

ESTUDIOS SOBRE LA ECONOMIA ESPAÑOLA

La política sanitària a Catalunya 1989-1998

Guillem López i Casanovas

Vicente Ortún Rubio

EEE 24



FEDEA

Fundación de Estudios de Economía Aplicada

<http://www.fedea.es/hojas/publicado.html>

LA POLÍTICA SANITÀRIA A CATALUNYA 1989-1998^(*)

Guillem López i Casasnovas

Vicente Ortún Rubio

Departament d'Economia i Empresa, i Centre de Recerca en
Economia i Salut. Universitat Pompeu Fabra

1.- Presentació

Pretenem en el present treball analitzar els fets més destacats de la política sanitària duta a terme a Catalunya durant la darrera dècada. S'acompanya la ressenya de les fites més importants amb una anàlisi de l'evolució enregistrada en la provisió dels serveis sanitaris durant els anys noranta, i alguns comentaris crítics sobre la realitat de les polítiques portades a terme en el sector fins a l'actualitat.

2.- Els fets més destacats: anotació i ressenya bàsica

Aquest apartat no pretén ser un resum exhaustiu dels esdeveniments que han marcat la política sanitària a Catalunya durant el període 1989-1998. L'objectiu és, simplement, deixar-ne constància dels trets principals, que son aquells que d'una manera o d'una altra es comenten després al llarg de la resta de les seccions.

Al nostre entendre, aquests son, any a any i de forma resumida, els fets més destacats:

1989:

Aprofundiment en la configuració de l'estructura ICS, després de la transferència inicial de 1981, ara per la via de la racionalització dels procediments administratius i dels processos de control de gestió endegats ja amb anterioritat.

Creació del Sectors sanitaris com a eix vertebrador del dispositiu del futur Servei Català de la Salut.

Manteniment del procés inversió tecnològica (2 noves unitats coronàries, RMN, Hemodinàmica...) i en altre immobilitzat hospitalari (reformes estructurals al Matern-Infantil de

^(*) – Recerca encarregada per la Fundació Bofill, de propera aparició en el llibre Les Polítiques Públiques a Catalunya 1988-1998. Fundació Bofill. Barcelona.

Vall d'Hebrón, Hospital Joan XXIII, Duran i Reynals,...i 250 llits a l'Hospital del Consorci de Terrassa)

1990:

Aprovació pel Parlament de la LOSC (Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya) que estructura la provisió pública com a servei finançat públicament, i amb la utilització dels recursos sanitaris existents siguin o no propietat de la Seguretat Social. Es preten la introducció de mecanismes de gestió empresarial, la separació de la compra i el finançament dels serveis respecte de la seva provisió, i la utilització de diverses fórmules jurídiques (de gestió directa, indirecta o compartida). Consolida la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública creada l'any 1985 com a sistema mixt de serveis hospitalaris del que s'ha anat dotant Catalunya.

Creació de la Comissió Assessora per a la formulació d'un model de finançament de les regions sanitàries del SCS a la recerca d'una més efectiva descentralització territorial de la despesa, tot i buscant fer compatible un seguit de factors (equitat, suficiència i reconeixement del dispositiu existent).

1991:

Desplegament inicial de la LOSC amb la creació del Servei Català de la Salut com a ens públic configurat per tots els centres i serveis i establiments sanitaris públics i de cobertura pública de Catalunya, amb diversitat de fórmules de gestió. Això es desenvolupa a través d'un Decret 26/1991 de 18 de febrer que crea una entitat pública de caràcter institucional que pel que fa a les relacions externes se subjecta, amb caràcter general, al dret privat.

Configuració de les regions sanitàries, delimitades per factors geogràfics, socioeconòmics, i demogràfics, com a estructura de desconcentració bàsica del SCS. Les regions a la vegada integren els sectors, com a òrgans desconcentrats de la regió, mitjançant els quals es desenvolupen les activitats de prevenció i promoció de la salut i de la salut pública, així com l'assistència sanitària i socio-sanitària primària i les seves especialitats de suport. Aquests sectors a l'hora es configuren en àrees bàsiques de salut.

Determinació del règim financer, pressupostari i econòmic del Servei Català de la Salut tot i quedant com a supletòries la Llei de Finances públiques i les futures Lleis de Pressupostos de la Generalitat.

Creació de la fundació pública 'Institut de Recerca Oncològica de Catalunya'. Implementació a Barcelona del servei telefònic 061 d'urgències mèdiques.

1992

Dotació de continguts organitzatius interns al SCS, i participatius per a les regions sanitàries (Consell Català de Salut i Consells de Salut). De manera similar per al Consell General de l'Institut Català de la Salut.

Entrada en vigor el Decret que universalitza per a tots els ciutadans residents a Catalunya el dret a l'assistència sanitària pública i fixa la normativa per a tancar el procés d'extensió de la cobertura a tota la població.

Oleada d'empreses públiques sanitàries (Energètica de Instal·lacions Sanitàries, de Ressonància Magnètica de Vall d'Hebró, d'Emergències Mèdiques..) i d'actuacions conjuntes amb ens consorciats (Vic, Terrassa, parc Taulí de Sabadell, de la Creu Roja, d'hospitals de l'àrea de Barcelona, etc...)

Transferències de serveis sanitaris de les Diputacions (exclosa la de Barcelona) i gestió d'aquests serveis a través d'empreses públiques interposades.

Inici de la contractació, fora de pressupost ordinari, dels programes considerats prioritaris (com la cirurgia vascular o les cataractes)

1993:

Desplegament de les unitats funcionals de les regions sanitàries i del contracte per a la compra de serveis.

Operativització del Pla de Salut, aprovat el març pel Govern de la Generalitat (decret de març).

Redefinició de les funcions de l'Institut Català de la Salut (decret de maig) per a intentar posicionar-lo com a un proveïdor més del SCS.

Reconeixement d'un entorn pressupostari restrictiu i la necessitat de prioritzar amb més rigor. La manca de reforma del finançament autonòmic de la sanitat es focalitza com a 'el' problema. Es comença a parlar de consolidar la política de inversions, la qual cosa vol dir, en aquest nou context, desaccelerar-les.

Primer 'cop de medicament'

1994:

Ampliació (1994-95) del Pla de Salut de Catalunya (decret de juny de 1994) i desenvolupament del Pla de Salut al nivell de cada regió sanitària. Posada en funcionament de la sectorialització sanitària prevista.

Acord sobre el finançament de la sanitat (aflorant deutes i remetent les bases actualitzades a futurs creixements del PIB nominal) per al període 1994-1997.

Aprovació del catàleg de prestacions del Sistema Nacional de la Salut.

Desplegament a les àrees bàsiques de salut de les activitats preventives contemplades en el Llibre Blanc per a la integració de la prevenció a la pràctica assistencial.

Creació de l'Organització Catalana de Trasplantaments, per a la coordinació de l'activitat transplantadora a Catalunya. Creació de l'Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica.

Aprovació del Pla de Salut Mental que consolida en un únic model l'atenció psiquiàtrica i la salut mental.

1995:

Modificació de la LOISC, que, entre d'altres, legalitza la contractació de proveïdors de serveis d'atenció primària gestionats per entitats de base associativa constituïdes per professionals sanitaris.

Aparició dels resultats de l'Enquesta de Salut de Catalunya.

Creació de l'empresa pública Institut Català d'Oncologia com a centre de referència per a determinats tumors de baixa freqüència i per a procediments terapèutics complexos.

1996:

Canvi de Conseller després d'un llarg període de continuïtat.

Decret de maig que estableix les modalitats de contractació de serveis sanitaris amb l'objectiu d'adaptar el sistema a la Llei de Contractes de les AA.PP., i que frena parcialment els canvis que havien agilitzat la gestió sanitària els darrers anys.

Elaboració del Pla de Salut per al període 1996-1998.

Generació d'un nou sistema integrat de vigilància epidemiològica de la SIDA com a eina bàsica per la disseny i avaluació de les accions preventives i activitats de planificació sanitària.

Primera Àrea Bàsica gestionada per una entitat constituïda per professionals sanitaris a Vic a l'empar de la nova LOSC.

1997:

Nou Acord de finançament autonòmic per al període 1998-2001.

Nou Pla de Salut 1996-98.

Nou sistema de pagament per als hospitals que integren la XHUP a entrar en vigor, si bé de manera ralentida, l'any 1998.

1998:

Nou Pla de Serveis (pendent d'aprovació).

Decret de Finançament selectiu de medicaments. Aplicació d'un sistema de preus de referència.

3.- Els objectius preestablerts pels polítics de la sanitat (i el seu grau d'assoliment)

En aquesta secció el que pretenem, a continuació, és fixar aquells temes, que de manera molt sovint recurrent, s'han determinat com a objectius de política sanitària a assolir en els diferents exercicis, tot i que com es comentarà després en el text, el seu grau d'èxit no ha sigut sempre l'esperat. Per a la seva elaboració s'han utilitzats aquelles fonts originals derivades de distintes Memòries de la Conselleria, Servei i Institut Català de la Salut que, a la vegada que justificaven els èxits assolits prefixaven objectius cara al futur.

De forma breu, aquests eren els propòsits identificats en el temps:

1989:

Descentralització i desconcentració de funcions en les Àrees de Gestió.

Sectorialització com a mecanisme d'interconnexió entre l'atenció primària i l'especialitzada.

Avançar en el procés de reforma de la assistència primària.

Descongestió d'urgències a Barcelona.

Millora de la gestió de compres via concursos centralitzats i elaboració d'un quadre de comandament que permeti un seguiment més acurat de la despesa.

.....Arrossegament i nous objectius:

1990:

Millora de la redistribució del recursos econòmics del sistema sanitari en general

1991:

Necessitat de millora del finançament autonòmic de la sanitat

1992:

Introducció de la idea de contracte-programa també en els hospitals de l'ICS, amb compromisos complementaris a signar, juntament amb l'assignació econòmica.

1993:

Optimitzar els recursos. Aprofundir en les idees de descentralització de compra de serveis.

Homogeneitzar les relacions econòmiques entre els distints centres que integren la XHUP, tot i acompassant en aquest respecte, l'evolució dels sistemes de informació i la necessària oferta de serveis. En general, fer més transparent el procés d'assignació de recursos.

La capitació es comença a formular com a referent de finançament territorial a la provisió interna de serveis.

Reiteració de la necessitat de reforma del finançament autonòmic de la sanitat

1994:

Rendibilitzar al màxim les estructures sanitàries disponibles.

Consolidació de l'instrument 'contractes' per a la separació desitjada entre finançador i productor.

Nuclear, entorn de la regió sanitària, la provisió de serveis i responsabilitzar-les del seu funcionament.

Aprofundir els sistemes d'avaluació del Pla de Salut, de l'acompliment dels contractes i del grau de satisfacció de clients i ciutadans.

Definir i posar en marxa estratègies de participació dels professionals.

Atenció a drogodependències, consolidació del model d'atenció socio-sanitària i impuls a les alternatives a l'hospitalització convencional.

1995:

Iniciar el Pla de serveis sanitaris i socio-sanitaris.

Estendre el procés de reforma de l'atenció primària.

Noves actuacions en matèria de salut pública. Es considera actuació prioritària la constitució de l'Agència de Protecció de la Salut.

Concloure l'extensió de la Tarja sanitària individual.

1996:

Nou sistema de pagament per als hospitals que integren la XHUP.

Donar una embranzida a la reforma de l'atenció primària, de la que es reconeix no ha tingut el desenvolupament que estava previst inicialment.

Necessitat de reformar el finançament autonòmic de la sanitat a nivell estatal.

1997:

Pla de reordenació dels hospitals psiquiàtrics, juntament amb el Programa Vida als anys.

Compromís de finalització de la contractació directa de productes intermedis per part del SCS, amb l'objectiu de facilitar a l'entitat proveïdora la gestió i el control del procés complet d'assistència a l'usuari.

1998:

Corresponsabilitzar al conjunt dels proveïdors dels objectius de salut de la població de Catalunya.

4- El resultat:

(i) Un bon perfil poblacional de salut, històricament superior al global de l'estat espanyol d'acord amb el conjunt d'indicadors convencionals, no exempt d'amenaques en el futur: a) la transició demogràfica i la qualitat de vida (discapacitats funcionals), b) els entorns socials i l'aparició de noves patologies i c) les causes externes de mortalitat.

(ii) Un complex entramat de serveis sanitaris amb un nivell de prestacions i despesa força elevats:

Alguns elements més concrets del resultat anterior serien:

L'atenció primària.

Malgrat el consens relatiu sobre la importància de l'atenció primària com a eix integrador dels processos assistencials, sobre la base de les seves propietats de continuïtat, longitudinalitat, coordinació i accessibilitat, el cert és que la seva reforma no s'ha produït en la mesura que es deia es desitjava. Per exemple, a Barcelona-ciutat els centres reformats just cobreixen la meitat de la població (34 centres sobre els 66 previstos). Sobre aquesta qüestió caben de tota manera tres valoracions: a) El retard actual, dona encara avui oportunitats per a configurar alternatives a la reforma seguida fins el moment, sempre que s'alliberessin determinades restriccions al canvi per

part dels professionals. Conjugar, per això, alternatives distintes a l'assalarització, amb la voluntat decidida a impulsar la reforma (més atenció a la fixació de nous horaris per als metges no reformats i més control sobre la necessitat de impulsar les visites domiciliàries) afavoririen possiblement aquest canvi. b) El nivell d'activitat assistencial (en sentit estricte pel que fa a visites de malalts per metge i dia) de la xarxa reformada respecte de la no reformada mostra un diferencial de 26 front de 45 visites per metge i dia a Barcelona-Ciutat, respectivament. La xifra és enganyosa per la diferent naturalesa de la prestació en un cas i altre, i s'ha de contraposar a la més favorable en termes de prescripció farmacèutica que ofereix la xarxa reformada (10,6 receptes per habitant/any a la reformada versus 17,1 a la no reformada). Ja de manera més ampla, i amb totes les cauteles necessàries per a aquest tipus de comparació, cal recordar que Catalunya mostra una xifra de 3.8 consultes a metge de capçalera a l'any per habitant (dades de 1995) en contrast a 6.2 com a mitjana estatal (4.3 versus 6.3 per a pediatria), amb un nivell elevadíssim de urgències hospitalàries (460 front 306 per mil habitants/any) i una elevada freqüentació hospitalària (99 ingressos per mil habitants versus 75, xifra corresponent al conjunt de l'Estat). Tot això afegeix complexitat a l'hora de postular esquemes senzills de tancament, amb el model actual, la reforma de l'atenció primària desitjable.

Sembla en tot cas insuficient l'empenta de potenciació de l'atenció domiciliària, tot i que es percep com a cabdal per a la qualitat assistencial dels malalts. El major paper de la infermeria sembla en aquest extrem també rellevant.

L'atenció especialitzada.

Com és sabut el pes de la producció hospitalària que representa l'ICS dintre del conjunt del Servei Català de la Salut (SCS) es situa entorn d'un 30%¹. La concertació sanitària resulta així predominant.

En matèria de finançament hospitalari, des de la transferència dels serveis àdhuc l'any 1986 predomina un important incrementalisme pressupostari. Des de 1986 fins 1997, l'operativa de la

Unitat bàsica d'assistència, amb la conversió a estades hospitalàries de tota l'activitat típica d'un hospital (internament, consultes externes, urgències i determinats programes), i la consideració del concepte de 'marginalitat' (o activitat que supera a la contractada) ha tendit a fer variar parcialment la situació viscuda anteriorment per als hospitals concertats, que han augmentat en bona mesura els seus nivells d'activitat. L'ajustament (disminució de despesa relativa) ha resultat si més no de major calat -si bé desigual entre ells- per als hospitals de l'ICS, si be partien de nivells d'escreix pressupostari superiors, i s'ha fet per la via de l'amortització, quan això ha estat possible, de plantilles i tancament de llits (uns 180 els últims 4 anys).

En conjunt, és molt probable que el sistema de finançament basat en l'UBA tampoc hagi ajudat massa a la reconversió desitjada a partir de 1993, etapa en la que, com hem comentat, han existit força dificultats de finançament. En general, entre 1985-1997 i malgrat l'important descens de l'estada mitjana als hospitals (un 20% respecte de las xifres de l'any inicial), la freqüentació hospitalària per mil habitants no ha deixat d'augmentar, assolint l'any 1995 la xifra de 99 per mil habitants. L'augment d'activitat de internament en el conjunt del sistema sanitari de Catalunya ha sigut enorme: S'ha passat de 495 mil altes l'any 1989, a 598 mil l'any 1997. De manera no sorprenent -vista la dinàmica del sistema UBA-, els hospitals no ICS (els directament afectats pel finançament UBA) suposen la part més important d'aquest creixement. Alhora, els hospitals de l'ICS incrementen els nivells d'activitat, però a un ritme menor (els augments relatius es produeixen en consultes externes i cirurgia ambulatoria).

Durant els quatre últims anys, i malgrat les innovacions impulsades per l'atenció primària, la despesa hospitalària no es va reduir, sinó que augmentà, a la par que ho feia l'assistència primària: 28% per a la despesa en primària (inclosa farmàcia) i el 14% en hospitalària entre 1994 y 1998, d'acord sempre amb els seus pressupostos inicials (la qual cosa obliga a considerar la minusvaloració que suposen els dèficits hospitalaris encoberts).

1 - Hem utilitzat en aquest apartat, part de la informació continguda a les Memòries de l'ICS dels últims cinc exercicis pressupostaris, i de la Estadística de Establecimientos Sanitarios en Régimen de Internado (INE) dels 10 últims anys.

Si el creixement de l'activitat i la sobredotació de mitjans és el tret més important dels hospitals concertats, els elevats costos unitaris semblen ser la característica més destacada² al menys fins els últims anys, dels hospitals de l'ICS: plantilles de personal per llit (amb escassa flexibilitat entre serveis), un diferencial d'entre un 8% i un 17% en el número d'hores anuals de treball en termes d'equivalent laboral a temps complet i un salari mitjà superior al del resta de hospitals de la XHUP (entorn al 20%).

Tal com esmentarem, les mesures de gestió introduïdes a l' ICS durant els últims tres anys han neutralitzat parcialment l'evolució anterior marcada per una baixa productivitat³. La major activitat realitzada per part dels hospitals concertats, en un context de congelació de tarifes, ha generat dèficits i un creixent pes de les transferències no relacionades amb l'activitat directament concertada, que s' han tendit a configurar com a subvencions a l'explotació (arribant a assolir un 20% del total del finançament).

Des de la perspectiva del compliment dels objectius del **Pla de Reordenació Hospitalària (PRH)** de 1986, plantejat com a un instrument bàsic del desplegament del Mapa Sanitari de 1984, amb la finalitat de reordenar la Xarxa Hospitalària Pública creada l'any 1985, existeix prou evidència per a valorar avui els èxits i fracassos⁴. 1- No s'ha aconseguit l'objectiu de fer pivotar part de l'activitat hospitalària en hospitals de primer nivell (nivell A): s'enregistra, al contrari, una fugida cap endavant en el número de llits en els nivells C i B - als que s'associa una tarifa major- (i particularment en aquests últims). La infradotació de llits al nivell A se situa entorn al 21%; el seu coeficient d'utilització, també mostra cinc punts percentuals per sota del desideràtum (85%), i de manera similar pel que fa al seu índex de rotació. 2- El no assoliment d'una homogenització de

2 - Una anàlisi més acurada sobre el tema portaria a haver d'ajustar la comparació per nivells de complexitat i pels condicionaments externs imposats a l'ICS en la seva gestió (serveis de baixa i alta especialització a l'hora cara a mantenir una oferta mínima de serveis sobre la geografia, per exemple). López i Wagstaff (a G. López i D. Rodríguez: *La regulación de los Servicios Sanitarios en España*. Civitas, 1996) mostren que una simple comparació de costos unitaris per activitat entre centres propis i centres concertats de la XHUP ofereix un diferencial de cost més elevat, en una tercera part, per als centres públics. Una volta ajustam però per la complexitat de la demanda atesa i per l'especialització a l'oferta, el diferencial es redueix a un 18%.

3 Les altes hospitalàries han crescut entre 1993 i 1997 un 9.2%, tot i acompanyant la reducció del 12% en l'estada mitjana. El revifament de les consultes externes ha estat més espectacular: el 29% (tot i que l'índex de reiteració ha tendit a romandre constant o a baixar lleugerament), mentre el de intervencions quirúrgiques ho feia en un 23.8%, particularment les de cirurgia major ambulatoria.

4 - Comunicació presentada per Maite Puig a les *XV Jornadas de Economía de la Salud*, València 1995.

les dotacions de llits per mil habitants entre les diverses regions sanitàries. 3- El cost per llit ha augmentat de manera important degut a un augment de les dotacions de personal per llit, en lloc d'haver reduït l'excés de personal com era inicialment l'objectiu del PRH. 4- L'activitat hospitalària ha augmentat, tal com veiem anteriorment, per sobre d'allò esperat, d'una forma inversa a la establerta en el PRH (ha crescut l'activitat sobre tot en els nivells C i B).

5.- Els condicionants i les limitacions.

A les línies que segueixen analitzarem alguns factors que condicionen, o s'argumenta que poden limitar, l'assoliment dels objectius de la sanitat catalana. Ens referirem en concret a (i) les dificultats de fer avançar la reforma de l'ICS, donat el seu quadre organitzatiu i estatut jurídic del seu personal, i (ii) el finançament que reb la sanitat catalana que fa que visqui en una insuficiència financera, pel que sembla recurrent, de falta de mitjans.

5.1- Les externes: La reforma de l'ICS i de l'estatut marc dels seus professionals

La importància de l'ICS en el sistema sanitari de Catalunya la dona, entre d'altres raons, el que el 88% de la primària continua sota el seu comandament i que manté a l'atenció especialitzada el pes és del 27% del llits públics totals de Catalunya. En resum, 205 Equips d'atenció primària, i 112 centres no reformats, d'entre un total de més de cinc-centes unitats productives configuren la Divisió de Primària, organitzats en 4 subdivisions i 36 direccions d'Atenció primària. 8 hospitals, 4280 llits (un 65% dels quals son d'alta tecnologia), 123 quiròfans i 481 sales de consulta externa. D'aquí que hom pugui prevèure que el futur de la gestió sanitària a Catalunya passi pels avenços que es puguin enregistrar a la gestió de l'ICS.

Com hem comentat abans, el maig de 1993 s'aprovà el decret de reorganització de l'ICS sobre la base de les dues divisions assistencials: la primària i l'especialitzada. Des de llavors, l'ICS ha avançat en petites reformes, d'entre les que destaca (i) la comptable-financera dels hospitals (i en vies de desenvolupament també a l'atenció primària), per a tal de disposar de balanços i comptes d'exploració com a requisits bàsics dels canvis jurídic plantejats (amb estats comptables

auditable des de 1997); (ii) la normalització dels processos de facturació com a un proveïdor més del SCS; (iii) la redacció d'un model de comptabilitat analítica als hospitals de l'ICS i un manual de imputació de costos de l'Atenció Primària, reforçant els sistemes de informació sobre l'activitat; (iv) mesures de gestió, com l'esforç d'integració de l'activitat especialitzada d'atenció primària als hospitals (o de coordinació assistencial a través de una Unitat per al flux de malalts entre la regió sanitària de Barcelona, els Hospitals de la Vall d'Hebron i els altres proveïdors de la zona); la potenciació de la coordinació funcional entre els serveis del Programa d'Atenció Domiciliària d'Especial Suport i la unitat funcional interdisciplinària i sociosanitària; la gestió conjunta dels laboratoris dels hospitals i de la xarxa d'atenció primària (com en el cas de Tortosa o Girona); o la gestió de compres conjuntes, per exemple, a través de la Oficina de Serveis a la Divisió d'atenció primària, (v) mesures de desenvolupament corporatiu, amb la creació d'empreses públiques sotmeses a dret privat (en el camp del diagnòstic per la imatge, oncològic o de transfusions i banc de teixits) i el millor encaix institucional de les activitats de recerca (tres hospitals de l'ICS es situen entre els sis primers de l'Estat a la vista de les publicacions científiques mesurades pel seu factor de impacte).

Més enllà dels aspectes organitzatius, cal valorar els canvis en la gestió dels recursos humans. La major flexibilitat de l'estructura professional l'ha intentat assolir la cúpula de l'ICS a partir de diferents acords parcials (recollits en un decret de desembre de 1996). Aquest camí es preten recórrer a partir de flexibilitzar el grau de vinculació del personal (tipus de jornada de 20, 37.5 o 40 hores), horaris flexibles, i la distribució d'aquests per pacte en el propi hospital), i variants en el model retributiu (a través de reordenar el complement per especial dedicació, ubicat en la categoria retributiva de complement específic, cap a reconvertir-lo en un complement de productivitat).

El grau en que la reforma de la sanitat de producció pública queda supeditada a la transformació de l'estatut del personal és un tema que no per recurrent pot considerar-se tancat. Efectivament, com és sabut el personal facultatiu, no facultatiu i no sanitari es regeix per normes pròpies des

dels anys seixanta⁵. No existeix avui ja tanta discussió sobre la necessitat d'una normativa pròpia com sobre el contingut que aquesta hauria de tenir. Com és sabut, la normativa estatutària és avui molt restrictiva pel que fa a l'entrada i sortida dels seus treballadors. Existeixen nombrosos controls, tràmits i garanties contra la modificació de l'estabilitat estatutària, cosa que la fa quasi impossible a la pràctica sense un rigorós expedient disciplinari. Cal valorar, si més no, que l'estabilitat no té valor en si mateix, sinó en la mesura que tradueix elements que es relacionen als aspectes de inversió, professionalitat, compromís del treballador amb l'organització, valors culturals, etc., la qual cosa no es garanteix tampoc amb l'actual normativa. Altrament, no pot confondre's l'estabilitat amb la rigidesa, i aquesta no és tampoc un element que garanteixi la professionalitat i la imparcialitat.

En concret, pel que fa a la flexibilitat interna -és a dir, pel que fa a la gestió de recursos humans-, en el marc laboral domina allò acordat a la negociació col·lectiva, la qual cosa suposa un marc menys rígid que el que preveu la norma estatutària estatal. Efectivament, existeixen a aquesta importants límits a la negociació col·lectiva donat el seu caràcter més centralitzat, les limitacions pressupostàries, la major homogeneïtzació de les condicions de treball o el pes donat al principi de igualtat.

Val a dir, si més no, que en el marc estatutari la voluntat unilateral de l'empleador /institució sanitària pot incidir en major mesura en les condicions de treball o en la seva modificació, exigint-se tan sols l'existència de 'necessitat assistencial' i la no concurrència d'abús de dret: En aquests àmbits, la flexibilitat de la normativa estatutària és molt més gran que la laboral⁶. No, però, en matèries relatives a la regulació de jornada o en política salarial. A l'àmbit estatutari resulta aplicable la teoria dels drets adquirits en matèria retributiva i de tasques exigibles al personal, mentre que a l'àmbit laboral regeix el principi de condició més beneficiosa.

5 - Decret de 23 de desembre de 1966 i Ordres de 26 d'abril de 1973 i 5 de juliol de 1971

6 - En general resulta clar que la normativa laboral és més flexible, excepte en termes de temps de treball i mobilitat (jornada, horari, vacances, funcions o lloc de treball del personal estatutari), en aquest cas a través de la via indirecta que permet la discrecionalitat administrativa, limitada tan sols per l'arbitrarietat i l'abús de dret.

De manera similar pel que fa a la mobilitat funcional del personal: aquesta resulta més complexa en el camp laboral, donats els tràmits formals que es requereixen⁷. Per a la mobilitat geogràfica, necessitats imperatives d'organització sanitària poden de nou permetre el trasllat dels treballadors dintre de l'àrea sanitària corresponent, sempre que no existeixi abús de dret.

Finalment, seguint a Del Rey y Gala (1997)⁸, podríem concloure que el debat sobre si el personal estatutari s'ha de regir per la normativa laboral o funcionarial, i com això condiciona la gestió dels recursos humans en els hospitals propis de la Seguretat Social, s'ha de tendir a superar per l'estudi de la necessitat o no d'una regulació pròpia i específica. Aquesta regulació, administrativa o laboral, hauria de dependre més que de les característiques en si de la prestació de treball en el sector sanitari, de les característiques de l'empleador, segons es sotmeti a dret públic o a dret privat en les seves actuacions⁹.

5.2- Les externes: El finançament autonòmic de la sanitat

Com es sabut, Catalunya rep un finançament públic sanitari que correspon tendencialment a la seva població; és a dir, que assimila les seues necessitats de recursos per càpita als de la resta de l'Estat. Les necessitats (aspiracions, demandes socials) de serveis sanitaris estan influïdes però pel nivell de renda d'una societat entre d'altres factors (també l'envelliment i les seves capacitats de formació i recerca). Donat que el nivell de renda de Catalunya, i la utilització de serveis sanitaris, és superior a la resta de l'Estat, existeix una diferència més important que en altres Comunitats Autònomes espanyoles entre la despesa sanitària i el finançament públic avui disponible.¹⁰

7 - Dit això, per al personal estatutari només el concurs de trasllat pot permetre l'accés a funcions distintes o superiors (no podent reclamar-se simplement la retribució efectiva d'aquesta categoria).

8 - Del Rey Salvador y Carolina Gala: ' Normativa laboral y normativa estatutària en el ámbito del personal sanitario: Nuevas perspectivas para una antigua polémica'. Ponència a l'Ambit de Sanitat, presentada al Congrés d'Economistes de Catalunya, Barcelona, 1997.

9 - En qualsevol cas, els autors esmentats assenyalen que el que s'hauria de traslladar cap a la normativa estatutària son els assoliments del règim laboral en matèria de mitjans extrajudicials a la solució de conflictes, per a potenciar un procés més àgil en el marc dels actuals contenciosos administratius, des d'un punt de vista procedimental més rígid i lent.

10 - Així se'n questiona la seva sostenibilitat quan els proveïdors cobren amb retards considerables, existeixen impagaments de quotes patronals sota moratòria pública, el desenvolupament de la primària està estancat, la despesa farmacèutica mostra xifres proporcionalment elevades, etc.

En aquest respecte, la distribució de recursos estatals provinent de l'actual sistema de descentralització sanitària, a partir del nou acord signat el novembre de 1997 sobre finançament autonòmic de la sanitat, difícilment redreça la situació. Tampoc és previsible que l'acord es mostri prou robust a les disputes polítiques entre les CC.AA participants dels fondos distribuïts a la fi que se li pugui donar estabilitat.

Cal recordar que bona part de les dificultats en el finançament de la sanitat catalana provenen, per una banda, de la manera amb la que l'Estat i la Generalitat valoraren en el seu dia els traspassos i de la naturalesa dels mecanismes de finançament, que podríem qualificar de asistemàtica i en tot cas asimètrica entre Comunitats Autònomes. Després d'una etapa inicial marcada per un finançament dispar de les competències transferides, a l'any 1994 el Consell de Política Fiscal i Financera va aprovar, ara ja sí un model, per al període 1994-97 que tampoc ha solucionat el finançament de la sanitat catalana. Consistí (i) en un important aflorament de base de despesa, fins el moment insuficientment pressupostada -fins a un 13.7% en termes relatius, (ii) un compromís de vinculació posterior del creixement de la despesa sanitària públicament finançada, al creixement del Producte interior brut en termes nominals, i (iii) una aproximació al criteri de població beneficiària per al conjunt de les CC.AA., d'acord amb el Cens de 1991, tot i tenint en compte el pes del mutualisme administratiu. Els retalls que es produïren de nou sobre la base pressupostada -els anomenats 'escenaris de consolidació (retalls) que reduïren el previ exercici de realisme pressupostari-, la incapacitat de reconduir als creixements del PIB nominal l'evolució de la despesa sanitària (com a la majoria de països del nostre entorn), i la dificultat política d'allunyar-se definitivament dels criteris de suficiència territorial i cost efectiu cap a un referent capitiu uniforme, varen impedir la consolidació de l'acord de 1994; almenys pel que fa a la solució dels dèficits de la sanitat catalana.

El novembre de 1997 es produeix un nou acord per a la reforma del sistema de finançament autonòmic de la sanitat, s'ha partit del pressupost de l'any 1997: entorn de 3.521,7 mil milions (mM). Sobre aquesta base s'ha aplicat la previsió de creixement del PIB per a l'any 1998, i a partir d'aquí s'hi han afegit alguns complements de finançament: crèdit per a la millora del

sistema (+25.000 m); increment de garantia de cobertura sanitària (+10.000 m); i 'estalvis derivats de la millor gestió de la incapacitat transitòria' (+40.000 m)

Del resultat de sumar a la base les partides anteriors es deriva 'Fons General' dotat amb un import de 3.769,4 mM. A la xifra anterior s'hi afegeix el còmput dels anomenats Fondos addicionals. La raó de la separació rau aquí en sostreure aquests del repartiment sota una pauta general, per fer servir un criteri majorment 'ad hoc', d'acord, suposadament, amb el propòsit al que serveix cada fons en particular. Entre aquests: (i) fons de 'modulació per a evitar pèrdues per canvis censals' ($\geq 0.25\%$) 'del que correspondria de la participació capitativa en el fons general' (+20.444,4 M)¹¹; (ii) fons 'd'aportació en concepte de docència i desplaçats en assistència hospitalària' (+52.918,4 M)¹²; (iii) 'fons derivat de la racionalització farmacèutica' (+65.000 M).

En resum, l'acord s'ha basat sobre la distribució de diferents Fondos -el General (el 98.5% del total), el Compensatori (20.044 milions) i el de Desplaçats (47.900)-, tot plegat, amb un increment total, sobre el pressupost de 1997, de 315.000 M. En conclusió, la valoració que ens mereix l'acord passa per les següents constatacions:

1- La negativa de la Comunitat Autònoma Andalusia a acceptar qualsevol altre criteri que no fos el poblacional sense correcció demogràfica ha encarat l'acord. Efectivament, Andalusia millora la seva posició relativa respecte de l'acord de finançament anterior gràcies al creixement

11 Aquest finançament es deu a que la utilització del Cens poblacional del '96 implicà per algunes CC.AA. pèrdues respecte del Cens '91, que es volen 'allisar'. Però en lloc de fer l'ajust de manera transitòria, reconduint el finançament, la compensació es consolida. Això s'explica potser pel fet que es té, podríem dir, consciència de que no ajustant la població per l'estructura demogràfica es generen guanys i pèrdues injustificables. Amb la falta d'ajust demogràfic hi perden: Galícia, les dues Castelles, Astúries, Aragó, Cantàbria, Extremadura i Catalunya. No fer l'ajust demogràfic beneficia a Andalusia, Madrid, Canàries i Múrcia. La no compensació de les CC.AA. de territori Insalud no és problema (de fet aquests recursos es consoliden internament, ja que no hi ha una transferència explícita homologable a la d'altres CC.AA. amb transferència). De fet, el que no es dona a aquelles CC.AA. es necessita per a finançar l'escreix de Madrid (que no sobreviuria amb una capitació pura).

12 -D'aquesta xifra, entorn de 5 mil milions es queden fora de distribució autonòmica ja que s'atorguen directament al conjunt INSALUD). Seguim aquí amb les compensacions: les grans beneficiàries d'aquest fons relativament son Catalunya i Madrid. Això no resulta sorprenent a la vista de l'objectiu del fons, si bé sí sorprèn la seva elevada quantia, que, de nou, suposadament compensa per altres ajustos inexistents (om pot ser també el diferencial de recerca, renda i costos -una pesseta no compra el mateix

experimentat en el seu últim Cens de població (1996), que es projecta ara, a més, sobre una quantia de repartiment més elevada. Canàries es situaria en una posició similar. A ambdues CC.AA, d'entre les que gestionen la transferència, l'ajust demogràfic (no diguem ja el del diferencial del cost de vida) les haguera perjudicat.

2- L' anterior estratègia ha obligat a compensar a CC.AA. que perdien recursos amb l'aplicació dels nous criteris respecte dels anteriors, una volta referit al Cens de 1996. Aquest és el cas de Catalunya, que pel fet d'haver perdut població i davant la falta de factibilitat política d'establir una compensació demogràfica explícita en raó, entre d'altres, del major envelliment (no massa realment, si més no, en termes relatius). De fet, d'acord amb alguns càlculs efectuats, la diferència resultant entre allò que li correspondria per població pura (15.75%) i la xifra de participació efectivament resultant de l'acord (16.27%) es correspon, exactament, amb l'augment que li hagués correspost en cas d'haver-se introduït en el finançament autonòmic els ajustos anteriorment esmentats (3.5%).

Sota aquesta perspectiva, el model no pot considerar-se tècnicament 'ben resolt' : a) un simple escrutini de les fonts de compensació establertes per a algunes CC.AA. per sobre del criteri capitatiu simple permetria qüestionar les xifres amb les que s'ha justificat l'ajust (fondos de compensació i desplaçats), per la qual cosa, l'acord no pot considerar-se políticament 'robust'.

3- Finalment, la generalització de les transferències, i l'anomenat 'tancament de model' es complica encara més, ja que no sembla solucionar-se el possible traspàs de competències a la Comunitat Autònoma de Madrid en un proper futur. El INSALUD continua necessitant el que dona 'de més' a Madrid a través del que ha de donar de menys a altres CC.AA. que gestiona directament.

El Quadre adjunt recull, per a unes poques CC.AA. seleccionades: (1) les poblacions censals per a 1996, (2) els nous percentatges de participació (3) els augment enregistrats respecte de l'acord anterior:

sobre la geografia espanyola). En aquest sentit creiem que no existeix un càlcul mínimament fundat sobre les quanties en que es distribueix aquest fons.

PERCENTATJES DE POBLACIO I DE PARTICIPACIO

	(1)	(2)	(3)		(1)	(2)	(3)
Andalusia:	18.07	18.07	+10.3%	Catalunya	15.75	16.27	+9.2%
Galícia:	6.91	6.93	+7.0%	València:	10.23	10.13	+9.0%
Canàries:	4.07	4.02	+12.4%				

Pel que fa a les fonts addicionals, i en resum, dels 315 mil milions, 200 procedeixen de dotacions pressupostàries addicionals, 75 mil dels excedents en impostos i 40 mil de la lluita contra el frau a la incapacitat transitòria. S'estima a més una reducció de la despesa farmacèutica de 65 mil milions.

Al nostre entendre, com a resultat dels dos plats de la balança (despesa addicional i nou finançament), la prospectiva més probable és que tota la despesa se consolidi (una volta implementada retrotreure serà pràcticament impossible) amb probabilitat amjor als ingressos addicionals.

En aquest extrem, la financiació addicional que s'ha instrumentat sembla molt arriscada. No és menor la incertesa que provoquen els possibles estalvis derivats de l'exclusió de determinats medicaments, a la vista del que es produí en el passat respecte de mesures similars, i l'experiència efectiva en el creixement de la despesa farmacèutica des de l'anunci de la mesura (entorn del 11%) fins a l'entrada en vigor del nou decret de financiació selectiva de medicaments el proppassat agost de 1998.

Val a dir, per a concloure aquesta secció, que resulta extremadament difícil conèixer el nivell de insuficiència financera de la sanitat catalana. D'acord però amb algunes estimacions aquest es podria situar en un dèficit de al voltant de vint mil milions de pessetes anuals. Una valoració tentativa s'inclou en el quadre següent. Fins l'exercici de 1995, es tracta de xifres auditades per la Sindicatura de Comptes. Quedarien excloses tan sols les partides no comptabilitzades i que s'arrosseguesin d'anys anteriors. La periodificació d'aquestes quanties (imputació a l'exercici al que corresponen) no resulta senzilla. A més, pot estar creixent i per a situar-se l'any 1997 entorn

dels cent mil milions. En conseqüència, amb els mecanismes actuals, la despesa anual que resta d'entrada sense finançament explícit podria situar-se en els 60 mil milions.

ALGUNES DADES: EVOLUCIÓ DE LA DESPESA SANITÀRIA A CATALUNYA (Milions de pessetes) 1992-1997

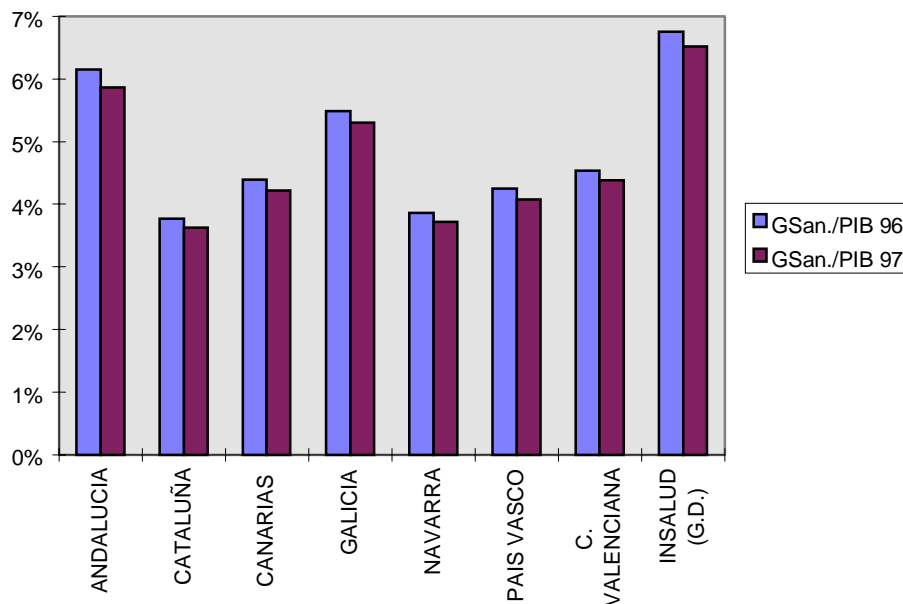
	1992	1993	1994	1995	1996	1997
CONSOLIDAT SCS-ICS						
Personal	51.492	56.721	57.135	59.657	65.474	65.981
Concerts	64.110	89.612	07.315	20.292	39.793	45.459
Farmacíes (inclou pròtesis i altres)	6.834	10.202	12.447	24.905	41.692	55.085
Restes	0.319	6.750	4.961	4.966	7.378	3.812
TOTAL CORRENTS	62.755	103.285	31.858	59.820	14.337	30.337
TOTAL CAPITAL I FINANCERS	2.321	7.449	0.892	4.657	6.109	3.893
TOTAL DESPESES consolidades	85.076	20.734	42.750	74.477	30.446	44.230
SCS-ICS						
TOTAL DESPESES SANITAT (*)	94.065	30.044	52.241	82.738	38.325	51.626

*)inclou les aportacions del Departament.

Font: Dades facilitades per la Secretaria de Salut i Benestar del Partit dels Socialistes de Catalunya.

En qualsevol cas, volem destacar que d'aplicar el ratio mig espanyol entre despesa sanitària pública/PIB a la renda de Catalunya - vegeu gràfic a sota - (és a dir, assumint una elasticitat renda unitària: a la pràctica fins i tot pot ser-ne superior), Catalunya hauria de gastar cada any uns 70 mil milions de pessetes més en la seva sanitat. De manera similar, altres estimacions mostren com si Catalunya tingués els majors costos de producció que te la Comunitat Autònoma de Madrid, per a l'activitat que actualment es realitza a Catalunya (dades totes elles referides a l'any 1994), la despesa finançada hauria d'incrementar-se, respecte de la despesa mitja de referència en 128 mil milions de ptes.

Despesa Sanitària pública com a % del PIB (1996-97)



6-L'agenda d'actuació o les condicionants internes o mitigables a través de la política sanitària.

Vodriem acabar aquest text amb una valoració de la política sanitària que més pot incidir, al nostre entendre sobre els condicionants interns que devenen així mitigables gràcies a la pròpia actuació pública.

En matèria de salut pública, uns excel·lents indicadors sanitaris (que no poden ser apropiats exclusivament pels proveïdors de serveis sanitaris, ja que no depenen exclusivament de la seua

actuació) no han d'amagar **algunes mancances** especialment en prevenció primària. Les principals causes d'anys de vida perduts a l'àrea d'influència de Barcelona són (i) la SIDA - respecte de la que es tardà a actuar al nivell del que s'ha fet darrerament, tot i ser prevista la major incidència que previsiblement tindria la SIDA al nostre país, (ii) les causes externes - tot i que la llei de seguretat vial ha suposat en els darrers anys una inflexió general de les morts en carretera; i (iii) els càncers (de pulmó per als homes i de mama per a les dones) -manifestament evitables si és lluités més contra el tabaquisme i es focalitzés la prevenció secundària del càncer de mama en la població diana.

En conjunt, la incidència d'aquestes malalties podria baixar doncs amb unes polítiques de prevenció més decidides. Aquest és el cas, particularment, del tabaquisme: no s'actua amb prou energia, tot i que continua essent responsable del 14% de les morts que cada any es produeixen a Catalunya.

A l'àmbit de l'atenció primària, malgrat la satisfacció de la població amb la reforma de l'assistència primària i del seu bon direccionament en matèria de contenció de la despesa sanitària, continua faltant impuls per a la seva extensió, particularment a la ciutat de Barcelona.

Altrament, s'ha generat una experimentació generalitzada de formes organitzatives, en les que predominen en el sector no ICS els models d'integració entre nivells assistencials controlats majorment pels hospitals. El fet que aquests models no actuïn realment com a consorcis, (i es deixen liderar exclusivament pels hospitals), pot endarrerir la necessària reassignació de recursos entre nivells assistencials - primària, especialitzada, socio- sanitària i mental-, que els canvis demogràfics, tecnològics i en morbiditat reclamen.

D'altra banda, la reforma de la LOAC de 1995 permet que el SCS contracti l'atenció primària amb entitats de base associativa amb finalitat de lucre. Això pot generar problemes de interferència de les consideracions clíniques amb les crematístiques, que encara avui són d'efecte difícilment predibles. El consens polític entre PSC i CIU per a reformar la LOAC en aquesta direcció hauria d'haver garantit més experimentació i avaluació, més enllà de l'agosarada aposta realitzada, respecte de les conseqüències.

En el camp de l'assistència especialitzada, a part del ja comentat, val a dir que s'ha produït una expansió general d'oferta de serveis poc controlada, fruit d'una fugida cap endavant de determinats proveïdors sanitaris. Per a reconduir la situació, l'autoritat sanitària no ha assolit, fins el moment, un nivell de efectivitat suficient en la seva potestat d'autorització de noves instal·lacions i tecnologies sanitàries. L'elevat número de litotriptors i RMN en són una prova, de la mateixa manera que ho és la sobre-expansió de l'oferta del centres comarcals.

En el camp de la prescripció farmacèutica, cal valorar com diversos estudis (pe. el de la empresa *Monitor* de M. Porter) han destacat que el sector sanitari, i el sector farmacèutic en particular, és un dels 'clusters' competitius de Catalunya. El 50% de la producció farmacèutica espanyola es localitza a la nostra comunitat. Les contradiccions entre les consideracions industrials i les sanitàries a l'hora d'establir una política sobre fàrmacs, junt amb el fet de que la despesa farmacèutica no ha estat objecte de veritables contractes amb els proveïdors, han provocat que persistís la irracionalitat de part de la despesa farmacèutica així com el seu creixement desbocat. Val la pena centrar en aquest punt la discussió: en la cistella de consum de medicaments que per les indicacions inadequades o el seu escàs valor terapèutic són un problema de salut i no una solució. L'elevat consum d'antibiòtics i d'hipoglucèmics poden servir com a exemple.

En general, en matèria de política sanitària, val la pena recordar, en aquestes darrers línies, que encara avui resulta més propi parlar de política sanitària a Catalunya que de política sanitària de Catalunya. Això es deu a que les regles de joc que defineixen el sistema sanitari són comunes per a tot l'Estat, i el grau d'autogovern (entès com a capacitat organitzativa de l'administració catalana) no s'ha manifestat en una funció pública substancialment diferent a la de les altres Comunitats Autònomes. Les peculiaritats de l'oferta ja existent de serveis sanitaris a Catalunya i l'impuls a la territorialització (comarcalització) semblen causes més properes a les realitats que

observem en el nostre sistema sanitari, que no la creació d'un veritable nou model de gestió dels serveis sanitaris en el llindar del segle XXI.