

Propostes per a la regeneració del caràcter públic de la sanitat catalana

Què vol aquest document i perquè

L'objectiu d'aquest text és presentar propostes polítiques i organitzatives per regenerar avui i preservar cara al futur el caràcter públic de la sanitat a Catalunya.

Han passats 26 anys de la Llei General de Sanitat i de la incorporació a la Unió Europea, i 22 anys de la Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya (LOSC) i el context de l'actual crisi econòmica i financera, acompanyat de polítiques recents aplicades pels governs de Catalunya i Espanya, representen una efectiva amenaça pel nostre sistema sanitari. És tan necessari defensar-lo com fer una revisió de l'estructura del nostre sistema sanitari de finançament públic basat en impostos progressius. És necessari aclarir, regenerar i consolidar el seu caràcter públic i corregir les deficiències i desequilibris existents. Regeneració que es fonamenta en:

a) Els valors que han de donar caràcter al sistema: democràcia efectiva, universalitat, equitat social i territorial, sostenibilitat, ètica pública. Valors d'exercici mesurable per la seva capacitat per a generar salut, progrés sostenible, cohesió social i confiança de ciutadania i professionals.

b) L'equilibri entre, d'una banda, les responsabilitats constitucionals de les administracions en protecció de la salut i atenció a la malaltia, que inclou assistència a tots els individus i salut pública, i les responsabilitats dels professionals i, de l'altra, l'acceptació realista, tant dels condicionants econòmic financers internacionals, com de la selecció de les pràctiques cost-efectives des del punt de vista de l'evidència científica i dels resultats en salut i qualitat de vida. És necessari dotar al sistema d'eines de deliberació ètica.

Àmbits de les reformes que proposem

El nostre sistema sanitari ha de tenir sempre una actitud proactiva afrontant les millores convenients i possibles. Ara calen efectives reformes estructurals per superar problemes crònics que s'han anat agreujant. De l'ampli camp d'accions possibles en aquest escrit només ens referirem a tres àmbits de reformes sistèmiques:

1.- L'ordenació, govern i jerarquització de responsabilitats sanitàries institucionals inter i intra territoris:

- Postulem un Servei Nacional de Salut de Catalunya que, en lloc de ser merament un ens comprador-regatejador, com ho és ara el Servei Català de la Salut, disposi d'uns ens actius i responsables en assegurar

els principis de *universalització, equitat i superació de desequilibris territorials, socials¹* i de gènere.

- Volem un model sanitari català comprensible per la ciutadania, no basat en regles mercantils sinó en la concreció de responsabilitats i compromisos a curt i a llarg termini sota els principis de *simplificació, racionalització, descentralització i estabilitat pressupostària*. Per això, cal evitar que s'hagin de convocar concursos per a l'adjudicació de serveis d'atenció primària i comunitària com els que ara es convoquen, on sempre pot guanyar no qui ha demostrat fer-ho bé sinó el més espavilat a preparar papers. Respecte a hospitals de la XHUP, cal evitar concursos i riscos d'haver de cercar inversors privats per manca d'inversions, manteniment o qualitat en hospitals concertats de continuïtat indispensable.

2.- Les relacions entre entitats i centres a nivell nacional i en cada territori:

- Ens és indispensable una atenció primària i comunitària que, amb major autonomia de gestió dels seus equips, lideri amb força i cohesió la *concepció integral i integrada* i la *sectorització* territorial, indispensables també per a l'*eficàcia, l'eficiència* i la *participació comunitària* en el sistema. Cal capgirar l'actual hospitalocentrisme
- Cal superar les pugnes entre el "món ICS", el "món EPIC" (empreses i consorcis públics) que, massa sovint, no són de competència per a una millor qualitat o eficiència. Cal suprimir aquesta dualitat que resulta negativa per a professionals i ciutadans. D'altra banda, la funció d'integració de la provisió, assignada per la LOSC de 1990 al Servei Català de la Salut, ha quedat totalment desdibuixada.

3.- Els models pel control públic de la gestió econòmica i de l'execució de les polítiques de salut, a nivell dels seus resultats i de la ètica aplicada en la pràctica concreta:

- No és acceptable no aprofitar les oportunitats que avui ofereixen els sistemes i tecnologies de la informació i la legislació de la UE per dotar a la sanitat catalana de finançament públic d'una efectiva transparència i d'un únic sistema eficient de control i avaluació de costos i riscos vinculat a l'obtenció de resultats de salut, qualitat i productivitat dels serveis i econòmics, d'acord amb els contractes programa del sistema públic, que han de ser el model bàsic de contractació.
- Cal frenar la degradació de la ètica pública

¹ Principis escrits en cursiva extrets dels articles 3,5 i 7 de la LGS, 2 de la LOSC i 135 de la Constitució espanyola

Reformes que proposem

Mitjançant un procés successiu de: pacte polític i social, concreció legislativa del pacte, programa temporalitzat per a cada reforma i execució controlada dels corresponents programes, creiem que cal portar a terme, en els 3 àmbits assenyalats, els següents 5 blocs de propostes de reforma²:

- 1 **L'ICS, les seves empreses filials i les entitats del grup denominat “empreses públiques i consorcis”** (aquets darrers ja públics i dependents d'alguna entitat de la Generalitat), si no ho han fet ja, **passaran a reconèixer explícitament en els seus estatuts el seu caràcter de mitjà propi de la Generalitat** de conformitat amb la directiva de la UE i amb la LCSP³. Progressivament la totalitat de les entitats amb hospitals generals de la XHUP i/o amb equips d'atenció primària haurien de passar a ser entitats que siguin *mitjà propi* de la Generalitat i opcionalment la resta d'entitats amb centres d'internament sociosanitari o de salut mental. En el Consell de govern de les entitats que siguin o passin a ser *mitjà propi* d'una entitat de la Generalitat més del 50% dels seus membres han de ser nomenats per la Generalitat i la resta pels Ajuntaments o Consells comarcals i entitats de la societat del territori.
- 2 L'actual Servei Català de la Salut (SCS), l'Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPC) i les entitats provisories de serveis que siguin mitjà propi de la Generalitat passaran a **constituir-se com Servei Nacional de Salut de Catalunya (SNSC)**, amb les corresponents i respectives funcions, ben distribuïdes i acotades, de planificació, finançament, avaluació i prestació dels serveis de salut a Catalunya i depenent políticament del Departament de Salut del Govern de la Generalitat qui que fixarà els objectius del SNSC i tindrà adscrita l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitària de Catalunya (AQuAS) que també retrà comptes al Parlament. Un SNSC que es concep com a estructura d'estat o de nació amb competències exclusives en sanitat tal com ho entén la Unió Europea en relació als seus estats membres. Això vol dir que s'establirà una clara diferència entre entitats, centres i serveis que formen part del SNSC i els centres i serveis d'entitats que, per no ser mitjà propi de la Generalitat o d'altres administracions públiques, treballen pel SNSC. Diferenciació acompanyada de mesures i controls per garantir que no hi

² Aquest escrit acaba amb una nota dels signants de les propostes i té dos annexos; en el segon annex s'expliquen, precisen o matisen aquestes propostes de reforma. Sense considerar tot aquest conjunt podrien desvirtuar-se, i potser fins i tot pervertir-se, els objectius de l'abast de les reformes que, en aquest apartat, resumim

³ Respectivament: Directiva 2004/18/CE de la Unió Europea i article 24.6 del Reial Decret Legislatiu 3/2011, pel qual s'aprova el text refós de la Llei de Contractes del Sector Públic

haurà cap manca d'equitat per a la ciutadania derivada de la diferent naturalesa jurídica del centres provisors de serveis i del seu diferent vincle compromès amb el SNSC. El Parlament de Catalunya hauria d'establir mitjançant llei **un doble compromís de blindar tant la universalitat**, considerant que tota persona empadronada té dret a la protecció a la salut, **com el criteris bàsics del model d'estructura del SNSC** aquí definits. **Considerant que ambdós són estructura d'estat** i que com a tals, sigui quin sigui el model de vincle de la nació catalana amb Espanya i Europa, només són alterables per majoria qualificada del Parlament de Catalunya.

3 Modificació dels sistemes de control institucional i ciutadà per l'ajust de desequilibris territorials, socials o econòmics i per l'avaluació de resultats i riscos. Concretament:

3.1 Codi ètic i de sostenibilitat aplicat a totes les entitats del SNSC així com a la totalitat d'entitats amb centres de primària e internament que treballin pel SNSC. Aplicat als respectius òrgans de govern, als professionals propis i a les empreses o professionals que contractin. **Codi amb model de transparència absoluta** i d'abordatge dels possibles conflictes d'interessos privats individuals o col·lectius, de directius, de professionals o d'usuaris, tant en i entre entitats sanitàries públiques com respecte a les privades. Codi amb criteris i pautes d'actuació identificables objectivament, gens genèriques, avaluades amb independència, monitoritzables i sancionables.

3.2 El Pla de Salut de Catalunya, el Pla de serveis, els contractes-programa actualitzats i compromesos a l'inici de l'exercici econòmic i els sistemes d'informació integrats constitueixen eines per a la governança i transparència del Servei Nacional de Salut de Catalunya que hauran de gestionar o supervisar explícitament els governs dels Serveis Territorials de Salut (STS).

3.3 Sistema d'informació integrat de la sanitat amb finançament públic (SIISP), obligatori per a totes les entitats amb hospitals i EAP i per a aquelles altres concertades, amb interoperabilitat de les seves dades i accés a documents, amb informació de l'activitat, llistes/temps d'espera, pressupost i execució del mateix amb comptabilitat general i de costos. Inclou Història Clínica Compartida a Catalunya i Recepta Electrònica (prescripció i també dispensació) preservant-ne la possibilitat d'identificació de les persones i regles precises en accessos a dades personals. El SIISP ha d'aportar eines per a la gestió clínica, generant informació clínica i econòmica *on line* i models de comparació estandarditzats per al conjunt dels professionals del sistema públic. La

interoperabilitat dels sistemes d'informació a nivell clínic i professional ha de ser la base de les intervencions integrades sobre els processos dels pacients

3.4 En l'àmbit del SNSC supressió de qualsevol tipus d'intervenció o control previ, explícit o implícit, amb capacitat de bloqueig de decisions que són competència dels Consells de govern, gerències o direccions generals, llevat de decisions amb compromisos no laborals de quantia o temporalitat superior a uns límits que s'explicitaran.

3.5 Establir en l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitària (AQuAS) una sistemàtica d'anàlisi de la informació disponible prou exhaustiva per detectar desequilibris presents i riscos de futur per l'equitat, l'estabilitat i la sostenibilitat de qualsevol entitat o incompliments del codi d'ètica i sostenibilitat. Farà públics totes les seves anàlisis i informes. Farà les propostes de ponderació dels paràmetres a emprar per l'assignació d'un pressupost de base capítativa per el finançament dels serveis assistencials i de salut pública per la població de cada sector (territori) de salut. En la selecció de les persones per a l'òrgan de govern, els directius i els professionals de l'AQuAS es vetllarà explícitament per la independència i rigor del criteri professional, sentit de la responsabilitat i visió directiva dels seleccionats.

4 Autonomia de gestió de tots els hospitals i centres d'atenció primària del Servei Nacional de Salut de Catalunya (SNSC) i preservació de la capacitat de decisió que és competència de les direccions generals i gerències dels centres. Els responsables centrals i territorials del SNSC afavoriran l'acord d'eficiència per als serveis comuns a emprar, així com la competència per comparació i l'incentiu per a la innovació.

5. El SNSC s'organitzarà territorialment i es dotarà d'uns nous Serveis Territorials de Salut (STS) dependents directament del govern del SNSC. Els STS seran govern **responsable de l'equitat** en l'assignació dels recursos econòmics i tècnics i **de la concepció integral i integrada dels serveis de salut** assistencials i de salut pública per la població del territori. Per assolir aquestes responsabilitats i objectius també caldrà:

5.1. El reforçament de l'Atenció Primària i Comunitària, com a instrument bàsic per la resolució i integració dels circuits i intervencions que es realitzen sobre **la ciutadania del territori**. Amb una direcció general única per tots els equips d'atenció primària del territori, tan responsable que aquest objectiu d'integració es faci efectiu i amb pautes comunes en la relació entre l'atenció primària i la resta de

serveis, com respectuosa amb l'autonomia de gestió dels equips de professionals d'atenció primària (EAP). Els EAPs d'entitats que no passin a ser mitjà propi de la Generalitat passaran a integrar-se en una entitat que ho sigui del corresponent territori del SNSC, al termini del concert o contracte actual del SCS amb l'entitat per la que treballaven

5.2. Els governs dels STS han de promoure els processos d'optimització de serveis, a través de polítiques de coordinació i de fusió entre les empreses públiques per evitar innecessaris costos administratius i de gestió o els processos inflacionistes sobre la demanda de serveis especialitzats, garantint la transformació innovadora dels hospitals d'aguts, traslladant resolució i activitat a l'atenció primària i socio sanitària i evitant les intervencions de baix valor, justificades per la fragmentació del finançament.

5.3. Programa per la simplificació de l'estructura institucional i empresarial del SNSC que tingui com a objectius:

- Revisar la divisió de Catalunya en territoris de salut ("sectors" en la denominació de la LOSC), considerant un volum de població adient i, com a mínim, en cada territori, un hospital general que sigui o passi a ser mitjà propi de la Generalitat. Podrien ser entre 7 i 22 STS ⁴
- Donar personalitat jurídica a cada entitat STS, com a mitjà propi del SNSC, i integrar-hi els actuals serveis territorials del SCS i el màxim possible d'entitats i centres públics existents en el territori, amb un programa per a la integració de tots els EAP en una sola entitat, sigui el mateix STS o un altre com a filial d'aquest. El nombre total d'entitats jurídiques resultants hauria de ser menor a l'actual. Establir els estatuts i organigrames corresponents de les entitats resultants en cada STS
- Revisar les modalitats contractuals entre les entitats i centres del SNSC així com entre les del SNSC i les que treballin pel SNSC

Han participat i signen aquest document:

Ponents: Montserrat Figarola, Santiago Marimón, Josep Martí. *Altres signants:* Mireia Alberny, Lluís Camprubí, Joan Canals, Imma Clarà, Jordi Colomer, Ramón Espasa, Olga Fernandez, Joan Gene, Josep Llop, Amado Martín Zurro, Marius Morlans, Vicente Ortún, Carme Valls, Robert Villaescusa

⁴ Ara tenim 29 sectors de salut. N'indiquem un mínim de 7, un per vegueria, i un màxim de 22 passant a Barcelona ciutat de 10 a 4 i a l'Alt Pirineu-Aran de 2 a 1. Representaria una mitjana per territori "sector sanitari" de 340.000 habitants, 17 Equips d'Atenció Primària, 3 Hospitals d'aguts i 6 centres d'internament de salut mental o socio sanitària

Nota dels signants del document

Aquest document ha estat elaborat a partir d'escrits anteriors de persones que vam acordar participar a debat sobre l'enunciat del document i d'escrits i debats intercanviats en diverses reunions. Reflexions que ens ha semblat oportú tancar en anunciar-se una dinàmica per l'establiment d'un Pacte Nacional de Salut a Catalunya. Els signants som els que recolzem les reformes proposades i volem fer constar que el conjunt de propostes formulades en aquest document formen part d'un tot indivisible. Cap d'elles aplicada individualment sense les altres és suficient per regenerar el caràcter públic de la sanitat catalana (i en algun cas podria donar com a resultat fins i tot l'objectiu contrari). El document té dues versions, una que acaba aquí i una altra amb dos annexos per ajudar a comprendre les propostes. Un primer annex amb una història que no és "la" història del nostre sistema sanitari. És tan sols un relat que ajuda a entendre la problemàtica amb què ens trobem sobre el tema objecte del debat. Un segon annex amb observacions per ajudar a entendre l'abast i motius de les propostes de reformes i facilitar que no es desvirtuïn. Compren recomanacions i precisions explicatives també per ajudar a entendre com es podrien instrumentar aquetes propostes, sense que aquestes concrecions representin que siguin assumides plenament per la totalitat dels signants de les propostes⁵.

Ara està convocada una dinàmica de Pacte Nacional de Salut, nosaltres pensem que un "màxim comú" sempre és més petit com més diversitat hi ha i que la diversitat de perspectives entre les entitats que poden intervenir en aquest Pacte s'ha accentuat ara per la crisi econòmica i social, però ja ha anat accentuant-se per les diferents valoracions que es fan dels compliments o no de la LOSC. Per això volem manifestar també que més important que un pacte del que podrien resultar unes meres declaracions d'intencions que no portin a res o que, en la pràctica, encara perjudiquin més el caràcter públic de la sanitat catalana, les entitats participants haurien d'explicitar també i de la forma més concreta possible com, en el seu corresponent àmbit de representació i responsabilitat, impulsaran o instrumentaran el objectius del Pacte. El compromís públic, concret i transparent creiem hauria de començar per aquí.

Barcelona, 26-05-2013

⁵ Respectivament localitzables a internet com:

"Regeneració_caràcter_públic_sanitat_catalana-Propostes_i_annexos.pdf"

"Regeneració_caràcter_públic_sanitat_catalana-Propostes.pdf" i

Annexos al document “Propostes per a la regeneració del caràcter públic de la sanitat catalana” de 26-05-2013

1. Una història que explica la situació actual

1977-1980. Generalitat provisional, amb Govern unitari. Conseller de Sanitat: Ramon Espasa. Criteri aplicat: la sanitat de finançament públic ha de seguir comptant amb tots els recursos amb què ja compta la Seguretat Social. D'aquí la proposta del Mapa Sanitari de Catalunya de 1980. Catalunya és on el INP té més hospitals concertats, precisament perquè la gran majoria dels concertats ja existien abans de la sanitat franquista, però tots els centres d'atenció primària són de l'INP

1982. Nova Llei de Fundacions privades (CiU). Alguns hospitals comarcals concertats que eren "Fundacions benèfiques" no adapten els seus estatuts: reivindiquen ser hospitals públics. (Ho faran en anys posteriors)

1981-83. Es constitueix, entre aquests hospitals, el Consorci Hospitalari de Catalunya (CHC), el seu president i el Consell formats per alcaldes i regidors de sanitat.

1983. Les activitats assistencials de l'INSALUD (anteriorment INP) passen a Catalunya al nou Institut Català de la Salut (ICS).

1985. Llei de l'Estatut de l'empresa pública catalana. Comprèn "*societats mercantils*" i "*entitats de dret públic sotmeses (...) a dret privat*".

1985. Decret de formalització de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública de Catalunya i criteris d'acreditació que han de complir els centres (no és d'entitats). Passen a formar part de la XHUP els hospitals de l'ICS, els vinculats a ajuntaments, més alguns pocs de mútues i privats. Els hospitals concertats que no superen l'acreditació passen a ser centres sociosanitaris

1986. Llei General de Sanitat (Espanya). Inclou el criteri i concepte de XHUP

1987. Primers Consorcis Hospitalaris (Vic i Sabadell) que integren la Generalitat i entitats públiques i privades (fundacions) mitjançant consorcis públics que no es regeixen pel dret administratiu públic i el personal dels quals continua regint-se per la legislació laboral ordinària. Suport unànim de tots els partits i societat civil. A Sabadell representa passar de 3 entitats sanitàries formalment privades i concertades a un consorci públic amb Consell format majoritàriament per representants de la Generalitat. A aquests consorcis el Ministeri de Sanitat els considera privats com fa amb tots els concertats. Persones del món dels consorcis comencen a teoritzar que els consorcis es regeixen per les seves pròpies normes.

1990. Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya (LOSC) que estableix el Servei Català de la Salut. Malgrat el que es diu en els seus articles 5 i 7 (avui vigents)

comença a teoritzar-se que la LOSC ha establert la diferenciació de funcions entre un SCS com a comprador de serveis i uns centres/entitats prestadors de serveis sanitaris. Interpretació discutida per prestigiosos juristes

1995. Reforma de la LOSC per establir CAPs que puguin ser gestionats per entitats de Base Associativa (EBA, que inclou ànim de lucre).

1999. L'alcalde de Reus i president del CHC, deixa l'alcaldia però no pas la presidència del CHC. Per això es modifiquen els estatuts del CHC. Comencen a incorporar-se a CHC centres sanitaris no vinculats a ajuntaments i entitats privades amb ànim de lucre (EBAs).

2000. Decret que estableix el Sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya (SISCAT), integrat per la XHUP i incorporant els CAPs i la salut mental, però per a aquests, queda pendent la definició de requeriments per a la seva incorporació. Segueix avui pendent

2006. S'estableixen els governs territorials de salut (GTS), com a consorcis, amb un alt pes dels ajuntaments.

2006. Es publica "*Les Prestacions privades en les organitzacions sanitàries públiques*", (justificació de Barnaclínic). No s'han establert les normes públiques concretes que ho regulin, sol·licitades en les conclusions d'aquest document

2006. Incorporació d'empreses públiques i consorcis (EPIC) sanitaris al Sistema Europeu de Comptes Econòmics Integrats (SEC-95). El CHC es posiciona el 2008 en contra d'aquesta mesura.

2007. Llei de l'ICS per la qual "*Es crea l'Institut Català de la Salut com a entitat de dret públic de la Generalitat, que actua subjecte al dret privat, amb personalitat jurídica pròpia (...) de conformitat (... amb) l'estatut de l'empresa pública catalana*". Llei aprovada per unanimitat del Parlament (pendent de fer-se plenament efectiva)

2007. Nova llei de contractes del sector públic (LCSP). Regula el concepte de "*mitjà propi i serveis tècnics del poder adjudicador*" per aplicar el criteri i directiva de la UE.

2008. Inici del programa de l'ICS per dotar els CAPs que ho desitgin d'autonomia de gestió (no pas autogestió amb total independència decisòria)

2010. La mútua Aliança ven l'hospital del Sagrat Cor (SISCAT-XHUP) a Capiro (i també una clínica a Sabadell). Capiro, nou membre del SISCAT.

2010. Intent frustrat de fusionar entitats que depenen al 100% de la Generalitat, però es reforma la Llei de l'ICS eliminant restriccions per contractar personal laboral (qualsevol lloc passa a poder ser ocupat per funcionaris, estatutaris o laborals).

2011. Llei d'acompanyament del pressupost que desregula les entitats del sector públic de la salut.

2011. Llei "*òmnibus*" (entre d'altres de similars) que modifica la LOSC, la Llei de l'ICS i suprimeix els GTS. No s'alteren les relacions públic-concertat, ni la

naturalesa de l'ICS però sí que se l'autoritza a prestar serveis privats i es redueix el pes dels ajuntaments en la sanitat de finançament públic

2011-2012. Retallades dràstiques en els pressupostos i concerts. En major percentatge a centres de l'ICS. Temptatives de "desmantellar" l'ICS?

2012. Primer concert d'un CAP (a L'Escala) adjudicat a empresa amb ànim de lucre que no és una EBA (Eulen). (Avui anul·lat per tribunals)

2012. Reforma del Codi Penal en matèria de transparència

Conseqüències d'aquesta història:

- Impossible conèixer avui, conforme a llei, què és el Sistema sanitari públic català, per la seva complexitat, però sobretot a causa del incompliment, per part del propi Departament de Salut, de la LOSC i dels decrets del SISCAT en aspectes substancials. Ja fa anys que les explicacions "oficials" del que és el nostre sistema són exclusivament en PowerPoint® d'interpretació discrecional

- Discutible solidesa legal de la base de l'anomenat "model català", és a dir, la dicotomia entre un comprador públic (SCS) i una provisió (ICS + centres concertats) que es relacionen en termes de mercat

- Desequilibri invers del pes sanitari i institucional entre ICS i concertats. Mentre l'ICS té el 10% dels hospitals de la XHUP, la seva atenció primària atén prop del 70% de la població

- Dues constatacions contraposades. A l'ICS la incompatibilitat entre intervenció prèvia (administrativa) i gestió clínica, només salvable amb trampes (factures amagades) o desatenció en apropar-se el final de l'any. En els concertats (públics o privats) el total obscurantisme exercit pel SCS mitjançant una perversa interpretació de la LOPD: considera que les dades d'activitat, de qualitat assistencial o econòmiques dels centres sanitaris finançats públicament són dades privades i, conseqüentment, només publicables parcialment i de forma anònima.

- Confusionisme generalitzat a nivell popular, de sectors intel·lectuals, de mitjans de comunicació i de professionals del sistema en terminologia bàsica, i contraposant-la o equiparant-la sense rigor: ICS vs SCS; públic = administració, empresa = privat; entitat pública ↔ dret privat; autogestió - autonomia de gestió - independència decisòria; sanitat pública - salut pública.

- La definició del caràcter de la sanitat catalana més realista sembla ser la de "mercat relacional". Les relacions mútues dins el conjunt de directius i autoritats són el factor més explicatiu de la seva evolució quant a recursos sanitaris i financers. No s'ha planificat ni finançat les prestacions segons necessitats dels territoris ni s'ha avaluat els resultats.

- Dificultat d'una política i d'una pràctica professionals de la salut integral i integrada a nivell territorial i de la seva avaluació basada en criteris d'ètica

pública. No coordinació entre nivells assistencials i centres. Serveis duplicats de dimensió insuficient. Absència d'una política de sinèrgies i serveis comuns.

- Pugna públic-privat més polaritzada per interessos corporatius o de grups socials que per valors ideològics. Polarització tant a nivell de professionals com d'institucions: tots a defensar "el nostre" al marge d'ideologies, sigui ICS, sigui públic concertat o sigui estrictament privat. Aquesta pugna s'ha situat en diversos eixos superposats: ICS ↔ concertats, esquerra ↔ dreta, personal directiu i metges ↔ personal de titulacions mitjanes o inferiors, administrativistes ↔ desreguladors, cos d'interventors de l'administració ↔ empreses d'auditoria

- Si no es modifica la dinàmica tradicional pels concerts entre el SCS i els centres sanitaris (signatura quan ja s'ha realitzat molta part dels serveis), la reforma del Codi penal (BOE 28-12-2012) converteix a gerents i comptables de centres considerables públics en obligats presumptes delinqüents

- Però potser el més greu, des de la defensa del caràcter públic, hagin estat el que podem anomenar "gols privatitzadors" i les corresponents valoracions publicades. El cas Sagrat Cor - Capiro en la pràctica s'ha silenciats entre els defensors d'"allò públic" i negat pels defensors del "model català" i, en canvi, el cas l'Escala - Eulen ha provocat gran escàndol per considerar-lo el "primer" lliurament d'un centre d'atenció primària a una empresa amb ànim de lucre, quan la majoria d'EBA's ja existents, així com els EAP's cooperativa, també són amb ànim de lucre.

2. Observacions i recomanacions sobre les reformes proposades que fan els signants del document

Fem a continuació diverses observacions, recomanacions i precisions explicatives. Algunes de les precisions caldria que siguin explícites en la concreció legislativa per articular els 5 blocs de reformes que plantejarem, que formen una unitat sistèmica que creiem necessària en tots els seus aspectes. Una reforma sistèmica a formular en un desitjable pacte polític i social que li doni perspectiva d'estabilitat i efectivitat. Precisament en el document no hem volgut entrar en aspectes importants que requereixen alts nivells de millora, qualificables de reforma, però que sols depenen de la voluntat política del govern de torn. En d'altres casos les precisions que segueixen tenen el caràcter explicatiu de com es pot instrumentar el que proposem, però afirmant que podrien ser vàlides també d'altres concrecions pels objectius de les reformes proposades. Entre les concrecions possibles dins de la reforma plantejada, particularment en les relatives al model territorial, ens decantem aquí no pel model conceptualment més adient, o que personalment més ens agradaria, sinó per allò que ens sembla a alguns de nosaltres més factible atenent a la realitat catalana i més efectiu per afrontar els objectius que

s'expliciten en l'apartat "Àmbits de les reformes que proposem" del document que signem.

L'expressió i caràcter de "mitjà propi de la Generalitat":

- L'expressió "mitjà propi i servei tècnic d'un poder adjudicador" neix de la directiva 2004/18/CE i està incorporada a la legislació sobre contractació pública. La directiva de la UE ve a dir-li a qualsevol administració pública: senyora Administració, si vol contractar i no vol fer concurs públic obert perquè disposa d'algú de la seva confiança, que quedi clar que vostè confia en tal entitat o empresa perquè hi mana, perquè en els seus estatuts es diu que és «mitjà propi i servei tècnic» de vostè i perquè comptant capital social o membres del Consell vostè tingui més del 50% del poder; independentment de la forma jurídica (empresa pública, consorci, fundació) de que es tracti. Però, si malgrat tenir-ne no l'hi vol adjudicar i vol fer concurs, aleshores no faci trampa, cap diferència entre els que s'hi presentin, però el seu "mitjà propi", ja que no hi té confiança, no s'hi podrà presentar. Aquesta és l'única diferència clara que hi pot haver i que hi ha d'haver per quan la Generalitat encarregui serveis de salut de finançament públic. Cap diferència per raons de valoracions ètiques, ideològiques o corporatives discutibles. Per això tots els CAPs, però també els hospitals generals haurien de ser mitjà propi de la Generalitat (o d'altra administració). O té serveis propis o no en té. Si en té no és acceptable que no hi confiï i si no en té no és acceptable que financí increments de patrimoni privat encara que sigui sense ànim de lucre. Cal que hi hagi una coincidència entre ciutadania i govern en confiar en els serveis de salut bàsics. Per això s'elegeix un govern i més en salut on les relacions de confiança entre ciutadans-pacients i professionals-prestadors de serveis és substancial. Una confiança que no pot estar mediatitzada per interessos econòmics o interessos de poder o corporatius, però que sí que ha d'estar basada en el compliment d'uns encàrrecs contractuals clars no pas de caire mercantil.
- Aquí hem emprat l'expressió «mitjà propi de la Generalitat» per expressar que una entitat pot ser-ho "de" qualsevol entitat contractant de la Generalitat: Departament de Salut, Servei Català de la Salut, Servei Nacional de Salut de Catalunya, Serveis Territorials de Salut. Proposem canvis en les relacions institucionals i per això parlem genèricament de "la Generalitat" o "d'altres Administracions". Entenem que una reforma com la proposada tindrà més sentit si el SNSC té personalitat jurídica i "poder adjudicador". Les entitats amb hospitals i CAPS haurien de passar a ser mitjà propi del SNSC o del SCS (tal com ja ha previst sempre, amb d'altres expressions, l'art. 5 de la LOSC).

- Un motiu també destacat perquè tots els hospitals no especialitzats i EAPs hagin de ser d'una entitat mitjà propi de la Generalitat és la seva capacitat de generar demanda a curt o a llarg termini. Una demanda que tant pot ser justificada o prioritària com ni justificada ni prioritària, o que pot estar condicionada si hi ha interessos privats (financers o de poder social no democràtic). No proposem que ser *mitjà propi* sigui necessari per altres serveis de salut, pels quals també és oportuna una política integral i integrada, però que, en canvi, no tenen, o la tenen en molt menor grau, capacitat per generar demanda no necessària. Per exemple, els centres sociosanitaris. El motiu pel que tots els CAPs i el màxim possible d'hospitals passin a ser "mitjà propi" de la Generalitat no respon tampoc a una voluntat estatalitzadora, sinó a una voluntat de proximitat territorial i democràtica, tal com es concreta més endavant a propòsit dels consells de govern dels Serveis Territorials de Salut.
- Els hospitals no mitjà propi de la Generalitat que siguin considerats de continuïtat indispensable, no haurien de poder endeutar-se a més d'uns 4 anys. Fer front al seu endeutament es converteix, en la pràctica, en obligació de la Generalitat i en considerar despeses financeres com despeses de salut amb el conseqüent perjudici per a la població del territori. Pel mateix raonament, el finançament públic suportat directament o indirecta per la Generalitat i destinat als esmentats hospitals per atendre el manteniment i inversions considerats necessàries pel SNSC, o bé per sancions per incompliment del codi ètic i de sostenibilitat, s'hauria de traduir en un percentatge corresponent de participació en el capital i/o poder institucional de l'entitat concertada que, si fos el cas, aniria augmentant fins arribar a superar el 50% i passar a ser mitjà propi de la Generalitat.
- L'expressió "cal evitar que s'hagin de convocar concursos per a l'adjudicació de serveis" d'atenció primària i hospitals, dita en la introducció a les reformes que proposem, s'ha d'interpretar exclusivament en funció de la filosofia ara comentada i de l'objectiu d'autonomia dels centres amb foment de la "competència per comparació i l'incentiu per a la innovació", també anteriorment explicitats. Negatiu és que els interessos privats gestionin serveis públics, però negatives són també les adjudicacions a dit o les pressions a entitats públiques o grups de professionals per a que no es presentin a un concurs públic. Exemples dels que en tenim masses experiències. En centres que formin part del SNSC o centres i serveis nous a incorporar al SNSC, les responsabilitats de gestió de serveis de salut, siguin individuals (càrrecs directius) o d'equip, s'han d'adjudicar, primer, amb pública possibilitat de presentar-s'hi per rebre l'encàrrec, i segon, amb decisió de l'adjudicació justificable, justificada i en termes comprovables de

la competència professional i del compromís amb el codi ètic de la persona o del grup de persones a qui s'assigni una responsabilitat de gestió d'un centre o servei del SNSC. Per contractar serveis pel SNSC quan ni calgui que siguin prestats per un *mitjà propi del* SNSC, ni el pugui prestar cap centre del SNSC, caldrà concurs públic obert que no serveixi per increments patrimonials privats

Caracterització del SNSC:

- En la caracterització del SNSC no hem inclòs com a membres, encara que sí com a participants, ni al propi Departament de Salut ni a la AQuAS per entendre que a ambdós organismes els corresponen responsabilitats i funcions tant respecte a la sanitat de finançament 100% privat com per aquella concertada (pública o privada) que treballi pel SNSC però que tampoc hagi d'estar dins del SNSC en no ser-li adequat el qualificatiu de "Nacional". D'entre els centres proveïdors de serveis només hem considerat membres del SNSC els d'entitats *mitjà propi* d'alguna administració pública catalana

Codi ètic i de sostenibilitat. Transparència:

- Volem explicitar que sense un canvi radical respecte als ínfims nivells de transparència existents i exigits, ara i en el passat, cap procés de reforma pot tenir credibilitat. Per transparència absoluta entenem l'accés fàcil, creïble, comprensible i comparable de qualsevol dada de totes les entitats i centres que no afecti a dades de salut de persones particulars identificables, així com equivalent accés de qualsevol document, informe o acta d'òrgans de govern que afecti a centres, entitats o col·lectius de persones físiques, exceptuant les temàtiques o tipologies de documents explicitades en una llista *ad hoc*⁶.
- El codi ètic i de sostenibilitat ha de ser obligatori per a totes les entitats. Aplicant-li sempre el criteri de concreció i sempre publicant-lo de forma íntegra (però amb prou difusió de les modificacions). Hauria d'incloure aspectes identificables com:
 - Característiques detallades de la transparència
 - Pautes concretes sobre governança democràtica que potenciïn la participació ciutadana i la supremacia dels interessos públics i d'estabilitat institucional sobre els de grups socials, polítics, corporatius o econòmics
 - Que els contractes o clàusules anuals de caire econòmic entre el SNSC, el SCS-central o d'altres Departaments de la Generalitat amb les entitats

⁶ Recomanació ja inclosa en l'*Informe sobre Bon Govern i Transparència Administrativa*. Departament de Justícia, Generalitat de Catalunya. 2005. pg. 117

assistencials haurien d'estar signats als 30 dies d'aprovat el Pressupost de la Generalitat, amb informació pública el mateix dia de la signatura, però amb clàusules precises de possibles ajustos durant l'exercici pressupostari

- Marges i causes acceptables de desviació en l'execució del pressupost i criteri per assumir-ne les diferències positives o negatives
- Règims d'incompatibilitats de membres dels diferents òrgans de govern, directius o professionals amb activitats que puguin generar demanda o costos innecessaris o desprestigi pel SNSC o que fomentin altres interessos injustificats, privats o de grups particulars, injustificats (inclosos partits polítics i entitats socials). Pautes pel foment de l'ètica i la professionalització de les estructures de gestió sanitària, amb model de control en el nomenament d'òrgans de govern i directius, així com pautes pel respecte als drets de les persones nomenades
- Actuacions a emprendre en possibles conflictes d'interessos en els diferents tipus de contractacions de serveis a prestar per tercers o de tercers amb directius i professionals en assistència en el propi centre o en d'altres públics o privats, inclosos l'exercici professional lliure, els aprovisionaments, serveis exteriors, docència o recerca
- Gestió de llistes d'espera en el territori i en les entitats. Entenem que l'estricta compliment del principi de llista única per servei, centre o entitat, aplicat a tots els usuaris independentment de com es finança el servei que reben, no exclou preveure accions per reduir les diferències en temps d'espera entre serveis equivalents de diverses entitats del SNSC.
- Condicions clares i concretes i prou públiques per a la possibilitat de prestació d'assistència no finançada pel pressupost de la Generalitat, pels centres del SNSC, i per aquells que siguin considerats indispensables pel SNSC (l'listat públic)
- Establiment de preus màxims o mínims i normes en serveis no assistencials o no inclosos en la cartera de serveis i prestacions del SNSC. Atès el que està passant en alguns hospitals creiem que tant aquest punt com l'anterior són de regulació urgent per part del Parlament, de conformitat amb la Ley General de Sanidad,
- Criteris per la composició i funcions de l'òrgan controlador del compliment del codi que tinguin present la diferència entre la perspectiva ètica i la de sostenibilitat. Òrgan a establir
- Responsabilitats i procediments sancionadors en el compliment del codi i en el seu control

Sistema d'informació integrat i Sistema de control:

- Som conscients que el canvi d'una realitat com l'actual, amb model de sistemes de control diversos i dissociats segons les tipologies jurídiques i funcionals dels centres sanitaris i les voluntats dels controladors, cap a un model únic basat en la transparència i l'avaluació de riscos *quasi on line*, comporta no tan sols la modificació de la Llei de Finances de la Generalitat sinó també la necessitat que els controladors, de qualsevol òrgan de l'administració, assumeixin el canvi d'un model bé inexistent o bé de persecució d'errors i autoritzacions administratives, a un model generador de confiança i eficiència i valorat per resultats
- Avui és possible amb els STIC disponibles superar tan situacions lamentables de descontrol, com models de control previ (explícits o no) generadors d'ineficiències en sanitat de provisió pública, o bé de control tan a posteriori que no sigui ni honest ni just valorar els riscos assumits en la presa de decisions. També és convenient i possible evitar sistemàtiques que premiïn el compliment de normes administratives discutibles per damunt dels resultats en salut i econòmics, o que generin una burocràcia avui absurda. A Catalunya s'ha entrat en una deriva interpretativa i judicialitzada, en alguns casos, sobre els instruments del sistema públic, les normatives que son d'aplicació als seus diversos proveïdors i, fins i tot, sobre qui té competència per decidir la cobertura dels serveis de salut, unes decisions que no es poden jutjar des d'una òptica merament administrativa. D'altra banda, algunes de les previsions del Pla de Salut en relació al rol de l'Atenció Primària i la integració d'intervencions en els pacients presenten seriosos problemes de compliment sense noves modalitats de regulació i governança.
- La sanitat pública necessita, i avui és possible, un diferent model de control de la presa de decisions. Un canvi del control basat en criteris administratius binaris (acceptable – condemnable) a una deliberació avaluadora basada en criteris d'equilibri ètic. D'un control en funció dels interessos econòmics públics però de "la nostra capelleta", a la rendició de comptes de com s'ha aplicat la deliberació ètica en la gestió dels serveis de salut

Agència de Qualitat i Avaluació Sanitària:

- Caldrà concretar d'una manera que aporti confiança i credibilitat a ciutadania i professionals com s'anomenen els òrgans de govern de les instàncies controladores i avaluadores: AQuAS i el que caldrà establir pel Codi ètic i de sostenibilitat. La participació en el procés per part d'entitats socials, acadèmiques i professionals dotades d'estructura democràtica i representativitat així com el consens polític (i no per "quotes de poder"), és indispensable

- Seria convenient que l'AQuAS, com a entitat que ha de reportar al Parlament i que ha d'avaluar riscos, no es limiti a l'anàlisi de dades i indicadors. Que realitzi també recerca en actituds passades o previsible de centres, grups de professionals i ciutadania i en impacte dels incentius i que tingui una actitud proactiva. Per aquests efectes hauria de fer seguiment i anàlisis *on line* del SIISP i disposar d'accés a actes i contractes dels òrgans de govern de les entitats i centres. Amb responsabilitat d'avisar als responsables corresponents del SNSC i de les entitats dels desequilibris en salut o pressupostaris de correcció urgent, sigui a nivell d'entitat, centre o territori.

Autonomia de gestió:

- Entenem l'autonomia de gestió no com a independència jurídica, i, per tant, sense NIF propi a nivell de centre o equip professional, però sí amb comptabilitat de costos i retiment de comptes en resultats de salut i equilibri pressupostari, així com diferenciació del que respon a decisions del centre del que és imputable a serveis comuns, centrals o d'altres centres. Cal estudiar una millor imputació de la despesa farmacèutica i proves diagnòstiques entre els centres amb prescripció i entre l'atenció primària i l'especialitzada.

Caracterització dels Serveis Territorials de Salut:

- Cara a la seva política integradora, és oportú que les característiques de les entitats "Servei Territorials de Salut (STS)" s'inspirin en el model d'Organitzacions Sanitàries Integrades (OSI) promogut per l'OMS⁷ que dóna el protagonisme a l'atenció primària, si bé no han de tenir ni els elements d'asseguradora, ni respondre a una provisió de serveis per a persones individuals desvinculades del seu context social i territorial; pautes que adopten en molts altres indrets les denominades OSI.
- Dins del SNSC, per una efectiva política d'equitat, amb assignació de pressupost equitatiu i valoració de resultats, s'han de diferenciar els costos i el finançament d'assistència, salut pública, recerca (no inclou innovació per eficiència de l'assistència) i docència. Cada STS ha de ser responsable de la provisió dels serveis de salut per a la població del seu territori, però com que pot ser que en un mateix territori, a més de l'entitat STS, hi coincideixin altres entitats sanitàries, siguin també mitjà propi de la Generalitat o no, cal

7 Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. 49º Consejo Directivo. Redes Integradas de Servicios de Salud basadas en la Atención Primaria de Salud. Washington. 2009

precisar-ho. La responsabilitat del STS inclou la dels resultats en salut de la ciutadania del seu territori, dels costos de la pròpia entitat STS i de l'adequació d'aquests al pressupost assignat. Però per una efectiva política d'equitat que no vol dir igualtat, cal que siguin diferenciats, a tots els nivells, els costos per la salut dels derivats o imputables a la recerca i docència. Un STS ha de ser responsable de la distribució i execució del pressupost per atendre els costos per la salut de la ciutadania del territori, es realitzi aquesta provisió en el mateix o en d'altre territori, i també del pressupost de recerca i docència que realitzi el propi STS, però, en canvi, no ha de ser-ho del pressupost de recerca i docència que efectuïn d'altres entitats situades en el seu territori.

Reformes en l'atenció primària i la salut mental:

- La simultaneïtat de les reformes no pot ser ni enganyosa ni afeblir, encara més, l'atenció primària i comunitària o la salut mental. Volem subratllar que un trossejament de l'ICS en diverses empreses, particularment en l'atenció primària, no té cap sentit si no és per la fusió amb altres entitats públiques i assegurant que s'assolirà una sola empresa pública d'AP en cada territori de salut (sector) de salut en un termini acotat i curt d'anys. Atès l'elevat desequilibri territorial en internament per salut mental convindrà una dinàmica específica de reforma en les corresponents responsabilitats territorials

Relacions institucionals en el SNSC i programa per l'establiment de STS:

- El model de SNSC que proposem pretén superar la concepció de separació de funcions actual (compra-provisió) que ja era de base legal molt discutible i base mercantil excessiva i ja no respon ni a la Directiva Europea citada, ni a les exigències per la gestió econòmica derivades de la reforma del Codi Penal (BOE 28-12-12). Les relacions s'han de basar en ètica pública i una legalitat clara. La separació actual de funcions és: Govern (Departament de salut); compra de prestació de serveis (SCS); provisió encarregada (centres ICS); provisió comprada per SCS (concertats públics o privats). Ara els concerts entre el SCS i els centres públics de la Generalitat *no ICS* són un fals formalisme contractual ja que han de quadrar amb els pressupostos prèviament adjudicats pel Parlament. En la proposta que fem la diferenciació de responsabilitats es podria expressar:
 - Departament de Salut: govern nacional de la sanitat pública i control de la privada
 - Funció de govern nacional del SNSC: Pla de salut, concreció dels criteris de planificació d'inversions, pla de serveis, assignació pressupostària territorial per assistència i salut pública i acreditació per prestar serveis a

la sanitat de finançament públic. Responsable de l'equitat interterritorial i del foment de sinergies interterritorials i de la utilització de serveis comuns

- STS: govern del territori, provisió pública en el territori i proposta de distribució del pressupost territorial entre centres del SNSC o acreditats necessaris. Foment de sinergies intraterritorials
- En termes de responsabilitats i compromisos les relacions s'establirien en diverses modalitats contractuals. Concretament:
 - Contractes "*in house providing*": entre SNSC i els STS i SNSC (o SCS) i d'altres entitats "mitjà propi".
 - Convenis interadministratius entre SNSC (o SCS) i d'altres administracions locals amb mitjans propis prestadors de serveis
 - Concerts per la prestació de serveis: entre SCS o ASP i les entitats *no mitjà propi* de la Generalitat o de cap administració
 - Contractes programa: entre STS i tots els centres del territori corresponent. En el cas de centres amb concert amb el SCS, serà un annex a aquest concert i en concretarà alguns aspectes

Convindrà precisar en els concerts i contractes com el afecta el codi ètic i de sostenibilitat

- Entenem que els processos de reforma indicats serien simultanis i que, en conseqüència, en la fusió d'entitats que donarà a lloc a generar el nou STS també hi participaran entitats que ara no formen part del grup d'empreses públiques i consorcis de la Generalitat, per exemple, fundacions o consorcis d'estrets vincles amb ajuntaments, que poden ser d'origen secular. En integrar-se aquestes entitats a la que entenem serà un STS, és a dir una entitat mitjà propi del SNSC, a la pràctica expressaran que passen de fer política local a fer-ne també de nacional. El fet de transferir de totes les funcions pròpies del SNSC que exerceixen, (com també del personal corresponent) al STS no requereix que les esmentades entitats desapareguin formalment. Aquest, per exemple, seria el cas de l'ICS. Els STS hauran de visualitzar que són l'instrument per fer una política sanitària nacional pel territori i des del territori. En tots els casos convindrà que els representants de la Generalitat en els consells de govern dels STS tinguin vincles personals amb el territori. No s'hauria de descartar, sinó tot el contrari, que en els corresponents estatuts d'alguns STS s'expliciti, a més de les entitats que nomenen representants en el "bloc minoritari", si hi ha entitat pública— per exemple, algun ajuntament o diputació — que per decisió presa pel el seu Ple proposi noms de persones per ser nomenades per la Generalitat (en el seu "bloc majoritari"). Particularment, en els STS en els que s'hi incorporin entitats que avui depenen, majoritàriament o per sensibilitat social, d'administracions locals convindria que s'explicités si hi

ha alguna administració proposant de representants a nomenar per la Generalitat (“bloc majoritari”⁸), a part que també pugui haver-hi altres representants d’administracions en el “bloc minoritari”. La proposta de supressió dels serveis territorials del SCS i la seva incorporació als STS es podria materialitzar establint una secretaria tècnica del STS dependent de la Presidència o la Vicepresidència i que sigui un dels representants de la Generalitat nomenat pel SNSC. La característica del Consorci Sanitari de Barcelona amb personalitat jurídica pròpia però exclusivament funcions de govern per damunt dels sectors de salut existents en la ciutat no sembla que calgui repetir-la en d’altres STS, per no generar noves personalitats jurídiques innecessàries i per evitar les dinàmiques actuals de delegacions de funcions dels serveis territorials del SCS en algun hospital del territori.

- Parlem de SCS-central per referir-nos a la part del Servei Català de la Salut que emana del Decret de 18-02-1991 relatiu a l’estructura i organització dels serveis centrals del SCS i de decrets posteriors modificant-les. Entenem que fóra oportú que les funcions dels serveis territorials que emanen del Decret de 4-03-1991 i posteriors modificacions, quedessin assumides pels aquí denominats STS, sense descartar que persones del SCS-central que siguin membres dels consells de govern dels STS hi dediquin prou més hores que les assistències a reunions d’aquells consells
- Caldrà definir una dinàmica d’evolució del sistema actual de concerts amb cada entitat al model vàlidament qualificable de STS-capitatiu. L’adequada pot ser la següent: el pressupost que distribuirà el STS serà de base capítativa, però el fet de distribuir-lo no vol dir que assumeixi cap funció d’asseguradora, sinó tan sols de coordinar i liderar la provisió. Qui establirà els paràmetres per ponderar la base capítativa de cada territori serà l’AQuAS. Qui marcarà el ritme d’adequació en la distribució del pressupost total entre territoris, des de la realitat actual fins al nivell idoni definit per l’AQuAS, serà el SCS-central, que ho farà d’una forma plenament transparent. El sistema actual de tarifes pot servir d’indicatiu perquè els STS estableixin la distribució del pressupost del territori entre els centres i serveis però convindrà millorar i estandarditzar els sistemes de control de costos de l’activitat assistencial, particularment de l’atenció especialitzada, ja que ara per ara la consideració dels costos està encara més condicionada pel criteri de tarifes segons nivells d’hospital que per la tipologia de tractaments a prestar. En altres paraules, cal establir una estratègia per passar d’un model orientat a finançar costos a un altre model per finançar objectius de salut; d’un model en el que es compara

⁸ Per “bloc majoritari” ens referim a la majoria del Consell de Govern que, per requeriment legal, ha de representar a l’entitat que en té el “poder adjudicador” que aquí anomenem “Generalitat” però que suposem que formalment seria el SNSC

finançament a centres sanitaris, a un en que es compari el finançament per a la salut de poblacions territorials que tenen i tindran diferents condicionants de salut i d'accés als serveis de salut

- En les propostes no hem parlat del “SISCAT” perquè ni des que es va constituir la Xarxa Hospitalària de Utilització Pública de Catalunya (1985), ni des que a aquesta se li van sumar altres xarxes de centres i serveis en el primer Decret que va emprar la denominació de “Sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya (SISCAT)” (2000), ni en el darrer decret de 2010, mai s'han definit ni caracteritzat les relacions, vinculacions o compromisos entre centres que justifiquin el qualificatiu d'integral, ni s'hi ha establert cap model de referència per poder avaluar-lo sota aquest qualificatiu, malgrat que s'hagi sol·licitat (vegeu els anomenats *Informes Vilardell*). D'altra banda, des del 2000 segueix prorrogant-se la vinculació formal dels centres i serveis no hospitalaris en l'aglomerat de centres anomenant “SISCAT”. Un llistat no caracteritza un sistema. Creiem que aquí hem proposat un model de relacions que permet cobrir aquesta greu mancança, mitjançant l'aplicació travada de 3 models de vinculació sistèmica internacionalment definits: SNS, provisió integrada en territoris amb volum adequat de població i model “mitjans propis” d'un ens públic contractant, afegint-hi, a més, una avançada utilització dels STIC per a una cohesió i qualitat del SNSC, codificables i numèricament avaluables. Podem oblidar-nos del SISCAT en establir el SNSC i els STS amb tota l'atenció primària, però seguirà sent útil el manteniment de la XHUP com a element de potenciació d'eficiències entre el conjunt dels hospitals, siguin d'entitats membres del SNSC o que treballin per aquest, una funció avui realitzada per patronals que també representen altres interessos contraposats
- Creiem que del procés de fusions d'entitats i/o establiments d'entitats-STs no haurien de resultar més d'unes 25 entitats *mitjà propi* de la Generalitat o d'altres administracions amb centres d'assistència a pacients (no hi incloem les entitats de serveis comuns). Així el resultat seria un signe de sinergies eficients gens qualificable de “trossejament”
- Convé també un canvi en el model de participació en els òrgans de direcció del SNSC que substitueixi l'actualment existent en el SCS que segueix el model de Seguretat Social de representacions corporatives polititzades: patronals (incloent-hi ajuntaments) i sindicats. És oportuna una doble via de participació; la del sector sanitari i la de la ciutadania. La del sector (centres i professionals sanitaris), que hauria de ser de membres dels Consells de govern, directius i professionals de tots els nivells dels STS i entitats que hi depenguin, elegits democràticament entre ells. Similar criteri de participació a nivell de cada STS, amb la corresponent participació, sols en aquest nivell

i sense vot, d'entitats sense ànim de lucre no membres del SNSC però que treballin pel SNSC. Aquesta participació de les entitats prestadores de serveis, dels professionals i dels treballadors del SNSC ha d'anar acompanyada, també a nivell de SNSC i STS, d'una segona via: la participació social de la ciutadania a estudiar e implantar que combini canals directes de comunicació (xarxes i moviments socials del territori) més la participació institucional d'entitats que la poden representar. Entre aquestes cal valorar el paper que convé hi juguin dos tipus d'entitats. Unes, el conjunt de serveis socials municipals i entitats del tercer sector social o ambiental més properes als determinants i condicionants de la salut. Les altres, els sindicats no corporatius que, a part del seu paper de representació de professionals i treballadors en la que hem anomenat "participació del sector sanitari", convé tinguin també, però diferenciada, la representació ciutadana de treballadors de tots els altres sectors, així com d'aturats i pensionistes. A un altre nivell, no de participació en la presa de decisions, serà oportú també situar institucionalment l'explicitació de canals d'expressió d'interessos privats i específics, legítims i d'impacte econòmic i social en la sanitat pública: indústria de productes sanitaris, col·legis de professions sanitàries, associacions de la sanitat privada.

- Les fusions, a nivell territorial, en una mateixa entitat pública catalogada de *mitjà propi* de la Generalitat de personal provinent de l'ICS i de centres concertats requerirà també un àmbit nou, específic del SNSC, per la negociació de les relacions laborals. Convé una ratificació explícita amb compromís efectiu del compliment de l'equiparació de condicions que ja en l'origen de la LOSC preveia la disposició transitòria 5^a. En el sector ja hi ha experiències en aquest sentit

Barcelona, 6-6-2013