LES TENDÈNCIES DE L'EVOLUCIÓ DE LA SANITAT A CATALUNYA

I LES SEVES CONSEQÜÈNCIES LABORALS I SOCIALS

Desembre de 1996

- El present treball ha estat realitzat per encàrrec de:

  - la Candidatura Autònoma de Treballadors de l'Administració de Catalunya (CATAC),
  - el Col·lectiu Autònom de Treballadors de la Sanitat de Catalunya (CATSC), i
  - la Coordinadora de Treballadors de la Sanitat de Catalunya (CTSC),

  amb la participació econòmica de la Fundació Jaume Bofill.

- L'equip de treball ha estat constituit per Oriol RAMIS-JUAN, metge, i Ignacio MEREDIZ i Jean-Pierre MALÉ, economistes.

- Han comptat amb el suport d'un grup de treball format per Domingo RUIZ, Ramón SERNA i Miquel TORNER, que han seguit l'avançament de l'estudi i han formulat observacions i suggeriments molt valuosos que han ajudat a millorar el seu contingut.

ÍNDEX

PRIMERA PART: EL MODEL CATALÀ I LA SEVA EVOLUCIÓ

1. CAPÍTOL 1 : INTRODUCCIÓ 5

1.1 CONTEXT GENERAL I JUSTIFICACIÓ DEL TREBALL 5
1.1.1 Transformacions estructurals dels sistemes sanitaris 5
1.1.2 El "model català": els principis de partida 8
1.1.3 Objectius de l'estudi 9
1.2 ABAST I EXTENSIÓ DEL TREBALL 10
1.3 OBSERVACIONS SOBRE LA QUALITAT I L'ACCESSIBILITAT DE LES INFORMACIONS 11

2. CAPÍTOL 2: EL FINANÇAMENT DELS HOSPITALS D'UTILITZACIÓ PÚBLICA 13

2.1 LA SITUACIÓ DE PARTIDA 13
2.2 LES DIFERÈNCIES ENTRE ELS HOSPITALS: NIVELLS DE TARIFA DE CONCERT I NIVELLS DE DESPESA 17
2.3 ELS AJUTS ALS COMPTES D'EXPLOTACIÓ I LES SUBVENCIONS A LA INVERSIÓ 19
2.3.1 Els ajuts explícits als comptes d'explotació 20
2.3.2 Les subvencions per capitalització 20
2.3.3 Les subvencions per programes 21
2.3.4 Observacions generals 21
2.4 TENDÈNCIES: EL NOU MODEL DE PAGAMENT 22

3. CAPÍTOL 3: LA SUBCONTRACTACIÓ A LA XHUP 24

3.1 EL FENOMEN DE SUBCONTRACTACIÓ EN EL SEU CONTEXT ECONÒMIC I POLÍTIC GENERAL 24
3.1.1 Posada en qüestió dels models organitzatius de les empreses 24
3.1.2 La incidència sobre les administracions i institucions públiques 25
3.1.3 La pressió de les idees neoliberals 25
3.2 ELS PLANTEJAMENTS ESPECÍFICS DE LA SUBCONTRACTACIÓ EN EL SECTOR SANITARI 26
3.3 GESTIÓ D'HOSPITALS 29
3.3.1 Els diferents mecanismes que intervenen en la transformació de la gestió dels hospitals i serveis sanitaris 29
3.3.2 Els principals grups empresarials que actuen a Catalunya: estudi de casos 34
3.3.3 Factors que promocionen i estimulen el procés de subcontractació de la gestió 46
3.3.4 Efectes directes que pot tenir la subrogació de la gestió 47
3.3.5 Implicacions més generals de la subcontractació de la gestió 48
3.4 SERVEIS CLÍNICS 50
3.4.1 Laboratoris d'anàlisis cliniques 51
3.4.2 Radiologia 53
3.4.3 Alta tecnologia 56
3.4.4 Atenció sanitària urgent 57
3.5 SERVEIS AUXILIARS 59
3.5.1 Cuines i alimentació 59
3.5.2 Bugaderia i neteja 61
3.5.3 Manteniment de la tecnologia i l'obra civil 61

4. CAPÍTOL 4: CANVIS EN L'ATENCIÓ PRIMÀRIA 62

SEGONA PART: LES CONSEQÜÈNCIES SOCIALS I LABORALS DEL MODEL CATALÀ

5. CAPÍTOL 5: LA DEMANDA DELS USUARIS I LA QUALITAT DELS SERVEIS SANITARIS69

5.1 CONSIDERACIONS PRÈVIES 69
5.2 LA COBERTURA DE LA DEMANDA SOCIAL 71
5.2.1 Comparança entre l'evolució de la demanda i la de l'oferta 71
5.2.2 Evolució de l'estada mitjana 73
5.3 L'ACCESSIBILITAT DELS SERVEIS 74
5.3.1 L'accessibilitat geogràfica 74
5.3.2 L'accessibilitat temporal i les llistes d'espera 75
5.3.3 L'accessibilitat econòmica 76
5.4 LA QUALITAT TÈCNICA DE LES PRESTACIONS 79
5.5 LA SATISFACCIÓ DELS USUARIS 80

6. CAPÍTOL 6: CANVIS EN LES CONDICIONS LABORALS 82

6.1 EL MARC GENERAL DE LES CONDICIONS LABORALS 82
6.2 LES DESPESES DE PERSONAL ALS HOSPITALS 83
6.3 ANÀLISI COMPARADA DE LES CONDICIONS LABORALS 84
6.4 LA DISTRIBUCIÓ DE LES CÀRREGUES DE TREBALL A LA XHUP 89

7. CAPÍTOL 7: CONCLUSIONS 91

7.1 EVOLUCIÓ DE L'OFERTA DE SERVEIS SANITARIS 91
7.2 FINANÇAMENT DELS HOSPITALS 92
7.3 PRIVATITZACIÓ 93
7.4 INTEGRACIÓ I PLANIFICACIÓ 95
7.5 CONDICIONS LABORALS 95
7.6 QUALITAT I SATISFACCIÓ DELS USUARIS 96

PRIMERA PART : EL MODEL CATALÀ I LA SEVA EVOLUCIÓ

1. CAPÍTOL 1 : INTRODUCCIÓ

1.1 Context general i justificació del treball

1.1.1 Transformacions estructurals dels sistemes sanitaris

El sistema sanitari català ha estat sotmès en els darrers anys a intenses transformacions. Les causes són diverses. Encara que la política sanitària de les autoritats sanitàries catalanes i espanyoles n'expliquen algunes, d'altres són comunes amb les dels països del nostre entorn. Entre aquestes darreres podem esmentar:

(1) La intensa transformació tecnològica en les atencions hospitalàries, especialment aquelles dirigides als processos aguts

Es recullen els fruits de moltes dècades d'inversió en recerca i desenvolupament, ja sigui pública (recerca bàsica i aplicada) o privada (farmacologia i tecnologia electrònica), en Medicina i en molts altres camps del coneixement que troben la seva aplicació en ciències de la salut (per exemple: la litotrípsia, avui utilitzada en el tractament de la litiasi renal, la destrucció de les pedres del ronyó, va ser desenvolupada primer en la indústria militar). Això ha significat una oferta creixent de tecnologies i de recursos humans cada cop més sofisticats, generalment més efectius que els existents anteriorment (amb algunes excepcions) i, gairebé sempre, més costosos.

Les dècades dels anys quaranta, cinquanta i seixanta es caracteritzaren per innovacions que suposaven un gran impacte favorable sobre la salut de les comunitats a un cost relativament baix (per exemple: la difusió de l'accés als antibiòtics i a les vacunes va tenir un paper clau en la disminució de diverses malalties).

En les dues darreres dècades, els augments importants del cost de les mesures terapèutiques o diagnòstiques (per exemple: els antibiòtics de darrera generació) no han representat una millora tan general sobre la salut de les comunitats, encara que, lògicament, han suposat la supervivència i la millora de la qualitat de vida per a moltes persones.

(2) L'extensió de l'assistència ambulatòria

Un cas especial d'innovació tecnològica ha estat la reducció del temps necessari per a practicar molts procediments que, en molts casos, han passat de requerir internament a practicar-se en règim ambulatori, encara que aquestes transformacions també tenen a veure amb les tensions econòmiques existents en tots els sistemes sanitaris i amb canvis en les expectatives de la població. La conseqüència és que els centres hospitalaris tendeixen a reduir les àrees d'hospitalització, és a dir, els llits, i, en canvi, a augmentar els espais dedicats a atencions ambulatòries, les exploracions diagnòstiques i les intervencions terapèutiques.

(3) L'augment de l'esperança de vida de les poblacions

S'observa un creixement, tant en xifres relatives (proporció sobre la població total) com absolutes, de persones d'edat avançada. Sabem que les necessitats i el consum d'assistència sanitària augmenta de manera exponencial amb l'edat.

(4) Els canvis en les expectatives de la població

L'assistència sanitària pública ha passat de ser considerada com un deure d'altruisme de la col·lectivitat cap a qui la necessita i no se la pot pagar (tal com s'entenia, per exemple, en les lleis de beneficència a tot Europa) i de previsió individual (com està previst, per exemple, en les lleis de seguretat social) a un dret fonamental (vegeu la Llei General de Sanitat).

Malgrat això, l'anomenada crisi de l'estat del benestar està replantejant aquesta transformació i torna a insistir en la necessitat de la previsió individual i de la beneficència. "Alguns autors fins i tot defensen una menor intervenció pública en la redistribució, ja que, segons ells, queda afectada la iniciativa individual, s'infringeix el sistema de recompenses en funció dels mèrits i, això, alenteix el creixement econòmic" (López i Casasnovas, 1996).

Els canvis no només es refereixen a l'expectativa global de dret a una atenció sanitària equitativa, sinó també a molts dels efectes esperables sobre la qualitat de vida. Per exemple, tothom aspira a viure la vellesa amb una visió raonable, sense cataractes. Això, que avui ens sembla obvi, és una expectativa nova que només fa quinze anys no existia. La cataracta era una conseqüència de l'envelliment que havia de ser acceptada com a part d'aquest.

(5) Els canvis en el tipus de malalties més prevalents

Les malalties cròniques, de llarga durada, sense curació possible i en què el tractament se centra a alentir la progressió de la malaltia o a pal·liar-ne els efectes són cada cop més freqüents o, com a mínim, són un motiu cada cop més

freqüent de demanda d'atenció sanitària. A més, apareixen malalties noves (SIDA) o esdevenen alteracions evidents de la salut que anteriorment no representaven una pressió sobre els serveis sanitaris.

(6) La crisi pressupostària i fiscal

L'augment de despeses produït objectivament pels factors anteriors i l'alentiment del creixement dels ingressos públics han portat a una crisi pressupostària i fiscal en els serveis sanitaris públics de tots els països d'Europa. Per exemple, a Espanya, la despesa sanitària pública ha experimentat entre 1987 i 1993 un increment superior al dels altres països. Malgrat això, el quadre 1.1. ens indica que encara hi dediquem menys esforç econòmic que la mitjana de l'OCDE i de la UE, això si, la nostra diferència amb ells ha anat disminuint en els darrers anys. Els mecanismes de contenció de costos s'han posat en pràctica arreu. En tots els països es poden identificar els fenòmens següents:

(i) Intent de separació, allà on no existia, de les figures del finançador públic i del proveïdor de serveis i introducció d'algun tipus de lògica de "mercat controlat" entre diversos proveïdors de serveis. Se suposa que aquestes mesures, bàsicament la competència entre proveïdors diferents per un mateix recurs econòmic, hauria de millorar l'assignació de recursos escassos i fer-los més efectius (per ex.: Saltman, Otter 1995).

A Catalunya, l'ICS mantenia la doble funció de gestor de serveis assistencials, segons el seu pressupost i de "comprador" de serveis sanitaris concertats. Amb la Llei d'ordenació sanitària de 1990, i especialment amb la modificació de 1995, s'obre el camí perquè l'ICS sigui només un "proveïdor" de serveis i la tasca d'administrador del pressupost públic passi a l'SCS. A la resta d'Espanya, no és fins al canvi d'administració de 1996 que es planteja la separació.

(ii) Intent de reducció o, com a mínim de clarificació, de les prestacions que el sistema sanitari públic ha de considerar cobertes i dels mètodes de priorització quan el pressupost no arriba a cobrir-ho tot. A Espanya, el darrer ministeri socialista ho intentà amb l'anomenat "Catálogo de Prestaciones". Altres iniciatives molt conegudes han estat el Dekker Report a Holanda o el Pla Oregon als Estats Units. Aquest darrer, especialment, ha creat una gran expectació ja que per primera vegada, mitjançant un sistema de consulta més o menys popular, s'han decidit criteris de racionament del sistema sanitari públic, és a dir, quines prestacions serien denegades segons el tipus de malalt.

(iii) Defensa dels sistemes d'atenció primària de salut, com el sistema més eficient de mantenir la salut de la comunitat, que vol dir el que distribueix les intervencions més efectives amb el cost més baix possible. Aquest principi que gaudí d'una acceptació gairebé universal arran de la Declaració d'Alma Atá (1978) conté moltes ambigüitats i els diversos actors, aquí i arreu, en fan lectures

Quadre 1.1.

PERCENTATGE DE LA DESPESA PÚBLICA EN SANITAT SOBRE EL PRODUCTE INTERIOR BRUT A LA UNIÓ EUROPEA

ESTATS	% PIB 1992	% PIB 1994	Evolució 1992-94
Alemanya	6,2	6,7	0,5
Àustria	5,9	6,9	1,0
Bèlgica	7,2	5,0	-2,2
Dinamarca	5,5	5,4	-0,1
ESPANYA	5,7	6,4	0,7
Finlàndia	7,4	7,4	0,0
França	7,0	7,2	0,2
Grècia	4,2		
Holanda	6,5	7,9	1,4
Itàlia	6,5	5,5	-1,0
Irlanda	5,2		
Luxemburg	6,1		
Portugal	3,9	4,8	0,9
Regne Unit	5,9	5,6	-0,3
Suècia	6,5	5,8	-0,7

esbiaixades cap als seus interessos. A Catalunya, després d'una primera fase amb molta embranzida (Decret de reforma de l'atenció primària) n'han seguit d'altres amb un creixement de la despesa més moderat. La transformació de les antigues zones de medicina de capçalera de l'INP i dels àmbits municipals dels sanitaris titulars d'APD en Àrees Bàsiques de Salut ha estat més lent a Catalunya que a la resta d'Espanya, si bé la inversió per ABS sembla haver estat més alta.

No obstant això, el debat sobre l'efectivitat de la reforma de l'atenció primària a Catalunya en comparació de la reforma a la resta d'Espanya i sobre la mateixa efectivitat de l'atenció primària ha estat molt ideologitzat, en el sentit de defensar més les postures preses en lloc d'analitzar l'experiència disponible. Això sembla haver passat tant a Espanya com en altres països, per exemple Anglaterra, on l'atenció primària ha sofert transformacions importants (Ortun i Gervás, 1996; Munro y Illife, 1996).

1.1.2 El "model català": els principis de partida

De la interacció entre aquests factors generals i la política sanitària catalana n'ha sorgit un sistema sanitari, sovint anomenat "model català", difícil de definir però que és diferent del sistema vigent a la resta d'Espanya i de l'existent a Catalunya només quinze anys enrere.

Les característiques formals del model són les següents:

- La integració en una xarxa única (Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública - XHUP) dels diversos establiments hospitalaris -sigui quina sigui la seva titularitat- que atenen els pacients del sector públic i la seva planificació conjunta en el territori.

- El desenvolupament formal de relacions contractuals entre l'autoritat sanitària i cada hospital, considerat com un "proveïdor". Els hospitals gestionats per l'ICS també han de passar, durant l'any 1997, a ser regits per aquestes relacions contractuals (Fernández, 1996). Més endavant parlarem de les limitacions d'aquestes relacions.

- L'extensió de la subcontractació o de les subrogacions de serveis auxiliars, clínics i de gestió a empreses -habitualment privades- especialitzades en principi en la producció d'aquests serveis. Ara bé, a la pràctica, no es tracta en la majoria dels casos d'empreses preexistents que tinguin una experiència i una eficàcia contrastades, sinó d'empreses que han estat creades expressament per acollir-se a la subcontractació.

- Unes condicions laborals més rigoroses que a la resta d'Espanya, excepte en els hospitals de l'ICS i en els del grup de grans hospitals públics, on són més generoses.

- La consideració dels establiments sanitaris com a "proveïdors sanitaris independents", si bé vinculats contractualment a l'Administració, i dels usuaris com a "clients".

- La constitució d'una gran diversitat d'empreses públiques, parapúbliques, fundacions i consorcis creats amb l'objectiu explícit de guanyar flexibilitat en la gestió pública dels serveis sanitaris, tant dins dels establiments gestionats per l'ICS com, sobretot, en altres on els poders públics tenen participació.

- L'extensió progressiva d'aquestes transformacions, fins ara centrades bàsicament en l'assistència hospitalària, cap a l'assistència primària, el sector d'hospitalització de malalts crònics, l'atenció a la salut mental, l'atenció a les drogodependències i altres sectors més marginals que queden fora de l'anàlisi d'aquest estudi. En el cas de l'assistència primària, es tracta realment d'un canvi qualitatiu fonamental, ja que fins fa pocs anys tots els centres eren de l'ICS.

- La supressió del segon nivell d'assistència, és a dir, dels especialistes d'ambulatori de l'ICS que treballaven aïllats dels centres hospitalaris, que només era vigent a Espanya i en alguns països de l'Est. Aquest model s'havia demostrat, generalment, poc efectiu i ja fa anys que es parlava de la integració dels especialistes als hospitals. A diferència de la resta d'Espanya, a Catalunya la desaparició d'aquest nivell comporta sovint la integració dels especialistes a entitats alienes a l'ICS, la qual cosa genera uns problemes específics.

Una de les conseqüències més clares de l'aplicació del model català és el foment d'un entramat de relacions entre el sector públic i el privat, a través d'una multiplicitat de fórmules de gestió (vegeu la llista annexa corresponent establerta per l'SCS en la seva memòria de l'any 1995).

1.1.3 Objectius de l'estudi

Totes les transformacions esmentades desperten interrogants: quines han estat les conseqüències d'aquests canvis sobre les condicions laborals dels treballadors sanitaris?, sobre la qualitat dels serveis?, sobre l'equitat?

Encara que moltes d'aquestes preguntes són difícils de respondre a causa de les dificultats inherents per mesurar aquests conceptes, tres grups sindicals de treballadors de la Sanitat:

- la Candidatura Autònoma de Treballadors de l'Administració de Catalunya (CATAC),
- el Col·lectiu Autònom de Treballadors de la Sanitat de Catalunya (CATSC), i
- la Coordinadora de Treballadors de la Sanitat de Catalunya (CTSC),

conjuntament amb la Fundació Jaume Bofill, han encarregat aquest estudi per explorar aquests interrogants i disposar d'una anàlisi més sistemàtica i validada de la realitat d'aquestes transformacions.

Els objectius específics de l'estudi són:

1. Caracteritzar el model d'organització dels serveis sanitaris públics a Catalunya.

2. Analitzar l'evolució recent del sistema sanitari a Catalunya amb especial referència als mecanismes de finançament dels hospitals, les modalitats de gestió i la producció de serveis.

3. Obtenir una visió general dels efectes positius i negatius sobre els treballadors sanitaris i la qualitat de l'assistència als usuaris.

1.2 Abast i extensió del treball

Com es deriva del que hem dit fins ara, l'estudi analitza els hospitals especialitzats prioritàriament en el tractament de pacients que pateixen malalties agudes o exacerbacions agudes de malalties cròniques i que treballen majoritàriament per al sector públic i estan, per tant, integrats a la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública. Aquests són, de bon tros, els centres que disposen de la part més important del pressupost públic sanitari i, lògicament, que donen ocupació a un major nombre de treballadors sanitaris.

No hem inclòs en la nostra anàlisi els hospitals que tracten prioritàriament malalties cròniques i que es consideren de llarga estada, ni els hospitals que treballen prioritàriament en el sector privat, per bé que de vegades també atenen malalts provinents del sector públic. Tampoc hem revisat específicament la situació d'altres serveis del sector públic (salut mental, atenció a drogodependències, planificació familiar, etc.), encara que moltes de les conclusions a què hem arribat en l'estudi dels hospitals d'aguts hi poden ser aplicables.

En un dels capítols revisem també la situació de l'atenció primària dins del sector públic, especialment pel que fa a la mobilitat laboral entre aquesta i el sector hospitalari d'aguts i als canvis radicals que s'estan produint darrerament en la contractació d'aquests serveis. Tot i que plantegem algunes dades i hipòtesis i

que podem acceptar-ne d'altres provinents de la reflexió sobre la situació hospitalària, sabem que un estudi complet de la política existent en atenció primària mereixeria un treball més profund.

Convé assenyalar finalment que l'estudi es dirigeix essencialment cap als efectes de les transformacions en curs sobre el funcionament de la sanitat i no cap a la problemàtica global del finançament del sistema sanitari. Aquest tema requeriria una anàlisi de les finances públiques i de les polítiques econòmiques i socials que desborda l'àmbit del present treball.

1.3 Observacions sobre la qualitat i l'accessibilitat de les informacions

La metodologia utilitzada en aquest treball es basa en la revisió del material bibliogràfic i de la documentació disponible, en l'anàlisi de les dades recollides en diferents hospitals catalans de la XHUP i en el tractament d'informacions complementàries, com per exemple els comptes detallats de les empreses privades de gestió hospitalària.

Hem utilitzat les diverses fonts institucionals que contenen dades sobre aquests hospitals i que són públiques. La utilització ha estat limitada per:

- les deficiències o els retards en la publicació observats en certes fonts,
- la protecció legal de la confidencialitat de moltes informacions, que no permet una anàlisi detallada i, de manera més general,
- el poc interès manifestat per les autoritats sanitàries a difondre àmpliament les dades per permetre un debat públic sobre aquestes.

De fet, el Departament de Sanitat manté bases de dades importants que si es milloressin, permetrien una avaluació molt més correcta del sector sanitari.

1. **Les estadístiques d'establiments sanitaris en règim d'internat** (EESRI) constitueixen la sèrie més constant en el temps, ja que fou iniciada per l'INE abans de les transferències. No obstant això, hi ha pocs estudis que n'estudiïn la fiabilitat i la mateixa temporalitat i, fins fa relativament pocs anys, havia estat poc utilitzada (i això en estadística és sempre sinònim de poca qualitat).

La limitació més òbvia d'aquesta font és que està protegida per l'anomenat "secret estadístic", basat en l'ordenament legal de la Llei d'estadística, estatal, i de la Llei catalana, que no en permet la difusió de forma desagregada de manera que es pugui identificar cada hospital concret. Aquest fet, possiblement inevitable amb la legislació actual, podria ésser menys greu si s'actualitzessin les categories. Per exemple, es presenten les dades classificades segons la propietat patrimonial i no segons els nivells de concert.

El problema més greu és el retard en la distribució que en redueix l'interès per a estudis gairebé històrics. En el moment de tancar el treball encara no podem disposar de les dades referides a l'any 1994.

2. **Els comptes d'explotació i els balanços dels diferents hospitals** són difícils d'obtenir. Evidentment molts hospitals publiquen memòries, però ja diem en un altre apartat que no tots els hospitals ho fan, i els que ho fan no ho fan cada any, ni tan sols es presenten de forma que sigui comparable. A més, l'aparició de les empreses de gestió ha significat que sovint es presentin memòries consolidades en què es barregen els resultats de l'empresa de gestió amb els dels hospitals.

L'SCS va tenir la iniciativa d'establir una **Central de Balanços** per resoldre aquest problema. Creiem que pot ser una solució molt bona, però l'accés a aquesta informació, que també està protegida per un acord de confidencialitat, és prou difícil com per haver-ne impedit la utilització en aquest treball. No obstant això, l'estudi de les dades d'aquesta Central pot permetre en el futur profunditzar en els temes assenyalats. Un problema afegit de la Central de Balanços és la seva novetat, la qual cosa impedeix de moment treure una visió de les tendències d'evolució del sector.

3. Una font bàsica d'informació són **els contractes** i el seu seguiment i liquidació. Sense ser una informació legalment considerada com a confidencial, no hi ha generalment massa interès a publicar-ne els continguts i analitzar-ne públicament els resultats.

4. Amb relació a la informació sobre **productivitat dels hospitals**, poden fer-se consideracions similars. Actualment es disposa ja d'una base de dades sobre les característiques de cadascun dels malalts atesos en hospitalització a Catalunya. La potència d'aquesta eina en la planificació i l'avaluació pot canviar completament les bases de negociació del finançament en els propers anys. No obstant això, l'energia dedicada a la seva creació no s'ha acompanyat, encara, d'un esforç en la publicació i difusió de dades i de resultats. També mantenen el problema de la confidencialitat que els gerents d'hospital volen garantir sobre les seves dades.

2. CAPÍTOL 2: EL FINANÇAMENT DELS HOSPITALS D'UTILITZACIÓ PÚBLICA

2.1 La situació de partida

L'estructura hospitalària catalana ha presentat sempre una major diversitat de titularitats del que és habitual a la resta d'Espanya. Els centres de titularitat més o menys pública (municipals, provincials, etc.) i d'altres de titularitat privada sense ànim de lucre (església, fundacions, societats, etc.) i amb ànim de lucre (societats anònimes, societats laborals, etc.) han coexistit durant molts anys amb els hospitals propietat de la Seguretat Social, que són majoria en la resta de comunitats autònomes.

A Catalunya, només un 10% dels centres (27% dels llits) són gestionats directament per l'ICS, l'altre 90% (73% dels llits) el gestiona una gran diversitat d'institucions (vegeu quadres 2.1. i 2.1.bis). La situació a la resta d'Espanya és exactament la contrària, més d'un 70% de llits amb finançament públic està gestionat per l'INSALUD o pels organismes corresponents en les comunitats autònomes que ja tenen transferències.

Molts analistes coincideixen a afirmar que aquesta diversitat institucional, que té una història de segles, significà una justificació per a una inversió hospitalària pública relativament migrada durant els anys de fort creixement hospitalari (1960-1970), si es compara amb la realitzada a d'altres comunitats espanyoles. Durant aquells anys, no es prengué en consideració que molts dels centres sanitaris catalans consistien en edificis molt envellits amb instal·lacions molt descapitalitzades.

La transferència de competències en matèria d'assistència sanitària a la Generalitat de Catalunya (1981) suposà la consolidació definitiva d'aquesta diversitat, ja que, a diferència del que fou habitual en altres comunitats autònomes, la xarxa hospitalària de l'entitat gestora de la Seguretat Social no integrà la resta de centres hospitalaris de titularitat pública. A més, els centres de nova construcció, que habitualment han estat finançats pels pressupostos públics de la Generalitat de Catalunya, que guarda la titularitat de l'edifici, utilitzen fórmules jurídiques molt variables, però mai la pròpia de l'estructura de

Quadre 2.1.

DISTRIBUCIÓ DE LLITS HOSPITALARIS D'AGUTS CATALUNYA (1993), SEGONS TIPUS DE PROPIETAT

PROPIETAT	Nombre de llits	%
ICS	4.495	23%
Municipals	1.074	5%
Diputacions	468	2%
Altres públics (*)	2.839	15%
Creu Roja	547	3%
Fundacions privades	3.287	17%
Mútues	2.361	12%
Església	1.598	8%
Altres privats	2.900	15%
TOTAL	19.569	100%

(*) Generalitat, fundacions públiques i altres entitats de dret públic.

Quadre 2.1.Bis

DISTRIBUCIÓ DE LLITS HOSPITALARIS D'AGUTS CATALUNYA (1993), SEGONS TIPUS DE CONCERT

TIPUS DE CONCERT	Nombre de llits	% llits aguts	% llits públics
ICS	4495	23%	27%
Concert d'aguts (**)	11765	60%	72%
Concert sociosanitari (***)	193	1%	1%
Concert psiquiàtric	0	0%	0%
Sense concert	3116	16%	
TOTAL	19569	100%	100%

(**) Centres amb concerts d'aguts, encara que en tinguin també de sociosanitaris i/o psiquiàtrics
(***) Centres amb concert sociosanitari (sense concert d'aguts) amb o sense psiquiàtrics

Font: Departament de Sanitat (elaboració pròpia)

l'organisme gestor de la Seguretat Social i del seu patrimoni que, a Catalunya, és l'ICS[1].

El finançament de tots aquests centres ha estat possible gràcies als contractes (també anomenats concerts) que cada hospital signava, primer, amb l'INP (fins a l'any 1977), amb l'INSALUD (fins a l'any 1982), amb l'ICS després de les transferències (1982) i amb l'SCS des de la promulgació de la Llei d'ordenació sanitària de Catalunya (1990). En el moment de les transferències hi havia un consens tècnic i polític en què l'estructura hospitalària era massa àmplia. S'havien catalogat més de 200 centres, i molts d'ells eren massa petits per atendre raonablement la patologia aguda. Aquells anys es procedí a la planificació i a la posada en pràctica del que s'anomenà el desplegament del mapa sanitari i, més tard, la reordenació hospitalària que configurà l'actual estructura hospitalària: una seixantena d'hospitals d'utilització pública, finançats bàsicament a través d'un contracte i un nombre molt superior de centres, un centenar, que s'han especialitzat en atencions a malalts crònics amb un finançament molt més reduït que combina sovint les aportacions del Departament de Sanitat (SCS), de Benestar Social i, en alguns casos, les dels mateixos usuaris.

La distribució de la propietat i de la titularitat de la gestió dels centres integrats a la XHUP s'ha mantingut força estable des de l'any 1991, malgrat que, com veurem més endavant, s'han produït algunes innovacions significatives. Com hem dit, el finançament d'aquests centres s'ha basat, durant aquests darrers anys i des de 1987, en un contracte signat entre cada hospital i l'autoritat sanitària, que fixa: el volum global d'activitat que l'hospital es compromet a fer, mesurat en unitats bàsiques assistencials (UBA)[2]; la tarifa a aplicar a cada UBA, segons el nivell tecnològic de l'hospital; les penalitzacions a considerar si l'hospital es desvia de l'activitat pactada, i, a més, un nombre creixent de clàusules per al finançament d'activitats que es realitzen al marge de la comptabilitat d'activitat basada en les UBA (trasplantaments, programes de salut mental, etc.). Entre un 75 i un 90% del pressupost pactat és assegurat sigui quina sigui l'activitat realitzada. Aquesta mesura intenta reconèixer que una part similar del pressupost de la institució correspon a despeses fixes que han de ser garantides.

[1] Aquesta decisió política no ha estat gaire estudiada, però possiblement les autoritats sanitàries volien evitar, d'una banda, integrar la propietat en un patrimoni, el de la Tresoreria de la Seguretat Social, que quedava molt lluny del seu control i, en general, del control de les institucions polítiques i sindicals catalanes i, de l'altra, reproduir unes normes de gestió, les pròpies de les entitats gestores de la Seguretat Social, que l'ICS mai s'ha decidit a utilitzar de manera innovadora. De fet, l'estatut jurídic del personal de l'ICS és sovint citat en les declaracions dels responsables polítics com una de les limitacions més importants per a la innovació en la gestió dels serveis sanitaris

[2] Una UBA (Unitat Bàsica Assistencial) és la unitat de facturació entre l'SCS i els hospitals. Les equivalències entre les diverses activitats hospitalàries i la UBA són les següents:

Estada (conjunt de pernoctació i menjada principal) :	1 UBA
Visita al Servei d'Urgències:	0,5 UBA
Primeres visites a consultes externes:	0,4 UBA
Visites successives a consultes externes:	0,2 UBA.

Si un hospital fa 10.000 UBA vol dir que fa 10.000 estades o 20.000 visites a urgències o una combinació de totes aquestes activitats que sumin 10.000. En els contractes, generalment es diferencia entre les UBA ambulatòries (urgències i visites ambulatòries) i les UBA d'hospitalització (estades).

Cal dir també que la majoria d'hospitals han gaudit, en un moment o altre, de subvencions per a inversió (teòricament a càrrec del pressupost d'inversions) a càrrec del pressupost públic i, a vegades, d'ajuts al compte d'explotació. El personal hi està vinculat amb contractes laborals diferents que responen a la gran diversitat de personalitats jurídiques existents en els organismes de gestió. Algunes vegades se segueixen mantenint alguns llocs de treball vinculats a la funció pública municipal, no endebades alguns dels hospitals continuen sent municipals, malgrat que habitualment existeixen fórmules jurídiques interposades (fundacions, consorcis, empreses de serveis) que són les que signen contractes de treball segons la legislació laboral vigent.

Aquest sistema general ha presentat l'excepció, gens menyspreable, dels centres gestionats per l'ICS que s'han regit sempre directament per un pressupost de base anual, independent del volum d'activitat, i per un règim laboral que s'aplica també al personal dels hospitals de l'INSALUD i, en general, a tot el personal al servei de les entitats gestores de la Seguretat Social a la resta d'Espanya: l'anomenat Estatut Jurídic de Personal (del qual es deriva l'adjectiu estatutari).

Des de fa anys es parla que aquests hospitals han de passar a ser regits pel mateix sistema que la resta d'hospitals concertats. Els hospitals de l'ICS han estat estudiant, durant els darrers anys, les conseqüències de la transformació del seu sistema pressupostari al sistema de finançament per concert. Algunes fonts indiquen l'any 1997 com el de la transició d'un sistema a l'altre, malgrat que els fonaments legals i el pla operatiu d'aquest canvi encara no s'hagin fet públics (Fernández, 1996). D'una altra banda, la direcció de l'ICS també ha esmentat la possibilitat de transformar aquest organisme en empresa pública, la qual cosa requeriria un desplegament legislatiu que encara no es coneix.

La reforma de la LOSC

L'any 1995 es va procedir a l'aprovació de la Llei 11/95, de 15 d'octubre, que reforma alguns dels apartats de la mateixa Llei d'Ordenació Sanitària (1990).

Aquest darrer text permet alguna de les actuacions que descriurem més endavant (per exemple: la subrogació de l'atenció primària pública a associacions de professionals, la concessió d'excedències en el sector públic, etc.) i en legitima d'altres ja molt establertes (per exemple: la creació d'empreses públiques, l'accés de l'SCS a bases de dades poblacionals per a distribuir la targeta sanitària, etc.).

També va haver de recollir la publicació de la nova Llei de Contractes de l'Administració pública (Llei 13/95, de 18 de maig) que, sorgida de l'alarma introduïda per diferents episodis de corrupció prou populars en aquelles dates, augmenta les precaucions del procés d'adquisició del sector públic a totes aquelles institucions finançades bàsicament pel sector públic, o sigui , els

hospitals de la XHUP. Per tant, la llei ha actuat també en la línia de reduir la discrecionalitat dels hospitals.

També contenia altres aspectes sovint poc recordats, com la definitiva assumpció per part de la Generalitat del poder sanitari a la ciutat de Barcelona, habitualment molt discutit per l'Ajuntament, ja que en la pràctica s'equipara el Consorci Sanitari de Barcelona, ara amb majoria clara de la Generalitat, a una regió de l'SCS o a la concentració de responsabilitats, que amb la LOSC haurien estat dels sectors, a les regions sanitàries.

Finalment, en el camp del control sobre els contractes amb finançament públic manté una certa ambigüitat. A la vegada que reforça la capacitat del servei, demana al Departament la redacció de reglaments que serveixin per verificar el control, i mantenir una ambigüitat reconeguda entre el paper del Departament de Sanitat i el de l'SCS.

En resum, es pot dir que el procés de reestructuració de la sanitat catalana des de 1981 ha tingut com a conseqüència positiva el reforçament de la xarxa hospitalària, mitjançant la modernització dels centres comarcals existents (hospitals municipals i altres) i la construcció de nous (Tremp, Vielha, Móra, Valls, etc.) en les zones on existia un dèficit sensible de l'oferta.

Atesa l'estructura hospitalària preexistent, això s'ha pogut realitzar en particular gràcies a tres elements:

1. El canvi conceptual que suposa la integració de tots els centres d'utilització pública en una sola xarxa (XHUP), independentment de la seva propietat. Això ha revaloritzat el paper dels hospitals d'àmbit comarcal, que han superat el caràcter marginal que se'ls atribuïa.

2. El fet, sobretot al principi del procés, de considerar la xarxa hospitalària des d'una òptica de planificació territorial integral, al marge de l'estatut de propietat formal dels centres.

3. El mateix traspàs de les competències en matèria de sanitat, que ha permès que l'estructura hospitalària de Catalunya es pugui tractar de manera específica, i no en funció de l'estructura del sector en l'àmbit global de l'Estat espanyol[3].

[3] Al marge de si s'han transgredit o no preceptes bàsics d'obligat compliment a tot l'Estat, cosa que pot ser objecte d'un debat jurídic.

2.2 Les diferències entre els hospitals: nivells de tarifa de concert i nivells de despesa

Els hospitals que atenen malalts aguts en el sector públic pertanyen a un dels cinc grups tarifaris establerts l'any 1986, coneguts per les lletres A (Hospital General Bàsic), B (Hospital de Referència), C (Hospital d'Alta Tecnologia), i els nivells intermedis, designats per les dobles lletres A/B i B/C.

La definició d'aquests grups tarifaris tenia en compte dues hipòtesis: (a) simplificar la situació anterior a les transferències quan de fet cada hospital tenia una tarifa i un sistema de finançament diferent, i (b) crear grups tarifaris que reconeguessin el cost diferencial de cada nivell tecnològic, ja que s'accepta que, en general, els hospitals de més alt nivell tecnològic atenen malalts més complexos, que requereixen intervencions més sofisticades i són, per tant, més cars.

L'assignació d'un grup tarifari per a cada hospital es feia en funció de la infraestructura disponible en cada hospital i la seva disponibilitat en recursos humans que es considerava que atreia malalts amb un determinat nivell de complexitat. Però en una situació en què no es disposava de dades empíriques ni sobre el tipus de malalt que atenia cada hospital, ni el cost real de cada malalt, ni del cost raonable per a cada malalt, les decisions tenien uns elements indiscutibles (per exemple, tothom accepta que l'Hospital Clínic ha de ser un C o el de Puigcerdà un A), i d'altres que ho eren menys (per exemple, hospitals molt similars són classificats arbitràriament com a B o B/C), com s'encarreguen de reclamar, periòdicament, els gerents dels hospitals menys afortunats en l'assignació.

La introducció de les tarifes intermèdies (A/B i B/C) ja fou un primer reconeixement de les limitacions del sistema. Com en tots els sistemes tarifaris, quan no es tenen bones dades empíriques, el punt dèbil ha estat el pes relatiu de cada grup tarifari i la dificultat de disposar d'evidència empírica per justificar el ventall de valors que s'utilitzaven. És a dir, perquè la UBA del nivell B és un 30% més cara que la de l'A, i no, per exemple, un 20 o un 40? o, més específicament, quina evidència tenim que tractar bé una estada en un hospital A costava 16.410 ptes. (1993) i no 12.000 o 18.000? En el sector hi ha una opinió general que assegura que la tarifa de la UBA és sistemàticament inferior al cost real i que les diferències entre grups són desequilibrades amb relació a la dispersió de la despesa de cada nivell. Les dades disponibles ho confirmen.

Malgrat que no es publiquen dades que relacionin les despeses atribuïbles a les UBA produïdes per cada nivell de tarifa, diverses observacions confirmen que aquesta darrera no cobreix, en cap tipus d'hospital, la despesa corrent necessària per produir-la. El quadre 2.2. ens mostra el cost per UBA en cada grup d'hospitals, definits segons la seva capacitat en llits, comparat amb la tarifa

Quadre 2.2.

DIFERÈNCIA ENTRE EL COST DE L'UBA I EL SEU PREU TARIFARI SEGONS LA GRANDÀRIA DE L'HOSPITAL (1993)

GRANDÀRIA (nombre de llits)	Cost/UBA (pessetes)	Tarifes més freqüents (pessetes)		% cobert per tarifa
801 o més	45.320	C	29.480	0,65
401-800	29.870	B/C	25.060	0,84
201-400	29.320	B	22.190	0,76
101-200	26.350	B A/B	22.190 19.490	0,84 0,74
51-100	20.720	A/B A	19.490 16.410	0,94 0,79
50 o menys	20.430	A/B A	19.490 16.410	0,95 0,80

Font: EESRI (1993)

atribuïda (o les tarifes atribuïdes en aquells grups en què hi ha més d'una tarifa) al mateix grup.

La proporció del cost cobert per la tarifa en alguns hospitals és gairebé el doble que en altres, però sempre està per sota del cost real. Malgrat això, l'evolució de les tarifes ha estat similar entre els diferents grups tarifaris (vegeu el quadre 2.3.) agreujant encara més aquesta diversitat. A més, sabem que l'evolució dels costos ha estat diferent en especialitats i en nivells diversos.

Els hospitals, en una primera fase, se sentien incentivats a fer més inversió en infraestructura i així intentar carregar-se d'arguments per millorar el seu nivell tarifari, encara que aquest estava determinat per la planificació del Govern. S'ha reconegut que moltes vegades els hospitals eren augmentats de nivell tarifari més per problemes de finançament del centre que per criteris estrictes de planificació (per exemple: l'Hospital de Puigcerdà amb 74 llits és A; el de Vielha, amb 23, és A/B).

El mateix procediment d'acreditació dels hospitals, liderat per la Generalitat, que estava previst realitzar cada tres anys i era una condició indispensable per obtenir el concert, exigia habitualment un esforç d'inversió. Es creà llavors una contradicció de missatges: les autoritats demanaven als hospitals que invertissin per poder ser acreditats i al mateix temps es pactaven acords contractuals que generaven molts menys diners que els que l'hospital necessitava per reinvertir o assolir els nivells exigits en l'acreditació (vegeu per exemple Bohigas, 1996).

Finalment, en la mesura que cap hospital d'aguts de la xarxa pública ha quedat fora del procés d'acreditació, gràcies a una interpretació generosa dels requeriments i a una congelació d'ordres d'acreditació successives, aquells han acabat ajustant les seves despeses -i especialment les de personal- al nivell pressupostari que permetia, d'una banda, el tipus de tarifa i, de l'altra, la resta d'aportacions que discutirem a continuació.

Els recursos que el sector públic ha abocat en aquests darrers anys en cada hospital no poden explicar-se només pel grup tarifari que li ha estat designat. Molt més important encara és el volum anual d'activitat que l'hospital pacta realitzar que, com hem dit abans, s'expressa en unitats UBA (2). El sistema de pagament actual incentiva clarament els centres hospitalaris perquè no es desviïn de l'activitat pactada[4].

[4] La majoria de contractes estableixen penalitzacions si l'hospital es queda per sota o per sobre de l'activitat pactada. Si l'activitat és menor que la pactada, l'hospital no podrà facturar-la i no la cobrarà. Si en és superior, es pagarà primer a un preu molt inferior al de la tarifa, que significa que l'hospital perd diners per cada UBA suplementària que fa (o en perd molts més que els que ja perd amb una UBA pagada al preu de tarifa) i, a partir d'un cert nombre d'UBA per sobre del pacte, no podrà ni tan sols facturar-les.

Quadre 2.3.

EVOLUCIÓ DE LA TARIFA PER UBA SEGONS NIVELL DE CONCERT DELS HOSPITALS DE CATALUNYA (en pessetes)

TARIFA	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1996 (1990=base 100)
A	12.850	14.400	15.700	16.410	16.610	17.110	17.710	137,82
A/B	14.700	16.800	18.650	19.490	19.730	20.320	21.030	143,06
B	17.100	19.300	21.230	22.190	22.460	23.030	23.820	139,30
B/C	19.350	21.800	23.980	25.060	25.360	26.000	26.520	137,05
C	22.700	25.875	28.210	29.480	29.840	30.590	31.200	137,44

Relació C/A	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8
Relació B/A	1,3	1,3	1,4	1,4	1,4	1,3	1,3
Relació C/B	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3

Fonts: Departament de Sanitat i elaboració pròpia

L'activitat declarada en el moment de la facturació, que sempre s'ajusta a la que s'havia pactat, sembla indicar que en els casos de sobreproducció els hospitals renuncien a declarar l'activitat que saben que no els serà pagada.

La definició del volum d'activitat a pactar és un procés de negociació complicat en què s'utilitzen arguments de planificació (mesura de la necessitat, taxes de freqüentació, etc.), arguments més vinculats a la gestió interna del centre (cost de la infraestructura hospitalària a mantenir, cost del personal, certes inversions necessàries, etc.) i, evidentment, pressions polítiques de signe variable. Algunes de les crítiques al sistema actual de finançament dels hospitals han estat recollides en el nou sistema de finançament que actualment està en fase de discussió.

2.3 Els ajuts als comptes d'explotació i les subvencions a la inversió

Les diferències en la distribució de recursos, és a dir, en els pressupostos dels hospitals, només s'expliquen en part per la variació en l'activitat pactada. En una proporció molt variable els hospitals compten amb ajuts als comptes d'explotació, subvencions per a programes i per a despeses de capitalització, que són transferències de recursos de l'SCS als hospitals. Les tres diferents situacions les analitzarem separadament.

La informació de subvencions als comptes d'explotació i a les inversions és disponible en els comptes d'explotació que els hospitals solen publicar en les seves memòries, en la Central de Balanços del Departament de Sanitat i de manera més general en les estadístiques d'establiments en règim d'internat, també recollides pel Departament de Sanitat[5].

Les primeres són difícils d'obtenir per a tots els hospitals, ja que no tots ells publiquen memòries, els que les publiquen no ho fan cada any, i les dades no són sempre comparables any rere any, ni entre uns hospitals i els altres; a més, algunes empreses de gestió publiquen les memòries de tots els seus centres (hospitals, centres d'atenció primària, etc.) de manera consolidada, cosa que no permet la comparació a través d'hospitals. La Central de Balanços del Departament de Sanitat, que fou creada per la Generalitat precisament per pal·liar aquest problema, és la millor font de recerca i ja hi hem sol·licitat l'anàlisi que necessitem, però no estarà disponible en la data de tancament d'aquest treball, que es basarà només en la tercera font esmentada.

[5] Els ajuts al compte d'explotació no forçosament es publiquen en el DOGC. En canvi, sí que es publiquen les subvencions formals per a capitalització i per a realització de programes.

2.3.1 Els ajuts explícits als comptes d'explotació

Com dèiem, es pot interpretar que aquestes transferències de recursos suposen un reconeixement implícit de les insuficiències del sistema actual de contractació. Però, sobretot, ens demostren que no tots els hospitals són tractats de la mateixa manera.

El quadre 2.4. ens mostra que les subvencions als comptes d'explotació, és a dir, aquelles ajudes que l'hospital rep a banda del que el contracte preveu com a contraprestació a les UBA realitzades i a d'altres activitats (programes), són significativament superiors en el grup d'hospitals de la Seguretat Social, és a dir en l'ICS[6], i en el grup dels "altres públics" que solen agrupar la resta d'hospitals en què la Generalitat te participació. La subvenció en els hospitals que són fundacions privades sense ànim de lucre, de l'Església, municipals o de la Creu Roja no superen l'1%. Hi ha un tracte més generós cap als hospitals que depenen directament de la Generalitat.

L'ajut al compte d'explotació és completament graciable per part de l'autoritat sanitària i, per tant, pot generar temptacions "clientelistes". No obstant això, aquest ajut pot camuflar-se en alguna de les altres situacions descrites.

2.3.2 Les subvencions per capitalització

Dins de la lògica del sistema de finançament dels hospitals d'aguts a Catalunya, les subvencions per capitalització quedarien al marge del sistema de finançament regular (per UBA), ja que la planificació territorial i de necessitats, centralitzada per l'autoritat sanitària, hauria de definir on, quan i quin tipus d'inversió és necessària (per exemple, instal·lar un escànner en una comarca on no n'hi ha). En la pràctica, les opcions d'inversió tenen sempre un component tècnic i un component d'opció política, especialment quan les desigualtats geogràfiques més òbvies ja han estat eliminades, que depèn de la correlació de forces en cada moment.

[6] Les dades referents als hospitals propietat de les mútues i de les diputacions són difícils d'interpretar, ja que mostren una proporció molt alta de subvencions al compte d'explotació. En les diputacions es refereix possiblement als manicomis, que tenen un sistema de finançament propi. En les mútues no disposem de cap explicació, però possiblement les dades no són comparables a les dels altres grups. D'altra banda, cal recordar que en els hospitals de l'ICS, fins ara, parlar de subvenció al compte d'explotació és un exercici teòric, ja que continuen finançats per un pressupost públic. No obstant això, les estadístiques ja presenten les dades com si la situació hagués canviat.

Quadre 2.4.

COMPARANÇA ENTRE LES SUBVENCIONS AL COMPTE D'EXPLOTACIÓ I ELS INGRESSOS TOTALS, SEGONS TIPUS DE PROPIETAT (Catalunya, 1993)

TIPUS DE PROPIETAT	A: Ingressos totals (milers de pessetes)	B: Subvencions (milers de pessetes)	B/A en %	% sobre total subvencions
Seguretat Social	96.036.067	17.921.394	18,7%	46,9%
Municipals	17.806.404	242.429	1,4%	0,6%
Diputació	11.290.062	6.966.733	61,7%	18,2%
Altres públics	53.201.462	4.039.499	7,6%	10,6%
Creu Roja	7.931.669	35.244	0,4%	0,1%
Fundacions privades	58.828.435	414.441	0,7%	1,1%
Mútues	31.842.058	8.345.780	26,2%	21,8%
Església	22.114.591	41.875	0,2%	0,1%
Altres privats	44.436.319	210.668	0,5%	0,6%
Total	343.487.067	38.218.063	11,1%	100,0%

Font: EESRI 1993

2.3.3 Les subvencions per programes

La justificació de les aportacions addicionals que fa l'SCS, com ingressos, als comptes d'explotació dels hospitals es basa teòricament en el finançament d'activitats sanitàries que pel seu alt cost no poden ser cobertes per la facturació general basada en les UBA pactades. Un plantejament rigorós d'aquest sistema demanaria un coneixement de l'efectivitat i de la despesa necessàries per fer cada tipus d'activitat i saber en quins casos queda cobert per la tarifa UBA i en quins no.

Aquest coneixement sovint no es té i diversos estudis es refereixen recentment al fet que "l'existència de subvencions per a programes, com aportacions implícites a l'explotació, percebudes per la meitat dels hospitals de la xarxa concertada amb l'SCS, marquen una anomalia important en una política sanitària que pretengui revestir un caràcter objectiu i global" (Martínez, 1996), o sigui, que el nivell de discrecionalitat en la distribució dels recursos és alt.

2.3.4 Observacions generals

Podem afirmar que hi ha diferències molt importants en el finançament dels diversos hospitals de la XHUP i que aquest tracte diferenciat pot explicar-se a través d'increments d'activitat pactada, de subvencions als comptes d'explotació o a les inversions o de canvis en grups tarifaris[7]. L'anàlisi de les variables explicatives d'aquestes diferències, la identificació de les variables quantitatives objectives i les més qualitatives i la interpretació que es fa per justificar aquestes variacions, quan aquestes són públiques i/o òbvies, és encara un projecte pendent. En aquest estudi només podem avançar-ne algunes pinzellades.

Així, encara que sigui únicament com unes hipòtesis que s'haurien de poder estudiar més a fons, es pot avançar que el sistema de finançament dels hospitals es caracteritza per tres aspectes:

- insuficiència dels recursos,
- desigualtat de tracte entre hospitals, i
- discrecionalitat de l'autoritat sanitària.

[7] Recordem una dada bàsica per a aquesta anàlisi: l'evolució pressupostària només pot anar a cercar-se a cada hospital, memòria per memòria, ja que com expliquem més endavant, les dades centralitzades estan protegides pel principi de confidencialitat de les dades i no poden facilitar-se de manera desagregada.

En efecte, ja s'ha vist com les tarifes resulten insuficients per finançar les despeses corrents i, més encara, per assumir les necessitats d'inversió, en quasi tots els hospitals.

Tampoc resulta evident que la desigualtat de tarifes es justifiqui per les diferències de complexitat entre els centres hospitalaris. En algun cas específic s'ha pogut comprovar que un hospital del grup C (alta tecnologia) presenta una complexitat de tractaments i diagnòstics molt similar a d'altres hospitals de menor categoria.

Al marge de possibles diferències de tracte per motius polítics, la utilització discrecional dels elements complementaris de finançament obeeix a les necessitats de planificació assistencial que es contradiuen en part amb el sistema d'assignació de recursos via mercat (preus i contractes). La planificació assistencial predetermina normalment l'únic oferent possible per a una determinada àrea, la qual cosa és contrària a la idea de competència en un mercat obert. De la mateixa manera, la planificació fixa el nivell de l'hospital i estima el seu volum d'activitat, independentment de les inversions que el propietari de l'hospital pugui fer o de la capacitat del centre d'incrementar la seva activitat mitjançant unes millores en la seva productivitat.

Sembla que els mecanismes de mercat tinguin únicament la funció d'adaptar les variables internes (despeses de personal, serveis i tractaments a potenciar de manera prioritària) a les condicions externes predefinides per l'autoritat sanitària, i que l'assignació global de recursos quedi fora de la capacitat de gestió dels centres.

2.4 Tendències: el nou model de pagament

Totes les limitacions en el sistema de finançament que hem indicat fins ara han portat les autoritats sanitàries i les agrupacions d'hospitals a replantejar-se el sistema de finançament. Darrerament, s'ha presentat el nou sistema als diferents hospitals, però encara no disposem de cap document públic -possiblement perquè encara està en fase d'ajustament i de negociació amb els hospitals- que en permeti una anàlisi més acurada.

No obstant això, de les converses mantingudes podem descriure'l de la manera següent:

1. El volum global de recursos injectats en el sistema públic d'aguts serà conegut (actualment la repartició dels recursos entre contractes per UBA, subvencions i altres ajuts fa difícil conèixer el volum total). Ara bé, de moment no es precisa com s'assegurarà efectivament aquesta intenció de transparència.

2. Cada hospital rebrà una puntuació en funció de la seva infraestructura mitjançant una fórmula objectiva, que ja està dissenyada, i que intenta no donar prioritat els aspectes més tecnològics[8].

3. A més, el volum global de contractació serà el resultat d'una fórmula matemàtica que considera aquesta puntuació, l'activitat pactada i la complexitat dels casos atesos, que podrà ser mesurada gràcies a la nova base de dades sobre malalts que ja és operativa, coneguda com el CMBD (Registre del conjunt mínim bàsic de dades en l'alta hospitalària).

El nou sistema hauria de permetre una distribució més objectiva dels recursos entre hospitals, però ens caldrà conèixer el pes que es dóna a cadascun dels components per veure com afectarà l'estructura hospitalària. El volum global de recursos no augmentarà i, per tant, no podem preveure cap impacte rellevant sobre la política salarial.

[8] La lògica de la fórmula proposada pretén sospesar el cost estructural de l'hospital, fent-hi intervenir 21 variables (nombre de llits, hores de quiròfans, etc.) sense incentivar la sobreinversió tecnològica.

3. CAPÍTOL 3: LA SUBCONTRACTACIÓ A LA XHUP

3.1 El fenomen de subcontractació en el seu context econòmic i polític general

L'extensió del fenomen de descentralització i de subcontractació de certes parts dels processos productius, sobretot a partir dels anys vuitanta, s'inscriu a la confluència de dos tipus de corrents:

- la revisió crítica de les formes d'organització de les grans empreses i institucions, que posa en qüestió la seva eficiència tècnica i econòmica, i
- la difusió de les idees neoliberals i la pressió a favor de la privatització i de la reducció del camp d'intervenció del sector públic.

A continuació examinem breument aquests aspectes per situar el marc general en el qual s'insereix el debat sobre el fenomen de subcontractació en el sector sanitari.

3.1.1 Posada en qüestió dels models organitzatius de les empreses

El model d'empresa que va marcar el període de creixement econòmic fins a la crisi dels anys setanta estava caracteritzat per:

- la seva gran dimensió, tant pel que fa a mitjans materials (inversions) com a recursos humans (grans plantilles de personal),
- la integració dintre d'una estructura de gestió única de totes les fases de transformació i de la majoria dels serveis necessaris per a la producció del bé que oferia, i
- la relativa estabilitat de la tecnologia i dels productes durant períodes de temps bastant llargs i en un entorn econòmic raonablement previsible.

La crisi econòmica, l'acceleració de la transformació tecnològica i l'increment de la competència a nivell mundial van qüestionar aquest model, i van posar de manifest la seva escassa capacitat per competir a nivell de cost i la seva lentitud per adaptar-se en terminis relativament curts a les demandes canviants del mercat. En conseqüència, es van produir canvis que afecten els tres trets característics esmentats més amunt:

- modificació constant de l'oferta de béns i serveis per adaptar-se millor a les demandes canviants i poc estables,
- redimensionament de l'empresa, per eliminar-ne les rigideses estructurals i que pugui, per tant, ser més àgil i competitiva, i finalment,
- segregació i externalització de parts del procés productiu mitjançant la subcontractació de productes i serveis externs.

3.1.2 La incidència sobre les administracions i institucions públiques

Encara que la situació i la lògica del sector públic no es puguin assimilar purament i simplement a les de les empreses privades, és evident que l'evolució general de les formes de *management* i d'organització en el món empresarial incideix en els mètodes de les entitats públiques i que temes bastant semblants als que hem esmentat en l'apartat anterior sorgeixen en referència a les modalitats de gestió de les estructures públiques.

Per poder adaptar-se de manera més àgil i dinàmica a les variacions de la demanda i cobrir amb el major grau de qualitat possible les necessitats dels usuaris, l'entitat pública es replanteja quin és el sistema d'organització més adient. El debat planteja interrogants, en particular sobre els aspectes següents:

- La grandària i la funció de l'entitat gestora:

  Ha de mantenir, l'entitat pública, en una estructura única la totalitat de les activitats que assumeix per assegurar-ne la coherència, o ha d'especialitzar-se en les funcions estratègiques i de control i avaluació, sense haver de cobrir forçosament totes les tasques d'execució o de proveïment de serveis? i en aquest últim cas, quin tipus d'articulació funcional cal establir entre l'entitat gestora i les que s'encarreguen de les diverses tasques d'execució?

- Les modalitats de desconcentració de les estructures públiques:

  En cas que s'arribi a la conclusió que convé una certa desconcentració de les activitats i de les funcions, és preferible recórrer a la creació d'estructures autònomes que depenguin directament de l'entitat pública, o cal "externalitzar" certes parts del procés de producció dels serveis públics subcontractant empreses privades?

3.1.3 La pressió de les idees neoliberals

El debat tècnic sobre les fórmules organitzatives i la seva adaptació a l'entorn social i econòmic actual es troba ara com ara considerablement

influenciat (i segurament falsejat) per la incidència dels plantejaments ideològics dominants favorables a una reducció sistemàtica del paper de l'Estat i a la privatització d'una bona part de les seves activitats.

En aquest sentit, la barreja d'elements tècnics i objectius, d'una banda, i d'opcions ideològiques, de l'altra, fa que el tema de la subcontractació de serveis des d'una estructura pública sigui molt delicat i susciti reticències per part dels defensors del sector públic.

Aquests consideren en general els arguments tècnics a favor d'una descentralització de certes activitats productives com un pretext per avançar cap al desmantellament progressiu d'aquest sector. L'anàlisi objectiva els dóna sovint la raó, quan es constata en casos concrets que la subcontractació o la privatització no sempre obeeixen a criteris d'eficiència o de racionalització, sinó a una voluntat deliberada de reduir el sector públic o d'afavorir certs interessos.

En sentit contrari, es pot considerar que una actitud massa rígida i defensiva de les entitats públiques els impedeix a vegades adaptar-se a l'evolució general i a les necessitats, amb la qual cosa es queden progressivament obsoletes o no competitives quant a formes d'organització i nivell de cost i, d'aquesta manera, es justifiquen els arguments dels que consideren que el sector públic és incapaç d'evolucionar i d'adequar-se a les realitats canviants.

Deixant de banda el debat conceptual i polític, podem analitzar concretament com s'està donant el fenomen actualment en la sanitat catalana, per intentar fer la part entre el que es pot considerar com una evolució tecnicoadministrativa necessària i el que procedeix més d'una voluntat directament ideològica o política.

3.2 Els plantejaments específics de la subcontractació en el sector sanitari

La decisió de subcontractar alguns dels serveis sanitaris que tradicionalment no ho eren s'ha basat sempre explícitament en l'acceptació de dos supòsits:

(a) "Els hospitals no són empreses especialitzades, o com a mínim no són les empreses més especialitzades en la producció del tipus de servei que es tracta de subcontractar (per exemple: la bugaderia i neteja). L'hospital i els seus treballadors haurien de concentrar-se més en el seu producte específic, els serveis d'atenció sanitària especialitzada, i deixar la realització d'altres serveis en mans

d'empreses que hi estiguin més especialitzades i, entre aquestes, en les que siguin més eficients".

(b) "El servei prestat per l'empresa subcontractada serà més eficient que el que podria oferir l'hospital, és a dir, pot obtenir els mateixos resultats amb menys recursos i, per tant, pot significar un estalvi real de recursos per a l'hospital que poden ser dirigits a millorar l'atenció especialitzada. Tothom reconeix que, com a mínim, part d'aquesta eficiència s'explica perquè les despeses salarials i les condicions laborals de les empreses subcontractades, regulades pels convenis salarials dels seus sectors respectius, són en tots els casos més baixes que les del sector sanitari".

La tendència majoritària entre els gestors d'hospitals sembla indicar que els hospitals podrien limitar-se a gestionar el "nucli dur" d'atenció mèdica i d'infermeria i subcontractar en conseqüència tota la resta d'activitats a d'altres empreses, mantenint però la responsabilitat davant del pacient admès. Però hi ha també una altra tendència, minoritària i vinculada sobretot al sector sanitari privat, que més aviat actua en sentit invers: l'hospital seria l'embolcall (el medi) on treballarien diverses empreses d'atenció sanitària especialitzada (personal mèdic i d'infermeria) que serien responsables davant del malalt de la seva actuació. En aquest cas, l'hospital garantiria precisament tots els serveis auxiliars i sanitaris (laboratori, gestió dels llits, cuina, etc.) que en el sector públic s'està descentralitzant. Malgrat que no podem dir que ambdós models siguin absolutament contraposats, reuneixen característiques diferents. L'evolució és difícil de preveure.

Aquesta contradicció posa de manifest la relativa debilitat dels arguments anteriors, malgrat que siguin utilitzats amb molta freqüència. No és evident:

- que els hospitals estiguin menys preparats per gestionar determinats serveis,
- que aquests serveis no estiguin estretament vinculats a l'assistència sanitària (es veurà més endavant l'exemple concret de l'alimentació), i
- que sempre se subrogui a empreses privades de reconeguda eficàcia en el camp considerat.

Al contrari, en molts casos les empreses de serveis es creen o es potencien expressament per obtenir la subrogació, sense cap garantia prèvia d'especialització o de control de qualitat, la qual cosa dóna peu a una certa picaresca en concessions no controlades públicament, com es veurà més endavant en els estudis de casos.

El risc de les subrogacions apareix quan es fan per motius purament pressupostaris (a la baixa) o quan es decideixen per raons polítiques o ideològiques (voluntat explícita de privatització) sense que prèviament s'hagi fet l'esforç de saturar la capacitat dels hospitals públics.

A banda d'això, cal recordar que des de sempre les subcontractacions han existit en el sector hospitalari (per exemple: el manteniment de l'utillatge electromèdic sofisticat ha estat sempre una responsabilitat de les empreses subministradores o de manteniment i sempre ha semblat lògic, atesa la complexitat tecnològica de la tasca; altres subcontractacions no tan tècniques, per exemple les cafeteries, disposen ja d'una llarga història de subcontractació).

Ara bé, en els darrers deu anys s'ha produït una gran expansió de les subcontractacions en àrees que abans no ho havien estat. Això fa referència tant a àrees molt tecnològiques (per exemple: manteniment de les instal·lacions de climatologia o dels sistemes informàtics), com a àrees amb utilització intensiva de mà d'obra (neteja) i, cada cop més, també a algunes àrees d'atenció sanitària.

De totes maneres, el recurs de la subcontractació no pot ser tractat d'una manera global i indiferenciada. Un hospital que presta un servei especialitzat que no pot ser saturat i rendibilitzat amb l'activitat del mateix centre s'hauria de considerar com un malbaratament de recursos. La subcontractació és discutible quan es porta a terme únicament per motius pressupostaris, és a dir, normalment a costa de les condicions de treball o de la mateixa qualitat del servei, però pot ser positiva quan està motivada per la complexitat tecnològica o la impossibilitat de rendibilitzar un equipament, o quan es tracta d'una activitat clarament marginal respecte a l'assistència sanitària.

En aquest capítol, revisem la situació de les subcontractacions en el sector hospitalari des d'un punt de vista essencialment qualitatiu, atès que no disposem encara de dades provinents de la Central de Balanços per confirmar les tendències i poder valorar la importància del fenomen en termes econòmics.

3.3 Gestió d'hospitals

Les fórmules i modalitats de gestió dels hospitals estan evolucionant de manera ràpida a través d'una sèrie de mecanismes que modifiquen a la vegada les estructures jurídiques de les entitats, la relació entre propietat i gestió i el mateix contingut de la funció gestora.

3.3.1 Els diferents mecanismes que intervenen en la transformació de la gestió dels hospitals i serveis sanitaris

A. La transformació total o parcial de l'estructura jurídica dels hospitals públics, mitjançant formes societàries de dret privat

El primer dels mecanismes de transformació de la gestió que convé esmentar és la tendència, des de les entitats públiques tradicionals (hospitals municipals, de la Diputació o altres organismes públics), a transformar-se en òrgans autònoms de dret privat o a crear societats destinades a gestionar la pròpia entitat.

El procés de creació d'entitats de gestió separades de l'anterior forma de propietat dels hospitals ha tingut motivacions molt diverses, però es pot suposar que ha anat acompanyat, en la majoria dels casos, d'un cert contingut ideològic paral·lel al model global implementat per la Generalitat quant a l'organització de la sanitat, és a dir, la voluntat de combinar un finançament públic i una gestió dels recursos amb criteris estrictament de sector privat, i de separar en conseqüència l'ens encarregat de la gestió operativa de l'estructura pública inicial.

De manera general, aquest dispositiu pretén alliberar l'entitat pública de la cotilla que representen les normes i els procediments administratius als quals estan obligats les administracions públiques i donar-li la flexibilitat de les empreses privades, en particular en matèria de contractació de serveis i de condicions laborals. Aquestes institucions es creen, d'acord amb la llei, per augmentar l'operativitat de gestió en aquests camps. En efecte, els mecanismes públics d'adquisició són força farragosos i encareixen tant el propi procediment d'adquisició com la mercaderia que es compra. També, en el cas d'hospitals que pertanyien directament a autoritats públiques, no a fundacions, el recurs d'una estructura de dret privat permet utilitzar la contractació laboral en lloc de la funcionarial que era la que havien d'utilitzar.

A més, com ja s'ha comentat, s'ha pretès en alguns casos separar la gestió dels centres de l'acció quotidiana del propietari públic (Ajuntament, Diputació o Generalitat) i del tipus de control públic al qual està sotmès (control dels partits polítics representats en l'òrgan de Govern) mentre que, en altres casos, aquest mecanisme ha servit per fomentar la unió o la interrelació d'antics hospitals petits de la corresponent població.

Les maneres en què s'ha materialitzat aquest procés són molt variades:

a) Fundacions (per exemple: la Fundació de Gestió de l'Hospital de Sant Pau).

b) Consorcis públics (per exemple: Consorci Hospitalari del Parc Taulí de Sabadell, Hospital de Terrassa, Consorci Sanitari de Barcelona -el qual gestiona els hospitals municipals-, etc.).

c) Empreses públiques (per exemple: Hospital Municipal de Badalona, SA).

En totes aquestes institucions l'Ajuntament, la Generalitat o l'autoritat pública implicada manté el control i posseeix la totalitat o la majoria de les accions. En principi, aquestes institucions no tenen l'objectiu d'especialitzar-se en gestió d'hospitals, ni aspiren a gestionar-ne, tanmateix veurem que la dinàmica general ha portat algunes d'elles a estendre posteriorment el seu camp d'actuació.

El model anterior, amb bastant extensió a Catalunya, va rebre un cop molt fort quan després dels darrers escàndols de corrupció a Catalunya i a Espanya, el Parlament de l'Estat espanyol va aprovar, l'any 1995, la nova Llei 13/95, de 18 de maig, de contractes de l'Administració pública que reduïa gran part de la flexibilitat que aquests organismes tenien en la política de subministraments i en l'adquisició de béns i serveis. Diversos gerents i presidents d'hospitals varen protestar contra aquesta Llei que, segons ells, feia pagar justos per pecadors. Molts hospitals gestionats d'aquesta manera no havien motivat cap escàndol per la combinació de l'honradesa del seus gestors i treballadors i la vigilància de l'autoritat pública que en tenia la tutela. D'altra banda, no es pot negar que alguns dels gestors públics van abusar clarament de la confiança pública i que era d'esperar una reacció parlamentària d'aquest estil.

Un exemple clar d'aquesta problemàtica ha estat la pràctica paralització de l'empresa Subministraments Sanitaris del Consorci, SL, creada l'any 1995, que pertany al grup Consorci Hospitalari de Catalunya. Aquesta empresa pretenia ser una subsidiària del Consorci per al subministrament de maquinària i estris sanitaris i el seu manteniment. La nova Llei ha bloquejat la seva activitat.

B) La concessió de serveis públics a empreses (privades o públiques)

El segon fenomen important és la utilització, per part de l'SCS, de la seva facultat de concedir a tercers l'explotació d'hospitals que són de la seva propietat.

Aquesta modalitat s'anomena sovint "gestió amb risc" perquè suposa que l'empresa concessionària assumeix el risc empresarial de l'activitat i es fa càrrec de totes les prerrogatives de l'empresari, inclosa la signatura del conveni amb l'SCS. Aquesta fórmula comporta la cessió a l'empresa de les tasques de direcció i planificació, junt amb la contractació i gestió de la pràctica totalitat dels recursos humans necessaris per al funcionament del servei. El sector públic es reserva la titularitat dels mitjans materials imprescindibles per al desenvolupament de l'activitat (edificis, instal·lacions i equipaments).

En els darrers anys, l'SCS ha utilitzat aquesta fórmula en el cas dels nous hospitals d'àmbit comarcal, com per exemple: l'Hospital del Pallars, l'Hospital de Móra o l'Hospital de Vielha, posant a concurs l'explotació d'aquests centres i concedint-la, segons els casos, a empreses públiques o privades disposades en principi a assumir el risc corresponent. Convé tanmateix matisar aquesta última observació, pel fet que molt sovint existeix un acord implícit o explícit entre l'empresa concessionària i l'SCS segons el qual aquest servei garanteix, sota certes condicions, l'atorgament posterior de subvencions per assegurar l'equilibri financer de la institució, almenys en els primers anys de funcionament.

El principal problema per a les entitats interessades a assumir la gestió amb risc d'un hospital és el respatller financer imprescindible per fer front als tradicionals endarreriments de pagament de l'Administració, que en aquest cas juguen amb quantitats molt importants. A més, cal considerar que les empreses que es dediquen a aquesta activitat tenen un moviment important de diners, però no tenen la propietat dels edificis ni dels equipaments, amb la qual cosa se'ls fa més difícil obtenir crèdits de les institucions financeres. Això ens condueix a fer tres tipus d'observacions:

a) Aquesta fórmula solament és assequible per als grans grups empresarials del sector sanitari. Així, per exemple, tant GECOHSA (Hospital de Móra), com GECESSA (Hospital de Tremp) tenen, respectivament, el suport financer i funcional de l'Hospital de Sant Joan de Reus i de L'Aliança. Fins i tot de la gestió amb risc de l'Hospital de Vielha es fa càrrec directament L'Aliança.

b) Els importants volums financers en joc fan que s'estableixi una negociació paral·lela entre l'entitat adjudicatària i l'SCS sobre les condicions de pagament i les garanties d'equilibri financer, el resultat de la qual es manté en secret. Segons les condicions pactades, l'SCS pot endarrerir certs pagaments i fer aparèixer temporalment un dèficit inferior al real, o l'empresa concessionària

pot tenir provisionalment uns resultats econòmics més favorables que els que corresponen a la situació existent[9].

c) El fet, per a la sanitat pública, de no gestionar directament les activitats i, al contrari, de subcontractar-les a tercers, té unes implicacions fiscals importants que repercuteixen sobre el cost del servei. En efecte, l'entitat pública que assumeix directament les prestacions sanitàries ha de pagar l'IVA únicament sobre els materials, productes i serveis d'origen extern. En canvi, l'empresa concessionària factura amb IVA la totalitat del cost, cosa que, segons estimacions indicatives, pot representar per a l'SCS un cost addicional d'aproximadament un 10%.

Com es veurà posteriorment, la situació és diferent en la subrogació dels centres d'assistència primària. En aquests casos es tracta sempre de gestió amb risc, per bé que es tracti d'empreses que en la gestió d'hospitals actuen sovint sense risc. El fet és que en aquests casos, pel tipus de contractacions, el risc és molt reduït, normalment no sobrepassa el 10% de la facturació, que pot estar pendent del compliment de certs objectius fixats per l'SCS.

C) La subrogació de la funció de gestió a empreses especialitzades

De totes les subcontractacions experimentades en els hospitals públics, la subcontractació de la mateixa gestió és una de les que crida més l'atenció. Efectivament, si la lògica de la subcontractació és cercar una empresa que estigui més especialitzada en la producció d'algun bé o servei (per exemple: la bugaderia) que el mateix hospital, la subcontractació de la pròpia gestió sembla una contradicció completa: com es pot subcontractar el nucli dur de la gestió?

Tanmateix, han començat a aparèixer empreses que es dediquen a realitzar per compte de tercers la funció de direcció i planificació de les activitats sanitàries d'un hospital o d'una ABS: és el que s'entén a vegades per "gestió sense risc", donat que l'empresa subcontractada no assumeix en aquest cas el risc empresarial, sinó que rep una remuneració del propietari de l'entitat per als serveis prestats.

Aquestes empreses s'ofereixen als propietaris de l'hospital, habitualment una autoritat municipal, una fundació o similar, per gestionar-lo d'acord amb un contracte en què es comprometen a assolir uns certs resultats, entre d'altres la viabilitat econòmica o, millor dit, l'adaptació estricta als volums de finançament determinats per l'SCS. En canvi, el contracte amb l'SCS i amb el personal, fins i tot el directiu, és signat per l'hospital, habitualment pel president de la fundació o l'alcalde.

[9] Aquesta situació es dóna, per exemple, en el cas de GECESSA, que va obtenir un any uns resultats positius com a conseqüència de no fer aparèixer clarament les despeses financeres generades per un retard del pagament de l'ICS de més de 300 milions de pessetes.

En general, les empreses que es dediquen a la gestió d'hospitals "sense risc" no necessiten un suport financer molt important, ja que no assumeixen el pagament del personal i dels serveis, ni els avançaments de tresoreria que es generen pels endarreriments en els pagaments per part de l'SCS. Per tant, poden ser empreses amb una estructura financera lleugera i amb un volum de recursos humans limitat. Veurem per exemple que les empreses d'aquest tipus no sobrepassen els 10 milions de pessetes de capital[10].

D) La complexitat dels fenòmens reals i la diversitat de les estratègies empresarials

L'anàlisi de la subrogació en la gestió dels hospitals encara no pot proporcionar resultats contrastats i vàlids amb caràcter general. El procés de creixement d'aquest tipus d'empreses és incipient i dispers, i la majoria han estat creades fa pocs anys i han començat a desenvolupar-se als anys noranta, la qual cosa impedeix tenir la distància suficient per valorar-ne la incidència.

En molts casos, els diferents mecanismes mencionats en els apartats anteriors es combinen i se superposen, creant una situació a vegades difícil de clarificar per l'observador extern. Alguns exemples permeten fer-se càrrec de la complexitat del tema:

a) La majoria d'hospitals de la XHUP -no ICS- tenen formes de gestió separades del que és la propietat real i tradicional dels centres, però en certs casos s'ha superposat a aquesta separació la contractació d'una gestió especialitzada. D'aquesta manera, per exemple, tant l'Ajuntament de Badalona com el de Reus han separat la gestió de l'hospital del seu pressupost mitjançant la seva conversió en una societat anònima de caràcter públic i han creat a més unes empreses especialitzades per a la gestió de l'hospital (respectivament: Badalona Gestió Assistencial, SL i SAGESSA).

b) Algunes de les societats públiques creades en principi per gestionar un hospital determinat han estès el seu àmbit d'actuació a centres d'assistència primària o a altres hospitals. El cas de SAGESSA és representatiu d'aquesta tendència i ha donat lloc a la creació d'un veritable grup d'empreses, que analitzarem més endavant.

c) Les societats, privades o públiques, poden combinar la gestió "amb risc" de certs hospitals o centres de primària i la gestió "sense risc" d'altres establiments.

[10] SAGESSA té un capital de 10 milions de pessetes, CGEST, SL, de 10 milions de pessetes (incrementat de 2 a 10 milions l'any 1995), BCGEST, SL, de 2 milions de pessetes, GECESSA de 10 milions de pessetes, etc.

En aquest cas, l'anàlisi dels fluxos dineraris entre l'SCS, l'empresa i els hospitals és poc transparent per a l'observador extern. A més, la importància dels volums de finançament lligats a la gestió amb risc obscureixen i dificulten l'anàlisi dels fluxos relacionats amb la gestió sense risc.

En efecte, la lectura dels resultats econòmics d'aquestes empreses es fa més difícil pel fet que sovint uneixen en una mateixa presentació comptable els comptes globals de funcionament dels establiments sanitaris dels quals són concessionàries i una activitat de prestació de serveis professionals o d'assessorament (gestió sense risc), que te una estructura d'ingressos i de despeses molt diferent[11].

Per totes aquestes raons, es necessitaria una anàlisi cas per cas de les diferents empreses que actuen en aquest camp i de les seves estratègies. Ens limitarem en el present estudi a fer una presentació resumida de tres grups molt representatius de les tendències actuals a Catalunya, a partir de la informació obtinguda del Registre Mercantil.

Cal tenir present que totes les observacions que es faran sobre els tres grups estudiats es basen únicament en una interpretació de les dades publicades, ja que l'àmbit de l'estudi no permetia realitzar un treball de camp per obtenir informació directa sobre les empreses de gestió, ni intentar esbrinar la fiabilitat de les dades oficialment comunicades al Registre. Per tant, aquestes observacions s'han de considerar com a indicatives, a falta d'una anàlisi més completa i detallada.

3.3.2 Els principals grups empresarials que actuen a Catalunya: estudi de casos

A. Grup SAGESSA:

a) Estructura del grup

El grup es constitueix a partir de la transformació de l'Hospital de Sant Joan de Reus en una societat anònima municipal i de la creació de diverses empreses especialitzades: Gestió Comarcal Hospitalària, SA (GECOHSA), el 1987, Gestió de Serveis Sanitaris, SA (SAGESSA), el 1989, Corredoria

[11] Un cas extrem d'aquesta pràctica és SAGESSA. Les memòries anuals que ofereix al públic no corresponen a l'empresa com a tal, sinó a si mateixa integrada en el conjunt de centres que gestiona, barrejant les activitats pròpies i les dels centres i presentant uns comptes consolidats com si es tractés d'un holding d'empreses.

d'Assegurances Grup SAGESSA, SA, i Cooperació de Serveis Sanitaris Interhospitalària. L'estructura empresarial del conjunt està representada en el gràfic 1.

b) Àmbit d'actuació

El grup SAGESSA manté diverses formes de col·laboració amb els centres següents:

- Hospital Universitari de Sant Joan de Reus
- Hospital Comarcal de Móra d'Ebre.
- Hospital de la Santa Creu de Tortosa
- Àrea Bàsica de Salut Hospitalet-Vandellòs.
- Àrea Bàsica de Salut Riudoms i Montbrió.
- Assistència Sanitària de Cambrils Nord
- Assistència Sanitària de Cambrils Centre
- Serveis Assistencials d'Amposta
- Servei Assistencial de Salou
- Residència Sociosanitària Jacint Verdaguer (Amposta)
- Residència Sociosanitària Jaume I (la Sénia)
- Activitat Assistencial Desenvolupada a l'Ametlla de Mar, l'Ampolla, les Cases d'Alcanar i Sant Carles de la Ràpita.

c) Tipus de gestió

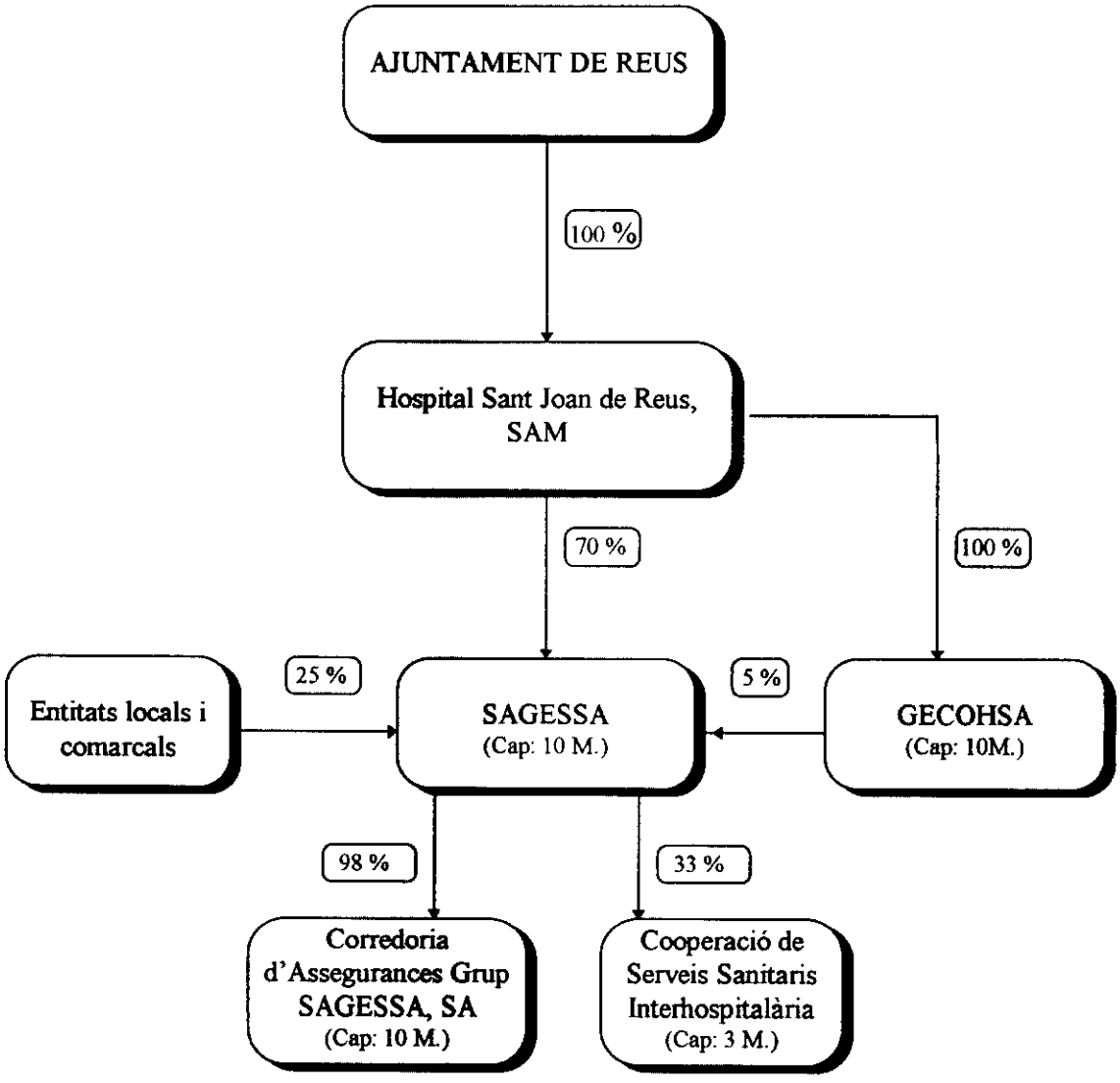
Les dues empreses del grup orientades a la gestió hospitalària són GECOHSA i SAGESSA. La primera apareix com una empresa especialitzada en activitats de gestió amb risc, mentre que la segona, per la informació facilitada en les memòries, sembla desenvolupar els dos tipus de gestió.

GECOHSA es fa càrrec des de 1988 de la gestió amb risc de l'Hospital Comarcal de Móra d'Ebre, propietat del Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat.

En el cas de SAGESSA, apareixen dos tipus d'ingressos: els que corresponen a la prestació de serveis assistencials (402,1 milions de pessetes l'any 1995) i els denominats altres ingressos d'explotació (227,4 milions de pessetes l'any 1995). Els primers provenen essencialment de concerts amb el Departament de Sanitat i es poden interpretar com a lligats a una gestió amb risc en la qual SAGESSA estableix un contracte directe amb el Departament, mentre que els segons corresponen molt probablement al pagament de

Gràfic 1: ESTRUCTURA EMPRESARIAL DEL GRUP SAGESSA

(Situació a 31/12/95)



Fonts: Memòries econòmiques SAGESSA (1992-95) i GECOHSA (1993-94)

serveis per part de les entitats en les quals SAGESSA exerceix com a gestora "sense risc".

d) Indicadors econòmics, en milions de pessetes (últimes dades disponibles)

CONCEPTES	SAGESSA (1995)	GECOHSA (1994)
Capital social	10,0	10,0
Xifra de negocis	400,4	1260.2
Altres ingressos	227,4	10,3
Subvencions	17,9	7,3
Total ingressos d'explotació	645,7	1277,7
Compres	152,5	451,2
Salaris	319,9	595,0
Càrregues socials	83,0	169,9
Altres despeses d'explotació	66,3	66,8
Total despeses d'explotació	636,8	1288,7
Resultats	0,7	0,0
Personal fix	29,3	131,7
Personal eventual	28,7	64,1
Total personal	58,0	195,8

e) Tendències de creixement

Les dades disponibles en les memòries recents permeten comprovar l'estabilització de GECOHSA en termes de volum econòmic d'activitat i el creixement ràpid de SAGESSA, amb un total d'ingressos que s'ha multiplicat pràcticament per dos en quatre anys.

	1991	1992	1993	1994	1995
SAGESSA					
Total ingressos d'explotació	332,7	414,6	439,3	508,7	645,7
Total personal		64,6	46,0	48,2	58,1
GECOHSA					
Total ingressos d'explotació	1226,4	1137,8	1.175,2	1.277,7	
Total personal		166,3	186,7	195,9	

f) Comentaris generals

L'origen d'aquest grup d'empreses està en el sector públic (Ajuntament de Reus) i el seu creixement ha anat acompanyat de la inclusió en el accionariat de SAGESSA de diverses entitats locals i empreses públiques:

- el Consell Comarcal del Baix Camp (5% de les accions),
- el Consell Comarcal de la Ribera d'Ebre (5%),
- l'Ajuntament de Salou (5%),
- la SAM de Gestió de Sanitat i Serveis Socials d'Amposta (5%),
- la Fundació Pública Municipal Hospital i Llars de la Santa Creu de Tortosa (5%).

A mesura que es desenvolupa, el grup va expandint el seu camp d'actuació gràcies a la inclusió de noves activitats i àrees territorials, incorporant en el seu accionariat -encara que de manera minoritària- les entitats locals o empreses públiques responsables dels serveis que gestiona. Això li permet aconseguir una fidelització de les entitats locals "clientes" i la consolidació del seu sector de mercat.

El seu origen i accionariat públics es reflecteixen en els resultats econòmics de les empreses del grup: tendeixen a tancar els exercicis amb un equilibri entre ingressos i despeses, sense benefici, ja que no formen part d'un grup empresarial amb finalitat lucrativa, encara que tinguin la forma de societats mercantils.

g) Aspectes problemàtics

(1) Finançament poc transparent:

En la mesura que SAGESSA es dedica a la gestió amb risc, ha d'afrontar els problemes de finançament que hem assenyalat anteriorment, de manera genèrica , per a totes les empreses d'aquest tipus. En els comptes de 1995, això es tradueix en una partida important de creditors a curt termini (362,5 milions de pessetes) i en un deute molt significatiu amb empreses del grup[12] (220,9 milions de pessetes). Aquesta observació s'estén a GECOHSA, el balanç de la qual fa aparèixer l'any 1994 un deute amb empreses del grup de 327,6 milions de pessetes.

No hi ha informació detallada sobre aquest aspecte, i no podem determinar amb seguretat quina empresa del grup financia a la vegada SEGESSA i GECOHSA per un saldo total de prop de 550 milions de pessetes, però es pot suposar que l'Hospital de Reus, principal accionista de l'empresa, aporta un

[12] Aquesta situació no és excepcional. En els comptes d'anys anteriors, es registra un deute del mateix ordre, la qual cosa confirma que es tracta d'un tret característic del funcionament del grup.

suport financer, el cost del qual es trasllada possiblement a la SAM, ja que les despeses financeres reconegudes tant per SEGESSA com per GECOHSA no corresponen en absolut a les quantitats indicades.

Si aquesta hipòtesi és encertada, estaríem en presència d'una gestió aparentment reeixida (resultats equilibrats) obtinguda mitjançant la transferència d'una part important dels costos a una altra empresa, en aquest cas la societat anònima municipal.

(2) Relacions no suficientment formalitzades amb el Departament de Sanitat

De la informació continguda en les memòries es pot comprovar que SAGESSA no disposa d'un concert documentat amb el Departament de Sanitat respecte a les prestacions sanitàries realitzades en el municipi de Salou els anys 1993, 1994 i 1995. Aquesta carència dóna lloc a l'aparició en la seva comptabilitat d'uns ingressos per la prestació de serveis que no han estat reconeguts prèviament per l'organisme que els ha de pagar, la qual cosa pot comportar que en exercicis futurs aflorin despeses diferides a conseqüència d'una negativa eventual del Departament a acceptar fer-se càrrec dels costos corresponents.

Per una altra banda, i sense que existeixi un reconeixement oficial d'aquesta pràctica, GECOHSA assumeix les despeses lligades a la millora de l'equipament de l'hospital i rep posteriorment del Departament els recursos financers corresponents. Així, a 31 de desembre de 1994 hi figura un saldo pendent de cobrament per un import de 131,8 milions de pessetes, encara que els auditors assenyalin que no consta l'acceptació expressa del càrrec per part del Departament.

B. Grup CONSORCI HOSPITALARI DE CATALUNYA (CHC)

a) Estructura del grup: vegeu el gràfic 2.

b) Àmbit d'actuació

- Centres gestionats a través de CGEST, SL:

- Consorci Sanitari de Mataró (1994)
- Hospital de Puigcerdà (a partir de 1994)
- Consorci Sanitari de l'Alt Penedès (1995)
- Fundació Sanitària d'Igualada (Hospital Comarcal d'Igualada i Fundació Assistencial de l'Anoia) : 1995

- Centres gestionats a través de BCGEST, SL:

- Hospital Sant Jaume de Calella
- Consorci Sanitari de la Selva (Hospital Comarcal de la Selva i Àrea Bàsica de Salut Lloret-Tossa)

c) Tipus de gestió

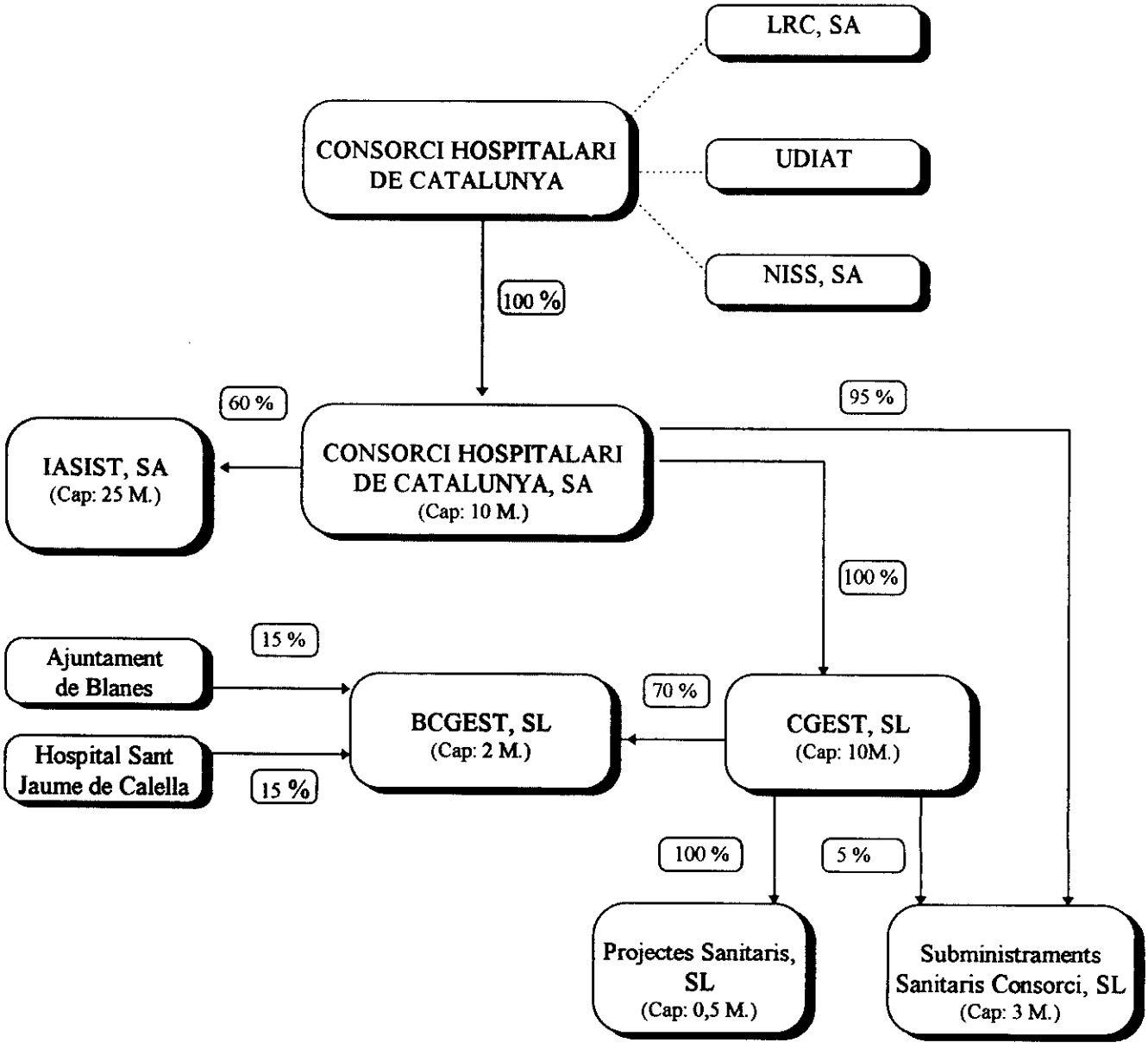
A diferència del grup SAGESSA, el grup CHC concentra les seves activitats en la gestió sense risc. L'empresa d'origen és Consorci Hospitalari de Catalunya, SA, creada el novembre de 1991 pel Consorci Hospitalari de Catalunya. Les dues empreses del grup orientades a la gestió hospitalària són CGEST, creada el juliol de 1993, i BCGEST, SL, creada l'abril de 1993.

d) Indicadors econòmics, en milions de pessetes (últimes dades disponibles)

CONCEPTES	CHC, SA (1995)	CGEST, SL (1995)	BCGEST, SL (1995)
Capital social	25,0	10,0	2,0
Xifra de negocis	47,4	177,6	52,9
Altres ingressos	287,8	1,7	0,0
Subvencions	0,0	0,0	0,0
Total ingressos d'explot.	335,2	179,3	52,9
Compres	0,0	0,0	1,4
Salaris	48,2	78,3	30,6
Càrregues socials	13,6	11,8	4,4

Gràfic 2: ESTRUCTURA EMPRESARIAL DEL GRUP CONSORCI HOSPITALARI DE CATALUNYA, SA.

(Situació a 31/12/1995)



Fonts: Memòries econòmiques de CHC, SA (1994-95), CGEST, SL (1994-95) BCGEST, SL (1994-95) i Subministraments Sanitaris del Consorci, SL (1995)

CONCEPTES	CHC, SA (1995)	CGEST, SL (1995)	BCGEST, SL (1995)
Altres despeses d'explotació	258,2	85,7	16,4
Total despeses d'explot.	332,5	176,9	53,7
Resultats	1,6	1,2	0,3
Personal fix	6	8	5
Personal eventual	4	1	0
Total personal	10	9	5

e) Tendències de creixement

Les dades disponibles en les memòries recents permeten comprovar el creixement ràpid de les dues empreses de gestió del grup, des de la seva creació l'any 1993.

Tanmateix, atès que són empreses dedicades a la gestió "sense risc", les estructures financeres i de personal són molt més lleugeres que les de les empreses com GECOHSA i SAGESSA, que s'orienten totalment o parcialment cap a la gestió directa amb risc dels centres sanitaris. Estem aquí en presència de petites empreses, amb poc personal però d'alta qualificació, que presten serveis d'assessorament que són remunerats pels centres sanitaris i no directament pel Departament de Sanitat.

	1993	1994	1995
CGEST, SL			
Total ingressos d'explot.	27,1	131,6	179,3
Total personal	5	7	9
BCGEST, SL			
Total ingressos d'explot.	17,9	49,3	52,9
Total personal	-	4	5

f) Comentaris generals

Aquest grup és bastant recent i procedeix d'una de les organitzacions patronals de la XHUP, el Consorci Hospitalari de Catalunya, que pretén donar suport als centres que formen part del Consorci mitjançant la creació d'una xarxa d'empreses de serveis, com per exemple el Laboratori de Referència de Catalunya, del qual és propietari.

Com el grup SAGESSA, el grup CHC tendeix a integrar en el capital de les seves empreses de gestió algunes de les entitats locals o empreses públiques responsables dels centres sanitaris que contracten els seus serveis: aquest és el cas

de BCGEST, de la qual l'Ajuntament de Blanes i l'Hospital Sant Joan de Calella detenen cada un el 15% de les accions.

Dintre del grup, es dóna una certa especialització de les empreses:

- **CHC, SA** desenvolupa principalment activitats de gestió de compres, formació i assistència tècnica a les empreses del grup i als centres sanitaris, a més d'intentar tenir una projecció internacional a través del seu departament. "Divisió Internacional", creat l'any 1994 per realitzar projectes de cooperació internacional en el sector sanitari.

- **CGEST, SL,** és el nucli central del grup per a les activitats de gestió hospitalària sense risc i la seva sucursal **BCGEST, SL,** les realitza en l'àmbit geogràfic format per les comarques de l'Alt Maresme i la Selva.

- **Subministraments Sanitaris Consorci, SL,** empresa de la qual el grup posseeix la totalitat de les accions a través de CHC, SA i BCGEST, SL, es dedica a la comercialització de productes, màquines i aparells relacionats amb l'assistència sanitària. Com s'ha assenyalat, l'activitat d'aquesta empresa ha quedat seriosament qüestionada per l'aplicació de la nova Llei de contractes per a les administracions públiques.

- **IASIST, SA,** empresa participada en un 60% per CHC, SA, fins a l'any 1996, es dedica al tractament de la informació sanitària i té una cartera de clients de més de 50 hospitals a tot l'Estat. Sembla que aquesta empresa ha estat venuda recentment a l'empresa americana HCIA.

- **Laboratori de Referència de Catalunya, SA,** és una empresa del grup dedicada a les anàlisis clíniques. És va decidir que passaria a dependre de CHC, SA, però aquesta decisió no s'havia encara fet efectiva al final de 1995 i per això no figura en l'organigrama com a dependent d'aquesta empresa.

- **UDIAT** és un consorci administratiu públic establert entre la Generalitat, la Universitat Autònoma de Barcelona, l'Ajuntament de Sabadell, el Consorci Hospitalari del Parc Taulí i CHC per oferir serveis als hospitals en el camp de la diagnosi per la imatge mitjançant l'alta tecnologia.

- **NISS, SA,** és una empresa del grup dedicada a l'elaboració i el manteniment d'aplicacions informàtiques destinades al sector sanitari. No disposem d'informacions sobre les vinculacions existents amb la resta de les empreses del grup.

g) Aspectes problemàtics

(1) Falta d'informació sobre els efectes globals dels serveis prestats:

La separació entre els comptes de les empreses, com en el cas de CGEST o BCGEST, que es dediquen a prestar serveis de gestió, i els comptes dels centres que contracten els seus serveis ens impedeix valorar l'impacte real que pot haver tingut la intervenció de les empreses del grup CHC, SA,. i si han aconseguit o no millorar la gestió dels centres "clients". A falta d'aquesta informació, es pot considerar que a curt termini la subcontractació representa un sobrecost per a l'entitat contractant, per dues raons:

a) La primera és que no és segur que l'entitat, en contractar una d'aquestes empreses, pugui reduir paral·lelament el personal de gestió que exercia aquesta funció en el tipus d'organització anterior. El més probable és que no hi hagi una substitució sinó una acumulació i que al cost inicial s'afegeixi el cost del contracte amb l'empresa assessora.

b) La segona és que, fins i tot en el cas que es pogués donar una substitució i una reducció corresponent del personal contractat per l'entitat, el cost de l'assessor extern seria en tot cas superior al del personal propi, degut a la incorporació de l'IVA i de les despeses generals de l'empresa de gestió.

(2) Caràcter artificial dels resultats econòmics de les empreses de gestió del grup

Un segon aspecte a assenyalar és que aquestes empreses no són independents i no tenen experiència consolidada a nivell tècnic. De fet, neixen per gestionar alguns centres sanitaris dintre d'una espècie de "mercat captiu", constituït per les entitats que formen part del Consorci. Un exemple clar és l'atribució del contracte de gestió del Consorci Sanitari de Mataró a CGEST, SL, el dia següent de la seva creació.

Encara que tinguin l'aparença d'empreses consultores independents, que presten els seus serveis tècnics a preu de mercat i segons criteris tècnics, es tracta de fet d'empreses creades des de zero per una organització que agrupa els propietaris de diversos hospitals, els contractes de les quals semblen més condicionats per decisions polítiques internes al Consorci que per un reconeixement del valor tècnic dels serveis prestats.

En aquest sentit, els resultats imputats a les empreses de gestió no són del tot fiables perquè depenen dels preus polítics que es poden establir per a la contractació de serveis en el si del mateix Consorci. Per exemple, crida l'atenció el fet que CGEST tingui un volum de facturació per persona empleada de quasi 20 milions de pessetes l'any 1995, la qual cosa supera àmpliament els resultats de la resta d'empreses del mateix tipus i les ratios generalment admeses.

(3) Articulació amb l'SCS mitjançant un transvasament constant de càrrecs entre els dos organismes

Múltiples exemples demostren que hi ha un intercanvi freqüent de personal directiu entre l'SCS i el grup CHC. Es poden citar per exemple els casos de F. Moreu i de J.M. Via (des de l'SCS cap al CHC) i de J. Adserà o J. Agustí (en el sentit contrari). Això és només un indici d'un fenomen més ampli que és la constitució i el reforçament progressiu d'equips gestors que concentren el poder de decisió en el sector sanitari.

C. CEGESSA - Grup Quinta de Salut l'Aliança (QSA)

a) Estructura del grup

En aquest informe ens limitarem a estudiar l'empresa Gestión de Centros Sanitarios, SA (GECESSA), que és l'empresa del grup que es dedica a oferir serveis de gestió. No entrarem per tant en l'anàlisi de l'estructura empresarial del conjunt del grup, ni en la consideració dels hospitals que són propietat de QSA o que gestiona directament.

b) Àmbit d'actuació

L'empresa Quinta de Salut l'Aliança adquireix l'any 1990 la societat Gestión de Centros Sanitarios, SA, que es manté inactiva fins a l'any 1992, any en el qual se li adjudica la gestió de l'Hospital de Sant Bernabé, de Berga, i la Residència Josep Mas i Dalmau de disminuïts psíquics profunds, de Sant Joan Despí.

Durant el 1993 s'hi afegeixen quatre centres nous:

- Hospital del Pallars (adjudicació per l'SCS i contracte a partir de l'1 de gener de 1993)
- Hospital de Puigcerdà (per a l'any 1993 únicament - SCS)
- Residència Assistida de Sant Antoni de Vielha (octubre de 1993 - ICASS)
- Residència de Disminuïts Psíquics Profunds de Can Serra, a l'Hospitalet de Llobregat (novembre de 1993 - ICASS)

La memòria de 1993 també fa menció de converses amb l'SCS iniciades a principis de l'any 1994 per procedir a l'adjudicació a GECESSA de l'Hospital de Vielha, segons un model de contractació similar al de l'Hospital del Pallars.

c) Tipus de gestió

Des de 1992, GECESSA es dedica a la gestió d'hospitals i de centres sociosanitaris, combinant la gestió amb risc i la gestió sense risc, segons les modalitats de cada contracte subscrit amb l'SCS o amb l'ICASS.

Gestió amb risc:

- Hospital del Pallars (SCS)
- Residències de l'ICASS.

Gestió sense risc:

- Hospital i Residència d'Avis de Berga (contracte de 1992 amb l'Ajuntament de Berga, propietari de l'hospital, a canvi del 2% dels ingressos anuals d'aquest establiment)
- Hospital de Puigcerdà

d) Indicadors econòmics, en milions de pessetes (últimes dades disponibles)

CONCEPTES	GECESSA (1993)
Capital social	10,0
Xifra de negocis	714,5
Altres ingressos	0,9
Subvencions	0,0
Total ingressos d'explotació	716,1
Compres	65,3
Salaris	321,6
Càrregues socials	91,7
Altres despeses d'explotació	171,5
Total despeses d'explotació	650,1
Resultats	35,7
Personal fix	47
Personal eventual	74
Total personal	121

e) Tendències de creixement

Les dades disponibles en les memòries de 1992 i 1993 -les següents no van ser dipositades al Registre Mercantil- fan aparèixer un creixement excepcionalment ràpid, tant en personal com en volum de facturació. El volum de

contractes adjudicats per l'SCS i l'ICASS a GECESSA els anys 1992 i 1993 sorprèn per la seva amplitud -tractant-se d'una empresa inactiva fins a finals de 1991- i no es pot explicar sense fer referència al suport tècnic i financer prestat per QSA a GECESSA i als possibles acords entre QSA i l'SCS.

GECESSA	1991	1992	1993
Total ingressos d'explotació	0,0	132,4	716,1
Total personal	0	44	121

e) Comentaris

L'origen d'aquest grup està en el sector privat, concretament en l'empresa Quinta de Salut l'Aliança, que pretén oferir a centres públics i privats els seus serveis de gestió d'activitats sanitàries a través de GECESSA.

Malgrat que inicia les seves activitats realitzant indistintament serveis de gestió amb risc i sense risc, l'últim any de què disposem de dades (1993), GECESSA es decanta clarament a oferir serveis de gestió amb risc. Això implica, com s'ha indicat anteriorment, unes càrregues financeres importants que GECESSA és incapaç d'assumir per si sola i que necessiten el suport indirecte i velat de QSA.

f) Aspectes problemàtics

La gestió econòmica de GECESSA planteja diversos interrogants, degut a certs factors que es posen en evidència en la informació disponible.

En primer lloc, la societat no ha dipositat en el Registre Mercantil els comptes anuals corresponents als exercicis 1994 i 1995, per la qual cosa suposem que l'empresa -i de manera general el grup QSA- està travessant unes greus dificultats econòmiques i que per aquesta raó no l'interessa que la informació econòmica es faci pública.

En segon lloc, els saldos pendents de pagament per part de l'Administració en concepte de contractes de gestió a finals de 1993 són molt elevats (uns 300 milions de pessetes), en relació amb una facturació total de 700 milions. Això genera un desequilibri financer que transitòriament està cobert per l'accionista únic de la societat, es a dir l'empresa QSA., sense que aparegui dintre dels comptes de GECESSA el cost financer corresponent. Segons els auditors de l'empresa, el deute de 306 milions de pessetes per part del Departament de Sanitat correspon al fet que, pel que fa a l'Hospital del Pallars, no es va arribar a un acord amb l'ICS fins al final de l'any. Tanmateix, cal considerar que l'empresa

acaba l'any amb una partida de creditors a curt termini que ha passat en un any de 43,4 milions de pessetes (1992) a 459,3 milions (1993). Enfront d'això, les despeses financeres reconegudes no superen 1,7 milions de pessetes, la qual cosa s'explica probablement pel fet que QSA deu absorbir en la seva pròpia comptabilitat el cost del crèdit atorgat a GECESSA.

En tercer lloc, es pot dir que el resultat declarat (benefici de 36 milions de pessetes) no és significatiu de la gestió d'aquesta empresa, ja que no reconeix el cost financer que suposa tenir pendent de cobrament quasi la meitat de la seva facturació. En la memòria de 1993, els autors adverteixen que en els exercicis futurs la facturació a penes creixerà, mentre que sí que ho faran les despeses, i de forma important.

3.3.3 Factors que promocionen i estimulen el procés de subcontractació de la gestió

En contra del que habitualment s'esmenta, no sembla que la mala situació financera d'un hospital sigui la causa de l'entrega d'un hospital a una empresa de gestió perquè li retorni la viabilitat. Hi ha l'evidència disponible que l'entrada de les empreses de gestió s'ha produït independentment de la situació econòmica de l'hospital.

Més aviat sembla existir un interès del mateix Departament de Sanitat a instaurar aquesta forma de gestió, independentment de la situació interna de l'hospital. El control de la Conselleria, encara que no estigui formalitzat, acostuma a ser molt elevat: és difícil que es consolidi un equip gestor o es nomeni una empresa de gestió sense l'aprovació implícita o explícita del Departament de Sanitat.

La discrecionalitat que té el Departament en la concessió d'ajudes es converteix en una arma clau en aquest procés. Es produeix una autèntica politització de la gestió sense el control polític formalitzat de la funció pública. La subrogació de la gestió tendeix a acabar amb la gestió pública dels recursos públics, tal com ha estat entesa tradicionalment.

Cal recordar que la mateixa inflexibilitat del sector públic tradicional (l'ICS) és la que ha legitimat aquesta política davant d'ajuntaments, fundacions i amplis sectors de la població. La inflexibilitat ha estat en part deguda a la poca iniciativa dels responsables polítics (als quals, de vegades, semblava que la degradació progressiva del sector públic els anava bé), però també a les dificultats d'adaptació de les forces sindicals a les ràpides transformacions del sector sanitari (vegeu per exemple: laboratoris i radiologia).

3.3.4 Efectes directes que pot tenir la subrogació de la gestió

Dins de l'acord polític implícit en les subrogacions de la gestió, l'empresa fa la tasca de flexibilització, en unes condicions que no s'haurien pogut donar en el sector públic, a canvi dels ajuts discrecionals del Departament de Sanitat que, per la seva banda, queda protegit del desgast d'una política de personal agressiva.

En definitiva doncs, la xarxa hospitalària d'utilització pública es converteix en part en una xarxa hospitalària de gestió privada que no obeeix a un dinamisme propi del sector privat (excepte en el cas d'alguna mútua o fundació de caràcter religiós), sinó a una voluntat expressa del sector públic (ajuntaments i Generalitat). La separació entre la propietat patrimonial i la gestió permet una gestió més flexible, però a costa de disminuir la capacitat de control democràtic sobre les despeses sanitàries i d'ampliar el grau de discrecionalitat en l'actuació. En aquestes condicions, és inevitable la sospita que aquests mecanismes puguin servir per transferir una part del finançament públic a un sector privat creat artificialment (i molt sovint amb la participació personal de certs alts responsables del sector).

Per una altra banda, cal mencionar que la subrogació de la gestió introdueix una certa ambigüitat en el contingut real d'aquesta funció i en les relacions laborals i jeràrquiques entre l'empresa de gestió i el personal dels hospitals.

El grup CGEST-BCGEST, per exemple, opta per mantenir una plantilla solament d'alts càrrecs, molt reduïda. Normalment en els treballs de gestió aporta únicament el gerent. Per a la resta de càrrecs de direcció, utilitza els existents en els centres o fa contractar els que proposa la gerència. Els serveis d'anàlisi econòmica o estructural són, en tots els casos, externs[13].

Per contra, SAGESSA manté una estructura proporcionalment molt més forta que CGEST, però així i tot també existeix la pràctica de contractar elements de la gestió per part dels mateixos centres d'assistència i una interrelació entre aquests darrers que va més enllà de la seva relació formal: els hospitals de Reus i Móra utilitzen personal sanitari conjuntament, personal de centres de salut en doble jornada (a més de la dels mateixos hospitals), etc.

Finalment, l'examen detallat dels tres grups mencionats mostra que els resultats aparentment satisfactoris de les empreses de gestió poden amagar una translació dels costos reals cap a altres empreses del grup o cap a les empreses públiques "clientes" (sobretot pel que fa a les despeses financeres en el cas de gestió amb risc) i poden generar uns costos addicionals per a la sanitat pública

[13] No és estrany que d'aquesta manera la facturació del servei de gestió -encara que pugui semblar baixa en relació amb la facturació dels centres ja que sol representar un percentatge de l'ordre del 2%- sigui considerada com a desproporcionada per molts representants sindicals dels centres considerats.

(duplicació de càrrecs, facturació de serveis professionals externs en lloc de relacions laborals, IVA, etc.).

3.3.5 Implicacions més generals de la subcontractació de la gestió

Més enllà de les seves conseqüències directes, la subcontractació de la gestió suposa una delegació de poder per part dels propietaris públics dels hospitals, en uns àmbits i funcions que tenen una importància clau, i aquest fenomen te unes implicacions molt més àmplies que les que s'han descrit fins ara.

Aquest mecanisme porta, en efecte, a una concentració en poques mans de certes decisions estratègiques per a un gran nombre d'hospitals. Just comencem a entreveure l'extensió i l'impacte que pot tenir, a través de certs exemples significatius, alguns dels quals es detallaran més endavant en el present informe:

❒ **Concentració de funcions estratègiques en empreses lligades als grups empresarials als quals se subcontracta la gestió**

Els grups empresarials que ofereixen fer-se càrrec de la gestió d'hospitals estan desenvolupant paral·lelament unes empreses o departaments especialitzats amb el propòsit de proposar als hospitals "clients" assumir certes funcions essencials. La llista d'aquestes funcions probablement s'anirà ampliant. De moment, podem citar a títol indicatiu els camps següents:

- Control de compres:

El cas de l'empresa Subministraments Sanitaris Consorci, SL, malgrat que encara no tingui una projecció significativa, és un exemple clar d'aquest intent de concentrar una funció econòmicament molt important.

- Gestió de la informació:

De la mateixa manera, IASIST, SA, pot ser l'embrió d'una política del mateix tipus en el camp de la informació sanitària.

- Control de la contractació pública:

El Consorci Hospitalari de Catalunya va acordar l'octubre de 1995 posar en marxa un sistema centralitzat de contractació de subministraments i serveis d'acord amb la normativa de la nova legislació de contractes de les administracions públiques, i els hospitals del Consorci li deleguen progressivament les facultats necessàries per a la convocatòria de les

licitacions, la tramitació corresponent i la resolució de les adjudicacions als contractistes.

- Projecció internacional:

CHC, SA, ha creat un Departament Internacional encarregat d'executar projectes encomanats per les institucions internacionals en el marc de la cooperació al desenvolupament. En el marc de la realització d'aquests projectes, CHC, SA, ofereix oportunitats de col·laboració a les institucions sanitàries i als tècnics amb els quals té un contacte preferent.

❒ Relacions empresarials entre l'empresa de gestió i les empreses subcontractades de serveis clínics i auxiliars

Alguns dels exemples citats en l'apartat anterior mostren que els grups empresarials que s'ofereixen per gestionar hospitals també disposen d'empreses a les quals els centres sanitaris poden subcontractar serveis clínics. Un altre exemple conegut és el del Laboratori de Referència de Catalunya, lligat al grup CHC.

Hi ha indicis que la subcontractació de la gestió està relacionada amb la utilització preferent d'aquestes empreses subministradores però no s'ha pogut fer en el marc d'aquest estudi el treball de camp necessari per demostrar aquesta relació. De totes maneres, aquest lligam -probablement encara incipient actualment- pot anar accentuant-se en el futur, i crear les condicions per a un major control econòmic de l'activitat sanitària per part dels grups empresarials.

Aquest tipus de relacions empresarials pren en certs casos un caire més personal. Un cas significatiu és el del Sr. Ramón Bagó, expresident de CHC i actualment amb càrrec directiu en la majoria de les empreses del grup CHC, SA, que dirigeix un important grup d'empreses privades que actua en particular en els sectors hoteler i de restauració (Grup SEHRS, SA; SEHRS, SCCL; Cuina SEHRS, SL; etc.) i que tenia l'any 1995 un pressupost consolidat de prop de 25.000 milions de pessetes. La subcontractació de serveis auxiliars per part de certs hospitals del Consorci a empreses com Cuina SEHRS, SL, posa de manifest el tipus d'implicacions que pot tenir la concentració del poder de decisió, encara que es realitzi en organismes que pertanyen formalment al sector públic.

❒ Control dels fluxos de malalts

Un últim aspecte a assenyalar com a conseqüència del fenomen de subcontractació de la gestió d'hospitals és la tendència constatada dels grups

mencionats a fer-se càrrec també de la gestió de centres de primària en les àrees geogràfiques en les quals actuen. Aquesta relació, que serà analitzada més detingudament en l'apartat dedicat a l'assistència primària, crea les condicions per a un control dels fluxos de malalts per part dels grups empresarials corresponents.

3.4 Serveis clínics

L'aparició i el creixement de subcontractacions de serveis clínics en el sector públic ha preocupat força els treballadors sanitaris i alguns grups d'usuaris. Si es comprèn que la subcontractació dels serveis de cuina pot permetre l'hospital concentrar-se més en la tasca que li és pròpia: els serveis assistencials, com s'ha d'entendre llavors que se subcontractin precisament aquests serveis?

És evident, com es podrà apreciar a continuació, la subrogació de certs serveis clínics en determinades condicions i amb els controls adequats; és una necessitat poc qüestionable i que avui en dia ningú discuteix. Les raons objectives que motiven aquestes contractacions externes són, per exemple:

- la creixent especialització produïda per la complexitat tecnològica, o
- la grandària de l'àmbit d'aplicació que necessita cada servei per saturar la capacitat de les inversions fetes i rendibilitzar les despeses de funcionament.

La substitució de mà d'obra per maquinària o les noves possibilitats telemàtiques són factors que porten a la centralització de determinats serveis, amb costos unitaris més baixos.

No obstant això, hi ha la percepció en el sector que, juntament amb aquestes raons òbvies, certes subrogacions estan motivades per altres, com per exemple:

- La voluntat de superar mitjançant la gestió privada les rigideses de l'Administració amb matèria de compres i contractes, sense que s'hagin fet tots els esforços possibles per millorar els mecanismes públics de gestió.
- La possibilitat, a través d'aquestes fórmules, d'imposar uns nivells salarials més baixos i de reduir la conflictivitat laboral.
- La voluntat política d'impulsar el desenvolupament del sector privat en el sector sanitari.
- La no comptabilització, en el moment d'avaluar els avantatges d'una subrogació, dels costos addicionals a càrrec del sector públic que es deriven de la infrautilització de les estructures materials i dels recursos humans existents en els hospitals públics.

3.4.1 Laboratoris d'anàlisis clíniques

Els laboratoris d'anàlisis clíniques han experimentat en els darrers anys transformacions tecnològiques impressionants. D'una banda, la disponibilitat de noves tècniques permet diagnòstics cada cop més acurats, però, d'altra banda, ha estat, sobretot, l'automatització de la majoria de tècniques rutinàries, que són la part més important de la càrrega de treball d'un servei de laboratori, el que ha transformat les característiques del treball i l'ha fet molt més dependent de la tecnologia (robots, autoanalitzadors, etc.). A més, a diferència del que passa en altres serveis clínics, la mostra de sang o de qualsevol altra substància pot viatjar, sense el malalt, a qualsevol altre laboratori i la resposta dels resultats, via telemàtica, és molt ràpida.

Aquesta situació ja fa anys que ha fet aparèixer grans laboratoris centralitzats, independents dels centres hospitalaris, capaços de produir determinacions analítiques en grans quantitats, a una gran velocitat, a un preu unitari molt baix, amb un bon nivell de reinversió tecnològica i amb qualitat. Aquests laboratoris són bàsicament privats i servien el mercat privat, però poc a poc han anat guanyant quota de mercat en el sector públic. Fa uns sis anys va aparèixer el Laboratori de Referència de Catalunya, del Consorci Hospitalari de Catalunya, que fou el primer centre de propietat pública d'aquesta mena. Els preus unitaris no han pujat tant des de llavors, encara que és difícil analitzar si fou per l'entrada en el mercat d'un laboratori públic que oferia preus més baixos o bé per les millores tecnològiques que mantenen la tendència a reduir els preus unitaris. Actualment els marges de benefici són molt més ajustats que anys enrera. Possiblement per això, els proveïdors d'analítica clínica que actuen a Catalunya han sofert en els darrers anys un procés de concentració empresarial. Actualment, els més importants són els que s'indiquen en el quadre 3.2.1.

Quadre 3.2.1. Laboratoris d'anàlisis clíniques que treballen en el sector públic hospitalari d'aguts (llista no exhaustiva).

NOM	NATURALESA JURÍDICA
Echevarne	privat
Reference	privat
Balagué	privat
Laboratori de Referència de Catalunya	públic (Consorci Hospit. de Catalunya)
Cerba	privat
Sabater T.	privat

Tots ells es beneficien d'una política de subministradors molt més agressiva (per exemple en el cas dels reactius) que la dels hospitals públics. Les compres en els hospitals de l'ICS així com, des de 1995, en els altres centres de finançament públic, han de seguir la Llei de contractes de l'Administració pública i això (i el retard en el pagament) encareix el producte. A més, l'extracció de les mostres de sang, que és sovint percebuda com una part de la feina que consumeix força temps i que la fa, en els hospitals, personal diplomat en infermeria (si bé en aquest terreny hi ha un contenciós entre infermeria, tècnics i auxiliars, amb unes repercussions de càrrega salarial òbvies), sol ser assumida pels hospitals que només subcontracten les determinacions analítiques i, quan es fa a les empreses, aquestes utilitzen personal menys especialitzat i amb estructures salarials més baixes.

En el tema de les competències del personal especialitzat, podria considerar-se que es dóna de fet un cert descuit de les responsabilitats públiques. En lloc d'intervenir per aclarir i resoldre el contenciós existent, s'afavoreix, a través de la gestió privada, la solució més barata, basada en els fets consumats i que pot a la vegada generar situacions de *dumping* de preus, amb el corresponent perjudici per a la gestió pública. Tanmateix, els nivells de qualitat de les determinacions no se'n ressenten, donat que existeix un programa de control de la qualitat dels laboratoris d'anàlisis clíniques que garanteix bons nivells de qualitat en tots ells.

Molts hospitals de la XHUP, els més petits, subcontracten una part de la seva analítica a aquests grans laboratoris. Els hospitals grans, entre ells els de l'ICS i els grans hospitals universitaris, de moment només ho fan per a algunes determinacions analítiques poc freqüents i que, per economia d'escala, sempre ha semblat més indicat practicar-les centralitzadament.

Aquesta situació genera preocupació entre els treballadors sanitaris dels hospitals que treballen en els laboratoris. Molts veuen la possibilitat que els seus llocs de treball estiguin amenaçats per aquests canvis. S'han de considerar dos factors que matisen la velocitat d'aquest procés:

En primer lloc, la majoria d'experts consultats coincideixen a afirmar que viurem una reducció important de llocs de treball en els serveis de laboratori dels hospitals com a conseqüència de les transformacions tecnològiques esmentades. Encara que, amb subcontractacions o sense, sempre es mantindrà en els mateixos hospitals una estructura mínima per portar a terme tasques analítiques difícils de transferir o subcontractar.

En segon lloc, abans de procedir a una subcontractació massiva de les determinacions analítiques, la majoria d'hospitals grans de Catalunya hauran d'enfrontar una altra situació traumàtica que serà la fusió dels laboratoris de l'ICS de primària de cada localitat i els de l'hospital públic de la localitat. La duplicació actual, que vol dir que s'ha anat invertint en plantilla i amb tecnologia

tant en l'ambulatori de l'ICS com en l'hospital corresponent, és difícil de justificar segons criteris de planificació i d'eficiència. Aquesta experiència, que ja s'ha produït en algunes ciutats (Sabadell-Terrassa, Granollers, etc.), i la necessitat d'absorbir plantilles, retardarà qualsevol subcontractació massiva d'aquest servei en els hospitals grans.

3.4.2 Radiologia

L'acceleració de la revolució tecnològica s'ha produït també en la radiologia, però amb característiques diferents. A diferència de les anàlisis clíniques, la radiologia demana la presència del malalt en l'exploració i, a més, la separació entre radiologia (diagnòstic) i intervenció (tractament) s'ha anat desdibuixant amb l'aparició de l'anomenada radiologia intervencionista. El *boom* de la cirurgia ambulatòria deu molt a la capacitat d'intervenir els malalts amb l'ajut directe de la radiologia. Per això no es pot parlar de reducció de necessitats de llocs de treball en radiologia, encara que aquests són cada cop més tecnificats i sofisticats.

L'augment de la demanda de les exploracions de diagnòstic per imatge (escànner, ressonància magnètica, etc.) ha estat molt superior a la capacitat d'absorció dels aparells radicats en els hospitals públics i ha portat a la necessitat de subcontractar-les, tant per part d'aquells hospitals que no disposen dels aparells necessaris i que observen com els hospitals de referència no poden fer-se'n càrrec, com en els propis hospitals grans que sovint utilitzen aquesta possibilitat. A continuació plantegem les diverses raons que expliquen aquesta situació.

Cost que representa per a l'hospital la saturació dels equipaments públics

Alguns hospitals subcontracten exploracions per a les quals ells mateixos disposen d'equipaments per poder practicar-les i que no estan, ni de lluny, saturats (per exemple: no tenen torn de tarda obert). En aquests casos, per a l'hospital és més costós, a curt termini, fer front a les despeses corrents (salarials i de consumibles) que representaria obrir un nou torn, que a les del cost de l'exploració que els demana el centre subcontractat (vegeu també l'efecte pervers del sistema de pagament).

Efecte pervers del sistema de pagament com a producte intermedi

És segurament una de les raons que explica millor l'augment de les subcontractacions. Fins ara, l'empresa subcontractada de radiologia (com en molts casos, les d'anàlisis clíniques i les d'alta tecnologia) contracta directament amb el servei públic, l'SCS, encara que és cada hospital qui determina els casos

que necessiten l'exploració. Per tant, per a l'hospital és molt més favorable enviar les exploracions al centre subcontractat (que cobrarà directament de l'SCS) que fer-les en el centre mateix a còpia d'ampliar torns (que haurà de pagar, lògicament, a càrrec del seu propi pressupost).

Darrerament, els responsables de l'SCS han anunciat que els anomenats productes intermedis, entre ells la radiologia, seran contractats i pagats directament des de cada hospital ("centre productor", segons la nova terminologia), que rebrà els diners suplementaris que actualment l'SCS dedicava a aquests contractes.

En part aquesta decisió pretén responsabilitzar els hospitals de les exploracions que demanen (fins ara subcontractaven, però no pagaven), però també respon a l'enduriment de les lleis de contractes de l'Estat, que planteja dubtes seriosos sobre la capacitat de l'SCS de contractar directament sense el procediment de concurs previst per als proveïdors públics. Sigui quina sigui la raó, aquest canvi traurà molta discrecionalitat a l'SCS, que fins ara decidia quines empreses contractava i amb quin volum de contractació, i la donarà als hospitals. Passar d'una situació de contractador únic i proveïdors diversos a una de contractadors diversos i proveïdors diversos pot afavorir les empreses de radiologia, sobretot si tenen llibertat de negociar tarifes, però també pot afavorir els hospitals que es plantegin capitalitzar-se en aquest sentit, sobretot si la política general de concert els és favorable. De tota manera, és previsible l'aparició de negociacions informals entre hospitals, empreses i Administració que mantinguin l'statu quo actual.

Dificultats de capitalització

L'aparició d'empreses privades de radiologia (i també d'alta tecnologia) pot explicar-se, en alguns casos, per les dificultats de capitalització del sector públic en certes àrees de la tecnologia. No es tracta tant de dificultats financeres objectives, que també n'hi ha hagut, com, sovint, de la falta de flexibilitat per identificar les noves tecnologies emergents i apostar per aquestes. Pràcticament totes les noves tecnologies de la imatge han estat adquirides a Catalunya primer pel sector privat i després pel públic.

Algunes vegades els mateixos professionals sanitaris no estaven al dia en la seva especialitat, però la majoria de les vegades els canals entre els professionals sanitaris i les autoritats hospitalàries, que havien de decidir amb relació a la inversió, no han funcionat o, simplement, no s'han pogut aconseguir les subvencions necessàries per a la inversió.

La iniciativa privada es llançava a fer la inversió, ja que valorava els factors que tenia a favor, és a dir:

(i) l'avantatge temporal que significava disposar de l'equipament abans que el sector públic, que sempre necessita un període plurianual per fer inversions d'aquest tipus,

(ii) la demanda que generaria un cop la disponibilitat fos coneguda entre el personal mèdic,

(iii) la posició de força davant de les autoritats sanitàries, que no podrien negar-se a la subcontractació d'un equipament disponible en el país.

Aquesta decisió ha significat, de vegades, un risc alt. D'altres vegades, especialment quan es tractava de tecnologies que ja eren més conegudes, es pactaven per endavant les condicions tarifàries de manera que es pogués finançar còmodament tota la inversió.

Derivació fraudulenta o innecessària de malalts

La desviació fraudulenta de malalts cap a un centre privat, és a dir, amb la intenció explícita d'augmentar els beneficis del centre privat a costa de disminuir l'activitat del centre públic, també s'ha presentat en molts casos, però ha de veure's en el context de les raons que hem esmentat anteriorment. Els casos més flagrants, que encara es veuen, són aquells on els professionals (personal mèdic) amb interessos en el centre privat subcontractat són a la vegada els qui decideixen sobre el funcionament i les derivacions de l'hospital. En molts països hi ha normatives molt rígides per evitar aquestes situacions que, a Catalunya, es donen sovint.

Més subtils encara són els mecanismes que expliquen la saturació de determinats serveis públics i la necessitat de subcontractar-ne més. Les exploracions i les intervencions de radiologia sofisticada, com qualsevol altra intervenció, només tenen sentit en condicions en què científicament s'ha demostrat la seva efectivitat. La pràctica d'una exploració sense motiu no només és malbaratar recursos, sinó que, a més, pot resultar nociva per a la salut i, per tant, generar encara més despeses sanitàries.

Tanmateix, moltes vegades la saturació dels equipaments públics (i la posterior subcontractació de serveis privats) és deguda a un increment de demandes no justificades. Una de les raons pot ser la falta de rigor en alguns equips mèdics, però no s'han d'oblidar altres factors més importants: la pressió consumista de molts usuaris per als quals la qualitat significa la utilització indiscriminada de serveis d'alta tecnologia o la pràctica creixent d'exploracions de seguretat per cobrir-se davant de possibles demandes judicials.

D'altra banda, les empreses privades de radiologia, com les d'anàlisis clíniques, poden desenvolupar amb molta més agressivitat la política de compres, sovint tenen nivells salarials més baixos i estructures de personal més dinàmiques

i polivalents que els permet obtenir despeses unitàries molt més ajustades que en el sector públic. Com a mínim en dos hospitals públics de Catalunya, el Consorci Hospitalari del Parc Taulí i la Residència de la Vall d'Hebron de l'ICS, s'han iniciat experiències que han portat a crear un Consorci Públic (Unitat de Diagnòstic per la Imatge en Alta Tecnologia UDIAT), el primer, o una empresa pública (Institut de Diagnòstic per la Imatge IDI), la segona, per gestionar la radiologia sofisticada sota les mateixes premisses que els centres privats, en lloc de fer-ho en els serveis dels seus propis centres o de subcontractar-la als centres privats.

En ambdós casos la gestió de compres i la contractació de personal es regeix de manera diferent que en els hospitals d'origen. Les justificacions que s'han donat van sempre en la direcció d'agilitzar la gestió de compra de material i d'altres i de flexibilitzar les condicions laborals.

3.4.3 Alta tecnologia

A banda de la radiologia, l'SCS ha contractat un gran nombre d'intervencions diagnòstiques i terapèutiques d'alta tecnologia a empreses no vinculades als hospitals de la xarxa pública. Les explicacions són similars a les de la radiologia: les dificultats per incrementar l'activitat en els equipaments públics, els efectes perversos que els contractes entre l'SCS suposen per a la utilització dels equipaments públics, la relativa facilitat de capitalització i el dinamisme del sector privat o la derivació fraudulenta o innecessària de malalts.

El dinamisme del sector privat que, en alguns casos, ha permès un accés ràpid a tecnologies que el sector públic hauria incorporat molt més tard, tal com es pot demostrar si es compara la velocitat d'innovació a Catalunya amb la de la resta de l'Estat, comporta, però, perills greus: de vegades, facilita l'aparició de tecnologies encara no ben contrastades, en altres, l'adquisició de més aparells dels que són estrictament necessaris per a la patologia que s'ha d'atendre. Un exemple clàssic fou l'aparició de litotritors, els aparells que redueixen les litiasis renals mitjançant un tractament de xoc per ones. A diferència d'altres aparells, les indicacions són molt limitades: no es poden tractar pedres de ronyó a qui no en té, en canvi, sí que pots practicar escànners a qui no en necessita. Per tant, és relativament fàcil calcular el nombre d'aparells necessaris per a una població determinada, a Catalunya: d'un a dos. No obstant això, el mateix any que en tot Suècia hi havia un sol aparell que servia amb escreix tota les necessitats de la sanitat pública, a Catalunya, amb un nombre d'habitants menor, ja n'hi havia set, tots ells contractats per l'ICS (era a finals dels anys vuitanta) que, òbviament, va finançar indirectament la majoria d'aquestes inversions restant fons d'altres necessitats.

La legislació vigent preveu que hi hagi un procés de consulta prèvia abans de concedir la instal·lació de qualsevol aparell en un centre públic o privat. Aquest procediment, similar al que existeix en altres països, permet avaluar l'efectivitat de les intervencions del nou aparell i la viabilitat econòmica dins del sector públic o privat, precisament per evitar que, finalment, el cost de la capitalització innecessària caigui en el sector públic. No obstant això, quan, de vegades, la consulta prèvia no es demana, no s'informa, s'informa malament o es demana quan ja s'ha adquirit l'equipament, l'autoritat sanitària no ha estat capaç d'impedir desastres com els que esmentàvem més amunt. No hi ha experiència en sancions administratives ni judicials quan aquesta legislació no s'ha complert per part d'empreses privades o públiques. D'altra banda, de vegades, pot considerar-se que hi ha circulació d'informació privilegiada, difícil de demostrar, que permet a un inversor crear un equipament amb la seguretat que serà contractat. Els tràmits previstos en la legislació vigent no són efectius per limitar aquesta pràctica.

La creació de l'Agència d'Avaluació de Tecnologies (1994) ha estat un intent de reforçar la capacitat de les autoritats per regular aquesta situació, amb bons resultats en les àrees en què ha pogut intervenir (per exemple: oxigenotrapia domiciliària).

3.4.4 Atenció sanitària urgent

Els serveis d'emergències mèdiques també han estat uns serveis per als quals s'ha creat una empresa pública: SEMSA, propietat de l'SCS. En aquest cas, un dels objectius declarats ha estat poder cobrar amb agilitat les despeses d'evacuació i tractament immediat que les companyies que asseguren els accidentats de trànsit estan obligades a cobrir. Cal recordar que, durant molts anys, els accidents de trànsit eren atesos bàsicament a càrrec de la sanitat pública. Això ha permès que SEMSA es pogués capitalitzar i invertís en l'àrea de l'atenció mèdica immediata, una àrea tradicionalment deficitària en molts territoris catalans.

D'altra banda, SEMSA es responsabilitza del trasllat secundari, entre hospitals, dels malalts que necessiten tractament en un hospital més sofisticat. Aquest és un servei necessari i difícil on, a diferència d'altres països, no hi ha cap base legal que doni autoritat pública al responsable del trasllat[14]. Això crea molts problemes als usuaris i als propis hospitals que veuen com els malalts poden morir esperant el trasllat a un hospital més sofisticat que es nega a rebre'ls amb l'excusa de la falta de llits.

[14] Es podria pensar que si la coordinació d'urgències fos responsabilitat de personal funcionari, aquest problema no existiria. No obstant això, s'ha de tenir present que la base legal per donar autoritat pública no depèn només del caràcter funcionarial del responsable. Cal una llei que li doni caràcter d'autoritat pública per a aquest tema.

SEMSA té molt poca estructura, ja que subcontracta l'atenció mèdica immediata i els trasllats a diversos hospitals públics catalans o empreses d'ambulàncies privades que, sempre que segueixin les normes d'actuació i de qualitat que marca SEMSA, obren un camp nou d'activitat amb una font addicional d'ingressos. Malgrat que el model general és prou clar, l'àrea d'atenció urgent continua sent una de les que més queixes provoca entre els usuaris i on les condicions de treball poden ésser molt dures. Esmentem els problemes següents:

Coordinació i duplicació amb els serveis especials o ordinaris d'urgències de l'ICS

Les entitats gestores de la Seguretat Social, des dels seus inicis, van establir uns dispositius d'atenció mèdica immediata (Serveis Especials d'Urgències SEU i Serveis Ordinaris d'Urgències SOU) que actualment estan força desacreditats i descapitalitzats, per raons que exigirien una anàlisi més aprofundida que sobrepassa els límits del present estudi. En la pràctica, els SEU mantenen una vida precària, amb poca motivació i efectivitat, però amb un pressupost estimable, mentre que SEMSA contracta nous serveis. Per evitar aquesta duplicació, s'ha parlat en alguns casos que els hospitals que ofereixen els serveis a SEMSA absorbissin les plantilles dels SEU i els SOU, de manera similar al que passa en la integració dels especialistes de la primària.

La ciutat de Barcelona

La ciutat de Barcelona ha pres un camí diferent: s'ha desvinculat de SEMSA mitjançant la creació del Servei 061, que aglutina els antics SEU i els serveis mèdics d'atenció immediata de nova creació, fet que ha generat una sèrie de conflictes. Aquest canvi s'ha fet sense cap connexió amb l'atenció primària. Possiblement per això i per l'augment d'expectatives generat, el servei té un risc alt de col·lapsar-se.

El creixement de les urgències

Les demandes d'atenció mèdica urgent, ja sigui a domicili o a l'hospital, no baixen i tendeixen a pujar. Aquest fenomen no ha estat explicat satisfactòriament, però les limitacions de l'atenció primària poden tenir-hi quelcom a veure (vegeu el Capítol 5). D'altra banda, hi ha una gran desigualtat en la utilització dels recursos per fer front a les urgències i en les condicions salarials de qui realitza la tasca. En alguns casos, això porta que es treballi per sota el límit de seguretat exigible (qualificació dels professionals que atenen, condicions mínimes de repòs, etc.), en canvi, en altres hospitals sembla que les plantilles de guàrdies médiques estan desajustades i sobredimensionades. La despesa en guàrdies localitzades de molts metges especialistes és difícil de

justificar si no és per justificar nivells retributius més alts que no han estat abordats racionalment[15].

3.5 Serveis auxiliars

3.5.1 Cuines i alimentació

Tant els gerents com els mateixos treballadors estan d'acord que els hospitals han intentat disminuir els nivells de despesa en aquest capítol. A banda dels resultats globals que l'anàlisi de les dades de la central de balanços ens pot donar, detallem a continuació algunes de les troballes més importants:

Pressió pressupostària

Les subcontractacions es fan gairebé sempre sota molta pressió pressupostària, és a dir que els preus que es demanen i que s'ofereixen són molt ajustats, fins i tot per al sector de l'hostaleria en general. Les direccions dels hospitals i les de les empreses de restauració són conscients d'aquesta situació i no tenen gaires expectatives d'oferir un servei més acurat. En alguns dels hospitals que hem visitat (Mataró), el problema de la qualitat en la cuina i l'alimentació ha suposat conflictes importants.

Higiene, qualitat i salubritat

Un problema que existeix, si bé difícil d'avaluar, és el de l'impacte de la subcontractació dels serveis de cuina i d'alimentació en la higiene i la salubritat del procés d'emmagatzemament, conservació, preparació i distribució de l'alimentació als malalts enllitats i als menjadors. Diversos treballadors esmenten el deteriorament de les condicions d'higiene per les limitacions en el pressupost de manteniment de les empreses subcontractades. Ens han estat citats els problemes següents: estat deficient dels refrigeradors de residus (que no són essencials en el procés de producció del menjar), falta de neteja dels espais, falta de manteniment de fregidores, etc.

Les inspeccions reglamentàries i extraordinàries dels serveis d'higiene alimentària de la mateixa Direcció General de Salut Pública no han denunciat mai la situació, però, a vegades, hi ha un dubte raonable sobre si hi ha connivència per no agreujar la situació econòmica dels hospitals.

[15] Més endavant, en l'apartat 6.3, veurem com a l'ICS la part fixa del salari correspon només el 59 per cent de la retribució total.

Dietes especials

Una característica diferencial dels serveis de cuina d'hospitals respecte als dels hotels és que han de poder proveir les dietes especials que els malalts necessiten (dietes sense sal, dietes astringents, dietes toves, etc.). Habitualment, les empreses ofereixen els serveis d'una persona dietista que dialoga amb el personal corresponent de l'hospital. El testimoni d'alguns treballadors de cuina és prou evident: les dietes hiposòdiques són confeccionades amb conserves i menjar elaborat amb alt contingut de sal (tonyina en llauna, pernil de York, ...). Sembla que la deteriorada situació econòmica fa actuar amb connivència entre uns i altres, amb una pèrdua important en la qualitat del servei.

Subrogacions de personal

Les subcontractacions signifiquen habitualment la subrogació dels contractes amb el personal de l'hospital que treballa a la cuina i en els serveis d'alimentació. Si bé habitualment les subrogacions es respecten i, per tant, aquests treballadors continuen sota els respectius convenis sanitaris, el nombre total de treballadors tendeix a disminuir després de les subcontractacions, ja que no es cobreixen les places que van quedant vacants. Per una altra banda, el tema que apareix més conflictiu és el dels suplents, que cobreixen les baixes del personal per vacances o malalties. En el cas de subrogació, els suplents depenen dels convenis d'empreses hoteleres que són molt més desfavorables que els convenis sanitaris, el que va clarament en benefici de les empreses concessionàries.

Els hospitals més grans i amb més peculiaritats arquitectòniques (per exemple, Sant Pau) no han aconseguit subcontractar mai aquest servei, malgrat que la gerència ho ha intentat, perquè cap empresa va voler fer-se'n càrrec en les condicions que requeria l'hospital.

És l'alimentació un servei a subrogar?

Si ho preguntem a la majoria de gerents, la resposta és sí. Les raons són sempre les següents: menys cost i menys preocupacions. Amb tot, hem vist com la majoria d'empreses de càtering fracassaven, si es vol parcialment, en moltes tasques pròpies de l'alimentació hospitalària (dietes, etc.). No és potser l'alimentació hospitalària un producte que per la seva dimensió (molts hospitals serveixen més de mil àpats diaris) o per la seva especificitat hauria de ser considerat com un servei hospitalari?

Aquest problema es plantejaria de manera diferent si les subrogacions de l'alimentació es portessin a terme amb empreses de reconeguda competència, com algunes empreses de càtering per a companyies d'aviació, capaces d'oferir una alta qualitat i de gestionar adequadament una gran varietat de dietes, sigui

per motius de salut o de tipus religiós. Possiblement, en aquestes condicions, la subrogació de la cuina deixaria de ser tan atractiva per a la majoria d'hospitals.

3.5.2 Bugaderia i neteja

Els serveis de bugaderia i de neteja són els que estan més àmpliament subcontractats. Les empreses subcontractades de bugaderia solen ocupar treballadors disminuïts i es beneficien dels avantatges fiscals i de les subvencions corresponents. No hem detectat cap queixa o conflicte important, ni cap problema de qualitat rellevant en aquest camp[16]. En els hospitals que han subcontractat aquesta feina fa poc el personal de l'hospital ha estat absorbit per altres àrees de l'hospital, habitualment neteja, cuina i recepció.

El sector de neteja, en canvi, és un sector que treballa amb una gran pressió sobre els treballadors, amb una gran mobilitat i precarietat laboral. Molts gerents admeten, en privat, que les empreses de neteja actuen, en el millor dels casos, en el límit de la legalitat laboral i social.

Com en el cas de la cuina, quan el personal que era de l'hospital ha estat subrogat, les condicions contractuals es respecten. No obstant això, la càrrega de treball augmenta sempre, especialment durant els caps de setmana i festius. Alguns hospitals, per exemple el de Mataró, han subcontractat la gestió de la neteja, però no el personal, que segueix sent de l'hospital. En aquests casos s'observa el mateix enduriment de les condicions laborals.

3.5.3 Manteniment de la tecnologia i l'obra civil

La subcontractació de material tecnològic amb les empreses proveïdores no mereix cap comentari especial. És un fet acceptat avui en tots els hospitals. Es poden fer consideracions similars en els aspectes més tecnològics de l'obra civil (ascensors, climatització, etc.).

A diferència del que ha passat en altres països, no observem una tendència a subcontractar el manteniment dels edificis i la majoria d'hospitals guarden un control molt bo sobre les feines de manteniment, si bé les dificultats pressupostàries i la necessitat d'establir prioritats són una referència constant.

[16] Si exceptuem el cas de l'hospital de l'ICS de Girona en el qual al principi dels vuitanta es va detectar que un equipament nou va ser desmuntat per procedir a la subrogació del servei de bugaderia a una empresa privada amb vinculacions amb una autoritat pública del moment.

4. CAPÍTOL 4: CANVIS EN L'ATENCIÓ PRIMÀRIA

Des del punt de vista de retribució del personal mèdic, els sistemes d'atenció primària poden classificar-se en tres models bàsics, encara que, evidentment, mai es donen en forma pura:

- Els sistemes més lliberals, com el francès o l'andorrà, es basen en el pagament per cada acte mèdic per part del pacient que, més tard, en demana el rescabalament total o parcial a l'agència de la Seguretat Social. Sol oferir satisfacció a l'usuari, ja que el metge té un incentiu molt alt per acontentar el pacient i aquest té llibertat absoluta per visitar qualsevol metge en qualsevol moment. No obstant això, el sistema és el més car de tots i és difícil de controlar des del punt de vista de la despesa. S'ha demostrat que té tendència a generar més visites de les estrictament necessàries.

- El sistema capitatiu es basa en el fet de pagar al personal mèdic una quantitat per pacient de la llista que tots tenen. L'incentiu negatiu radica en la facilitat per concentrar els usuaris que més utilitzen els serveis (els més pesats) en algunes de les llistes, que són mal ateses, i els més sans, en altres. Sempre hi ha alguna limitació en el canvi de metge, per exemple, només es pot canviar un cop l'any o quan es canvia de residència, i els usuaris, quan tenen experiència d'una altre sistema més liberal, troben aquesta manca de llibertat poc satisfactòria. No obstant això, el sistema és molt més racional en el control de la despesa i permet una vigilància de la salut comunitària força eficient.

- Finalment, el sistema salarial en què el metge rep un salari independentment de l'activitat realitzada i dels pacients que té assignats. Desincentiva el sobretractament, un dels problemes del pagament per servei, però, en canvi, pot incentivar el subtractament.

Tots els sistemes intenten compensar els seus avantatges i els seus inconvenients introduint aspectes parcials d'altres models. A Espanya, l'INP va crear un sistema mixt en el qual el metge rebia un pagament capitatiu pel seu contingent de malalts i, a més, un mínim salarial comú. La degradació del sistema, on el personal sanitari només atenia els pacients durant dues hores en locals descapitalitzats, va provocar que la reforma de l'atenció primària considerés l'abandó d'aquest sistema i la transformació en un sistema salarial amb algunes correccions.

El Decret de reforma de l'atenció primària (Decret 84/85, de 21 de març) mantenia una de les característiques claus dels sistemes capitatius: teòricament cada ciutadà té assignat un metge i, alternativament, cada metge hauria de conèixer les persones que té assignades. Malgrat que es reconeix la possibilitat d'elecció, aquesta s'ha de fer amb limitacions (lloc de residència, nombre limitat de canvis, etc.). Al

mateix temps, la reforma suposa un increment important de recursos humans i fisics en l'atenció primària: el personal sanitari que treballava en jornada parcial passa a treballar a jornada completa, els locals són reformats o construïts de nou, s'incorporen prestacions noves, etc. En la pràctica, fins que no acabi la distribució de la targeta sanitària individual, els centres assistencials coneixen, com a màxim, les cartilles ateses, és a dir el nombre d'afiliats al sistema de seguretat social, cadascun dels quals pot tenir un o més beneficiaris (fills, avis, cònjuge, etc.). La situació del registre d'afiliats a la Seguretat Social, que depèn de l'INSS a Madrid, és tan caòtica que el registre sanitari individual s'ha elaborat a partir de les dades dels padrons dels ajuntaments.

Més de deu anys després de l'origen de la reforma, alguns dels punts conflictius són:

Retard en la posada en aplicació de la reforma

Per diverses raons (falta de pressupost, resistència d'alguns professionals afectats, etc.) l'aplicació de la reforma ha sofert un greu retard. Al final de l'any 1995, només el 59,5% de les àrees bàsiques de salut (ABS) havien estat reformades, el que correspon a una cobertura del 54,3% de la població total prevista.

Aquest retard global amaga també unes grans diferències en el grau d'avançament de la Reforma, segons les àrees considerades, que varia des de menys del 30% de la població coberta (Barcelona Ciutat) fins a més del 70% en diverses regions sanitàries (vegeu el quadre 4.1).

Quadre 4.1.: Grau d'avançament de la reforma de l'atenció primària (1995)

REGIONS SANITÀRIES	ABS en funcionament	ABS previstes	% ABS en funcionament	% Població coberta	CAP
Lleida	22	29	75.9%	71,6%	26
Tarragona	21	32	65,6%	57,9%	33
Tortosa	7	9	77,8%	69,0%	13
Girona	20	36	55,6%	50,2%	31
Costa de Ponent	41	57	71,9%	73,2%	47
Barcelonés N. i Maresme	18	40	45,0%	48,2%	31
Centre	49	69	71,0%	68,0%	63
Barcelona Ciutat	23	66	34,8%	29,2%	52
TOTAL	201	338	59,5%	54,3%	296

Font: SCS Memòria 1995

Efectes perversos en l'accessibilitat

La reforma de l'atenció primària ha de millorar la qualitat del servei, inclosa l'accessibilitat. Com veurem, molts usuaris experimenten problemes importants pel que fa a aquesta qüestió. La situació anterior permetia l'accés al servei sanitari a qualsevol hora del dia, fins i tot, tard, al vespre, en tornar de la feina (cada professional sanitari tenia destinat un espai de dues hores entre les 8 del matí i les 9 del vespre). Amb la reforma s'ha introduït també una major rigidesa en els horaris d'accés. Per exemple, en molts consultoris es treballa més durant el matí que durant la tarda, i de forma general, s'ha reduït molt l'ús de l'horari de tarda a la primària, fet que dificulta la seva utilització per a molts treballadors.

Aquesta rigidesa de la primària i la major oferta tecnològica dels hospitals són factors que expliquen una utilització creixent dels serveis d'urgències hospitalaris com a substitutius de la medicina de capçalera i que els està portant a un creixement excessiu.

Coordinació amb els hospitals i els serveis d'atenció a malalts crònics

Tot i que la reforma havia de millorar aquesta coordinació, la situació continua presentant dèficits importants. Per exemple, l'atenció a malalts crònics, que havia de ser incorporada per la primària, no ha aconseguit resoldre problemes com la continuïtat de l'assistència durant les nits o els caps de setmana, o el temps entre la visita al centre d'atenció primària i l'hospital, que és una de les fonts de més descontentament en les enquestes de satisfacció dels usuaris.

Subcontractació de la gestió de les ABS

A diferència del sector hospitalari on la posició de l'ICS és minoritària, en l'atenció primària la xarxa de l'ICS era, fins fa només cinc anys, l'única xarxa pública existent i cobria tot el territori. Des de fa uns anys, l'assistència de parts d'aquest territori i de la població que hi està assignada ha estat subcontractada a altres institucions públiques o privades.

Al final de l'any 1995, la situació de les 201 ABS reformades, segons la seva entitat gestora, era la següent: 180 eren gestionades directament per l'ICS, mentre que 21 ho eren per diverses entitats:

Badalona Gestió Assistencial:	1
Consorci Assistencial Baix Empordà:	2
Consorci Corporació Sanitària:	1
Consorci Sanitari de Barcelona:	2
Consorci Sanitari de Mataró:	1
Consorci Sanitari de la Selva:	1
Consorci Sanitari de Terrassa:	4

Fundació Centres Assistencial:s i d'Urgència:	2
Fundació Sant Jaume d'Olot:	1
Institut d'Assistència Sanitària:	1
Mútua de Terrassa:	3
SAGESSA:	2

L'extensió global de la subcontractació és encara relativament limitada, ja que els centres subcontractats representen solament el 10,4% del total de centres reformats. No obstant això, si s'examinen les 52 ABS que han entrat en funcionament en els tres últims anys (1993-95), es constata que la gestió d'un terç d'aquestes ha estat adjudicada a entitats alienes a l'ICS (vegeu el quadre 4.2.), el que demostra que la tendència de subcontractació és més accentuada del que figura a la lectura de les dades globals.

Quadre 4.2. Distribució de les ABS reformades segons l'entitat gestora. Evolució 1992-95

	Total ABS reformades	Gestió directe per l'ICS	Gestió per altres entitats	% altres entitats / total
Situació l'any 1992	149	145	4	2,7%
Reformades l'any 1993	13	8	5	38,5%
Reformades l'any 1994	20	14	6	30,0%
Reformades l'any 1995	19	13	6	31,6%
Situació l'any 1995	201	180	21	10,4%

Font: SCS Memòries 1993, 1994 i 1995 i elaboració pròpia

Al començament, la subcontractació es limitava als aspectes més logístics (locals, equipament) i també a la contractació i la gestió del personal auxiliar. Poc a poc, a mesura que anaven apareixent noves subcontractacions, les entitats que subcontractaven van anar assumint també la contractació del personal d'infermeria i, finalment, del personal mèdic.

En aquest darrer cas, cal esmentar la contractació prevista de l'atenció primària en una àrea bàsica de Vic a càrrec d'un grup de metges autoorganitzats en cooperativa. Aquesta experiència ha generat molta expectació arreu d'Espanya. Per primera vegada, el Col·legi de Metges de Barcelona, com a institució, s'ha compromès activament en la promoció de la gestió privada amb risc de l'atenció sanitària pública. Ha facilitat l'ajuda financera perquè un grup de metges instal·lin un ambulatori privat, que competirà amb el de l'ICS per atendre els usuaris de la població. Encara no es coneixen les característiques del contracte, però possiblement la cooperativa privada de metges rebrà una quantitat per cada usuari que esculli la seva llista. A canvi, la cooperativa haurà

d'atendre la necessitat d'assistència i gaudirà de llibertat en l'organització dels serveis, inclosa la contractació de personal, si bé l'SCS es reserva el dret d'avaluació i d'inspecció. A més, l'SCS garanteix una excedència especial de tres anys per retornar al sector públic "dur", és a dir a l'ICS o al Departament de Sanitat, si l'experiència no és satisfactòria.

Pot entendre's facilment l'interès del Col·legi de Metges en aquesta experiència, ja que el portaria a obtenir un control en la gestió de l'atenció primària pública que mai no havia tingut. De fet, els dirigents del Col·legi no amaguen el seu interès a estendre l'experiència en altres bandes, si el procés de Vic fructifica.

En altres països s'han produït transformacions similars: a la Gran Bretanya, l'aparició de grups de metges que administren el pressupost públic total dels seus malalts (per exemple: les factures d'hospitalització, etc.); als Estats Units, el creixement de les anomenades HMO (Health Maintenance Organizations), que són autèntiques asseguradores de base poblacional sense ànim de lucre; a molts països del centre i de l'est d'Europa, on les organitzacions de metges de família són cada cop més potents, etc. Totes aquestes transformacions, que s'iniciaren amb caràcter experimental, s'han consolidat en molt pocs anys i avui es considera inviable el retorn a la situació anterior.

El control de la plusvàlua directa o indirecta d'aquests grups és un dels problemes a tractar. A Anglaterra, per exemple, els metges no es poden enriquir ja que, a banda de la contraprestació econòmica -el salari- fixada de forma pública, els beneficis s'han de reinvertir en l'assistència. No obstant això, recentment, després de sis o set anys de vigència, s'ha vist que l'adquisició privada dels consultoris es convertia, gràcies al mercat del sòl, en una possibilitat atractiva d'enriquiment per aquests grups. No ens consta si d'aquests temes se n'ha parlat a Vic, però queda clar que institucions com el Col·legi de Metges poden passar a tenir un paper econòmic en el sector que fins ara no havien tingut.

L'aplicació de la Llei de Contractes de l'Administració Pública per a la contractació d'aquests grups és un altre punt difícil. Si no varia -i, com ja hem vist, la tendència en els darrers anys ha estat cap a l'enduriment- la contractació pública no s'addiu gairebé amb aquests tipus de subrogacions. L'oferta pública i la lliure concurrència són difícils d'interpretar si un grup privat ja ha fet inversions amb el suport implícit de l'autoritat pública.

A diferència de la situació hospitalària, on es partia d'una situació de fet que sempre ha existit, la introducció d'entitats alienes a l'ICS en la gestió de l'atenció primària és fruit d'una decisió política de reforçar-les.

L'impacte més important que la subcontractació de primària pot tenir a mitjà i llarg termini és la creació d'oligopolis que controlin el flux entre els malalts i els hospitals. La majoria de noves empreses de gestió d'atenció primària són empreses hospitalàries (o filials d'aquestes) que, d'aquesta manera, controlen el flux de malalts als seus hospitals, aspecte especialment important quan els contractes hospitalaris es basen en l'activitat. No deixa de ser irònic que la crítica tradicional al sector públic -la seva rigidesa en la relació entre primària i hospitals- és substituïda per una rigidesa similar però repartida en el territori en diverses empreses. La llista no és exhaustiva: la Mútua de Terrassa controla diverses àrees bàsiques de la ciutat de Terrassa i de Rubí; el Consorci Sanitari de Barcelona, diverses àrees bàsiques de la ciutat; l'Hospital de Terrassa, una àrea bàsica de la mateixa ciutat; BCGEST, l'empresa dels hospitals de Blanes i Calella, l'àrea de Lloret-Tossa, i l'Hospital Municipal de Badalona, una àrea de Badalona a través de Badalona Gestió Assistencial, etc, com es pot comprovar de manera exhaustiva en l'anterior quadre 4.2.

La integració dels especialistes extrahospitalaris en els hospitals

En l'apartat 1.1.2. ja es mencionava la desaparició dels especialistes extrahospitalaris i la seva integració als hospitals, com una de les característiques del model català. Aquesta integració era una reivindicació històrica del moviment sanitarista: la majoria d'especialistes extrahospitalaris es trobaven allunyats funcionalment i orgànicament dels hospitals i, per tant, els seus coneixements quedaven ràpidament obsolets i el seu accés a les tècniques de diagnòstic eren molt limitades. En la pràctica, la majoria d'especialistes es convertien només en filtres burocràtics per dosificar l'accés als hospitals i en oficines burocràtiques de gestió de baixes laborals. Pràcticament els únics especialistes que mantenien els seus coneixements eren aquells que ja treballaven en un hospital de la XHUP, atès que la incompatibilitat entre un lloc de treball extrahospitalari de l'ICS i un hospital no-ICS no s'ha aplicat mai.

La integració d'aquests especialistes als hospitals de la seva àrea ha creat problemes tant si els hospitals eren de l'ICS com si no ho eren. Els hospitals han fet crèixer les seves plantiles sense saber com es produiria la integració. Sovint han incorporat especialistes en àrees ja àmpliament dotades sense possibilitat d'augmentar contractacions en altres de més necessitades. Altres vegades els especialistes han decidit no integrar-se, però sí que s'ha integrat l'activitat que els corresponia i el resultat ha estat una situació en què l'Administració paga dues vegades pel mateix servei. Finalment, hi ha un altre grup de problemes vinculats a la indefinició legal sobre la dependència jurídica del personal estatutari (de l'ICS) que treballa en altres centres.

La integració no ha estat sovint ben acceptada pels usuaris, que han vist només que un punt d'atenció proper, dins de l'ambulatori, desapareixia per passar a un punt més llunyà, l'hospital. Algunes vegades les autoritats sanitàries i els

hospitals no han sabut interpretar la possibilitat d'integrar funcionalment l'especialista en el servei hospitalari, mantenint la descentralització del punt de consulta.

La cultura del contracte

La contractació de l'atenció primària amb entitats alienes a l'ICS no es fa com en el cas dels hospitals, en contractes basats sobre l'activitat, sinó en el càlcul de la despesa necessària per donar el servei. A més, en la majoria de casos l'estructura salarial del personal és la mateixa que la de l'ICS. Per aquest motiu és difícil imaginar la lògica del marge de gestió. Només l'abandó de la gestió de la primària que molt sovint ha practicat l'ICS pot explicar que aquests contractes resultin atractius per a molts sectors.

Darrerament, des de 1994-95, els contractes de primària s'acompanyen d'un seguit d'especificacions sobre objectius assistencials i de qualitat que són marcats en el Pla de salut de Catalunya. Teòricament els diners del contracte poden quedar afectats per l'incompliment d'aquests objectius, però en el cas de l'ICS, que segueix sent finançat per un pressupost finalista, sembla més aviat un exercici teòric, especialment, perquè hi ha encara dèficits importants en informació sobre la primària.

Així, el caràcter d'aquests contractes és diferent del dels hospitals. Si, en aquests últims, el que es pacta és la prestació d'uns serveis específics, quantificats i amb un preu unitari determinat, en la primària, en canvi, es contracta la globalitat de l'obligació assistencial, amb un preu basat en estimacions del volum de càrrega, amb una barreja de personal estatutari i privat i amb una rigidesa quant al nivell de salaris.

Precisament pel seu caràcter de substitució global de funcions, aquesta fórmula genera dubtes entorn, per exemple, dels aspectes següents:

- Relació jurídica entre la Seguretat Social, les entitats que presten el servei i els usuaris.
- Repartició de les responsabilitats de l'assistència.
- Grau de llibertat de la gestió (cobrament a clients privats, etc.).
- Caràcter de la prestació del servei, més enllà dels objectius assistencials.
- Interrelació del metge de capçalera amb altres prestacions de la Seguretat Social.

SEGONA PART: LES CONSEQÜÈNCIES SOCIALS I LABORALS DEL MODEL CATALÀ

5. CAPÍTOL 5: LA DEMANDA DELS USUARIS I LA QUALITAT DELS SERVEIS SANITARIS

5.1 Consideracions prèvies

L'anàlisi detallada del contingut real del "model català", al qual ens hem dedicat en la primera part d'aquest informe, presenta uns trets preocupants, que poden tenir unes conseqüències significatives sobre la qualitat dels serveis prestats. Així, es manifesten contradiccions i tensions a diferents nivells, com per exemple:

- Unificació de totes les infraestructures sanitàries en una mateixa xarxa d'utilització pública, però tendència clara a la diversificació de les condicions entre els centres de l'ICS i la resta de centres, que pot portar cap a una sanitat "de dues velocitats".
- Contradicció no resolta entre la voluntat de planificació territorial i la implantació d'uns criteris de mercat en la contractació dels serveis.
- Voluntat de potenciar l'establiment d'una lògica de gestió privada dintre mateix de la sanitat pública, encara que no es demostrin clarament els avantatges d'aquesta gestió, més enllà d'una flexibilització a la baixa de les condicions laborals i salarials del personal sanitari.
- Pressió sobre el sector "no-ICS" per un augment ràpid de la productivitat, però congelació i subutilització dels recursos materials i humans de l'ICS.

Ara bé, les conseqüències de les transformacions en curs sobre els usuaris són dificils de detectar i de mesurar, per la falta d'un sistema prou complet d'indicadors de qualitat.

L'absència d'un tal sistema es deguda en part a la complexitat del tema plantejat, però es pot opinar també que l'enfocament prioritari de la reestructuració de la sanitat catalana en termes de productivitat i de rendibilitat econòmica no ha incitat les autoritats sanitàries a fer els esforços necessaris per intentar controlar i estimar, encara que sigui de manera aproximada, els efectes sobre les persones.

Tot i així, sense pretendre esgotar el tema de la qualitat, podem esmentar a continuació el tipus d'elements que es podrien prendre en consideració, per la seva incidència evident sobre la bona prestació del servei de salut, i per tenir alguns aspectes bastant fàcilment convertibles en indicadors objectius. Cap d'aquests elements és decisiu per si mateix i l'estimació de la qualitat del sistema sanitari s'hauria de basar en una sèrie d'indicadors en bateria que combinessin les diferents perspectives.

A) La satisfacció dels usuaris

De manera massa fàcil s'assimila sovint la mesura de la qualitat a la mesura del grau de satisfacció dels usuaris que utilitzen els serveis. Aquesta opció, no sempre innocent, té dos efectes principals:

1) Donar al sector sanitari en general una bona imatge de si mateix, pel fet que l'opinió de l'usuari tendeix a ser molt complaent, a causa de diferents factors, com per exemple:

- la seva dependència del personal i de les institucions sobre les quals emet la seva opinió (el malalt no s'atreveix a criticar els metges dels quals sap que seguirà depenent),
- el seu desconeixement tècnic que l'impedeix emetre un judici sobre la manera en què ha estat atès (més enllà de les condicions materials de l'entorn, que són les que pot valorar més fàcilment),
- la seva incomprensió dels mecanismes institucionals i de les funcions i responsabilitats dels diferents agents (la qualitat de la cuina depèn del personal mèdic?),
- la seva situació d'inferioritat (física i cultural) davant del sistema sanitari i del personal sanitari.

2) Valorar més positivament els establiments privats que els públics, pel fet que els primers ofereixen en general millors condicions ambientals (serveis "hotelers" més cuidats -i més cars-) que els hospitals públics i poden ser per tant més fàcilment apreciats pels usuaris.

Les enquestes de satisfacció presenten en conseqüència un biaix important i són insuficients per aportar una resposta als interrogants plantejats al principi d'aquest apartat.

B) La cobertura de la demanda

Un element objectiu important en l'estimació de la qualitat consisteix a intentar esbrinar si el sistema de salut cobreix adequadament la demanda social, tant globalment (comparança entre l'evolució de la demanda i la dotació d'infraestructures i equipaments) com per zones o territoris determinats (distribució territorial de l'oferta sanitària i adequació a l'evolució de la demanda local).

C) L'accessibilitat dels serveis

Un element complementari de l'anterior és l'accessibilitat per a la persona usuària, és a dir, el grau de dificultat que té per accedir a les cures necessàries. Això portaria en particular a una anàlisi en termes d'accessibilitat geogràfica (distància entre l'establiment sanitari i el domicili), temporal (llistes d'espera, desglossades per

tipus de prestacions) i econòmica (cost dels serveis per a l'usuari) però també en un examen més sociològic dels obstacles o les dificultats de tot tipus (administratiu, cultural, lingüístic, etc.) que els usuaris experimenten en el seu contacte amb el sistema sanitari.

D) La qualitat tècnica dels serveis prestats

Aquest aspecte -encara que sigui especialment important- és de difícil valoració per part de l'usuari, donat que exigeix un gran coneixement tècnic. De fet, és el mateix sistema sanitari el que s'ha de dotar dels instruments necessaris per controlar la qualitat de les prestacions. Més endavant s'assenyalaran els mecanismes ja existents a nivell intern, els resultats dels quals desgraciadament no solen fer-se públics. Ara bé, alguns indicadors objectius podrien donar uns elements de judici interessants, com per exemple la taxa de reingrés en els hospitals, que pot tenir tendència a augmentar si l'estada dels usuaris ha estat reduïda per sota de la durada necessària per a un tractament correcte de la malaltia. Un altre indicador que podria utilitzar-se, ja que la informació de base existeix, és la taxa de dies d'hospitalització inadequada, que ens dóna informació sobre la permanència en centres hospitalaris per problemes organitzatius dels centres (per exemple, ingressar dies abans d'una intervenció per practicar exploracions que podien ser ambulatòries o ser fetes el mateix dia de la intervenció, etc.).

A més hi ha disponibles multitud d'indicadors tècnics en cada especialitat mèdica: infeccions quirúrgiques, mortalitat neonatal, mortalitat operatòria, perfils de prescripció farmacèutica, etc., que sovint no són treballats o, si ho són, no són publicats d'una manera entenedora pels usuaris.

En definitiva, es pot considerar que la mesura (o millor dit l'estimació) de la qualitat dels serveis hospitalaris és un tema complex, però que es podrien fer progressos sensibles en aquest camp si hi hagués una clara voluntat política de valorar les conseqüències per a l'usuari de les transformacions estructurals dutes a terme.

Malgrat la falta actual d'informació, s'intenta a continuació analitzar amb més detall alguns dels aspectes esmentats com a elements de qualitat.

5.2 La cobertura de la demanda social

5.2.1 Comparança entre l'evolució de la demanda i la de l'oferta

Les estadístiques publicades pel Departament de Sanitat només abasten fins a l'any 1993. Si considerem, per tenir una certa perspectiva d'evolució, el període 1986-93 (vegeu el quadre 5.2.1.), constatem un augment bastant significatiu de la demanda dels usuaris, que s'expressa a través de les taxes de creixement següents:

Quadre 5.2.1.

AGUTS: EVOLUCIÓ DE L'OFERTA I LA DEMANDA (Total Catalunya 1986-93)

	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1993/1986 en %
Llits	19.896	19.954	19.960	20.163	20.287	20.278	20.021	19.569	-1,6%
Estades	5.518.937	5.497.194	5.607.091	5.649.328	5.641.420	5.751.992	5.723.335	5.639.389	2,2%
Altes	610.030	612.556	641.707	655.082	679.668	691.431	709.654	714.923	17,2%
Estada mitjana	9,05	8,97	8,74	8,62	8,30	8,32	8,06	7,89	-12,8%
Ocupació	76,00	75,48	76,96	76,76	76,19	77,71	78,32	78,95	3,9%
Rotació	30,66	30,70	32,15	32,49	33,50	34,10	35,45	36,53	19,1%
Total visites	4.603.289	4.725.926	5.208.084	5.491.705	5.597.819	5.775.836	6.093.599	6.220.231	35,1%
Primeres visites						1.120.401	1.201.711	1.253.649	
Segones visites						4.655.435	4.891.888	4.966.582	
Percentatge 2v/1v						4,16	4,07	3,96	
Total urgències (*)	2.295.330	2.469.224	2.709.552	2.839.569	2.889.634	3.042.390	3.057.206	3.098.378	35,0%

(*) Total hospitals (exclosos psiquiàtrics)

Font: Departament de Sanitat i elaboració pròpia

- altes d'aguts: +17,2%
- visites +35,1%
- urgències: +35,0%

Cal remarcar que les altes d'aguts no es reparteixen de manera equilibrada entre els hospitals de l'ICS i els hospitals concertats. Mentre que l'ICS experimenta en el període considerat una lleugera disminució del nombre d'altes (-1,0%) la resta de la XHUP absorbeix un creixement molt important (+22,9%).

Aquestes dades mostren a més que les altes d'aguts no progressen al mateix ritme que la resta de la demanda. Això pot ser en part el resultat d'una certa racionalització entre l'assistència hospitalària i l'ambulatòria, però pot ser també l'indici d'una congestió dels hospitals. A diferència de l'increment en hospitalitzacions, que està molt limitat per l'evolució del nombre de llits, l'augment de consultes externes pot fer-se amb poca inversió i amb menys despesa de personal. Això explica que la relativa saturació de la capacitat de creixement en hospitalització es compensi amb l'oferta de més possibilitats de consultes externes.

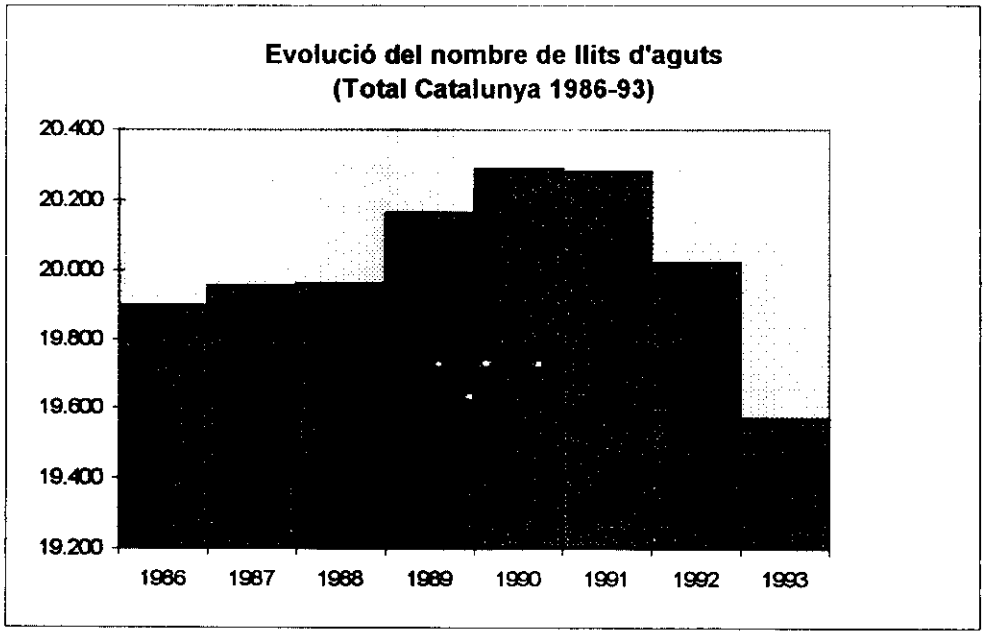
De la mateixa manera, la congestió dels hospitals, i el corresponent allargament de les llistes d'espera, sembla que s'hagi traduït per la utilització més freqüent de la via d'urgències per part dels usuaris. Aquesta desviació de les altes hospitalàries normals cap al tractament ambulatori i cap als ingressos d'urgència no sempre corresponen òbviament a una millora de l'assistència sanitària.

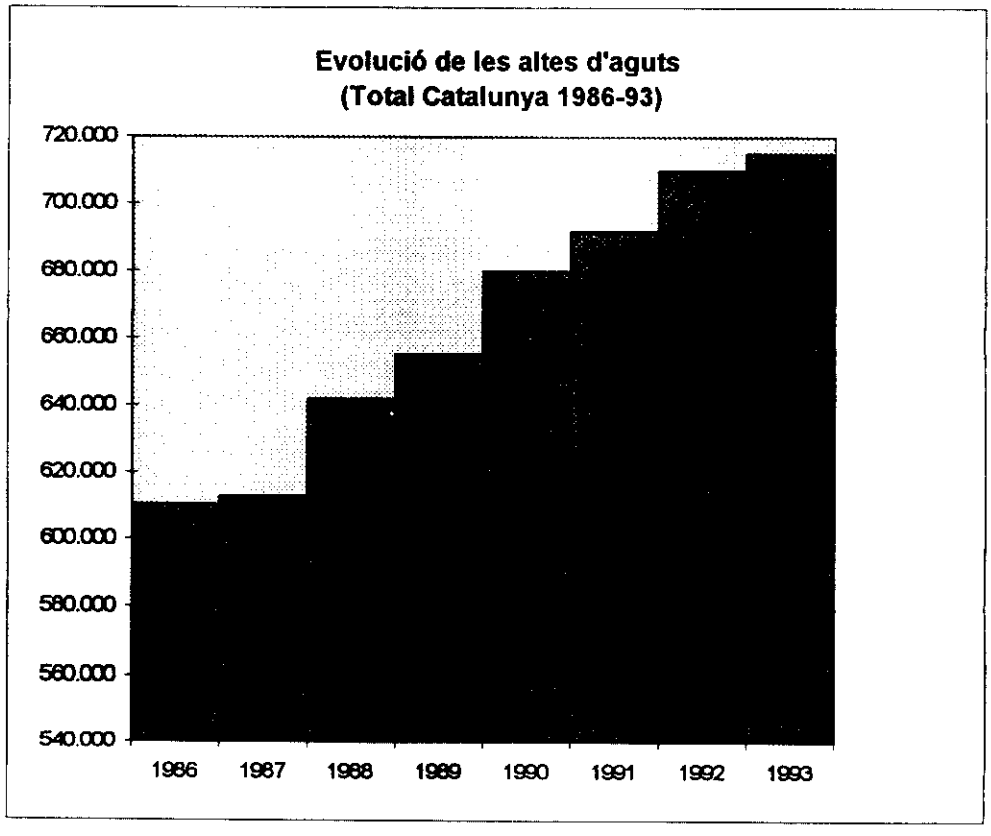
Davant d'aquesta clara tendència d'augment de la demanda, que es manté al llarg de tot el període considerat, l'oferta de llits experimenta una evolució molt diferent (vegeu el quadre 5.2.1. i els gràfics 3 i 4). En una primera etapa (1986-90), el nombre de llits s'incrementa lleugerament (+2,0%), mentre que, entre 1990 i 1993, es dóna una reducció neta (-3,5%). Es tracta per tant d'una congelació clara de l'oferta, que es tradueix en aquest segon període no solament per una reducció del nombre de llits sinó també per una estabilització del personal sanitari[17].

Aquest fenomen s'inscriu en el marc de les tendències europees. Ara be, Catalunya parteix d'uns indicadors ja inferiors als de la majoria dels països europeus, com es pot comprovar en el quadre A.5. en annexe.

[17] Les estadístiques disponibles no permeten separar el personal dels hospitals d'aguts del de la resta d'establiments sanitaris.

Gràfics 3 i 4


Evolució del nombre de llits d'aguts
(Total Catalunya 1986-93)
20.400
20.200
20.000
19.800
19.600
19.400
19.200
1986
1987
1988
1989
1990
1991
1992
1993


Evolució de les altes d'aguts
(Total Catalunya 1986-93)
720.000
700.000
680.000
660.000
640.000
620.000
600.000
580.000
560.000
540.000
1986
1987
1988
1989
1990
1991
1992
1993

5.2.2 Evolució de l'estada mitjana

L'aparent contradicció amb un creixement regular de les altes, d'una banda, i la disminució del nombre de llits, de l'altra, s'explica en part per l'evolució de l'estada mitjana dels pacients.

Si, sense perill per a l'atenció mèdica, s'aconsegueix reduir l'estada mitjana dels malalts d'un hospital, es poden atendre més pacients amb el mateix nombre de llits. Per aquest motiu, la política de concertació durant els darrers anys, especialment des de 1986, ha estat dirigida a incentivar la reducció d'aquella. En set anys, de 1986 a 1993, l'estada mitjana ha disminuït de manera notable, des de més de 9 dies al començament del període fins a menys de 8 al final. De fet, la reducció es molt ràpida en els primers anys i s'alenteix sensiblement en els últims, com si s'apropés al nivell tècnicament incomprimible.

En l'estat actual de la informació, és molt difícil valorar si aquesta reducció de l'estada mitjana s'ha de considerar com un èxit de gestió (menys cost per a un mateix servei) o com un indicador de baixa de la qualitat assistencial, perquè no existeixen elements objectius per determinar la durada òptima d'estada mitjana. Per poder profunditzar en aquest tema, s'hauria de disposar d'altres indicadors, com per exemple la taxa de reingrés en els hospitals i altres indicadors de qualitat. En cas que aquests indicadors empitjoressin de manera significativa, es podria demostrar que la reducció de l'estada mitjana ha generat unes altes prematures que s'han traduït per una major freqüència de recaigudes, que incideixen negativament en la salut dels pacients i el cost de les quals és probablement superior als estalvis realitzats inicialment. No hem trobat dades disponibles i comparables sobre l'evolució de la taxa de reingressos a Catalunya, però en alguns hospitals, per a algunes especialitats, sabem que ha augmentat.

Convé assenyalar que l'evolució de l'estada mitjana és totalment diferent entre els hospitals de l'ICS, d'una banda, i la resta d'hospitals de la XHUP, de l'altra. En el període considerat (1986-93), els hospitals de l'ICS veuen créixer la seva estada mitjana (de 9,24 dies a 9,71, és a dir, un augment del 5,1%), mentre que per als hospitals no-ICS aquest indicador passa de 10,01 dies a 8,23, experimentant una baixa molt significativa del 17,8%.

Aquestes dades demostren clarament que l'esforç d'augment d'activitat (increment del nombre d'altes de +22,9%) i de racionalització de la gestió (reducció de l'estada mitjana en un 17,8%) s'ha exigit per via contractual als hospitals concertats i s'ha permès, en canvi, que els hospitals de l'ICS mantinguessin i fins i tot augmentessin lleugerament les estades mitjanes en vigor al començament del període, mentre es congelaven les altes.

No obstant això, cal tenir present que una part de l'evolució de l'estada mitjana dels hospitals de l'ICS pot ésser explicada perquè la resta d'hospitals -que les condicions de contractació pressionen en el sentit de reduir-la cada cop més-

tendeixin a enviar als hospitals de l'ICS alguns malalts de patologies complexes que en altres condicions haurien atès.

De totes maneres, es pot comprovar que el sistema sanitari actualment en vigor a Catalunya està pressionant fortament els hospitals concertats, fet que els porta a actuar de manera bastant dràstica per disminuir l'estada mitjana dels pacients, amb el corresponent risc sobre la qualitat assistencial d'aquest grup d'hospitals.

Amb tot, els indicis disponibles dels darrers anys (1994, 1995), malgrat que les dades no són encara públiques, indiquen que la reducció de l'estada mitjana en els hospitals de la xarxa pública en general és menys important que en el període 1986-93 (s'arriba a un cert sostre) i que ara comença a donar-se també en els hospitals de l'ICS. D'altra banda, l'aparició de noves alternatives (cirurgia ambulatòria, hospitalització a domicili, etc.) ens indica que entrem en una fase on el nombre d'hospitalitzacions i l'estada mitjana seran menys centrals, encara que se seguiran utilitzant en la negociació de contractes.

5.3 L'accessibilitat dels serveis

5.3.1 L'accessibilitat geogràfica

El desplegament del Mapa Sanitari responia en principi a dues intencions:

- millorar la distribució territorial mitjançant una extensió dels serveis a zones o comarques insuficientment dotades, i
- establir una jerarquització dels centres, definint els nivells de complexitat dels diferents hospitals

La primera té un efecte clarament favorable sobre l'accessibilitat, per als usuaris de les àrees en les quals es reforça la dotació. La segona té un efecte més discutible, donat que la fixació de nivells jeràrquics i la concentració tècnica de certes prestacions en els hospitals d'alta tecnologia pot tenir com a conseqüència la concentració geogràfica de certs tractaments en l'àrea de Barcelona.

De fet, en una primera etapa, es va dur a terme efectivament una política d'expansió de la xarxa, que es va traduir en una millora en l'accessibilitat per a determinades zones com Valls, Móra d'Ebre, Puigcerdà, Tremp o Vielha.

Tanmateix, en una segona etapa, aquesta tendència es va truncar i l'expansió geogràfica es va anar congelant, atesos els problemes pressupostaris i la política recent de reducció de l'oferta global. Hi ha fins i tot alguns senyals de

retrocés, com els retards en la posada en marxa de certs hospitals o la transformació d'una part dels llits previstos per a aguts en llits sociosanitaris.

Considerant el conjunt dels dos períodes, es pot dir que l'accessibilitat geogràfica ha millorat globalment. No obstant això, queden alguns punts negres, com per exemple Solsona (que, malgrat que tingui més habitants que Vielha o Puigcerdà, no disposa encara d'hospital), i es pot constatar que l'alta tecnologia es concentra efectivament en Barcelona i l'Hospitalet de Llobregat, pel fet que no s'ha produït cap desconcentració d'aquest tipus de serveis.

Quant a l'atenció primària, s'ha vist que la creació de les ABS ha tingut un efecte mixt, ofereix una major qualitat d'assistència (concentració en centres jerarquitzats amb atenció permanent i serveis auxiliars) a canvi d'una accessibilitat geogràfica més reduïda per als habitants de determinats pobles.

5.3.2 L'accessibilitat temporal i les llistes d'espera

La congelació i reducció de l'oferta de llits pot tenir unes conseqüències directes en l'accessibilitat als serveis sanitaris a través d'un augment de les llistes d'espera. Tanmateix, aquest extrem és de difícil comprovació en l'estat actual de la informació, perquè cada hospital manté les seves pròpies llistes d'espera i no hi ha una comparació sistemàtica ni una agregació de les dades corresponents. L'autoritat sanitària intenta establir una certa coordinació per reduir el temps d'espera, oferint al malalt el tractament en un altre hospital. Ara bé, aquest esforç de racionalització té poc impacte a causa de tota una sèrie de factors, entre els quals podem destacar els següents:

- No hi ha un seguiment continu i sistemàtic de les llistes d'espera (es fan solament sondeigs puntuals).
- L'hospital amb poc temps d'espera té pocs "incentius" per agafar nous casos, si ja té previst realitzar tot el volum d'activitat establert en el seu concert amb l'SCS.
- Hi han límits geogràfics en les alternatives que es poden oferir a un malalt. No es pot demanar a un malalt de Calella que sigui operat a Vielha, o almenys costa d'acceptar-ho.
- Les llistes d'espera s'estableixen per serveis i no per malalties, fet que dificulta la coordinació operativa.
- Les llistes d'espera poden ser utilitzades o fins i tot manipulades per un hospital per justificar una demanda d'inversió suplementària en un camp determinat.
- Les llistes tenen actualment un valor relatiu perquè un mateix malalt es pot inscriure en diverses, comptant que ingressarà en l'hospital que li donarà plaça més ràpidament. Es dóna aleshores la combinació d'una

congestió de les llistes d'espera i una gran taxa de no-presentació de malalts quan se'ls proposa l'ingrés a l'hospital.

Per totes aquestes raons, és difícil tenir una visió clara de la incidència que tenen les transformacions actuals de la Sanitat sobre els usuaris quant al temps de demora per accedir als serveis sanitaris.

A falta d'un estudi més acurat de la qüestió, i a partir de les consultes que hem realitzat, sembla bastant clar que els hospitals de Catalunya coneixen actualment una situació de congestió i tenen tendència a concentrar-se sobre els casos més greus, deixant que les llistes d'espera per a certes patologies "menors" (histeroectomies, lligadures, varices, cordals, prostatectomies, patologies de genoll, etc.) s'estableixin actualment entre 8 i 12 mesos.

Aquesta situació afavoreix evidentment l'oferta privada en tots aquests camps i hom pot preguntar-se si no hi ha en alguns casos una certa connivència entre responsables d'hospitals i gerents d'establiments privats per deixar degradar-se el nivell de resposta del sector públic en determinats camps que interessen a la iniciativa privada.

5.3.3 L'accessibilitat econòmica

A) Les barreres econòmiques directes o indirectes

Fins ara, les barreres econòmiques directes a l'accés als serveis sanitaris s'han centrat en la necessitat d'avançament del pagament de diverses prestacions que són rescabalades més tard, com és el cas de certs aparells ortopèdics, i, sobretot, en el pagament parcial del cost dels medicaments prescrits en el sector públic.

Les barreres econòmiques indirectes són molt més importants i queden fora de l'àmbit d'aquest estudi, però cal recordar que el cost del trasllat al centre sanitari o del temps esmerçat en el contacte poden actuar de barrera insuperable per accedir al servei.

A més, cal considerar la manca de cobertura d'algunes especialitats sanitàries, per exemple la major part de l'assistència odontològica o optomètrica (ulleres), que sempre s'han considerat de fet com a excloses del sistema públic i que requereixen gairebé sempre l'accés al sector privat i suposen una barrera econòmica indubtable.

El pagament parcial dels medicaments prescrits és una obligació per a la població activa i n'estan exempts, gaudint per tant de gratuïtat, els pensionistes i alguns altres grups més limitats. L'esmentat pagament es refereix a un

percentatge, actualment el 40 per cent, sobre el cost de mercat del medicament. Per tant, el pagament absolut en pessetes serà més alt en medicaments cars; de la mateixa manera que també ho serà el marge comercial del medicament, també fixat en un percentatge (30 per cent aproximadament). D'altra banda, la majoria de prescriptors (personal mèdic) no reben cap incentiu per gestionar la seva prescripció i estan indefensos davant la pressió comercial que també acaba afectant els mateixos usuaris.

Aquests fets incentiven la proliferació, comercialització i venda d'especialitats i medicaments més cars que d'altres amb impacte similar o igual però de cost inferior. Els usuaris han de pagar cada cop més pels medicaments, afavorint certs abusos en la utilització del dret dels pensionistes a l'assistència gratuïta, ja que els usuaris demanen, el personal mèdic prescriu i els farmacèutics lliuren els medicaments cars utilitzant receptes de pensionistes per a persones no pensionistes, així, es crea un cercle viciós de mala utilització i corrupció difícil de trencar. La transformació d'alguns aspectes del sistema de retribució de les oficines de farmàcia i de l'estructura del mercat farmacològic semblen essencials per reduir les barreres d'accés a alguns medicaments.

B) La privatització del finançament

Es calcula que un 20 per cent de la població catalana gasta diners en algun tipus d'assegurança sanitària privada a més dels diners que a través dels impostos o/i de les cotitzacions dediquen a finançar l'assistència del sector públic.

Una petita part d'aquest percentatge correspon a persones que compren pòlisses per cobrir aspectes no coberts en el sector públic (bàsicament assistència odontològica). La gran majoria d'elles paguen dues vegades per rebre assistència ja coberta pel sector públic. Cal recordar que aquest percentatge es manté constant des de fa uns deu anys, amb petites variacions segons l'evolució de la situació econòmica general. Sembla que ens trobem en el nivell màxim de creixement de les asseguradores privades i és d'esperar per tant que les companyies facin propostes per augmentar la seva quota de mercat (vegeu més avall).

Una part de les pòlisses van dirigides a cobrir despeses vinculades a l'assistència a la maternitat. Són subscrites especialment per parelles joves que volen fer front al naixement dels fills en unes condicions d'elecció del personal mèdic i de confort hoteler superior a la percepció que tenen d'allò que ofereix el sector públic. Moltes d'aquestes parelles es donen de baixa un cop finalitzada l'experiència reproductiva, segons reconeixen les mateixes companyies d'assegurances. D'altres vegades es tracta de persones amb capacitat econòmica, condició *sine qua non*, que volen assegurar-se un dret d'elecció alt en la medicina general i especialista ambulatòria, reconeixent que segueixen disposant del sistema públic per fer front a les malalties greus i costoses. La majoria de

sistemes privats no ofereixen la prestació farmacèutica, és a dir, la cobertura, ni que sigui parcial, del cost dels medicaments i això limita molt el creixement d'aquestes companyies en grups socials no tan benestants.

Sense que hi hagi cap proposta formal acceptada, diverses companyies d'assegurances privades i les corrents d'opinió que representen semblen defensar un model de privatització del finançament. Esquemàticament el model significaria que l'autoritat sanitària dictaminaria una cobertura mínima i obligatòria, però que cada ciutadà podria acordar-la amb una de les diverses companyies d'assegurança existents que, a més, podrien oferir assegurances complementàries. El model recorda l'existent actualment en l'assegurança de vehicles i és vigent en sanitat en alguns països d'Europa. Quan es parlen dels problemes que crearia, se solen fer les observacions següents:

1. Selecció de "clients"

Si cada companyia pogués decidir qui accepta i qui no, podria donar-se el cas que certs usuaris no fossin acceptats pel seu alt consum, exactament com passa amb els conductors d'alta sinistralitat en el mercat de les assegurances d'automòbil. De fet, en alguns dels països que disposen d'aquest model les companyies han d'acceptar tothom. No obstant això, els crítics del model argumenten que la selecció pot fer-se de manera molt subliminal.

2. Fons de solidaritat

Si tota la contribució es fa a través de les companyies d'assegurances privades, no queden diners per fer front a l'assistència sanitària de sectors marginats, tecnologies molt costoses d'aparició ràpida, etc. Per això el model demana la creació d'un fons de solidaritat més o menys important. Podria dir-se que si el fons és prou important, quin és el marge d'actuació d'una companyia privada?

3. Establiment de les prestacions bàsiques i obligatòries

Aquesta proposta és difícil de materialitzar. Sovint es pensa que la determinació de quines prestacions han de ser cobertes pel sector públic i quines no és senzill de fer i que seria una condició per a una bona planificació del sector. Segons aquestes opinions, seria a més un aclariment de les regles del joc per permetre una entrada clara del sector d'assegurament privat, que entraria només en aquells aspectes no coberts pel sector públic. No obstant això, la tasca no és fàcil, com ho demostra el *Catálogo* publicat pel darrer Ministeri socialista que es va limitar a acceptar totes les intervencions existents amb algunes excepcions òbvies (dentista, etc.).

Val la pena recordar que limitar intervencions molt banals i que actualment suposen una gran llista d'espera (per exemple, varices) podria suposar

un alleugeriment del sector públic, en un moment de restricció pressupostària, sense massa impacte en el nivell de salut, però al mateix temps pot significar negar-hi l'accés a aquells grups que no puguin accedir a l'assegurança privada. La situació actual incentiva l'accés a l'assegurança privada a les persones que tenen capacitat econòmica, per salvar les llistes d'espera, però garanteix, després d'un temps d'espera llarg, l'accés a la prestació.

Moltes de les observacions i suggeriments formulats darrerament no van dirigits a una transformació radical cap a la privatització del finançament, més aviat parlen de mesures parcials de les quals no es pot deduir que comportin automàticament la transformació del model existent[18]. Tanmateix, i malgrat que un canvi radical d'orientació en aquest camp no es vegi imminent, cal tenir present que la pressió de determinats interessos i en particular de les companyies d'assegurances privades està intentant obrir progressivament la via al finançament privat de la sanitat i que no es pot excloure una evolució en aquest sentit a mitjà termini.

5.4 La qualitat tècnica de les prestacions

Altres mesures de qualitat es refereixen a mesures de control intern que l'hospital ha de fer per assegurar una bona pràctica. Les comissions de mortalitat, de teixits, d'infeccions i de documentació clínica són instruments acceptats, que identifiquen problemes i recomanen millores en l'organització dels serveis. Les comissions de mortalitat revisen els decessos produïts; les de teixits estudien la coincidència entre els diagnòstics realitzats i les anàlisis de les peces extretes de l'organisme i les causes de la discrepància; les d'infeccions, l'evolució d'aquestes, especialment les de causa hospitalària; i les de documentació clínica, la qualitat dels registres. Al marge que l'existència d'aquestes comissions està prevista per la normativa, no sempre es reuneixen i quan ho fan, no sempre registren la seva tasca, i les seves recomanacions no sempre són preses en consideració.

A banda de les sessions clíniques, l'anàlisi dels resultats dels hospitals es considera també una mesura de qualitat. Actualment, encara que les dades comparatives no es publiquin, existeix informació sobre l'estada mitjana i la mortalitat per cada malaltia en cada hospital. Quan es facin públiques aquestes dades, disposarem d'un bon instrument per conèixer la variabilitat de la qualitat entre els hospitals que, malgrat l'absència de dades comparables, és prou evident.

El Departament de Sanitat va iniciar a principis dels vuitanta l'anomenat procés d'acreditació, que tracta de comprovar si un cert hospital s'acosta a uns

[18] Per exemple, no es parla de privatitzar el finançament, sinó de mantenir la recol·lecció pública de contribucions i cotitzacions públiques perquè després cada ciutadà pugui escollir amb quina companyia treballa, similar a allò que es va proposar amb el xec escolar en educació, o bé, senzillament, d'incentivar fiscalment la contractació de pòlisses privades amb l'argument que això disminueix la pressió sobre el sector públic.

estàndards determinats, definits prèviament com a necessaris per a cada tipus d'hospital. L'originalitat del sistema català d'acreditació, si el comparem amb els que existeixen a la resta de països del nostre entorn, és que depèn directament de l'autoritat sanitària, és a dir, de qui financia els serveis. En la resta de sistemes es tracta d'una autoritat independent. Això ha fet, com podem demostrar, el procés d'acreditació molt vulnerable als canvis i interessos polítics.

En primer lloc, el procés d'acreditació, que havia estat previst cada tres anys, només s'ha fet dues vegades entre 1983 i 1996. Ja hem parlat de l'experiència del primer procés, que va ser útil per decidir quins hospitals passaven a configurar els hospitals de la xarxa d'aguts i quins els de la xarxa de malalts de llarga estada, però que va generar un doble missatge des de l'Administració: d'una banda se'ls deia que els calia invertir per assolir els nivells d'acreditació i, de l'altra, que no podien comptar amb subvencions públiques per fer-hi front. Aquesta experiència prou difícil explica que el segon procés d'acreditació es retardés molt més del legalment establert.

En el darrer procés, els nivells d'acreditació foren adaptats de manera que pràcticament tots els hospitals de la xarxa pública els poguessin assolir, amb la pèrdua del seu paper de promotor de la qualitat.

Malgrat que a Catalunya, en comparació amb la resta de l'Estat, es compta amb una acreditació que garanteix uns mínims de qualitat, aquest procés ha anat perdent el seu impuls primerenc en el manteniment de la qualitat i queda obert l'interrogant sobre quin sistema garantirà la qualitat de l'assistència hospitalària en un moment de crisi.

5.5 La satisfacció dels usuaris

La satisfacció dels usuaris amb els serveis hospitalaris mesura si el servei ha cobert les expectatives que l'usuari s'havia creat. La gran variació en les expectatives, que a més estan molt influenciades per les experiències prèvies del malalt i dels seus familiars i coneguts, limita molt la interpretació dels estudis empírics existents.

No obstant això, la majoria d'hospitals i el Pla de salut de Catalunya han recomanat i realitzat enquestes de satisfacció que s'utilitzen també com a eines per identificar problemes i per corregir-los i per avaluar l'evolució de la satisfacció, any rere any.

Un problema afegit és que moltes de les enquestes realitzades no adopten la mateixa metodologia i això fa que els resultats no siguin comparables d'un hospital a un altre. Per aquest motiu, l'estudi realitzat per l'ICS en tots els (deu) hospitals de la seva xarxa és, dels que coneixem, l'estudi que millor els resumeix.

Globalment, un 93,2% dels pacients valorava el servei rebut com a bo o excel·lent i només un 0,9 el considerava insatisfactori. Això inclou la valoració de:

- el temps d'espera a urgències o admissions (89,7% el consideren correcte o molt curt),
- la informació rebuda (90,9%, bona o excel·lent),
- el temps d'espera entre la visita al CAP i a l'hospital (82,3% de satisfacció),
- la llista d'espera (50%, menys d'un mes),
- la valoració de la llista d'espera (85,5% la creuen correcta), i
- la valoració de l'atenció del personal (94,1% entre excel·lent i bona).

No obstant aquests resultats, sabem que les llistes d'espera per algunes intervencions poden superar un any i que això motiva queixes constants o que l'accessibilitat horària als centres, com dèiem abans, ha empitjorat malgrat les darreres inversions.

D'una altra banda, faltaria poder comparar aquestes opinions molt favorables referides a l'ICS amb l'equivalent per als hospitals concertats, pel fet que és en aquesta última categoria on l'aplicació del "model català" ha suposat els canvis més radicals (augment del nombre d'altes, forta reducció de l'estada mitjana, aplicació de criteris privats de gestió, etc.).

En definitiva, les enquestes de satisfacció són útils per detectar alguna deficiència que pugui ser corregida, però s'han de considerar amb una certa reserva. No es pot oblidar que es tracta d'enquestes d'opinió de malalts que, d'una manera o d'una altra, són dependents del personal i del centre mateix, fet que sense dubte condiciona en part les respostes. A més, l'absència d'elements comparatius entre els diferents tipus d'hospitals redueix sensiblement la utilitat d'aquest indicador de mesura de la qualitat.

6. CAPÍTOL 6: CANVIS EN LES CONDICIONS LABORALS

6.1 El marc general de les condicions laborals

Per la mateixa lògica de la creació del Servei Català de la Salut, que manté una diversitat de fórmules jurídiques per a la contractació i l'establiment de convenis amb els diferents tipus d'hospitals (o proveïdors de serveis sanitaris), les diferències en les condicions laborals i salarials entre els diversos grups de treballadors poden ser molt més grans que les existents en altres comunitats autònomes.

L'especificitat de Catalunya, en aquest aspecte, resulta òbvia si es té en compte que només el 35% de la despesa hospitalària de la Seguretat Social es fa en els hospitals propis, és a dir, els hospitals que pertanyen a l'ICS. La resta, exceptuant alguns hospitals, correspon a centres concertats que tenen unes condicions laborals inferiors.

Tanmateix, en els debats parlamentaris que portaren a l'aprovació de la Llei d'ordenació sanitària de Catalunya (1990), que és la base legislativa en què es fonamenta la constitució de l'SCS, s'obtingué l'aprovació de la disposició transitòria cinquena que, entre altres coses, diu:

"el Consell Executiu [...] ha d'adoptar les mesures pertinents que tendeixin a homologar els diferents col·lectius que integren el Servei Català de la Salut" i, seguidament, "El Consell Executiu ha de tendir progressivament a l'equiparació de les condicions laborals i professionals del personal que forma part del Servei Català de la Salut i d'aquells que treballen en els centres de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública, en un termini de tres anys, comptador des de l'entrada en vigor d'aquesta Llei", o sigui, teòricament el juliol de l'any 1993.

L'anàlisi que segueix permet comprovar que, cinc anys després de l'aprovació de la Llei, l'objectiu fixat l'any 1990 encara no s'ha complert.

Segons les taules salarials referides a 1995, les diferències entre els salaris del personal dels centres de l'ICS i el d'altres hospitals de la XHUP, per a algunes categories (personal mèdic i ATS) i llocs de treball, oscil·la entre un 15 i un 30%; això sense prendre en consideració ni la càrrega relativa de treball (productivitat) -com es veurà, més alta en els hospitals concertats-, ni els aspectes qualitatius de les condicions de treball, és a dir, la utilització de la contractació temporal i parcial, la flexibilitat per a l'obtenció de permisos, el treball en festius, l'assistència a congressos, la formació, etc.

Amb la informació actualment disponible no és possible definir un indicador global que reflecteixi el grau assolit d'equiparació salarial dels hospitals de la XHUP en relació amb els de l'ICS, ja que, encara que es puguin estimar parcialment les estructures de les plantilles, la regulació laboral del sector es caracteritza per:

- Una gran dispersió de convenis i pactes salarials parcials. Les dues normatives més esteses en el sector són el Conveni de la XHUP i les condicions laboral estatutàries de l'ICS.

- Una manca d'homogeneïtat quant a la definició de categories professionals que impliquin funcions similars i l'estructura del salari, compost per diversos plusos als quals no tots els treballadors són creditors.

6.2 Les despeses de personal als hospitals

En el conjunt de la XHUP, les despeses de personal representen un 65% del total de les despeses (vegeu el quadre 6.2.1.). De tots ells, els de propietat de l'ICS assoleixen una proporció del 67,4% i la resta únicament el 63,6%. Aquesta proporció seria molt més alta si es consideressin les despeses dels serveis subrogats, no inclosos com a salaris i que bé es podrien considerar com a despeses salarials indirectes (laboratoris, cuina, neteja, etc.).

Únicament en els hospitals privats i de grandària petita (menys de 200 llits) la proporció de despeses de personal és inferior al 60% dels ingressos. Malgrat tot, cal considerar que en aquest tipus de centres algunes de les intervencions (especialment de facultatius) són externes, per tant les plantilles fixes són necessàriament més reduïdes.

L'actual sistema de finançament dels hospitals de la XHUP, de tarifes molt diferenciades combinades amb els límits de facturació, no afavoreix en absolut l'objectiu d'equiparació salarial per a la majoria dels centres no-ICS. Els ingressos d'aquests hospitals l'any 1993, si s'haguessin equiparat les condicions salarials a les del personal de l'ICS, haurien passat de tenir un dèficit del 6% dels ingressos a, com a mínim, un 19%.

Una diferència de fins a 44 punts en els nivells de tarifes (la tarifa més baixa representa el 56% de la tarifa més alta) dificilment pot ser compensada per les diferències d'estructura de personal que requereixen els corresponents nivells de tecnologia dels centres, encara més si el pes relatiu de les despeses salarials és similar, sobretot entre els hospitals de caràcter públic i els de dimensions mitjana i alta.

Cal remarcar també que els límits de producció facturable que estableix l'actual sistema de finançament no permeten que puguin apujar-se els nivells

QUADRE 6.2.1.

DESPESES DE PERSONAL (1993) EN RELACIO AMB ELS INGRESSOS I LES DESPESES TOTALS

TIPUS D'HOSPITAL	INGRESSOS	DESPESES CORRENTS	DESPESES DE PERSONAL		
			Total	En % de les despeses	En % dels ingressos
XHUP	277.023.021	293.514.194	190.590.349	64,9	68,8
NO XHUP	66.464.046	66.230.327	36.096.893	54,5	54,3
ICS	96.036.067	101.539.479	68.372.445	67,3	71,2
NO ICS	183.224.821	194.224.341	123.541.923	63,6	67,4
RESTA	40.009.561	40.536.958	20.925.077	51,6	52,3
MUNICIPALS	17.806.404	19.518.999	12.296.453	63,0	69,1
DIPUTACIONS	11.290.062	11.320.658	7.251.465	64,1	64,2
ALTRES PUBLICS.	53.201.462	57.136.465	37.901.704	66,3	71,2
FUNDACIONS PRIV.	58.828.435	61.770.707	40.102.271	64,9	68,2
MUTUES	31.842.058	33.067.093	18.548.314	56,1	58,3
ESGLESIA	22.114.591	22.474.049	12.978.093	57,7	58,7
ALTRES PRIVATS	44.436.319	44.865.810	23.800.608	53,0	53,6
MENYS DE 51 LLITS	11.680.564	11.744.832	6.783.677	57,8	58,1
DE 51 A 100	21.520.874	22.300.639	12.406.000	55,6	57,6
DE 101 A 200	65.484.112	67.766.176	39.847.391	58,8	60,9
DE 201 A 400	79.877.645	84.738.260	54.395.287	64,2	68,1
DE 401 A 800	99.927.636	104.980.342	67.417.076	64,2	67,5
MES DE 800	64.996.236	68.214.272	45.837.811	67,2	70,5
TOTAL CATALUNYA	343.487.067	359.744.521	226.687.242	63,0	66,0

Font: Departament de Sanitat i elaboració pròpia

salarials a partir d'increments de productivitat obtinguda via la racionalització del treball. Les millores de productivitat únicament tenen sentit dirigides a rebaixar costos, però no permeten increments sensibles dels ingressos, pel fet que ràpidament s'accedeix als límits facturables fixats, fins al punt d'haver de congelar l'oferta (tancament temporal de plantes). No és gens estrany que els intents d'alguns convenis d'hospitals de la XHUP de relacionar el salari amb els increments de productivitat no hagin fructificat en cap cas.

6.3 Anàlisi comparada de les condicions laborals

Per a la realització de l'estudi comparat de les condicions laborals s'han seleccionat cinc normatives que poden considerar-se suficientment significatives de la situació del sector:

- Les dues normatives globals que corresponen al conjunt de la regulació de les condicions laborals dels treballadors de l'ICS, que pel seu caràcter estatutari no tenen forma de conveni col·lectiu, i el conveni col·lectiu de la XHUP, que afecta a tots els centres de la XHUP i no-ICS que no tinguin conveni o pacte propi.

- Dos convenis col·lectius de centres no-ICS, amb conveni propi, corresponents a hospitals tradicionals d'àmbit comarcal.

- Un conveni de centres hospitalaris no-ICS que se situa en un àmbit de condicions més favorables (IMAS-Ajuntament de Barcelona).

Si tenim en compte la diversitat d'estructures salarials (plusos) i la diversitat de categories professionals, resulta molt difícil la comparació de les diferents situacions salarials a partir dels convenis col·lectius. En particular, les categories i els salaris dels facultatius cada vegada resulten menys homologables entre si. El salari d'aquests està compost per una part fixa i una sèrie de plusos (jornada partida, especial dedicació, dedicació exclusiva, etc.), de manera que, per als convenis analitzats, la part fixa representa:

- el 59% a l'ICS,
- el 75% a l'Hospital de Mataró,
- el 85% a l'Hospital de Reus,
- el 76% al conveni de la XHUP, i
- el 65% als centres de l'IMAS.

Pel que fa a la diversitat de categories professionals, la situació és també molt desigual. Si es pren com a referència el contingut del treball de la categoria d'adjunt mèdic, en els convenis estudiats conflueixen (al marge del personal mèdic en formació), les següents:

- A l'ICS i a l'Hospital de Reus, hi ha una sola categoria d'adjunt.

- En el conveni de la XHUP es defineixen tres categories d'adjunt, els salaris són el 60% i el 87% de la superior (adjunt III).

- A l'Hospital de Mataró hi ha una categoria d'ajudant, el salari de la qual representa el 92% del de l'adjunt.

- En el conveni de l'IMAS es defineixen dues categories d'adjunts, de les quals el salari de la inferior representa el 68% de la superior.

La dispersió de plusos i categories en les no mèdiques no resulta tan pronunciada. En aquests casos, l'abaratiment de la mà d'obra es porta a terme via tipus de contractes, flexibilitat dels calendaris i, sobretot, la pressió assistencial. Sobre això cal destacar el contenciós amb relació a les competències de les categories professionals d'ATS-DUE i de tècnics especialistes. De tota manera, això afecta únicament diversos serveis centrals, com laboratori, radiologia, etc.

Així doncs, per a una comparació adequada dels nivells salarials dels diferents hospitals caldria considerar, d'una banda, la proporció del personal creditor a cadascun dels plusos variables i, d'una altra, l'estructura del personal, en particular d'aquelles categories que poden considerar-se confluents.

Atesa la manca d'aquesta informació, l'anàlisi comparada dels nivells salarials es pot fer únicament, en una primera aproximació, en termes de salaris "màxims". Això significa que en aquesta anàlisi es comparen les situacions en les quals s'acumulen el total de plusos generals possibles i per a les categories més altes de les confluents.

Si es té en compte que a l'ICS hi ha una sola categoria d'adjunt i que pràcticament gairebé tot el personal adjunt percep la totalitat dels plusos, les diferències salarials reals seran sempre més grans que les que apareixen en aquest treball.

Equiparació de salaris

A partir de 1988, i en particular des de l'any 1991, a tots els convenis d'àmbit de la XHUP es va acordant progressivament l'equiparació de les taules salarials amb les vigents per als treballadors de l'ICS. Tanmateix, com es podrà apreciar a continuació, es tracta d'un procés formal, ja que han continuat existint diferències sensibles quant a la retribució real del personal sanitari.

Per això, si s'observen les taules salarials dels quadres en l'annex estadístic, no existeixen aparentment diferències apreciables en els salaris de la majoria de les categories, a excepció de les corresponents als facultatius.

Per a les categories de personal mèdic també es va produir el procés d'equiparació, però aquest es referia solament als conceptes considerats com a fixos en el salari. És a dir, l'equiparació salarial es va fer en aquests casos solament amb relació al 59% del salari màxim dels facultatius de l'ICS. Sobre la resta del salari estudiat en les taules, compost de plusos de tipus variable, la política salarial és molt dispersa: mentre, per exemple, a l'ICS els plusos són accessibles a la pràctica totalitat de la plantilla de facultatius, en el conveni de la XHUP el plus de jornada completa s'abona amb criteris estrictes; per tant, la contractació temporal ja de per si significa l'estalvi d'aquest plus per a les empreses. En el mateix conveni de l'IMAS es té en compte que el plus de dedicació exclusiva solament serà accessible a un 40% de la plantilla de facultatius, etc. En molts casos els plusos de l'ICS són increments de salari encoberts i les condicions per fer-s'hi creditors no s'exigeixen o bé s'exigeixen de manera molt flexible.

Així doncs, pel que fa a les taules salarials de conceptes generals, considerades en valor absolut, l'equiparació salarial s'ha fet, per bé que de manera formal, excepte per a les categories corresponents als facultatius, entre els quals es poden donar diferències notables entre els diversos hospitals, tant pel volum dels plusos com per la generalitat de la seva aplicació.

Jornada laboral

Tanmateix, aquesta equiparació formal queda totalment desdibuixada en considerar el salari en termes relatius, amb relació a la jornada laboral, és a dir, si es considera el salari / hora.

Si es consideren les diferents jornades de treball anuals i s'inclouen els complements de salari per treball nocturn, les diferències de retribució de la mitjana dels hospitals de la XHUP, amb relació a les de l'ICS, comencen a ser sensibles, com queda reflectit en els quadres 6.3.1, 6.3.2 i 6.3.3. A excepció dels centres de l'IMAS (Ajuntament de Barcelona), una persona ATS en torn diürn percep de mitjana un 10% menys de salari que una altra d'un centre de l'ICS.

Si es té en compte la jornada nocturna, les diferències es fan encara més apreciables. En aquestes condicions l'ATS d'un centre de la XHUP no-ICS percep un salari hora de fins un 23% més baix que el de l'ATS d'un hospital de l'ICS. En els centres de l'ICS i en algun altre conveni les jornades anuals nocturnes són inferiors a les diürnes, mentre que en general a la XHUP totes dues jornades són iguals.

Per efecte de l'existència discriminatòria dels plusos, per a la categoria d'adjunt mèdic les diferències són lògicament més grans encara, fins i tot considerant per a aquesta el màxim de salari possible quant a plusos i categories.

QUADRE 6.3.1. **CATEGORIA PROFESSIONAL ADJUNT-ADJUNT III**
PERCEPCIONS MAXIMES (1995)

CONCEPTES	ICS	XHUP	MATARÓ	REUS	IMAS
SALARI ANUAL	5.698.969	4.609.649	4.476.878	5.275.634	6.408.177
JORNADA	1.624	1.752	1.736	1.750	1.624
ASSUMPTES PROPIS	9	3	3	5	0
SALARI / HORA	**3.672**	**2.668**	**2.615**	**3.085**	**3.946**
(Base 100=ICS)	**100**	**73**	**71**	**84**	**107**
PLUS VARIABLE / ANY	0	0	166.893	0	139.342
3 T. / MES	16.922	4.846	8.307	14.391	16.920
3 T. / ANY	236.908	67.844	116.298	201.474	236.880
GUARDERIA 10 MESOS	40.000	0	0	61.250	82.800
SALARI / HORA	**3.850**	**2.707**	**2.780**	**3.239**	**4.229**
(Base 100=ICS)	**100**	**70**	**72**	**84**	**110**

Font: Convenis col·lectius i normes laborals (elaboració pròpia)

QUADRE 6.3.2. **CATEGORIA PROFESSIONAL: ATS (Diurn)**
PERCEPCIONS MAXIMES (1995)

CONCEPTES	ICS	XHUP	MATARÓ	REUS	IMAS
SALARI ANUAL	2.833.357	2.866.514	2.749.138	2.799.608	3.227.955
JORNADA	1.624	1.752	1.736	1.750	1.624
ASSUMPTES PROPIS	9	3	3	5	0
SALARI / HORA	**1.815**	**1.656**	**1.603**	**1.632**	**1.988**
(Base 100=ICS)	**100**	**91**	**88**	**90**	**110**
PLUS VARIABLE / ANY	0	0	137.457	0	0
3 T. / MES	13.536	4.846	8.307	13.734	13.536
3 T. / ANY	189.507	67.844	116.298	192.276	189.504
GUARDERIA 10 MESOS	40.000	0	0	61.250	82.800
LLOC DE TREBALL					
AT. CONT.	0	6.210	0	0	0
LLOC DE TREBALL	7.000	0	0	0	12.000
2 DIUMENGES	13.291	3.640	9.490	4.296	9.856
2 DISSABTES	3.291	0	0	0	0
1 FESTIU	6.645	3.640	4.745	2.148	4.928
TOTAL / MES	30.227	13.490	14.235	6.444	26.784
TOTAL / ANY	423.179	161.880	170.820	90.216	374.976
SALARI / HORA	**2.233**	**1.789**	**1.851**	**1.833**	**2.386**
(Base 100=ICS)	**100**	**80**	**83**	**82**	**107**

Font: Convenis col·lectius i normes laborals (elaboració pròpia)

QUADRE 6.3.3. **CATEGORIA PROFESSIONAL: ATS (Nocturn)**
PERCEPCIONS MAXIMES (1995)

CONCEPTES	ICS	XHUP	MATARO	REUS	IMAS
SALARI ANUAL	3.455.444	3.324.454	3.326.610	3.107.706	3.681.135
JORNADA	1.445	1.752	1.736	1.490	1.445
ASSUMPTES PROPIS	9	3	3	5	0
SALARI / HORA	**2.500**	**1.921**	**1.940**	**2.136**	**2.547**
(Base 100=ICS)	**100**	**77**	**78**	**85**	**102**
PLUS VARIABLE / ANY	0	0	137.457	0	0
3 T. / MES	13.536	4.846	8.307	13.734	13.536
3 T. / ANY	189.507	67.844	116.298	192.276	189.504
GUARDERIA 10 MESOS	40.000	0	0	61.250	82.800
LLOC DE TREBALL					
AT. CONT.	0	6.210	0	0	0
LLOC DE TREBALL	7.000	0	0	0	12.000
2 DIUMENGES	0	3.640	9.490	4.296	9.856
2 DISSABTES	3.290	0	0	0	0
1 FESTIU	0	3.640	4.745	2.148	4.928
TOTAL / MES	10.290	13.490	14.235	6.444	26.784
TOTAL / ANY	144.060	161.880	170.820	90.216	374.976
SALARI / HORA	2.771	2.053	2.187	2.372	2.995
(Base 100=ICS)	100	74	79	86	108

Font: Convenis col·lectius i normes laborals (elaboració pròpia)

El preu hora d'un adjunt, les condicions salarials del qual es regulen per conveni de la XHUP, és 27 punts més baix que el d'un adjunt de l'ICS.

Complements econòmics

A tots els convenis estudiats hi ha una diversitat de complements econòmics (vegeu els quadres de l'annex estadístic) als quals es fan creditors els treballadors de manera desigual i dispersa, en funció de situacions personals particulars o relatives al lloc de treball. Aquest conjunt de plusos poden arribar a tenir una importància relativa en el càlcul final del salari, estimada entre el 10 i el 20% d'aquest, segons els casos.

Per la mateixa naturalesa específica d'aquests plusos, resulta molt difícil estimar la seva incidència en el conjunt dels salaris mitjans de cada centre. Per això ha estat necessari definir una hipòtesi que pot considerar-se relativament generalitzable, que permet calcular comparativament els salaris reals dels diferents convenis. Aquesta hipòtesi té en compte les següents situacions personals i de lloc de treball:

- Es compleixen les condicions per percebre el plus de productivitat variable.
- Tenir una antiguitat de nou anys a l'hospital.
- Tenir un fill en edat de guarderia.
- Fer la feina en un lloc de torns.
- Es treballen dos diumenges i dos dissabtes al mes, i un festiu intersetmanal al mes.

En aquestes condicions, les diferències salarials dels treballadors de l'ICS i la resta de la XHUP es fan encara més pronunciades. L'ATS de treball diürn del conveni XHUP passa de tenir un salari/hora nou punts inferior al de l'ICS a vint punts menys, únicament per la incidència dels plusos personals i de lloc de treball considerats.

Les diferències salarials dels torns de nit es mantenen aproximadament en el mateix àmbit i les dels adjunts mèdics augmenten, per bé que lleugerament.

Guàrdies mèdiques

Quantitativament les percepcions per guàrdies representen un complement de certa importància en les percepcions finals del personal mèdic. El seu import pot arribar a desfigurar la comparació que es faci amb relació a les percepcions corresponents a les hores de treball "normals". Per això, aquest apartat mereix un tractament específic. Tanmateix, aquesta importància quantitativa contrasta amb el valor unitari de la retribució, ja que el preu hora d'aquesta és més baix que el

de l'ordinària de la jornada de treball, en proporcions que van des del 50 al 85%, en els casos estudiats (vegeu el quadre 6.3.4.).

Aquestes diferències de retribució es justifiquen històricament pel fet que les guàrdies són tractades com a prolongació de jornada en la qual es dóna una expectativa de treball, més que un treball real i efectiu. No obstant això, la prestació de servei en els departaments d'urgències i la creixent pressió assistencial en aquests fa que les guàrdies, en molts casos, siguin cada cop més treball real com el de qualsevol altre servei i en alguns trams horaris amb una intensitat més gran que en les hores de treball ordinari.

Com es pot apreciar en el quadre 6.3.4, la percepció salarial per guàrdies amplia encara més les diferències salarials entre els adjunts adscrits als diferents convenis de la XHUP, tant pel mateix valor unitari de l'hora de guàrdia com per la repercussió o no en les pagues extres i en la de vacances. En la hipòtesi que es facin dues guàrdies al mes en dies laborables i una en festiu, la persona adjunta el salari de la qual està regulat pel conveni XHUP té una retribució en concepte de guàrdies 37 punts inferior a la d'una altra de l'ICS.

Lògicament, aquestes diferències resultarien encara més acusades si es pogués valorar la intensitat del treball en les hores de guàrdia, en particular amb relació a la pressió dels serveis d'urgències (més variable que amb relació a les hores normals).

Amb tot, a la pràctica les grans diferències d'intensitat de treball es manifesten més agudament amb relació a les guàrdies localitzades, és a dir, quan es considera que no és necessària la presència permanent de la persona facultativa a l'hospital. En aquests casos la retribució és el 50% de la de les guàrdies de presència.

L'escassa regulació dels conceptes de guàrdia, la diferència entre localitzades i de presència, l'estructura de responsabilitats, etc., dóna peu a una actuació molt arbitrària dels centres pel que fa al cas. Entre els dos extrems següents es donen tota la gamma de situacions que generen diferències salarials considerables:

- Quan la guàrdia localitzable és un complement salarial sense pràcticament cap mena de contraprestació, ja que els serveis d'urgències estan suficientment coberts. En aquests casos es tracta d'un increment de salaris encobert.

- Quan la guàrdia localitzable està molt pròxima en prestacions al que en altres centres seria guàrdia de presència, però amb una retribució del 50% del seu valor/hora. Aquesta disfunció ve motivada tant per la freqüència en què els facultatius són requerits per intervenir com per la durada de cada una de les intervencions.

QUADRE 6.3.4. CATEGORIA PROFESSIONAL: ADJUNTS
REMUNERACIO DE LES GUARDIES

CONCEPTES	ICS	XHUP	MATARO	REUS	IMAS
PESSETES / HORA					
LABORABLE	1.725	1.490	1.725	1.527	1.556
FESTIU	2.056	1.490	2.056	1.527	1.945
REPERC. EN					
VAC. Y G.E.	SI	NO	SI	SI	SI
DESCANS					
POST. GUARD.	SI	NO	NO	SI + 11	NO
2 GUARD. 16 H.	55.200	47.680	55.200	48.864	49.792
1 GUARD. 24 H.	49.345	35.760	49.344	36.648	46.680
TOTAL MES	104.545	83.440	104.544	85.512	96.472
TOTAL 11 MESOS	1.463.629	917.840	1.463.616	1.197.168	1.350.608
JORNADA ESTIMADA	616	616	616	616	616
	352			495	
PESSETES / HORA	2.376	1.490	2.376	1.943	2.193
(Base 100=ICS)	100	63	100	82	92
% HORA NORMAL	62	55	85	60	52

Font: Convenis col·lectius i normes laborals (elaboració pròpia)

6.4 La distribució de les càrregues de treball a la XHUP

L'últim element per comparar els nivells salarials entre els diferents hospitals de la XHUP és l'estimació de la càrrega de treball que correspon a un determinat salari.

Efectivament, per establir una comparança rigorosa entre els nivells salarials de diferents grups d'hospitals, caldria tenir en compte la productivitat del treball, és a dir, poder relacionar el salari cobrat en cada cas amb la intensitat de l'activitat realitzada, utilitzant indicadors com el salari per unitat de treball. Tanmateix, les deficiències d'informació no permeten establir aquests indicadors i es farà per tant una anàlisi separada de la càrrega de treball comparada en els diferents tipus d'hospitals.

Darrerament s'ha avançat força en la mesura del temps adequat de dedicació d'infermeria per malalt en el sector hospitalari d'aguts, però encara es mantenen dubtes sobre quina és la intensitat de tractament adequada i, sobretot, encara no hi ha informació comparable disponible i pública. Hi ha, això sí, les ratios de personal per llit, que són un indicador menys afinat, però que demostren una gran diversitat.

El quadre 6.4.1. ofereix l'evolució de la disponibilitat global de personal sanitari en el sector hospitalari a Catalunya. S'observa un creixement important en el període 1986-90 (el personal sanitari total creix un 23,5% durant aquest període), seguit d'un cert estancament en el període 1990-93, que es correlaciona amb les variacions d'activitat que hem observat abans[19].

El quadre 6.4.2. ofereix la relació entre el nombre de persones de cada categoria i el nombre de llits per a l'any 1993, segons el tipus d'hospital. Crida l'atenció que la relació és molt més alta en els hospitals de l'ICS que en la resta d'hospitals d'utilització pública, tant si els comparem segons els llits com segons els malalts atesos. Els grans hospitals públics, encara que no siguin de l'ICS, mantenen unes ratios pròximes a les de l'ICS.

En els hospitals de la XHUP (no-ICS) podem observar un augment de personal mèdic, però no de la resta de personal, que semblaria indicar una discreta disminució en la pressió assistencial sobre el personal mèdic, però el manteniment de la forta pressió sobre la resta de personal.

[19] En les estadístiques del Departament de Sanitat, s'observa l'any 1993 un creixement del personal d'infermeria d'unes 3.000 persones, que és totalment atípic i que sembla correspondre a un canvi de criteri en la delimitació del camp cobert.

Quadre 6.4.1.

EVOLUCIÓ DEL PERSONAL SANITARI (Total Catalunya: 1986-93)

	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993
I. TOTAL HOSPITALS (exclosos psiquiàtrics)								
Llits (aguts)	19.896	19.954	19.960	20.163	20.287	20.278	20.021	19.569
Total llits						25.342	25.222	24.588
Metges 40h						8.745	9.039	8.958
Infermers 40h						14.280	14.397	17.379
Auxiliars 40h						12.560	12.454	12.177
Total person.sanit.						36.049	36.291	38.914
Metges/llit						0,35	0,36	0,36
Infermers/llit						0,56	0,57	0,71
Auxiliars/llit						0,50	0,49	0,50
II. TOTAL GENERAL								
Metges 40h						8.927	9.220	9.148
Infermers 40h						14.429	14.564	17.540
Auxiliars 40h						13.559	13.464	13.066
Total person.sanit.	29.974	30.960	32.922	34.463	37.028	37.437	37.710	40.208

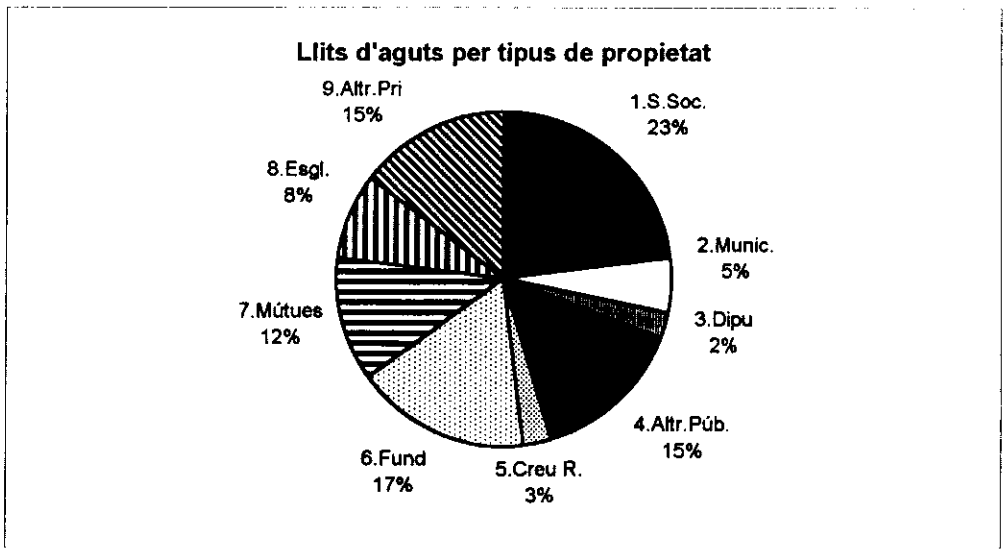
Font: Departament de Sanitat i elaboració pròpia

Quadre 6.4.2.

ESTRUCTURA DEL PERSONAL DELS HOSPITALS PER TIPUS DE PROPIETAT I TIPUS DE CONCERT (1993)

		1.S.Soc.	2.Munic.	3.Dipu.	4.Altr.Púb.	5.Creu R.	6.Fund	7.Mútues	8.Esgl.	9.Altr.Pri	TOTAL	ICS	No ICS	Resta
TOTAL	Llits	4571	1905	1649	3349	660	4480	2535	3969	6614	29.732	4571	12821	12.340
	Metges 40h	3.089	480	180	1.537	202	1.397	795	543	925	9.148	3.089	4.869	1.190
	Infermers 40h	4.814	748	330	2.098	381	2.400	1.258	735	4.776	17.540	4.814	7.451	5.274
	Auxiliars 40h	3.137	653	520	1.811	222	2.127	1.238	1.340	2.020	13.067	3.137	6.366	3.564
	Total person.sanit.	11.127	1.908	1.060	5.499	811	5.989	3.325	2.692	7.798	40.208	11.127	18.921	10.160
	Metges/llit	0,68	0,25	0,11	0,46	0,31	0,31	0,31	0,14	0,14	0,31	0,68	0,38	0,10
	Infermers/llit	1,05	0,39	0,20	0,63	0,58	0,54	0,50	0,19	0,72	0,59	1,05	0,58	0,43
	Auxiliars/llit	0,69	0,34	0,32	0,54	0,34	0,47	0,49	0,34	0,31	0,44	0,69	0,50	0,29

		1.S.Soc.	2.Munic.	3.Dipu	4.Altr.Púb.	5.Creu R.	6.Fund	7.Mútues	8.Esgl.	9.Altr.Pri	TOTAL	ICS	No ICS	Resta
AGUTS	Llits	4.495	1.074	468	2.839	547	3.287	2.361	1.598	2.900	19.569	4.495	11.765	3.309
	Metges/llit d'agut	0,69	0,45	0,38	0,54	0,37	0,43	0,34	0,34	0,32	0,47	0,69	0,41	0,36
	Infermers/llit d'agut	1,07	0,70	0,71	0,74	0,70	0,73	0,53	0,46	1,65	0,90	1,07	0,63	1,59
	Auxiliars/llit d'agut	0,70	0,61	1,11	0,64	0,41	0,65	0,52	0,84	0,70	0,67	0,70	0,54	1,08



De tota manera, cal recordar que aquests indicadors són valors mitjans per a tot l'hospital. Per tant cal tenir en compte els aspectes següents:

(1) La distribució de les càrregues de treball no són homogènies dins dels hospitals, ja que unitats amb càrregues de treball molt altes coexisteixen amb d'altres que en tenen menys. Això és conegut per tots els treballadors dels hospitals que identifiquen clarament les unes i les altres.

(2) La càrrega de treball depèn molt de la proporció de cada tipus de malalt atès en cada hospital (és a dir, si són o no autònoms, si requereixen molta intervenció terapèutica, etc.). No hem de confondre gravetat, complexitat mèdica i intensitat de cures d'infermeria. Per relacionar la plantilla de cada hospital amb un indicador de la complexitat i la intensitat de cura dels casos atesos ens caldria informació per a cada hospital. Esperem disposar aviat d'estudis comparatius que parteixen de les malalties ateses i no només del nombre de llits, però els estudis d'alguns hospitals als que hem tingut accés demostren que els centres d'alta tecnologia, que teòricament haurien d'atendre malalts d'alta complexitat, atenen, a vegades, pacients de molt baixa complexitat (amb una ratio de personal molt alta) i que la situació s'inverteix en centres de més baixa tecnologia.

(3) Encara que hi ha certa confusió sobre la intensitat de cura necessària per a malalts crònics, la cobertura de necessitats en aquest darrer sector és pitjor que en el sector d'aguts.

7. CAPÍTOL 7: CONCLUSIONS

L'estudi realitzat ofereix una visió de conjunt de determinats aspectes destacables de l'evolució del sector sanitari en el cas específic de Catalunya, abordats des d'una posició el més objectiva i independent possible. Donades les limitacions de temps i de recursos, no tots els temes han pogut ser tractats amb el mateix nivell de profunditat i cal considerar el present treball com un primer pas cap a una anàlisi crítica del funcionament actual de la sanitat al nostre país, que obre unes línies possibles d'investigació i d'aprofundiment per a treballs futurs.

Dintre de les seves limitacions, l'estudi realitzat permet precisar i valorar de manera crítica diversos aspectes de l'anomenat model català i analitzar, en la mesura de la informació disponible, algunes de les seves consequències més destacades sobre les condicions laborals dels treballadors de la sanitat i sobre la qualitat dels serveis sanitaris per als usuaris.

A continuació es mencionen algunes de les conclusions més rellevants de l'estudi, classificades per grans blocs temàtics:

7.1 Evolució de l'oferta de serveis sanitaris

(1) Mentre la demanda de serveis per part de la població catalana continua augmentant de forma regular, en els últims anys es detecta un estancament del personal sanitari i una congelació, i fins i tot reducció, de l'oferta de llits d'aguts. Més enllà de fenòmens conjunturals (tancaments temporals de llits per part de certs hospitals) o de l'efecte positiu d'una utilització més eficient dels recursos disponibles, sembla que es tracti d'una política deliberada de reducció de costos[20] que pot afectar a curt o mitjà termini la qualitat assistencial en el seu conjunt, i provocar una congestió dels hospitals, una sobrecàrrega de treball per al personal, un augment de les llistes d'espera i una desviació de la demanda cap a serveis d'urgència i tractaments ambulatoris.

(2) És possible -encara que no s'hagi pogut investigar aquest fet en l'estudi- que a la llarga això contribueixi a deteriorar la imatge de la sanitat pública i a fer més atraient la sanitat privada per a l'usuari.

[20] Cal recordar els conflictes que la política de contenció de despeses i de reducció de l'oferta està generant en aquest moment, com la reducció de personal a l'Hospital Clínic, la reducció de personal i de llits a L'Aliança o les amenaces del mateix tipus a l'Hospital de Sant Pau.

7.2 Finançament dels hospitals

(1) Un tret específic de la situació del sector sanitari a Catalunya és el poc pes relatiu de l'ICS (10 % dels hospitals i 27 % dels llits). La resta del sector es caracteritzava per la dispersió de titularitats i els desequilibris de recursos entre centres. La creació de la XHUP oferia la possibilitat d'integrar tots els hospitals en una xarxa pública amb criteris de funcionament i condicions homogènies. Per contra, l'estudi mostra que després d'un primer període en el qual s'ha donat una certa millora de les condicions dels hospitals d'àmbit comarcal i de l'accessibilitat en determinades zones geogràfiques, les autoritats sanitàries han optat en els últims anys per mantenir una segmentació del sector, i evitar l'equiparació completa dels hospitals concertats amb els de l'ICS, imposant a aquests primers, a través de les modalitats de concert i de la fixació de les tarifes, unes condicions discriminatòries que tendeixen a consolidar les diferències amb l'ICS.

(2) Això condueix a la pràctica a establir un cert dualisme en el si del sector, fet que pot tenir una repercussió negativa sobre la qualitat de l'assistència en el segment majoritari de la sanitat catalana.

(3) La distribució dels recursos econòmics de l'SCS als hospitals de la XHUP, que sovint és presentada com una distribució basada en mecanismes de mercat controlat (compra de serveis basant-se en una tarifa), s'assembla força a una distribució mitjançant dotacions pressupostàries, en què l'autoritat sanitària té un alt marge de discrecionalitat per decidir el pressupost de cada centre[21].

(4) La discrecionalitat en la diversificació de les tarifes i en la utilització dels ajuts als comptes d'explotació i de subvencions per a la inversió ha portat a una situació poc transparent en què no necessàriament els hospitals més eficients en termes de qualitat i d'aprofitament dels seus recursos són els més beneficiats[22].

(5) Els hospitals de la XHUP que no pertanyen ni a l'ICS, ni són els grans hospitals universitaris públics (Sant Pau i Clínic), són els que darrerament han estat sotmesos a un intent de transformació dels seus sistemes de gestió i han millorat els seus indicadors de productivitat en termes estrictament econòmics. Aquest estudi evidencia que aquesta millora ha estat a costa, almenys parcialment, de l'empitjorament relatiu de les condicions salarials i laborals.

(6) La fixació per part de l'SCS de límits màxims (expressats en UBA), quant a l'activitat facturable, impedeix sovint que els hospitals puguin incrementar el seu rendiment a partir de millores en la seva productivitat. Els

[21] A més, l'acord per part de l'SCS, segons el qual es cobrirà una proporció molt alta del pressupost de cada hospital, sigui quina sigui l'activitat realitzada, sembla més la pròpia d'un sistema pressupostari, això sí, amb incentius, que la d'un sistema de mercat.

[22] La desviació clàssica de les adjudicacions pressupostàries de base històrica, que sovint prevalien en els hospitals més ineficients, no sembla variar gaire en la situació present.

límits imposats de facturació estan molts cops per sota de la capacitat instal·lada dels centres, fet que tendeix a generar tancaments temporals de llits o de serveis. L'efecte pervers d'aquest mecanisme en la gestió dels hospitals dóna prioritat a l'estalvi (normalment en salaris i serveis auxiliars) sobre la millora en la utilització dels recursos disponibles.

7.3 Privatització

(1) El tema de la privatització és complex i convé distingir tres àmbits: la privatització del finançament de la sanitat, la privatització de la propietat dels centres (aspecte patrimonial) i la privatització de la gestió. El model català incideix de manera diferent en aquests tres aspectes:

- no hi ha de moment mesures concretes referides al primer àmbit,
- l'abast de la privatització de caràcter patrimonial -és a dir, al segon àmbit indicat- és encara limitat i, en canvi,
- la política de les autoritats sanitàries se centra fonamentalment a introduir de forma molt clara uns mecanismes i criteris privats en la gestió dels serveis sanitaris (tercer àmbit).

(2) Quant al primer àmbit mencionat, es pot dir que la reforma sanitària no s'ha traduït fins ara en una privatització del finançament sanitari. La cobertura de la despesa sanitària continua sent fonamentalment pública (és a dir, que tots els ciutadans hi contribueixen mitjançant els impostos i la quota de la SS), però no es pot descartar en un futur pròxim una ofensiva a favor d'una privatització del finançament, ja que hi ha pressions per part de les companyies d'assegurances privades -i també determinats interessos polítics- per limitar l'abast de la sanitat pública i deixar lloc a un sistema de cobertura privada de certs riscos o de determinades prestacions.

(3) Quant al patrimoni i a la propietat formal (segon àmbit), la privatització és encara relativament limitada. Pel que fa a la propietat dels hospitals, la situació de partida a Catalunya es caracteritzava per la presència d'un sector significatiu d'entitats privades amb un cert caràcter social (mútues i fundacions religioses). Els progressos de la privatització en aquest àmbit es limiten de moment a la potenciació per part de les autoritats sanitàries de determinats hospitals de titularitat privada (com per exemple l'Hospital General de Catalunya o la Mútua de Terrassa). Els principals avanços que es fan actualment en la privatització de tipus patrimonial es refereixen sobretot a determinats serveis clínics i serveis auxiliars que els hospitals encarreguen a empreses privades externes[23]. En el primer cas (serveis clínics), l'estudi ha

[23] A propòsit del tema patrimonial, els sistemes sanitaris públics dels països occidentals es mouen entre dos extrems: aquell que considera que els mecanismes de solidaritat financen només el pagament del servei i que, per tant, la possible patrimonialització del capital

detectat que les subcontractacions que s'han portat a terme no sempre responen a criteris d'eficiència tècnica i de millor utilització dels recursos i que molt sovint la capacitat dels serveis públics no està saturada prèviament. En el segon cas (serveis auxiliars), s'ha posat de manifest que les empreses contractants són en general unes empreses creades expressament perquè es presentin a l'adjudicació i que les millores que introdueixen quant al cost dels serveis auxiliars es realitzen a costa de la qualitat i de les condicions de treball.

(4) En canvi, pel que fa al tercer àmbit, és a dir, les fórmules de gestió, el model català introdueix unes transformacions molt significatives, que van des de la concessió a empreses externes del funcionament complet de determinats centres, fins a la subrogació a empreses especialitzades de la funció de gestió, sense que assumeixin el risc empresarial corresponent. Aquestes transformacions -encara incipients però que es desenvolupen ràpidament- tendeixen a introduir criteris de gestió privada en el funcionament dels centres, independentment del caràcter públic o privat de les empreses concessionàries i de les empreses de gestió.

(5) Aquestes empreses són en general empreses de constitució recent, formades o generades pels mateixos responsables de la xarxa d'utilització pública (càrrecs públics o membres de la gerència anterior dels hospitals). En aquest sentit, es pot dir que no estem en presència d'una veritable subrogació externa, sinó de canvis organitzatius que tendeixen a intentar superar el marc de la gestió pública. Es tracta d'una xarxa interna en la mateixa sanitat pública, amb la qual es pretén millorar en flexibilitat i professionalització, però també que introdueix una major opacitat i un menor control polític.

(6) Estem en presència d'un fenomen de privatització molt més subtil, que no es pot mesurar en termes de propietat formal (la gran majoria de les empreses implicades segueixen sent de caràcter públic) però que tendeix a fer funcionar el conjunt del sector sanitari en un marc jurídic de dret privat i amb criteris pròxims als de rendibilidad privada, a concentrar el poder estratègic i de decisió en poques mans i a allunyar aquests centres de decisió dels mecanismes tradicionals de control públic.

(7) La falta de voluntat política a l'hora de dinamitzar la gestió pública, junt amb la rigidesa del sistema de finançament dels hospitals, condueixen en molts casos a una duplicació de recursos en certs serveis hospitalaris. Es recorre a la subrogació a empreses privades sense que la capacitat pública de què es disposa estigui prèviament saturada. Amb això es manté un cost total més elevat dels serveis sanitaris, encara que es puguin obtenir uns preus unitaris més baixos per a les activitats subcontractades. De manera general, no es

---

necessari per a la prestació és un afer privat, i l'altre que defensa que el finançament públic ha de portar a una patrimonialització pública.

En la pràctica la discussió no es presenta sempre de manera radical entre ambdós extrems, però és lògic preguntar-se si s'ha d'admetre que les tarifes públiques permetin la creació de plusvàlues per a la reinversió.

pot assegurar en aquest moment que el resultat global de l'aplicació de les noves modalitats de gestió condueixi a un funcionament tècnicament més eficient, a un augment de la qualitat assistencial o, com a mínim, a un estalvi de recursos per part de la sanitat pública.

(8) En el passat, la rigidesa de la gestió pública, és a dir, la incapacitat per adaptar-se als canvis de les necessitats sanitàries, va servir per legitimar la gestió privada de l'assistència davant de molts sectors de la població, sense que hi hagués cap evidència que la gestió pública no es pot dinamitzar. La defensa de la sanitat pública (en el sentit formal de titularitat pública i en el més ampli de criteris de funcionament d'interès públic) té aquí un terreny estratègic per demostrar que pot adaptar-se a les necessitats canviants del sector sanitari i per exigir una plena utilització dels recursos existents.

7.4 Integració i planificació

(1) La integració de l'oferta hospitalària catalana dintre d'una xarxa d'utilització pública va permetre en el seu moment una millora en la planificació segons les necessitats locals de la població (territorialització) i una racionalització amb criteris de jerarquització dels centres, segons diferents nivells de complexitat[24]. Això va generar, durant els anys vuitanta, l'ampliació de la xarxa d'hospitals públics i la millora de les infraestructures dels antics hospitals comarcals.

(2) No obstant això, els canvis recents i les dificultats pressupostàries fan aparèixer contradiccions entre els criteris de mercat i la planificació, en detriment d'aquesta última, i generen un risc de duplicació de serveis i un estancament de la dinàmica inicial de reducció dels desequilibris territorials.

7.5 Condicions laborals

(1) Es manté una desigualtat evident en les condicions laborals i salarials dels diferents tipus d'hospitals. Els esforços d'equiparació salarial que es van fer en els hospitals de la XHUP a final dels anys vuitanta i començament dels noranta no van aconseguir assolir completament aquest objectiu i, ben al contrari, les diferències tendeixen a incrementar-se, sobretot a través de les desigualtats en la pressió assistencial i mitjançant la utilització de mecanismes indirectes, com el pagament de les guàrdies mèdiques, la inclusió de plusos diversos, les diferències de jornada, etc.

[24] En aquest aspecte, ens referim únicament al caràcter territorial de la jerarquització, ja que la relació funcional entre els hospitals de diferents nivells no sembla resultar tan satisfactòria a la pràctica.

(2) El component de la reducció salarial en la majoria de les subrogacions de serveis a empreses externes és evident. En molts casos, la política de subrogacions no respon a unes diferències reals en la capacitat de gestió, sinó principalment a l'interès de disminuir indirectament el nivell salarial amb relació a les taules existents en els hospitals.

7.6 Qualitat i satisfacció dels usuaris

(1) Les enquestes disponibles segueixen indicant un bon nivell de satisfacció per part dels usuaris del sistema públic a Catalunya, però sabem que la satisfacció està molt relacionada amb les expectatives i les experiències prèvies de cada malalt i que aquest indicador, a més de ser poc fiable, és insuficient per valorar la qualitat del servei sanitari.

(2) Es detecten en els últims anys indicis d'una certa deterioració de la qualitat del servei sanitari per als usuaris, com per exemple:

- la congelació de l'oferta hospitalària (en personal i en llits), enfront del creixement continu de la demanda social,
- la reducció ràpida de l'estada mitjana dels pacients fins a un nivell que pot suposar un cert risc d'altes prematures i de recaigudes,
- la congestió dels hospitals (increment de les llistes d'espera i desviació de les altes hospitalàries cap a l'atenció d'urgència o al tractament ambulatori), i
- la baixa de la qualitat dels serveis auxiliars subcontractats.

(3) Quant a la qualitat tècnica de les prestacions, la progressiva congelació del procés d'acreditació hospitalària i la seva contaminació amb les necessitats contractuals ha deixat molts hospitals (i per tant molts usuaris) sense cap procediment segur i contrastable de control de qualitat.

(4) En cada centre existeixen suficients instruments i indicadors que permetrien mesurar o estimar l'eficàcia i la qualitat del servei prestat (llistes d'espera, origen geogràfic dels pacients, taxa de reingrés, mortalitat, tipus i caràcter dels diagnòstics, compliment d'objectius de qualitat prefixats, etc.). No obstant això, globalment no existeix un sistema reconegut i homologable d'indicadors que permeti conèixer i difondre públicament l'evolució històrica i la situació comparada dels diversos hospitals de la xarxa pública.

ANNEXES

QUADRE A.1 **SALARI ANUAL DEL PERSONAL FACULTATIU (1995)**
(Màxim en pessetes)

CATEGORIES	ICS	XHUP	MATARO	REUS	IMAS
CAP DE DEPARTAMENT	7.356.311				
CAP DE SERVEI	7.325.249	5.830.831	6.099.002	6.911.384	7.960.379
CAP DE SECCIO	6.543.784	5.830.831	4.800.516	6.125.490	7.265.193
ADJUNT - ADJUNT III	5.698.969	4.609.649	4.476.878	5.275.634	6.408.177
AJUDANT - ADJUNT II		4.006.806	4.143.104		4.369.215
ADJUNT I		2.759.660			
FORMACIO	2.358.635	2.149.069		1.819.216	2.612.235
	2.198.609	1.935.362			2.435.010
	2.038.565	1.782.715			2.371.815
	1.850.312				2.244.795
	1.709.976				2.117.715

REMUNERACIO DE LES GUARDIES (en pessetes/hora)

LABORABLE	1.725	1.490	1.725	1.527	1.556
FESTIU	2.056	1.490	2.056	1.527	1.945
Prorrata en vacances i gratificacions extra	SI	NO	SI	SI	SI

Font: Convenis col·lectius i normes laborals (elaboració pròpia)

QUADRE A.2 **JORNADA I CALENDARI**

	ICS	XHUP	MATARO	REUS
TEMPS DE TREBALL (en hores)				
JORNADA DIURNA	1.624	1.752	1.736	1.750
JORNADA NOCTURNA	1.445	1.752	1.736	1.490
DIES AUTORITZATS PER:				
MATRIMONI	15	15	20	15
MORT O MALALTIA GREU	2 - 4	3 - 6	3 - 7	3 - 5
NAIXEMENT	2 - 3	3 - 6	3	3
INTERV. QUIR.	2 - 4		3	3 - 5
CANVI DE DOMICILI	1 - 2	1	2	1
CASAMENTS	1		1	
EXAMENS	Tots	10	Tots	Tots
ASSUMPTES PROPIS	9	3	3	5
VACANCES FORA DE PERIODE	3 - 5	1 - 4	1 - 4	1 - 5
DESCANS DESPRES DE GUARDIES	Si	No	No	Si + 11

Font: Convenis col·lectius i normes laborals (elaboració pròpia)

QUADRE A.3 **SALARIS ANUALS (1995) en pessetes**

CATEGORIES	ICS	XHUP	MATARO	REUS	IMAS
ATS	2.833.357	2.866.514	2.749.138	2.799.608	3.227.955
LLEVADORA	2.824.010	2.866.514	2.807.420	2.859.052	3.227.955
TÈCNIC ESP.	2.206.367	1.920.098	2.206.176	2.246.650	2.692.365
AUXILIAR	1.924.327	1.920.098	1.844.220	1.878.072	2.278.080
PORTALLITERES	1.790.000	1.724.708	1.789.844	1.822.716	2.247.495
OFICIAL ADM.	2.171.237	2.156.702	2.171.036	2.057.300	2.658.570
OFICIAL MANT.	2.299.585	2.088.010	2.206.176	2.250.556	2.297.955
NETEJADORA	1.684.157	1.724.708	1.684.018	1.685.446	2.158.455

Font: Convenis col·lectius i normes laborals (elaboració pròpia)

QUADRE A.4 **COMPLEMENTS ECONOMICS (1995)**

CONCEPTES	ICS	XHUP	MATARO	REUS	IMAS
VARIABLE (METGE)	0	0	166.893	0	139.342
VARIABLE (ATS)	0	0	137.457	0	0
COMPLEMENT IT	100%	fins 90 D.	fins 120 D.	100%	100%
PLUS PER DISMINUCIÓ	5.000	0	21.500	10.661	34.070
GUARDERIES	4.000	0	0	6.125	8.280
NOCTURNITAT MES ATS	44.435	32.710	41.248	22.007	32.370
PLUS DIUMENGE - ATS	6.645	1.820	4.745	2.148	4.928
PLUS FESTIUS - ATS	6.645	3.640	4.745	2.148	4.928
PLUS DISSABTE - ATS	1.645	0	0	0	0
PLUS VIC. ADJ. 3 TRIENIS	16.922	4.846	8.307	14.391	16.920
PLUS VINC. ATS 3 TRIENIS	13.536	4.846	8.307	13.734	13.536
PLUS ATEN. CONT. ATS	0	6.210	0	0	0
PLUS ESTUDIS ATS	14.400	0	0	0	0
PLUS LLOC DE TREBALL ATS	7.000	0	0	0	6.000
	0	0	0	0	12.000
	15.000	0	0	0	15.000
	0	0	0	0	20.000

Font: Convenis col·lectius i normes laborals (elaboració pròpia)

QUADRE A.5. : DADES COMPARATIVES (PAISOS DE LA UNIO EUROPEA)

PAISOS	LLITS D'AGUTS (per a 1.000 hab.)			ESTADA MITJANA (Aguts)	
	1991	1992	1993	1992	1993
Alemanya	7,3	7,2	7,2	12,6	12,4
Austria	5,7	5,5	5,4	9,6	9,2
Bèlgica	4,9	4,8	4,8	8,2	8,0
Dinamarca	4,4	4,2	4,1	6,3	6,3
Espanya	3,4	n.d.	n.d.	9,2	9,1
Finlàndia	4,8	4,6	n.d.	6,1	5,7
França	5,1	5,0	5,0	6,5	6,5
Grècia	3,9	3,9	n.d.	n.d.	n.d.
Irlanda	3,4	3,4	3,2	6,7	6,9
Itàlia	5,8	5,5	n.d.	n.d.	n.d.
Països Baixos	4,2	4,2	4,1	10,6	10,4
Portugal	n.d.	3,7	3,6	7,9	7,7
Regne Unit	2,2	2,2	2,1	5,1	n.d.
Suècia	3,9	3,7	3,4	5,8	5,5

Font: OCDE "Health data" (1995)

Bibliografia utilitzada

- Arthur Andersen: *Enquesta de Satisfacció dels Usuaris dels Hospitals de l'ICS: 1995* (Barcelona: mecanografiat s/data).

- Bohigas L. La Acreditación de Hospitales: Un paso hacia la liberalización del mercado hospitalario español. Documento de Trabajo 96/02 (Madrid: Fundación de Estudios de Economía Aplicada, 1996).

- Fernández C. A través de una ley que contempla el cambio de régimen jurídico de este organismo: El ICS se hará empresa. *Diario Médico* 2 de Enero de 1996.

- Generalitat de Catalunya (Departament de Sanitat i Seguretat Social. Els recursos econòmics del Departament de Sanitat i Seguretat Social 1995 (Barcelona: Generalitat de Catalunya, 1995).

- López Casasnovas G. Assignació de recursos i les opcions del sistema sanitari. *Salut Catalunya* (1996), 10, 1: 3-8

- Martínez P. Coincide con una denuncia de CCOO: Un Estudio apunta al "maquillaje" contable en hospitales catalanes. *Diario Médico* 8 de Febrero de 1996

- Munro J, Illife S. Algunos criterios contradictorios en el experimento británico de la reforma del Servicio Nacional de Salud. *Quadern CAPS* Primavera 1996.

- Ortún V, Gervás J. Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria. Med Clin (Barc) 1996: 106:9.

- Pérez Oliva M. Las compras de más de dos millones deben hacerse por concurso: La nueva Ley de contratos provoca un parón administrativo en Sanidad. *El País* 30 de Agosto de 1995.

- Saltman RB, Casten Cv. Implementing Planned Markets in Health Care: Balancing Social and Economic Responsability (Posant en funcionament mercats planificats en atenció sanitària: el balanç entre la responsabilitat social i la responsabilitat econòmica) (Buckingham: Open University Press, 1995).

-Viñas Pons M., Lafarga Traver J.L. Modificacions de la Llei d'ordenació sanitària de Catalunya. Salut Catalunya (1996), 10, 1: 30-34.