El proceso operativo

En octubre de 2007, un año después de que se hiciera pública la iniciativa, y tras los alborotos políticos, se empiezan a materializar los acuerdos. El primer paso es crear una AIE (agrupación de interés económico), integrada exclusivamente por el Consorcio y MútuaTerrassa. Vallribera lo explica como sigue:

Como fórmula jurídica no era la mejor, pero [...] parecía políticamente más correcta... La fórmula de sociedad anónima suena más privada, y por eso tuvimos que permitirnos esa licencia técnica, que nos importaba poco a corto plazo. Somos conscientes de que, cuando se incremente la actividad de CatLab, la fórmula de AIE no será la fórmula óptima, pues la vocación a medio plazo de CatLab es incrementar el número de clientes..., y la AIE nos obliga a que cada cliente sea socio.

La propuesta de la fórmula jurídica de AIE está muy ligada a la fórmula de gobierno

que se adopta, el segundo de los aspectos importantes que hay que materializar. Recordemos que una de las condiciones que había puesto Mutua era poder participar al 50% en las decisiones. No obstante, los alborotos políticos del año anterior hacen que se constituya un consejo de administración de CatLab que, pese a mantener esa distribución de pesos en la toma de decisiones, tendrá un “presidente del consejo propuesto por la Generalitat”, aunque “requerirá la aprobación de los dos socios”, dice Vallribera.

Según Joan López, esto hace que todos los actores (Administración, sindicatos, grupos políticos y vecinales...) contemplen el proyecto sin tanto recelo. En la práctica, sin embargo, según Vallribera, “[la AIE] es una fórmula societaria que obliga al acuerdo; hay cero posibilidades de que una de las partes imponga su voluntad a la otra... El no acuerdo provoca parálisis”.

El último punto que hay que materializar es la aprobación del convenio laboral de la XHUP, por el que se establecen los derechos de los trabajadores. Cuando estos acuerdos ya se han materializado, comienza el proceso operativo de fusión de los dos equipos y el traslado al Parque Logístico.

Organizando el traslado

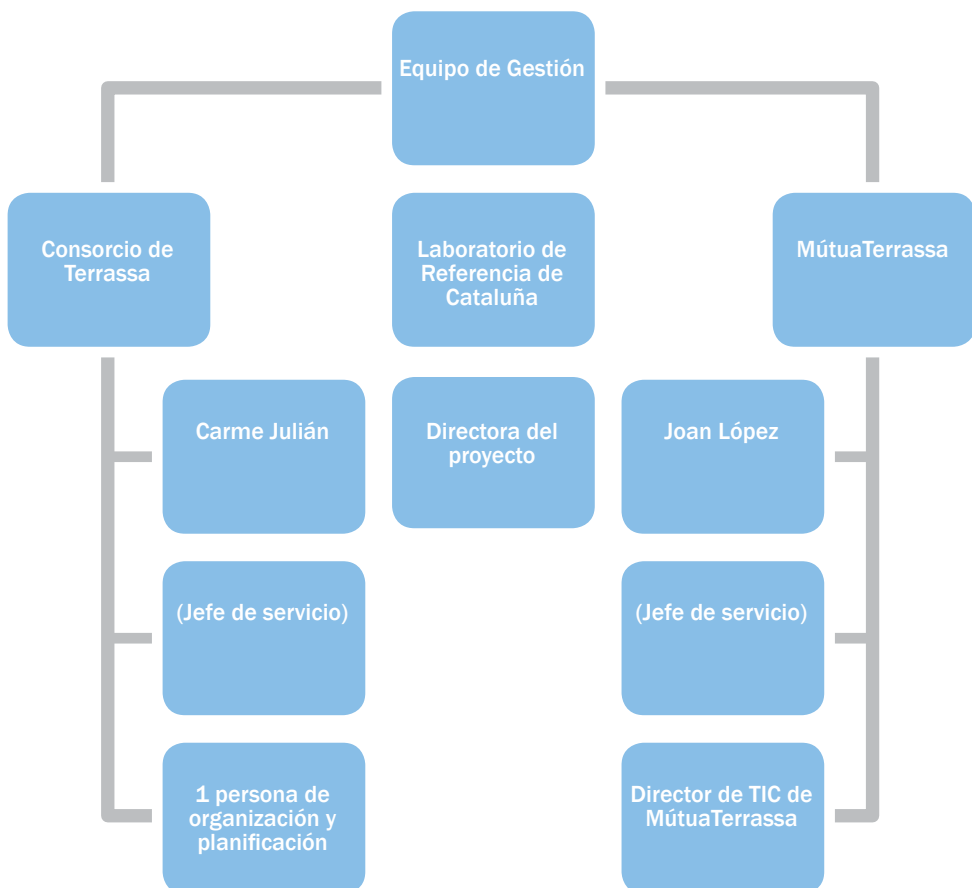
Lo primero que hacen las dos entidades es

nombrar a una persona de referencia que las represente en la gestión del traslado. Estas personas son la señora Carme Julián, directora de gestión y planificación del Consorcio, y el señor Joan López, gestor de logística sanitaria de la Mutua. A ellos se suman los jefes de servicio de los dos laboratorios existentes.

Joan López destaca lo siguiente: “Desde el primer momento vimos que siempre, siempre, habría dos visiones diferentes, porque eran dos culturas diferentes”. Ante esta realidad se consideró oportuna la presencia de un tercer actor que fuera reconocido técnicamente y aportara soluciones objetivas en los momentos de duda. Se buscó un asesor externo, que acabó siendo el Laboratorio de Referencia de Cataluña, empresa pública que ya había llevado a cabo un proceso de externalización del laboratorio del Hospital del Mar. También se incluyó a una persona más por parte de cada socio. En el caso del Consorcio fue una persona de organización y planificación; en el caso de la Mutua, el director de Tecnologías y Sistemas de Información, dada la importancia del elemento tecnológico para el éxito del proyecto. El equipo final resultante de esas incorporaciones se refleja en el gráfico siguiente.

Este grupo es el que debería tomar todas las decisiones con relación a CatLab. Dada la complejidad técnica de muchas de estas decisiones, se procedió a la creación de grupos de trabajo operativos, encargados de

Gráfico 2. Equipo de gestión del proceso de traslado



las diferentes áreas. Así, los grupos fueron: el de preanalítica, que se encargaría de todo el proceso de recogida de muestras; el de TIC, que gestionaría el *output* de CatLab, es decir, la información de los análisis clínicos; y el de logística de traslado, que tenía la misión de adecuar los espacios, que estaban predefinidos para un modelo donde sólo debía estar Egarlab, a la nueva concepción de un modelo que incluía, en su lugar, a MútuaTerrassa y el Consorcio.

Estos grupos de trabajo se reunían con una periodicidad semanal para identificar y discutir todos los elementos del proceso. El criterio básico para la toma de decisiones, consensado de forma explícita por todos los actores, era que el proyecto “tenía que salir adelante”, según López. En este sentido, uno de los elementos que se plantearon era que se debían eliminar riesgos, “aunque fuera en contra de tomar las decisiones óptimas”, afirma López. Los primeros elementos que se abordaron, fundamentales para poder avanzar en la toma de decisiones, tuvieron que ver con la elección del proveedor principal de maquinaria de análisis y de los sistemas de información.

El proveedor de automatización del laboratorio (socio tecnológico)

Se quiso buscar un proveedor único para la automatización del laboratorio que pudiera

garantizar liderazgo tecnológico, solidez, calidad y garantía de servicio. López explica al respecto:

No queríamos optar por el método clásico de concursos anuales; no es bueno para el proyecto ni para los proveedores. Por lo tanto, nos planteamos un modelo de proyecto a cinco años en que el proveedor aportara la tecnología, nosotros no invirtiéramos y tuviéramos plena libertad futura para incorporar nuevas tecnologías. El proveedor sabe que durante cinco años tendrá estabilidad, pero también que dentro de cuatro años la cuestión se pondrá sobre la mesa.

El proveedor, pues, debía ser único y debía garantizar asistencia técnica y un grado de implicación importante. Si para algo tenía que servir la alianza era para aumentar la productividad y reducir los costes, de manera que los beneficios pudieran reinvertirse en más profesionales cualificados o nuevas técnicas. Llamaron a Roche y a Siemens. Ambos presentaron ofertas. Siguiendo con el criterio de reducir riesgos, al final fue Roche la escogida porque sus sistemas estaban más probados; aunque era más cara, era la proveedora de la cadena de automatización que funcionaba en el Consorcio desde hacía unos años.

En cuanto a Siemens, dice Carme Julián: “Llevaba una tecnología que parecía que

era muy buena y, además, muy económica... pero no estaba testada; o sea, había pocos laboratorios que la tuvieran y, de la magnitud del nuestro, absolutamente ninguno”. En definitiva, se eligió a Roche porque —prosigue Julián— “estaba más consolidada[.] por tanto, era más segura [y] el personal ya conocía los aparatos de Roche y [no era necesario] formarlo en este aspecto, lo que reducía [...] el riesgo de que el proyecto quedara estancado”.

La elección del sistema de información siguió un curso diferente. “La información... desempeña un papel fundamental, ya que no sólo es un instrumento importante para el proceso de prestación del servicio, sino también el producto final que ofrece CatLab”, afirma Carme Julián. Había tres opciones. Una opción era mantener el sistema del Consorcio, que trabajaba con Roche. Esta vía se descartó:

Lo más lógico habría sido no cambiar el sistema informático, porque la mitad de la gente de la plantilla de CatLab ya conocía el [sistema informático] del Consorcio... pero esto podía hacer pensar que todo lo que se estaba poniendo en CatLab era del Consorcio... y teníamos que intentar que todo el mundo viera que era un 50-50 entre Mutua y el Consorcio (Carme Julián).

Joan López añade que el sistema informático de Roche se descartó “para mantener cierto grado de libertad futura: no es bueno ceder

la totalidad de los elementos de gestión al mismo proveedor tecnológico”.

Una segunda opción era adoptar el sistema informático propio de la Mutua. Según Joan López, la voluntad inicial de los profesionales de la Mutua era “crear uno nuevo a partir de aquel”, pero fueron estos mismos profesionales quienes descartaron esta opción, porque “introducía un elemento más de riesgo”. Había poco tiempo para desarrollar un nuevo sistema basado en el de la Mutua y, por tanto, existía la amenaza de que no se pudiera elaborar con éxito. En caso de que el sistema no hubiera funcionado, todas las responsabilidades se habrían atribuido a la Mutua y se habrían dado elementos para que los más reticentes a la propuesta volvieran a levantar sus voces en contra. De hecho, para esta opción no había tiempo suficiente.

Finalmente, el Laboratorio de Referencia de Cataluña propuso la adopción de su sistema de información, que ya se había testado con anterioridad y, por tanto, ofrecía suficientes garantías. “Ellos conocían muy bien su paquete informático”, afirma Esteve Picola. La opción fue bien acogida por todas las partes, teniendo en cuenta que, desde el punto de vista organizativo, había demostrado interactuar bien con la maquinaria de Roche. Así, finalmente, se decidió adoptar este último sistema como marco de referencia inicial y desarrollar un sistema propio gradualmente

partiendo de su base. Según Carme Julián, esta opción era “la mejor manera de mantener la paz social”.

El acuerdo respecto a los sistemas de información y el proveedor principal permitió avanzar en la decisión relativa al diseño de los espacios. Con este fin se pusieron a trabajar conjuntamente profesionales del Consorcio y de la Mutua. Se incorporó personal no sólo del laboratorio, sino también de los servicios centrales de cada entidad, para así contar con diversos puntos de vista relevantes. Roche presentó una propuesta final de instalación de la maquinaria que buscaba maximizar la automatización de los procesos y el grupo de trabajo la aceptó e hizo el seguimiento de su implantación in situ, adaptándola a las necesidades específicas cuando era conveniente.

El personal

Paralelamente se fue impulsando la organización del laboratorio desde el punto de vista del personal, teniendo en cuenta las dos primeras condiciones de las macrorreglas del juego, en relación con el puesto de trabajo y el convenio XHUP. Primero se dejó que trabajaran los dos jefes de servicio y que fueran exponiendo regularmente las conclusiones a que iban llegando. “Esto fue muy fácil — afirma Carme Julián—. [Los dos jefes de servicio] se sentaron para ver cuáles eran las

personas más capacitadas y lo resolvieron muy rápido; no hubo ningún tipo de tensión”. Hubo acuerdos en la creación de áreas y en la designación de sus responsables, “pero quedaron algunas personas que no se pudieron ubicar en esta primera etapa, y ha sido necesario [que pasara] más tiempo para solucionar su situación”, afirma Joan López. En cualquier caso, esa primera definición de las plantillas permitió visualizar el traslado con más claridad.

CatLab se pone en marcha

Una vez que se visualizó el traslado, se fijó una fecha para llevarlo a cabo. Joan López destaca al respecto:

Es muy importante ser consciente de que, cuando el personal recibe la noticia sobre una fecha concreta de traslado, se crea un estado generalizado de pánico. Es entonces cuando afloran todos los miedos y cuando, mirando hacia atrás, la gente se da cuenta de la magnitud del proyecto. Es importante, por tanto, que la noticia de la fecha del traslado se fije con previsión suficiente para que haya tiempo para gestionar la situación.

Se fueron fijando “fechas límite” de forma sucesiva. En enero se decidió como fecha de traslado el 1 de abril, pero el personal se quejó, porque dijo que era imposible. Entonces se dijo

que sería el 1 de junio como máximo, porque el traslado debía producirse antes del verano; “de lo contrario, enseguida se habría aplazado hasta octubre, y eso ya era esperar demasiado”, nos dice Joan López. La fecha establecida se pudo cumplir gracias a que la gente se fue poniendo en situación. La idea, en palabras del propio López, “es que al final se han de poner fechas con margen suficiente; pero hay que tener muy claro cuál es la última. Eso no debe saberlo todo el mundo, sino sólo una o dos personas. Y hay que ir jugando con eso”.

El traslado se realizó con éxito, pero hubo algunos desajustes que hicieron aflorar nuevas voces críticas y que los detractores de la iniciativa volvieron a avivar la prensa. En palabras de Carme Julián, “los quince primeros días fueron muy, muy duros”. Surgieron algunos problemas fruto de las complicaciones derivadas de unificar las tablas y los sistemas de información de cada hospital. “Se dio la situación de que, en algunas ocasiones, los médicos no pudieron disponer de las informaciones sobre los resultados clínicos cuando las necesitaban”, afirma Joan López. El problema, según Carme Julián, era el siguiente:

Cambiaban muchas cosas... Cambiaba el sistema de extracción de sangre, [...] las enfermeras tenían que pinchar de forma diferente con herramientas diferentes... Los sistemas de envío de sangre cambiaban, [...] se prolongaba el proceso de extracción, los

sistemas de comunicación y de transporte debían ajustarse para que las muestras llegaran más pronto.

Además, los cambios afectaban a los dos hospitales, el de la Mutua y el del Consorcio, pero también a la medicina primaria de Terrassa, Sabadell y Cerdanyola, a la que daba servicio el laboratorio del Consorcio y que ahora debía proveer CatLab. Poco a poco, se fueron solucionando los problemas, y la tensión social logró apaciguarse de nuevo. Sin embargo, éste fue, probablemente, el momento en que se pasó más angustia desde que se había iniciado la propuesta de traslado”, según Joan López. A partir de entonces el proyecto se fue consolidando y el sentimiento de riesgo social fue remitiendo.

La reestructuración

Una vez finalizado el traslado y normalizado el funcionamiento, en septiembre de 2008, CatLab inicia un proceso de reestructuración de la organización. Los dos jefes de servicio de los dos laboratorios fusionados se sustituyeron por una nueva directora. Según uno de los entrevistados, “era preciso mirar hacia el futuro y empezar la nueva etapa con un nuevo liderazgo”. Además, se precisaba un liderazgo positivo, integrador; diferente y que mirara más hacia adelante que hacia atrás.

Para dar con el perfil de la persona que debe

liderar la nueva etapa se lleva a cabo un proceso de convocatoria abierta que parte de la definición conjunta de un perfil con las capacidades y las facultades necesarias para trabajar en una posición tan nueva y específica como la que se ofrece. El puesto recae finalmente en la Dra. Imma Caballé. Pere Vallribera afirma que fue muy importante el hecho de que “Imma no estuviera «quemada» como resultado del proceso [de integración]”. Y añade: “Si Imma hubiera entrado aquí antes, la probabilidad de que se hubiera quemado en el proceso habría sido altísima... Ella ha venido para centrarse en construir el futuro de CatLab”.

Paralelamente a la incorporación de la Dra. Caballé, el Laboratorio de Referencia de Cataluña pone fin a sus funciones como mediador del proyecto. Imma Caballé afirma que, cuando ella llega, en CatLab, desde el punto de vista operativo, “los equipos ya trabajan perfectamente”. Y añade: “Mi tarea ha consistido en mejorar los procesos, en hacer que la gente tenga unos objetivos claros”. En cambio, desde el punto de vista del liderazgo, según la propia Caballé, “había una situación un tanto incierta acerca de quién lideraba el proyecto... La gente necesita ver que hay un líder del laboratorio, que tiene las cosas claras y que hace partícipe a todos de toda la situación”.

Actualmente, CatLab es un laboratorio completo, tanto por lo que respecta al origen de las muestras que analiza (atención hospitalaria, atención primaria, atención penitenciaria, salud

mental, atención sociosanitaria...) como por lo que respecta a su cartera integrada de servicios (bioquímica, hematología, inmunología, microbiología, citometría, citogenética y biología molecular...). Esta última característica contribuye a su elevada autonomía técnica (sólo un 0,5% de las determinaciones se analizan en laboratorios externos).

CatLab, en definitiva, es un centro de análisis clínicos con un alto nivel tecnológico, que integra áreas de conocimiento muy especializadas. Como proyecto nuevo, de referencia e innovador, está logrando un destacado sentido de pertenencia entre los profesionales que trabajan en él. Además, por contar con una importante área de influencia poblacional, de casi 800.000 habitantes, la actividad correspondiente a dos grandes hospitales de agudos, CatLab disfruta de la riqueza del trabajo en red, que integra equipos multidisciplinarios y multicéntricos.

En muy poco tiempo, CatLab se ha convertido en un referente, algo que no sería posible sin la confianza de las personas e instituciones que lo integran. Con el liderazgo consolidado, a CatLab le esperan nuevos retos. Carme Julián ve así el futuro: “Dentro de tres años podemos ser un laboratorio de referencia en genómica... Muchas de las analíticas no se harán como se están haciendo ahora, sino que se tendrán en cuenta otros baremos de genética, y entonces habrá un antes y un después. Ese es nuestro gran reto”.



X-RAY IMATEK

al diseño de detectores digitales en forma de matrices de píxel. Hasta ahora estos detectores se han testado con éxito (aunque no se han comercializado) en el ámbito médico, y más concretamente en mamografía. Los nuevos detectores digitales no sólo mejoran muy sustancialmente la calidad de las imágenes que se obtienen de las mamografías, sino que, además, reducen muy significativamente los daños colaterales asociados a los rayos X. Sus características los hacen asimismo muy útiles en otros sectores, como la seguridad o los sistemas de control.

El interés del Programa PARTNERS estriba en el carácter inédito del proceso de creación de X-Ray Imatek, desde el punto de vista de la cooperación público-privada. Esta empresa privada es una *spin-off* fruto de un proyecto de investigación desarrollado por tres entidades públicas de forma conjunta. Esas entidades son el Instituto de Física de Altas Energías, el Instituto de Microelectrónica de Barcelona y la Unidad de Diagnóstico por la Imagen de Alta Tecnología.

El IFAE (Instituto de Física de Altas Energías) es un consorcio público entre la UAB y la Generalitat de Catalunya con personalidad jurídica propia. El Instituto se creó en 1991 con el objetivo de convertirse en el escenario de las actividades experimentales en física de altas energías de los departamentos de Física de la UAB y la UB. Este Instituto mantiene una relación formal con la Generalitat a través del

Departamento de Innovación, Universidades y Empresa (DIUE). Dentro del IFAE encontramos los grupos de Física Teórica y de Física de Altas Energías, ambos pertenecientes al Departamento de Física de la UAB.

X-Ray Imatek es una empresa creada en 2006 con el objetivo de dedicarse El IMB-CNM (Instituto de Microelectrónica de Barcelona) es el “centro público de investigación y desarrollo en microelectrónica más grande de España”.⁶ El Instituto es no lucrativo y pertenece al Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC). Este centro, que dispone de 65 investigadores doctores, se creó en 1985 con el objetivo de apoyar a la comunidad científica y a la industria española, para incorporar la microelectrónica en sus productos y áreas de interés. El IFAE y el CNM trabajan de forma coordinada desde hace muchos años; el hecho de que ambos se ubiquen dentro de la UAB facilita extraordinariamente sus comunicaciones.

La UDIAT (Unidad de Diagnóstico por la Imagen de Alta Tecnología) es uno de los centros de la Corporación Sanitaria Parc Taulí (CSPT) de Sabadell, organización pública sin ánimo de lucro dedicada a la sanidad. El centro se creó en 1992 con el objetivo de “convertirse en un centro con diagnóstico por radiología, laboratorio, departamento de patología y farmacia clínica que apoyara a una red de hospitales medios”.⁷ Cuenta con un presupuesto anual de 81 millones de euros.

Para la elaboración de este relato se ha entrevistado a las siguientes personas: Mohktar Chmeissani, investigador principal del proyecto y director científico de X-Ray Imatek; Carlos Sánchez, director de X-Ray Imatek; Melcior Sentís, responsable de Radiología Mamaria de la UDIAT, y Roser Muñoz, directora de Gestión y Administración de la UDIAT.

Las primeras interacciones

La idea embrionaria de X-Ray Imatek surgió de Mohktar Chmeissani, un físico del IFAE con un currículum admirable que había estado trabajando en el Centro Europeo de Investigación Nuclear (CERN) junto con varios premios Nobel de Física. Durante mucho tiempo, Chmeissani había centrado sus investigaciones en el campo de la hidroeléctrica. Él mismo lo explica con las siguientes palabras:

Como parte de nuestra investigación contamos con tecnología que se puede exportar a otras aplicaciones, una de las cuales es un detector de píxeles... Nosotros decidimos aplicarlo concretamente al caso de la mamografía digital, y yo propuse hacer una propuesta a la [Comisión Europea].

Junto con otras entidades europeas y el CNM, se constituyó un consorcio para presentar la propuesta a la Comisión Europea y “obtener una beca de aproximadamente 2,3 millones

de euros para apoyar a un consorcio de seis institutos a lo largo de cinco años”, afirma Chmeissani.

Las investigaciones de este consorcio generaron un total de doce artículos científicos y alrededor de diez presentaciones en conferencias internacionales. Con todo, continúa Chmeissani:

No estábamos dando demasiado valor a lo que teníamos. Alguien podía coger nuestras publicaciones y crear algo gracias a nuestros hallazgos. No teníamos el conocimiento suficiente para salir a la calle a vender nuestro producto, pero decidimos que aprenderíamos a hacerlo.

Lo primero que se necesitaba era realizar un buen diseño del producto. Los hallazgos de las investigaciones tenían mucho potencial para ser aplicados, pero todo indicaba que, para poder probar el modelo, se precisaba, además de la investigación científica del IFAE y el CNM, la colaboración de un hospital que aportara conocimiento relacionado con la vertiente más médica.

En 2006, Ramon Pascual, ex rector de la UAB, y en ese momento miembro del Consejo de Gobierno del IFAE y también de la Corporación Sanitaria del Parc Taulí, puso en contacto al IFAE y al CMN con la UDIAT. En la UDIAT, mientras tanto, contactó con el Dr. Sentís, jefe del Área de Patología Mamaria y Ginecología.

El propio Sentís explica: “Un día aparece [el señor Ramon Pascual] por aquí y me dice: «¿A usted le interesaría hablar con un físico de mi departamento que tiene mucho interés en el tema de la mamografía?»”. El perfil más propiamente clínico del Dr. Sentís se complementó —más adelante— con el de Josep Fernández, jefe del Centro de Imagen Médica Digital de la UDIAT, “con un perfil más técnico, más de informático de la imagen”, prosigue Sentís.

También se contó con Meritxell Tortajada, responsable de investigación del Centro de Imagen Médica Digital de la UDIAT. Tortajada se ocupa del posprocesamiento de imagen y de lo que se llama *stitching*. Dado que el detector es modular, explica Sentís, “cada módulo funciona como un detector independiente; es decir, es como un tablero de ajedrez. Para conseguir una imagen [...] se deben coger todos los módulos y coserlos. Tortajada es la encargada de ese cosido”. El mayor beneficio derivado de este sistema modular es la reducción del coste de mantenimiento y reparación del detector digital, ya que “se aprovechan los módulos que pasan los controles más estrictos y se desconectan y reemplazan aquellos que no muestran un buen funcionamiento”.⁸

Una vez que se han establecido todos los contactos, afirma Sentís, “empieza el lío con el viaje al CERN para escuchar algo de un proyecto europeo, que al final no sale adelante”. Este proyecto se presenta en el Cuarto Programa

Marco de financiación de la investigación de la Comisión Europea. Participan en él tres universidades extranjeras (la Universidad de Calgary, la Universidad de Viena y la Universidad de París-Saint) y tiene por objeto la construcción de un detector digital de nueva generación en mamografía. El Dr. Sentís explica:

El proyecto no se aceptó en el Cuarto Programa Marco, así que los centros catalanes se volvieron a presentar al año siguiente. Esta vez fue el IFAE el que tomó el liderazgo del proyecto, que recibía el nombre Dear Mama (Detection of Early Markers in Mammography).

El objetivo del proyecto Dear Mama seguía siendo la construcción de un detector de nueva generación con nanotecnología; pero el elemento distintivo de este detector es que se basaba en el marcaje de fotones,⁹ y en aquel momento no había ninguno. Con el liderazgo del IFAE, el proyecto se aprueba en el Quinto Programa Marco. Enseguida se empieza a trabajar y surgen nuevas iniciativas derivadas que tienen éxito. En consecuencia, se decide empezar a crear patentes, cuyos beneficios serán compartidos entre los investigadores y las entidades que los engloban. En este sentido, Sánchez afirma:

Una de las peculiaridades de nuestra situación es que la tecnología no es de la

empresa [X-Ray Imatek]. Nosotros tenemos un contrato de explotación de la tecnología, pero la tecnología es propiedad del IFAE... También hay un chip cuya licencia de uso corresponde al IFAE, mientras que la licencia de explotación nos corresponde a nosotros [X-Ray Imatek].

La creación de la empresa

Aparte de la generación de diversas patentes, el éxito de los hallazgos hace decidir a los investigadores que hay que ir más allá y evolucionar un poco más el detector para optimizar aún más la calidad de sus imágenes. Esta decisión implica el desarrollo de dos grandes líneas de trabajo: una, el sistema de biopsia en tiempo real; la otra, el sistema Photopix (Photon Counteing Pixelated), un sistema aún más evolucionado que utiliza la misma tecnología. Ahora bien, para poder desarrollar esas líneas de trabajo se hace necesario conseguir dinero, para lo que se decide crear la empresa X-Ray Imatek, S. L. “Al principio —afirma Sánchez— generamos la empresa para pedir ayuda”.

Las ayudas públicas

Muñoz recuerda las distintas ayudas públicas y subvenciones que han ido recibiendo a lo largo de estos primeros años: “Para llevar adelante X-Ray Imatek, han intervenido

el CIDEM, la Unión Europea, el Ministerio de Industria, el Ministerio de Educación, el CIS...”. Una consecuencia negativa de esta multiplicidad de fuentes de subvención es la fragmentación y las duplicidades, como nos explica la propia Muñoz: “En lugar de complicarte tanto la vida, [debería haber una organización] a la que pudieras decir: «Tengo este proyecto, que puede resultar beneficioso para todos». En cambio, tienes que ir pidiendo ahora aquí, ahora allá”.

Sentís subraya otro problema no menos complicado: “No hay ninguna normativa que regule la investigación y la innovación. La investigación clínica es muy fácil de desarrollar, pero cuando se trata de innovación, no hay nada en el ámbito de la salud que establezca unas mínimas reglas de juego”.

En cambio, respecto de sus relaciones con la Administración pública, el gerente de X-Ray Imatek, Sánchez, afirma:

Nosotros no hemos tenido ningún problema... Aparte de que pueda funcionar más rápidamente o más lentamente, su apoyo ha sido increíble: han creado espacio, han buscado ayudas, nos han puesto en contacto con gente que nos podía ayudar... Yo creo que existe un claro interés por parte del sector público por demostrar que quiere ayudar a formar una empresa que está contribuyendo a la creación de puestos de trabajo.

Sin embargo, concluye: “Vivir de las ayudas públicas es complicado porque nunca sabes cómo te pagarán. La forma más sencilla y rápida de conseguir dinero es el capital riesgo”.

Capital propio

Ahora bien, la vía de solicitar capital riesgo tampoco resultó tan fácil como esperaban. A este respecto explica Sentís:

Necesitábamos dinero y no había forma humana de conseguir[lo], porque, claro, no podías presentar una cuenta de explotación con las previsiones, ya que primero tienes que acabar de desarrollar lo que estás haciendo... Aunque las perspectivas eran muy buenas, no tenías un plan de negocio sobre el que pudieras decir: “Mire, tengo esto, y tengo la previsión de que tendré tantos clientes, tantos ingresos”. Todo sigue siendo muy teórico.

Ante la dificultad para conseguir financiación, los investigadores del proyecto decidieron aportar capital propio. Sánchez explica que elaboraron un plan de negocio: “Vimos cuánto dinero necesitábamos para alcanzar el primer objetivo y, sobre la base de este primer plan de negocio, intentamos ver si los socios estarían dispuestos a invertir dinero propio en la empresa, para financiarnos, al menos, en primera instancia”.

Entre todos se lograron reunir 300.000 euros, lo que “daba margen de tiempo para intentar crear valor dentro de la empresa y no tener que acudir al capital riesgo hasta seis meses después”. Más adelante también recibieron una contribución por valor de 350.000 euros de un fondo de inversión pública (Neotec). Con este dinero y junto con las diferentes subvenciones, “la empresa logró sobrevivir hasta el año pasado”, nos dice Sánchez.

En cualquier caso, la idea de fondo seguía siendo la de lograr una mejor posición para negociar con capital riesgo. En concreto, se quería “pasar del prototipo de investigación —que funcionaba y daba resultados— a un prototipo industrial que se pudiera comercializar”.

El capital riesgo

Después de llamar a muchas puertas, X-Ray Imatek consiguió que la empresa de capital riesgo Inveready Seed Capital, ubicada en el Parque Científico de Cataluña, creyera en el proyecto. Sánchez lo explica así:

En esta primera fase invirtió 150.000 euros. Está previsto que ingrese 100.000 más a finales de este año... A menos que tengas una idea muy revolucionaria, es difícil que en una primera instancia consigas más de 250.000 euros.

La primera inversión de Inveready, por la cual

los fundadores de la empresa mantenían el 75% del capital e Inveready el 25% restante, hizo que “de repente todo el mundo tuviera mucho interés” en saber qué hacían y de qué manera lo hacían, según Sentís.

De inmediato otras empresas empezaron a apostar por el proyecto. Así lo hicieron la sociedad de capital riesgo participada por Roca Junyent Family Office, Caixa Laietana, Acció, Enisa, Sodena y diversos empresarios a título individual. Además, la compañía consiguió un préstamo participativo de Enisa por valor de 300.000 euros, y 100.000 euros más en subvenciones. Estas inversiones permitieron que la empresa pudiera crear una estructura organizativa, formada por un gerente y dos trabajadores con becas ICREA.

En relación con la búsqueda de capital, Sánchez es bastante crítico: “Creo que el sector privado debería evolucionar para que la creación de estas empresas fuera más sencilla. Hay más falta de sector privado que de sector público”.

Un socio industrial

En el proceso de pasar de un prototipo de investigación a un prototipo industrial, había que encontrar un socio o un proveedor de confianza que proporcionara a la empresa “una *bonding machine* (máquina de enlace) —afirma Chmeissani— que permitiera

conectar el sensor con el chip, con una precisión de 55 microcrosos... Los puntos que se deben alinear y enlazar son más pequeños que un cabello”. Pero encontrar esa empresa también resultó sumamente difícil. Así lo explica Sánchez:

Desarrollar la tecnología es muy caro. [Las empresas grandes prefieren] esperar a que tu tecnología sea mejor que la suya. Hasta que no tengas un producto en el mercado, esperan. Lo que hacen las empresas grandes es comprar las pequeñas; nadie desarrolla... Lo que te puede costar desarrollar un detector digital en Philips supera lo que podrías pagar por una empresa como la nuestra.

En esta línea, Chmeissani nos explica lo complicado que es llevar adelante un proyecto tecnológicamente innovador como X-Ray sin contar con un entorno tecnológico adecuado:

En España, la tecnología es muy pobre. La mayor parte de nuestro trabajo requiere de high tech de última generación, y aquí nadie nos puede ayudar. Siempre que queremos algo, no hay nadie que nos pueda aconsejar. Todo lo tenemos que traer de fuera, y es un poco complicado... Si pudiera repetir la experiencia me adentraría en el mundo del software, porque es mucho más sencillo. Si quieres programadores de software, los puedes encontrar. Si quieres encontrar ingenieros del calibre que

necesitas, como los de Alemania o Suiza, es muy difícil, porque la cultura no está preparada para esto. En cambio, si quieres cemento para hacer edificios, lo tienes muy fácil.

Asimismo, faltan espacios de socialización para emprendedores. Sánchez lo ve como sigue:

Lo más difícil de todo es que no hay demasiados precedentes... No puedes reunirte con un grupo de amigos emprendedores y decirles “hoy me ha pasado esto”; no hay grupo de amigos emprendedores. Es complicado porque no hay cultura de hacer este tipo de cosas en España... No hay infraestructura alrededor, y te das cuenta de que, para hacer cualquier cosa, antes debes convencer a todos.

Mirando hacia adelante

Pese a las formidables dificultades y a que todavía hay muchas cosas que mejorar, la valoración global de los entrevistados es de satisfacción crítica. Así, Sánchez afirma: “[Estoy] sorprendido de lo que hemos llegado a conseguir de apenas nada... O sea... del simple hecho de ir diciendo: «Mira, es que podemos hacer esto... Podemos hacer un detector digital maravilloso»”.

Ahora bien, los beneficios de X-Ray no se limitan al detector que quieren producir, pues

un proyecto como éste tiene externalidades técnicas y económicas muy importantes. Por este motivo, el propio Sentís reclama más apoyo:

Uno de los beneficios que tienen los proyectos como X-RAY Imatek es que son capaces de generar industria del conocimiento.

[El apoyo a empresas como X-Ray Imatek] es una apuesta estratégica. Jugársela con una empresa así no significa sólo [apoyar] un sistema de mamografía; significa que, con la transposición de esta tecnología, podrías, por ejemplo, fabricar escáneres, TAC o aparatos de radiología directa (que hoy son carísimos) con otra tecnología. También podrías construir aparatos para medir la densidad ósea.

[Lo que necesitamos] son oídos que sepan escuchar.

Las perspectivas de la empresa son buenas: la empresa quiere empezar a comercializar los detectores digitales a partir de 2011, y en 2014 tiene previsto facturar diez millones de euros. Por otra parte, no descarta apostar por nuevos proyectos, como la aplicación de las mismas tecnologías en otros campos de la radiología médica o la veterinaria.

EPÍLOGO

Los tipos de cooperación público-privada

Los tres casos que hemos presentado son bastante diferentes, aunque todos incorporan en alguna medida la cooperación público-privada.

CatLab es una empresa de capital mixto, en tanto que éste procede de una mutualidad privada sin ánimo de lucro y de un consorcio público. Se trata de una empresa que ayuda a alcanzar resultados sociales en el complejo sistema sanitario. Provee servicios de diagnóstico a cambio de recursos de sus clientes, tanto públicos como privados, pero principalmente productores de servicios sanitarios de utilización pública. De las tres experiencias de cooperación que repasamos en este volumen, es la única en que las partes deciden generar una tercera organización para canalizar la cooperación, seguramente porque uno de sus objetivos era reunir la producción del diagnóstico y disfrutar de los beneficios de las economías de escala. Esto, mantenido en dos organizaciones separadas, habría supuesto unos costes de transacción demasiado altos.

El CVI es un centro privado que cuenta con dos líneas de cooperación potencial con el sector público. La primera de ellas es la que involucra a la UPC, una universidad pública. Aunque aquí la división principal parece más la dialéctica academia/praxis

que la dialéctica público/privado, la UPC constituye un proveedor de conocimiento precomercial para la parte privada (CVI). La otra línea potencial de cooperación, aún no desarrollada, es la clásica cooperación en que un actor privado produce servicios sociales públicos.

Finalmente, en el caso de X-Ray, una empresa privada recibe el apoyo de diferentes administraciones. Por una parte, dos entidades públicas de investigación (IFAE y CNM) y una entidad sanitaria pública (UDIAT) ceden a la empresa la explotación temporal de unas patentes para comercializar una tecnología innovadora de mamografías. Por otra parte, el principal capital que recibe la empresa para el desarrollo de su proyecto es público: su inversor principal es Neotec. Además, X-Ray es fruto de la iniciativa de profesionales del sector público (médicos e investigadores universitarios).

Desde la perspectiva de la cadena de generación de valor, se distinguen claramente los roles de cada actor y sector. La cadena de valor se compone de recursos (*inputs*), procesos, producto (*output*) y resultado público (*outcome*). En el caso de X-Ray, tenemos una empresa privada que funciona, y quiere funcionar, en régimen de mercado libre, pero que por el momento se nutre de recursos públicos —el capital

riesgo inicial y la concesión de explotación de las patentes— y recursos privados, los de los inversores individuales propietarios.

En el caso del CVI, encontramos una organización privada que coopera con una universidad pública para conseguir conocimiento precomercial. La actividad la lleva a cabo en régimen de mercado, pero el modelo de negocio está claramente pensado para la producción de servicios públicos:

por tanto, en caso de que se concrete esta opción, parte de los recursos (*inputs*) los aportaría el sector público.

CatLab, finalmente, es una empresa privada, aunque de titularidad mixta, que produce servicios para hospitales públicos y privados. Por lo tanto, cuenta con recursos públicos y privados, mientras que la producción de los servicios corre a cargo de una organización mixta.

	Input	Proceso	Output	Outcome
X-Ray	Público Privado	Privado	Privado	
CVI	Privado [Público*]	Privado Público	Privado	
Catlab	Público Privado	Mixto	Mixto	

*En el caso de que se concrete la posibilidad de convertirse en productor de servicios públicos.

Algunas claves para la gestión de la cooperación

En los tres casos revisados, la justificación de la cooperación resulta sumamente obvia. En otras palabras, la necesidad, que actúa como motor de la experiencia, es más que manifiesta. Así, el cambio legal en relación con los servicios sociales y las necesidades sociales actuales hacen que el CVI y la UPC vean claramente la necesidad de cooperar para ofrecer un servicio de ayudas técnicas. Del mismo modo, X-Ray Imatek, sus financiadores y los propietarios de las patentes ven la necesidad de realizar mamografías más eficaces y eficientes y, más globalmente, ven la oportunidad de crear una empresa (incluso un ecosistema de empresas) de alto valor añadido. Igualmente, en el caso de CatLab, los dos cooperadores perciben con claridad una demanda de servicios de diagnóstico eficaces y eficientes, que la creación de una *joint venture* potente puede satisfacer.

Otros aprendizajes de los casos son, por ejemplo, que basar la iniciativa emprendedora en la financiación pública es inevitable cuando la financiación privada no es accesible y no hay aliados tecnológicos potenciales. No obstante, la financiación pública tiene unos costes de transacción más altos, debido a que implica más restricciones y rendimiento de cuentas y, a menudo, está fragmentada en diferentes administraciones y líneas de ayudas.

El relato del CVI pone sobre la mesa la dialéctica entre universidad y empresa, entre conocimiento precomercial y conocimiento comercial. El primero es el que produce la UPC, y el segundo, el que necesita el CVI. El caso también ejemplifica el impacto de la regulación sobre el mercado. Así, la Ley de la Dependencia (2006) y la Ley de Servicios Sociales de Cataluña (2007), claramente, constituyen un enorme revulsivo para el mercado. En efecto, sin estos cambios normativos no se habría creado el CVI. Al mismo tiempo, el relato muestra la natural rigidez de la regulación: el hecho de que los servicios de ayudas técnicas que presta el CVI no estén incluidos en la cartera de servicios sociales del Departamento de Acción Social y Ciudadanía (DASC) excluye al CVI de prestar esos servicios en nombre del DASC.

El tercer caso, CatLab, ofrece muchas pistas para hacer que la cooperación funcione, seguramente por ser el relato en que la cooperación entre las partes es más “intensa”. Por ejemplo, el relato nos muestra que hay dos parejas de baile, cada una formada por un miembro de cada parte. Además, estas dos parejas son complementarias: una la forman los máximos líderes de cada organización, y la otra, sus respectivos adjuntos. La primera pareja se centra en los pactos básicos y las reglas de juego fundamentales. La segunda pareja, mientras tanto, es claramente operativa, de modo que,

cuando topa con grandes diferencias, traslada la decisión a la otra pareja.

Una de las claves del éxito de la cooperación estriba en que los objetivos de la nueva empresa mixta y los de cada una de las partes sean conocidos por todos. Los objetivos, pues, deben ser compartidos. Otra de las claves es que el proceso de traslado se hizo de manera sumamente estructurada y planificada, pero también muy participativa: se crearon comisiones mixtas de traslado y fusión.

Finalmente, el caso de CatLab ejemplifica la extraordinaria sensibilidad de muchos procesos de cooperación público-privada. Así, por ejemplo, la tormenta que desata una parte de los sindicatos de la contraparte pública cuando se filtra la intención de crear CatLab es de grandes proporciones. Por tanto, la capacidad y la voluntad de hacer frente a esos obstáculos son condiciones necesarias si se quieren llevar a cabo proyectos de tales características. Seguramente, como reconocen los protagonistas del caso, faltó una estrategia de comunicación explícita y proactiva. En efecto, en última instancia, la cooperación público-privada requiere un trabajo muy importante de generación de consensos y de construcción de legitimidad social.

NOTAS

- 1 Mutual Médica, creada en 1920, destaca por dar cobertura al colectivo médico y ofrecer seguros a la dependencia (actualmente cuenta con más de ocho mil pólizas).
- 2 Mutuam tiene más de sesenta años de experiencia y “ofrece los servicios de atención domiciliaria, teleasistencia, gestión de residencias asistidas, apartamentos tutelados, centros sociosanitarios, etc., así como asesoramiento en la búsqueda de ayudas públicas para las personas mayores” (*Memoria de actividades CVI 2007-2008*).
- 3 A título de ejemplo, resulta relevante citar la inminente creación de un laboratorio coordinado por la Cátedra de Accesibilidad que promoverá la investigación aplicada en el ámbito asistencial.
- 4 En la actualidad, la gran mayoría de los historiales clínicos todavía están en formato papel.
- 5 Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública de Catalunya (Red Hospitalaria de Utilización Pública de Cataluña).
- 6 (Web entidad).
- 7 Memoria Plataforma para Mamografía Digital: PhoCoPix & Biopsy on PhoCoPix.
- 8 (Web IFAE).
- 9 Photon Counteing Pixelated es una técnica por la cual la electrónica es capaz de distinguir fotones de diferente energía. De esta manera, a la hora de capturar imágenes, se reduce drásticamente el ruido y mejora su calidad.

E

4 Programa PARTNERS

Con la colaboración de:



ESADE

Universitat Ramon Llull

**INSTITUTO DE
GOBERNAZA
Y DIRECCIÓN
PUBLICA**

Av. de Pedralbes, 60-62
08034 Barcelona
Tel.: + 34 932 806 162
Fax: + 34 932 048 105
a/e: angel.saz@esade.edu