

Un sol ens gestionarà l'AP i els hospitals Arnau de Vilanova, Santa Maria i Comarcal del Pallars

El Govern de la Generalitat ha encarregat a CatSalut la proposta d'unificació, en un sol ens públic de gestió, de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova (HUAV), l'Hospital de Santa Maria, l'Hospital Comarcal del Pallars de Tremp, els serveis d'Atenció Primària, les línies sociosanitària, de salut mental i social de Gestió de Serveis Sanitaris (GSS). Així mateix, preveu la participació de l'Institut de Recerca Biomèdica (IRBLleida) en aquest ens.

L'objectiu és "simplificar la gestió, millorar les economies d'escala i augmentar la coordinació entre els nivells assistencials en benefici d'una atenció més

L'IRBLleida participarà en el nou ens

integral a les persones, incrementant el nivell de resolució dels problemes de salut en tot el territori, especialment pel que fa a l'atenció altament especialitzada", segons la nota publicada el 25 de febrer a la pàgina web del Departament de Salut.

L'HUAV i l'Hospital de Santa Maria treballen conjuntament i de manera

progressiva des de fa 20 anys. Han unificat els serveis de Laboratoris d'Anàlisis Clíniques, Anatomia Patològica, Urgències, Cardiologia, Pneumologia, Oncologia, Endocrinologia i Nutrició, entre d'altres. L'any 2012, la Gerència Territorial de l'Institut Català de la Salut (ICS) a Lleida i a l'Alt Pirineu i Aran i la Gestió de Serveis Sanitaris (GSS) van materialitzar un acord per dotar-se d'una gerència única.

UGT, CCOO, Metges de Catalunya i Catac han explicat el seu recel i preocupació per la constitució d'aquest ens únic de gestió. Els portaveus sindicals, que afirmen no haver estat consultats, expressen el seu malestar per les possibles retallades de llocs de treball i la modificació de les condicions laborals que pot ocasionar la unificació. Assenyalen també que el nou ens pot ser una via per defugir els mecanismes de control de la despesa pública o una manera de privatitzar la gestió del sistema sanitari.

CatSalut disposa de sis mesos per presentar al Govern la proposta d'unificació. Està previst que el nou ens gestioni un pressupost aproximat de 280 milions d'euros i 4.000 professionals.

L'Institut Carlos III acredita l'IRBLleida com a institut d'investigació sanitària

L'Institut de Salut Carlos III ha acreditat l'IRBLleida com a institut d'investigació sanitària. La presentació de l'acreditació va tenir lloc el 28 de febrer a la Facultat de Medicina de la UdL. La secretària general del Ministeri de Sanitat i Consum, Pilar Fanjas, va presidir l'acte conjuntament amb l'alcalde de Lleida, Àngel Ros, i el rector de la UdL, Roberto Fernández.



Presentació de l'acreditació a la Facultat de Medicina de la UdL.

Àngel Ros, que també és president del Parc Científic de Lleida, va assegurar que amb l'acreditació de l'IRBLleida la ciutat es posiciona com un pol de recerca sanitària d'excel·lència a l'Estat. L'acreditació ha situat l'institut lleidatà en la primera divisió de la investigació

biomèdica, segons el seu director, el Dr. Xavier Matias-Guiu.

L'IRBLleida compta amb prop de 350 investigadors. L'institut investiga en neurociència, càncer, medicina terapèutica i experimental, estrès cel·lular i patologia vascular, entre d'altres àmbits.

Privatitzar la sanitat pública per millorar la gestió?

La sostenibilitat del sistema de gestió de la sanitat és un debat obert. Hi ha opinions que consideren que la privatització pot millorar l'eficàcia del sistema. En canvi, altres defensen que la gestió i la titularitat públiques són les millors garanties de qualitat i universalitat. Aquest és el debat.

S'ha de privatitzar la gestió perquè sigui eficaç? O bé l'única alternativa per millorar la gestió és la privatització?

En els darrers anys està d'actualitat el debat sobre la privatització de les institucions públiques —incloent-hi la sanitat— per millorar-ne l'eficiència, inclosa la seva qualitat. Gestors de les empreses privades són contractats per a la pública, i molts d'ells, incloent-hi els formadors de gestors de les escoles de negoci, ho veuen indispensable, ja que consideren ingovernable i ineficient el sistema funcional públic.

D'altra banda, els defensors del sistema públic de salut ressalten la seva alta qualitat i prestigi: medicointernacional i per part de la població, que hi té molta confiança. El cert és que fan la medicina més sofisticada i capdavantera: els transplantaments (excepte còrnia i pell), la cirurgia dels tumors més complicada, el tractament de les malalties més cares i greus, rebre de les clíniques i sistema privats malalts quan es compliquen o són cars, tenir obertes les 24 hores serveis d'urgència amb mitjans especialitzats per a tot el territori i la resolució dels greus problemes de salut, entre d'altres. És a dir, a la pública es fa allò que econòmicament no és rendible, solucionant problemes socials, cercant l'equitat, amb rendibilitat social, i per això són més cars.

L'experiència demostra que l'actual sistema legislatiu fa difícil la gestió pública: obrir un expedient i aconseguir que prosperi i acabi en sanció exemplar a un funcionari que no compleix les seves funcions és molt difícil; fer seguir les línies estratègiques als funcionaris amb plaça en propietat pot ser difícil, ja que l'interí és el gerent. La tendència del funcionari a defensar el seu *status quo*, el seu "territori", sense compromís social ni amb la institució, és catalogat per alguns com "la major privatització d'allò públic", ja que és el propietari de la seva plaça i intocable faci el que faci.

El divorci que hi ha entre els directius i els professionals de la salut, la desconfiança mútua i la defensa corporativa d'ambdós col·lectius és un mal que s'ha d'eradicar. Les experiències que existeixen d'"empoderament" dels metges i del fet de ser ells els que manin sobre el centre assistencial, amb gerents experts en gestió sota seu per al dia/dia, i aplicant les seves directrius, han convertit aquests centres en capdavaners, amb el suport —lògic— del col·lectiu mèdic, per evitar el divorci (EBA, Hospital Clínic). Això és diferent al fet que es nomeni un professional directiu, perquè serà eficaç segons qui sigui el professional, que pot fins i tot empijorar la situació si no és un bon

gestor.

Si ens assessorem fora del país, si anem als països del nord d'Europa —ja que Europa és més social que els Estats Units, per exemple—, podem comprovar com aquests llocs de tradició socialdemòcrata tenen un alt nombre de funcionaris, més que a casa nostra (ara que es diu que aquí n'hi ha massa i se n'acomiaden molts, amb el que això ocasiona de greus problemes socials i personals), i funcionen bé, de manera eficaç i eficient. Com ho fan? Doncs tenen una legislació de la funció pública diferent —a més de la cultura, que es va adquirint si canviem les normes.

Per tant, una alternativa per a la millora de l'eficiència del sector públic i de facilitat de gestió és l'adaptació de la llei de la funció pública agafant les bones normes d'aquests països. I així no caldria tenir la privatització com a única possibilitat.

Dr. Joan Viñas

Professor de la Universitat de Lleida

Cirurgià de l'HUAV

President de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya

Gestió i qualitat de la política sanitària

Després d'unes mínimes precisions conceptuals vindran unes consideracions molt estilitzades que ens permetran contestar les preguntes. Per saber-ne més i poder matisar, vegeu la bibliografia ressenyada.

Precisions conceptuals

Concepte de públic. L'advocat Francesc José Maria considera públic un servei, regulat per i planificat des de l'administració pública i finançat, majoritàriament, amb fons públics independentment que el servei sigui prestat per un orde religiós amb personal laboral (Sant Joan de Déu) o per l'Hospital de la Vall d'Hebron, de l'ICS, amb personal estatutari. L'administració sanitària en garanteix la prestació i l'entitat proveïdora la gestiona; dos rols diferents.

El manteniment d'una de les con-

PAIMM · Programa d'Atenció Integral al Metge Malalt

Dirigit als professional de la medicina amb problemes psíquics i/o amb conductes addictives a l'alcohol i/o a d'altres drogues, inclosos els psicofàrmacs

Si tens aquest problema o coneixes algú que el pateixi, el silenci no el resoldrà

Truca ara i t'ajudarem amb tota confidencialitat!

Telèfon directe Catalunya: **902 362 492**

Telèfon Lleida: **973 273 859**

Cal conèixer els exemples dels països del nord d'Europa per millorar l'eficiència i la gestió del sector públic

questes de la humanitat, l'Estat del Benestar, en el seu component sanitari requereix capacitat resolutiva per tal que una població satisfeta amb l'atenció permeti el finançament públic —tan progressiu com sigui possible— que ha de possibilitar l'atenció sanitària —de nou tant com les “recomanacions” ho permetin— en funció de la necessitat clínica-individual i sanitària-poblacional. La deserció d'alguns membres o el deteriorament dels serveis portarien a un Estat del Benestar per a pobres. Encara hi som lluny. A Catalunya, el 24,3% de la població té doble cobertura sanitària pública-privada, però el pes real de l'assegurament privat queda més ben reflectit pel pes de les primes a la despesa sanitària: menys del 9%.

Cal fugir dels extremismes. Tant dels que consideren, ignorant l'evidència mundial particularment europea i molt especialment nòrdica, que l'EB és incompatible amb l'augment de la productivitat com dels que protesten davant de cada retallada en la creença que l'EB és el benestar dels qui treballen per a l'Estat.

Consideracions estilitzades

De saqueig, en pot existir a tot arreu: amb producció pública i amb producció privada. El saqueig en producció pública pot ser literal: equipament, utilitatge, queviures que passen dels magatzems públics als empleats... En forma més atenuada: fugir d'estudi, absentisme, desviació de pacients... El saqueig en producció privada no sol passar pel buidatge dels magatzems (està més clar que “el ojo del amo engorda al caballo”) ni per les becaines indegudes. Més aviat en països amb poca transparència i reguladors capturats adopta la forma de contractes a mida. Com la conxorxa entre polítics i gestors incompetents a les caixes, que tants diners ens està costant, es paga sou de mercat, però al teu amic, cunyat o correligionari, no a una persona escollida pel seu mèrit.

L'incientiu del benefici articula la nostra societat, i és molt adequat quan compensa la innovació, el risc o una major eficiència. Sabem que en la producció de serveis sanitaris la cerca de benefici no és garantia d'una qualitat millor. Ser jutge i part al mateix temps, perseguint el benefici individual, pot portar que “l'agent” presti serveis inadequats. El criteri sempre ha de ser: li indicaria a la seva mare?

Sabem que la garantia d'immortalitat a organitzacions i persones



constitueix una recepta infal·libre per a l'estancament i l'embotiment. La innovació neix en part de la necessitat. Els drets s'han de garantir amb les oportunes xarxes socials de seguretat, però els privilegis, no.

Molts productors de serveis sani-

De saqueig, en pot existir a tot arreu: amb producció pública o privada

taris són monopolis naturals. També la FIFA i l'Agència Tributària, fet que no impedeix que fos més aconsellable que els campionats de futbol s'adjudiquessin no al país amb més habilitat subornadora, sinó a qui presentés la millor oferta. O que els inspectors d'Hisenda (professors d'universitat, clínics...) veiessin els seus resultats comparats ajustant mínimament per bases imposables (notes d'entrada i classe social, respectivament...).

I encara que les formes rígides d'organització —inadequadament regides pel dret administratiu— tendiran a flexibilitzar-se en els propers

trenta anys, no serà suficient per estimular una millor actuació si allà on es pugui no s'introdueix una certa competència per comparació, situació que no requereix ni de mercats ni de cap professió de neoliberalisme.

Més important que la forma organitzativa o que els professionals siguin estatutaris o laborals és el grau de competència entre organitzacions. No es tracta ni de competir en preus (sacrificant les qualitats que l'usuari no percep) ni de fer experiments a prova d'errors per l'interès del promotor polític que llueixin bé, sinó d'anar introduint la idea que

els recursos que una organització sanitària rebi dependran, d'entrada en una mínima part, de la qualitat que ofereixi en relació amb els seus comparables. Horitzó de 20 anys. Al primer, només un 5% dels recursos dependran de la qualitat relativa

No importa tant el model administratiu en abstracte, sinó com es gestiona

mostrada.

La ciutadania ens estimba en la classificació de Transparency International, ja que percep el nostre sistema democràtic, de la mateixa manera que Manuel Castells, Josep Vallès, Alejandro Nieto, Félix de Azúa i altres fa anys que assenyalen com una partitocràcia integrada per conjunts de funcionaris dels quals el futur vital, laboral i professional depèn del propi partit, que contemplen la conquesta del poder no com un mitjà per executar un programa, sinó com a via de repartiment de prebendes, ascens social i oportunitat de porta giratòria. Grècia està pitjor, però sempre cal comparar-se amb els millors.

Catalunya és l'única comunitat autònoma sense llei electoral pròpia en el trenta-cinquè aniversari de la Constitució. El Parlament va enterrar el 2010 el projecte de llei electoral per falta d'acord. El president de la Comissió d'Experts, Josep M. Colomer, a més de destacar l'oportunitat perduda, va assenyalar que el fracàs es deu a la por dels partits polítics a substituir les llistes tancades i bloquejades per alguna forma de vot que permetés als electors escollir no únicament un partit, sinó també alguns candidats individuals. El fracàs mostrà una certa incapacitat per autogovernar-se i provoca, posteriorment, la necessitat de cedir davant populismes diversos, que ignoren que no hi ha cap forma de participació política millor que la dels partits, i que la dedicació a la política —no com a professió de per vida— ha d'estar reconeguda amb diners i prestigi, com passa als països europeus amb democràcies més consolidades que les nostres (Alemanya mateix).

Respostes

No pel que fins ara hem dit, sinó sobre la base de la bibliografia que aportem, podem concloure:

Sobre la base de les experiències espanyoles en concessions administratives (tipus Alzira): ni la gestió privada d'hospitals públics garanteix una major eficiència (ni en determina una qualitat pitjor) ni la gestió pública directa garanteix una major qualitat (ni en determina una eficiència pitjor).

No sembla que importi tant el model de gestió en abstracte, sinó com es gestiona (existeixen enormes variacions dins de cada tipus de model).

Probablement, perquè els models de partenariats públic-privat funcio-

nin en interès general es requereix una autoritat pública honesta, transparència, contractes ben dissenyats, amb transferència real de riscos (a la gestió privada i a la pública) i que redueixin el fenomen de segrest del regulador.

Probablement, perquè els models de gestió pública directa funcionin en interès general es requereix el mateix.

Ens toca créixer, madurar, tenir organitzacions autònomes (quina autonomia pot donar un ICS si aquest mateix no la té?) originadors de la innovació de veritat (la de Ferran Adrià o Amancio Ortega), flexibilitzar la funcionarització o oblidar-se'n, abolició de l'endogàmia per decret (ni un MIR ni un metge es queden on s'han especialitzat) i reclutar el món.

No hi haurà una gestió pública millor en sanitat sense una qualitat de la política millor. A Espanya i a Catalunya, més importants encara que les reformes estructurals són les millores institucionals, i entre aquestes, la prioritat l'ha de rebre una nova llei de partits polítics. Les prescripcions per a un millor govern de l'Estat són tan conegudes com ignorades: embridar el finançament de partits polítics limitant despeses i controlant les aportacions privades; perfeccionament de la normativa electoral amb llistes obertes i demarcacions que permetin acostar-se al principi d'una persona, un vot, i independència dels mitjans públics de comunicació. Això es facilita amb un foment de la transparència i l'accés públic a les bases de dades de l'administració, llevat que una disposició específica justifiqui la inconveniència d'aquest accés en funció d'un conjunt taxat de circumstàncies. La Central de Resultats, el Projecte Essencial o la racionalització del terciarisme són passos en la bona direcció.

Vicente Ortún

Degà de la Facultat de Ciències Econòmiques i Empresariales, i investigador del CRES, Universitat Pompeu Fabra

BIBLIOGRAFIA

Callejón M, Ortún V. Empresa privada en Sanidad: Grado de adecuación a las diferentes funciones sanitarias. En G López-Casasnovas (ed): El interfaz público-privado en Sanidad. Barcelona: Masson-Elsevier, 2002: 103-121. Accessible a: <http://www.econ.upf.edu/~ortun/publicacions/paper12.pdf>
Meneu R, Ortún V. Transparencia y buen gobierno en Sanidad. También para salir de la crisis. Gaceta Sanitaria 2011;

25(4): 333-8.

González López-Valcárcel B. La gestión privada de la sanidad pública: ¿Una huida hacia delante? Blog Nada es Gratis. Accessible a: <http://www.fedeablogs.net/economia/?p=27591>

Peiró S. Eficiencia en la gestión hospitalaria pública: directa vs. privada por concesión. Blog Nada es Gratis.

Accessible a: <http://www.fedeablogs.net/economia/?p=27263>

Ortún V. Gestión pública-gestión privada de la Sanidad en España. Vías de avance. Economía y Salud. Boletín Informativo Asociación Economía de la Salud. 2013, nº 76. Accessible a <http://www.aes.es/boletines/news.php?idB=17&idN=1241>

Diversos autores. Per una nova llei de partits polítics. Accessible a: <http://porunanuevaleydepartidos.es/manifiesto/>

La insoportable inevitabilidad de la privatización sanitaria

Cuando el dedo señala la Luna, el necio mira el dedo

La inesperada decisión del Gobierno de la Comunidad de Madrid de privatizar la gestión de 6 hospitales

y 27 centros de salud a finales de 2012 ha revolucionado el eterno debate entre gestión pública y privada por muchos motivos. Cuando esto se publique el Tribunal Superior de Justicia de Madrid probablemente habrá dictado sentencia en uno u otro sentido y la propuesta será un hecho o quedará definitivamente aparcada en esta legislatura. De lo que estoy seguro es de que ilustrará muchos de los aspectos que definen los usos de nuestra sociedad para quien tenga interés, aunque por supuesto todo esto no es más que mi opinión.

La planificación (o la falta de) comenzó en la ya lejana época de bonanza económica con una campaña electoral basada en la oferta de ladrillo sanitario, pero sin ninguna planificación. El partido ganador prometió y construyó 10 hospitales en dos legislaturas con participación privada dados los límites legales en el endeudamiento de las administraciones. Cuando la crisis asomó se quiere aprovechar para aplicar a rajatabla el ideario liberal cediendo de manera progresiva toda la gestión pública a empresas privadas para conseguir dinero a corto plazo y enjuagar las deudas contraídas.

La masiva respuesta de los profesionales de sobras conocida, la Marea Blanca, consecuencia lógica de medidas tan agresivas

También esta vez se realiza sin que haya existido el necesario debate, sin que los expertos en economía, en gestión, en sanidad, en legislación ni en ninguna materia hayan presentado análisis objetivos que avalen la necesidad del cambio de modelo y las consecuencias positivas o negativas para la atención sanitaria de la población madrileña.

Los ciudadanos: conviene echar un vistazo al documento del poco sospechoso Instituto de Estudios Fiscales dependiente del Ministerio de Economía, opiniones y actitudes fiscales de los españoles en 2012. Es una encuesta anual y los gráficos son fáciles de interpretar. En la página 26 puede verse que el 40% de los encuestados considera que ningún servicio público está bien gestionado, aunque de los que sí señalan alguno la sanidad sale la mejor parada, con el 22% frente

a transportes, educación, infraestructuras, etc., y, además, la nota media está disminuyendo. Pero en la página 27 se refleja que existe un apoyo menor del 10% a la gestión o financiación privada de cualquier servicio público esencial, y también en este caso la valoración de la gestión privada es a la baja en los últimos años. Además, aunque no se mide aquí, conviene comparar estos datos con las valoraciones que hacen los ciudadanos de las diferentes profesiones, en las que los sanitarios salimos siempre en lo más alto del ranking, por encima del 9, a diferencia de los políticos, donde el aprobado es una excepción.

(http://www.ief.es/documentos/recursos/publicaciones/documentos_trabajo/2013_21.pdf)

Los profesionales: la masiva respuesta de los profesionales es de sobras conocida, la Marea Blanca, consecuencia lógica a unas medidas tan agresivas que desbordó la previsión de la Consejería de Sanidad, acostumbrada a la mansedumbre. Aun así, solo la presión judicial ha sido capaz de frenar la ejecución del proyecto, ya que la disposición al diálogo y el acuerdo ha sido siempre nula.

La función pública: tenemos unos excelentes profesionales reconocidos dentro y fuera de España, formados mayoritariamente en universidades y hospitales públicos, que creen y desarrollan un trabajo para el que se han preparado y al que han optado en procesos abiertos y transparentes. En ese punto, reconocer también que el sistema de función pública se rige por normas obsoletas, poco ágiles y desmotivadoras, en las que a menudo la función de los representantes de los trabajadores se transforma en garante de la rigidez y el disparate. A menudo lo asombroso es que el sistema siga funcionando, incluso de forma eficiente, aunque con evidentes síntomas de agotamiento en el caso del sistema sanitario, donde el acercamiento del coste en porcentaje del PIB respecto a otros países no se ha visto acompañado de un acercamiento en calidad percibida.

Los políticos y la gestión sanitaria: al igual que el resto de la

administración pública, ya sean ayuntamientos, comunidades o ministerios, existen miles de cargos a disposición de los partidos políticos en todo el país, nombrados sin ninguna exigencia de la más mínima cualificación, experiencia y/o capacidad. Además de forma progresiva la designación digital, también llamados "puestos de confianza", se ha ido extendiendo hasta el más mísero puesto de responsabilidad, por ejemplo, un servicio hospitalario o un centro de salud. Es decir, se crea toda una cadena de obediencia en la que los nombramientos y permanencia en el puesto no son por capacidad, sino por fidelidad, siendo el último eslabón el que ha de dirigir la actividad de los profesionales, transformando las consignas en instrucciones, interfiriendo más que normalizando la actividad de los profesionales.

La experiencia: la privatización de los servicios en España no se ha visto acompañada de una mejoría en la prestación, y ni siquiera de un abaratamiento, pero sí en una excusa de los responsables últimos, los políticos, cuando no funciona, como, por ejemplo, en el reciente conflicto de la limpieza de Madrid. También tenemos el ejemplo de los servicios privatizados, como la energía o las comunicaciones, con las compañías obteniendo unos beneficios desorbitados mientras que los ciudadanos tenemos unas facturas muy superiores a los países de nuestro entorno y el gobierno carece de mecanismos de control o de regulación para impedirlo.

¿Es eficaz la privatización? Sí, sobre todo para aquellos que se hacen con la prestación de los servicios, y sin duda en una primera fase con selección positiva de profesionales. Sin embargo, a medida que el Estado pierde la capacidad de control y regulación, los lobbies controlarán los precios con un previsible mayor coste para los ciudadanos y dejarán a los profesionales en el desamparo del mercado, con salarios y condiciones de trabajo arbitrarios en función de la oferta y la demanda. Ya hay enfermeros mileuristas en los nuevos hospitales madrileños de gestión privada.

¿Hay alternativa? La alternativa necesaria, imprescindible y nunca abordada en toda la Administración Pública, incluida la sanidad, es la despolitización de la gestión y la reforma a fondo de la función pública. Es necesario que cambie la legislación para obligar a que la



gestión clínica sea realizada por equipos profesionales, capacitados y nombrados de manera independiente, siendo los políticos los responsables de exigir los resultados acordados y tomar las medidas de control y supervisión, pero no la dirección ejecutiva. Se ha de limitar el nivel máximo de designación política, por ejemplo, director general o similar, y quizás entonces dejaremos de trabajar para los partidos políticos y comenzarán los políticos a trabajar para los ciudadanos, aunque puede que entonces ya no les resulte a muchos tan atractivo. En Madrid la propuesta de las sociedades profesionales es la Autonomía de Gestión en los Centros de Salud, algo similar se está empezando a hacer en otros sitios, en la que reivindicamos la gestión clínica como parte de nuestro trabajo que nunca se ha permitido desarrollar, sin necesidad de implicarnos en la gestión empresarial o económica, que la mayoría no deseamos ni como dueños ni como empleados.

¿Es utópico? Seguramente sí, mientras dejemos que los partidos nos lleven a su terreno, nos embarquen en culpabilizar a “los otros”, no escuchan la voz de los ciudadanos y no se cambie el modelo de sociedad para adaptarla al siglo XXI seguiremos anclados en el pasado. Las movilizaciones sociales de los últimos años y el amago de rescate europeo han demostrado que no solo no es utópico, sino que es imprescindible, y quizás tengamos que defenderlo cada uno desde nuestro lugar, pero mientras sigamos mirando el dedo no será posible ver la Luna.

Dr. Paulino Cubero González
Médico de Familia
Director del Centro de Salud General Ricardos. Madrid

El debat públic/privat en el sistema sanitari

En els darrers anys, amb l'aparició de noves formes de gestió, i recentment amb les propostes de concessió administrativa de sis hospitals de titularitat pública de la Comunitat de Madrid, s'ha revifat el debat públic/privat en l'àmbit sanitari. Sovint hi ha una elevada confusió terminològica que desdibuixa els arguments dels uns i dels altres. Intentem aclarir el panorama.

Sistemes sanitaris

Es pot definir un sistema sanitari

Taula 1. Elements dels sistemes sanitaris

ELEMENTS DEL SISTEMA		AGENTS
Població		-
Provisió de serveis	Gestió dels serveis	Públics/Privats
	Mitjans de producció	Públics/Privats
Finançament		Públics/Privats
Assegurament		Públic/Privats
Regulació		Públics

com el conjunt de recursos i serveis (persones, instal·lacions, finançament, etc.) de què disposa un país per fer front a les necessitats de salut dels seus ciutadans per garantir-los la qualitat de vida, abans i durant la malaltia.

L'essència d'un sistema sanitari és la relació entre una persona (o grup de persones) amb mancances o preocupacions per la seva salut que s'adreça a un metge (o de forma més àmplia, a un col·lectiu de professionals sanitaris) a la recerca d'ajuda. En aquesta relació distingim dos elements fonamentals: la població, que és la receptora de l'atenció sanitària, i els professionals, que actuen com a proveïdors de serveis sanitaris. En la provisió cal diferenciar entre la forma de gestió dels serveis, és a dir, quina configuració jurídica adopta l'organisme que contracta els professionals i organit-

za els serveis (gestió pública quan l'organisme depèn de l'administració pública i gestió privada quan pertany als mateixos professionals o d'altres amb o sense ànim de lucre) i qui és el propietari dels mitjans de producció, és a dir, qui és el titular de les instal·lacions i els equipaments necessaris per dur a terme l'activitat (titularitat pública o titularitat privada). A la vegada, la gestió de l'àmbit públic pot estar sotmesa al dret administratiu o al dret privat.

Un tercer element de qualsevol sistema sanitari, a banda de la població i la provisió, és el finançament, que es considera públic quan l'aporten els pressupostos de les administracions i privat si es pagat per l'usuari directament o indirectament a través de companyies d'assegurament que aquest té contractades. Justament l'assegurament constitueix el quart element de qualsevol sistema i especifica el nivell de cobertura a què té dret cada persona (què hi entra i què no hi entra) i el catàleg de centres i serveis on es poden fer efectives les prestacions contractades. L'assegurament permet desvincular la utilització dels serveis sanitaris del moment del seu pagament. Com en els casos anteriors, les entitats encarregades de l'assegurament poden ser de propietat pública o privada.

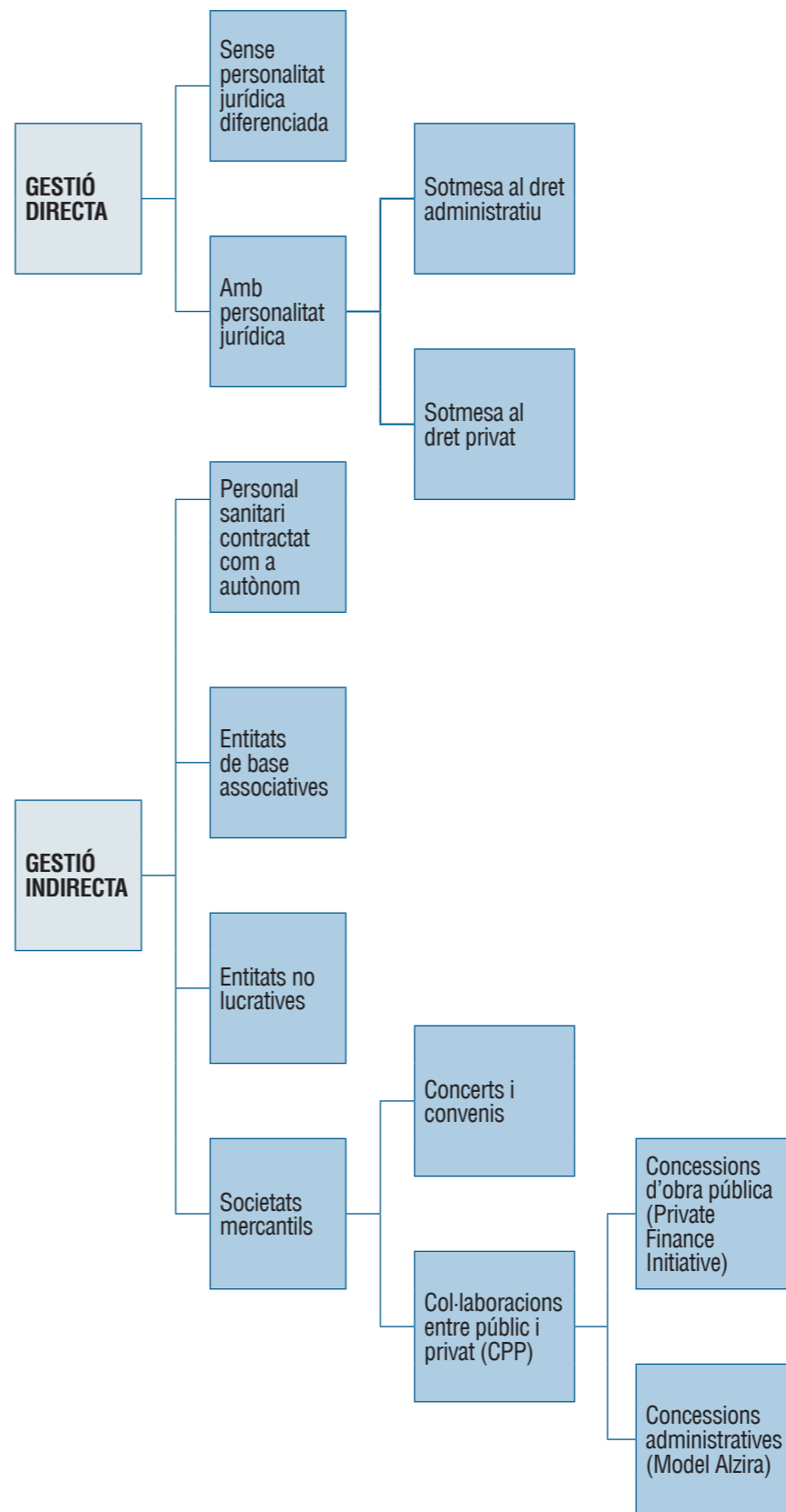
Finalment, qualsevol sistema sanitari està sotmès a una regulació per part dels poders públics, entesa com el conjunt de normes que ordenen el seu funcionament.

L'essència d'un sistema sanitari és la relació entre una persona amb mancances de salut i l'equip mèdic al qual s'adreça

Taula 2. Característiques dels models sanitaris

	MODEL ESTATALISTA	MODEL LIBERAL	MODEL MIXT
Cobertura pública poblacional	Universal	Minoritària	“Quasi” universal
Mitjans de producció i gestió	Públics	Privats	Públics i privats
Finançament	Públic	Privat	Majoritàriament públic
Cartera de serveis	Àmplia de les patologies amb més prevalença	Segons capacitat de pagament	Molt àmplia
Regulació	Molt planificada	Poc planificada	Orientada a resultats

Taula 3. Formes de gestió dels serveis sanitaris



Models sanitaris

La combinació entre tots aquests elements d'un sistema admet múltiples variants i conforma el model sanitari de cada país. Bàsicament es poden establir tres models sani-

taris: el model estatalista, el model liberal i el model mixt.

- El model estatalista postula l'obligació de les administracions públiques de protegir la salut dels individus en tota la seva amplitud,

intervenint-hi directament. És el model adoptat per Cuba i Corea del Nord. Té com a trets definitoris:

- Cobertura pública universal de la població i gratuïtat en el moment d'utilitzar els serveis
- Mitjans de producció i gestió de propietat pública. Aposta per la medicina preventiva i l'educació sanitària davant de la creació de serveis assistencials i la implantació de nous tractaments costosos
- Finançament en la seva totalitat a través de pressupostos públics
- Accés a àmplies prestacions, però amb tendència a desentendre's de les malalties de baixa prevalença, de difícil diagnòstic o tractament i amb poca incidència sobre la població global
- Intensa regulació tant de les condicions d'exercici professional com de la planificació i distribució de recursos, fet que comporta una alta burocratització i rigidesa del sistema
- A l'altre extrem, el model liberal o de lliure mercat considera la salut com un bé de consum. És el que impera als Estats Units d'Amèrica del Nord. Les seves característiques principals són:

- Cobertura pública limitada a grups de població molt desfavorits i/o marginals sense recursos
- Mitjans de producció i gestió privats. Tipologia de recursos condicionada per la relació d'agència entre metge i malalt. Lliure competència
- Finançament bàsicament privat, pagat directament per l'usuari o a través de companyies privades d'assegurament
- Accés a prestacions condicionat per la capacitat de pagament, circumstància que genera discriminació i falta d'equitat
- Regulació limitada a l'establiment de condicions per a l'exercici professional. Distribució dels recursos no planificada, basada en la llei de l'oferta i la demanda
- En una situació intermèdia entre els models anteriors, el model mixt és propi de la majoria dels països occidentals, inclosa la Unió Europea i Espanya. Dins del model mixt, cal distingir el sistema Bismarck, finançat a través de quotes a la Seguretat Social de treballadors i empresaris, del model Beveridge, finançat a través d'impostos. Aquest darrer comporta una cobertura poblacional universal i una redistribució social dels recursos assignats a salut. La majoria dels models mix-

tos tenen en comú:

- Cobertura pública quasi universal de la població
- Coexistència de mitjans de producció i gestió públics i privats, obligats a la salvaguarda d'uns paràmetres de qualitat assistencial
- Finançament majoritàriament públic, amb participació del sector privat a través de copagament o per la prestació de serveis directament demanats per l'usuari
- Accés a una cartera de prestacions molt àmplia, amb un elevat cost que en condiona la viabilitat econòmica
- Regulació orientada a assegurar la continuïtat del sistema i l'equitat de resultats

Així doncs, els models sanitaris queden configurats per una determinada combinació de participació pública/privada en la provisió, el finançament i l'assegurament. En general, es considera que un model és públic quan el finançament depèn majoritàriament dels pressupostos de les administracions i hi ha una àmplia cobertura poblacional. Aquests són els elements determinants que deslliguen l'accés als serveis de la capacitat de pagament de cada individu.

En molts països, s'estan fent esforços per mantenir els actuals estàndards de provisió de serveis sanitaris amb un consum de recursos públics que sigui sostenible. Moltes de les reformes organitzatives dels sistemes sanitaris s'han fet en nom d'una major eficiència i d'una contenció dels costos de la prestació dels serveis públics i habitualment afecten la forma de gestió dels serveis de salut i deixen de banda la resta d'elements del sistema sanitari.

Les formes de gestió dels serveis sanitaris

La Llei General de Sanitat de 1986 va configurar el Sistema Nacional de Salut (SNS) com el conjunt d'estructures i serveis públics al servei de la salut. El SNS integra totes les funcions i prestacions sanitàries que són responsabilitat dels poders públics (estat i comunitats autònomes) per assegurar el dret a la protecció de la salut. En l'ordenament jurídic vigent, no hi ha dubte del caràcter públic del sistema.

Ara bé, la legislació regula diverses formes de gestió dels serveis que són competència i responsabilitat de les administracions. Els poders públics estan obligats a

Els poders públics estan obligats a garantir les prestacions sanitàries, però poden utilitzar diverses formes de gestió contemplades per la llei

garantir les prestacions sanitàries, però poden utilitzar les formes de gestió contemplades per la llei. Les opcions que es plantegen són les següents:

- Gestió directa. En aquest cas, la prestació del servei es porta a terme des de la mateixa Administració. Són possibles dues alternatives:
 - La gestió directa administrativa, sense formes jurídiques diferenciades, a través de les estructures ordinàries de l'Administració (directament des dels ministeris, conselleries o departaments)
 - La creació d'organismes amb personalitat jurídica, ja siguin sotmesos al dret administratiu (en el cas dels organismes autònoms) o al dret privat (en el cas d'entitats públiques empresarials, societats mercantils públiques o fundacions)
- Gestió indirecta. En aquesta alternativa, els poders públics encomanen la prestació del servei a una entitat privada en virtut d'un contracte. L'empresa gestora indirecta actua com a col·laboradora de l'Administració per portar a terme activitats que són de la seva competència i responsabilitat. Els poders públics conserven la competència i responsabilitat i exerceixen l'autoritat. Segons la tipologia d'entitats privades, podem distingir:

- Personal sanitari contractat com a autònom
- Entitats de base associativa (EBA)
- Contractes i concerts amb entitats no lucratives
- Societats mercantils amb ànim de lucre, vinculades a través de:
 - Concerts i convenis, de llarga tradició i que en origen es configuren com un mitjà subsidiari quan l'Administració no disposava dels mitjans per garantir l'efectivitat de les prestacions.
 - Concessions (col·laboracions entre públic i privat —CPP—), com ara les concessions d'obra pública (construcció d'una infraestructura sanitària a canvi de la gestió de serveis no assistencials —neteja, bugaderia, pàrquing...—) o les concessions administratives de gestió integral

(construcció d'una infraestructura sanitària a canvi de la gestió de la prestació de serveis sanitaris i complementaris a una població —model Alzira—).

La privatització de la gestió

Encara que estrictament la privatització fa referència a la transferència de la propietat o el control de les activitats públiques al sector privat, sovint s'inclou sota aquest concepte qualsevol pèrdua de protagonisme públic en favor del sector privat, inclosa l'equiparació de l'empresa pública i la privada o les mesures de desregulació.

Tenint en compte aquesta concepció àmplia, es poden distingir tres tipus de privatitzacions:

- La privatització substancial o material. Suposa la transferència efectiva al sector privat de tasques o funcions que eren competència i responsabilitat de les administracions públiques. Comporta la transferència total o parcial de la propietat de les empreses i una pèrdua d'influència decisiva del sector públic que deixa de tenir la competència i la responsabilitat, encara que manté la capacitat de regulació. En l'àmbit de la salut, a l'Estat espanyol no s'han fet propostes d'aquest tipus, que, com hem vist abans, desbordarien el marc jurídic i constitucional vigent. Sí que s'han portat a terme iniciatives de privatització material en els camps de les telecomunicacions (Telefónica), de l'energia (Endesa, Red Eléctrica Española) o dels hidrocarburs (Gas Natural, Repsol)
- La privatització funcional. Es tracta de la gestió indirecta de tasques o funcions públiques a través d'empresaris privats, en virtut de contractes, concerts o concessions. La privatització funcional es dona quan l'Administració decideix passar des d'una forma de gestió directa fins a alguna de les opcions de gestió indirecta. Es manté el caràcter públic de l'activitat
- La privatització formal. Fa referència a la gestió directa de funcions i tasques públiques a través d'en-

titats instrumentals pròpies de l'Administració, però sotmeses al dret privat. En la privatització formal, els poders públics mantenen la gestió directa, però es passa de l'aplicació del dret administratiu al dret privat. La jurisprudència estableix que en el cas de la prestació de l'assistència sanitària no s'han d'exercir potestats administratives i que es pot recórrer al dret privat si es considera que així s'obté una major eficàcia. En aquest cas, es manté la titularitat i el caràcter públic de l'activitat.

Les diverses alternatives han estat presentades. La defensa i la tria de l'opció més adequada per a la societat es presenta difícil, ja que cal conjuminar el respecte dels principis rectorials tradicionals del sistema sanitari (universalitat, solidaritat i equitat) amb les normes de bon govern, com ara la transparència, la rendició de comptes, la participació dels agents en les decisions, l'ètica o la bona pràctica professional, tot basat en criteris contrastats d'eficiència, d'avaluació de les experiències i d'evidència científica.

Dr. Felip Benavent

Regió Sanitària Alt Pirineu i Aran

BIBLIOGRAFIA

- Cabo Salvador J. Sistemas sanitarios en la Unión Europea. En Gestión Sanitaria Integral: Pública y Privada Capítulo 2. Estructura organizativa, financiación, gasto, provisión de servicios y desarrollo de los sistemas sanitarios en los países de la Comunidad Económica Europea. <http://www.gestion-sanitaria.com/1-sistemas-sanitarios-union-europea.html>
- González-Varas Ibáñez S. El concepto y las formas de privatización. Revista Española de Control Externo. Tribunal de Cuentas. Enero 2001; 3(7):77-102.
- Menéndez Reixach A. La gestión indirecta de la asistencia sanitaria pública. Reflexiones en torno al debate sobre la privatización de la sanidad. Rev Adm Sanit. 2008; 6(2):269-96.
- Sánchez Carreira MC. Una visión crítica del proceso de privatizaciones en la economía española. En VIII Jornadas de Economía Crítica sobre la Globalización, Regulación Pública y Desigualdades. Valladolid, 28 de febrero al 2 de marzo de 2002 [CD-ROM].
- Sánchez F, Abellán JM, Oliva J. Gestión pública y gestión privada de servicios sanitarios públicos: más allá del ruido y la furia, una comparación internacional. Documento de trabajo 4/2013. Real Instituto Elcano.

Madrid, 7/3/2013.

Unió Catalana d'Hospitals. Repensant el model sanitari. Anàlisi i propostes per a una revisió constructiva del model sanitari català. Setembre 2011. http://www.uch.cat/documents/repensant_el_model_sanitari.pdf

¿Es posible combinar profesión y economía de la salud?

Siglo XXI. Tenemos una medicina sofisticada en red, profesionales interconectados a través de las redes sociales, podemos compartir experiencias en cualquier parte del mundo, vivimos en la sociedad mejor formada de la historia, tenemos acceso a tratamientos de última generación, todo un abanico de medios tecnológicos al servicio del sistema sanitario, y, sin embargo, nuestro sistema sanitario se basa en una estructura cuasi decimonónica fuertemente jerarquizada y funcional, que confiere una rigidez al sistema que le hace perder agilidad en la ejecución de las nuevas directrices.

Los profesionales que integramos el sistema sanitario estudiamos en universidades donde la ortodoxa formación curricular no contempla criterios económicos en nuestra práctica clínica, y hasta la fecha tampoco habíamos planteado su integración en nuestra práctica diaria.

Como resultado, tenemos un sistema sanitario de gran prestigio y difícil gobierno.

En momentos de cambio, como el actual, las rígidas bases del sistema hacen que nos preguntemos si la fórmula actual continúa vigente o se necesita explorar nuevas vías que, sin disminuir la calidad asistencial, introduzcan una visión económica en el modelo.

El debate exige contrastar diferentes modelos de gestión: público, privado o una combinación de los anteriores.

¿Realmente pensamos que toda la red pública que absorbe la tecnología y especialización puede soportarse con fórmulas privadas?

¿Realmente corremos el riesgo de dilapidar el patrimonio social con un

sistema de colaboración público-privado donde la financiación pública se traslada a una entidad privada, con empresas con ánimo de lucro y capital especulativo?

¿Realmente la red hospitalaria pública se puede externalizar a tenor de las experiencias previas? (modelo Alcira)

Si queremos avanzar hacia un modelo sanitario en red, en el que el paciente sea el centro del modelo, ¿es oportuno fragmentar su continuidad asistencial por el sistema?

Bien, ahora toca pensar en el nuevo profesionalismo médico, donde el ejercicio de la medicina moderna no debe considerarse como un asunto aislado. Parece una tarea difícil y su logro tal vez pasará por un ajuste en los roles y actitudes de los profesionales del siglo XXI.

No solo será necesaria la adquisición de conocimientos, habilidades y competencias, sino que será preciso integrar la dimensión de economía de la salud. El profesional se debe responsabilizar de la salud de la comunidad, y para ello debemos integrar en nuestra profesión los resultados en salud. Debíamos ser garantes de la continuidad de un modelo equitativo que no solo ofrece salud, sino también cohesión social.

El profesional del siglo XXI debe pensar si en su ejercicio diario sobretrata, si medicalizamos la prevención, si sobreirradiamos con pruebas de imagen innecesarias. ¿Cuántos medicamentos de bajo valor o test de laboratorio redundantes usamos? ¿Analizamos la seguridad clínica, los errores médicos, los ingresos relacionados clínicamente u hospitalizaciones potencialmente evitables? ¿Utilizamos quimioterapias compasivas? ¿Tecnificamos inapropiadamente el final de vida?

Por otra parte, aunque nadie discute los conceptos de eficiencia, sostenibilidad y equidad, estos no pueden ser a coste del progresivo deterioro de las condiciones laborales de los profesionales sanitarios y debíamos velar por el prestigio social como colectivo, evitando la inversión de valores sociales.

Si creemos que el profesional debe desarrollar su práctica diaria integrando los criterios descritos, los gobiernos deberían contar con ellos para diseñar las políticas sanitarias, la palanca de cambio solo puede funcionar si existe colaboración entre gestores y profesionales sanitarios.

Junta de Govern del COMLL