

## **CAPÍTOL 2: PLANTEJAMENT DEL PROBLEMA OBJECTE D'ESTUDI**

- 2.1. EVOLUCIÓ HISTÒRICA DEL SISTEMA SANITARI ESPANYOL**
- 2.2. EVOLUCIÓ HISTÒRICA DEL SISTEMA SANITARI CATALÀ**
- 2.3. INFLUÈNCIA DE L'ENTORN EN EL DESENVOLUPAMENT DE LA GESTIÓ DELS HOSPITALS PÚBLICS CONTRACTATS**
- 2.4. CONCRECIÓ DEL PROBLEMA OBJECTE D'ESTUDI**

### **1.9. EVOLUCIÓ HISTÒRICA DEL SISTEMA SANITARI ESPANYOL**

Al parlar de la història (Quadre 2.1) del sistema sanitari espanyol (Temes 1997, Gómez et al 2001) hi ha que referir-se a dues etapes: abans i després de la Llei General de Sanitat (Ley 14/1986), a l'any 1986. Abans de la seva promulgació, coexistien dintre del sistema públic múltiples xarxes assistencials sense coordinació entre elles. L'evolució del sistema sanitari espanyol va lligada a la història i al desenvolupament de la Seguretat Social. L'assistència sanitària de la Seguretat Social, davant l'escàs desenvolupament d'altres xarxes assistencials, tant de la beneficència pública com de la sanitat privada, pren un protagonisme decisiu a partir dels anys setanta (Parra et al 2000). A diferència del que succeïa a la majoria dels països europeus (Saitman et al 1997, OCDE 1998a,b), la Seguretat Social espanyola desenvolupa una extensa xarxa ambulatoria i hospitalària de centres i serveis propis per l'assistència de medicina general i d'especialitats. A la vegada va ampliant-se la cobertura de la població (del 53.1% al 1966 al 81.7% al 1978 fins al 99.6% al 1998). Aquest protagonisme assoleix les seves màximes cotes amb el desenvolupament d'una xarxa hospitalària distribuïda en tot el territori espanyol, a excepció de Catalunya. Malgrat que tot sistema sanitari basat en les necessitats dels ciutadans s'ha reconstruït sobre l'atenció primària de salut (Villabí et al 2000). Els hospitals de la Seguretat Social es troben a l'avantguarda de la medicina moderna en les facetes de dotació tecnològica i

qualitat tècnica dels professionals, sent igualment aquests hospitals els propulsors de la formació de metges especialistes a través d'un sistema d'internat i residència.

La Constitució Espanyola del 1978 (Constitución 1978), en el seu article 43, reconeix el dret a la protecció de la salut i encomana als poders públics organitzar i tutelar la salut pública a través de mesures preventives i de les prestacions i els serveis necessaris. El que implica, per tant, la necessitat de realitzar una reforma sanitària. En compliment d'aquest mandat constitucional, s'aprova la Llei General de Sanitat, i s'estableix un canvi transcendent en l'assistència medicosanitària, ja que transforma un sistema de Seguretat Social en un model de Sistema Nacional de Salut en el que s'integren les xarxes assistencials existents i el seu eix són les Comunitats Autònomes. El Sistema Nacional de Salut (SNS) és el conjunt dels serveis de salut de l'administració de l'Estat i dels serveis de salut de les Comunitats Autònomes (CCAA) convenientment coordinats. El SNS es basa en la salut com concepte integral, la salut per a tothom com base de solidaritat, la participació comunitària i els drets dels usuaris. Les set característiques fonamentals del SNS són:

- La universalització per a tots els ciutadans en condicions d'igualtat, (el 99.6% a l'any 1998), malgrat l'oposició de certs sectors involucionistes (Lluch 1998).
- L'esquema de finançament del SNS va tornar a revisar-se en els anys 1994 (Sánchez et al 1995) i 1997 (Cabasés 1998), amb l'objectiu d'avançar vers un model financer que permetés corregir els desequilibris territorials existents. El finançament majoritari és per ingressos de l'Estat, el 98.5% per impostos a l'any 1999 i del 100 % a l'any 2002.
- La descentralització a les CCAA, el 100% de les funcions de salut pública, i la gestió dels serveis de salut, que fins desembre de l'any 2001 (Sanchez 2001) havia estat competència directa de l'Administració General de l'Estat, a través del Instituto Nacional de Salud (INSALUD) adscrit al Ministeri de Sanitat i Consum, excepte en el cas de les CCAA de Catalunya i sis més.

- La coordinació de tots els recursos assistencials, per assegurar un sistema, harmònic i eficaç, amb la integració de polítiques de promoció de la salut junt a prestacions mèdiques i farmacèutiques.
- El Consell Interterritorial del SNS constitueix l'instrument cabdal per la coordinació sanitària entre les Administracions Públiques, és un òrgan col·legiat integrat per un representant de cadascuna de les disset CCAA i per igual nombre de representants de l'Administració de l'Estat.
- Equitat en l'accés, de manera que no es produeixin discriminacions per raons geogràfiques.
- Organització territorial dels serveis de salut en àrees de salut i zones bàsiques de salut, definides per les CCAA en els seus respectius mapes sanitaris.

L'informe de la Comissió d'Anàlisi i Avaluació del Sistema Nacional de Salut, o Informe Abril (1991), recollia en les seves 64 recomanacions una gran part de mesures de bona administració, àmpliament compartida per nombrosos experts, com per exemple assignar recursos als centres hospitalaris en funció de la seva activitat i no de la despesa històrica (Comisión de Análisis 1996). L'informe Abril coincidia amb les propostes reformistes de la sanitat en la necessitat de diferenciar les funcions d'assegurament i provisió dels serveis (el que permetria abandonar la rigidesa del dret administratiu) i donar als centres, en especial als hospitals, una autonomia de gestió, de tal manera que fossin empreses públiques de serveis. Aquest enfocament, plantejat des d'un apropament tècnic, tenia i segueix tenint, una correlació fortament política (Eloia 2001).

La descentralització de la gestió, a més de ser un possible instrument per a la millora de l'eficiència dels serveis sanitaris públics és, des de la perspectiva política, un medi necessari per reequilibrar la distribució del poder dins del Sistema Nacional de Salut, facilitant la transparència de la gestió i possibilitant la participació dels professionals i dels ciutadans, dèficits democràtics heretats.

## QUADRE 2.1. EVOLUCIÓ DE LA LEGISLACIÓ SANITÀRIA A ESPANYA I CATALUNYA

1855	La llei Orgànica de Sanitat crea per primera vegada un marc organitzatiu sanitari depenent del Ministeri de la Governació. Es constitueix la Beneficiència, depenent de les diputacions provincials.
1900	Llei sobre Accidents de Treball, inici del sistema de previsió social.
1908	Es crea l'Institut Nacional de Previsió (INP), encarregat de la gestió de la protecció contra diversos riscos, entre ells el de la necessitat d'assistència sanitària.
1929	Establiment de l'Assegurança Obligatòria de Maternitat.
1942	Llei que implanta l'Assegurança Obligatòria de Malaltia (SOE).
1944	Aprovació de la Llei de Bases de Sanitat en la que s'atribueix a l'Estat l'exercici de la funció pública de Sanitat.
1963	Aprovació de la Llei de Bases de Sanitat, que suposa la superació dels esquemes propis del SOE i la introducció d'un concepte modern de Seguretat Social.
1977	Es crea el Ministeri de Sanitat i Seguretat Social.
1978	S'aprova la Constitució Espanyola.
1979	S'aprova l'Estatut d'Autonomia de Catalunya.
1981	Elaboració del Mapa Sanitari de Catalunya. Inici del procés de transferències de gestió de l'assistència sanitària a les CCAA (Catalunya). Es crea el Ministeri de Sanitat i Consum i, el Ministeri de Treball i Seguretat Social. Ordre d'Accreditació Hospitalària (Catalunya). Ordre de Concerts (Catalunya).
1983	Aprovació de la Llei d'Administració Institucional de la Sanitat, Assistència i Serveis Socials de Catalunya. Creació de l'Institut Català de la Salut com a entitat gestora dels centres i serveis de la Seguretat Social a Catalunya.
1984	Inici de la reforma de l'atenció primària de l'INSALUD.

Font: elaboració pròpia

## QUADRE 2.1. (cont.) EVOLUCIÓ DE LA LEGISLACIÓ SANITÀRIA A ESPANYA I CATALUNYA

1985	Constitució de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública (XHUP). Elaboració del Pla de Reordenació Hospitalària (PRH). Inici de la reforma de l'atenció primària a Catalunya.
1986	S'aprova la Llei General de Sanitat.
1989	Inici del canvi de finançament del sistema sanitari públic, de quotes a impostos.
1990	Aprovació de la Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya. Creació del Servei Català de la Salut.
1991	Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud (Informe Abril).
1995	S'ordenen les prestacions sanitàries del Sistema Nacional de Salud. Es modifica la Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya.
1997	Aprovació de la Llei sobre habilitació de noves formes de gestió del Sistema Nacional de Salud.
2000	Creació del Sistema Sanitari Integrat d'Utilització Pública de Catalunya. Noves formes de gestió de l'INSALUD. Reestructuració del Servei Català de la Salut.
2001	Transferència de l'INSALUD a totes les CCAA sense competències de gestió.

*Font: elaboració pròpia.*

L'any 1991, l'impuls reformista de l'equip ministerial va culminar en una proposta de reforma de l'organització i gestió de l'INSALUD, que pretenia dotar a aquesta entitat de personalitat jurídica pròpia, sometent parcialment la seva gestió al dret privat (una modificació parcial que havia adoptat el Servei Català de la Salut i que més tard desenvoluparia Osakidetza), atorgant progressivament autonomia de gestió als hospitals, que es transformarien en empreses públiques. La proposta va fracassar, més per l'oposició interna del mateix Govern que per l'oposició sindical. El fracàs de la reforma de la gestió de l'INSALUD va tenir l'efecte de proporcionar arguments als defensors de la gestió privada de la sanitat. Si el sistema sanitari públic no era capaç de dotar-

se internament d'una organització i gestió més flexible i eficient, hauria de ser la gestió privada la que transformés el sistema.

El nou equip ministerial del govern sorgit a partir de les eleccions generals de l'any 1996, va propiciar l'aplicació de la fórmula jurídic-administrativa de les Fundacions (Ley 30/94) a l'àmbit de l'INSALUD, que es concreta a les experiències pilot dels hospitals de nova creació d'Alcorcón i Manacor. En els seus estatuts s'estableixen els seus fins, les regles bàsiques de funcionament, així com els òrgans de govern i representació. L'òrgan de govern de la fundació és el patronat. La funció de control és exercida pel protectorat, missió que a l'àmbit sanitari correspon al Ministeri de Sanitat i Consum. Aquesta forma jurídica s'havia aplicat de forma experimental a Galícia, per a la gestió d'hospitals públics a partir de l'experiència pilot de la Fundació Hospital Verín i en d'altres posteriorment. El règim jurídic de personal contractat per aquestes fundacions hospitalàries s'ajusta a les normes del dret laboral, si bé són d'aplicació a les contractacions els principis de mèrit, capacitat i publicitat. Les fundacions estan sotmeses al règim de control financer previst a la Llei General de Pressupostos. L'any 1998, el Ministeri d'Economia i Hisenda va establir forts controls pressupostaris i nombroses limitacions a l'autonomia de gestió d'aquests experiències pilot.

L'any 1997, una de les primeres mesures del govern espanyol, va ser promoure la creació d'una Subcomissió Parlamentària per a la Consolidació i Millora del Sistema Nacional de Salut (Acuerdo parlamentario 1997), que havia d'assolir un acord entre els diferents grups parlamentaris sobre les mesures de reforma a introduir en la sanitat pública. Es tractava, en certa manera, de reanimar el debat frustrat de l'informe Abril (Eloia 2001). El Treball de la Subcomissió va servir per fer patent que les posicions dels diferents agents i organitzacions en relació amb la sanitat no s'havien modificat pràcticament des dels treballs de l'Informe Abril, amb la notable excepció de Comissions Obreres, que ha evolucionat a posicions més favorables a la reforma de l'organització i gestió del sistema. Així l'acord de les Corts de 18 de desembre de 1997, de Consolidació i Modernització del Sistema Nacional de Salut (Acuerdo parlamentario 1997) es resumeix en quatre directrius:

- La consolidació de l'assegurament sanitari públic, universal i no contributiu, sota els principis d'unitat i solidaritat.
- La garantia de suficiència, equitat i estabilitat del finançament sanitari, a mig i llarg termini.
- La modernització i flexibilització de les organitzacions sanitàries, amb la redefinició del paper dels usuaris i la participació dels professionals.
- El ple desenvolupament del model territorial previst en la Llei General de Sanitat.

Quatre disposicions legislatives recents (Ley 6/97, Ley 15/97, Ley 50/98, R Decreto 29/2000), són els referents bàsics per analitzar el marc de regulació de les noves formes organitzatives de la sanitat espanyola. La Llei 15/97 persegueix obrir la provisió de serveis sanitaris a totes les possibilitats organitzatives admeses en l'ordenament jurídic espanyol. A tal efecte, únicament estableix dues restriccions: mantenir el caràcter de servei públic de l'assistència, i la titularitat pública de les formes de provisió de serveis. La Llei 6/97 (LOFAGE) aspira a una important racionalització estatal de les formes jurídico-organitzatives de l'administració pública. L'article 11 de la Llei 50/98, crea la Fundació Pública Sanitària, tanmateix no són fundacions sinó entitats públiques empresarials específiques del sector sanitari. El reial decret 29/2000 s'emmarca dins del necessari procés de flexibilització, descentralització i autonomia de la gestió sanitària, contribuint d'aquesta manera a la millora de l'eficàcia i eficiència del Sistema Nacional de Salut i a la seva consolidació, a la vegada que es reforcen els principis que inspiren el mateix, com la universalització de l'assistència sanitària, el finançament públic i l'equitat a l'accés a les prestacions i serveis. Així mateix configura un model de gestió que, pel que es refereix a l'àrea assistencial, s'orienta a donar una resposta integrada i coordinada al pacient a fi de satisfer de forma eficient les seves necessitats.

Això es concreta, d'una part, en la creació d'Àrees Clíniques o agrupacions funcionals d'unitats assistencials i, d'una altra, en els òrgans de direcció, els quals, encara que no es concreti, per possibilitar la seva adaptació a les

característiques de cada centre sanitari, hauran de donar resposta a aquest plantejament. Per això, amb caràcter general, existirà un òrgan directiu responsable de l'activitat assistencial, i el seu titular serà un metge designat amb participació de la Comissió Clínica, enfortint-se d'aquesta manera el protagonisme dels professionals a la gestió dels centres hospitalaris del territori INSALUD.

## **2.2. EVOLUCIÓ HISTÒRICA DEL SISTEMA SANITARI CATALÀ**

Quan el 1981 la Generalitat va rebre les primeres transferències sanitàries, els llits d'aguts corresponents a la Seguretat Social només eren un 30% de tota l'oferta de llits a Catalunya (Anònim 1997). A la resta de l'estat espanyol aquest percentatge era superior al 70%. Durant molts anys la manca d'inversions públiques de l'Estat a Catalunya, en sanitat s'havia pal·liat amb les aportacions de la societat civil, que havia desenvolupat un conjunt de centres i serveis sanitaris nascuts de la iniciativa de diverses entitats benèfiques assistencials, de les corporacions locals, de les mutualitats, de l'Església i de societats cooperatives.

L'inici en l'autonomia de gestió dels serveis sanitaris comença amb l'elaboració del Mapa Sanitari de Catalunya (1981), que permet conèixer amb detall la realitat sanitària i constitueix el primer instrument de planificació (Casas et al 1980). Les conclusions d'aquest primer període plantegen la necessitat de definir un sistema sanitari que aprofiti totes les infraestructures existents, mitjançant contractes i concerts amb entitats públiques i privades, amb l'objectiu de complementar els recursos sanitaris i assistencials públics i poder garantir un nivell adequat de qualitat i de prestacions. El 1981 es va aprovar la primera Ordre d'Acreditació, que estableix els requisits d'estructura i de funcionament que havien de complir els centres sanitaris que signaven un concert amb el Departament de Sanitat i Seguretat Social per a la prestació d'assistència



sanitària pública. En aquests anys es comencen a introduir en els centres sanitaris nous criteris de gestió empresarial (Massaguer 1995 ).

El 1985 es crea la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública (XHUP), integrada per tots els centres, independentment de la seva titularitat jurídica, que presten assistència sanitària als titulars i beneficiaris de la Seguretat Social. Els hospitals es veieren immersos en una profunda reordenació que impulsà la seva redistribució territorial, que fomentà la col·laboració entre entitats públiques i privades i que potencià l'adopció de mecanismes de planificació estratègica (Trias 1992a). També el 1985 es va iniciar la Reforma de l'Atenció Primària, amb la constitució d'Equips d'Atenció Primària (EAP). Aquests equips realitzen també tasques de prevenció i d'educació sanitària a la seva Àrea Bàsica de Salut (ABS). La seva finalització està prevista durant l'any 2002.

L'existència d'una realitat històrica diferenciada, basada en un sistema mixt i el canvi cultural que es va introduint durant els anys vuitanta conclouen amb una clara definició estratègica: considerar l'administració sanitària com a finançadora i compradora de serveis, dissociant-la del seu paper de gestora directa de la producció. Com a pas intermediari el 1989 es va crear la Direcció General de Recursos Econòmics del Sistema Sanitari, responsable de la compra dels serveis sanitaris de provisió pública. El pas definitiu es dona el 1990 amb l'aprovació de la Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya (LOSC) (Llei 15/1990). La LOSC introdueix un nou model de servei sanitari que respon a les necessitats dels ciutadans catalans. Els trets característics de la llei es concreten en els següents nou punts:

- Es crea el Servei Català de la Salut (SCS) com a ens públic responsable de la prestació de serveis sanitaris de cobertura pública de Catalunya.
- L'atenció integral de la salut, que inclou la promoció, prevenció, curació i rehabilitació, és un dret universal, exigible per a tots els ciutadans residents a Catalunya.

- Potenciar una descentralització dels serveis sanitaris que permeti superar les desigualtats socials i territorials.
- Configurar un mercat de competència planificada i regulada, mitjançant la separació de les funcions de finançament i de provisió dels serveis i potenciant un procés de diversificació de proveïdors.
- La provisió dels serveis requereix un sistema sanitari mixt, tradicional al país, que permeti aprofitar tots els recursos existents, ja siguin públics o privats.
- L'Administració i l'organització sanitària han de tendir a la racionalització, l'eficàcia, la simplificació i l'eficiència.
- Promoure la diversitat de fórmules de gestió (directa, indirecta o compartida) i s'ha d'obrir als professionals de l'atenció primària la possibilitat de gestió dels centres. (Roma 1994)
- Els centres del sistema sanitari públic s'han d'orientar cap a una concepció d'empreses productives de serveis, definint uns objectius que permetin el control per resultats i amb una gestió empresarial. (Trias 1992b)
- La participació democràtica de la societat en la formulació de la política sanitària i en el control de la seva aplicació mitjançant la representació en tots els nivells de l'estructura del sistema sanitari.

El SCS és l'encarregat de gestionar i d'ordenar la sanitat pública. La creació i el funcionament peculiar d'aquest organisme és l'eix fonamental del model sanitari establert per la Generalitat de Catalunya. El SCS és creat com a ens públic de caràcter institucional. Per garantir la prestació dels serveis sanitaris als ciutadans, el SCS està constituït per tots els recursos sanitaris públics i de cobertura pública, que formen la XHUP. Per apropar els serveis sanitaris a la població i aconseguir una major equitat en l'accés al sistema sanitari, el SCS s'ha estructurat d'una forma desconcertada a través de les regions sanitàries. Catalunya resta dividida en vuit regions sanitàries delimitades a partir de factors geogràfics, socioeconòmics i demogràfics, tenint en consideració

l'ordenació comarcal del territori. Les regions sanitàries despleguen la seva activitat en els àmbits de la planificació, de la compra de serveis, dels sistemes de gestió i de l'atenció al client.

Un dels objectius més importants del desplegament de la Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya (LOSC) és aconseguir una millora substancial i continuada en l'eficiència i l'eficàcia del sistema sanitari públic. Per assolir aquest objectiu, s'ha optat per organitzar aquest sistema diferenciant clarament les responsabilitats de contractació de serveis sanitaris d'aquelles pròpies de la seva provisió (Figura 2.1).

Així, les funcions de contractació han esdevingut exclusives del Servei Català de la Salut, que actua en nom de tots els ciutadans assegurats de la sanitat pública. La provisió de serveis queda oberta, en canvi, a les diferents institucions, públiques o privades, que aportin una oferta adequada, en qualitat i cost, als objectius del sistema sanitari, en un marc de competència regulada (Gallego 2000). Sens dubte, l'eficiència i l'eficàcia de cadascun dels centres i institucions que configuren el sistema determinarà, a mig termini, l'eficiència i



Font: adaptació de Roma J.

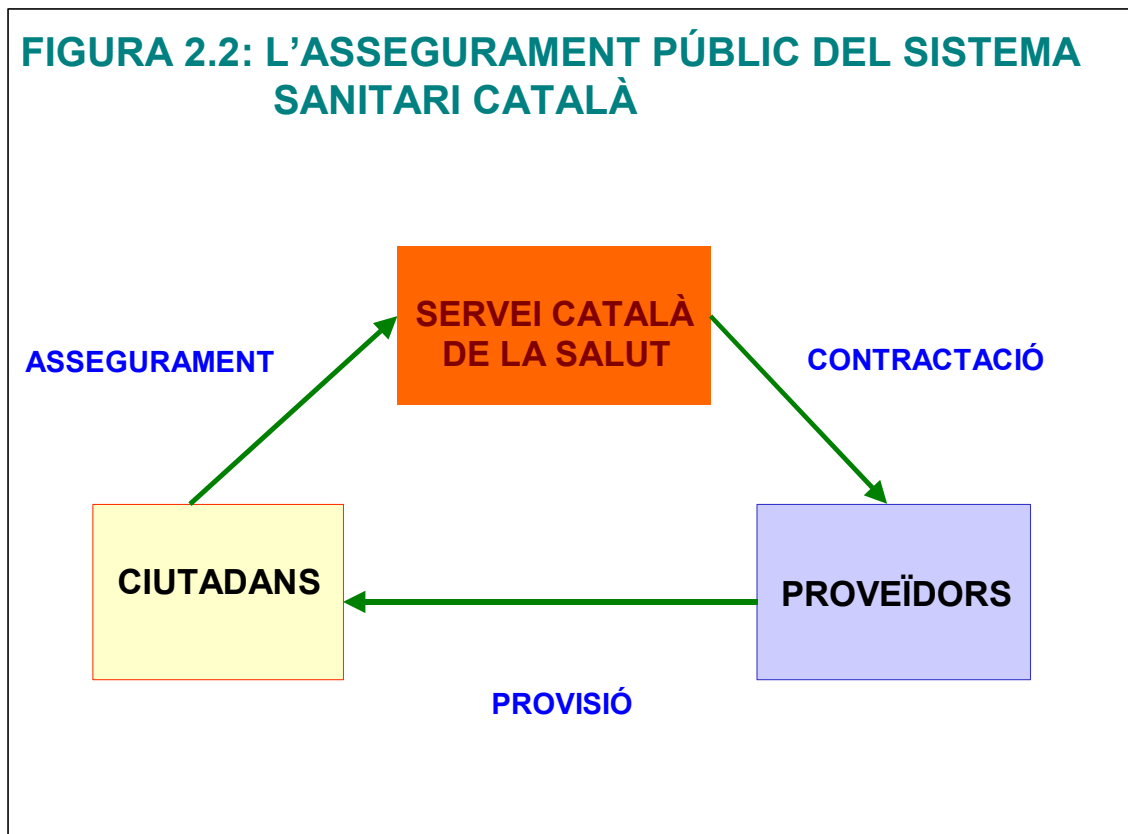
l'eficàcia del conjunt del sistema. S'ha d'afavorir, per tant, el desenvolupament d'institucions i centres de qualitat.

Per tal que aquest plantejament tingui èxit, és imprescindible avançar en la gestió empresarial (Trias 1992b) de tot el conjunt: en la mesura que es sigui capaç d'adoptar sistemes, mecanismes i capacitats que s'han mostrat efectius en altres sectors de l'economia es podrà avançar en la direcció establerta. Aquesta empresarialització progressiva del sistema, juntament amb la separació de funcions, ha de comportar una assignació de responsabilitats i, per tant, estableix un risc que cada institució proveïdora ha de gestionar.

A partir de l'aprovació de la LOSC, el Servei Català de la Salut i l'Institut Català de la Salut són dues institucions independents i amb finalitats pròpies diferenciades. Aquesta configuració del sistema permet definir les responsabilitats d'una manera unívoca: el SCS és el responsable d'assolir els objectius de millora de la salut i de garantir la millor qualitat de servei pels clients en el marc dels recursos disponibles i en defensa dels interessos d'aquests clients.

Per fer-ho, dissenya i estableix un conjunt de contractes amb diferents institucions i en controla els resultats per tal d'assegurar l'assoliment d'aquests objectius amb el màxim aprofitament d'aquests recursos. Els proveïdors són responsables de complir allò que s'estableix en els contractes, és a dir, de lliurar els serveis necessaris amb eficiència i quantitat (Figura 2.1). El sistema d'assistència sanitària pública queda definit en termes de demanda de tots els seus clients (els ciutadans assegurats) que ha de servir i de l'oferta de recursos sanitaris que contractarà el SCS amb els diferents proveïdors (Figura 2.2). El SCS com a Asseguradora Pública, mitjançant els objectius de planificació continguts en el Pla de Salut, actualment realitzat pel Departament de Sanitat i, a través del seguiment del funcionament operatiu del sistema assegurarà l'equilibri necessari entre l'oferta i la de demanda. Les necessitats de salut dels ciutadans són detectades a través del Pla de Salut, que es configura com l'instrument fonamental de planificació sanitària (Sánchez 1999). El Pla s'actualitza cada tres anys i s'avalua anyalment. En els contractes de prestació de serveis

que com a comprador formalitza el SCS amb els centres hospitalaris proveïdors (Vallribera 1994), es determinen les línies assistencials a desenvolupar (altes hospitalàries, atenció ambulatoria, atenció urgent, hospital de dia, cirurgia menor ambulatoria, rehabilitació, etc.), així com els objectius del Pla de Salut i la gestió descentralitzada dels productes intermedis de suport diagnòstic. Aquest sistema de funcionament cristal·litza en els contractes que el SCS fixa amb els proveïdors del sistema públic. Aquests contractes determinen d'una banda, els serveis que han de lliurar les institucions provisoras i el nivell de competència desitjat (qualitat, cost, tecnologia); de l'altra, estableixen la contraprestació econòmica corresponent per a aquests serveis. Els contractes actuen com a element regulador del sistema: estableixen les responsabilitats d'ambdues parts, SCS i proveïdors, i també el risc que ha d'assumir cadascuna de les parts. El funcionament del sistema d'assistència reflecteix la separació de les funcions de contractació de serveis sanitaris de la seva provisió. Un comprador públic, el SCS que distribueix els recursos disponibles entre els diferents proveïdors, públics o privats, en funció d'uns criteris de competència i equitat (Roma 1997).



Font: elaboració pròpia a partir de Roma J.

Un dels aspectes més innovadors de la legislació sanitària de Catalunya ha estat la introducció de la diversitat de fórmules de gestió (directa, indirecta i compartida) que pot emprar el SCS per administrar els serveis i les prestacions del sistema. En aquest entorn, el SCS ha participat en la creació de consorcis de gestió de centres, n'ha cedit la gestió en d'altres i ha constituït diverses empreses públiques (Marsal 1998). També ha facilitat la constitució d'equips de professionals que assumeixin directament la gestió dels centres (López-Casasnovas et al 1999).

La separació de les funcions de finançament i provisió i el procés de diversificació de proveïdors permeten avançar en un entorn de competència orientat cap a la qualitat i la millor gestió dels pressupostos públics. Aquesta competència pública amb la creació de mercats interns ha tingut un impacte important en diferents països europeus amb sistemes nacionals de salut, com Finlàndia, Suècia o la Gran Bretanya i almenys retòricament, també a Catalunya. Els resultats i l'avaluació d'aquestes experiències (Le Grand et al 1998) són objecte de controvèrsia, ofereixen llums i ombres i, inevitablement, estan condicionats pels judicis de valor i la ideologia de l'avaluador sobre el desitjable i factible.

Recentment el Servei Català de la Salut, aprofundint en la línia de separació de la funció de comprador, s'ha constituït com l'Asseguradora Pública i ha modificat la seva estructura organitzativa (Decret 260/2000) el que ha comportat alhora la modificació de la del Departament de Sanitat i Seguretat Social (Decret 262/200). L'objectiu actual del SCS és la integració funcional de provisors que garanteixin en un territori determinant l'oferta d'una cartera de serveis comuna i complementària bàsica i suficient per a la població, garantint la coordinació i el nivell més adequat d'assistència per a cada necessitat (Manté 2001) mitjançant l'assignació o pagament capitatiu, el que permet, almenys en teoria, establir una distribució dels recursos disponibles per cada ciutadà cobert, i permet també la mobilitat d'aquest ciutadà, entre territoris o entre proveïdors (López-Casasnovas 1997). L'aplicació eventual a Catalunya d'un finançament capitatiu és un instrument coherent amb el control de la despesa, la finalitat pública d'atendre segons la necessitat sanitària relativa i l'expressió sanitària de l'eficiència per

mitjà de la capacitat resolutiva (Ortún et al 2001). En un escenari en què, des del SCS, s'estableixen un conjunt d'organitzacions sanitàries integrades tal com ha estat anunciat, implica un canvi en els papers i en les relacions existents (Peiró 2001) . Es tracta, per tant, d'un canvi reguladors, un canvi en les regles de joc. I per això cal que els nous jugadors i els que ja hi son, aprenguin el seu paper de bell nou (Ibern et al 2001).

### **2.3. INFLUÈNCIA DE L'ENTORN EN EL DESENVOLUPAMENT DE LA GESTIÓ DELS HOSPITALS PÚBLICS CONTRACTATS.**

És àmpliament conegut, que en l'actualitat els sistemes sanitaris del món occidental estan preocupats pel creixement de l'anomenada factura sanitària, pels problemes de la universalització, per l'accessibilitat i l'equitat, per la llibertat d'elecció, per la garantia de la qualitat i per la seva eficiència (Echebarría 1996, Bengoa et al 1997). El debat és creixent en tots els països, sense que hi hagin respostes senzilles. Les reformes i les contrarreformes i els assaigs de noves fórmules son bona prova d'això (Martín et al 2000).

El sistema sanitari català ha aconseguit oferir, a tota la població, accés pràcticament a tots els serveis que ofereix la medicina moderna, amb raonables nivells d'equitat, qualitat i efectivitat. Aquest sistema sanitari resisteix favorablement qualsevol comparació amb els d'altres països de desenvolupament socioeconòmic semblant i a més a més, a un cost molt raonable: unes 121.854 pessetes per ciutadà i any a Catalunya (Argenté 2000), 417.660 als Estats Units, 378.240 pesseta a Alemanya, 327.520 a França (Martín et al 2000). I amb indicadors de salut més favorables a Catalunya que en aquests països (Gallo et al 2000). Però el sistema sanitari català, com tots, necessita canvis. Doncs se li demanda una adequació d'estructures i mentalitats a la nova realitat social, i sobretot un increment del seu finançament. La renda per càpita (educació i nivell de desenvolupament socioeconòmic) és una variable amb influència directa a la despesa sanitària ( a major renda, major despesa) que

presenta diferències per CCAA a l'estat espanyol i que per si mateixa, justifica el projecte d'integrar la sanitat en el finançament general de les autonomies, de manera que les que vulguin destinar-hi més recursos en funció de les seves necessitats puguin fer-ho. Catalunya hauria de tenir un increment del 9% del seu finançament sanitari, el que representa 70.000 milions anyals. També caldria que Catalunya augmentés del 42% al 55%, la seva despesa sanitària per càpita per equiparar-se a regions europees de renda similar (López-Casasnovas 2001).

En la darrera dècada del segle XX, el sistema sanitari públic català ha viscut una transició històrica que il·lumina noves formes d'organització. En l'arrel d'aquesta transformació es troben tres fenòmens de creixement entrelligats: una revolució tecnològica centrada en les tecnologies de la informació (Castells 1997), la formació d'una economia global que constitueix la unitat d'acció quotidiana dels agents econòmics en temps real i, la flexibilitat dels processos i les organitzacions per a respondre a aquell marc organitzatiu i tecnològic. El conjunt d'aquestes transformacions està afectant profundament a l'estat del benestar construït en el segle XX per les principals economies avançades i que està sent sotmès a un sever procés de canvis i reestructuració (Navarro 2000).

La crisi de l'estat del benestar és, en bona mesura, la crisi de les formes tradicionals de gestió pública. (González-Parámo 1996) En tant, s'assumeix el paper actiu del sector públic en la cohesió social i l'articulació col·lectiva de la solidaritat, aquell necessita introduir canvis a gran escala en la seva concepció i disseny. (Bengoa et al 1997). La despesa pública i la despesa social de l'estat espanyol (com a percentatge del PIB) ha anat disminuint en els últims sis anys, justificant-se aquest descens com necessari per a competir en l'economia globalitzada i integradora en la Unió Europea (Navarro 2000). Un estat de benestar potent constituirà una millor garantia de creixement de la productivitat i del desenvolupament humà, si aconsegueix compassar l'augment en els consums públics i privats amb les millores en la productivitat, si es compensen adequadament les consideracions d'equitat i les d'eficiència i, si la vessant sanitària de l'estat del benestar atorga prioritat a les intervencions sanitàries



efectives, prestant atenció a l'impacte de les mateixes tant en la salut de la població com en el creixement econòmic (Ortún 1998a).

Diversos autors (Vivas et al 1993 ,Marrón et al 1994, Mauri et al 1994, Castro et al 2000, García et al 2000, Miño et al 2000, Otero 2000) afirmen que existeixen un gran nombre de factors externs i interns, que promouen el canvi en el sistema sanitari públic i a les institucions proveïdores de serveis de salut, aquests factors es poden classificar en vuit grans grups (Figura 2.3.)



Font: elaboració pròpia

**A. CANVIS EN EL MODEL ASSISTENCIAL.** Orientació al client; gestió de processos assistencials; avaluació dels resultats globals; diagnòstics i tractaments ràpids i no agressius; evitació d'ingressos innecessaris; implantació d'equips assistencials multidisciplinaris; disminució de la variabilitat clínica mitjançant la utilització de vies clíniques; especialització dels serveis clínics; defugiment d'errors; disminució de costos; implicació dels clínics en la gestió econòmica dels recursos assistencials (gestió clínica). El que comporta POSICIONAMENT EN EL MERCAT SANITARI.

- B. CANVIS ECONÒMICS.** Per una part l'esgotament de polítiques de control dels costos i per un altra el procés d'homogenització dels països de la comunitat europea ocasiona la contenció de la despesa sanitària pública; increment de la despesa sanitària privada; liberalització gradual de l'economia; flexibilitat creixent del mercat laboral. El que implica **INCERTESA I RISC.**
- C. CANVIS D'USUARIS A CLIENTS.** L'increment del nivell econòmicosocial i cultural dels ciutadans, provoca l'increment del dret a estar informat i participació en la presa de decisions; lliure elecció de centre i de metge; respecte a la intimitat; grau adequat de comoditat; manteniment de la confidencialitat; celeritat en la dispensació del servei. El que significa **CLIENTS EXIGENTS I CONSUMIDORS DE SERVEIS.**
- D. CANVIS DEMOGRÀFICS.** Disminució molt important de la taxa de natalitat; increment de la quarta i cinquena edat (majors de 75 i 85 anys respectivament); increment de l'esperança de vida en néixer; augment de la immigració internacional i del turisme de la tercera edat. El que comporta **AUGMENT DE LA UTILITZACIÓ DELS SERVEIS SANITARIS.**
- E. CANVIS EPIDEMIOLÒGICS.** Increment de les malalties crònicodegeneratives degut a l'increment de l'envelliment; aparició de malalties emergents: sida, accidents i violència; increment malalties neuropsiquiàtriques: depressions, suïcidis, toxicomanies, Alzheimer; reaparició de malalties infeccioses: tuberculosi. El que comporta **CANVIS EN LA DEMANDA DE SERVEIS SANITARIS.**
- F. AVENÇOS TECNOLÒGICS.** Aparició constant de noves tecnologies diagnòstiques i terapèutiques; increment de serveis ambulatoris, informatització general dels centres sanitaris; major flux d'informació entre professionals dels diferents nivells assistencials a partir de la telemedicina. El que significa **CANVIS EN L'OFERTA DE SERVEIS SANITARIS.**

G. **CANVIS EN EL MODEL SANITARI.** Definició d'objectius de salut, política de preocupació medioambiental, incentivació dels serveis ambulatoris, canvi del sistema de finançament del pressupost a càpita; aparició de xarxes integrades de salut de diferents proveïdors; aparició de sistemes multihospitalaris i contractes de gestió als centres adherits. El que provoca un NOU TIPUS D'HOSPITAL.

H. **CANVIS EN EL MODEL PROFESSIONAL.** Els professionals assistencials del segle XXI i concretament els metges, com a principals actors del sector sanitari, hauran d'adaptar ràpidament la seva pràctica assistencial als canvis que la societat els li exigeix. Fins arribar el convenciment que les noves formes de gestió són adequades als seus interessos professionals, comportarà un període de RESISTÈNCIA AL CANVI.

A l'àmbit territorial català, única comunitat autònoma de l'estat espanyol, on s'ha iniciat la separació de funcions de compra de serveis i provisió dels mateixos, i molt concretament, en el subsector de l'atenció especialitzada, els centres sanitaris contractats disposen d'entitat jurídica pròpia. El que ha permès introduir fórmules de gestió empresarial. Les reformes impulsades des del propi SCS (Gallego 2000) s'identifiquen més com una tendència a consolidar un mercat relacional amb la xarxa de proveïdors contractats externs a l'administració, en lloc del quasi mercat o mercat intern provinent del discurs de la nova gestió pública (Barzelay 2000).

La interacció d'aquest vuit elements que confluint en els centres hospitalaris contractats, provoca la configuració d'un nou hospital públic. El nou hospital del segle XXI, ha d'incorporar-se a una xarxa integrada de serveis assistencials, ha d'oferir serveis de salut de qualitat i promocionar estils de vida saludable, en un ambient cordial, confortable i sensible a les necessitats dels seus clients i familiars i, orientat a les necessitats de la població que atén (Taula 2.1). I en definitiva, aquests centres han de ser operatius i sostenibles al llarg del temps (Asenjo 1998).

Els professionals del sistema sanitari, tant aquells dedicats a l'assistència com els gestors, s'han manifestat a l'igual que l'opinió pública (Blendon et al 1991), sobre la conveniència d'adequar el funcionament del sistema vers a un altre més flexible i eficaç; més d'acord amb una societat desenvolupada, en la que la diversitat, la llibertat d'opcions i l'atenció a les preferències individuals són valors als que s'ha d'acomodar el sistema sanitari públic (Eiola 1994), en major mesura del que ho fa actualment.

<b>TAULA 2.1. CANVIS A LES ORGANITZACIONS SANITÀRIES DEL SEGLE XXI</b>	
<b>PRESENT</b>	<b>FUTUR</b>
❖ BASAT EN NECESSITATS PROFESSIONALS	❖ BASAT EN NECESSITATS DE LA POBLACIÓ
❖ CURAR MALALTIES	❖ PROMOCIONAR ESTILS DE VIDA SALUDABLES
❖ FREDOR CLÍNICA	❖ AMBIENT CORDIAL I CONFORTABLE
❖ PACIENTS INTERNS CAUTIU I POC INFORMATS	❖ CLIENT AMB CAPACITAT D'ELECCIÓ, EXIGENTS I PARTICIPATIUS EN LA PRESA DE DECISIONS
❖ HOSPITAL TANCAT	❖ HOSPITAL OBERT I COORDINAT AMB LA COMUNITAT
❖ HOSPITAL D'AGUTS	❖ XARXES INTEGRADES DE SALUT DE BASE TERRITORIAL
❖ ORGANITZACIÓ JERÀRQUICA	❖ GESTIÓ CLÍNICA DESCENTRALITZADA
❖ OBJECTIUS FUNCIONALS	❖ OBJECTIUS PER PROCESSOS
❖ QUALITAT TÈCNICA	❖ QUALITAT TÈCNICA I DE SERVEI
❖ CONTROL DE QUALITAT	❖ MILLORA PERMANENT
❖ FUNCIONAMENT EFICAÇ	❖ CENTRES OPERATIUS I SOSTENIBLES

*Font: elaboració pròpia*

## 2.4. CONCRECIÓ DEL PROBLEMA OBJECTE D'ESTUDI

Acabada l'època del despotisme il·lustrat del sector sanitari en que es treballava "pel poble però sense el poble," el ciutadà del nou mil·lenni, en la seva condició de client, ha de centrar el model i la gestió dels centres sanitaris de la XHUP. La divisió realitzada a Catalunya entre el finançador (l'Asseguradora Pública) i els proveïdors (públics i contractats), obliga a cadascun d'ells a canviar radicalment la seva sistemàtica de gestió, per adaptar-se al seu nou paper. Aquest canvi de les regles de joc agreujat per increments de tarifes negatives per sota del Producte Interior Brut, provoca una crisi en el sistema sanitari català. És palès l'esgotament d'un model de gestió que ha donat de si tot el possible i que ha de donar pas a un altre de segona generació (Moreu 1993a). I, només en sobreviuran els centres sanitaris amb la instauració de MODELS DE GESTIÓ DE QUALITAT TOTAL, adaptats a la nova situació.

A l'organització hospitalària, aquella part del procés directiu que pretén facilitar el treball diari amb la millora de la productivitat, continua essent una assignatura pendent molt important. El sentit comú és el mètode bàsic utilitzat atès el desconeixement sobre el tema, oblidant l'àmplia panòpia instrumental desenvolupada en aquest camp, des del taylorisme fins a l'organització intel·ligent (Senge 1993). El sector exigeix massa dels seus professionals i treballadors perquè aquest funcioni cada dia i perquè supleixin les deficiències de les organitzacions, fet que genera un rebuig a un sistema on sembla que només funciona el control (Eirola 1994).

No s'ha trobat la peça de frontissa que uneixi els plantejaments dels gestors amb els interessos dels clínics. L'assortiment instrumental de tècniques de gestió utilitzades és molt curta i rudimentària. Es podria anomenar-la, de primera generació (Moreu 1993b) i moltes vegades, fins i tot, només nominalment, perquè darrera d'un nom més o menys suggestiu, la major part de les vegades només es troba "el compte de la vella". Molts hospitals, s'han acostumat a viure de la subvenció i no del compte d'explotació. Moltes vegades els gestors sanitaris es queixen del marc burocràtic però els li va bé perquè els li dona el

poder sobre el qual estableix la seva autoritat. Cap gestor no pot tenir credibilitat si no és capaç de distanciar-se lleialment del poder polític (Moreu 1993a). La seva concomitància amb ell dificultarà el seu paper dins de l'organització en el sentit de poder assumir un liderat que, d'acord amb la macroempresa sanitària, tingui vigència clara en la institució que li toca dirigir.

Però l'empresa hospital tradicional, posseeix unes característiques molt especials (Asenjo 1991) : a) les decisions més greus i urgents es prenen sense intervenció jeràrquica i les adopta exclusivament el metge, b) les decisions són exclusivament clíniques, sense consideració econòmica, c) el seu principal recurs és el personal, que a més a més és d'una elevada qualificació, d) es finança per pressupostos, e) no existeix un control directe per part del consumidor, f) el producte és el pacient, g) la seva finalitat no és lucrativa, h) els del sector públic estan molt regulats legalment i la xarxa d'utilització pública està molt planificada i, i) està immers en un mercat imperfecte, existeix una gran variabilitat en l'eficiència tècnica i en la ciència d'assignació de recursos i s'estableix una relació d'agència entre el proveïdor (el metge que posseeix els coneixements) i el client (el ciutadà sense informació), per medi de la qual els metges determinen la demanda de serveis assistencials (Ortún 1998) de persones en un estat anímic no normal (Temes et al 2000). I els centres que no s'adaptin als canvis, fins aquí, plantejats, desapareixeran del mapa sanitari català (Roma 1997).

Els hospitals contractats han de millorar l'eficiència de la seva gestió. No poden seguir amb incompliments d'horaris, quiròfans funcionant cinc hores diàries, enorme variabilitat de les pràctiques clíniques, feble gestió i administració de les plantilles, hores addicionals no justificables, absentismes elevats, sistemes retributius perversos basats en guàrdies de tot tipus, gestió de compres i stocks insuficientment integrades, desenvolupament logístic escàs, duplicacions i repetició d'exploracions, dolenta gestió dels temps d'espera, condicions estructurals i d'equipaments obsolets, desprogramació repetida de visites i d'intervencions quirúrgiques, finançament de la formació i de la recerca per part de pressupostos ocults provinents de la indústria farmacèutica, burocratització i control administratiu que no afegeix cap valor a l'acte assistencial (Monràs 1997).

Si el problema s'enfoca convenientment i s'accepta la naturalesa bàsica de la gestió dels centres com: "la presa de decisions clíniques en un marc organitzatiu efectiu i eficient de l'activitat assistencial" (Mauri et al 1994), l'objectiu de la gestió es traslladaria cap a aquest camp, apareixent com rellevant el paper dels responsables dels serveis mèdics i la seva implicació en la relació entre les gerències i els professionals sanitaris. Per tant, s'ha de focalitzar el nou discurs de la gestió en el compromís directiu dels professionals assistencials i el seu significat, ja que sols amb el seu compromís es pot conduir a tota l'organització hospitalària a un comportament com empresa del coneixement, que el primer que la legitima és aplicar-los degudament (Argyris 2000).

El sistema sanitari públic gestionat per l'INSALUD, sense arribar a aprofundir en la separació dels rols de compra i provisió, actualment evoluciona vers a formes de gestió hospitalària adaptada a donar resposta a les noves necessitats de salut dels ciutadans i de desenvolupament dels seus professionals. En el sistema sanitari català, en canvi existeix un més profund desenvolupament del model de finançament i provisió, gràcies a la peculiar estructura jurídica de la propietat dels centres hospitalaris. Però els hospitals públics catalans de l'Institut Català de la Salut encara no han iniciat el desenvolupament organitzatiu i de gestió dels seus homònims de l'INSALUD.

És necessari, doncs, canviar els sistemes tradicionals de gestió de les organitzacions hospitalàries, vers a un nou model de gestió, (Fortuny et al 2001a,b) en el que l'orientació al client i als resultats globals, sigui la base de la confiança mútua entre l'Asseguradora Pública, i el centre provisor de serveis assistencials (Prat 2000). Qualsevol canvi en la cultura de l'organització hospitalària contractada implica comprometre en la seva implantació als diferents grups d'interès, (ciutadans, polítics, gestors, representants sindicals, professionals i proveïdors) i els seus legítims i alhora diferents interessos de grup. El problema vital de la transició a una nova organització hospitalària, compromesa amb la societat (Normann 1998), flexible i basada en elements de gestió empresarial, i que disposi del suport dels seus professionals, és la seva implantació (Fortuny 1998a).

El president americà W. Wilson (Monràs 1995) ja havia dit en el seu temps: “Gestionar és la capacitat de lligar la nostra pròpia voluntat als desigs de l’altra gent i ser capaç de conduir-los amb raonament i cooperació”. L’exigència dels temps, en aquest nou mil·lenni, passa per una major corresponsabilització de tots els agents socials. En altres paraules, s’ha d’eludir la temptació de la innocència (Bruckner 1970), no s’ha d’entrar en la cultura de la queixa i de la reivindicació, cercant fora d’un mateix i del seu paper, les respostes als conflictes, sinó avançar progressivament vers més altes cotes en la cultura de la responsabilitat com individus i com societat.

Però, el problema existent és que els hospitals contractats de la xarxa pública catalana immersos en el maremagnum de la sostenibilitat política i financera, i sotmesos als diferents factors de l’entorn, han de cercar noves formes de gestió (Fortuny et al 2001a,b), per poder sobreviure en l’entorn descrit de canvis de magnitud insospitada i de conseqüències que s’endevinen cabdals, des de les fusions hospitalàries, i reconversions dels nivells assistencials, fins al tancament de centres hospitalaris inviables assistencial i econòmicament, al no haver aplicat una estratègia d’adaptació als nous paradigmes de la Gestió de Qualitat Total.



