

Per un Sistema de Salut de Catalunya de responsabilitat i finançament públic, compromès amb la qualitat, l'equitat i la cohesió social

Introducció i caràcter del document

Aquest document ha estat elaborat per professionals de la salut, autoconvocats per la voluntat de proposar a les forces polítiques presents al Parlament de Catalunya compromisos de reformes per preservar i potenciar valors indispensables, avui més que mai, en el nostre sistema sanitari: la qualitat, l'equitat i la cohesió social. Valors que recentment havien estat objecte de posicionament per part de dos col·lectius en sengles documents¹. Les reunions per elaborar-lo s'han produït en paral·lel a la dinàmica del "Pacte nacional de la salut a Catalunya", sense cap interferència amb el mateix. Es tracta de reformes en 10 àmbits que constitueixen una unitat reformadora atès que de no abordar-ne alguna d'elles les altres quedarien coixes i serien poc efectives. La proposta de reformes va acompanyada d'un annex de precisions i observacions.

Proposta de compromisos de reformes a endegar

1. Universalitat i equitat en l'accés al Sistema de Salut de qualitat i finançament públic

Creiem que el nostre sistema sanitari de finançament públic requereix reformes. En primer lloc per *evitar la devaluació del sistema sanitari públic, sistema que és una garantia insubstituïble del model de solidaritat i equitat que ens ha acompanyat amb èxit des de la recuperació de les llibertats democràtiques. Cal garantir l'equitat en l'accés de tota la població a l'atenció sanitària de qualitat. Cal rebutjar la utilització de la salut com una mercaderia.* (CBJ pàg. 18). **El compromís de blindar (...) la universalitat, considerant que tota persona empadronada té dret a la protecció a la salut** (PRP pàg. 4) **s'ha d'establir per llei².**

Cal una **nova Llei de Salut i d'Ordenació Sanitària de Catalunya (LSOSC)** perquè la LOSC ha estat superada després de 24 anys en que ha estat objecte de diverses interpretacions. La nova Llei de Salut i d'Ordenació Sanitària de Catalunya s'ha de basar en la garantia general d'accessibilitat universal i de finançament per impostos **amb model organitzatiu i de responsabilitats públiques orientat a l'equitat en qualitat, territorial i social en l'accés als serveis, com a principis fonamentals.** Els principis de la LOSC de 1990 segueixen sent vàlids però, per preservar-los, cal afegir-hi els de transparència, retiment de comptes i finançament estable que caldrà concretar. Ara cal una nova llei que reguli un model territorial amb assignacions financeres de base capítativa i de serveis liderats per l'atenció primària i comunitària. Nova llei que també interrelacioni la ordenació sanitària amb el que ja van establir les lleis 18/2009 de salut pública i la llei 21/2010 d'accés a l'assistència sanitària pública. Avui, més que mai, s'ha d'establir amb claredat que els pilars del nostre sistema sanitari han de ser l'equitat, la qualitat i la cohesió social.

En aquests moments convé una **declaració de compromís solemne del Parlament** i dels partits polítics que representin la majoria de l'hemicicle en el sentit que **la competència sobre la legislació de l'ordenament relatiu a la salut de la ciutadania de Catalunya ha de ser exercida amb sobirania pel seu Parlament.** Igualment i sense esperar a disposar d'una nova Llei de Salut i d'Ordenació Sanitària de Catalunya, el *Parlament hauria d'establir (...) el compromís de blindar (...) la universalitat, considerant que tota persona empadronada té dret a la protecció de la seva salut(...). Considerant que* forma part de l'estructura de país que molts ciutadans volen *i que com a tal, sigui quin sigui el model de vincle de la nació catalana amb Espanya i Europa, només és alterable per majoria qualificada del Parlament de Catalunya.* (PRP pàg. 4). Una

¹ El present document ha partit de dos altres documents que s'han considerat de referència i que es citen en cursiva quan és transcripció literal de frases dels mateixos. Concretament:

CBJ: Document "El principi de justícia en el sistema sanitari" del Comitè de Bioètica de Catalunya, de 19-06-2013.

http://146.219.25.61/butlletins/public/media/upload/noticies_newsletter/files/el%20principi%20de%20just%C3%ADcia%20en%20el%20sistema%20sanitari_6710fc3428b3a2e8590d845f9740b6e12383.pdf

PRP: Document "Propostes per a la regeneració del caràcter públic de la sanitat catalana", de 26-05-2013. Pàgines 1 a 6 (la part signada pels 17 autors) http://www.caps.cat/images/stories/Regeneraci%C3%B3_car%C3%A0cter_p%C3%BAblic_sanitat_catalana-Propostes_i_annexos.pdf

PRA: Annexos a aquest mateix document, d'observacions i recomanacions, de 6-6-2013. Pàgines 8 a 22 (veure nota en pàg 7 del mateix document)

² En la corresponent llei s'haurà d'explicitar que aquest compromís s'estableix sense perjudici de l'ordenació d'empadronament que faci possible l'aplicació de normatives de compensació derivades de les obligacions de tercers països d'on puguin ser originaris els ciutadans

majoria qualificada que també s'hauria de requerir per alterar alguns altres aspectes de la nova Llei que també siguin considerats estructura del país.

2. El Servei Nacional de Salut de Catalunya (SNSC) i el Sistema de salut català de responsabilitat i finançament públic (SSCFP)

L'actual sistema existent a Catalunya de serveis de salut i d'entitats i empreses que ofereixen serveis sanitaris amb finançament públic no va néixer, com en d'altres indrets d'Espanya, amb el model de Seguretat Social implantat durant la dictadura franquista. A Catalunya, primer de la mà d'entitats religioses, després dels "homes bons" i els poders civils locals o comarcals van sorgir hospitals que avui tenen fins a més de 700 anys d'història. Els moviments mutualistes i cooperativistes de fa un segle generarien iniciatives que avui tenen herències diverses. La Generalitat provisional recuperada a la mort del dictador (fet també inèdit a Espanya) va començar a posar-hi ordre i a donar-hi empenta. El primer govern català posterior a l'Estatut introduiria el concepte de "xarxa" en els serveis sanitaris catalans. El primer govern central progressista a Espanya va donar, amb la Ley General de Sanidad (1986), el marc legal per passar d'un model sanitari de Seguretat Social a un model de Servei Nacional de Salut; una transició que no s'havia completat encara quan l'actual govern de l'estat ja ha començat a fer-la recular. A 1990 la nova Llei d'ordenació sanitària de Catalunya (LOSC) fou aprovada per unanimitat del Parlament. Una unanimitat que no s'ha produït en algunes de les reformes posteriors que ha sofert. Però sí que la unanimitat s'ha repetit en aprovar la Llei de l'Institut Català de la Salut (2007), la Llei de salut pública (2009) i la Llei d'universalització (2010)³. Desenvolupaments i modificacions de la LOSC posteriors a 1991 expliquen la gran confusió existent en l'aplicació de dos conceptes substancials per a uns serveis de salut equitatius i eficients: els conceptes de "públic" i "integral". D'altra banda, la forta crisi econòmica i les noves formes dels poders financers que l'han generat comporta que, a més de les reformes que precisa el nostre sistema per consolidar un model de Servei Nacional de Salut i regenerar el seu caràcter públic, s'hagin de fer també canvis en els models de relacions institucionals, de control i d'avaluació per tal que, emprant les actuals disponibilitats tecnològiques i normatives europees, el sistema es doti d'una clara estructuració de responsabilitats i de mecanismes d'equilibri i cohesió. Per restablir les confiançaes entre els professionals i en les institucions i els seus òrgans de govern i gestió és necessari plantejar reformes estructurals i també identificar accions a curt termini pel sector que siguin fàcils d'entendre pels ciutadans. Reformes bàsiques són les següents:

L'estructura bàsica del model ha de respondre a una **clara diferència entre:**

- El **Departament de Salut**, òrgan superior del Govern responsable de la política sanitària, la planificació estratègica deliberativa participada i pressupostària, l'avaluació i el rendiment de comptes polític i social, pel que afecta als *drets en l'àmbit de la salut*, de tota l'activitat del conjunt d'entitats i empreses del sistema sanitari a Catalunya sigui de finançament privat o públic. Exerceix d'autoritat mitjançant la regulació, l'acreditació, inspecció i el control.
- El **Servei Nacional de Salut de Catalunya (SNSC)**, integrat pel conjunt d'entitats i empreses sanitàries mitjançant les quals la Generalitat disposa de capacitat directa per exercir la seva responsabilitat pública en relació al *dret a la protecció de la salut* i els *drets en l'àmbit de la salut* establerts a la Constitució espanyola, l'Estatut català i la legislació corresponent.
- El **Sistema de salut català de responsabilitat i finançament públic (SSCFP)**, format pel conjunt d'entitats i empreses que formen part del SISCAT (*Sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya*, (Decret 196/2010), més totes aquelles altres que, mitjançant els corresponents convenis o contractes i finançades directament o de forma indirecta pel pressupost de la Generalitat, treballen per alguna entitat o empresa del SISCAT.

L'establiment d'un efectiu **Servei Nacional de Salut de Catalunya (SNSC)** ha de respondre a:

- *El SNSC es concep com a estructura de nació amb competències exclusives en salut i sanitat tal com ho entén la Unió Europea en relació als seus estats membres* (PRP pàg. 3).
- El SNSC, depenent del Departament de Salut, ha d'estar conformat pel Servei Català de la Salut (SCS), garant global (Nacional) i central de l'operativitat de les polítiques públiques i de l'operativa dels drets de cada persona i comunitat, els Serveis Territorials de Salut (STS), com a SCS descentralitzat, ambdós responsables governamentals del SSCFP, les Agències de Salut Pública i l'agència o agències dedicades a l'avaluació, el control i la qualitat, així com totes les entitats i empreses que, formant part o no de l'administració de la Generalitat i de conformitat amb la directiva de la Unió Europea, tinguin el caràcter de "mitjà propi" de la Generalitat.

³ Formalment és "*Llei d'accés a l'assistència sanitària de cobertura pública a càrrec del Servei Català de la Salut*"

- Un govern de cada Servei Territorial de Salut compartit entre Generalitat i ajuntaments del territori.
- *L'ICS, les seves empreses filials i les entitats del Departament de Salut i del Servei Català de la Salut (grup denominat "empreses públiques i consorcis") passaran a reconèixer explícitament en els seus estatuts el seu caràcter de mitjà propi de la Generalitat, de conformitat amb la directiva de la UE i amb la LCSP⁴. Convindria que les entitats amb activitats finançades en més d'un 80% per la Generalitat i amb centres sanitaris amb elevada capacitat per gestionar les polítiques públiques d'equitat, d'integralitat i d'equilibri pressupostari a curt o llarg termini, es a dir, hospitals generals de l'actual SISCAT i equips d'atenció primària, passessin a ser entitats que siguin mitjà propi de la Generalitat i opcionalment la resta d'entitats amb centres d'internament sociosanitari o de salut mental (PRP pàg. 3).*

3. Model sanitari territorial

El Servei Nacional de Salut de Catalunya (SNSC) s'organitzarà territorialment i es dotarà d'uns nous Serveis Territorials de Salut (STS). Els STS, com a SCS descentralitzat, seran govern, compartit per Generalitat i ajuntaments, responsable de l'equitat en l'assignació dels recursos econòmics i tècnics i de la concepció integral i integrada dels serveis de salut assistencials i de salut pública per a la població del territori. En conseqüència, els STS gestionaran el pressupost de base capitativa de cada Territori de Salut.

Cal revisar la divisió de Catalunya en territoris de salut ("sectors" en la denominació de la LOSC), considerant un volum de població adient i, com a mínim, en cada territori, convindria hi hagi un hospital general que fos o passés a ser mitjà propi de la Generalitat. Al conjunt de Catalunya podrien ser entre 7 (un per vegueria) i 22. Tots els STS haurien de tenir les mateixes responsabilitats i competències, llevat de les heterogeneïtats en docència universitària. A les vegueries amb un sol territori de salut, el STS i la Regió sanitària serien el mateix. A les vegueries amb diversos STS, el govern de la Regió sanitària, com a síntesi dels governs dels seus STS, seria el responsable de la coordinació amb els altres àmbits de l'administració pública de la vegueria.

Serà responsabilitat del govern de cada STS el reforçament de l'Atenció Primària i Comunitària, com a instrument bàsic per la resolució i integració dels circuits i intervencions que es realitzen sobre la ciutadania del territori. El Pla de serveis, la distribució homogènia i ajustada dels recursos i la vetlla pel compliment de la cartera de serveis, així com els corresponents nivells de resolució i qualitat, formen part de la responsabilitat de la direcció unificada de l'AP en cada territori de salut, com a direcció general única per tots els equips d'atenció primària del territori, tan responsable que aquest objectiu d'integració es faci efectiu i amb pautes comunes en la relació entre l'atenció primària i la resta de serveis, com respectuosa amb l'autonomia de gestió dels equips de professionals d'atenció primària (EAP). A cada STS hi haurà un responsable de vetllar específicament per la promoció de la Salut Pública.

L'Agència d'Avaluació farà les propostes de ponderació dels paràmetres a emprar per l'assignació d'un pressupost de base capitativa per al finançament dels serveis assistencials i de salut pública destinats a la població de cada sector (territori) de salut.

Els governs dels STS, decisors de la distribució de l'assignació capitativa per a la població del cada territori, han de promoure els processos d'optimització de serveis, a través de polítiques de coordinació i de fusió entre les empreses públiques per evitar innecessaris costos administratius i de gestió o processos inflacionistes sobre la demanda de serveis especialitzats⁵. Sense discriminar en les fusions entre atenció primària i hospitalària, tot garantint la transformació innovadora dels hospitals d'aguts i la direcció, pressupost i paper de l'atenció primària, traslladant resolució i activitat a l'atenció primària i sociosanitària i evitant les intervencions de baix valor, justificades per la fragmentació del finançament.

El Pla de Salut de Catalunya, el Pla de serveis, els contractes-programa actualitzats i compromesos a l'inici de l'exercici econòmic i els sistemes d'informació integrats constitueixen eines per a la governança i transparència del Servei Nacional de Salut de Catalunya que hauran de gestionar o supervisar explícitament els governs dels Serveis Territorials de Salut (STS) (PRP pàg. 4 a 6).

S'han de posar en marxa polítiques d'equitat en la salut que consisteixen en reduir les desigualtats socials, econòmiques i de poder de la població i que reforcin l'estat del benestar, en la línia de les recomanacions de l'Organització Mundial de la Salut (OMS). La disminució de les desigualtats en salut entre la població degudes a causes injustes i/o evitables ha de ser un objectiu fonamental de l'equitat (...) tant si el nivell de riquesa econòmica del país augmenta com si disminueix (CBJ pàg. 18). Per posar-les en marxa convé:

⁴ LCSP: Ley de contratos del sector público. Text refòs: RDL 3/2011, BOE 16-11-2011

⁵ Sobre el tema de les "fusions" veure el que es diu en l'Annex de precisions, apartat 3. Model sanitari territorial

- Establir indicadors de desigualtats en salut i d'impacte en la salut de les desigualtats socials, econòmiques i de poder i fer-ne pública la seva avaluació i evolució.
- Clarificar la diferència de responsabilitats entre el SCS, amb responsabilitat nacional per a tota la ciutadania i específicament en reduir les manques d'equitat entre territoris de salut, i les responsabilitats dels Serveis Territorials de Salut que tindran com a principals responsabilitats la integració de serveis i l'equitat a cada territori, i, per tant, la de prendre mesures per reduir les desigualtats en l'accés o en el tracte per part dels centres.
- Els STS poden tenir o no personalitat jurídica pròpia però, en tot cas, és necessària la presència en els seus òrgans de govern de representació dels ajuntaments, tant de responsables municipals de serveis de salut com de serveis socials i que estiguin dotats d'òrgans de participació en els que hi siguin representades entitats de serveis socials actives en el territori.

Hem indicat anteriorment que el Sistema de salut català de responsabilitat i finançament públic (SSCFP) estarà format pel conjunt d'entitats i empreses que formen part del "Sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya" (SISCAT). Convé subratllar que el terme "integral" a aplicar com a funció principal dins de cada TS és molt diferent a com és aplicable aquest concepte en la caracterització del SISCAT pròpia del Decret 196/2010. En un STS es tracta d'integració dels centres en una única i comuna política assistencial integral i integrada dels centres referents de la població d'un territori. El nucli de la integració és cada persona i ho són les comunitats i el conjunt de la ciutadania d'un territori de salut. En canvi, en el "SISCAT" del Decret de 2010 i anteriors el "sistema integral" ho és sols per a una cooperació entre centres de la mateixa tipologia (entre hospitals, entre CAPs, entre centres de salut mental, etc). Entre ells mateixos i amb l'autoritat sanitària. Per tant, hi ha una diferència notòria en relació al primer Principi informador de la LOSC (art 2): "Concepció integral i integrada del sistema sanitari". Per poder portar a terme una efectiva concepció i política integral i integrada convindria, a més d'*una direcció general única* per a tots els EAP del territori:

- Que sigui homogènia la relació entre EAPs i hospitals del territori de salut. Per assolir-ho, les *polítiques de coordinació i/o de fusió entre les empreses públiques* han de vetllar per l'adient aplicació dels principis d'integració i equitat entre nivells assistencials, evitant que es generin asimetries. Per exemple, no resulta creïble que es porti a terme una mateixa política d'integració entre dos o més grups d'EAPs i el seu hospital general de referència en el TS, si alguns d'aquests EAP depenen de la mateixa gerència que l'hospital i d'altres EAP, no. La lògica i l'experiència mostren que es generen diferències i la relació entre un hospital i els "seus" EAPs passa a no ser equivalent a la del mateix hospital envers els altres EAPs d'altra empresa/entitat. Diferències que es tradueixen en diferències entre els pacients.

- Que *els EAPs d'entitats que no passin a ser mitjà propi de la Generalitat passin a integrar-se en una entitat que ho sigui del corresponent territori del SNSC, en caducar el concert o contracte actual del SCS amb l'entitat per la que treballaven* (PRP pàgs. 4 a 6).

- Tenir com a referent idoni una única entitat *mitjà propi de la Generalitat* de la que depenguin tots els EAPs del territori, dotats de suficient autonomia de gestió però amb sistema comú d'informació, avaluació i control d'ajust a les directrius de política de salut i d'ètica pública i, més concretament, del compliment del codi ètic i de sostenibilitat. En diversos territoris aquesta entitat única d'AP per TS serà també convenient que ho sigui per més d'un TS⁶.

- Si es planteja la fusió entre centres en una sola entitat de base territorial (de l'ICS i d'altres de públics), haurà d'estar suportada per llei del Parlament (en la nova LSOSC o similar) que impedeixi que en aquestes entitats o empreses públiques sanitàries hi puguin participar entitats privades per accions o es puguin produir altres modificacions per les que puguin perdre la qualificació legal de "mitjà propi" de la Generalitat, alhora que evitant qualsevol discriminació entre professionals, es preservin els drets del personal estatutari o funcionari. Aquesta perspectiva no respon ni a una voluntat estatalitzadora, ni a "trossejar" l'ICS, sinó a una voluntat de proximitat territorial i democràtica.

El govern de cada STS ha d'estar dotat d'un Consell de participació dels professionals del TS.

4. Responsabilitats governamentals en l'equitat (perspectiva de resultats socials, no sols individuals)

⁶ Sobre les relacions i diferències entre "entitat mitjà propi", "autonomia de gestió" i "autogestió regulada" veure el que es diu en l'Annex de precisions, apartat 7. Avaluació i codi ètic i de sostenibilitat.

L'objectiu d'aquest apartat és facilitar el canvi d'unes relacions entre les entitats sanitàries basades en un concepte de la salut com a sector productiu-comercial amb finançament públic i privat, cap al concepte de sector que instrumenta el dret a la protecció de la salut com dret ciutadà bàsic de responsabilitat pública, un sector que coexisteixi positivament amb les iniciatives privades que també promouen la salut. Diferenciarem nivells de responsabilitat governamental.

A nivell del conjunt del Govern:

El Parlament hauria d'establir el compromís legal i estable **de vincular el volum del finançament públic plurianual en salut pública i sanitat a un percentatge del PIB o**, encara millor, considerar aquest compromís **en relació al conjunt de la despesa en sanitat** (assistència i salut pública, però no recerca) **i en serveis socials**. Entenent que aquest finançament públic ha de correspondre a la Generalitat i basar-se en impostos clarament progressius. El pressupost per serveis socials i de salut no pot patir reduccions dràstiques; per tant, caldrà blindar legalment un percentatge màxim de reducció. Per la sostenibilitat cal un finançament plurianual estable aprovat anualment pel Parlament; amb pressupost anual i màxims-mínims de variacions triennals en partides destacades a definir en la LSOSC.

El govern ha d'optar *per l'augment de la fiscalitat progressiva amb una orientació com a forma de pagament (...) per part de la ciutadania dels serveis de salut que pugui precisar; utilitzant altres criteris, com ara el copagament, únicament si van acompanyades de mesures compensatòries que assegurin l'objectiu de l'equitat entesa com igual accés per igual necessitat de salut (CBJ pàg. 18)*⁷ i que no tinguin cap afany recaptatori.

El conjunt del govern, sota la coordinació dels Departaments de Salut i de Serveis Socials ha de tenir uns explícits programes per a la salut en totes les polítiques, comptant sempre amb els ajuntaments i altres ens públics locals. Els programes més significatius per aquest objectiu, així com els programes sanitaris plurianuals d'inversions, tecnologia, formació i recerca han disposar dels corresponents pressupostos plurianuals compromesos.

A nivell del Departament de Salut i del Serveis Català de la Salut (SCS):

Assumir la responsabilitat de mantenir i fomentar l'equitat en la salut i en l'atenció sanitària. Aquesta responsabilitat pertoca (...) principalment els governants que tenen una perspectiva nacional.

Mitjançant la planificació operativa, el SCS és el responsable d'establir els models d'assignació de recursos, de concretar tots els indicadors de serveis i de l'avaluació i l'assignació de recursos al Territori i els plans de salut per posar en marxa polítiques d'equitat en la salut que consisteixen a reduir les desigualtats socials, econòmiques i de poder de la població i que reforcin l'estat del benestar. D'acord amb els Serveis Territorials de Salut, el SCS ha de concretar aquestes polítiques i establir el contracte amb les entitats proveïdores de serveis de tal forma que siguin mesurables pels indicadors corresponents dels que s'haurà de rendir comptes.

Evitar totes les ineficiències que no disminueixin l'equitat en el sistema sanitari definida com a igual accés per igual necessitat de salut ni a l'equitat en salut definida com l'eliminació de les diferències injustes en la salut de la població. No per judicialitzar-les sinó per corregir-les i evitar-les. Sense adoptar tampoc les pautes del conegut sistema sanitari dels Estats Units d'Amèrica, primordialment privat, que és molt més car i té uns indicadors de salut globalment molt pitjors que els nostres (CBJ pàg. 19).

A nivell dels Serveis Territorials de Salut:

Assumir les mateixes responsabilitats que el SCS i que l'Agència de Salut Pública però dins del seu territori. La diferència entre SCS i STS és sobre quin govern recau la responsabilitat de l'equitat i ser proactiu per l'equilibri pressupostari tot i respectant l'autonomia dels centres. La responsabilitat per a l'equitat interterritoris correspondria al govern del SCS i la responsabilitat intraterritori al govern de cada STS, amb la corresponent coordinació entre ells en les regions sanitàries amb més d'un TS. L'assignació capítativa del territori es distribueix "entre" centres prestadors de serveis però ha d'estar molt més orientada "per" els ciutadans del territori que reben els serveis i amb una capacitat dels governs dels STS per incidir tan en l'equitat com en l'equilibri pressupostari dins de l'any.

⁷ El Comitè de Bioètica de Catalunya en el seu document que estem emprant (referenciat com "CBJ") fa servir l'expressió "necessitat mèdica". Aquí ha semblat oportú, per a una millor comprensió, substituir-la per "necessitat de salut" referint-nos exclusivament a necessitats de salut així diagnosticades per professional acreditat de forma regulada, no sols els professionals mèdics.

Establir un espai organitzatiu conjunt entre Generalitat i Ajuntaments. És molt necessari recuperar les confiançaes que estaven ben travades i, si cal, **blindar legalment els espais de col·laboració entre administracions** per evitar la degradació de les polítiques de protecció de la salut, i poder impulsar amb força les polítiques de promoció i prevenció de la salut. Els Serveis Territorials de Salut han d'assumir constituir aquest espai desenvolupant i emprant instruments de descentralització, desconcentració, autonomia de gestió i cooperació de base territorial per desenvolupar un model de gestió en la provisió de serveis que apliqui el principi de justícia, no pas basant-se en el dret administratiu sinó mitjançant la deliberació ètica en la proximitat

Promoure la salut pública. La realitat és que les competències en salut pública estan repartides entre les administracions autonòmica i local i, en alguns casos, són concurrents; a més, l'exercici de l'autoritat sanitària i la capacitat d'inspecció tan sols poden recaure en les administracions titulars de les competències i en els seus agents. Ha de ser legalment factible assolir un espai organitzatiu conjunt entre Generalitat i ajuntaments, per tal de gestionar en cada Territori de salut, les funcions i competències de salut pública.

Donar el **protagonisme a l'Atenció Primària i Comunitària** de salut tant per a la integració dels serveis d'especialitats sanitàries, com per la cooperació amb els serveis socials, com per tutelar els trànsits dels ciutadans pels serveis sanitaris especialitzats i facilitar-los, si el precisen, l'accés als serveis socials, com també per promoure els serveis de salut pública en el territori.

En l'atenció especialitzada i quant a proves i tractaments concrets **garantir, en el seu territori, l'equitat en l'accés al sistema sanitari de qualitat prioritzant la necessitat de salut com a criteri d'accés, i utilitzant (...) criteris (...) que assegurin l'objectiu de l'equitat entesa com a igual accés per igual necessitat mèdica** (CBJ pàg. 18). Amb clara i pública informació de normes, situacions i actuacions.

Promoure òrgans de participació a nivell de Territoris de salut o d'àmbits territorials més reduïts: Cal una profunda reforma d'aquests òrgans. Reforma que es pot instrumentalitzar mitjançant el restabliment d'uns Consells de salut entesos com a "*òrgan de participació ciutadana per a l'assessorament, consulta, supervisió i seguiment de la política sanitària al territori*"⁸. Uns nous Consells de salut que siguin representatius de la ciutadania del territori i que disposin de la informació necessària per promoure una política assistencial i de salut pública que prioritzï tan la salut com la cohesió social.

A nivell de l'Agència (o Agències) d'avaluació i control:

Donar efectiva rellevància als anàlisis sobre impacte de les polítiques governamentals i de l'acció dels agents socials, sanitaris o no, **en desigualtats socials, econòmiques i de poder de la població** que afecten a la salut o són expressió d'insuficients polítiques d'equitat en salut (sempre recordant que equitat no és igualtat). Polítiques que *reforcin l'estat del benestar i l'objectiu de "la salut en totes les polítiques"* amb avaluació sobre com les polítiques dels governs de Generalitat, Diputacions i Ajuntaments de Catalunya poden estar afectant a la salut i que contribueixin a *deixar molt clar (...) que la salut no és només un assumpta privat, tal com mostren els determinants socials de salut* (CBJ pàg. 18).

Establir indicadors i mesurar-los per a una avaluació de l'acció de les instàncies governamentals i dels centres sanitaris amb finançament públic també orientada a *rebutjar la utilització de la salut com una mercaderia que pot ser comprada i venuda en el mercat sense considerar la protecció dels més febles econòmicament; un ús mercantil de la salut que, com a tot arreu mostren els models de sanitat que no prioritzen la salut pública, no només contribueix a una pèrdua d'equitat d'accés i en el tracte, sinó que també provoca un augment de les desigualtats injustes en salut* (CBJ pàg. 18).

5. Un model de compromisos establerts mitjançant contractes

En termes de responsabilitats i compromisos, les relacions entre entitats de govern i amb les que són titulars de centres hospitalaris, d'atenció primària, de salut mental, sociosanitaris o especialitzats, s'establirien en diverses modalitats contractuals que responsabilitzin a les parts contractants en l'equitat, la qualitat i l'eficiència. Diversitat que tan respon a la diferent naturalesa jurídica de les parts contractants com a si els compromisos a establir afecten a persones individualment o col·lectivament considerables o a objectius no personalitzables. Bàsicament les modalitats serien:

- *Contractes interns: entre SNSC i els STS i SNSC (o SCS) i d'altres entitats "mitjà propi"*.

⁸ Text en cursiva del derogat Decret 38/2006 de regulació dels governs territorials de salut.

- *Convenis interadministratius entre SNSC (o SCS) i d'altres administracions locals amb mitjans propis prestadors de serveis.*
- *Concerts per la prestació de serveis: entre SCS o ASP i les entitats no mitjà propi de la Generalitat o de cap administració.*
- *Contractes programa: entre STS i tots els centres del territori corresponent. En el cas de centres amb concert amb el SCS, serà un annex a aquest concert i en concretarà alguns aspectes (PRA pg19).*

Contractualment assumir, per les parts contractants, **la responsabilitat de mantenir i fomentar l'equitat en l'atenció sanitària i en la salut i**, per part de les entitats de gestió, assumir **el codi ètic i de sostenibilitat a establir**. Aquesta responsabilitat pertany a tots els agents implicats en cada una de les accions que afecten a la salut de les persones: (...) també els professionals de la salut, les institucions sanitàries, la indústria farmacèutica i de productes sanitaris (CBJ pàg 19). El Departament de Salut (Govern) a través del servei Català de la Salut serà el responsable final del compliment dels objectius dels contractes.

En els tres primers tipus de contracte assumir contractualment, per part del SCS i els STS, el compromís d'assignacions pressupostàries provisionals a principis d'any, que representin un mínim o màxim de variació en relació a l'any anterior, així com els compromisos per part de les entitats i centres de cada territori amb la disponibilitat de fer ajustos pressupostaris dins de l'any un cop se'ls hagi fet l'assignació pressupostària, aprovada aquesta de conformitat amb el pressupost que el Parlament haurà aprovat. Per aquests efectes els contractes inclouran la capacitat que el STS modifiqui en més o menys un percentatge (p.ex. màxim un 4%) dels encàrrecs formulats pendents d'executar fins a final d'any.

Caldrà precisar en els concerts i contractes com els afecta el codi ètic i de sostenibilitat (PRA pàg 19).

En l'àmbit del SNSC supressió de qualsevol tipus d'intervenció o control previ, explícit o implícit, amb capacitat de bloqueig de decisions que són competència dels Consells de govern, gerències o direccions generals (PRP pàg 5), llevat de la necessària autorització per compromisos econòmics supraanuals, autoritzacions que hauran de tenir un temps màxim de resposta. Lògicament tampoc s'aplicaran en l'àmbit dels centres amb finançament públic però no membres del SNSC, llevat també de decisions amb compromisos econòmics supraanuals.

El sistema sanitari no pot ser objecte de privatització estricta (CBJ pàg 18), entenent per aquesta la d'empreses amb ànim de lucre o les privades sense ànim de lucre però que fan "autocontractació" a interessos particulars vinculats als seus òrgans de govern. Per evitar-ho, tan a curt com a llarg termini, cal:

- Al termini de concessions vigents de Centres d'atenció primària la gestió dels mateixos passarà a una entitat pública del SNSC (mitjà propi de la Generalitat).
- En els processos de contractació de serveis de suport assistencial o de subministraments i serveis no assistencials, impulsar la utilització d'empreses públiques per serveis compartits. A Catalunya ja en tenim diverses i de temàtica, trajectòria i resultats variats. Les empreses públiques de serveis comuns s'hauran de sotmetre al mateix codi ètic i de sostenibilitat i de conflictes d'interessos que les directament assistencials del SNSC.
- Limitar la temporalitat (ex. 8 anys) en les concessions de serveis que siguin de continuïtat ineludible i de problemàtica substitució ràpida (p.ex. serveis d'alimentació de centres amb internament). Límit per llei per centres del SNSC i per exigència contractual en altes centres del SSCFP.
- El codi ètic regularà la informació a facilitar per les entitats, a l'efecte de ser avaluable si fan "autocontractació", així com els límits i condicionants de la mateixa per poder ser autoritzable per inexistència de possible conflicte d'interessos.

Entenent que la prestació de serveis assistencials forma part del "contracte constitucional" pel dret a la protecció de la salut i la seva gratuïtat ho és per mandat legal entre l'Estat i la ciutadania (per la Llei General de Sanitat de 1986): reforma del model de copagaments per tal que no siguin considerats com una obligació financera, ni una forma d'amagar l'infrafinançament públic, ni un impost a la malaltia, ni un foment de la penalització a pautes de comportaments perjudicials per a la pròpia salut personal, sinó com una responsabilitat en la contribució a *mantenir i fomentar l'equitat per part del pacients i familiars* (CBJ pàg. 19) i un incentiu a frenar la demanda innecessària. Una forma de donar garantia a la ciutadania que l'objectiu dels copagaments és exclusivament potenciar l'equitat i els hàbits saludables pot ser que la totalitat dels imports abonats per la ciutadania com a copagaments sanitaris, bé sigui en centres de salut o en oficines de farmàcia, es destinin a incrementar el finançament de serveis socials, atenent a l'elevada incidència dels problemes socials en la salut. D'aquesta forma el compromís de vincular el finançament públic de la sanitat a un percentatge del PIB es calcularà només pel finançament via impostos vinculats a relacions econòmiques i,

d'altra banda, el copagament sanitari, en lloc de ser un incentiu a la demagògia fiscal (per abaixar impostos), serà un recurs per apaivagar el principal generador de la manca d'equitat en els nivells de salut: els problemes socials que pateixen persones concretes.

Igualment, contribució a *mantenir i fomentar l'equitat* per part del *pacients i familiars* com contrapartida exigible a les *associacions de malalts* per atorgar-los representativitat i/o finançament.

6. Transparència i rendiment de comptes

Sistema d'informació integrat de la sanitat amb finançament públic (en endavant citat com *SIISP*), obligatori per a totes les entitats amb hospitals i EAP i per a aquelles altres que són concertades. Amb interoperabilitat de les seves dades i accés a documents, amb informació de l'activitat, llistes/temps d'espera, pressupost i execució del mateix amb comptabilitat general i de costos. Inclou Història Clínica Compartida a Catalunya (HCCC) i *Recepta Electrònica (RE)* (prescripció i també dispensació) preservant-ne la possibilitat d'identificació de les persones i regles precises en accessos a dades personals. El *SIISP* ha d'aportar eines per a la gestió clínica, generant informació clínica i econòmica on line i models de comparació estandarditzats per al conjunt dels professionals del sistema públic. La interoperabilitat dels sistemes d'informació a nivell clínic i professional ha de ser la **base de les intervencions integrades sobre els processos dels pacients** (PRP pàg. 4).

Tot i disposar d'un bon *SIISP* i d'un alt nivell de transparència és necessari dotar al sistema de capacitat crítica sobre aquesta informació, fent-ho a tres nivells. 1er) La participació dels professionals sanitaris que es constitueixin en subjectes dels seus processos de treball, reflexionant sobre els problemes d'organització i funcionament dels seus serveis i centres, identificant els obstacles, resolent les dificultats plantejades i dissenyant noves respostes als problemes clàssics o nous de trinca als quals s'enfronten els serveis de salut. 2on) Establir mecanismes fluids d'interacció amb universitats i entitats formadores que també treballin la informació del *SIISP* i la facilitada pels canals de participació dels professionals. 3er) Incorporar al *SIISP* a emprar per tots els centres del *SSCFP* un mateix model de comptabilitat i imputació de costos que permeti una avaluació comparativa entre centres feta de forma homogènia i, a l'hora, independent de la naturalesa jurídica i de la tipologia de la relació contractual amb el SCS

L'accés dels responsables d'avaluació i control a tota aquesta informació ha de permetre:

-el pas d'una deliberació administrativa a una deliberació ètica per avançar en equitat en el curt i el llarg termini i per a la selecció i/o prioritització d'opcions. El control sobre aquest discerniment s'ha de poder realitzar quasi *on line* per tal que les exigències de l'equilibri econòmic permetin ajustos també decidits des de la ètica de la cohesió social i no pas de la perspectiva merament pressupostària, administrativa o judicial. El discerniment basat en l'ètica i el seu corresponent control han de poder ser contrastats de forma pública i transparent.

- la supressió de controls previs, llevat de quan es tracti de decisions d'elevat volum o de repercussió a llarg termini.

-disposar de senyals d'alarma per desequilibris pressupostaris, en cohesió social, en qualitat dels serveis, o en compliment del codi ètic i de sostenibilitat, que determinin intervencions immediates d'algun organisme d'avaluació o control.

- donar un tomb en la avaluació i assignació justa de recursos avui orientada als "proveïdors de serveis sanitaris" i fer que estigui basada en les persones, per grups o categories socials i per territoris de salut; per tan programes, pressuposts i avaluacions considerables per grups de persones.

Per a que els conceptes, paràmetres, dades i agrupació de les mateixes siguin interpretats unívocament, no sols dins del sistema sanitari sinó també per aquells que s'hi interrelacionin, cal que la interoperabilitat també afecti a aquests darrers. Per assolir una adequada desburocratització i evitar duplicitats aquesta pràctica representa canvis a fer en l'ICS i "concertats" de manera que hi hagi homogeneïtat en el tractament de la informació i un mateix model de control, però ha d'incloure a qualsevol altre àmbit de les administracions públiques, particularment les d'estadística, control, intervenció o fiscalització i tan en les dades com en els codis emprats en el *SIISP*. Una pràctica que també afecta a la terminologia codificada en els corresponents manuals d'interoperabilitat (p.ex. que quan un responsable "autoritza" vol dir que també "justifica" llevat explicitació regulada en sentit contrari). La sanitat catalana guanyarà extraordinàriament en confiança i efectivitat si no cal que en els àmbits administratius, d'avaluació i control ningú preguntí a ningú, i tan sols calgui introduir dades i preguntar al *SIISP* coneixent les pautes amb què s'ha establert. Ateses les estretes

vinculacions entre salut i serveis socials, particularment en l'àmbit de la dependència, la interoperabilitat de la informació s'ha de desenvolupar en alguns aspectes conjuntament entre els àmbits de salut i serveis socials que són responsabilitat de la Generalitat i dels ajuntaments.

Accés dels ciutadans i ciutadanes a la “Carpeta personal de salut” a informació de la situació personal en les llistes d'espera i dels accessos a la seva HCCC i a la medicació dispensada, amb Recepta electrònica o no. El tractament integrat de la informació personal anonimitzada per part dels organismes avaluadors permet aquest tomb.

Des de la òptica de la transparència s'han d'aplicar les recomanacions del “Informe sobre Bon Govern i Transparència Administrativa, Generalitat de Catalunya, 2005” particularment en relació als documents governamentals dels Departaments de Salut i de Benestar Social, de les entitats del SNSC i de les Agències i altres instàncies públiques d'avaluació i control. Concretament, el criteri que tot informe ha de ser públic, llevat dels que responguin a un llistat explícit i públic de temàtiques concretes o tipus d'informes concrets considerats de caire reservat. Concretament seran *públiques totes les anàlisis i informes de l'Agència d'Avaluació* (PRP pàg. 5) i d'organismes similars. Transparència no és només publicar informació és també presentar-la i fer-la fàcilment assequible i comprensible al servei de ciutadania, directius del sistema i responsables polítics.

7. Avaluació i codi ètic i de sostenibilitat

Establir un **Codi ètic i de sostenibilitat aplicat a totes les entitats del SNSC així com a la totalitat d'entitats amb centres de primària i d'internament que treballin per al SNSC**, per tant, inclou a tot el SISCAT i a d'altres centres que també treballen per al SNSC. Codi aplicable als respectius òrgans de govern, als professionals propis i a les empreses o professionals que contractin. Codi **amb model de transparència absoluta i d'abordatge dels possibles conflictes d'interessos** privats individuals o col·lectius, de directius, de professionals o d'usuaris, tant en i entre entitats sanitàries públiques com respecte a les privades. Codi amb criteris i pautes d'actuació identificables objectivament, gens genèriques, avaluades amb independència, monitoritzables i sancionables. (PRP pàg. 4). Codi que contemplarà els possibles conflictes d'interessos entre entitats, directius o professionals que treballen amb finançament públic i tercers amb interessos particulars de persones, grups corporatius o empreses. Codi amb normes concretes sobre les denominades “portes giratòries” i l'acció de promoció comercial (explícita o encoberta) en els centres de serveis de salut i entre els professionals. Codi que afecti a tots els professionals que treballen amb finançament públic dins del sistema sanitari o fora però pel mateix sistema (p.ex. en instàncies d'avaluació, d'intervenció o de finançament que depenen d'altres àmbits de l'administració pública).

Establir entre l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitària (AQuAS), un altra agència que depengui conjuntament dels Departaments de Salut i de Benestar Social (o de la Presidència i d'aquests), i/o en un organisme públic i independent una **sistemàtica d'anàlisi de la informació disponible prou exhaustiva com per detectar desequilibris presents i riscos de futur per la cohesió social, l'equitat, l'estabilitat i la sostenibilitat o bé incompliments del codi ètic i de sostenibilitat de qualsevol entitat** o territori de salut (PRP pàg. 5). Igualment que avaluïn de manera vinculant les intervencions sanitàries i les que tenen influència en la salut per tal que es mantinguin o es millorin els objectius d'equitat, eficiència i seguretat tan del sistema sanitari (CBJ pàg 19) com dels serveis socials de finançament públic. L'accés on line de l'Agència o agències d'avaluació, de la Central de Resultats i de la Central de Balanços al sistema d'informació integrat (SIISP), amb tots els seus indicadors i dades, així com l'anàlisi de les responsabilitats del compliment dels contractes, seran el que aportarà tot el coneixement.

Dins d'aquest marc i objectius cal fer els canvis jurídics i administratius oportuns per a que:

- Se substitueixin els models d'avaluació o control basats en normes administratives per passar a una avaluació/control d'unes correctes deliberacions ètiques conforme als objectius, programes i pressupostos establerts anualment i el codi a establir d'ètica i sostenibilitat. Establir àmbits d'avaluació conjunta de les polítiques i accions en salut i en serveis socials com nivell mínim de responsabilitat conjunta a nivell governamental, tan d'àmbit nacional com territorial.
- En la selecció de les persones adients per a l'òrgan de govern, dels directius i dels professionals dels òrgans d'avaluació i control es vetllarà explícitament per la independència i rigor del criteri professional, pel sentit de la responsabilitat i per la visió directiva dels seleccionats (PRP pàg. 5). La participació en el procés per part d'entitats socials, acadèmiques i professionals dotades d'estructura democràtica i representativitat així com el consens polític (i no per “quotes de poder”), és indispensable (PRA pàg 16).

- La Agència o agències d'avaluació (inclosa la Sindicatura de comptes) rendeixin compte públic de la seva tasca en el Parlament donant prioritat en avaluar l'impacte social de l'acció dels serveis sanitaris i socials i de l'exercici de les diferents responsabilitats de govern en els organismes dels SNSC, tan o més que a l'avaluació del que fa cada centre del SSCFP.

8. Professionals

Autonomia de gestió de tots els hospitals i centres d'atenció primària del Servei Nacional de Salut de Catalunya (SNSC) i preservació de la capacitat de decisió que és competència de les direccions generals i gerències dels centres. Els responsables centrals i territorials del SNSC afavoriran l'acord d'eficiència per als serveis comuns a emprar, així com la competència per comparació i l'incentiu per a la innovació i la cooperació. (PRP pàg 5).

Regulació dels límits de decisió en centres o serveis amb autonomia de gestió, a través de la planificació estratègica, del contracte i dels indicadors de seguiment, aprofitant les experiències existent en centres de titularitat pública que ja en disposen (ICS o concertats) i que creiem s'hauria de basar en:

- La plena autonomia en l'organització del treball de cada centre o servei de salut.
- El model de control i d'incentius (no d'autoritzacions) basat en objectius a curt i mitjà termini (no en normes administratives prescindibles).
- L'exigència d'ús de serveis comuns que facilitin sinèrgies a curt i llarg termini.
- La política de selecció, promoció i retribució del personal amb pautes comunes a tot el SNSC, no sols en el(s) conveni(s) col·lectiu(s) sinó també pel que fa a la política de personal a llarg termini.
- La dimensió mínima per a que un centre del SNSC tingui personalitat jurídica pròpia: ser l'únic de la seva tipologia i que la seva funció bàsica (hospital general o mental, CAP, sociosanitari, servei de suport) l'exerceixi per a tot un Territori de Salut o ser l'únic hospital d'una universitat.
- Les pautes comuns (no pas reglament unívoc) en relació a com seleccionar/ratificar/nomenar i retribuir els directius dels centres amb autonomia de gestió.
- L'auditoria de les dades i dates i el control, exterior a l'equip del centre, del compliment del codi ètic i de sostenibilitat.

Participació professional. En el Govern de les institucions sanitàries s'ha de tenir en compte la peculiaritat que suposa tenir i haver de gestionar tant coneixement expert. Hem de considerar aquest fet com una oportunitat i incorporar aquest coneixement a totes les decisions polítiques i gestores. Cal que els professionals de la sanitat participin en la presa de decisions i que aquestes estiguin contrastades pel coneixement expert dels professional. En aquest sentit seria necessari redissenyar les juntes clíniques per tal que poguessin complir aquesta funció.

Gestors: La gestió de les entitats públiques hauria d'encomanar-se a professionals experts, prou coneixedors de les peculiaritats del tractament dels problemes de salut individual o pública pels corresponents òrgans de govern mitjançant procediments públics i reglats, en base a criteris estrictament de confiança professional acreditable i completament desvinculats dels cicles polítics.

Controladors i avaluadors: En la sanitat, com en la salut, hi ha múltiples interrelacions. No són absolutament dissociables uns resultats satisfactoris i equilibrats, a curt i a llarg termini, en els àmbits econòmic, financer, de salut individual, de salut pública i de satisfacció de les persones. Calen avaluadors i controladors a cada àmbit, però en cap d'aquests àmbits poden obviar-se totalment, els altres. En la selecció (o assignació) de persones per aquestes funcions cal tenir-ho present.

9. Responsabilitats pressupostàries en recerca

Dins del SNSC, per una efectiva política d'equitat, amb assignació de pressupost equitatiu i valoració de resultats, s'han de diferenciar els costos i el finançament de l'assistència, la salut pública, la recerca (que no inclou innovació per eficiència de l'assistència) i la docència. Cada STS ha de ser responsable de la provisió dels serveis de salut per a la població del seu territori, però com que pot ser que en un mateix territori, a més de l'entitat STS, hi coincideixin altres entitats sanitàries, siguin també mitjà propi de la Generalitat o no, cal precisar-ho bé. La responsabilitat del STS inclou la dels resultats en salut de la ciutadania del seu territori, dels costos de la pròpia entitat STS i de l'adequació d'aquests al pressupost assignat. Però per una efectiva política d'equitat que no vol dir igualtat, cal que siguin diferenciats, a tots els nivells, els costos per la salut dels derivats o imputables a la recerca i docència. Un STS ha de ser responsable de la distribució i execució

del pressupost per atendre els costos per la salut de la ciutadania del territori, es realitzi aquesta provisió en aquell mateix o en un altre territori, i també del pressupost de recerca i docència que realitzi el propi STS, però, en canvi, no ha de ser-ho del pressupost de recerca i docència que efectuïn altres entitats situades en el seu territori. (PRA pàg. 17). De l'assignació del pressupost de recerca i docència, entès com sobrecost en l'assistència dels centres universitaris, n'ha de ser responsable el Departament de Salut, bé sigui sol o conjuntament amb el responsable d'universitats.

Establir i **desenvolupar una sistemàtica de recerca en el tractament d'informació relativa a variacions en equitat i cohesió social** per tal de disposar d'un sistema d'indicadors i avaluació, a efectes d'incloure objectius i resultats avaluables i, fins i tot contractables, en qualitat de l'equitat i en contribució a la cohesió social dels centres, entitats i territoris, així com del conjunt del SSCFP. Recerca que ha d'incloure mètodes per avaluar quantitativament l'impacte dels incentius, positius o coercitius, a centres, directius, professionals o ciutadania en els nivells d'equitat i cohesió social. Siguin incentius establerts per les autoritats i directius del sistema o siguin generats per interessos particulars o de col·lectius interns o vinculats al SSCFP.

10. Assistència en entitats amb centres del SSCFP de pacients amb finançament privat

Garantir l'equitat en l'accés al sistema sanitari de qualitat prioritzant la necessitat personal de salut com a criteri principal d'accés (CBJ pàg 18) és responsabilitat tan de les instàncies governamentals del SCS i dels STS com dels centres sanitaris del SSCFP que també atenguin a pacients amb finançament privat o amb finançament públic aliè al de la Generalitat. Per garantir-ho cal que s'estableixin normes concretes i mesurables a incorporar en el codi ètic i de sostenibilitat. Normes de compliment adequat i controlat de manera independent, particularment en la gestió de les llistes d'espera dins d'un mateix territori que incloguin normes concretes en l'accés de pacients amb finançament privat als centres del SSCFP i, d'entre aquests, normes més específiques pels centres del SNSC. Els governs del SNSC i dels STS han de donar compte anualment del compliment d'aquestes normes i garanties⁹ així com de les queixes per possibles incompliments i del resultat de les accions empreses per donar resposta a les queixes o reclamacions que es puguin produir.

Montserrat Figuerola i Batista, Josep M^a Armengou i Iglésias, Andreu Banús i Guerrero, Joan Canals i Innamorati, Marina Geli i Fàbrega, Feli Lora Jiménez, Santiago Marimón Suñol, Josep M^a Sabaté i Guasch, Roberto Villaescusa Sáiz

Barcelona, 23-4-2014

Els signants declaren no tenir interessos econòmics en les propostes, que han formulat a títol individual. Aquest document es completa amb un Annex de precisions i observacions

⁹ L'any 2006 es va publicar "Les Prestacions privades en les organitzacions sanitàries públiques", (justificació de Barnaclínic). No s'han establert les normes públiques concretes que ho regulin, sol·licitades en les conclusions d'aquest document (PRA pg 9)

Annex de precisions i observacions al document “Per un Sistema de Salut de Catalunya de responsabilitat i finançament públic, compromès amb la qualitat, l’equitat i la cohesió social” de 23-4-2014

Nota: Les precisions i observacions que segueixen tenen per objectiu una millor explicació del caràcter i motius de les **Propostes de compromisos de reformes** a endegar, contingudes en el document de referència. Elaborades pels mateixos signants del document i seguint el mateix índex i la mateixa dinàmica formal en quant a les cursives. Sovint emprant la primera persona del plural però que no van signades ja que a la hora de cercar motius i formes de precisar les reformes no hi ha, comprensiblement, un 100% de coincidències entre els signants del document, ni tampoc les hem cercat considerant que a l’hora de proposar o establir compromisos allò verament important són els objectiu i els resultats, més que no pas els camins. Però els camins precisen de senyalitzacions precises i, en casos, baranes segures. Avançar per camins difícils també exigeix no badar, ni guiar-se sol per les emocions i sempre és útil una bona brúixola. Avui les tecnologies digitals permeten una gran precisió i permeten el vocabulari i els codis amb precisió. L’aposta que proposem per un bon sistema d’informació integrat amb capacitat per detectar desequilibris hauria de donar confiança als parlamentaris que hauran de concretar la nova Llei de Salut i d’Ordenació Sanitària de Catalunya (LSOSC) que propugnem. Hauria de tenir llarga vida, dins del canvi constitucional que sens dubta tindrà el nostre país. Requerirà d’un bon consens, ser aprovada per majoria qualificada del parlament i també ser prou precisa en quan a claredat de les seves característiques bàsiques. Claredat per evitar interpretacions i concrecions formulades posteriorment en el DOGC amb les que poguessin raonablement sentir-se enganyats una part dels qui hagin aprovat aquesta nova Llei. Claredat també per expressar el punt just on convergeixen les confiança i es passi de les expressions mitificades a les concrecions constructives consensuades. Les precisions i observacions que segueixen pretenen ser una petita ajuda a la tasca dels parlamentaris que haurien de consensuar per majoria qualificada una nova llei clara, saludable i catalana. La que es mereix i necessita un poble que reivindica l’autogovern del seu estat de benestar. Un estat del benestar que el poble estima i avui el troba malalt.

2. Les relacions entre el SNSC i el SSCFP, l’expressió i el caràcter de “mitjà propi de la Generalitat”

Entre les denominacions del nostre sistema de serveis de salut cal adoptar-ne algunes que ajudin a una millor comprensió de la seva estructura, ja prou complexa per ella mateixa. Per això és oportuna la diferenciació entre dos conjunts, el del “servei nacional” i el del “sistema”. El “servei nacional” és aquell conjunt d’entitats del que s’ha emfatitzar tan la vocació prioritària de servei nacional com el compromís amb la cohesió social de tota la nació catalana i, encara emfatitzar-ho per part de cada una de les entitats i centres i de tots ells com a conjunt integrat. Conjunt de centres que configuren el *Servei Nacional de Salut de Catalunya*, encara que prestin el seu servei sols en una part de la nostra nació, centres amb un compromís del que se’n responsabilitzen directament uns òrgans de govern de les entitats configurats per persones que emanen majoritàriament d’eleccions democràtiques. El SNSC és un conjunt integrat que forma part d’un sistema de serveis més ampli, el *Sistema de salut català de responsabilitat i finançament públic (SSCFP)* del que també en són membres altres entitats a les que no se’ls hi exigeix ni aquesta vocació exclusiva amb el país, ni el compromís democràtic i que només tenen en comú amb les del SNSC prestar alguns dels mateixos serveis també finançats i controlats pel Govern de la nació. Per superar polèmiques maniquees sobre què és “públic” i el què és “privat” i establir clarament aquesta oportuna diferenciació entre SNSC i SSCFP, és preferible aplicar el model establert per la Unió Europea i, en conseqüència, considerar membres del SNSC totes les entitats de la Generalitat i les que tinguin el caràcter de “mitjà propi” de la Generalitat i considerar membres del SSCFP totes les que formen part del SNSC més les altres que també rebin finançament del pressupost del Departament de Salut però que no poden tenir aquest caràcter segons està legalment establert de forma precisa.

L’expressió “mitjà propi i servei tècnic d’un poder adjudicador” neix de la directiva 2004/18/CE i està incorporada a la legislació sobre contractació pública¹⁰. La directiva de la UE ve a dir-li a qualsevol administració pública: senyora Administració, si vol contractar i no vol fer concurs públic obert perquè disposa d’algú de la seva confiança, que quedi clar que vostè confia en tal entitat o empresa perquè hi mana, perquè en els seus estatuts es diu que és «mitjà propi i servei tècnic» de vostè i perquè comptant capital social o membres del Consell vostè tingui més del 50% del poder; independentment de la forma jurídica (empresa pública, consorci, fundació) de que es tracti. Però, si malgrat tenir-ne no l’hi vol adjudicar i vol fer concurs, aleshores no faci trampa, cap diferència entre els que s’hi presentin, però el seu “mitjà propi”, ja que no hi

¹⁰De conformitat amb la *Ley de contratos del sector público* (RDL 3/2011, art 4.1.n, art 24.6), el contractes entre un “adjudicador” (Generalitat) i una entitat o empresa “mitjà propi” (de la mateixa) no es regeixen per aquesta Llei. Son contractes de tipus intern.

té confiança, no s'hi podrà presentar. Aquesta és l'única diferència clara que hi pot haver i que hi ha d'haver per quan la Generalitat encarregui serveis de salut de finançament públic. Cap diferència per raons de valoracions ètiques, ideològiques o corporatives discutibles. Per això tots els CAPs, però també els hospitals generals haurien de ser mitjà propi de la Generalitat (o d'altra administració igualment pública). O té serveis propis o no en té. Si en té no és acceptable que no hi confii i si no en té no és acceptable que financi increments de patrimoni privat encara que sigui sense ànim de lucre. Cal que hi hagi una coincidència entre ciutadania i govern en confiar en els serveis de salut bàsics. Per això s'elegeix un govern i més en salut on les relacions de confiança entre ciutadans-pacients i professionals-prestadors de serveis és substancial. Una confiança que no pot estar mediatitzada per interessos econòmics o interessos de poder o corporatius, però que sí que ha d'estar basada en el compliment d'uns encàrrecs contractuals clars no pas de caire mercantil. Considerem necessària una reformulació dels òrgans col·legiats de govern de les entitats públiques que, per facilitar una bona confiança tan de la Generalitat com de la ciutadania, haurien d'estar formats per persones de prestigi, vinculades al territori, escollits per mèrits (no per "quotes de poder") i que haurien d'actuar amb prou independència de criteri com per mantenir la confiança de tothom. Les actes dels òrgans de govern de les entitats "mitjà propi" han de ser d'accés públic.

El caràcter de "mitjà propi" no s'atorga. Segons la directiva europea i la Llei de contractes del sector públic, a que ara ens hem referit, sols el té l'entitat de qui així consti en els seus estatuts o en la seva carta fundacional i sols si compleix també amb els requisits quantificables que estableix la llei i que en el text de les propostes s'ha sintetitzat dient que es tracta d'entitats en les que "la Generalitat (hi) disposa de capacitat directa per exercir la seva responsabilitat pública". Aquesta capacitat directa ha de ser 100% amb criteris que corresponguin al codi ètic i de sostenibilitat pels serveis de salut a establir de forma específica i prou concreta com per ser quantificable. Codi que, per aquest motiu, també ha d'afectar a tots els qui assumeixin responsabilitats públiques tan de govern, com de gestió, inclosa la gestió clínica, com d'avaluació i control. Cal evitar que puguin resultar predominants criteris totalment aliens a la ètica dels serveis de salut. Es a dir criteris exclusivament administrativistes, o que responguin a interessos econòmics, de caire corporatiu o de poder social, que poden ser tan legítims com distorsionants pels serveis de salut. El que hem dit abans sobre la necessària precisió de la nova LSOSC val també pel codi ètic o per l'aplicació dels criteris per diferenciar perspectives públiques de privades.

Aquí hem emprat l'expressió «mitjà propi de la Generalitat» per expressar que una entitat pot ser-ho "de" qualsevol entitat contractant de la Generalitat: Departament de Salut, Servei Català de la Salut, Servei Nacional de Salut de Catalunya, Serveis Territorials de Salut. Proposem canvis en les relacions institucionals i per això parlem genèricament de "la Generalitat" o "d'altres Administracions". Entenem que una reforma com la proposada tindrà més sentit si el SNSC té personalitat jurídica i "poder adjudicador". Les entitats amb hospitals i CAPS haurien de passar a ser mitjà propi del SNSC o del SCS (tal com ja ha previst sempre, amb d'altres expressions, l'art. 5 de la LOSC). Creiem que hi ha vies per a que el pas a ser "mitjà propi" no trenqui amb el positiu històric que tenen molts centres privats i resulti positiu per professionals i pacients. Tenim experiències a Catalunya com comentem en l'apartat següent.

Les entitats i empreses del Servei Nacional de Salut de Catalunya (SNSC), en funció de la seva pertinença a la Generalitat, assumeixen en els seus objectius i activitats una responsabilitat "Nacional", perspectiva que no haurien d'oblidar malgrat la lògica limitació del abast de les seves activitats. Entenem per perspectiva de responsabilitat "Nacional", les responsabilitats pel progrés en l'equitat i cohesió del conjunt de la ciutadania de Catalunya. Aquesta perspectiva és expressió de la capacitat i agilitat amb què les entitats del propi Govern (Departament de Salut, Servei Català de la Salut, Serveis Territorials de Salut) han de tenir per modificar els objectius i activitats de les entitats i empreses del SNSC. Totes les entitats o empreses del SNSC són públiques. En canvi, en les altres entitats i empreses del Sistema de salut català de responsabilitat i finançament públic (SSCFP), encara que tinguin encàrrecs que afectin a la equitat i cohesió social en l'àmbit poblacional objecte de l'encàrrec, els canvis que el Govern vulgui introduir en les responsabilitats que tenen assumides sempre els haurà d'instrumentar mitjançant la modificació dels contractes o convenis que uneixen a aquestes entitats o empreses (públiques o privades) amb les corresponents entitats del govern. Canvis que sovint no són àgils de produir. Molt menys àgil seria pretendre resoldre per la via de la judicialització les disfuncions o incidències per manca d'equitat o qualitat. Disfuncions que, en canvi, es poden solucionar àgilment per la via jeràrquica en les entitats del SNSC.

Un motiu també destacat perquè tots els hospitals no especialitzats i EAPs hagin de ser d'una entitat mitjà propi de la Generalitat és la seva capacitat de generar demanda a curt o a llarg termini. Una demanda que tant pot ser justificada o prioritària com ni justificada ni prioritària, o que pot estar condicionada si hi ha interessos privats (financers o de poder social no democràtic). Encara que no siguin formalment "amb ànim de lucre" i s'estableixi un adequat nivell de control, mitjançant les subcontractacions es pot amagar una política contrària a l'equitat o d'ètica discutible tractant-se de fons d'origen públic. No proposem pas que ser

mitjà propi sigui necessari per altres serveis de salut, pels quals també és oportuna una política integral i integrada, però que, en canvi, no tenen, o la tenen en molt menor grau, capacitat per generar demanda no necessària. Per exemple, els centres sociosanitaris. El motiu pel que tots els CAPs i el màxim possible d'hospitals passin a ser "mitjà propi" de la Generalitat no respon tampoc a una voluntat estatalitzadora, sinó a una voluntat de proximitat territorial i democràtica, tal com es concreta més endavant a propòsit dels consells de govern dels Serveis Territorials de Salut.

Els hospitals no mitjà propi de la Generalitat que siguin considerats de continuïtat indispensable, no haurien de poder endeutar-se a més d'uns 4 anys. Fer front al seu endeutament es converteix, en la pràctica, en obligació de la Generalitat i en considerar despeses financeres com despeses de salut amb el conseqüent perjudici per a la població del territori. Pel mateix raonament, el finançament públic suportat directament o indirecta per la Generalitat i destinat als esmentats hospitals per atendre el manteniment i inversions considerats necessàries pel SNSC, o bé per sancions per incompliment del codi ètic i de sostenibilitat, s'hauria de traduir en un percentatge corresponent de participació en el capital i/o poder institucional de l'entitat concertada que, si fos el cas, aniria augmentant fins arribar a superar el 50% i passar a ser mitjà propi de la Generalitat fent aleshores els canvis institucionals que la normativa europea pugui requerir.

Cal evitar que s'hagin de convocar concursos per a l'adjudicació de serveis d'atenció primària i hospitalaris, en funció de la filosofia ara comentada i de l'objectiu d'autonomia dels centres amb foment de la competència per comparació i de l'incentiu per a la innovació. Negatiu és que els interessos privats gestionin serveis públics, però negatives són també les adjudicacions a dit o les pressions a entitats públiques o a grups de professionals a fi i efecte que no es presentin a un determinat concurs públic. En centres que formin part del SNSC o centres i serveis nous a incorporar al SNSC, les responsabilitats de gestió de serveis de salut, siguin individuals (càrrecs directius) o d'equip, s'han d'adjudicar, primer, amb pública possibilitat de presentar-s'hi per rebre l'encàrrec, i segon, amb decisió de l'adjudicació justificable, justificada i en termes comprovables de la competència professional i del compromís amb el codi ètic de la persona o del grup de persones a qui s'assigni una responsabilitat de gestió d'un centre o servei del SNSC. Per contractar serveis pel SNSC quan ni calgui que siguin prestats per un mitjà propi del SNSC, ni el pugui prestar cap centre del SNSC, caldrà concurs públic obert que no serveixi per increments patrimonials privats (PRA pàg12-13).

Per una bona capacitat d'avaluar i comparar homogeniament els CAPs tan en costos com en polítiques d'integració de serveis no és convenient que, en un mateix territori de salut, hi hagi uns equips d'atenció primària que depenguin d'una entitat també hospitalària, d'altres equips d'altre entitat també hospitalària o de cap. Per aquests motius i per potenciar el protagonisme de l'atenció primària capgirant el que tradicionalment han tingut els hospitals és oportú que, progressivament, tota l'atenció primària d'un territori depengui d'una única direcció específica.

El model de SNSC i de SSCFP, així com el de relacions entre els seus membres, definides de forma contractual i sota el principi ètic de justícia que aquí es proposa permet una oportuna diferenciació de funcions, fins i tot si es vol dins d'una mateixa entitat jurídica. Però de forma que no segregui les responsabilitats i que faciliti la diferenciació entre responsabilitats assumides per instàncies amb governs que emanen d'eleccions democràtiques d'aquelles assumides per altres instàncies legítimes. Amb exercici de responsabilitats avaluades de forma pública i homogenia en funció de l'interès públic

3. El model sanitari territorial

La implicació de Generalitat, administracions locals (ajuntaments i diputacions), d'entitats socials en els òrgans de govern dels Serveis Territorials de Salut (STS), **responsables de l'equitat**, ha de representar l'actualització, en una Catalunya europea del segle XXI, de l'herència i identitat històrica dels nostres serveis de salut al llarg de més de 7 segles. Una identitat "singular" a preservar, però també a adaptar a les possibilitats de la societat de la informació, per tant, de forma "clara i catalana". La representació dels Ajuntaments (que no hauria de ser igual a" representació dels partits presents en els ajuntaments") així com la d'entitats socials en els òrgans de govern dels STS o de les entitats sanitàries que siguin "mitjà propi" de la Generalitat pot fer-se regulant i explicitant la via que ja s'aplica en alguns consorcis públics des dels seus orígens. Un cas paradigmàtic és la fusió d'entitats que va donar lloc al Consorci Hospitalari del Parc Taulí a Sabadell. Aplicar aquest model, ja dissenyat a 1987, vol dir que els ajuntaments o entitats de caire social proposen persones concretes a la Generalitat (a l'organisme concret corresponent) i aquesta els designa com a representants seus. D'aquesta forma es preserva tan la responsabilitat de la Generalitat, com la participació d'entitats públiques o privades que tinguin prestigi en sensibilitat social entre la ciutadania afectada. S'ha de poder assegurar que aquest prestigi social i credibilitat per a una política equitativa no sigui una herència històrica inqüestionable o immutable, ni cap "dret adquirit" de cap grup o entitat.

Ara tenim 29 sectors de salut. N'indiquem un mínim de 7, un per vegueria, i un màxim de 22, tot passant a Barcelona ciutat de 10 a 4 i a l'Alt Pirineu-Aran de 2 a 1. Representaria una mitjana per territori "sector sanitari" de 340.000 habitants, 17 Equips d'Atenció Primària, 3 Hospitals d'aguts i 6 centres d'internament de salut mental o sociosanitari (PRP pàg. 6). El Mapa Sanitari de 1980 establí 12 "Àrees de salut" però amb una gran diferència poblacional entre elles. Atenent també a la distribució geogràfica actual dels hospitals generals, segurament el nombre idoni de territoris de salut sigui entre 16 i 22.

De la revisió de la legislació vigent i de la documentació generada pel Departament de Salut de la Generalitat, anterior als canvis produïts en l'Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT) mitjançant el decret llei 5/2013, de 22 d'octubre i de la entrada en vigor de la "*Ley de racionalización y sostenibilidad de la administración local*" (LRSAL) de 27 de desembre de 2013, es despenia la voluntat d'impulsar àmbits de col·laboració en matèria de salut pública entre el Govern de la Generalitat i els ajuntaments. Aquesta voluntat s'expressà mitjançant el conveni marc que, en data 2 de juliol de 2013, subscriuen el Secretari de Salut Pública del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, i els Presidents de l'Associació Catalana de Municipis i Comarques i de la Federació de Municipis de Catalunya. El conveni marc estableix el règim general dels compromisos que s'han d'incloure en els convenis subscrits entre els ens locals i l'Agència, i també els mecanismes de seguiment corresponents en relació a la prestació de serveis de salut pública. L'espai de col·laboració i coordinació de les competències en salut de Generalitat i Ajuntaments és el territori i l'autoritat pública que ha d'assumir-ne la direcció política concorrent d'aquestes competències convé que siguin els òrgans de govern dels Serveis Territorials de Salut.

Una de les considerables "singularitats" de la història de Catalunya que la diferencien d'altres pobles de la península ibèrica ha estat la cooperació de Generalitat i ajuntaments en l'àmbit de l'atenció hospitalària i sociosanitària. Un element diferencial que té uns orígens en fa més de set segles, que va restablir-se amb la recuperació de la Generalitat i que el Ministerio de Sanidad no ha volgut reconèixer mai, considerant, encara avui, que els centres dependents d'ajuntaments o diputacions són "privats". Cal restablir i blindar constitucionalment l'espai legal i formal de cooperació Generalitat-Ajuntaments en aquests àmbits que ha d'estar exclusivament subjecte a legislació d'àmbit català. Aquest espai poden ser els Serveis Territorials de Salut aquí descrits.

Catalunya té també una "singular" tradició històrica d'iniciatives i d'implicació de la societat civil per afrontar problemes socials i de salut de les classes populars. Un àmbit de participació que cal restablir però reformant-lo profundament per dos motius. El primer és la necessitat de superar la perspectiva de que es mantinguin o s'accentuin fortes diferències socials, perspectiva que, històricament, ha sigut la predominant en etapes gens democràtiques, en etapes més corporatives que democràtiques i en les etapes de predomini de valors religiosos respecte a valors d'ètica civil. El segon motiu el constitueixen tres reptes ineludibles en participació: adaptar-la a la legislació europea (que participació no equivalgui a propietat, com passa amb mútues o ordres religioses), enriquir-la amb les potencialitats dels actuals sistemes i tecnologies de la informació i, com tercer repte, donar a la participació una dimensió netament social. Per això proposem el restabliment d'uns consells de salut que siguin molt propers als problemes socials i a l'impacte d'aquests en la salut, tan com per plantejar-se que, en cada territori, siguin fonamentalment integrats per persones amb coneixement i experiència acreditada en aquests camps però proposades, o fins i tot elegides, per la Taula d'Entitats del Tercer Sector Social de Catalunya que avui aglutina 4000 entitats i pels sindicats no corporatius que, a part del seu paper de representació de professionals i treballadors, tinguin també, però diferenciada, la representació ciutadana de treballadors de tots els altres sectors, així com la d'aturats i pensionistes. En tot cas, cal estructurar la participació ciutadana en el govern dels sistemes de salut que és un dret fonamental recollit en la nostra legislació, que dona veu i vot a la ciutadania tot fent-la coresponsable i incorporant-la com a part integrant del procés, de manera que estigui compromesa amb la presa de decisions en les estructures regulars del sistema, que comprèn recursos, organització, gestió i control de resultats. Es tracta de la participació a nivell individual en els processos particulars, però sobre tot, de la participació a nivell col·lectiu en la determinació dels objectius i els recursos necessaris per a la ciutadania d'un territori o àrea de salut. Els consells de salut convé que també comptin amb professionals de l'atenció primària i comunitària i de la salut pública per jugar un paper de mediadors entre els interessos diversos que expressarà la participació ciutadana. Cal restablir els governs territorials de salut (GTS, Decret 38/2006, derogats pel 5/2013) amb les competències i modificacions oportunes per assegurar, encara que no tinguessin personalitat jurídica pròpia, els objectius principals de responsabilitats en integració de serveis, equitat i cohesió socials. Cal reivindicar que el model de gestió des de la proximitat i la cooperació entre, d'una banda, Generalitat i ajuntaments, com coresponsables democràtics de la protecció de la salut pública i individual i, de l'altre, els professionals sanitaris i les entitats socials del territori compromeses amb la cohesió social, formen part no sols d'una "singularitat catalana" sinó que, sobre tot, representen la "genètica" del nostre model social històric a resituar, amb els mitjans informatius de què avui disposem, a anys llum del centralisme i del burocratisme amb que va

néixer la seguretat social sota el franquisme. Un model social català que van regenerar els primers ajuntaments de la democràcia i que avui hem de recuperar i revitalitzar. Ara un dels camins possiblement sigui també la fusió, en una sola entitat, dels centres públics d'un territori.

Les fusions de centres de titularitat pública dins d'un mateix territori es plantegen en el present document sota la base de que sigui menor a l'actual el nombre de Territoris de salut i en resulti també una reducció del nombre d'entitats públiques sanitàries que avui tenim en el conjunt de Catalunya. Reducció mitjançant una dinàmica d'integracions programades entre les mateixes¹¹. Des de la òptica institucional podrien formular-se com fusió d'entitats o com absorció en una d'elles; però, en tot cas, convé que el govern, control i avaluació del conjunt efectivament integrat, sigui fet amb perspectiva exclusivament territorial, es a dir, sense que cap govern del STS hagi de demanar permís a ningú per exercir les seves competències destinades a assolir els seus objectius d'equitat, qualitat i eficiència. Ja tenim prou "integracions" sols nominals o generadores de nou desequilibris.

4. Responsabilitats governamentals en l'equitat i la cohesió social (perspectiva de resultats socials, no sols individuals)

L'objectiu d'aquest apartat és facilitar el transit d'unes diferenciacions de rols i relacions entre les entitats sanitàries basades en un concepte de la sanitat com a sector productiu-comercial amb finançament públic i privat, cap al concepte de sector que instrumenta no sols el dret a la protecció de la salut com a dret ciutadà bàsic i de responsabilitat pública (Estatut de Catalunya (EAC) art. 13), sinó també un dels drets i principis rectors de la política del nostre país, la cohesió social (EAC art. 4). Un sector que coexisteix amb les iniciatives privades que també promouen la salut. Per tan, el que aquí es vol diferenciar no són parts dels procés productiu-comercial sinó que es diferenciïn els nivells de responsabilitats governamentals i els corresponents a diferents col·lectius de professionals institucionalment organitzats. Uns serveis de salut i socials prestats amb autonomia de gestió per col·lectius de professionals per a uns ciutadans individuals que viuen en comunitat; serveis de salut prestats en base al jurament hipocràtic en una societat de la informació i de l'estat de dret.

5. Un model de compromisos establerts mitjançant contractes

No convé judicialitzar ni la mala gestió, ni els errors en les previsions de futur, ni les decisions que generin demandes tan innecessàries com imprevisibles, però, sense negar la via judicial quan estigui justificada, els contractes amb les entitats del SSCFP haurien d'incloure possibles penalitzacions per incompliments o desviacions negatives excessives i no només en aspectes econòmics, i no pas a l'entitat sinó als directius dels centres del SNSC i també a l'entitat en centres del SSFPC que no formin part del SNSC. Cal preservar que aquestes penalitzacions, que s'haurien de poder aplicar amb prou agilitat i afectar minorant retribucions futures de directius i òrgans de govern (incloent-hi dietes), les decideixi un òrgan que sigui prou independent de l'àmbit polític que hagi intervingut en el nomenament dels òrgans de govern de centres del SNSC.

Com explicita la LOSC, la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública (XHUP), és l'instrument per "*aprofitar tots els recursos*" (existents) i per a "*l'homogeneïtzació adequada de les prestacions*". Avui el primer objectiu s'assoliria millor amb la fusió, a nivell territorial, d'entitats titulars d'aquests recursos. Per el segon objectiu es van establir les normes d'acreditació hospitalària que, en origen (1985), van servir per discriminar els centres d'internament que tenien concert amb l'Instituto Nacional de Previsión. Els centres concertats que van superar l'acreditació van passar a formar part de la nova XHUP, juntament amb els de l'INP (antecessor a Catalunya de l'ICS) i els que no la van superar van passar a la modalitat de sociosanitaris. A 2013 l'*Informe relatiu a la moció 3/10 del Parlament de Catalunya sobre les polítiques de salut* tenia per objectiu "*proposar la definició d'un nou marc normatiu de contractació que estableixi els criteris vinculants en la contractació pública que permetin ... (entre d'altres objectius) que l'ànim lucratiu no passi per davant de l'interès públic*". L'informe recorda que a "*hores d'ara no han estat desenvolupats els estàndards d'acreditació dels centres d'atenció primària, ni sociosanitària, ni de salut mental i addicions*" i els reclama. Tal com nosaltres ho veiem, els membres del Grup de Treball redactor d'aquest Informe (procedents de l'àmbit del dret) no van tenir prou present que, a efectes de contractació, les normes d'acreditació dels hospitals afecten, prioritàriament, a elements estructurals físics o organitzatius i les d'acreditació de serveis socials a elements d'ordre administratiu. És a dir, en ambdós casos verificables binàriament (compleix – no compleix), però que, en canvi, en l'acreditació de serveis de salut exercits predominantment de persona (professional) a persona (pacient), com són els d'atenció primària i de salut mental, la fonamental acreditació binària prèvia és només

¹¹ Si totes les entitats públiques amb centres que formen part del SISCAT es concentressin en una única en cada un dels Territori de Salut, el nombre d'entitats resultants no superaria el nombre de Territoris de Salut i es reduiria l'actual quantitat d'entitats

la titulació acadèmica dels professionals (no de l'entitat), unes titulacions que tenen *per se* un valor acreditatiu diferencial d'ordre legal segons que estiguin incloses o no entre les legalment considerades "professions sanitàries". D'altra banda, la també diferenciació binària, amb o sense ànim de lucre, no pot establir-se de forma efectiva des d'un codi ètic o una norma legal ja que el lucre tan és pot canalitzar via distribució de l'excedent econòmic (benefici distribuït), com de la consideració de despesa corrent d'inversions patrimonials o de sobrecostos no justificats en contractació a tercers que, en realitat són de la mateixa propietat o control que els de l'entitat considerada jurídicament "sense ànim de lucre". És el que hem denominat "autocontractacions". Per aquests motius i atenent a la normativa de la Unió Europea tan sols creiem considerable la diferència existent entre entitats que són o que no són "mitjà propi" de l'entitat pública que les contracta.

Dels dos documents que hem emprat de referència (citats en cursives) el més important per interpretar i considerar com s'han de portar a terme les reformes que proposem és el del Comitè de Bioètica de Catalunya (CBJ). El Comitè indica que *l'escenari de crisi econòmica i les polítiques de retallades ens obliga a repensar l'equitat dins del sistema sanitari públic*, ens recorda que *som equitatius quan tractem als iguals com iguals i als desiguals com a desiguals* i, en la recomanació a concretar per evitar la devaluació del sistema sanitari, explicita: *El sistema sanitari no pot ser objecte de privatització estricta*. Les desiguals formes jurídiques de les entitats del sistema de finançament públic determinen que, per a una política basada en "*El principi de justícia*", sigui oportú la coexistència de diverses modalitats contractuals i de vinculació amb la Generalitat. Així ja ho preveu l'article 5 de la LOSC des de 1990 que inclou expressions ("*preferible*", "*imprescindible*") d'aquest necessari tracte *desigual* que també haurà de concretar la nova LSOSC que proposem. Creiem que, en tot cas, estem parlant d'un procés de reformes a endegar pel consens de la majoria qualificada del Parlament qui haurà d'aprovar tan la nova LSOSC com el codi ètic i de sostenibilitat. Normes en les que es precisi com delimitar i controlar el caràcter de privatització "estRICTA" o nociva a curt o llarg termini, així com les diferències entre entitats que, jurídicament, poden canalitzar de forma diversa els seus interessos privats legítims i regulats per instàncies superiors al Parlament de Catalunya, que aquest els hi reconegui capacitat normativa a aplicar a Catalunya.

6. Transparència i rendiment de comptes

Per transparència absoluta entenem l'accés fàcil, creïble, comprensible i comparable de qualsevol dada de totes les entitats i centres amb finançament públic que no afecti a dades de salut de persones particulars identificables (PRA pàg. 14).

Per un rendiment de comptes vàlid per a les polítiques d'equitat és necessari que les dades d'activitat sanitària i de resultats en salut de les persones no estiguin sols reflectides de forma pública en funció dels centres i entitats que presten serveis de salut sinó per agrupacions de la ciutadania que rep els serveis. Agrupacions per paràmetres diversos: barris, grups de renda, situació laboral, etc.

7. Avaluació i codi ètic i de sostenibilitat

Com més capacitat científica i tecnològica tenim per combatre les malalties, més evident es torna la necessitat de prioritzar uns recursos sanitaris que no poden ser il·limitats. L'escenari de limitació de recursos ens obliga a repensar l'equitat en la salut i l'atenció sanitària en el nostre país (CBJ pàg. 6). El codi ètic i de sostenibilitat ha de tenir com a objectiu principal ajudar a avaluar, ponderar i quantificar, amb les precisions que calgui i que avui permet la digitalització de la informació, quines són les prioritats que cal aplicar en les prestacions i serveis de salut a ciutadans, considerats individualment o de forma col·lectiva. Però la política d'equitat no afecta només a ciutadanes i ciutadans en tant que subjectes del dret a la protecció de la salut i en el moment en què són usuaris dels serveis de salut, sinó que ha de començar incidint en la credibilitat ètica dels professionals d'aquests serveis, directius inclosos.

El codi ètic a desenvolupar, a implantar i a exigir a tots els centres del SSCFP, ha de tenir concrecions que, respectant la promoció de l'autonomia de gestió, fixi uns criteris de dispersió màxima en retribucions fixes (p.ex. com un màxim en proporció a la d'un auxiliar d'infermeria) i en retribucions variables en funció del sistema de Direcció per objectius (DPO); igualment, pel que fa a indemnitzacions a directius cessats (p. ex. en imports màxims o en pagaments diferits fins a disposar d'una altra feina en el mateix SSCFP). El codi ètic ha d'incloure una concreció de les incompatibilitats temporals de directius del SSCFP, amb concrecions específiques per a directius del SNSC, per assumir responsabilitats en empreses que subministrin determinats productes o serveis a centres del SSCFP. Igualment ha d'incloure un model concret de sancions a directius i òrgans de govern dels centres del SSCFP responsables d'incompliments del codi.

El codi ètic a establir ha d'incloure pautes sobre el tractament dels possibles conflictes d'interessos públics *versus* privats, considerant tan els que siguin d'aplicació a tot el sector públic com els que convé que siguin específiques per al sector salut. En aquest sector els possibles conflictes d'interessos no tenen una traducció únicament econòmica, poden tenir-la també en accessibilitat no homogènia o no equitativa als serveis de salut.

Però aquí estem parlant de codi ètic i de sostenibilitat i abans hem parlat de sistema d'informació integrat (el SIISP) que permeti, tant el pas d'una deliberació administrativa a una deliberació ètica, com una avaluació i control quasi *on line* de possibles desequilibris. Hi ha també una ètica per la sostenibilitat, que comprèn la valoració de riscos de dependències futures d'interessos privats o, simplement, de riscos de no poder exercir unes bones priorititzacions per compromisos adquirits sense preveure que les prioritats podrien canviar. Ara ho estem constatant: la crisi econòmica i la dictadura financera no permeten abordar compromisos importants. Avui el malalt més greu que hi ha a Catalunya, el més difícil d'atendre, no té nom propi, és diu de primer cognom "sostenibilitat" i de segon "cohesió social", ambdós estan desequilibrats, ambdós malalts; d'una gravetat desconeguda des de la mort del dictador militar. Hem dit en la introducció que les 10 reformes proposades constitueixen una unitat reformadora, i aquesta que ara comentem n'és la clau de volta. La importància que hem donat al concepte de "mitjà propi", també al model territorial basat en les coresponsabilitats tan entre governs central i territorials com entre governs i entitats/empreses, així com al model de tractament de la informació, només tenen sentit amb un bon codi ètic i de sostenibilitat. Codi de compliment avaluable quasi *on line* per prendre decisions que afectaran a la millora de la salut dels ciutadans individuals, de la nostra societat i del propi sistema sanitari. D'altra banda, amb aquests models i el codi ètic i de sostenibilitat la diferència entre "autonomia de gestió" i "autogestió regulada" pot deixar de tenir sentit, o pot representar objectius contraposats, segons com s'entengui aquesta regulació i dins de quin àmbit institucional s'apliqui la regulació. Concretament, la regulació hauria de preveure que en donar molta més capacitat de decisió a nivell de centres aquests no puguin independitzar-se d'una entitat que sigui mitjà propi de la Generalitat o puguin perdre aquesta consideració legal.

Té tot el sentit diferenciar entre centres "mitjà propi" on el govern tingui, com hem comentat, capacitat directa i comprensió de proximitat per intervenir, en tot moment, si apareix en el SIISP un indicador de desequilibri social no previst que cal corregir, respecte a centres que no siguin mitjà propi en els que el govern tan sols podrà intervenir si el contracte ho preveu específicament. Aquí és on adquireix sentit la component de "sostenibilitat" del codi. Cal establir pautes basades en els principis de justícia i de sostenibilitat que defineixin en quines situacions no previsibles de desequilibris socials, sanitaris o econòmics, el govern del SCS o d'un STS, pugui donar ordres concretes sobre la gestió i ordenació de la demanda i dels circuits assistencials a seguir pels pacients, que modifiquin temporal i/o excepcionalment els previstos. Es a dir, el govern ha de poder exercir la seva responsabilitat sense haver de demanar favors (o insinuar amenaces) a gerents de centres no "mitjà propi", ni iniciar nous expedients administratius, ni esperar a la renovació de contractes. Què diríem d'un professional d'AP que digués a una persona del seu "cupó": no torni fins d'aquí xx dies...encara que la seva salut es desequilibri per causa desconeguda?. Si hem preferit parlar d'autonomia de gestió amb codi ètic i de sostenibilitat que d'autogestió regulada és perquè el terme "autogestió regulada" va massa associat a no ingerència del govern responsable excepte en allò explícitament previst amb molta antelació. Però no convé encallar-se en les paraules. D'altre document (referència PRA) ja hem citat abans que *un motiu també destacat perquè tots els hospitals no especialitzats i EAPs hagin de ser d'una entitat mitjà propi de la Generalitat és la seva capacitat de generar demanda a curt o a llarg termini*. En serveis de salut l'equitat i la sostenibilitat estan estretament relacionades amb la gestió i canalització de la demanda. Com més nivell d'autonomia de gestió o autogestió regulada es vulgui donar als centres més complert hauria de ser el codi ètic i de sostenibilitat i el seguiment del seu compliment. Com més complex és assolir adequats nivells d'equitat i sostenibilitat més necessari és que un govern democràtic i proper tingui capacitat i agilitat de decisió per assolir-los. No per intervenció discrecional, interessada o administrativa. Pensem que la millor via és la de governs territorials, gens llastrats administrativament, que disposin de mitjans propis per esmenar amb agilitat els desequilibris i que els hagin d'emprar amb transparència.