

[EL REPORTAJE DEL DÍA PÁGS. 5-6]

Hoy, 30 años del traspaso sanitario a Cataluña

Hace 30 años que Cataluña asumió las competencias sanitarias, gracias a la aprobación de un real decreto tal día como hoy. La comunidad catalana se convertía así en la primera autonomía en hacerse cargo de su propia sanidad y en abrir un proceso de descentralización total que culminó en enero de 2002 con la desaparición del Insalud.



Cataluña fue la primera autonomía en asumir las competencias sanitarias. Hoy hace 30 años.

[EL REPORTAJE DEL DÍA]

CATALUÑA Cataluña fue la primera comunidad autónoma en asumir las competencias en materia de sanidad gracias a un real decreto, aprobado justamente hoy hace treinta años, que también supuso la primera piedra de un proceso de descentralización total de la administración sanitaria

■ Carmen Fernández Barcelona

Hoy se cumplen treinta años de la aprobación del Real Decreto 1517/1981, de 8 de julio, sobre traspasos de servicios de la Seguridad Social a la Generalidad de Cataluña, en materia de Seguridad Social (Insalud e Inerserso), una norma que permitió a esta comunidad autónoma asumir la mayor parte de las competencias en materia sanitaria, y al Gobierno central, iniciar un proceso de descentralización total de la gestión del sistema que culminó en enero de 2002 y supuso la extinción del Insalud. ¿Qué ha hecho Cataluña con las competencias? Ocho expertos, entre ellos el consejero de Salud de la Generalitat, Boi Ruiz, analizan para DIARIO MÉDICO lo sucedido en tres décadas en una región que, a diferencia del resto, partía de un hecho diferencial: la mayor parte de su red hospitalaria era concertada.



Boi Ruiz

Consejero de Salud de la Generalitat

El reto de la financiación

Hay que recordar el valor político de esta transferencia: después de un intento de golpe de Estado, la continuación del proceso autonómico con el traspaso del servicio público de mayor peso en Cataluña daba un claro mensaje de rechazo a la involución. La Generalitat realizó el despliegue del mapa sanitario de Cataluña y una propuesta que recogía la voluntad de aprovechar todos los recursos existentes, estableciendo las bases del modelo con la creación del Instituto Catalán de la Salud (ICS), entidad gestora de las prestaciones y los servicios de la Seguridad Social, y la creación de la Red Hospitalaria de Utilización Pública. En 1990, con la aprobación de la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña (LOSC) avanza decididamente hacia una nueva cultura organizativa que consagra el modelo

sanitario catalán, que tiene como fundamentos la separación de las funciones de financiación, compra de servicios y provisión, la diversificación de proveedores en un mercado mixto de competencia planificada y regulada, la diversidad de fórmulas de gestión, la descentralización de servicios y la desconcentración de la organización en regiones y sectores sanitarios. Treinta años después de las transferencias, hay que valorar y reconocer que los traspasos han sido positivos y han permitido acercar la gobernanza del sistema al ciudadano y al territorio, y consolidar este modelo sanitario catalán.

Sostenibilidad

A pesar de esa evolución favorable en el tiempo, el mal resuelto sistema de financiación de la sanidad y la presión de los diferentes factores que impulsan el crecimiento del gasto, han hecho que Cataluña siempre considerara como prioritaria la sostenibilidad del sistema. El actual entorno económico renueva ese reto, nos pide avanzar en este sentido realizando las reformas necesarias para garantizar la credibilidad del modelo, su sostenibilidad y la calidad de los servicios que prestamos a los ciudadanos.



Eduard Rius

Exconsejero de Salud de la Generalitat

Un modelo de excelencia

Nos permitió decidir cómo queríamos gestionar nuestro sistema sanitario y lo hicimos respetando el hecho más diferencial: la diversidad de modelos de gestión. Sobre esta base y el concepto de una atención integral

se ha construido el Servicio Catalán de la Salud, que cuenta con una red asistencial en algunos aspectos módica, equitativa, eficiente, con un alto nivel de calidad, con unos profesionales excelentes, y muy apreciada por la ciudadanía.

Consciente de mi pasada responsabilidad, pero desde la visión que da el tiempo y la distancia geográfica, creo que no todo se ha hecho bien: tengo la impresión de que la innovación y evolución del sistema no ha ido en paralelo a la variación de la situación demográfica y epidemiológica de la población; hemos contrapuesto mimetismo a la diversidad y rigidez a la flexibilidad; no hemos exigido siempre la necesaria *accountability* a nuestras instituciones y no hemos sido capaces, bajo una excesiva tecnocracia, de usar de mejor manera los instrumentos de que nos dotamos para la alcanzar la sostenibilidad.

El modelo catalán se basa en la separación de funciones de financiación, compra de servicios y provisión, y en la diversidad de fórmulas de gestión



Raimon Belenes

Gestor sanitario

La clave está en los pactos

Se cierra el círculo porque Cataluña recibió las transferencias de la Seguridad Social sin la titularidad de los centros, y a esta anomalía se le pone fin 30 años después. Y finaliza un largo ciclo con la crisis más seria y profunda desde la creación del Sis-

nacional que culminó en enero de 2002 y provocó la extinción del antiguo Insalud. Ocho expertos, entre ellos el actual consejero de Salud de la Generalitat, Boi Ruiz, hacen balance para DIARIO MÉDICO de lo que ha sucedido en la comunidad autónoma durante esas tres décadas.

Treinta años de competencias sanitarias

Cataluña fue la primera autonomía en recibir los traspasos sanitarios en un proceso de descentralización que no culminó hasta enero de 2002

tema Nacional de Salud. Cataluña, que pugnó por recibir en solitario las transferencias con cierta ilusión e ingenuidad, pero también como un reto, experimentó pronto la fragilidad del modelo de financiación. Durante casi dos décadas, el modelo sanitario catalán fue el más brillante e innovador de todos los autonómicos, con una capacidad de gestión envidiable

A partir de finales de los noventa aparecen signos de decrepitud. Unos dirán que debido a los muchos años de gobierno de CiU y otros que los gobiernos tripartitos no supieron romper las inercias; es pronto para hacer un juicio histórico (también jugaron las capacidades de otras autonomías para innovar con éxito, incluso con experiencias muy originales y atrevidas).

Pero quien tuvo retuvo, y todavía la sanidad catalana tiene muchos motivos de orgullo: el liderazgo indudable en investigación biomédica y unos servicios clínicos de calidad superior.

Pactos imprescindibles

El reto para superar la crisis consiste en saber tejer un nuevo discurso, que combine reformas radicales de alta velocidad (competencia por comparación, pago por resultados) con otras continuistas de cocción más lenta (aplicación masiva de TIC, integración de niveles asistenciales).

No está nada claro que pueda regenerarse el modelo, ilusionar a los profesionales en el actual clima político enrarecido, totalmente inhabitual en Cataluña (la causa es la crisis, pero también un sectarismo rampante, la deslegitimación de los

gestores, la incomprensión de las medidas de ajuste por parte de profesionales y gestores). Se está a punto de perder una de las claves del éxito del modelo: los pactos, los acuerdos multipartidistas y multiinstitucionales. Sin ellos se podrá capear la crisis pero no convencer; y, mucho menos, volver a situar a la sanidad catalana como ejemplo a imitar.



Ferran Morell

Neumólogo

La cercanía condiciona

Estos 30 años de sanidad autonómica catalana, teniendo en cuenta que funciona con una balanza fiscal considerada desequilibrada, han representado un avance muy significativo en la calidad asistencial, así como en investigación. La cercanía condiciona que el gestor conozca mejor los problemas y esté más motivado para solucionarlos. La calidad asistencial de la medicina catalana actual está reconocida y quizás aún más la investigación biomédica, que ha experimentado un impresionante crecimiento en estos años.

Recuerdo en 1987, a mi vuelta de una estancia fuera, la impresión que me causó comprobar en el Valle de Hebrón que, al contrario de donde yo venía, sólo teníamos una barraca de unos 16 metros cuadrados donde unos pioneros iniciaban la experimentación animal. Hoy en día somos más de mil investigadores.

Un importante avance en eficiencia ha sido la instauración de la carrera profesional, con los acuerdos de gestión, objetivos y demás, que si bien son algo engorrosos,

no hay duda de que han mejorado mucho la eficacia del conjunto de profesionales que trabajamos en la pública. El horario de trabajo de 8 a 17 horas, únicamente mantenido en nuestra comunidad, ha sido también, otro acierto. No obstante, hay cosas que deberían haberse hecho mejor.

Autonomía hospitalaria

Habría que haber instaurado la autonomía hospitalaria en el Instituto Catalán de la Salud, y haber aprendido a saber cobrar por los actos médicos que realizamos para otras entidades; en la actualidad, en los pocos que se cobran, el dinero va a parar al Departamento de Economía.

La autonomía de gestión por servicios tampoco se ha conseguido. El personal de los hospitales y del resto de centros sanitarios públicos, para poder ser más eficiente, debería estar más estimulado, de modo más personalizado, lo que en primer lugar comporta el no ser estatutarios, ni vitalicios. En este punto, si bien se intentó en el seno del ICS, finalmente el nuevo estatuto no se pudo poner en marcha.



Lluís Bohigas

Economista de la salud

Responsabilidad histórica

El 1 de enero de 1981 entré a trabajar en el Departamento de Salud de la Generalitat. El presidente Jordi Pujol había ganado las elecciones medio año antes; Josep Laporte era el consejero, y mi jefa, Elvira Guiler. La negociación de las transferencias con Madrid la llevaba Miguel Roca y allí mandaba la UCD; eran los últimos meses convulsos de Suárez. Entonces se produjo el 23-F y temí que tanto la democracia como el Estado de las Autonomías se fueran al garete. En esta situación la posición de Roca fue llevar a cabo la transferencia del Insalud a Cataluña en un

[EL REPORTAJE DEL DÍA]

tiempo récord: 4 meses. Se improvisó casi todo. El Insalud no tenía información del personal en Cataluña; nos pasaron unas listas desfasadas que, por corrección de errores, eran 3.000 personas más. Nos transfirieron, o mejor dicho nos dejaron, varios hospitales y ambulatorios en funcionamiento y tres hospitales construidos y sin presupuesto.

No había modelo de financiación; sólo partidas presupuestarias del medio año que faltaba. Los funcionarios, en su mayoría del régimen anterior, con honrosas excepciones, no tenían mucho interés en que aquello funcionara. Y sin embargo, funcionó, los pacientes fueron atendidos, las operaciones siguieron realizándose, los médicos visitaron... Si no hubiese funcionado la primera transferencia del Insalud a una comunidad autónoma, probablemente no se habría hecho ninguna más, y el Estado de las Autonomías se hubiese convertido en papel mojado. Fue una responsabilidad histórica hacer funcionar el primer paso importante de la España autonómica, y se resolvió con éxito.

Modelo nacional

Veinte años más tarde, trabajando en el Ministerio de Sanidad, participé en el traspaso del Insalud a las últimas diez comunidades, una experiencia muy diferente; los números de personal estaban claros, había un modelo de financiación y se hizo una Ley de Cohesión. La experiencia sirvió.



Helena Ris
Directora de la UCH

Se cierra el círculo

Cataluña fue una de las primeras en asumir las competencias en materia de salud y paradójicamente es una de las últimas en cerrar este capítulo con el traspaso de la titularidad de los centros de la Seguridad Social. Si hace 30 años la política financiera del Estado impidió completar el círculo, esperamos que ahora todo este patrimonio sirva como balón de oxígeno para aliviar la deuda

Los trasposos fueron precipitados y sin un modelo de financiación definido, con falta de información sobre el personal y las infraestructuras

El sistema precisa tres treinta años de competencias una reforma para adaptarse al nuevo tipo de población envejecida y de paciente crónico

económica en un momento de dureza económica.

Público-privado

Al margen de la situación actual, cabe subrayar y recordar que el modelo sanitario catalán es un modelo pionero y de éxito, fruto del empuje de la sociedad civil. Las claves de este modelo de excelencia radican en su eficiencia, la colaboración público-privada, una legislación pionera y el fomento de la innovación y la investigación. Además, el sector sanitario es ya un importante motor de la economía catalana y un factor clave de cohesión social.

Por tanto, el balance del traspaso resulta positivo, aunque deben mejorarse las políticas de coordinación entre las autonomías y el Estado; resulta paradigmático que durante el proceso de trasposos éstas aumentaban los recursos mientras que la estructura central no se adelgazaba. Como consecuencia, no tiene sentido ni nos podemos permitir como país duplicidades de tal magnitud, más cuando contamos con modelos de éxito como el catalán, a pesar, seguramente, de que presenta defectos.



Joan Gené Badia
Médico de Familia

Una mejora espectacular

Las circunstancias de las transferencias favorecieron que se configurara un modelo asistencial complejo y

propio alrededor de los hospitales comarcales, que denominamos modelo catalán.

La reforma de AP

Durante estos treinta años el sistema ha mejorado espectacularmente a favor de la calidad del servicio. El ámbito en el que se ha percibido más el cambio ha sido el de la atención primaria, con la implementación de una larga reforma iniciada a mediados de los ochenta y finalizada en 2003. Este nivel se ha ido modernizando posteriormente con innovaciones como la diversificación de proveedores, la autogestión, la historia clínica electrónica o la receta electrónica.

Pero nada es eterno. El modelo, especialmente el ámbito hospitalario, debe reformarse para seguir siendo efectivo y sostenible. La población ha envejecido y las enfermedades crónicas y la dependencia se han convertido en la primera preocupación.

Los catalanes están más informados y no desean que otros decidan por ellos. No seguirán aceptando que por criterios administrativos y de política local se les marque un hospital de referencia forzoso comprometiendo su seguridad clínica. El paciente, y no el hospital comarcal, deben ser el verdadero centro del sistema, para que éste sea más eficiente y seguro. Debemos crear nuevos modelos asistenciales que atiendan de forma integrada.



Josep Maria Sabate
Diputado (PSC)

Consenso político y social

Cataluña asumió las competencias con el reto de consolidar y modernizar un modelo propio basado en la separación de funciones (provisión, financiación y compra de servicios) y en la utilización pública de todos los centros disponibles en el territorio, independientemente de su titularidad. Y asumió las competencias sin disponer de una base normativa que permitiera articular un modelo propio que tenía como primer reto la

modernización de las instalaciones existentes.

El consenso político en la gestión del proceso de cambio y la suma de todos los esfuerzos y voluntades de profesionales, ciudadanos, sindicatos y patronales fue el principal factor que permitió la construcción con éxito del modelo actual.

La Ley General de Sanidad de 1986 y la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña de 1991 se encargaron de legitimar las actuaciones que se estaban impulsando en Cataluña desde 1981. Estos años de retraso entre la realidad y la legalidad, en lugar de ser un freno por la incertidumbre que podía generar, fueron de gran estímulo para sentar unas bases sólidas del sector sanitario, que permitió además generar en paralelo al sistema público un sistema privado que da servicios actualmente al 25 por ciento de la población.

El sistema actual es el fruto de una gestión de consen-

El sistema privado se desarrolló en paralelo al público y da servicio al 25 por ciento de la población, que genera un gasto por habitante inferior al europeo

so política y social en materia sanitaria durante estos últimos treinta años y es el servicio público mejor valorado por la ciudadanía y, además, reconocido a nivel internacional como uno de los mejores del mundo. El coste por habitante del sistema público de salud en Cataluña es de 1.300 euros, muy lejos del coste medio de los países más desarrollados e inferior al de casi todas las comunidades autónomas del Estado.

Crisis y demandas

El mantenimiento de esta situación, con un servicio excelente y barato, es difícil en el contexto actual, ya que la estrategia a seguir por el Gobierno se debate entre la urgente necesidad de asumir la austeridad que impone la crisis y la demanda de ciudadanos y profesionales, que no quieren dar un paso atrás en prestaciones y calidad de los servicios.

Es urgente y muy necesario recuperar el consenso político y social perdido en estos últimos meses para evitar la fractura social que pueden suponer las medidas de ajuste.