

En el marc del programa Partners, EsadeGov, conjuntament amb la Unió Catalana d'Hospitals, hem organitzat una jornada de treball amb l'objectiu d'identificar els factors clau per a la governança de les xarxes territorials, com a element indispensable per a la seva viabilitat i la consecució dels objectius públics que les promouen, com ara l'equitat territorial de serveis, la continuïtat i la integració assistencial en un model centrat en la persona, i la sostenibilitat econòmica i de professionals.

La sessió s'ha establert com un espai de diàleg amb els principals actors que han participat en la creació de l'AE C-17, l'AE Girona, i la futura AE C-16, per tal de reflexionar conjuntament sobre les línies d'acció d'una governança capaç de gestionar i coordinar eficientment les xarxes territorials sanitàries a Catalunya. Aquest resum pretén fixar l'agenda dels reptes principals que s'han d'abordar per tal de desplegar de forma òptima les potencialitats de les xarxes territorials en els àmbits sanitari i social, pel que fa a la qualitat de la seva governança i de la seva contribució social. A més, vol aportar valor afegit al debat actual, ja sigui a través de mostrar el valor de les aliances estratègiques per l'interès públic, identificar-ne les barreres a superar, tant a nivell logístic com de governança, o la necessitat d'avançar en la professionalització del bon govern i la bona gestió d'aquestes.

La sessió abordà des de bon principi els elements actuals de debat en les aliances estratègiques, dividits principalment en dos grans grups:

Aquells derivats de la governança, on cal definir formalment els rols del CatSalut, les organitzacions i els professionals. També la necessitat d'evitar veure les AE com una finalitat en si mateixa, sinó que cal definir-hi prèviament els criteris, la cartera de serveis i els objectius de resolució, entre d'altres. La majoria d'aquests debats poden ser resolts des de bon principi, simplement amb la necessitat de definir de forma clara els objectius de l'aliança,

per tal d'adequar-ne la governança de forma òptima.

Aquells derivats de la ineficient planificació per la integració assistencial, perquè les xarxes s'han implementat en un context on la planificació i ordenació sanitària són insuficients o poc clares, tant des del punt de vista **territorial del mapa sanitari** (quina hauria de ser la unitat de referència sobre la qual caldria ordenar Catalunya, a partir de regions sanitàries, carreteres o a través de característiques demogràfiques i d'itineraris recurrents?), des de les **carteres de serveis** indicades per cada unitat sanitària, i consegüentment la **plantilla de professionals**, molt depenent d'aquest. També cal albirar la possibilitat d'establir aliances a partir de nous propòsits, com per exemple la recerca o innovació.

Ens referim a les xarxes territorials interorganitzatives com *organitzacions de dos o més sectors* que poden *compartir o socialitzar informació, recursos, activitats i capacitats per aconseguir outcomes que no podrien ser aconseguits per un sol sector*. Aquestes xarxes són una alternativa adient per tal d'afrontar qüestions complicades, tant socials com de salut, a través d'un augment substancial de recursos i capacitat material, sense implicar una inversió de capital massa elevada, mantenint una alta eficiència i aprofitant les economies d'escala.

Les xarxes interorganitzatives poden formar-se per moltes raons, però una possibilitat és que les organitzacions tradicionals, burocràtiques i jeràrquiques no tenen la flexibilitat suficient per donar resposta a problemes amples de la societat, i especialment aquells "wicked problems", és a dir, aquells problemes que són difícils, a causa de requeriments incomplets, canviants, interdependents, o difícils de reconèixer.

A més, les xarxes interorganitzatives tenen, també, altres potencials beneficis. N'enumerem

a continuació els que considerem més rellevants:

L'aprofitament i ús eficient de recursos. Les xarxes acostumen a aprofitar millor els recursos limitats, ja sigui a través de la dinàmica pròpia de les economies d'escala, o de socialitzar l'accés als recursos per part de diverses organitzacions,

Compartir riscos entre entitats, estimulants així la creativitat i la innovació a través de la reducció d'aquests,

L'augment significatiu, especialment rellevant en el sistema de salut, de la **flexibilitat, resiliència i capacitat de resposta** per afrontar problemes inesperats, com per exemple pandèmies o desastres naturals.

D'altra banda, quan ens fixem en els potencials beneficis de les xarxes interorganitzatives dins del sistema de salut de Catalunya trobem que són molt més concrets, ja que emergeixen com una solució davant entorns dinàmics i canviants.

Alguns d'aquests beneficis inclouen **la capacitat d'incrementar la cartera de serveis d'hospitals mitjans/petits**, que no podrien fer front a les elevades despeses d'especialització, evitant la mobilització geogràfica forçada als ciutadans de la seva àrea de referència i permetent la contractació de personal altament qualificat, retenint així talent dins del sistema de salut català.

Transformar aquests beneficis de *potencials a reals* a través del funcionament de la xarxa és possible a través d'una bona governança. Tot i que hi ha multitud de casuístiques i contextos

diferents, des de la literatura acadèmica s'ha arribat al consens de definir tres tipus de governança, més adients o menys depenent del context i l'estructura de la xarxa en si. Després d'una recerca dins la literatura, exposem quines característiques genèriques de les xarxes fan més adient una tipologia de governança sobre les altres:

1- Governança compartida: Tots els participants contribueixen al lideratge i gestió de la xarxa. No hi ha una entitat administrativa formal. Aquesta tipologia és la més indicada per xarxes amb alta densitat¹, poques entitats agrupades i alts nivells de consens.

2- Organització líder: una de les organitzacions és la que lidera la xarxa, normalment degut a ser la més potent i amb més capacitat. Són aquelles més indicades per xarxes amb poca densitat, altament centralitzades, i que tinguin un nombre mitjà o elevat d'entitats agrupades i un consens mitjà sobre els objectius.

3- Xarxa administrada: Una entitat administrativa separada s'estableix per encarregar-se de la gestió de la xarxa, amb un directiu extern contractat. Aquesta tipologia sembla ser la més efectiva en situacions en les quals la xarxa té una densitat mitjana, una quantitat d'entitats agrupades mitjana o gran i un consens mitjà-alt en els objectius primordials.

En el cas català, és també imprescindible la funció per part del Servei Català de la Salut en les seves obligacions d'organització general, ordenació territorial i demogràfica, la distribució de recursos sanitaris per tal de garantir una

¹ Entenem per densitat la intensitat interrelacional entre entitats, és a dir, depèn de la força i quantitat de les relacions entre entitats.

adequada atenció sanitària a tota la població catalana.

De l'exposició de les experiències en el desenvolupament i vida de dues xarxes hospitalàries, una de més formalitzada i una en procés de ser-ho, la C-17 i la C-16, ha permès que en destil·lem les principals barreres i reptes, i especialment les seves potencials solucions al nostre país:

1- Aconseguir consens i compromís pels objectius i propòsits de la xarxa. Els membres de la xarxa poden tenir perspectives i prioritats diverses, diferents nivells de confiança en el procés integrador, i diferent grau de tolerància per subjugar necessitats individuals en favor del bé comú. Aquestes diferències poden mitigar-se a través d'utilitzar processos participatius i col·laboratius des de bon principi, desenvolupant termes de referència específics per descriure els objectius de la col·laboració, definint de forma clara els objectius principals, i buscant el consens en totes les decisions on sigui factible. A més, també cal avaluar l'aliança de forma recurrent, i entendre que cal que els valors com la confiança o la generositat acompanyin en tot moment el desenvolupament de l'aliança estratègica.

2- Evitar el xoc de cultures de treball, o lògiques institucionals diverses entre les organitzacions membres. En un entorn de col·laboració entre dos o més actors sempre trobarem diverses formes de treballar, entendre el dia a dia, i lògiques institucionals distintes, com poden ser el grau de transparència amb els socis, formes de prendre decisions, o el grau d'autonomia preferit, entre moltes d'altres. Això pot fer complicat arribar a acords sobre estructures o processos essencials pel bon funcionament de la xarxa. Hi ha dues formes principals per tal de mitigar-les: Identificar i discutir obertament les cultures de treball i les lògiques pròpies de les organitzacions membres, i desenvolupar estructures i processos que reflecteixin la diversitat trobada a les organitzacions membres.

3- Desenvolupar relacions basades en la confiança mútua. Sabem que construir relacions basades en la confiança porta temps, i han de cuidar-se dia a dia perquè aquesta confiança pot mantenir-se a través del temps gràcies a interaccions repetides amb reciprocitat pels actors. Per tal de gaudir de relacions basades en la confiança, cal construir-la des del principi a través de diferents actes, com compartir informació i coneixement, i anant introduint activitats de poc risc, per demostrar competència i bona fe, i anar duent a terme "check-ins" de forma regular per mantenir sanes les relacions dins de la xarxa, trobant (i esmenant) potencials problemes abans que sorgeixin.

4- Superar els obstacles pel rendiment i la responsabilitat compartida entre els socis. Aquest problema pot ser comú, perquè pot ser complicat definir clarament en quins aspectes la xarxa n'és la principal responsable. Aquesta diferència entre responsabilitats pot portar a la clàssica problemàtica en l'organització col·lectiva dels "free riders", que són organitzacions que participen el mínim possible, deixant, en canvi que altres organitzacions hagin de solucionar les situacions complicades de forma desigual. Per tal de reduir-los cal deixar clar des del principi que les expectatives de la xarxa impliquen una contribució de tots els socis, configurant les responsabilitats de cada membre des de bon principi, tot i no negligir que la confiança i la generositat han de guiar el dia a dia de les operacions.

5- Trobem també el repte de la sostenibilitat de la xarxa, amb la millora del sistema d'assignació de recursos. Entre les moltes raons que poden presentar problemes a l'hora de mantenir una xarxa (pèrdua de legitimitat, canvi de valoració de la xarxa, falta de resiliència, entre d'altres) s'hi suma la necessitat d'adaptar-se a un entorn eternament canviant, tensant així les relacions internes. Per assegurar-nos de l'estabilitat i la sostenibilitat de la xarxa cal estar alerta dels reptes comuns,

mitigant-los sempre que sigui possible abans que es converteixin en problemes, promocionar l'aprenentatge a nivell de xarxa, i institucionalitzar estructures i processos de la xarxa, per tal de recolzar-ne l'estabilitat. A més, la politització en la gestió dels recursos pot suposar un risc per la sostenibilitat de la xarxa, i per evitar-la cal mantenir la gestió professionalitzada.

6- Superar certes barreres normatives, i limitacions legals de les aliances estratègiques entre entitats públiques i privades, facilitant així l'establiment de noves aliances estratègiques i el seu funcionament intern. Això també inclou l'espai dels recursos humans, amb la necessitat de millorar el marc laboral per afavorir i simplificar la mobilitat dels professionals, especialment en aquells amb un grau d'especialització molt elevat.

7- Finalment, és necessària una urgent reordenació del mapa del sistema de salut de Catalunya, on hi ha grans diferències d'àmbit geogràfic respecte l'administració de les regions sanitàries i les vegueries, corresponents de forma teòrica a les unitats d'àmbit polític del territori català, per tal de millorar l'eficiència de repartiment de recursos, tenint en compte tant les necessitats de servei per la ciutadania com les necessitats expressades pels diversos actors públics i privats que els presten. Aquesta reordenació urgent del mapa ha de tenir en compte també la cartera de serveis a tots els nivells, no quedant-se només en allò bàsic. És

necessari redefinir la cartera de serveis de forma completa, des del terciarisme a l'activitat bàsica, passant també per l'anomenat *secundarisme*, no deixant a ningú enrere.

De la sessió de treball se'n desprenen moltes conclusions, però destaquem la importància d'establir aliances estratègiques per donar resposta als problemes tant actuals com futurs de salut pública, gràcies a una millor eficiència i flexibilitat, ja sigui a nivell de recursos econòmics, tecnològics, o d'especialistes, capaces de permetre una provisió de serveis fins i tot a hospitals de mida més reduïda. És necessària una reordenació urgent del mapa del sistema de salut de Catalunya per corregir les discrepàncies geogràfiques entre regions sanitàries i vegueries, amb l'objectiu de millorar l'eficiència i la equitat en el repartiment de recursos, considerant tant les necessitats dels ciutadans com les dels actors públics i privats que presten els serveis. A més, la reordenació del mapa no ha de ser només a nivell sanitari ni hospitalari, sinó que cal incloure-hi la resta d'entorns que atenen als ciutadans catalans, com per exemple l'atenció primària, l'atenció a la salut mental o els serveis socials, entre d'altres.

Finalment, volem agrair a tots els assistents la seva participació i generositat, que ha permès i enriquit aquest debat, necessari per mantenir uns bons serveis públics, capaços de millorar la vida de tots els ciutadans de Catalunya.

Bibliografia

- Cristofoli, D., Markovic, J., & Meneguzzo, M. (2014). Governance, management and performance in public networks: How to be successful in shared-governance networks. *Journal of Management & Governance*, 18(1), 77-93. <https://doi.org/10.1007/s10997-012-9237-2>
- Milward, H. B., & Provan, K. G. (2006). *A Manager's Guide to Choosing and Using Collaborative Networks* (4a ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003387800-17>
- Popp, J. K., Milward, H. B., MacKean, G., Casebeer, A., & Lindstrom, R. (2014). *Inter-Organizational Networks: A Review of the Literature to Inform Practice*. IBM Center for The Business of Government. <https://www.businessofgovernment.org/report/inter-organizational-networks-review-literature-inform-practice>
- Provan, K. G., & Kenis, P. (2008). Modes of Network Governance: Structure, Management, and Effectiveness. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18(2), 229-252. <https://doi.org/10.1093/jopart/mum015>

Turrini, A., Cristofoli, D., Frosini, F., & Nasi, G. (2010). Networking Literature About Determinants of Network Effectiveness. *Public Administration*, 88(2), 528-550. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9299.2009.01791.x>

Llista d'assistents:

1. **Jaume Duran**, Fundació Sanitària Mollet
2. **Montse Caldés**, Fundació Institut Guttmann
3. **Beatriu Bayés**, Fundació Privada Hospital Asil Granollers
4. **Elena Puigdevall**, Fundació Aspace Catalunya
5. **Adrià Comella**, Fundació de Gestió Sanitària de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
6. **Ignasi Carrasco**, Servei Català de la Salut
7. **Manel Jovells**, Althaia, Xarxa Assistencial Universitària de Manresa, Fundació Privada
8. **Jose Antonio Neguillo**, Fundació Hospital Sant Celoni
9. **Josep M. Bosch**, Unió Catalana d'Hospitals
10. **Xavier Roura**, Esade
11. **Josep M^a Padrosa**, Fundació Hospital Olot i Comarcal de la Garrotxa
12. **M. Antònia Baraldés**, Salut Catalunya Central - Hospital de Berga
13. **Sergi Iglesia**, Fundació Salut Empordà
14. **Maria Pueyo**, La Unió
15. **Joan Parellada**, CatSalut
16. **Joan Grané**, Fundació Privada Hospital de Campdevàrol
17. **Montserrat Domènech**, Althaia, Xarxa Assistencial Universitària de Manresa, FP
18. **Antoni Castells**, Hospital Clínic de Barcelona
19. **David Font**, Hospital Clínic de Barcelona
20. **Xènia Acebes**, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
21. **Ramon Massaguer**, Fundació Puigvert
22. **Manel Peiró**, Esade
23. **Roser Fernández**, La Unió
24. **Mónica Reig**, Esade
25. **Sara Manjón del Solar**, Consorci Hospitalari de Vic