

27

**Les tendències de l'evolució de
la sanitat a Catalunya**

Barcelona, 1997

PRESENTACIÓ¹

JORDI SÀNCHEZ:

Avui ens acompanyen en aquesta taula dues persones que segur que tothom aquí present coneix. L'una és Oriol Ramis, metge —tot i que fa molt temps que es dedica a l'anàlisi de la política sanitària— i un dels coautors d'aquest treball en el marc de l'Equip Estudis, en el qual també han col·laborat Ignacio Mérediz i Jean-Pièrre Malé, tots dos economistes.

L'estudi, molt breument, té una gènesi plural: per un costat hi ha els sindicats del sector de la sanitat a Catalunya, que varen començar a veure la necessitat de fer aquest treball; per l'altre, el tema va començar a agafar cos a través del col·lectiu Ronda, acabant a la Fundació Jaume Bofill, on es va demanar aquesta coparticipació en la sol·licitud de la realització del treball a l'Equip Estudis.

L'altra persona que ens acompanya és Guillem López Casasnovas —a qui tothom coneix també—, catedràtic i vice-rector a la Universitat Pompeu Fabra —a part té relació amb altres universitats, concretament amb la de York, en matèries de política sanitària—, especialista en l'economia de la salut, però també ha treballat en àmbits més genèrics sobre polítiques socials.

Jo els he demanat, a tots dos, una breu intervenció, d'uns deu minuts, perquè centrin el tema. Sense més preàmbuls demanaria a Guillem López si vol començar; posteriorment, a Oriol Ramis que continués, i després obriríem el torn de paraules per a vosaltres.

1. La presentació i moderació del debat van anar a càrrec de Jordi Sánchez. El debat es va celebrar el 28 de maig de 1997.

GUILLEM LÓPEZ:

Moltes gràcies. Bona nit. La veritat és que quan Jordi Sànchez em va trucar per dir-me que la Fundació Jaume Bofill preparava la presentació del llibre..., no sé gaire per què, però sempre associo la Fundació Jaume Bofill amb Josep M. Vilaseca, i, com que l'he apreciat sempre tant, vaig dir que sí sense saber ben bé quin era el contingut del tema. Els dies que vaig a la universitat en cotxe no compro el diari, no en tinc l'oportunitat, així, al cap d'una estona d'haver dit que sí, vaig llegir una crònica del llibre de Milagros Pérez Oliva que em va fer dir: «En quina una m'he ficat!» Però, en veure el nom d'Oriol Ramis al darrere, vaig recordar un dia que, comprant-me una camisa, el vaig trobar al mateix lloc i vam comentar l'estudi. Així, després de la informació de Milagros Pérez vaig pensar allò de l'anunci: «¿Dónde está Curro?» Pel que intuï a a partir del comentari de la periodista, estàvem realment, per primer cop, davant un treball crític, en les distintes dimensions de la paraula, de revisió i de canvi d'una certa magnitud de la tendència en la reforma sanitària, a Catalunya. Per tant, llegint el llibre amb el paraigua, amb la xarxa de seguretat, que atorga el càrrec de catedràtic d'una universitat, m'ho vaig passar molt bé. De manera que estic contentíssim d'haver acceptat, en el seu dia, la vostra invitació. Ara bé, diré moltes coses del llibre: coses que m'agraden i coses que no m'agraden. Per això he vingut.

Bé, el primer comentari és que hem cavalcat les nostres intervencions en un cert ordre. Així, algunes de les coses que diré a partir de la primera lectura, Oriol Ramis les podrà matisar, perquè tal vegada són massa contundents per a un lector en primera instància.

La primera crítica que faré és que es tracta d'una anàlisi bastant desigual, és a dir, el caràcter contundent que es mostra, tant en la presentació del llibre, com en les conclusions, com també en alguna mesura en el capítol V, no es correspon completament amb les matisacions i els detalls de l'anàlisi que apareix en altres capítols. Per tant, hi veig una certa asimetria, que podria fonamentar, cosa que faré, si m'ho demanen, més endavant. Hi ha una part de l'estudi que té una connotació molt

acadèmica, molt mesurada; hi ha altres parts en què, sense matisacions, es fan afirmacions polítiques relativament gruixudes; altres parts són ambigües, i n'hi ha d'altres que, al meu entendre, són simplement errònies.

Bé, a continuació diré les coses que, a parer meu, són més discutibles. Hi ha un cert maniqueisme en prefigurar l'enemic de l'estudi per a disparar-li després. Els enemics de l'estudi són la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública (XHUP), l'Institut Català de la Salut (ICS) és el gran criticat: «retribucions més altes, productivitat més baixa», aquesta afirmació surt de manera reiterada, principalment en les conclusions, perquè en la resta de capítols les paraules es matisen molt més bé—, amb una informació de dubtosa fiabilitat, cosa que es reconeix en el mateix estudi, en la informació de l'enquesta d'establiments sanitaris en règim d'internat. Per a mi, posa massa èmfasi en l'excessiu diferencial o deficiència pel que fa al cost per hora —fins i tot el xifra en un 30%— que té l'ICS respecte del conjunt del sistema. Aquest és el primer gran enemic.

El segon gran enemic són les empreses de gestió, especialment les que operen a la xarxa no ICS. Es parla reiteradament de condicions de retribució menys generoses i productivitat més alta i es qüestiona molt les iniciatives que han representat —des de distints colors polítics: Blanes, Calella, Reus, etc.— totes aquestes empreses de gestió.

En tercer lloc, un enemic clar —que s'identifica en el llibre, en el sentit de fer frontollar el que han estat fins ara les bases de la xarxa— és el pes que tenen, dins els cossos de funcionament, les subvencions d'explotació, les subvencions encobertes, ara ja menys cobertes a partir de la informació que té la Central de Balanços i que d'alguna manera s'ha filtrat repetidament a la premsa. Aquestes, al meu entendre, no es poden identificar exclusivament com a subvencions a favor de les entitats privades amb ànim de lucre, com es diu amb reiteració en aquest estudi.

Llavors, un cop construïts els enemics d'una manera un poc estereotipada, hom els engega quatre grans cartutxs:

- El primer és l'esforç per homogeneïtzar les condicions laborals —cosa que, per cert, no s'hauria de fer amb les de l'ICS, sinó amb les de l'Institut Municipal d'Assistència Sanitària (IMAS), que són les més altes.
- El segon critica un sistema de finançament que limiti l'activitat hospitalària. Aquest és de nou un tema sobretot molt discutible, si no erroni: es diu que els incentius que s'han donat a través del pagament UBA (Unitat Bàsica Assistencial) han provocat que es refrenés el creixement de l'activitat hospitalària. Tant de bo fos així!, però em temo que aquest tampoc no és el cartutx amb la direcció apropiada.
- Després, s'advoca clarament per treure pressió dels nivells salarials i, ara, es reconeix dinamisme i polivalència a les estructures de personal no gestionades directament pel sector públic. Es vol treure pressió perquè es considera que la contenció de costos ha arribat a uns límits que, suposadament, afecten la qualitat dels serveis. Es parla regularment també, com a objectiu, de defensar la sanitat pública contra interessos privats que se suposa —i aquest és el to de l'estudi- una mica vergonyants.
- Llavors, alguna de les coses —no entraré en més detall— que em semblen clarament errònies: la identificació de la qualitat del servei sanitari (p. 110) amb la suposada reducció de l'estada mitjana en els hospitals. En realitat, si això és cert, és una tendència general a tots els països de l'OCDE. La desviació de l'activitat d'internament es diu “CAP, activitat ambulatoria”. Això s'identifica com una mancança en la qualitat dels serveis sanitaris. Aquesta és de nou una tendència a la majoria de països occidentals: reduir l'internament dins el que és l'activitat assistencial, i també com a mancança relacionada amb la qualitat, la congelació de l'oferta de llits hospitalaris i de personal —cosa que també considero que forma part del que són les polítiques de contenció de la despesa sanitària als diferents països.

No em quedo tranquil amb la crítica feta, perquè després, quan es llegeix fil per randa, es detecten contradiccions en el llibre, per exemple: d'una banda, sembla que sobra despesa, sobra tota aquesta despesa que s'atribueix dins els components no fixos a l'ICS (guàrdies localitzades d'un metge amb justificació dels serveis retributius), i, de l'altra, també es parla de manca de despesa, es voldria l'homogeneització, malgrat que això significaria un 20% del creixement de la despesa —són dades que es donen directament en l'estudi—, i l'estudi es pronuncia en contra de la contenció de l'activitat d'internament. Per tant, la sobra i la manca de despesa es resolen d'una manera una mica contradictòria.

També hi ha matisos en aquesta contradicció pel que fa a la reforma de l'assistència primària. L'estancament de la reforma de l'assistència primària és completament cert, però en algun altre tros del treball es diu: «Compte amb la reforma!», pel fet que dona molta rigidesa als horaris d'accés i manté encara els metges en els mateixos *estatus*, es parla sobretot de la rigidesa que es genera a les hores de tarda.

Hi ha una contradicció també entre més altes d'internament i, alhora, una atenció primària que voldrien que tingués més capacitat resolutòria. També hi ha una certa contradicció quan s'advoca per una defensa de la sanitat pública, no pas sobre la base de la contenció de costos i d'activitat, sinó a favor de la necessitat del sector públic d'adaptar-se a les canviants necessitats per a exigir una plena utilització dels recursos existents.

Aquestes són coses que, repeteixo, no m'agraden del llibre i que, posades en conjunció dins el conjunt dels capítols, ens donen unes certes contradiccions —que he volgut assenyalar— pel que fa als nivells de despesa, a la reforma de l'atenció primària en relació al creixement de l'activitat d'internament i a quina és la millor manera de defensar la sanitat en aquesta disjuntiva.

Els temes certs de l'anàlisi és la part en què he gaudit més: és molt refrescant tenir una visió crítica del suposat “model” sanitari català. Jo crec que en realitat ningú no vol ser un model, perquè quan ets un model, miren si et surt la papada, si tens més panxa que abans..., tens

molts més flancs oberts que quan passes amb petites reformes més o menys conjunturals que ajuden a caminar en una determinada tendència. Jo accepto que la idea del model sanitari de Catalunya és desafortunada i que hi ha molts flancs fluixos, molts punts a corregir per a millorar la situació a Catalunya. Bàsicament hi estic d'acord: lentitud en la reforma de l'atenció primària, l'any 1995 estava en un 60% del total i el forat era especialment gran a Barcelona. L'apreciació que es fa en el llibre és, per tant, completament certa i valorable.

La segona cosa molt important que el llibre reconeix amb tots els pèls i senyals, sense ambigüitats, és que algunes subrogacions de serveis clínics subsidiaris es fan no pas a favor d'empreses preexistents amb experiència contrastada, sinó sovint a empreses creades expressament per a acollir-se a la subcontractació. Aquesta és una realitat que no es pot ignorar.

En tercer lloc, amb el finançament hospitalari, el que ha representat la distinta classificació d'hospitals, la distinta aplicació de tarifes (aquests nivells intermedis A, B i C que el llibre també detecta), i si això no és suficient, el fet que existissin subvencions d'explotació. Tot això amb una tarifa que, com és conegut, no es publica en el Diari Oficial de la Generalitat (DOGC).

En quart lloc, també m'ha agradat el reconeixement que la sanitat no ICS i totes les fórmules que es deriven de la participació d'altres entitats en el sector de la xarxa sanitària hauria de ser objecte d'una major coherència en les polítiques i d'una major homogeneïtat en el tractament. Ara tenim -com sabem- un sistema de concertació, d'una banda, i un sistema pressupostari, de l'altra, cosa que pot crear greuges comparatius. També estic d'acord que, en tots aquests processos que s'han generat de concertació externa, s'ha de d'estar molt atent als costos de la mediació, als costos de la transacció. No conec cap estudi que hagi fet prou èmfasi en aquest tema, i aquest és un repte que hauria de continuar amb la discussió de si cal integrar els serveis o bé produir-los externament.

També estic d'acord amb els perills —i m'ha agradat de llegir-ho amb un

gran luxe de detalls— que comporten les reformes que són incrementals, és a dir, les reformes que no són capaces de substituir costos prèviament existents. Llavors, en alguns dels passatges de l'estudi es dona el toc d'atenció que «la concertació és excessiva perquè la utilització dels hospitals públics està per sota d'un determinat llindar»; però, en altres passatges del llibre es dona la intuïció que els costos relatius són favorables en aquests moments a la xarxa no ICS pel que fa als costos unitaris, i a la productivitat més alta.

Finalment, i amb això acabo, estic d'acord amb la valoració crítica que es fa —i és un punt de l'anàlisi clarament a corregir en el model sanitari a Catalunya— quant a l'encara excessiva interferència de la Conselleria en els equips gestors, fins i tot d'una manera informal. La teoria ens parla sempre de la separació entre el finançament i la producció, si bé els avanços en aquesta línia —per bé que siguin molt difícils, perquè és canviar una cultura de molts anys en la gestió sanitària— no estan encara en el que hauria de ser el sostre normal de funcionament.

Perdoneu la premsa amb què he explicat algunes d'aquestes informacions. Tinc notes sobre les pàgines i els textos que em serviran de referència si he de justificar algunes de les afirmacions que he fet, almenys davant la cinta magnetofònica que les ha enregistrades. Gràcies.

ORIOI RAMIS:

Gràcies, Guillem López. Jo no sabia que Guillem López havia estat seleccionat per la Fundació Jaume Bofill per a presidir aquest acte, però quan m'ho van dir em va fer molta il·lusió per dues raons: primera perquè el conec, i tenim el mateix camiser; segona perquè un dels treballs intel·lectuals que m'ha fet pensar més sobre el que passava en el sector sanitari a Catalunya és un estudi que va fer per al Banc d'Espanya —si no ho recordo malament— en el qual, amb un llenguatge d'econometria absolutament incomprensible per a la gent de fora del gremi, explicava clarament que hi havia uns elements arbitraris molt importants en la distribució dels recursos. És a dir que si el treball serveix per a expressar en un llenguatge més vulgar i imperfecte però que permeti entendre millor aquesta veritat científica que ell havia explicat d'una manera tan perfecte, jo ja em sentiria pagat. Per tant,

l'estudi és deutor del treball de Guillem López. Em sembla, però, que és precisament aquest mateix tipus de deute i el fet que treballem en un estudi que no es mou en un ambient estrictament acadèmic el que fa que la crítica amb relació a la desigualtat de l'estudi que ens fa Guillem López és una crítica absolutament encertada. I, de fet, jo la recullo, perquè em sembla que, a banda de poder difondre algunes d'aquestes troballes seves que dona a conèixer en l'estudi del Banc d'Espanya, el que potser hem fet ha estat obrir una capsa de Pandora que demana que es dediquin molts més estudis i molta més energia a calibrar exactament què passa en aquest sector. I com que cadascú defensa el seu negoci — jo defenso el meu—, aprofito, doncs, que som aquí per dir que és un sector en el qual es poden conèixer coses i explicar-les obertament i millor que no s'ha fet fins ara, cosa que permetria completar o equilibrar molt més bé moltes de les incoherències que aquest estudi té de segur.

Dit això, jo tenia preparades unes quantes coses que volia destacar de l'estudi. En podré lligar algunes al comentari suara fet per Guillem López, altres no, però que em semblen importants perquè, com ha dit Jordi Sànchez, l'objectiu d'aquesta trobada no és únicament explicar-vos l'estudi —entre altres coses, perquè aleshores ni el compraríeu ni el llegiríeu—, sinó també plantejar una discussió sobre alguns dels problemes clau que en aquests moments hi ha en el sector sanitari. Per tant, voldria començar pel punt de partida de l'estudi. En les primeres discussions el punt de partida era —recordem que els clients de l'estudi eren algunes centrals sindicals i la Fundació Jaume Bofill— una descripció del model català. El model català el resumíem d'una manera molt concisa —després en el llibre ho hem explicat una mica més—, però partíem de tres característiques:

- Un esforç per integrar tota la xarxa dels recursos existents amb una lògica de servei públic. Això implicava una certa lògica d'equilibri territorial, de prevenció, de duplicacions i, per tant, de mala utilització dels recursos públics.
- Hi havia una altra preocupació, en aquest model català —si el comparem amb el model espanyol, perquè és la manera com a vegades ens diferenciem—, per un augment de l'efectivitat i

l'eficiència en els serveis. I això portava una assumpció implícita —la qual és un terreny de discussió que a mi em sembla molt obert i que nosaltres ja hem provat d'obrir, tot i que evidentment (recollint el que deia Guillem López) penso que no hem aconseguit d'estructurar-lo del tot bé—, deïa que ens portava a una assumpció implícita dels efectes favorables de la introducció de mecanismes de competència. Estic simplificant, perquè jo sé que ni el més fervorós defensor del model català —que no sé ben bé qui seria— ho defensaria completament; però, en general, una actitud molt favorable envers els mecanismes de competència com a estímuls de l'efectivitat i de l'eficiència. Això ens semblava que era una cosa que es podria discutir —ja en parlaré més endavant.

- També una certa fe en la flexibilització del funcionament de la funció pública per a adequar-se a l'extremament canviant món de l'assistència sanitària.

Ara, la pregunta era: bé, aquest model que té més o menys aquestes característiques, després de no sé quants anys de funcionament —depèn d'on vulgueu posar el començament (10, 15, 8, 7, 5... anys enrere—, què ha passat?, quines conseqüències ha tingut en el món laboral i, en el món social, en la qualitat de les prestacions?. Aquesta és una pregunta d'aquelles del milió de dòlar, perquè és difícil o impossible de contestar. Això és el primer que Jean-Pierre Malé, Ignacio Mérediz i jo vam dir quan ens vam reunir amb el grup que ho volia treballar, però també que podríem intentar, d'una banda, il·lustrar el que passava i, de l'altra, centrar-nos en alguns punts més essencials, perquè la resposta a una pregunta d'aquest estil no és fàcil ni unívoca. Evidentment, per a respondre a aquesta pregunta hauríem de saber què hauria passat si no hagués passat això, i això és fer ciència ficció. Afortunadament, però, els nostres clients van ser molt comprensius respecte a aquest fet, i vam poder centrar l'estudi en alguns aspectes descriptius molt més globals i, d'altra banda, enfocar-los en alguns problemes concrets que, ens semblava, valien la pena. En aquest sentit, vull agrair a la Fundació Jaume Bofill que hagi recollit exactament aquest fet en el pròleg de l'estudi.

La resposta a aquesta pregunta, però, també era difícil per altres raons. Una de les raons és la dificultat d'obtenir informació. A això, val la pena dedicar-hi dos minuts. En aquest moment, en el país hi ha bases de dades que permetrien de ser molt més equilibrat en aquest tipus d'anàlisis. Aquestes fonts, però, són encara —al meu entendre— molt difícils d'obtenir. Per exemple, parlem de l'EESRI —això és, l'Enquesta d'Establiments Sanitaris en Règim d'Internat, una base de dades d'estadística històrica, la qual Guillem López va utilitzar en el seu estudi—: quan vam acabar la redacció de l'estudi, a finals de 1996, encara no podíem disposar de les dades de 1994, i sabem que són dos anys en què van passar coses importants —per exemple, en la conducta de l'ICS. No es podia disposar d'aquestes dades, i vam fer diverses gestions per obtenir-les.

Una altra cosa és la complexitat de la protecció legal de les dades. En un moment en què es parla d'introducció de mercat, sembla com si algunes dades estiguessin protegides per un cert criteri de confidencialitat, per exemple: entre els diferents hospitals que donen les dades a la Central de Balanços. Això en part pot ser cert —ara no entraré a discutir-ho—; però, evidentment, si aquestes dades costen d'obtenir, aleshores, poder desfer algunes de les ambigüitats que Guillem López esmentava és molt difícil. En aquest sentit, jo sóc optimista. L'estudi el vam tancar per l'octubre o el novembre de l'any passat, però a l'hora de tancar-lo ja teníem un cert compromís per part de la Central de Balanços que aquestes dades s'haurien de poder fer públiques, etc., etc. El fet és que no ha estat així, i val la pena recordar que això és difícil.

Després, un dels problemes per a poder mesurar l'eficiència, per a poder mesurar realment si una política és millor que un altra, és que s'ha de poder prendre en consideració quin és l'impacte d'aquestes polítiques, quin és el producte que se n'obté. Em fa fins i tot vergonya dir-ho, al costat de Guillem López, que és un expert economista; però, quan diem que un sistema és més eficient que un altre, diem que: obtenir millor el mateix resultat és aconseguir-lo amb uns costos més baixos. El problema comença quan tenim resultats diferents, i els hem de poder comparar. Jo diria que un dels problemes que hem de mirar de resoldre és que, si no

disposem de la informació que ens permeti mesurar d'una manera una mica més sofisticada, més acostada a la realitat, l'eficiència dels hospitals, per tant, la productivitat, poder tenir una discussió una mica més racional sobre aquests elements és molt difícil. En aquest moment ja hi ha bases de dades que, per exemple, donen informació sobre els diagnòstics de tots els malalts de Catalunya —i ho sé perquè hi vaig col.laborar quan treballava a la Generalitat—, però aquestes dades continuen travades en un entramat d'interessos entre els hospitals, el mateix Departament, els pocs recursos que s'hi posen..., o per una multitud de raons, que ara no avançaré. Tot plegat fa que poder tenir discussions sobre si realment un sistema produeix millor que un altre és molt difícil. Això, doncs, fa que després hàgim d'usar, en estudis com ara aquest, algun tipus de mesures —que tothom sap— que són molt inexactes, molt grolleres, que tenen molt poc a veure amb el producte i la qualitat. Quan parlem de les mitjanes de les estades —i, en aquest sentit, dono la raó a Guillem López—, parlar de l'estada mitjana com un indicador de productivitat, d'eficiència o del que vulguem, és parlar d'indicadors massa grollers. Quan parlem de producció d'activitat, del nombre de visites o del nombre d'altres que es fan..., tothom sap que parlem de coses poc útils, en aquest moment. Però, és clar, solament si disposem de dades com ara aquestes podrem començar un debat una mica més seriós sobre el tema. Per tant, penso que val la pena esmentar la dificultat per sortir d'aquí, i és una de les coses que volíem tirar endavant en aquest estudi.

Bé, dit això, em voldria centrar en alguns dels punts que hem trobat en l'estudi que em semblen clau, els elements més positius, em sembla, en la mesura que poden permetre una discussió, aquí. Un és aquest que esmentava suara, el tema de l'eficiència i l'efectivitat en el funcionament dels hospitals, que ens obliga a tenir més informació respecte a què produeixen els hospitals; però, l'altra aspecte d'aquest tema és pensar que els mecanismes de competència controlada poden ajudar a millorar l'eficiència. Evidentment ja he dit que, per a poder-ho mesurar, necessitem informació; però, d'altra banda, em sembla que podem parlar de si hi ha o no competència controlada. Aquí, una de les coses que hem mirat de descriure és la falta d'unes regles de joc clares, perquè l'autoritat sanitària continua mantenint gairebé tota la capacitat distributiva d'una

manera força discrecional. En l'estudi hem provat de mostrar com la distribució de subvencions, en comptes de l'explotació i distribució de capital, continua en unes poques mans. Si a això s'hi afegeix que la forma de pagament encara dóna un alt percentatge de pagament fix als hospitals, ens trobem que al final, més que no pas d'un mercat —que és el que representa que utilitzem en aquest model català—, en comptes de dotar-nos d'un mercat, el que tenim és bàsicament una distribució pressupostària amb algunes correccions, i es produeix el que jo anomeno una esquizofrènia de missatges. És a dir, d'una banda, es dóna el missatge que entrem en un mercat controlat; però, d'altra banda, la realitat és que continuem en un mercat bàsicament de base pressupostària, i els actors que actuen en el sistema —els quals al final, evidentment, entenen quina és la realitat i quin el discurs— reaccionen com ho farien en l'escenari d'un sistema de base pressupostària més o menys d'incentius. Per tant, no ens ha d'estranyar que les organitzacions sindicals actuen com si això fos així, i que les gerències de les entitats hospitalàries, teòricament independents, que haurien d'actuar amb independència de criteri d'acord amb els interessos de la seva pròpia institució, acabin actuant com a lleial bon funcionariat, el qual no ha de posar mai en qüestió les decisions de l'autoritat política, perquè la seva primera obligació és envers aquest criteri de lleialtat.

A mi em sembla que si l'estudi serveix també per a destapar una mica aquesta capsula de Pandora i dir: «Bé, decidim exactament a què juguem i actuem d'acord amb aquest joc!», també em sentiria satisfet, perquè em sembla que actuem en una situació un xic esquizofrènica.

Ara, l'altre capítol de què volia parlar és el de concertacions. Ja n'ha parlat Guillem López, i no hi vull dedicar gaire estona més, però em sembla que és important recollir les experiències empíriques que hem trobat de subcontractacions que no es fan amb uns criteris de millorar l'eficiència del servei sinó que senzillament busquen o creen empreses per aprofitar-se de la mateixa subcontractació, i, un cop aquí -malgrat que no es pugui demostrar-, és molt difícil sortir de la lògica de dir que això ha estat creat per a mantenir un determinat entramat d'interessos més o menys complex. Si això és cert per a la subcontractació de serveis auxiliars, també ho és en certs subcontractacions de serveis clínics, en les

quals apareixen evidentment molts més dubtes respecte a si el sistema ja s'ha dotat o no d'uns sistemes de control per a mantenir l'ètica d'aquests sistemes de subcontractacions. Per això la ressenya de Milagros Pérez apareguda en El País (13 de maig de 1997) va fer molt soroll. Jo penso que aquesta qüestió és tan important com altres qüestions, ni més ni menys; però, a la majoria de països on es donen aquests sistemes de contractació hi ha evidentment mecanismes molt rígids per a evitar derivacions injustificades, i la veritat és que aquí encara no hem avançat gaire de cara a tenir-les. Això és una altra cosa que s'hauria de discutir.

Després hi ha tot el gran tema de la subcontractació de gestió, que Guillem López ha posat com un dels enemics a abatre. Aquest és un tema que a mi em va servir molt en l'elaboració d'aquest estudi. Els qui em coneixeu, sabeu que vinc del món de la planificació, de participar amb l'autoritat sanitària en la discussió d'aquests problemes, i, per tant, la visió que jo tenia de l'aproximació dels sindicats era sempre una mica —per definir-ho amb una paraula suau— esquemàtica. Pensava: «Aquesta gent està preocupada només per una visió purament salarial!» Hi ha exemples per a tots els gustos, però em sembla que la discussió que vaig tenir durant l'elaboració d'aquest estudi em va servir molt per a replantejar-me moltes d'aquestes qüestions, qüestions que en el fons jo donava per fet perquè estava immers en una certa cultura que s'ha creat entre l'aristocràcia sanitària de Catalunya: una certa creença que la subcontractació de gestió, per sistema, sempre ha d'anar bé. I em vaig adonar, discutint amb els companys del sindicat, que no sempre ha d'anar malament —també és veritat!—, però tampoc és que sempre hagi d'anar bé. Total, que cada cas és únic i que, quan començaves a mirar casos concrets, en veies que eren grans èxits, en els quals hi havia uns nivells d'honestedat i de funcionament clar de la gestió, aquest sota criteris privats —per dir-ho en l'argot que s'utilitza de vegades—, però en veies d'altres que feien que et preguntessis: «Quina justificació hi ha per a fer aquesta operació, si no és pensar que a en tal li solucionar la vida?» I em sembla que aquestes són coses que val la pena esmentar, perquè s'han de reflexionar, i s'ha de pensar si no es poden imaginar també formes diferents de gestionar un servei públic, sobretot si tenim en compte que un dels problemes que ha comportat la nova organització és que aquesta ha menat a una ofuscació dels mecanismes de presa de

decisió. Això ho hem vist quan hem provat de suplir la falta de dades de la Central de Balanços utilitzant les memòries de moltes d'aquestes empreses. Moltes d'aquestes empreses creuen les dades de les seves pròpies memòries, de la pròpia empresa de gestió, amb les de l'hospital que gestionen, amb les de l'àrea d'atenció primària..., i, al final, ja no saps si aquelles dades són les de l'empresa que funciona amb risc o sense risc, o si hi ajunten les altres o no... En teoria hi ha aquest problema i la Central de Balanços l'hauria de resoldre, però a la pràctica encara no ho resol. Per tant, aquí hi ha un terreny que ens dóna, em sembla, per a reflexionar a bastament.

Ara voldria parlar de les privatitzacions, que és un altre aprenentatge meu de treballar en el món sindical. Privatització és una paraula tabú en el món sindical. Espero haver canviat una mica la forma de reflexionar sobre això, tot i que l'estudi té la flaire d'aquest tipus de discussió. Això no obstant, a mi em sembla que el cas de Catalunya és especialment paradigmàtic, perquè —si ho mirem fredament, amb criteris més ortodoxes— a Catalunya no hi ha hagut privatització: no hi ha hagut privatització patrimonial, sovint no hi ha hagut privatització ni tan sols en termes de subcontractació, perquè moltes de les empreses que se subcontracten acaben esdevenint empreses públiques. Hi ha hagut una cosa molt vaga que hem anomenat “privatització” o “criteris de privatització en la gestió privada”. Bé, doncs, a mi em sembla que aquest és un dels temes que val la pena de discutir, perquè el que vivim —i a mi em sembla que és un dels riscos importants— és allò que els economistes anomenarien un pes més important de la lluita per una eficiència econòmica en contra d'una bona eficiència d'assignació. És a dir que algun d'aquests mecanismes que entre tots creem —en el sentit, doncs, que tots participem en l'organització pública—, és algun tipus d'estructures l'objectiu del qual esdevé millorar l'eficiència des del punt de vista econòmic. Això vol dir produir més amb els mateixos recursos, perdent de vista el criteri clàssic de la política econòmica pública, que era: preocupar-se per la manera d'aconseguir el guany social més rendible amb els mateixos diners. I no queda clar, amb aquest nou entramat d'empreses de gestió, qui serà finalment responsable de fer aquesta feina, més aviat sembla que ningú no se'n fa responsable. Això, jo ho entenc com a criteris de privatització en la sanitat catalana.

Bé, hi ha algunes coses que poden semblar refrescants, però són impressions que considero que val la pena de recordar —i amb això acabaré, perquè diria que les coses polèmiques ja han estat dites. Una és que hi ha una certa imatge de deteriorament del sector públic, i aquesta imatge és la que dóna legitimitat social per a creure que una solució privada —i quan dic privada, vol dir de finançament privat també— per al problema de la sanitat és l'única solució possible. Jo penso que això és un risc i que determinar si ho és i si volem que continuï així és responsabilitat de tots. Em sap greu que no hagi vingut el director general —que havia previst venir—, perquè és un tema que m'agradaria discutir amb ell. Evidentment, l'opció que es prengui d'on es vol anar és un problema polític, per activa o per passiva: perquè l'opció es prengui explícitament o perquè es permeti que les coses passin. Recordem, però, que és responsabilitat de tots. I aquí és molt important que el món sindical es plantegi aquests problemes en profunditat, perquè la capacitat que el treballador sanitari, el món sanitari, ha de tenir en aquest moment per a adaptar-se a un món que tecnològicament canvia a una velocitat vertiginosa, és primordial. La temptació de posar-se darrere una barricada de defensa, un cert sistema de funcionament —que és el que sempre hi ha hagut—, és molt alta. Aquesta excusa és la que s'utilitza sovint per a dir que no hi ha res a fer en el sector públic i que, per a provocar els grans canvis, el que s'ha de fer és posar-se en el sector privat. Si llegiu l'estudi, hi ha dues o tres experiències interessants, per exemple: el món dels laboratoris, en el qual això s'ha vist d'una manera molt clara. Els laboratoris d'anàlisis clíniques han seguit una evolució d'unes dimensions impensables fa vint o vint-i-cinc anys, evolució que ha produït un canvi brutal en les condicions de treball de la gent. I en els hospitals que hem visitat, parlant amb responsables sindicals i amb treballadors, vèiem aquesta preocupació. D'una banda, se sentia: «Aquí acaben els drets del treball, de manera que o som capaços d'adaptar-nos o bé això ens destruirà»; però, alhora, també hi havia posicions de resistència numantina, és a dir: «No, no, aquí hi ha llocs de treball per a tota la vida. Això s'ha de mantenir així sigui com sigui.» Per tant, em sembla que és una responsabilitat que afecta a tothom: a les persones que ho estudiem, a les persones que hi treballem i a les persones que hi pensen des de posicions de responsabilitat. Això també és cert —jo sé

que en aquest sentit l'estudi és ambigu, per moltes de les limitacions que hem esmentat abans— quan es planteja la discussió des d'una posició unidimensional de «privat sí, privat no», perquè ni tot el que és privat és bo, ni tot el que és privat és dolent, ni tot el que és públic és bo, ni tot el que és públic és dolent. I ho dic perquè, amb la feina que fèiem, vam estar molt en contacte amb la Federació d'Associacions de Veïns de Catalunya, la qual sabeu que en aquest moment té una línia engegada en aquest sentit, per a mi equivocada —i permeteu-me que ho digui, perquè pot servir per al debat—, en plantejar la defensa del sector públic com un problema entre públic i privat. Jo considero que és més aviat un problema entre gestió transparent i gestió no-transparent, perquè —si ho mirem fredament— si jo fos ara un defensor de la política governamental podria justificar fins a l'últim punt que totes les gestions que s'han fet fins ara, totes les estratègies que s'han dut a terme..., tot, és estrictament públic.

Bé, la segona cosa de què volia parlar són les condicions laborals. És el punt en què estic més en desacord amb Guillem López. La raó és que intueixo una sèrie de coses que en l'estudi no hem estat capaços de plasmar, perquè això demanaria més esforç, però és clar que es produeix un augment progressiu del valor del treball entre diferents sectors del món sanitari i que hi ha indicis que cada cop es paga pitjor a qui treballa més —per entendre'ns. Això no vol dir que l'ICS, que és el sector suposadament privilegiat en aquest anàlisi, no passi per una situació similar d'aquí a uns anys —que jo penso que hi passarà—, però, en general, els costos de càrrega laboral tendeixen a ser inversament proporcionals als salaris. Insisteixo que s'hauria de dedicar més diners a investigar-ho, perquè hem hagut de treballar, amb Ignacio Mérediz — que és qui ha fet la feina—, amb supòsits i dades molt grollers. Però em sembla que aquí anem pel bon camí.

Vull acabar dient que fa uns quants dies un company em va trucar i, arran d'això de Milagros Pérez Oliva en El País, em deia: «Oh, bé, potser el que heu fet aquí no ha estat dir res nou, sinó atrevir-vos a dir coses que ningú no s'havia atrevit a dir.» Vaig pensar en aquell conte del vestit nou de l'emperador, aquell en què només un nen s'atreveix a dir que l'emperador va despullat. Ens agradi o no, a aquest emperador —

que és la nostra sanitat!— li cal un vestit, i dir que no en porta ajuda molt poc, si no és per començar a pensar de quina manera vestim l'emperador! Ara bé, posar-se d'acord per a vestir un emperador és difícil, perquè ens hem de posar d'acord amb els sabaters, els cotonaires, els sedaires... A tots els agraden colors diferents... És clar que fer-ho sempre serà més fàcil si estem d'acord en dues coses: en primer lloc, en la nuesa relativa de què partim, és a dir que no partim d'un sistema de mercat molt avançat —com de vegades sembla que es creu dins el mateix sistema—, sinó que partim d'un sistema que és bàsicament pressupostari, basat en una estructura jeràrquica que no és funcional, però que a la pràctica funciona com si ho fos; i, en segon lloc, que els interessos en què ens hem de posar d'acord són molts —evidentment hi ha els interessos sindicals— i que és important que aquests interessos siguin públics, o que almenys siguin compartits, perquè sempre serà molt més fàcil posar-nos d'acord si partim del coneixement dels interessos de tots que no pas si partim de posicions de trinxera, de posicions estabilitzades en un punt determinat, i no volem compartir quins són els interessos que ens porten a adoptar aquestes posicions.

Res més, moltes gràcies.

JORDI SÀNCHEZ:

Si us sembla bé, ara donarem pas al debat. Us agrairé que demaneu la paraula i que digueu el vostre nom, això facilitarà la feina de transcripció.

PACO MARTÍNEZ:

Hi ha un debat sobre la taula, també en la societat, i veig que cap de vosaltres dos no us hi heu referit gaire, per tant, probablement no us toca prou, malgrat que potser pot explicar alguna de les coses que vosaltres heu exposat. Em refereixo a la "insuficiència pressupostària",

que suposo que té un significat diferent aquí, a Catalunya, a Andalusia, a València o al País Basc. És a dir, ¿fins a quin punt el tema de la insuficiència pressupostària potser que condicioni aquesta angoixa que hi ha ara a tots els nivells de l'administració sanitària i que sigui el motiu d'una part de les deficiències que heu descrit?

ORIOI RAMIS:

Jo tenia pensat parlar del problema de la insuficiència pressupostària, i no ho he fet perquè, volent lligar coses amb Guillem López, se m'ha passat el punt. Sí, penso que, evidentment, hi ha unes dades objectives —si llegiu l'estudi, en la primera part hi ha una descripció, molt ortodoxa, de quin és en aquest moment el problema de la crisi fiscal de l'Estat. I si voleu, tot i que en l'estudi no en parlem, es podrien esmentar els diferencials d'aquest problema entre Catalunya i la resta d'Espanya. Jo penso que és cert, que això posa tothom neguitós i que és obvi que hi és, però no sé si és un motiu —i aquí ve la meua reflexió— per a fer veure que no passa res més i tots ens preocupem dels diners —com els dictadors que diuen: «No, no, el problema és l'enemic, i anem a lluitar contra l'enemic.»—, o bé si és el moment d'obrir una discussió més àmplia sobre si ens estem organitzant de la manera més eficient possible. Jo, el que trobo a faltar en l'elaboració d'aquest estudi -tot i que vam acabar ja fa mesos- és justament aquesta posició de dir «Precisament perquè no hi ha diners, potser algunes d'aquestes coses les hauríem d'obrir del tot.», i hauríem de decidir exactament si el país va per mercat, saber on anem, i si no hi anem, no hi anem i ho discutim. Per contra, a mi em sembla que el tema del finançament -que no el nego, perquè em sembla innegable- serveix una mica de cortina per a no plantejar tota una altra sèrie de problemes que no resoldran el tema del finançament, desenganyem-nos-en! El problema del finançament, que continuarà aquí, és un problema d'opció social: veure fins a quin punt volem pagar o no pel nivell de sanitat que tenim. Però, en canvi, hi ha moltes coses —des de la subcontractació, a l'entramat de sistemes de pagament, fins al que vulgueu del que hem dit aquí— en les quals jo no veig cap motiu, al contrari. Veig tots el motius perquè es discuteixin d'una manera més oberta en un moment de pressió pressupostària com el que tenim. És la meua opinió, no sé si hi estàs d'acord.

GUILLEM LÓPEZ:

Bàsicament, sí. Les qüestions de finançament són la condició necessària, mai suficient, per a la millor gestió. Per tant, en la mesura que no s'aclareixi el finançament, no tindrem la condició de suficiència per a exigir la millor gestió. Les condicions de suficiència és la part organitzativa de com es malbaraten els diners. És a dir, si ara poséssim en el sistema sanitari 80.000 milions de pessetes, quina garantia tenim que això serviria per a incrementar l'eficiència assignativa? Possiblement poca. El que passa és que exigir nous passos en millora de gestió sense clarificar aquest buit que genera ara la incertesa sobre el sistema de finançament és molt complicat, tant per a la sanitat, com per al sistema educatiu, com per als serveis socials en general.

RAMON ESPASA:

Bé, jo voldria començar felicitant els qui van proposar l'estudi, els qui l'han finançat i, sobretot, els qui l'han fet. Em sembla que no exagero si dic que estem davant un treball absolutament fonamental, que jo posaria al costat d'altres fites: la primera, el mapa sanitari; la segona, la Llei general de sanitat; la tercera, la Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya (LOSC) i la seva reforma de 1995, i la darrera, aquest llibre. És la meua sincera opinió: serà un llibre del qual es parlarà molt, que s'ampliarà i que pot servir de base per a la represa d'un autèntic debat sanitari i polític sobre la sanitat, debat que ha estat absent d'aquesta esquizofrènia a què ens ha portat —parlaré evidentment des de la vessant més política, encara que també com a metge clínic, que és la meua professió— l'opció política del Departament de Sanitat i Seguretat Social del Parlament de Catalunya. D'una proposta territorial i pressupostària continguda en el mapa sanitari, recollida en l'esperit de la Llei general de sanitat, de 1986, es passa a la pretesa competència regulada. I aquí ve la gran pregunta, que cap dels dos autors no ha contestat —i que tampoc jo no contestaré!—, i la pregunta és: «què és més eficient, al capdavall, l'assignació pressupostària amb totes les rigideses, els defectes i la

territorialització o la pretesa competència regulada, sense risc!?!», i mai millor dit, “sense risc”, sense risc econòmic, tal com el llibre demostra molt i molt bé, sense risc sanitari, a més; perquè sempre hi ha la xarxa de l'ICS, a la qual es pot carregar allò que no es pot fer, allò que és massa complicat, aquelles persones que són massa velles, etc. —els clínics ja enteneu de què parlo!. Per tant, aquest pretès mercat controlat, ha portat l'esquizofrènia del discurs, una esquizofrènia total!, una gestió autènticament sense risc, econòmicament i clínicament!, i ha generat —per a mi, la part més subtil però més important, políticament, del treball— la creació d'una aristocràcia gerencial que pretén que és excel·lent, però que no ha demostrat la seva excel·lència!, que parla de competències per excel·lència, però que no ha demostrat en absolut. Jo no sé si és més barata i clarificadora l'assignació pressupostària territorial o la pretesa competència interna, però sí que afirmo que tan ideològica és l'una com l'altra. Són igualment ideològiques, l'una no és pas més científica i l'altra més arcaica, són igualment opcions ideològiques. Aquest treball ve a demostrar —amb poques dades, perquè és un treball fet amb pocs recursos i en pocs mesos— que la pretesa superioritat i eficiència econòmica no hi és en absolut!. Que la pretesa claredat de la gestió no hi és en absolut; més opacitat, hi ha molta més opacitat! Es pot parlar del dèficit desbocat dels hospitals públics de l'ICS, però almenys això està absolutament i clarament comptabilitat. Oriol Ramis ens demostrava com entre les moltes companyies de gestió no hi ha manera de saber qui guanya i qui perd. Per tant, si hem guanyat en alguna cosa ha estat en opacitat. No hem guanyat en risc, perquè no hi ha autèntic risc!, perquè hi hagués risc hauríem de tenir una situació “a l'americana”, amb diverses mútues que competissin pel mercat i amb un risc real de naufragi, però aquí ningú no està exposat a un risc de naufragi, ni sanitari, ni clínic, ni gerencial, ni de gestió. El llibre ho demostra a bastament. Llavors, la gran pregunta és la que ens fem ja anys enrere: quin model de gestió —entenen que en aquest país ara no tenim dades suficients i que aquest treball tampoc no ho acaba de demostrar, si és clarament més eficient l'un que l'altre— ens dona més civisme, més transparència, ens aboca més a compartir valors, a saber cap on anem (suposant que no estiguem en condicions de dir si clarament l'un és molt més eficient que l'altre!)? Jo continuo pensant que l'assignació pressupostària i territorial és igual d'eficient que aquest i, a més,

compleix altres valors, els valors sobre els quals es pressuposta un sistema global de salut: el de la solidaritat, el de la igualtat davant el risc, etc., cosa que les tendències que abonen la competència interna del mercat diuen que neguen, arriben a dir que la salut és un bé privat, perquè es consumeix individualment; quina barbaritat!, des del punt de vista sanitari, almenys. I d'aquesta primera barbaritat en neix passar d'usuari a client, passar de planificació territorial a competència de mercat; competència, però, que després no existeix, ni econòmicament ni clínicament!, i, en canvi, genera aquest intercanvi de gestió i de càrrecs i aquesta aristocràcia gerencial, que ha anestesiat la capacitat crítica i de reflexió que existia sobre cap on anava el model sanitari. I, aleshores, jo crec que sí que hi ha un model sanitari català, un model que pretén la privatització encoberta, una privatització, però, no en el sentit patrimonial, sinó en allò que té de més essencial, que és més opacitat, més desigualtat i més desequilibri en l'assignació de recursos: salarials (des de l'alt gestor als treballadors), territorials o sobre la població en què s'incideix. Com es pot entendre que s'hagi dit: «No, és que el pla de salut ja vigila perquè els nivells de salut siguin iguals»? , però ja hem vist en quin nivell de manca de risc sanitari, mèdic o clínic, i manca de risc financer pot interferir el pla de salut. Pot ser que els agents del pla de salut, amb gestors sanitaris, acabin dient: «Bé, hauríeu de fer això; però, com que la butxaca dels diners perquè ho feu no la tenim nosaltres, aquí queda com un mer document d'intencions.» L'acció i la vigilància del pla de la salut sobre aquest pretès mercat de competència regulada no diré que és absolutament ineficaç, però sí que n'és molt poc. I aleshores és més fàcil que s'estiguin produint desigualtats en l'excess a la salut i en els nivells de salut de la població (tuberculosi al Raval, subcontractació d'assistència primària a Sarrià, Sant Gervasi o Les Corts, etc.) que no pas amb un model que pretén, i té sempre al davant, l'equiparació de nivells, i si aquesta equiparació de nivells passa per la territorialització, la pressupostació, desigual!, etc. Dic això sobre la base que no he trobat, ni en aquest estudi ni en altres de més amplis, ni en debats amb autors internacionals, idees definitives i clares que el mercat regulat sigui millor que la planificació pressupostària. Més aviat comencen a haver-hi treballs —almenys en els darrers números de la revista *Salut Pública Europea*— que diuen que en llocs on fa anys que ho practiquen, com ara a Suècia, comencen a abandonar el pretès mercat intern perquè

veuen que no ha comportat cap estalvi, sinó al contrari, els ha semblat més car; de manera que ho han deixat i sembla que tornen a la planificació pressupostària. Amb això no vull dir que no s'hagin d'aprofitar tots els temes clars de subcontractació de serveis essencials, tal com estan molt identificats en el llibre. Pel que fa a això, hi estic absolutament d'acord en el tema de les anàlisis clíniques, bugaderies, etc.: els que el llibre ja dona com a positius i algun més que el llibre dona com a negatiu i que jo donaria com a positiu. Ara bé, pel que fa al nucli de la gestió clínica i al nucli de la proposta d'organització global del país, em sembla d'una absoluta esquizofrènia parlar de mercat intern en una proposta que s'ha de basar fonamentalment en l'oferta equilibrada per a intentar igualar els desiguals nivells de salut de la població. I a això, amb competències regulades de mercat, no s'hi arribarà mai. Una altra cosa és que el valor no sigui aquest, però aquí tornem a entrar —i considero que no és el debat d'avui- en el tema de si l'assignació financera global ens limita o no per a fer una opció o una altra.

CARME FIGUERES:

Jo, a mesura que avançava en la lectura de l'estudi, entrava en contradiccions. És a dir, em passa una mica el que deia Guillem López en la seva intervenció, que allò que m'agrada és que algú digui les coses, perquè d'alguna manera, que les discutim, que les debatem, ajuda a confirmar que són així; i és bo que els problemes es posin sobre la taula. Nosaltres ens trobem molt sovint que els problemes no es volen posar sobre la taula, i aquest és potser el problema principal de la manca de transparència que exposàvem. Ara bé, dic que entrava en contraccions perquè, al mateix temps, m'hauria agradat poder trobar dades —i entenc que aconseguir dades és molt difícil— més documentades o més rigoroses pel que fa a les fonts de segons quines afirmacions. Per exemple, el tema de la Central de Balanços, estem d'acord que les dades agregades de la Central de Balanços han de ser públiques (jo no dic les dades de cadascun dels hospitals, perquè la publicació de certes dades podria portar a què aquestes no es proporcionessin, però almenys prou anàlisis entre l'autoritat sanitària i l'hospital). Ara bé, de fet també dic que

trobar les dades de la Central de Balanços no ens va ser gens difícil. En el seu moment les vam demanar a la Conselleria —van trigar molt a contestar-nos!—, però ja les teníem molt abans que ens contestessin; perquè, és clar, les tenen vuitanta-tres hospitals de Catalunya!, i tenir-les no és difícil. Jo crec que hi manca aquesta informació, que l'estudi, treballat amb els coneixements de la gent que l'heu fet —molt més que no pas des del punt de vista dels coneixements polítics únicament— podria ser interessant. Val a dir també que nosaltres, el grup socialista, en una de les interpellacions que vam fer en el tema del finançament, el dèficit, etc., una de les coses que vam proposar i que van votar diversos grups de la cambra, però que va ser rebutjada, era això: que es presentessin els resultats de la Central de Balanços al Parlament de Catalunya, com a mínim les dades agregades, perquè estem molt d'acord amb el que aquí es diu de l'opacitat, de la manca de transparència. *Diners públics* vol dir transparència, i, en definitiva, tot el sector concertat viu bàsicament dels diners públics que paguem entre tots. Crec que, malgrat que tenim aquesta cultura en altres àmbits, en l'àmbit de la sanitat no funciona. Em sembla que és bo que surti i que ho digui gent amb autoritat per a dir-ho, tal com es diu ara des de la taula. També entrava en contradiccions amb l'estudi, per exemple, perquè a mi no m'ha semblat bé que s'esmentin persones, no m'ha agradat gens. D'altra banda, algunes de les coses que s'han dit poden estar fonamentades i molt bé, però altres són ben bé reivindicacions sindicals, cosa que està bé en un estudi, però com a inici, de cara a començar a parlar en aquests termes és perfecte, però hem de continuar aprofundint. I tant de bo que es continuï a partir d'aquí.

Voldria fer una pregunta: en el quadre 29 (el quadre que va sortir en la premsa), de les subvencions al compte d'explotació, es parla de les subvencions a la Diputació en comptes del compte d'explotació, a sota es fa referència que podria ser que vingués donat pel tema dels psiquiàtrics i si pot ser que hi sigui en altres apartats. Avui mateix, al Parlament, hem tingut un debat sobre salut mental, en què el sistema tarifari és diferent, no va per UBAS, com en el sistema normal, que és una de les reivindicacions que avui presentàvem amb el gerent de Salut Mental: l'única manera és homologar aquests sistemes de pagament, però, és clar, si es fa així, llavors no són subvencions a l'explotació sinó

tarifes... Ara que això és una cosa que val la pena de poder contrastar, nosaltres amb les dades que tenim també ho farem.

ORIOI RAMIS:

Em permets que contesti només això? Jo penso que és interessantíssim, perquè si la ponència parlamentària té interès i diners per a dedicar-hi, estem disposats a aprofundir la Central de Balanços i qualsevol cosa. A veure, la Central de Balanços té dos problemes:

- El primer és que té dades relativament noves. Això, què vol dir? Tothom qui treballa amb dades ho sap: quin és l'avantatge de l'EESRI, una base de dades que comença en la dècada dels anys setanta?, que sabem quina solidesa té! Pel que fa a la Central de Balanços, això encara no se sap gaire. Per tant, grinyola una mica!
- Quant a l'accessibilitat. Ja he dit abans que, quan aquest estudi ja estava acabat i tots érem a casa, vaig rebre una carta de la Central de Balanços dient que havien rebut la nostra sol·licitud i que s'acceptaria de fer-ho, doncs, en el seu moment, amb tots els tràmits haguts i per haver, és a dir que es pot fer, però no ha estat fàcil. Ara bé, és percebut com a més perillós quan la demanda ve del Parlament que quan ve d'uns sindicats en aquest moment minoritaris... Vaig haver de seguir tots els tràmits que s'havien de seguir i hi havien resistències —que, d'altra banda, ho entenc!- per part de la resta de components del consell que controla la Central de Balanços, perquè a la Central de Balanços hi ha representats la Unió d'Hospitals i el Consorci, i amb preguntes diré: «Aquests, què en faran, d'això? No aniran en contra nostra!» I aquí hi ha una contradicció real que és, és clar, si entrem en una lògica de mercat obert o de mercat controlat, el tema del control de la informació té sentit, és a dir, en el mercat de les vambes té sentit que la Pirelli no digui quin és el volum de negoci —perquè és una informació que la competència pot utilitzar en contra d'aquella empresa—, i que, per tant, es posin

d'acord sobre quina informació donen al Banc d'Espanya o a la central de comptes d'Hisenda, oi? És clar, en aquest sector hi ha aquesta esquizofrènia de la qual parlava abans, d'una banda, resulta que, com que tots som tan independents i tots competim, cap informació no és pública; però, de l'altra, després, quan t'ho miro, dius: «Però, si tothom sap el que tothom dona, per què no ho podem agafar d'una manera agregada?» I això és part d'aquesta esquizofrènia, entre tots hauríem de decidir com ha de funcionar, perquè, si no, donem dobles missatges constantment; i no tan sols es fa molt difícil d'estudiar, sinó que es fa molt difícil també de tenir una actitud racional de relació amb aquests temes.

Aprofitant allò que dèieu del tema de les persones: vam pensar-ho, si fèiem sortir o no aquests noms. He de dir que, dins els nostres clients, n'hi havia de molt més agressius —i suposo que no s'enfadaran si ho dic aquí ara— que volien posar —com en aquell llibre de la santa màfia de l'Opus Dei— tots els annexos. A nosaltres ens va semblar que això no tenia cap sentit, perquè no se'n treia res, però sí que, discutint-ho, va semblar adequat posar-ne dos o tres exemples, que a mi em sembla que no posen a ningú en cap compromís, perquè diem només uns quants noms de càrrecs públics que han canviat diverses vegades d'una empresa de gestió a alts càrrecs de la Generalitat. Jo penso que això ha estat purament per a il·lustrar un fet que a mi em sembla obvi, però pot ser que ens hàgim equivocat i que aquests senyors s'enfadin molt; si és així, jo assumeixo la responsabilitat d'haver rebaixat només fins aquí la proposta d'un company dels sindicats que preguntava: «Per què no hi poseu l'annex sencer?» Em sembla, doncs, que potser és un compromís, però correcte.

Un altre, el tercer aspecte, que em sembla important, i puc semblar molt sindicalista! Evidentment, tot el llibre és ple de problemes que en aquest moment preocupen molt als sindicats, al cap i a la fi és el client! Els sindicats són els primers que s'han preocupat de posar diners aquí per a estudiar aquest problema. Per tant, hi surten coses que desequilibren l'estudi pel que fa a allò que un parlamentari o un acadèmic esperaria d'un llibre d'aquests. Jo, en aquest sentit, n'assumeixo la responsabilitat, i

si no està equilibrat és perquè, justament, en les grans discussions que vam tenir... —perquè, en aquest estudi no hem parlat de la metodologia. La metodologia era que Jean-Pierre Malé, Ignacio Mérediz i jo anàvem treballant i cada quinze dies ens vèiem amb els clients, aleshores érem sotmesos a un autèntic bany de: «Per què dieu això?», «com és que n'esteu tan segurs?», «per què no és això altre?», etc. Per tant, totes les coses que hi han anat sortint, traspuen això. Però, si està inclinat cap a la banda sindical —que ho està!—, tampoc no em preocupa. Tan sols aspiro a què algú se senti cridat a finançar l'equilibri cap a la banda menys sindical.

IMMA MAYOL:

Jo també voldria felicitar a qui l'ha encarregat, a qui l'ha finançat i a qui l'ha fet, pel coratge. I ho dic ben sincerament, perquè el que vaig pensar en llegir-lo va ser: «Que atrevits, aquests!» Això que vaig pensar té a veure amb una de les característiques específiques del model sanitari català, això és, que s'ha creat una certa sensació en el sector que qui es belluga no surt a la foto. Això fa que denúncies que a mi, com a diputada, em fan persones molt significades a molts nivells no es facin mai públicament per por que la denúncia signifiqui després una monoconcertació, un problema a l'hora d'establir una determinada relació. I, per tant, s'ha produït, a banda, una certa por —això es publica, i jo crec que és cert— a pronunciar-se de manera diferent en allò que és l'ortodòxia que mana des del Departament perquè després pot tenir conseqüències en la contractació de serveis, etc., en la visió i opinió d'aquests professionals. A més, jo crec que —i és una cosa positiva que ha fet la Conselleria!, encara que jo no hi estigui d'acord— s'ha aconseguit un nivell d'homogeneïtat impressionant en el discurs que emeten els gestors de l'ICS, els gestors fins i tot de centres concertats i la Conselleria. Un dia jo feia una broma, permeteu-me que ho expliqui, perquè em va fer impacte:

Vaig assistir a unes jornades organitzades per la Societat de Salut Pública. El debat era sobre la modificació acabada d'aprovar, pel setembre de 1995, de la Llei de sanitat, en la modificació hi havia aquella

reforma de l'atenció primària, que era significativa. Bé, hi havia una taula rodona de gestors de diferents nivells i una taula de partits polítics —la nostra, diguem-ne—, i em va sorprendre una cosa, i vaig fer la broma en presència del, en aquell moment, conseller Trias, li vaig dir: «M'he quedat sorpresa, fins i tot més que no em pensava, perquè si, escoltant la taula de gestors, m'hagués tapat els ulls, m'hauria pensat que eren petits Trias o grans Trias: el mateix discurs que fa al Parlament!». O sigui, els cinc gestors de les cinc entitats gestores feien el mateix discurs que feia el conseller Trias quan defensava la seva política al Parlament. El conseller Trias, que era molt hàbil, em va contestar: «No, no és que ells facin el discurs que faig jo, sinó que jo faig el discurs que fan ells.»

Però és igual, el cas és que s'ha aconseguit una certa homogeneïtzació del discurs que crec que és molt significativa. En aquest sentit, considero que el treball arriba en un moment molt oportú, que el treball és molt desigual, que hi ha aspectes més treballats o altres que ho són menys, que les conclusions —si s'agafen d'una manera aïllada— són més contundents que la lectura de tot el treball part per part. Ara bé, coincideixo amb Ramon Espasa que pot ser ben segur un dinamitzador del debat, perquè hi ha una certa situació de crisi —de la qual la Conselleria és conscient—, el sector ha arribat a un moment d'una certa paralització i d'una crisi econòmica important, crisi econòmica que d'alguna manera condiciona el debat que algú plantejava sobre finançament, fins a tal punt que em consta que entre CiU i el PP s'ha arribat a un acord que serà molt perjudicial, sincerament, per al futur del finançament. Per què serà perjudicial? Perquè em consta que s'ha arribat a l'acord “por lo bajines” que el PP, en els propers anys, mitjançant un sistema no transparent, passarà a la sanitat catalana 300.000 milions de pessetes, que són el deute que té —l'anàlisi que van fer els companys del grup socialista a partir de la Central de Balanços dona exactament aquesta quantitat. Per tant, d'alguna manera hi haurà un finançament extraordinari —quan dic irregular, ja m'enteneu!: per vies no pressupostàries transparents— per a eixugar aquest dèficit, cosa que significa una injecció econòmica, però no es treballa de veritat per aconseguir entre tots els grups parlamentaris un debat polític i social sobre el finançament de la sanitat (sobre què està disposat a gastar aquest país, amb quins impostos, amb quines condicions i amb quina

redistribució de la riquesa). Per tant, crec que es desaprofita, en nom d'aconseguir uns diners ràpids i fàcils, un debat seriós i amb un cert consens, com s'ha fet en els pactes de Toledo o en altres qüestions, de dir: «Posem-nos d'acord!: quins diners estem disposats a gastar, en quina característica fiscal, en quines condicions.»

Llavors voldria, a banda de dir això, reflexionar sobre algunes de les qüestions que plantegeu. Jo crec que el parany en què hem caigut (algunes vegades les forces d'esquerra, nosaltres mateixos, i altres vegades el món sindical) és oposar en aquestes característiques del model sanitari que el llibre desgrana (la manca de transparència, la concertació, el que s'anomena privatització de la gestió, etc.) un debat públic-privat, i això és el millor favor que podem fer, perquè és un favor que, com que la privatització no és vital, esterilitza el debat. Jo crec que aquest llibre possibilita un debat no esterilitzant, en la mesura que posa els elements molt més clars sobre la taula. Em sembla que un problema seriós que aquí s'ha plantejat —Oriol Ramis ho esmentava, i diria que Guillem López també— és que la subcontractació no es fa amb criteris de millora de la qualitat, sinó amb criteris estrictament pressupostaris i a vegades amb criteris clientelars o d'interès. És clar que aquest debat va més enllà de la sanitat avui, és un debat que està situat en la gestió pública i molt especialment en la gestió de la Generalitat. I aquí hi ha un discurs de relació amb la societat civil, que ho sustenta: “Catalunya és una societat civil potent, anem a potenciar la societat civil”, quan s'estan creant empreses expressament d'acord amb els interessos de la gestió. Llavors, aquí voldria fer una pregunta, relacionada amb això exposat. Vejam, jo crec que aquesta lògica economicista —Oriol Ramis també ho sintetitzava—, que al final és l'única que regeix els criteris de concertació i altres, ens arrossega —el meu parer és que ho fa, però m'agradaria conèixer la vostra opinió— a un nivell d'iniquitat. Aquí sí que toquem una de les bases importants del que ha de ser l'atenció sanitària, i posaré un exemple:

Amb un esperit de lògica economicista —comprensible mirant-ho des d'aquesta lògica ai lladament—, avui, per exemple, alguns hospitals concertats estudien —altres ho practiquen!— la possibilitat de treure rendibilitat, amb la concertació amb mútues privades, als seus recursos

(professionals o infraestructurals): els mateixos equipaments, per part dels mateixos professionals i durant l'horari normal i corrent.

Diguem que com a gerent d'un hospital entenc que si el Servei General de la Salut em concerta, suposem, un 70% de les meves possibilitats i puc tenir una font aliena d'ingressos, l'obtingui. Amb la lògica del gestor d'una institució, ho entenc. En el moment en què prenc un pam de distància la meva percepció és que no és gaire difícil d'imaginar —i hi ha bibliografia d'Europa i d'altres llocs que ho demostra— que, automàticament, les persones que pertanyen a les mútues tenen un tracte preferent.

D'això, jo en dic iniquitat, i m'agradaria conèixer la vostra opinió, perquè crec que és un dels elements que perverteix la dinàmica actual. És clar que suposo que hi ha altres exemples, però em preocupo molt quan penso que una de les conseqüències de les polítiques que es duen a terme és la iniquitat. Això ja és la mare, l'ABC de la sanitat que s'ha d'aconseguir.

Una altra pregunta que us voldria fer és: en el treball no hi ha res relacionat amb el pla de salut, quin paper ha jugat el pla de salut en tot això?, ha servit?, no ha servit?, ha estar parafernals?...

L'altra qüestió gruixuda és que el treball diu una cosa absolutament certa des de la nostra experiència, o, si més no, des de la meva: durant aquests anys s'ha disminuït la possibilitat de control polític sobre la sanitat catalana. Això és una experiència quotidiana nostra. Sovint et trobes, per exemple, portant temes del Parlament que tenen a veure amb la gestió subcontractada, i la resposta a les preguntes és: «Oh, això són entitats alienes, jo no hi tinc responsabilitat!» «Però, vejam, si vostè concerta sis mil milions de pessetes a un concert de tres mil milions de pessetes, estem parlant d'un sector!» Per tant, les nostres possibilitats d'intervenir, en aquesta cas des de l'oposició, per controlar la funció del Departament de Sanitat ha disminuït radicalment, perquè, a part de la manca d'informació —que és un element clau—, passa que quan fas la denúncia de la gestió de determinat centre o de determinades opcions, la resposta és: «Són centres aliens, nosaltres no tenim...» Fins i tot quan

demanes informació sobre subcontractacions d'empreses concretes per part d'entitats concertades, la resposta és: «les entitats concertades subcontracten qui volen!» «Sí, però ho fan amb diners públics, i jo tinc l'obligació de controlar els diners públics que es destinen a sanitat, és el meu paper!» Llavors, aquí hi ha un parany de què no en som prou conscients, hi ha una manca de democratització d'algunes estructures.

Acabo dient que —i m'agradaria conèixer-ne la vostra opinió—, encobertament, sota criteris de gestió, s'està passant *de factor* —i és una opció ideològica de qui governa— d'un sistema nacional de salut a un sistema d'assegurança nacional. És a dir, això no es diu teòricament, perquè seria malviscut; però, a la pràctica, s'actua més com dient: «Hem de tenir uns serveis que han de proveir. Hem de tenir unes entitats que han de proveir uns serveis.», més que no pas: «Hi ha d'haver un ens responsable de garantir la salut en aquest territori.» Llavors, crec per la via dels fets, que no per la via de la teoria, però això no es pot expressar, perquè aquí hi ha un parany també, és com defensar l'Estat del benestar i, mentrestant, cobrar els serveis: alguna cosa no és coherent, aquí.

MIQUEL TORNER:

Sóc membre d'un dels col·lectius sindicals que va encarregar aquest estudi, i he de dir que n'estem satisfets, malgrat que reconeixem que té una sèrie de limitacions. El que no em semblaria correcte és acceptar que hi ha un cert maniqueisme o que hi ha reivindicacions sindicals. És cert que inicialment ens movia una preocupació sindical; però, en el moment de veure què analitzàvem i quins aspectes havíem de tenir en compte pel que fa a quina era la situació actual i l'esdevenir de la sanitat catalana, vam veure que no ens podíem limitar a l'aspecte sindical ni tan sols a l'aspecte d'atenció a l'usuari o de repercussió d'aquest sistema sobre l'usuari, sinó que havia de ser un estudi molt més global. S'ha de reconèixer que els perquè de les limitacions de l'estudi han quedat bastant ben definits: per una manca d'accés a la informació, això va ser una evidència durant tot el temps que va durar l'estudi, entre sis i vuit mesos; perquè moltes vegades les dades es van aconseguir dada a dada en comptes de trobar-les en una base sistematitzada, i per problemes de

finançament, segur que si s'hagués encarregat un estudi molt més llarg amb més tècnics hauria donat més bon resultat, però no s'ha d'oblidar que els qui fèiem aquest encàrrec, per fortuna juntament amb la Fundació Jaume Bofill, som una sèrie de col·lectius sindicals amb un poder financer molt restringit. Per tant, jo demanaria a tothom qui veu limitacions en aquest estudi que faci alguna cosa perquè l'estudi s'ampliï .

Hi ha un aspecte que a nosaltres ens preocupava, això és, la sanitat catalana, en principi, rep la part que li correspon del pressupost estatal; però, en canvi, és molt més deficitària que la resta. Hi ha altres aspectes que s'han de tenir en compte, com ara que: a la resta de l'estat hi ha un *ratio* de llits per mil habitants superior al de Catalunya, i amb això no vull defensar si això és millor o pitjor, simplement constato un fet, i tots sabem que el llit hospitalari és dels equipaments més cars a nivell sanitari. Al mateix temps, Catalunya també es diferencia de la resta de l'Estat perquè els treballadors, o almenys una part molt important dels treballadors, que estan dins el Servei Català de la Salut tenen unes condicions salarials inferiors. En teoria, amb aquests esquemes, la sanitat catalana ha de ser més barata. Per tant, ¿com és que, tenint elements que la fan més barata, en la pràctica és més cara? Considero que, en l'estudi, els elements en què hem tingut alguna discrepància són bastant limitats, perquè vam intentar que fos un estudi realment independent, que no fos mediatitzat per les nostres peticions. Això, els qui han treballat directament en aquest estudi, em sembla que ho han de reconèixer. És a dir, nosaltres no vam imposar res, simplement vam manifestar preocupacions i vam col·laborar amb totes les dades que ens demanaven, però: «Això ha d'anar d'aquesta manera!», no ho vam imposar en cap moment; al contrari, ha estat un estudi clarament independent en què els autors directes han tingut una absoluta llibertat de treball.

Bé, l'estudi senyalava dos grans temes: per un costat constatava, una mica fugint de la dialèctica de privatització o no, una pèrdua de control públic per part de la sanitat. Això era una cosa clara, i hi havia influït tota una sèrie d'elements, com és ara l'aparició d'empreses de gestió, la creació de consorcis —en els quals l'administració era una part

minoritària, però que impedia que en tot aquest tipus de recursos hi hagués un control polític—, a la vegada que una certa desviació. De manera que no hi havia una privatització, però sí que hi havia una desviació de recursos públics cap a empreses privades, moltes amb un afany clarament de lucre. Això és, no es privatitzava un hospital, però sí que hi havia una empresa que es nodria de fons públics per lucre o per satisfer les seves pròpies finalitats. Un exemple d'això, que constatem en la intervenció que fem a nivell sindical és que, sobre la base de fons públics, una sèrie d'empreses de gestió, que han de respondre poc als poders públics, han muntat una infraestructura important, que els ha posat en condicions prou favorables per a capitalitzar qualsevol aventura de privatització de la sanitat.

Hi havia un altre aspecte que no creïem que fos un tema purament sindical, és a dir, un tema reconegut fins i tot pels parlamentaris de Catalunya, la mateixa LOSC l'assenyala: la necessitat d'homogeneïtzar les condicions de treball. I això per què? Per què ens ho miràvem només des del punt de vista sindical? No!, perquè això tenia una sèrie de clares conseqüències a nivell també assistencial. Hi havia una sèrie de projectes, com ara la integració d'especialistes en els hospitals, que podria comportar un reguitzell de problemes, partint de la base que hi hagués diferents condicions de treball, etc. I vèiem que, malgrat que la LOSC reconeixia que això s'havia de resoldre en un període de tres anys, no solament no s'havia resolt, sinó que l'aproximació a què s'havia arribat fins a la dècada dels anys noranta, se separava en aquells moments. Vèiem que això crearia una font de conflictes, no solament laborals, sinó que impedirien que una sèrie de mesures recollides en la mateixa LOSC es poguessin dur a la pràctica.

I, per acabar, considero que la part més coixa de l'estudi és en l'impacte directe de la sanitat actual sobre l'usuari —al marge de l'enquesta de satisfacció que pugui fer la mateixa Conselleria, perquè ja sabem que les enquestes estan molt mediatitzades—, aquest l'impacte, que nosaltres valoràvem com a negatiu, amb relació al que havia passat en la dècada dels anys vuitanta i amb la manca de participació directa de l'usuari, com a tal, sobre l'esdevenir d'aquest sistema sanitari. I aquesta manca de participació ve perquè hi ha una manca d'estructuració. L'usuari, com a

tal, no està estructurat, no està organitzat, malgrat que s'hagin produït avanços en una sèrie de localitats. Això és una cosa que, de mica en mica, s'anirà resolent, però és important que tinguem en compte aquesta participació.

MARTÍ CARNICER

Jo no sóc tan especialista en el món sanitari com altres companys meus, per tant, potser diré alguna heretgia, però estic disposat a fer d'advocat del diable si convé també en aquest tema. Vejam, jo crec que l'estudi és suggerent perquè ens dóna força idees i força elements de reflexió interessants. Estaria d'acord també que té elements desequilibrats que potser es deuen simplement a què les persones que l'han treballat han parlat més amb uns que amb uns altres, sense ganes d'influenciar més o menys. Però bé, no volia referir-me a això sinó a dues idees que em semblaven més globals:

- La manera com el que anomenem el model sanitari català es veu condicionat pel sistema del finançament. Jo diria que el mateix tema del finançament és més aviat una de les característiques del model sanitari català. Segurament estem davant un model que sempre ha gastat més del que podia gastar. Si un mira les dades del tancament de cada any —els diners que anualment queden sense comptabilitzar, que passen a romanents, etc.—, el conjunt de despeses que la Conselleria no pot comptabilitzar, cada any és més elevat. És a dir, és un sistema que en cada moment ha gastat més del que podia gastar. Això és una de les característiques que segurament condiciona ara, en el moment de negociar, perquè quan un negoci amb l'aigua al coll, negocia en pitjors condicions que no pas si té un nivell de tranquil·litat. Això és segurament el que volíeu dir, que ara es negociarà en pitjors condicions.
- Una segona reflexió també global està en el context de l'Estat del benestar. També ens hauríem de començar a preocupar per trobar la manera de mesurar eficiències, i entenc que segurament

la manca d'informació pot ser un problema, en aquest sentit. ¿El sistema anomenat català és més eficient que el sistema INSALUD, o ho és menys? És una pregunta que potser no té resposta; però, en qualsevol cas, ¿és més eficient que un sistema europeu, o ho és menys? L'única mesura que habitualment es fa servir és allò del percentatge de la despesa sobre el PIB, però això no ens parla d'eficiència, ens parla de si es gasta més o menys. I en el moment de discutir sobre models, també hem de saber discutir sobre els resultats, i els resultats són els valors, les formes, l'equitat..., però l'eficiència és també un dels resultats que hem de ser capaços de mesurar. Eficiència que ha d'anar amb relació als usuaris i, segurament, també amb relació als treballadors.

Aquestes valoracions globals són les que potser trobaria a faltar més en l'estudi.

JORGE TIZÓN:

Estáis usando una metáfora de esquizofrenia, y yo me preguntaba, mientras el grupo iba hablando, ¿cual puede ser el sentido de coger esa metáfora de esquizofrenia? El pobre esquizofrénico vive muy partido entre dos realidades —una la presupuestaria, otra la de mercado—, en general entre dos realidades, o tres, o cuatro. Y el problema del pobre esquizofrénico es que no las puede juntar, y sufre enormemente; en su vida es probable que nunca pueda juntar las dos o tres realidades en las que está partido. Dudo que esa metáfora sea adecuada para lo que estabais tratando una gran parte de vosotros. De manera que, claro, habría que pensar en la metáfora substitutiva, que es un poco más complicada desde todos los puntos de vista, técnico y tal vez político. ¿Cuáles serían las metáforas substitutivas? La otra metáfora sería la de la perversión, de la cual estabais hablando bastante: el paciente perverso lo que hace es transformar A en B, pero convenciendo de que siendo A; o bien hace lo contrario, que es cambiar, conseguir B desde A, pero manteniendo que nada ha cambiado. Y todo esto lo mantiene mediante presiones, mediante amenazas y mediante propaganda, interna y externa.

Esto es la metáfora de la perversión.

Hay otra metáfora más complicada, es el futuro, la metáfora psiquiátrica del futuro es lo del *borderline*. Ésta tiene mucho futuro. El paciente *borderline* es aquel que no tiene claro si es A o B, y unas veces actúa como A y otras veces como B, fundamentalmente porque debajo hay una enorme inmadurez. No sé cual sería la metáfora más idónea, pero seguro que “esquizofrenia” no. Os lo digo a nivel de diagnóstico y a nivel de una realidad que, al menos algunos sectores, vivimos todos los días, y sobre todo para que luego no salga en la prensa, que a los pobres esquizofrénicos siempre les cae la misma!

La segunda sería una pregunta. Desde la mesa, y los otros compañeros de la sala, ¿qué opinión tenéis?: el hecho de que entidades hospitalarias estén gestionando cada vez más la atención primaria en salud mental, ¿hasta qué extremo no puede desvirtuar precisamente la reforma que podría suponer (o ha supuesto) la atención primaria?

RAMON SERNA:

Em quedo claríssimament amb la metàfora de *la perversión*. Y podría poner muchos ejemplos de todos los condicionamientos de que has hablado.

En primer lloc, agrair molt totes les paraules d'elogi sobre l'estudi, com a participant m'omplen de satisfacció. En segon lloc, comentar a Oriol Ramis que a mi, almenys, no m'ha convençut pel que fa al tema de la privatització, al contrari, si vull intervenir és per continuar reivindicant el terme privatització en allò que es fa en el model sanitari català. És clar que hi ha una tendència claríssima, que es porta a la pràctica, de sotmetre el que és públic al dret privat. Això es diu públicament i es posa en pràctica, un exemple concret: com pot ser que l'Hospital Josep Trueta, de Girona, faci l'esterilització de l'Hospital de Palamós, que és d'una fundació privada, la Fundació Privada Mossèn Miquel Costa, i aquesta fundació privada no pagui a l'Hospital Josep Trueta, ni a la Conselleria d'Economia i Finances ni a cap conselleria, sinó que pagui a

la Fundació, privada, doctor Josep Trueta. Són 30.000 pessetes al mes, una tonteria si voleu; però, quin sentit té això? Això són diners públics que van al privat, però descaradament! I que després em diguin que la Fundació doctor Josep Trueta està formada per gent de l'Administració que sempre vetllarà pel bé públic, que les fundacions no tenen interès de lucre... És una fundació privada, i ja som al cap del carrer!

La compaginació de les activitats privades amb les públiques que es fa en tots els serveis gestionats per empreses diferents de l'ICS —per totes aquelles empreses o entitats a les quals el Servei Català de la Salut dóna nous serveis a gestionar, fins al punt que en alguns llocs hi ha dobles llistes d'espera— entra dins un procés de privatització, però descaradament. Qui gestiona l'àrea bàsica de la Barceloneta? Qui m'ho pot dir? Perquè jo conec de nom una de les persones que està en una de les dues societats que la gestiona, però això oficialment no surt enlloc ni ho pots esbrinar de cap manera, si no és potser anant-hi i preguntant a determinada gent de qui cobra les nòmines; però, quina de les dues empreses que té aquesta persona és la que gestiona? Això és secret d'Estat, pel que es veu! Tot aquest secret, tota aquesta ocultació, que a més és palpable a nivell sindical, em sap greu insistir-hi tant, però és que ens trobem constantment amb un ocultisme que es fonamenta en amenaces, com ara les que ha fet l'Hospital Municipal de Badalona a tot el personal que volia denunciar personalment la cessió il·legal de treballadors que hi ha hagut a Can Ruti.

Total, la de la perversió, clarament!

JOSEP CARARAC:

Només una pregunta. Havent llegit en el diari l'article que parlava d'aquesta publicació, vaig anar a veure el meu amic Joan Costa, de la Fundació Jaume Bofill, una mica espantat, perquè parlava de la desviació de finançament públic a centres privats. Després es va aclarir que es referien a la xarxa d'hospitals públics, que, per a mi, té molt de pública i poc de privada. Volia fer només la pregunta següent: ¿s'ha deixat de banda tenir en compte que hi ha un 18, un 19 o un 20% de

sanitat estrictament privada i de finançament privat?

JEAN PIÈRRE MALÉ:

He col.laborat en l'estudi, mínimament. Volia dir-vos que hi ha una contaminació del llenguatge. Això és, comencen l'estudi parlant una mica del model català, que situa els hospitals com a clients, hi ha un comprador de serveis i clients; però, nosaltres mateixos, en el nostre llenguatge els sindicats han passat a ser els nostres clients —com ha dit Oriol Ramis—, i els mateixos sindicats parlen de les persones com a usuaris de la salut; és a dir, hi ha una contaminació, em sembla, d'aquesta ideologia de mercat, de competència, de relacions mercantils, establerta a tots els nivells. I això és la cosa més subtil de totes. Jo crec que el que l'estudi mostra d'alguna manera és que potser la posició tradicional “titularitat igual a criteris de gestió” (titularitat pública vol dir una gestió amb criteris públics i titularitat privada vol dir criteris de gestió estrictament privats), aquesta oposició tradicional es complica quan hi ha la possibilitat —que és l'eix central del que la Generalitat fa actualment en matèria de salut, i potser en altres camps que conec menys— de fer penetrar dins una titularitat pública una lògica que podem dir que és “privada”, que és “d'eficàcia tecnocràtica i economicista”, que és “de pensament únic” d'alguna manera. Això és la cosa més subtil, perquè no apareix formalment, és una lògica que va penetrant i es converteix en el discurs únic de què parlàveu abans, ve a ser una homogeneïtzació del llenguatge i del discurs. Això fa que aparegui com a públic i, finalment, la defensa d'aquest sector públic pot ser l'eficàcia en termes purament monetaris, pot ser la reducció del dèficit, etc. Llavors, jo crec que hi ha un gran repte, que l'estudi evidentment no observa i no arriba a assumir, és a dir: quina conseqüència té aquesta lògica aplicada fins i tot, i potser sobretot, a la sanitat pública?, quina conseqüència té per a nosaltres que no som ni els clients ni els usuaris, sinó els actors de la nostra salut?, com s'ha d'abordar aquest tema? Em sembla que el límit el tenim aquí, perquè evidentment les autoritats no ens ajuden en res, és a dir, les fórmules que han posat en marxa són instruments de tipus: control financer, Central de Balanços, etc., bases de dades, d'ús absolutament limitat i enfocat en

sentit estricta al control de l'eficàcia de la sanitat, però no s'ha fet el mateix esforç per controlar la qualitat del producte, el tipus de salut que tenim, la salut mental i global de la nostra societat. Això, penso, és la limitació d'aquest estudi, però s'hauria de treballar en aquest sentit.

DOMINGO RUIZ:

Sóc membre d'un dels col·lectius que també va participar en el treball. Ja s'han dit moltes coses, de totes maneres hi ha el fet que tot això no tindria cap transcendència si no hi hagués un risc també per a l'usuari, o potencial pacient, que hi pot haver a qualsevol nivell assistencial, que no ha quedat reflectit i ja s'esmenta en el llibre. Ara bé, voldria dir, des d'un vessant ara també clínic, que a l'hospital on treballa, l'Hospital de Sant Pau, amb tot el que ha passat amb l'expedient de regulació —s'ha reduït personal, hi ha hagut uns quants canvis estructurals, hi ha menys plantilla, hi ha més càrrega de feina— hi ha una sensació, almenys jo l'he viscuda, que ara s'està molt a l'aguait quant a aquest producte intermedi que és l'estada mitjana hospitalària, amb la qual s'intenta que els pacients vagin a casa tan aviat com sigui possible, en comptes d'esperar la recuperació. Això penso que és important i que, quan es parla d'eficiència, hi ha un problema: com mesurem el producte de la salut?, perquè sempre fem servir productes intermedis. Aquest nou sistema de finançament, que va començar a principis de gener, que sembla que té en compte, entre altres coses, els grups relacionats amb el diagnòstic, és el més acurat? Aquí hem parlat molt d'economia, que és important; però, i la salut?, com la mesurem? Això és una pregunta que adreçaria a Oriol Ramis.

L'altra cosa que he tret d'aquí, i hi he après moltes coses!, és que m'ha semblat que això és un sistema opac i incontrolable fet per gent perversa —ho resumiria d'aquesta manera. Llavors, com que tots som responsables —i de fet per això hi ha el llibre, i probablement es poden fer més coses—, però cadascú té la seva responsabilitat i hi ha representació parlamentària, també es poden finançar altres estudis. Vull dir que tots hem d'aportar el nostre òbol perquè hi hagi més debats com el d'avui.

ANDREU LÁZARO:

Sóc delegat del CATAC, un dels sindicats que ha col·laborat en l'elaboració de l'estudi. No faré referència, per no repetir-me, als molts elogis que ja s'han fet d'aquest estudi, ni tampoc a les cooperacions en terminologia mèdica del tema, perquè sóc metge de capçalera i en podria afegir moltes altres. Voldria centra-me, però, en un aspecte molt concret que em sembla que estem passant per alt i que crec fonamental. Diem, arran de les evidències, que les coses es fan molt malament, perquè es gestiona d'una manera inadequada (sigui públicament o privadament). La conclusió és una mica aquesta, però sembla que donem l'excusa que, bé, ho fan malament però no són tan dolents com podria semblar, perquè, total, no ho privatitzen pas tot, privatitzen només algunes coses (la gestió,...), però això és que no és cert! És a dir, en els tres aspectes de la privatització de què es parla en l'estudi: el tema del finançament, el tema del patrimoni i el tema de la gestió, en tots tres aspectes hi ha privatització i molt clara. En el tema de la gestió és molt evident, tothom està d'acord que per part de la prestació de serveis públics de l'Administració s'està produint un pas del dret públic cap al dret privat, però també s'està produint una privatització del patrimoni. Cal fer només una ullada enrere, els hospitals comarcals del nostre territori —que només deu o quinze anys enrere eren pràcticament residències d'avis— han remuntat —tant els públics, com els privats, com els del règim jurídic que sigui, amb diners públics injectats directament per subvenció, i també per la bona qualificació i dedicació dels professionals, per a donar una millor prestació a la població. Però sí que hi ha hagut el reclutament d'aquests hospitals amb diners del Servei Català de la Salut, directament. També és cert hi ha hagut hospitals construïts de nou pel Servei Català de la Salut mateix i construïts de nou també pel mateix ICS; aquests hospitals, que són de titularitat privada (o de titularitat privada amb participació pública, però privats: fundacions privades, mútues, etc.), han rebut diners directament de l'Administració, diners públics que hem pagat entre tots per a augmentar el patrimoni d'aquestes entitats. És a dir, és clar que realment hi ha una patrimonialització —és aquest el terme econòmic?— dels recursos de

les entitats no públiques. També hi ha un augment del patrimoni d'aquestes entitats a través del pagament dels serveis, perquè —tal com s'ha exposat ben clarament— no s'ha pogut establir: quants diners es paguen a aquestes entitats, quants diners es dediquen a la gestió, quants a la prestació i quants a remuntar el patrimoni i les infraestructures que, al capdavant, són privades. Tot això s'ha fet —hem de pensar— amb la finalitat de potenciar les activitats que ja eren pròpies de les entitats privades, perquè —tal com comentava aquí el company— es fan activitats privades, totalment privades; és a dir, en un centre privat, remuntat amb diners públics, a l'estiu, a la Costa Brava, s'inflen de milions fent activitats privades a personal privat (turistes que vénen sense cartilla, desplaçats que s'han deixat la cartilla a casa, etc.), i això és fàcil de constatar, tan sols hem de fer la prova fent-nos passar per turistes (nosaltres ho hem fet): un hospital que té el rètol “Servei Català de la Salut”, remuntat amb diners públics, et cobra 7.000 pessetes per mirar-te una orella, només per mirar-te l'orella!, i 7.000 pessetes més per treure't el tap a l'hospital. Això és un centre finançat públicament i amb un patrimoni, augmentat, d'una entitat privada.

També hi ha l'aspecte de la privatització del finançament, malgrat que a Madrid encara discuteixen sobre les noves formes de gestió dels serveis públics de la sanitat, aquí a Catalunya ja hi ha un projecte-decret pel qual s'obre la porta al finançament privat del Servei Català de la Salut. És a dir, que les mútues catalanes facin aportacions directament al Servei Català de la Salut, significarà obtenir el dret dels assegurats a la prestació sanitària en aquestes mútues. Això és, que qualsevol persona que paga a una mútua privada, segons aquest projecte-decret —veurem si tira endavant o no—, ja haurà adquirit el dret a la prestació de la sanitat, de la qual, d'altra banda, ja gaudeix com a prestació de la Seguretat Social.

RAMON ESPASA:

Una pregunta només, ja que en la meua primera intervenció no n'he fet cap i me n'han quedat les ganes. Així afegiré caliu al debat, que ha estat interessantíssim. A partir del que deia el darrer company que ha intervingut la pregunta és la següent: ¿podríeu explicar com s'entén que un departament que fomenta el mercat controlat tingui, en canvi, una

única central de compres i inversions dins el Servei Català de la Salut per a invertir (inversió nova, inversió de reposició, a centres propis i centres concertats)? ¿Això es pot explicar amb una bona doctrina econòmica, sustentadora dels mercats regulats, o és una paradoxa més de l'esquizofrènia perversa de què hem parlat aquí?

RICARD GUTIÉRREZ:

Cap pregunta, cap metàfora, solament uns quants comentaris:

Parlem de model sanitari català. Per sort, el país petit (Catalunya) i el país gran (Espanya) tenen un únic model sanitari, definit per la Llei general de sanitat, que és un sistema nacional de salut —facin el que facin— que té dues característiques: que el paguem entre tots —és a dir, que a poc a poc l'anem finançant per pressupostos generals de l'Estat— i que cobreix a tot espanyol.

Una altra cosa serà parlar de sistema sanitari. En qualsevol cas, en el sistema sanitari català volia destacar només la característica principal que és aquesta mena de monopoli (monopoli en el sentit de joc: jo compro, jo venc). A veure, això és una mica el joc, tal com comentava Ramon Espasa, el mercat planificat, controlat..., com vulgüeu dir-ne. Passa que Ramon Espasa diu: «Al final, què resulta millor, el mercat planificat o l'INSALUD clàssic?» Doncs, per a algunes coses resulta millor l'un i per a unes altres, l'altre; és difícil, però podem veure alguns resultats, perquè, tal com deia Martí Carnicer, la falta de diners és una de les característiques pròpies del sistema sanitari català, n'és una característica inherent des de l'any 1981, en què es va traspasar, i s'arrossega des de l'any 1981 a causa de certs traspassos potser no gaire ben fets en aquell moment, i s'arrossega cada any per una certa dotació pressupostària que anava en funció de la desviació que feia l'INSALUD, però a partir de l'any 1994, en què es fa el Pla de finançament 94-97, continua arrossegant-se, per tant, és una de les seves característiques. Potser, quan definim el model sanitari català, hauríem d'afegir aquest «mai no ha tingut diners», per això sempre ha estirat més el braç que la màniga, i després mirem què tenim i els resultats.

Afegiré que no és l'únic del model sanitari espanyol, el sistema sanitari català, que té problemes de diners. La comunitat autònoma andalusa també en té, ho hem de reconèixer, i la valenciana també té un rànquing important. Cadascuna d'aquestes té un color polític diferent: València, Andalusia i Catalunya, i les tres amb grans dificultats econòmiques.

I per últim, amb el tema públic-privat es pot fer molta demagògia, molta, o es pot abordar en un intent de seriositat. Dir: «L'àrea bàsica de la Barceloneta es gestiona privadament.», crec que té una mica de demagògia. L'àrea bàsica de la Barcelona —i contesto per al.lusions— és gestionada pel PAMEM (nstitut de Prestacions d'Assistència Mèdica als Empleats Municipals), que és una institució pública, formada per l'Ajuntament de Barcelona i la Generalitat de Catalunya. Que això és privat! Home! Qualsevol documentació o informació que vulgueu sobre l'àrea bàsica de la Barceloneta, em comprometo davant aquesta sala que la tindreu tota, això solament per al.lusions, no forma part del debat.

PACO MARTÍNEZ:

Només com a complement al que deia Ricard Gutiérrez, i de cara a aclarir, en tot cas, allò de la repatrimonialització dels centres privats. Jo crec que hauríeu d'estar tranquil, perquè, pel que sembla, a la Central de Balanços es demostra que tots els hospitals concertats tenen una situació de fallida, el seu net patrimonial és negatiu. Per tant, tranquil.litat, perquè el que es centrifuga no és el patrimoni sinó el dèficit.

ROSA COSTA-PAU:

Jo no sóc sanitària, sóc del camp de l'educació per la salut. Primerament us felicito, perquè aquest llibre m'ha entusiasmat i m'agrada moltíssim el to sindicalista reivindicatiu que té. Una altra cosa que em meravella —és clar, sou economistes, sou sanitaristes, i jo sóc biòloga i ensenyant—, em meravella i m'espanta molt, és aquesta mena d'ambigüitat, que no acabeu d'entendre què és públic i què és privat. Jo veig de lluny la

persona que predica una educació per la salut pública i la persona que predica una educació per la salut privada, i lamento profundament que els qui ens dediquem a això vegem en vosaltres aquesta mena de confusió. Em sap molt greu, us ho dic de veritat. Jo ho veig molt clar i no sóc potser tan sàvia com vosaltres.

GUILLEM LÓPEZ:

Bé, en realitat, una part de ser aquí aquesta tarda és per una funció d'aprenentatge, per tant, amb les limitacions que tinc, diré el que pugui sobre els temes que han sortir.

Continuem instal·lats en una certa confusió entre públic i privat. No sé quines claus tenen els qui es dediquen a l'educació per la salut, però tampoc em preocupa gaire, perquè pel que fa a molts dels temes que Ramon Espasa ha posat sobre la taula, sé que, si parléssim una estona, no hi hauria problemes per a posar-nos d'acord en la terminologia i per a separar el gra de la palla en el que discutim.

Sortirem només un segon de la discussió perquè vegem quin és el grau de confusió. Molts de nosaltres estem la mar de satisfets per haver tret la sanitat, a través del pacte de Toledo, del finançament de la Seguretat Social. Això és un consens dins gairebé tots els partits. Llavors, des d'un punt de vista acadèmic, la cotització és una prima, un impost sobre la nòmina, d'acord? Hem entrat a la sanitat sense saber amb què finançarem en el futur el creixement de la despesa sanitària. I ara, les alternatives que surten, fora de la cotització social, són un impost sobre l'alcohol i el tabac, uns dels impostos més regressius que hi ha en aquest moment. I no veig cap capacitat crítica per a reconèixer que en el seu dia ens vam equivocar. És a dir, considero que encara hi ha una certa confusió sobre quines són les estratègies òptimes per a finançar el sistema nacional de la salut. La sanitat privada no està prohibida en aquest país, a més, desgrava en la renda, cal recordar-ho.

La segona qüestió és el tema de la transparència, estem completament d'acord. Quan he dit en un començament «les tarifes no es publiquen»,

no em referia a les tarifes teòriques, aquelles que hi ha en les ordres pertinents, sinó a les efectives, que són les que m'interessen. La manera de combatre això no és la reforma estructural d'homogeneïtzació, d'integració, etc. Per cert, en la pàgina 22 del llibre aquesta diversitat es dona com un fet positiu del sistema català, el fet que no s'hagi integrat com a la resta de comunitats autònomes. Per tant, la transparència es combat amb un contracte que financii els serveis d'una manera..., quan vam ajudar a fer aquest contracte, em van dir «d'una manera 'sinal.lagmàtica'» i van descol.locar molta gent, però els qui sou juristes sabeu que 'sinal.lagmàtic' vol dir que obliga les dues parts. Això substitueix un contracte que ha estat fins ara *enigmàtic*! Per tant, el tema de la transparència —que és completament real— l'ha de tractar el nou contracte. Em sembla que és una peça fonamental si volem revifar un poc el deteriorament que ha tingut la compra de serveis, sobretot hospitalaris.

L'estigma del NHS *versus* l'estatalització, com deia Imma Mayol: el servei *versus* el sistema. El sistema més estatalitzat que hi ha possiblement a l'Europa occidental és Espanya i Itàlia. El NHS fa molt de temps que té els metges de primària que són tots per compte propi, no hi ha cap funcionari a la primària. I, en segon lloc, els hospitals públics tenen llits privats.

Tercer element, els moviments. Quan hi ha reforma, hi ha moviments i hi ha iniciatives, vint-i-una iniciatives. Vicente Ortún, amb Juan Gervas, les ha analitzades recentment. Que d'aquestes vint-i-una iniciatives n'hi ha alguna que ens l'haurem de mirar amb lupa! —que és com s'han de fer les coses: mirant-les amb lupa, cosa fonamental per a un sistema sanitari que es consideri viu. ¿Serveix el pagament mutual afegit en la facturació al servei per saltar la llista d'espera?, si no serveix per a això sinó que serveix per a tenir alguns complements hotelers, és una manera distinta de pagar.

Més coses: la disminució del control polític sobre la sanitat en els últims anys. Si tenim això i res més, no em diu gran cosa. No tots els problemes de gestió que té la sanitat s'han de resoldre amb una clau política. Si els problemes que han deixat de referir-se a l'àmbit polític són

aquests i no altres, benvinguda siguin la disminució del control polític sobre la sanitat en els darrers anys. Si es refereixen als temes que són el gra —és a dir, l'equitat, l'accés, etc.—, el diagnòstic és un altre. Però desqualificar d'alguna manera intentant pretendre que tots els problemes de la sanitat pública en clau de gestió es poden remetre a una solució política, en això no hi estaria d'acord. Per què creix a Catalunya la despesa sanitària més enllà del ritme de creixement de la capitalització? Els costos sanitaris són més baixos (almenys això diu el vostre treball), un 20% més baixos!, però malgrat això les prestacions són més altes. Les prestacions no vol dir que donem més coses que la resta de comunitats autònomes, hem donat menys, sobretot si ens comparem amb el País Basc, que estan amb un finançament d'un 15% per sobre de la capitalització que té Catalunya, i amb una renda més baixa, quan la renda és un dels factors explicatius i l'educació sanitària de la utilització. Tenim una freqüentació més alta; però, entre altres coses, perquè hem fet un desplegament de serveis que ha facilitat molt la utilització, sobretot del que es podria dir la xarxa més comarcalitzada que té Catalunya.

Voldria dir també unes paraules a favor de l'ICS. L'ICS és un dels problemes que té la sanitat catalana. Per què? Perquè té una productivitat més baixa i un cost més alt. Aquest tipus d'anàlisi, comparar la xarxa ICS amb la no ICS, s'ha d'ajustar per casuística, per especialització. La millor defensa que l'ICS té en aquests moments, és mostrar que ha de mantenir un conjunt d'oferta de serveis independentment del nivell d'utilització més o menys òptim —en termes economicistes (jo mateix dic la paraula!)— que puguin tenir altres. Per tant, posar tot el sistema sanitari en criteri de transparència, finançar a part variable (a GDR, PMC o el que vulgueu) condemna l'ICS. I em sembla una mesura relativament injusta, perquè l'ICS té obligacions d'afrontar serveis que altres centres afronten almenys amb un grau de voluntarietat més gran.

I acabo. La sanitat té un component polític-ideològic notable, però hauríem de mirar que no ho contaminés tot, que es focalitzés molt en les arrels i que aquest pensament únic reflectís que els marges de control polític en la sanitat s'han reduït. La prova per a un observador des de

fora, que en termes polítics no té cap altre avantatge que el comú dels ciutadans, és el que pugui passar amb la reforma anglesa —entre Thatcher, com a creadora, i Blair, com els nous aires de l'esquerra. Gràcies!

ORIOl RAMIS:

Suposo que hem d'acabar d'aquí a tres minuts. Per tant, no tindrè temps per a contestar-ho tot, entre altres coses perquè no estic d'acord amb Jordi Sànchez quan ha dit que no hi havia hagut suficient debat. Hi ha moltes coses sobre les quals els qui han intervingut han dit el que pensaven independent del fet que Guillem López i jo mateix estiguéssim aquí asseguts. Però hi ha un parell o tres de coses que m'han preguntat, i crec que puc dir-ne alguna cosa.

Respecte a l'estudi és clar que no hem tocat molts aspectes, no hem tocat el context macroeconòmic —per exemple: el tema del finançament català amb relació a la resta d'Espanya—, aquest no era l'objectiu de l'estudi, i és una cosa que evidentment té una influència important en tot això. Tots coneixeu, els qui hi enteneu (Tizón en sap molt més que jo), el nivell de medicalització que hi ha en aquest moment, de problemàtiques que fins ara no ho eren, i això explica coses de les quals parlem, aquí. Respecte a l'oligopoli, Tizón preguntava l'impacte que això tindrà; no ho sabem!, és una d'aquestes coses que s'hauria de discutir obertament, i m'agrada que Gutiérrez sigui aquí, perquè Barcelona és un exemple on potser això es dona. Què passa si, en contra del model, altrament ple de suposicions no provades, que el sistema s'havia de regir des de la primària, avancem envers un sistema en el qual els hospitals tenen el control de la derivació cap a aquests hospitals? ¿Això serà més eficient o menys que la situació que ens havíem imaginat? No ho sé, però penso que aquí hi ha un terreny d'investigació —i aprofito per oferir els serveis una altra vegada—, perquè comencem a tenir casuística important per a poder-ho mesurar. Quan Guillem López parlava fa un

moment de la importància de mesurar la casuística, en el fons volia saber quin tipus de malalts, amb quina gravetat i amb quina complexitat. És clar, un risc de l'oligopoli hospitalari en les àrees de primària és que s'organitzi la demanda d'acord amb l'estructura de l'hospital, i no pas que l'hospital s'estructuri d'acord amb la demanda de la població. Jo no sóc el primer a identificar aquest problema —Jordi Gol ho va fer fa vint anys—, però val la pena que recordem això en aquest moment.

No vull acabar sense agrair les intervencions dels companys dels sindicats, perquè —tot i que estic d'acord amb Jean-Pierre Malé que segurament ja estem influïts per aquest llenguatge i, per tant, parlem de “clients”— és cert que en aquest estudi jo tenia uns clients, que eren els sindicats. Ara bé, com que exerceixo una professió liberal privadament, amb una multitud de clients a molts llocs, us puc dir que són dels clients més difícils que he tingut, i quan dic “difícils” no vull dir antipàtics o desconsiderats, sinó que eren molt conscients dels seus interessos i del que volien. A mi em sembla que això és una part important del joc democràtic per a vestir una nova sanitat, és a dir, siguem clars amb els interessos que tenim. Amb això no vull contradir Miquel Torner, perquè estic segur que estem d'acord. No vull dir que en l'estudi hi hagi dictats, en el sentit de dir coses, sinó que hi ha una gran penetració dels temes que més preocupen als sindicats. En aquest sentit, penso que és obvi que serà més útil per a un tipus de lector que per a un altre. I, tot i que els autors ens sentim responsables de tot, és lògic que les preocupacions esmentades han col·laborat en aquest desequilibri, en aquesta manca de balanç i de rigorositat en alguns punts, que em sembla que reconeixem i que fem servir per a fer una crida perquè en un proper estudi hi hagi més finançament. Gràcies.

JORDI SÀNCHEZ:

Molt bé, doncs, ho donarem per acabat. En tot cas, permeteu-me que —considerant que s'han demanat insistentment més estudis i que estem en una fundació privada que es dedica a finançar estudis per a defensar la sanitat pública— us digui que tothom qui, des del camp professional en

què exerceixi, tingui idees, projectes, que cregui que valen la pena de ser treballades en aquest àmbit d'estudi de la sanitat, ens les faci arribar. Nosaltres les estudiarem, perquè, en definitiva, cadascú ha de saber fer jugar la peça que té, i la de Fundació és fer possible un major coneixement de la nostra realitat social. Una vegada més gràcies per la vostra assistència.

ASSISTENTS

Alba, Asunció	
Alemany, M. Carme	Equip Estudis
Ariza Cardenal, Carles	
Armengol, Cesca	Catalunya Ràdio
Ausàs Coll, Jordi	Diputat al Parlament. ERC
Cararach, Josep	ACES
Carnicer, Martí	Diputat al Parlament. PSC
Conesa, Jaume	
Costa-Pau, Rosa	Mestra. Biòloga
Espasa Oliver, Ramon	Metge. Exconseller de Sanitat
Fàbregues, Josep M. de	Gerent de l'Hospital de l'Esperit Sant
Ferrís Pellicer, Albert	Fòrum Barcelona Sostenible
Figueras, Carme	Diputada al Parlament. PSC
Fité Benet, Josep	Economista IMAS
Frias, Jesús	CATAC
Güell, Marcel.la	CATAC
Gutiérrez Martí, Ricard	Metge
Lázaro, Andreu	CATAC
López de Vega, Xosé	Metge
Llauradó, Ana	CATAC
Malé, Jean-Pierre	Equip Estudis
Martín Luengo, Elías	
Martínez Borrego, Francesc	Consultor
Masachs, Eulàlia	
Mayol, Imma	Diputada al Parlament. IC/EV
Morlans, Màrius	Metge
Munhoz Olea, Pelayo	UPC ETSEIT - Dep. Organización de Empresas

Porta Ribalta, Jordi
Puyol Gonzàlez, Àngel
Ribes, Eduard
Sánchez Picanyol, Jordi
Serna, Ramon
Tizón, Jorge
Torner Roca, Miquel
Vidiella París, Eusebi R.

Vilà, Pepita
Vila-Abadal, Jordi

Fundació Jaume Bofill
UAB

Fundació Jaume Bofill
CATAC

ICS
CTSC

Coordinadora d'Usuaris en
defensa de la Sanitat Pública

Metge Psiquiatre

Collecció DEBATS DE L'AULA PROVENÇA

1. *Els mestres, agents del model d'escola.* M. Rúbies, P. Darder, J. Cots. 1989.
2. *Ciutat i habitatge: perspectives per als anys 90.* L. Cantallops, J. A. Solans, M. Ribas Piera. 1989.
3. *El metge davant l'atenció sanitària.* N. Acarín, A. Segura, A. Salgado. 1989.
4. *Els Jocs Olímpics: per què i per a qui?* J. M. Huertas Clavería, J. Cruz, R. Alquézar. 1989.
5. *Les televisions privades des de la perspectiva de la comunicació a Catalunya.* J. M. Forn, J. Gifreu, M. Reixach. 1990.
6. *Els treballadors africans a Catalunya, aspectes socials i culturals.* T. Losada, N. Sastre, J. Soler. 1990.
7. *És possible una defensa no ofensiva d'Espanya? Es pot defensar un país pacifista?* L. M. de Puig, V. Fisas, J. Porta. 1990.
8. *Sindicats i concertació després de la vaga general.* S. Carrasco, S. Aguilar, J. Roca, F. Pindado. 1990.
9. *Enquestes d'opinió: entre la informació i la manipulació.* E. Bonet, J. Estruch, J. Porta. 1991.

10. *Alternatives per a un funcionament més eficaç de l'administració de justícia.* J. Roig, J. L. Jori, J. M. Gasch. 1991.
11. *Àudio-visuals arreu. I a l'escola?* P. Ribera, A. Bartolomé, J. Ferrés. 1991.
12. *Els reptes de l'associacionisme.* M. Ferrés, P. Martínez, F. Pindado. 1991.
13. *Multiculturalitat a les escoles.* R. Cañadell, D. Juliano, J. Pérez, M. Pujol. 1992.
14. *Què se'n fa, dels llibres?* S. Fàbregues, E. Teixidor, J. Terribas, M. Reixach. 1992.
15. *El descrèdit de la política.* S. Cardús, L. Hernández, J. Subirats, J. Porta. 1992.
16. *La Justícia de Menors, una justícia menor?* C. González, J. Funes, L. Ventosa, F. Pindado. 1992.
17. *Unió Europea, cultura i cultures a Europa.* L. V. Aracil. 1993.
18. *El canvi global en el medi ambient des de la dimensió personal i social. Què cal fer i com?* M. Ludevid, P. Pous. 1993.
19. *Mercat de treball, ocupació i competitivitat empresarial.* J. M. Gasch, J. Roca i A. Contijoch. 1993.
20. *L'orientació professional inicial: de la LOGSE a la seva aplicació.* M. Inglès, S. Auberni i J. A. Blasco. 1994
21. *Cinema i llengua a Catalunya.* G. Planella, J. Romaguera i P. I. Fages. 1994
22. *Experiències d'educació en els valors amb adolescents.* R.

Grasa, R. Batlle i J. Cela. 1994

23. *Èxit i fracàs escolar en temps de reforma*. J. Casal, O. Homs i J. Trilla. 1995.
24. *ONG per al Tercer Món. Quina solidaritat? Quina coordinació?* I. de Senillosa, G. Serra i J. Soler. 1995.
25. *El futur de la TV pública*. J. Ferrús, J.M. Tresserras i I. Tubella. 1996.
26. *Moviment veïnal: reptes de futur*. J.M. Huertas, R. de Cáceres i A. Naya. 1997.
27. *Les tendències de l'evolució de la sanitat a Catalunya*. O. Ramis, G. López Casasnovas i Ll. Monset. 1997.