

La provisió pública de béns privats al tombant del segle: la sanitat a Catalunya

Guillem López i Casasnovas (*)

Abstract

The health system is not immune to the public sector crisis, in fact it is the fastest growing expenditure. Nothing is free. A public system requires no opting out. This does not mean a monopoly. Redistribution is an ideological issue. Many compensatory policies carry a moral risk that favours a lack of healthy habits. Equity means a fair innings. Everything is reformable except opting out: the mixture between private and public institutions, rationing, and health production. Efficiency validates any redistribution objective. Government and markets are not ends, rather instruments to attain objectives.

Catalonia has a tradition of 50% private medicine, the result of historical discrimination by the Spanish government. Mortality is among the best in the world. 81% of men and 75% of women consider their health good or excellent. However there are problems for the future because of growing cancer, aids and accident costs. Little has been done to apply antismoking laws. Finance is a big problem because the Spanish government pays per head while expenditure is by income level, which is higher in Catalonia. The resulting deficit must be financed in an undercover way. More decentralization is required. Although the English model cannot be applied, there is leeway for more competition. The health system should stay above politics.

Presentació

Aquest treball es divideix en tres parts. A la primera es caracteritzen les bases de la intervenció pública a l'àmbit sanitari a fi i efectes de separar aquells que són els seus trets estructurals d'aquells altres elements ideològics o majorment conjunturals. A la segona es descriu la combinació d'instruments resultant de l'anterior òptica interventora en el cas de l'assistència sanitària al nostre país, que com és sabut ofereix particularitats rellevants en relació al model de gestió del sistema de salut espanyol. Finalment, a la tercera part, es desenvolupa un escenari sobre la possible evolució de la sanitat als països occidentals del que molt difícilment se'n sostreurrà, previsiblement, la sanitat a Catalunya al proper segle.

La provisió pública de béns privats preferents

La revisió del paper del sector públic a la sanitat, com al conjunt en general de les estructures de l'Estat del benestar, ha provocat i provoca encara avui un ampli debat. És ben cert que la pro-

(*) Catedràtic d'economia pública, Dept. d'Economia i Empresa i director del Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES), Universitat Pompeu Fabra.

cupació per la sostenibilitat de la despesa sanitària, en vista a les seves taxes de creixement, n'ha estat en els seus orígens (vegi's Taula 1).

Taula 1. Registre històric de la despesa sanitària a l'Estat espanyol, 1967-1997

En % del PIB

1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977
3,0	3,1	3,4	3,7	4,2	4,4	4,3	4,6	4,9	5,3	5,6
1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	
5,6	5,5	5,6	5,8	5,9	5,9	5,7	5,6	5,6	5,7	
1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	
6,3	6,5	6,9	7	7,3	7,5	7,4	7,3	7,4	7,4	

1967-1997 Taxa de variació anual mitja (%): 3,03

Font: Eco-Sanidad OCDE 98

En efecte, la capacitat de curar i tenir cura dels pacients que mostren els nostres sistemes de salut veu ampliar dia a dia la seva frontera. Alhora, no resulten ben definits els seus límits: en el seu àmbit, entre els serveis pròpiament sanitaris i socials o sociosanitaris, pel que fa a qui ha de responsabilitzar-se, ja sigui l'individu, ja sigui la comunitat, en darrer terme de la salut, com s'han de proveir els serveis sota pautes de racionament, o quina combinació de finançament resultant de l'esforç de l'usuari i del contribuent és la més adient. Per tal de fer aquesta discussió amb un mínim de rigor, hem de recuperar, però, els referents teòrics de la racionalitat de la intervenció pública en la provisió de béns privats preferents. D'altra manera, el sentit de salts sense xarxa que generen algunes de les propostes pràctiques per a la reforma sanitària, no acaben sinó representant un reforçament del *status quo*.

La intervenció pública a l'assistència sanitària¹

Abans de derivar arguments per a replantejar l'actuació pública al sector de les atencions en salut, resulta convenient com comentavem, en primer lloc, recuperar el propi argument de justificació de la intervenció pública a la sanitat. Existeixen amb aquesta intenció dos grans arguments: els relatius a la millora del benestar col·lectiu que es deriva de la correcció de les errades de mercat a la sanitat, i la millora del benestar col·lectiu que determinades formes d'intervenció redistributiva en matèria de salut poden provocar.

Les dues línies argumentals són igualment vàlides, encara que el seu valor prescriptiu difereix, per la qual cosa convè no confondre-les. La correcció de l'errada de mercat ofereix un argu-

1. Un argument més desenvolupat d'aquests d'aquí es pot trobar en el text del mateix autor a *Estructuras del Estado del Bienestar*, editat per J.L. García Delgado i altres, ed. Civitas, Madrid 1999 (de propera publicació).

ment de caràcter estructural o normatiu, en el sentit de suposar una justificació ben fonamentada teòricament i no susceptible de falsejament factual. Els arguments redistributius, a diferència, tè a veure amb consideracions ètiques, amb judicis polítics, que tenen la validesa que els hi pot atorgar el marc legal o la resultant de les polítiques públiques democràtiques en cada moment vients. Al major reclam social d'aquesta última justificació es contraposa, si més no, el seu caràcter conjuntural, canviant en la mesura en que varia l'estrat social i polític que la sosté.

Vegem cadescun dels arguments anomenats amb una mica més de detall.

1) *La intervenció pública com a millora Pareto dominant del benestar col·lectiu*

És tediós, encara que no excessivament complex², demostrar que quan els riscos sanitaris dels individus són heterogenis, i la informació sobre aquests riscos constitueix una matèria privada (només els individus coneixen realment aquests riscos), una política pública que forci un determinat nivell obligatori de cobertura sanitària és *Pareto superior* (i per això socialment preferible) a totes les seves alternatives. La intuïció del resultat és que si no resulta senzill distingir entre individus sans i malalts (ciudadans amb riscos baixos i alts de salut), els segons subscriuran els contractes potencials dels primers, els quals es veuran impossibilitats de contractar el nivell d'assegurament desitjat. Subsidiar els riscos alts fins a un cert nivell, obligant així a tots els ciudadans a un nivell d'assegurament a prima comunitària única, permet que cada grup de riscos complementi de manera privada les seves prestacions assegurades amb graus superiors de benestar que els resultants d'un sistema fonamentat en un *pool* únic d'assegurança, que en cap cas suposaria un equilibri estable³.

Noti's en aquest context que no existeix la possibilitat de discriminació per part de l'ens o dels ens asseguradors (es desconeixen els riscos sanitaris de la població), els individus escullen contractes (un nombre limitat de combinacions de nivells d'assegurança a partir de les corresponents primes), són adversos al risc (les seves funcions d'utilitat són còncaves) i el seu objectiu final és adequar les seves rendes abans i després del sorgiment de les contingències sanitàries. Això resulta d'acceptar, en primer lloc, una disminució de renda per l'import de la prima quan s'està sa, per a veure la seva renda compensada en cas de malaltia (a la vista del seu cost) amb l'indemnització pertinent. Donat que els riscos són diferents, no existeix un equilibri que estableixi un *pool* únic (comprensiu, general, global) de riscos, ni pot el mercat privat oferir un equilibri separador òptim. La raó del comentat en primer lloc és obvia, perquè altrament suposaria imposar sacrificis de benestar als individus de baix risc, per la qual cosa faria falta ponderar explícitament el seu benestar per sota dels guanys dels individus d'alt risc abans de poder concloure sobre la seva bondat. Però això últim, està clar, ens situaria ja en la línia de la redistribució i dels valors ètics, als quals de moment no hem necessitat fer cap referència per a justificar la intervenció pública. En definitiva, la causa de l'errada de mercat sorgeix en el fet que els contractes separadors no suposen un equilibri quan les parts poden escollir els seus nivells de risc, confonent d'aquesta manera les seves posicions respectives davant el risc sanitari. Es tracta d'una forma com qualsevol altre d'externalitat negativa que impedeix que el mercat sense intervenció aconseguixi un equilibri separador (actuarialment just per a cada individu). Per la qual cosa, corregir aquesta externali-

2. Vegeu, per exemple, Zweifel i Breyer a *Health Economics*, Oxford Univ. Press, 1997, pps. 136-154

3. Equilibri significa en aquest context el que la població adquireix al nivell d'assegurament desitjat i els asseguradors obtenen beneficis extraordinaris nuls.

tat oferint el subsidi necessari per part dels individus de baix risc als de risc alt pot generar un increment del benefici global. És aleshores, per a la població en el seu conjunt, que l'assegurament és just des del punt de vista actuarial. Donat que la ja anomenada forma de correcció esdevé un bé públic (no existeixen incentius per a la seva provisió), una forma d'actuació obligatòria pot facilitar el benestar social.

Implicacions per a l'estructura dels serveis sanitaris: Els individus d'alt risc es beneficien de la intervenció pel fet que s'estableix una prima uniforme de manera obligatòria, independentment del risc sanitari de la població, i els individus amb nivells de risc baixos poden, conseqüentment, accedir a l'assegurament complementari sense veure's per això *contaminats* per la presència d'individus d'alt risc. D'aquesta intervenció no resulta un assegurament públic omnicomprensiu, sinó tan sols subsidiador de part de les despeses o prestacions. Tampoc resulta de l'argumentació teòrica anterior la gratuïtat del subministre sanitari, sinó la seva provisió a una prima uniforme (no discriminatòria, no ajustada a cada interval segons el risc actuarial individual). Aquesta política de correcció de l'errada tampoc suposa l'abolició general de criteris de capacitat de pagament a l'assistència sanitària, sinó la necessitat de reformular-los a favor del benestar social màxim. Si desitgessim introduir a la provisió sanitària criteris imperatius, per exemple d'equitat categòrica, tals com l'abolició del criteri de capacitat de pagament a l'assegurament sanitari, el seu èxit s'aconseguiria, des d'aquesta òptica, en major mesura i a cost inferior, modificant la pròpia capacitat de pagament per a tots els individus: per exemple, a través de transferències als grups de renda baixa per a aconseguir, per ells mateixos, aquella major capacitat, sense cap subsidi als més rics. Al voltant d'aquestes qüestions aprofundirem més endavant amb més detall.

Noti's, de totes maneres, que de moment les qualificacions són importants: (i) estem referint-nos a estructures sanitàries intervingudes sota compulsió pública al nivell regulatori (i no amb abolició del sector privat), d'assegurament (amb rescabament de despeses) i no subministre sanitari directe (amb un sector públic involucrat en la seva producció); (ii) que la obligatorietat no implica universalitat (no exclou la necessitat de prioritzar), i (iii) que la prima uniforme no equival a gratuïtat (res no és gratuït en un món de recursos escassos).

Altres arguments: Tot i que l'anterior ha estat l'argument fonamental de l'assegurament social, no és l'únic possible. Es poden valorar altres arguments:

- a) L'existència de poder monopòlic a l'oferta d'atencions de salut. Això es pot deure tant als efectes derivats de l'atorgament de llicències per a l'exercici de l'activitat professional, la qual cosa limita l'operativitat del mercat, com a l'existència fàctica d'un únic proveïdor sobre la geografia. De totes maneres, la intervenció com a mínim regulatòria en aquests supòsits s'hauria de produir per una qüestió de fet i no per tractar-se efectivament d'un tret estructural determinant de l'actuació pública.
- b) La possible existència d'externalitats s'ha utilitzat també com a justificació. Es tracta d'un argument de per sí limitat a una esfera d'actuacions sanitàries concretes, tals com les relatives a malalties transmissibles o contagioses i, més matitzadament, a casos en que existeix l'altruisme social: socialment es desitja la redistribució, si bé no existeixen incen-

tius individuals a realitzar-la, perquè una vegada produïda, aquesta esdevé bé públic (beneficia a tots per igual, hagin o no contribuït al seu finançament).

- c) A aquest argument es poden afegir alguns casos en que la informació es converteix també en bé públic (beneficia a tots potencialment per igual i el consum per part d'un individu no va en detriment del que l'altre pugui realitzar). De totes maneres, convé de nou certa precaució a l'hora d'utilitzar aquest argument perquè no atorguen una justificació genèrica a l'actuació pública, sinó específica en matèries concretes (informació sobre l'efectivitat dels serveis, control de tarifes, vacunacions, etc.) que ni tan sols poden acabar requerint, en la majoria dels casos, instruments d'intervenció diferents als de la pura regulació.
- d) Finalment, una última línia argumental per a justificar la intervenció pública és la de l'errada de mercat a causa de l'absència, precisament, de mercats de cobertura sanitària, per exemple, per a determinades patologies o tipus de pacients. Convé tenir cura, de totes maneres, sobre aquesta justificació, perquè pot ser el cas que aquesta absència es degui a que els pacients busquen del legislador subsidis que garanteixin l'accés al mercat d'assegurament a primes inferiors a les actuarialment justes, per la qual cosa, més que davant d'un mercat incomplet ens trobariem davant un objectiu de recerca de rendes redistributives, fora del tractament fins ara realitzat sobre la justificació de les estructures de benestar a la sanitat per la banda de l'eficiència i del benestar social.

2) Els arguments redistributius en sanitat

Per a molts, la intervenció pública al sector sanitari, com a una part més de l'Estat del benestar, no té altres raons que les redistributives. No es tracta de corregir un possible no-funcionament del mercat, sinó d'evitar el que en tot cas poden ser els resultats de la seva operació. Es tracta amb això de formular un determinat imperatiu o restricció d'equitat, el compliment del qual suposa despeses en termes d'eficiència que s'han, simplement, d'assumir. Així per exemple, socialment podria postular-se que els tractaments que afectessin les necessitats vitals s'haurien de cobrir independentment de les capacitats financeres que puguin tenir els individus, o que l'objectiu d'igualació d'oportunitats inicials determinades per la naturalesa exigeix cobertura sanitària gratuïta al punt d'accés per a tots els que no disposin d'un determinat llindar de renda, o que el principi de no discriminació ha de prevaldre en el subministre dels serveis, independentment de l'Estat de salut dels individus.

Amb aquesta argumentació s'entra en el camp de les ponderacions comunitàries sobre el valor social del benestar individual. Un terreny legítim però molt més complex, ambigu i vinculat a percepcions morals, no totes elles amb igual nivell de consens. Això és particularment cert quan passem de les grans paraules al pla operatiu concret. Així, per exemple, en el que es refereix a:

- i) si els arguments de preservació de la vida exigeixen tractaments gratuïts mentre generin beneficis addicionals, encara que mínims, independentment dels seus costos marginals,
- ii) si la cobertura universal s'ha d'entendre tan sols per a les situacions catastròfiques o per a tot tipus de casos, inclosos els rutinaris i previsibles.

- iii) si l'Estat ha de garantir les prestacions sanitàries per a tota la població o només per a col·lectius que no puguin afrontar-les, i en aquest cas,
- iv) considerant o no la trajectòria vital de l'individu: l'edat a la qual s'ha arribat, la seva co-responsabilització amb l'estat de salut, etc.

En efecte, fins i tot per als autors que limiten la seva atenció a l'argument redistributiu per a justificar la intervenció pública (qui rep què i a cost de qui), i compartint generalment posicions socialistes, existeixen fortes divergències. Així⁴,

- a) pel que fa a què s'ha d'entendre per equitat als serveis sanitaris (Culyer vs. Le Grand): només igualtat d'oportunitats, accés a igual necessitat, o com a garantia de igualtat de resultat,
- b) si la dotació inicial de salut de l'individu i la seva pròpia capacitat de generar salut s'ha de considerar l'actuació pública, ja sigui de manera positiva (i així maximitzar globalment els resultats de salut) o negativa (o compensatòria, generant en aquest cas possibles efectes de risc moral),
- c) si l'edat ha de comptar o no negativament en matèria assignativa, a igual cost-efectivitat: per exemple, amb l'argument de que qui ja ha obtingut de l'expectativa vital la seva part proporcional esperable no hauria de ser mai prioritari (tal com suggereix l'argument del *fair innings* d'A. Williams),
- d) si la cobertura de protecció social pública s'ha de basar en el principi de rescat indemnitzatori, o tan sols suplir el que, d'altra banda, un bon pare de família hauria d'haver considerat cobrir, tal com suggereix en els seus treballs R. Dworkin, i
- e) fins a quin punt els instruments per als corresponents objectius, siguin quins siguin els prefixats, requereixen intervenció pública directa o tan sols indirecta o regulatòria.

Implicacions per a l'estructura dels serveis sanitaris: En el terreny de la política sanitària, la discussió en aquest context s'arrela a tres elements crucials, segons quin sigui l'objectiu distributiu prevalent, de la política d'intervenció pública:

- i) a través del finançament, a la recerca de la combinació desitjada entre impostos, preus i primes d'assegurança privada,
- ii) per la via de la gestió i control de la provisió (quantitats produïdes de serveis i prioritització segons tipologia de col·lectius destinataris), i
- iii) pel que fa a la funció de producció (sostenibilitat dels costos, en atenció a la productivitat dels inputs i retribució dels factors).

En un extrem es situarien els partidaris de:

- 1) finançament impositiu exclusiu, basat en la tributació sobre la renda i mai en la disponibilitat de compra (excloent fins i tot la complementarietat procedent del sector d'assegurement sanitari privat);

4. Per una argumentació detallada d'aquests temes es pot llegir *Justícia i Salut*, d'Àngel Puyol, tesi doctoral publicada per la Universitat Autònoma de Barcelona, 1998.

- 2) amb cobertura universal i participació obligatòria (sense possibilitar l'exercici d'optar per sortir del sistema de finançament i utilització);
- 3) amb l'inclusió de totes les prestacions existents (en el sentit de conegudes pels propis professionals del sistema sanitari);
- 4) i exercint un control actiu dels costos, via retribucions de proveïdors, pressupostos globals per a les institucions, seguiment de l'activitat inapropiada i establint limitacions sobre la capacitat assistencial i les autoritzacions d'equipaments del sistema sanitari.

A l'extrem oposat es situarien els partidaris, tot i compartint l'objectiu redistributiu bàsic, de:

- 1) contribucions basades en la renda per al finançament de la cobertura bàsica (ja sigui aquesta simplement catastròfica o la resultant d'una limitada política *de catàleg*, amb o sense supòsits explícits de cost-efectivitat);
- 2) l'acompanyament de prestacions complementàries de la mà de l'assegurament addicional, públic o privat, però finançat exclusivament amb contribucions socials no graduades d'acord amb els riscos individuals (és a dir, a través de primes comunitàries que poden diferir entre col·lectius -per exemple, segons edat o sexe- però no dins dels propis col·lectius);
- 3) mantenint l'obligatorietat de pertinença al sistema de cobertura (impedint la ruptura de la solidaritat al finançament), encara que amb descentralització de la funció asseguradora sota les condicions de registre obert i traspass de finançament a partir de primes ajustades per risc, i
- 4) producció privada amb provisió (responsabilització) i finançament públic com a principal element de gestió de serveis.

Noti's que, com no podia ser d'altra manera, existeixen posicions intermitges i que ambdós extrems caben en el mateix terreny de joc de redistribució social, encara que amb desplegament de recursos i estratègia de joc diferents, per la qual cosa no serien acceptables, en principi, desqualificacions ideològiques apriorístiques.

De fet, acabar optant per una estratègia o una altra esdevé una qüestió de creença en l'efectivitat dels instruments (fins a quin punt es validen aquests en termes del seu èxit en les polítiques de lluita contra la desigualtat?, fins a quin punt la redistribució que provoquen és o no un simple moviment de recursos entre grups de professionals i contribuents?).

3) *Altres perspectives d'anàlisi*

Per als estudiosos de la sanitat des de les perspectives polítiques de la intervenció pública (Klein, Evans entre d'altres), l'òptica d'anàlisi apropiada acostuma a ser la del conflicte d'interessos: portar el sector sanitari cap a un terreny o un altre, tal com resulta de les propostes de reforma, genera rendes per a uns grups en detriment dels altres; per exemple, per a aquests autors les reformes sanitàries orientades cap al mercat buscarien escapolir el control de l'Estat (dels seus funcionaris i polítics) per a ampliar les rendes dels proveïdors (retribucions professionals, pressuposts d'institucions i ingressos de laboratoris. Aquests agents estarien per tant a la base del recolzament de les reformes, no tant per la seva creença efectiva en el mercat competitiu -de fet tots

ells busquen alguna forma de coalició-, com en la pretensió de que es relaxi el control que impedeix l'augment dels seus guanys.

Així mateix, sota la limitació de la cobertura pública a les prestacions bàsiques s'amagaria l'interès de certs contribuents en veure reduïda la seva factura fiscal (per exemple, finançadors que per diversos motius no són usuaris dels serveis públics)⁵. I sota la prescripció d'un major consumisme en els serveis públics s'amagaria l'aspiració de determinats usuaris a rebre una qualitat assistencial individual més elevada, millor accés a certs serveis, etc⁶. En resum, es tractaria de descobrir, i predir, l'evolució de les reformes a la vista de la capacitat fàctica de cadascun dels agents *d'escombrar cap a casa seva*. Des de l'anterior perspectiva, la descentralització i la delegació dels poders propis de l'actuació pública en matèria sanitària és vista en aquest sentit com la cessió de prerrogatives estatals a determinats col·lectius particulars (així en matèria de llicències, patents, etc.) que s'acaben utilitzant per a preservar els drets i interessos d'uns pocs, resolent d'aquesta manera la qüestió de *qui rep què a cost de qui*, abans ja comentada. En aquest sentit, autors com Klein entreveuen en les reformes sanitàries britàniques la ruptura del pacte històric establert en el sistema sanitari entre metges i polítics. Segons aquella interpretació, el pacte inicial va consistir en estendre el finançament públic a l'activitat dels professionals, perquè a canvi d'un comportament *raonable* en costos, els professionals no veiessin interferida la seva llibertat clínica. El *gerencialisme*, interposant l'economia en aquest pacte, ha vingut a minvar la confiança mútua prèviament existent sobre els termes de relació.

En molts d'aquests treballs, el pronòstic final sobre la implantació d'uns o altres instruments en el terreny de la intervenció pública dependrà de la valoració que d'ells facin els actors, per exemple, a) de com els professionals millorin les seves rendes a canvi de la llibertat clínica que amb això estan disposats a sacrificar, b) quines aliances farmacèutiques es poden establir integrant la cadena de valor del medicament amb els diferents agents que en ella intervenen (com es poden repartir les seves rendes les oficines farmacèutiques i els metges gestors de patologies) per a maximitzar els seus marges, o c) quin recolçament aconseguiran de les classes mitges determinades classes privilegiades per a aconseguir els propis objectius últims de *rebel·lió fiscal* (reducció de la factura tributària a costa de reduir l'Estat del benestar tal com ara el coneixem).

Recapitulació: En resum, hem volgut separar a les dues anteriors seccions, el fil argumental de la intervenció pública en el sector de les atencions de salut en:

- i) un referent normatiu estructural (millores inequívokes de benestar social, sense necessitat de ponderacions utilitaristes o concreció de valoracions polítiques), que s'expressaria en l'obligatorietat de determinat nivell d'assegurament públic i el manteniment de l'assegurament privat complementari, i
- ii) un altre referent redistributiu diferent, de política pública (de mitjans i instruments d'actuació estatal), que resulta tan conjuntural com ho poden ser les opinions en les quals es sustenta, encara que amb un fort arrelament social, vist la seva vinculació a les realitats existents en la majoria dels sistemes nacionals de salut.

5. *Going for Gold*, R. Evans, Nuffield Occasional Papers on Health Economics, n. 3, 1998.

6. *The Politics of the NHS*, R. Klein, Longan, Londres, 2TM edició, 1989.

Volem amb això destacar que la revisió de les estructures de benestar en sanitat tenen d'una banda uns límits teòrics clars: el mercat, abandonat a la seva lògica, és *Pareto dominat* per una determinada intervenció pública. Les reformes tindrien el seu límit natural a l'impossibilitat de permetre l'*opting out* del sistema sanitari (ruptura de l'assegurament sanitari). D'altra banda, existeixen fronteres ideològiques que només la democràcia i la transparència poden legitimar o deslegitimar. Es tracta, en aquest últim cas, d'un tema més difús pel que fa referència a la seva capacitat d'orientar reformes sanitàries futures, perquè difereix en les seves interpretacions. En aquest terreny, l'anàlisi econòmica de la sanitat s'ha de centrar, possiblement, a la present disjuntiva, en ajudar a validar l'eficàcia dels instruments per a qualsevol que sigui la definició dels objectius polítics formulats, mostrant el balanç o *trade-off* existent entre les diferents opcions, i afavorir els estudis empírics al voltant de l'efectivitat real dels instruments d'intervenció. En aquest sentit, ni l'Estat ni el mercat s'haurien d'entendre com a finalitats en sí mateixos, sinó com a instruments al servei de la millora del benestar social, a qualsevol de les seves interpretacions políticament establertes.

La política sanitària a Catalunya 1989-1998⁷

Catalunya ofereix dades agregades de salut que malgrat alguna ombra per al futur, resulten més aviat espectaculars⁸. La taxa de mortalitat es situa al voltant del 10 per mil (tot i que l'envelliment de la població catalana, amb un pes de les persones de més de 65 anys superen les menors de 15 anys, pressiona pel seu augment). L'infantil es situa entorn de 5 per mil, xifra igual o fins i tot inferior a la de molts altres països avançats.

Atenent als anys de vida potencials perduts, les principals causes es situen, per als homes, en la sida, les causes externes (accidents) i el càncer de pulmó, mentre que en el cas de les dones, els accidents, la sida i el càncer de mama ocupen els llocs prevalents. A la vista de l'auto-percepció de la salut que les enquestes mostren, comprovem que un 80,8% dels homes i un 75,8% de les dones consideren que la seva salut és bona, molt bona o excel·lent, mentre que només un 2,9% d'homes i un 4,3% de dones la valoren com a dolenta. Entre els trastorns crònics, el més freqüent és l'artrosi, reumatisme o mal d'esquena crònic (32,2%), seguit de l'hipertensió (16,4%), varius (15,7%), les al·lèrgies (14,0%), la depressió o ansietat (11,0%) i el colesterol elevat (10,1%). Els problemes crònics afecten en general més a les dones que als homes.

Pel que fa a les tendències, s'observa que les malalties cardiovasculars mostren una disminució sostinguda (l'índex de mortalitat per aquesta causa situa Catalunya molt positivament entre els països desenvolupats). A diferència, la mortalitat per càncer no cessa d'incrementar-se: un de cada quatre homes i ara una de cada sis dones sucumbeixen a aquesta malaltia. L'hàbit de fumar hi té una gran responsabilitat. Finalment, i en el plat també de les amenaces, la importància dels accidents de trànsit, en part associats a l'alcoholèmia, i de la

7. Recerca encarregada per la Fundació Bofill, realitzada conjuntament amb V. Ortún, de propera aparició en el llibre *Les polítiques públiques a Catalunya 1988-1998*, Fundació Bofill, Barcelona.

8. Una acurada descripció es pot trobar a Josep Laporte i Salas 'La salut a Catalunya al tombant del segle', discurs a la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya, gener 1998 (mimeo).

sida, amb una taxa de mortalitat dels 60% dels afectats, amb una certa cronificació econòmicament costosíssima, resultat d'una política que, com veurem més endavant, mereix més d'una reserva.

Aquest quadre és resultat en part del desenvolupament dels serveis sanitaris dels que s'ha dotat Catalunya. Tot i que només una part de l'èxit pot ser atribuït al propi sector assistencial (els hàbits de vida, la dieta, l'impacte d'intersectorialitat econòmica i social també compten), a aquest hi referirem el detall de l'estudi.

Al nostre entendre, aquests són els trets més característics de la realitat de Catalunya pel que fa als seus serveis sanitaris:

1- Després de la transferència inicial dels serveis sanitaris l'any 1981, s'ha aprofundit en la configuració d'una estructura pròpia de la xarxa de serveis de la Seguretat Social, sota responsabilitat de l'Institut Català de la Salut, juntament amb la creació del Sectors sanitaris com a eix vertebrador del dispositiu del que serà el Servei Català de la Salut. En aquest sentit, i en general, la innovació organitzativa ha empès, més que no ha resultat del canvi en les capacitats assistencials.

2- Aprovació pel Parlament de Catalunya de la LOSC (Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya, 1990) que estructura la provisió pública com a servei finançat públicament, amb la utilització dels recursos sanitaris existents siguin o no propietat de la Seguretat Social. Es pretèn així la introducció de mecanismes de gestió empresarial, la separació de la compra i el finançament dels serveis respecte de la seva provisió, i la utilització de diverses fórmules jurídiques (de gestió directa, indirecta o compartida) en la prestació concreta dels serveis.

3- Consolidació de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública creada l'any 1985 com a sistema mixt de serveis hospitalaris del qual s'ha anat dotant Catalunya. Això ha atorgat un important pes a la concertació sanitària, i a l'atenció especialitzada en particular, destinatària de la meitat de la despesa hospitalària pública.

4- Desplegament de la LOSC, amb la creació del Servei Català de la Salut com a ens públic configurat per tots els centres i serveis i establiments sanitaris públics i de cobertura pública de Catalunya, amb diversitat de fórmules de gestió. Això es desenvolupa a través d'un Decret 26/1991 de 18 de febrer que crea una entitat pública de caràcter institucional que, pel que fa a les relacions externes, se subjecta, amb caràcter general, al dret privat.

5- Configuració de les regions sanitàries, delimitades per factors geogràfics, socioeconòmics, i demogràfics, com a estructures de desconcentració bàsica del SCS. Les regions a la vegada integren els sectors, com a òrgans de la regió, mitjançant els quals es desenvolupen les activitats de prevenció i promoció de la salut i de la salut pública, així com l'assistència sanitària i socio sanitària primària i les seves especialitats de suport. Aquests sectors alhora es configuren en àrees bàsiques de salut. El desenvolupament concret de les responsabilitats efectives de gestió de cadascuna d'aquestes unitats geogràfiques passa a ser, a partir d'aquest moment, prova de foc de la voluntat real de descentralització.

6- Implantació d'un important número d'empreses públiques sanitàries (Energètica d'Instal·lacions Sanitàries, de Ressonància Magnètica de Vall d'Hebró, d'Emergències Mèdiques) i d'actuacions conjuntes amb ens consorciats (Vic, Terrassa, Parc Taulí de Sabadell, de la Creu Roja, d'hospitals de l'àrea de Barcelona, etc.). Així mateix, les transferències de serveis sanitaris de les Diputacions (exclosa la de Barcelona) i la gestió d'aquests serveis s'assignen a empreses públiques interposades.

7- Desplegament de les unitats funcionals de les regions sanitàries i del contracte per a la compra de serveis, amb la redefinició de les funcions de l'Institut Català de la Salut per a intentar posicionar-lo com a un proveïdor més del SCS. Les intencions en aquest terreny han superat les realitats.

8- Reconeixement d'un entorn pressupostari restrictiu en bona part lligat al propi finançament autonòmic de la sanitat i inici d'un cert ralentiment de la política d'inversions, que fins el moment havia generat importants fugides alienes a la necessària racionalització d'equipaments. L'accés territorial a una oferta relativament completa de serveis ha estat la política fins el moment predominant, amb un nivell de frequentació de serveis força elevats.

9- Inici de l'aplicació de mesures estatals disperses que intenten fer front als problemes de sostenibilitat futura del sistema sanitari públic: Primer *cop de medicament* (1993), acord sobre el finançament de la sanitat (afiorant deutes i remetent les bases actualitzades a futurs creixements del PIB nominal) per al període 1994-1997, aprovació del catàleg de prestacions del Sistema Nacional de la Salut (1994), separació del finançament sanitari del propi de les prestacions de la seguretat social.

10- L'any 1995 es modifica la LOSC. Així es legalitza la contractació de proveïdors de serveis d'atenció primària gestionats per entitats de base associativa constituïdes per professionals sanitaris, tot i que un decret de maig de 1996 reestablirà les modalitats de contractació de serveis sanitaris amb l'objectiu d'adaptar el sistema a la Llei de Contractes de les AA.PP., la qual cosa frena parcialment els canvis que havien agilitzat la gestió sanitària els darrers anys.

11- Altres canvis provenen, més recentment, de l'acord de finançament autonòmic per al període 1998-2001, un nou Pla de Salut 1996-98, nou sistema de pagament per als hospitals que integren la XHUP, nou Pla de Serveis (pendent d'aprovació), i nou decret estatal de finançament selectiu de medicaments i paulatina aplicació d'un sistema de preus de referència.

12- Una eclosió de despesa sanitària entre acusacions de dèficits encoberts, desfasaments de tresoreria, finançament insuficient, etc. Preval per sobre de la situació una diagnosi clara: amb una utilització de serveis sanitaris més elevada que la mitja estatal, associada als nivells diferencials de renda i desenvolupament de Catalunya, resulta infactible, a la llarga, un finançament basat en els valors mitjos de despesa per al conjunt de l'Estat.

Taula 2. Evolució de la despesa sanitària a Catalunya

(Milions de pessetes) 1992-1997

	1992	1993	1994	1995	1996	1997
<i>Consolidat SCS-IC</i>						
Personal	151.492	156.721	157.135	159.657	165.474	165.981
Concerts	164.110	189.612	207.315	220.292	239.793	245.459
Farmàcia (inclou pròtesis i altres)	96.834	110.202	112.447	124.905	141.692	155.085
Resta	50.319	46.750	54.961	54.966	67.378	63.812
<i>Total corrents</i>	462.755	503.285	531.858	559.820	614.337	630.337
<i>Total capital i financers</i>	22.321	17.449	10.892	14.657	16.109	13.893
<i>Total despeses consolidades SCS-ICS</i>	485.076	520.734	542.750	574.477	630.446	644.230
<i>Total despeses sanitat (*)</i>	494.065	530.044	552.241	582.738	638.325	651.626

(*) inclou les aportacions del Departament.

Font: Dades facilitades per la Secretaria de Salut i Benestar del PSC

Taula 3. La despesa sanitària sobre el PIB

	1992	1993	1994	1995	1996	1997
<i>Total despesa sanitària consolidada SCS-ICS (milions)</i>	485.076	520.734	542.750	574.477	630.446	644.230
<i>PIB Catalunya (miliards)</i>	11.134	11.434	12.228	13.290	13.971	14.893
<i>% despesa sanitària/PIB</i>	4,44%	4,64%	4,52%	4,38%	4,57%	4,38%

En conjunt, l'evolució enregistrada per la sanitat a Catalunya mostra alguns punts febles, entre els que destaquen: a) l'escassa sectorialització com a mecanisme d'interconnexió entre l'atenció primària i l'especialitzada; b) les incerteses entorn al procés de reforma de l'assistència primària; c) el no assoliment d'una descongestió efectiva d'urgències a Barcelona; d) la consolidació de l'instrument *contractes* per a la separació desitjada entre finançador i productor, tot i nucleant entorn de la regió sanitària la provisió de serveis i coresponsabilitzant al conjunt dels proveïdors dels objectius de salut de la població de Catalunya, i e) però sobretot, la necessitat d'una millora del finançament autonòmic de la sanitat que doni l'estabilitat financera i el grau de sobirania adient a la política sanitària al nostre país.

La situació actual

Val a dir que en tot cas, tal com ja hem comentat, que Catalunya ofereix

- (i) un bon perfil poblacional de salut, històricament superior al global de l'Estat espanyol d'acord amb el conjunt d'indicadors convencionals, no exempt d'amenaques en el futur, tals com: a) la transició demogràfica i la qualitat de vida (discapacitats funcionals), b) els entorns socials i l'aparició de noves patologies i, c) les causes externes de mortalitat.
- (ii) Un complex entramat de serveis sanitaris amb un nivell de prestacions i despesa força elevats:

Alguns elements més concrets del resultat anterior serien:

L'atenció primària: Malgrat el consens relatiu sobre la importància de l'atenció primària com a eix integrador dels processos assistencials, sobre la base de les seves propietats de continuïtat, longitudinalitat, coordinació i accessibilitat, el cert és que la seva reforma no s'ha produït en la mesura que es deia desitjar. Per exemple, a Barcelona-ciutat els centres reformats just cobreixen la meitat de la població (34 centres sobre els 66 previstos). Sobre aquesta qüestió caben de tota manera tres valoracions:

- a) El retard actual dona encara avui oportunitats per a configurar alternatives a la reforma seguida fins el moment, sempre que s'alliberessin determinades restriccions al canvi per part dels professionals. Conjuguar, per això, alternatives distintes a l'assalarització, amb la voluntat decidida a impulsar la reforma (més atenció a la fixació de nous horaris per als metges no reformats i més control sobre la necessitat d'impulsar les visites domiciliàries) afavoririen possiblement aquest canvi. b) El nivell d'activitat assistencial (en sentit estricte pel que fa a visites de malalts per metge i dia) de la xarxa reformada respecte de la no reformada mostra un diferencial de 26 front de 45 visites per metge i dia a Barcelona-Ciutat, respectivament. La xifra és enganyosa per la diferent naturalesa de la prestació en un cas i altre, i s'ha de contraposar la més favorable en termes de prescripció farmacèutica que ofereix la xarxa reformada (10,6 receptes per habitant/any a la reformada versus 17,1 a la no reformada). Ja de manera més ampla, i amb totes les cauteles necessàries per a aquest tipus de comparació, cal recordar que Catalunya mostra una xifra de 3,8 consultes a metge de capçalera a l'any per habitant (dades de 1995) en contrast a 6,2 com a mitjana estatal (4,3 versus 6,3 per a pediatria), amb un nivell elevadíssim d'urgències hospitalàries (460 front 306 per mil habitants/any) i una elevada freqüentació hospitalària (99 ingressos per mil habitants versus 75, xifra corresponent al conjunt de l'Estat). Tot això afegeix complexitat a l'hora de postular esquemes senzills de tancament, amb el model actual, la reforma de l'atenció primària desitjable.

Sembla en tot cas insuficient l'empenta de potenciació de l'atenció domiciliària, tot i que es percep com a cabdal per a la qualitat assistencial dels malalts. El major paper de l'infermeria sembla en aquest extrem també rellevant.

L'atenció especialitzada: Com és sabut, el pes de la producció hospitalària que representa l'ICS dintre del conjunt del Servei Català de la Salut es situa entorn d'un 30%⁹. La concertació sanitària resulta així predominant. En matèria de finançament hospitalari, des de la transferència dels serveis àdhuc l'any 1986 predomina un important incrementalisme pressupostari. Des de 1986 fins 1997, l'operativa de la Unitat Bàsica d'Assistència (UBA), amb la conversió a estades hospitalàries de tota l'activitat típica d'un hospital (internament, consultes externes, urgències i determinats programes), i la consideració del concepte de *marginalitat* (o activitat que supera la contractada) ha tendit a fer variar parcialment la situació viscuda anteriorment per als hospitals concertats, que han augmentat en bona mesura els seus nivells d'activitat. L'ajustament (disminució de despesa relativa) ha resultat si més no de major calat -si bé desigual entre ells- per als hospitals de l'ICS, partint de nivells d'escreix pressupostari superiors, i s'ha fet per la via de l'amortització, quan això ha estat possible, de plantilles i tancament de llits (uns 180 els últims 4 anys).

En conjunt, és molt probable que el sistema de finançament basat en l'UBA tampoc hagi ajudat massa la reconversió desitjada a partir de 1993, etapa en la qual, com hem comentat, han existit força dificultats de finançament. En general, entre 1985-1997 i malgrat l'important descens de l'estada mitjana als hospitals (un 20% respecte de les xifres de l'any inicial), la freqüentació hospitalària per mil habitants no ha deixat d'augmentar, assolint l'any 1995 la xifra de 99 per mil habitants. L'augment d'activitat d'internament en el conjunt del sistema sanitari de Catalunya ha sigut enorme: s'ha passat de 495 mil altes l'any 1989, a 598 mil l'any 1997. De manera no sorprenent -vista la dinàmica del sistema UBA-, els hospitals no ICS (els directament afectats pel finançament UBA) suposen la part més important d'aquest creixement. Alhora, els hospitals de l'ICS incrementen els nivells d'activitat, però a un ritme menor (els augments relatius es produeixen en consultes externes i cirurgia ambulatòria).

Durant els quatre últims anys, i malgrat les innovacions impulsades per l'atenció primària, la despesa hospitalària no es va reduir, sinó que augmentà, a la par que ho feia l'assistència primària: 28% per a la despesa en primària (inclosa farmàcia) i el 14% en hospitalària entre 1994 i 1998, d'acord sempre amb els seus pressupostos inicials (la qual cosa obliga a considerar la minusvaloració que suposen els dèficits hospitalaris encoberts).

Si el creixement de l'activitat i la sobredotació de mitjans és el tret més important dels hospitals concertats, els elevats costos unitaris semblen ser la característica més destacada,¹⁰ almenys fins els últims anys, dels hospitals de l'ICS: plantilles de personal per llit (amb escassa flexibilitat entre serveis), un diferencial d'entre un 8% i un 17% en el número d'hores anuals de treball en termes d'equivalent laboral a temps complet i un salari mitjà superior al de la resta d'hospitals de la XHUP (entorn al 20%).

9. Hem utilitzat en aquest apartat, part de la informació continguda a les Memòries de l'ICS dels últims cinc exercicis pressupostaris, i de la *Estadística de Establecimientos Sanitarios en Régimen de Internado* (INE) dels deu últims anys.

10. Una anàlisi més acurada sobre el tema portaria a haver d'ajustar la comparació per nivells de complexitat i pels condicionaments externs imposats a l'ICS en la seva gestió (serveis de baixa i alta especialització alhora de mantenir una oferta mínima de serveis sobre la geografia, per exemple). López i Wagstaff (a G. López i D. Rodríguez: *La regulación de los servicios sanitarios en España*, Civitas, 1996) mostren que una simple comparació de costos unitaris per activitat entre centres propis i centres concertats de la XHUP ofereix un diferencial de cost més elevat, en una tercera part, per als centres públics. Una volta ajustam però per la complexitat de la demanda atesa i per l'especialització a l'oferta, el diferencial es redueix a un 18%.

Tal com esmentarem, les mesures de gestió introduïdes a l'ICS durant els últims tres anys han neutralitzat parcialment l'evolució anterior marcada per una baixa productivitat¹¹. La major activitat realitzada per part dels hospitals concertats, en un context de congelació de tarifes, ha generat dèficits i un creixent pes de les transferències no relacionades amb l'activitat directament concertada, que s'han tendit a configurar com a subvencions a l'explotació (arribant a assolir un 20% del total del finançament).

Des de la perspectiva del compliment dels objectius del Pla de Reordenació Hospitalària (PRH) de 1986, plantejat com a un instrument bàsic del desplegament del Mapa Sanitari de 1984, amb la finalitat de reordenar la Xarxa Hospitalària Pública creada l'any 1985, existeix prou evidència per a valorar avui els èxits i fracassos¹². 1- No s'ha aconseguit l'objectiu de fer pivotar part de l'activitat hospitalària en hospitals de primer nivell (nivell A): s'enregistra, al contrari, una fugida cap endavant en el número de llits en els nivells C i B - als que s'associa una tarifa major- (i particularment en aquests últims). La infradotació de llits al nivell A se situa entorn al 21%; el seu coeficient d'utilització, també mostra cinc punts percentuals per sota del desideràtum (85%), i de manera similar pel que fa al seu índex de rotació. 2- El no assoliment d'una homogenització de les dotacions de llits per mil habitants entre les diverses regions sanitàries. 3- El cost per llit ha augmentat de manera important degut a un augment de les dotacions de personal per llit, en lloc d'haver reduït l'excés de personal com era inicialment l'objectiu del PRH. 4- L'activitat hospitalària ha augmentat, tal com veiem anteriorment, per sobre d'allò esperat, d'una forma inversa a l'establerta en el PRH (ha crescut l'activitat sobretot en els nivells C i B).

Els condicionants i les limitacions

A les línies que segueixen analitzarem alguns factors que condicionen, o s'argumenta que poden limitar, l'assoliment dels objectius de la sanitat catalana. Ens referirem en concret a (i) les dificultats de fer avançar la reforma de l'ICS, donat el seu quadre organitzatiu i estatut jurídic del seu personal, i (ii) el finançament que rep la sanitat catalana que fa que visqui en una insuficiència financera, pel que sembla recurrent, de falta de mitjans.

Els condicionants externs: La reforma de l'ICS i de l'estatut marc dels seus professionals: La importància de l'ICS en el sistema sanitari de Catalunya la dona, entre d'altres raons, el que el 88% de la primària continua sota el seu comandament i que manté a l'atenció especialitzada el pes del 27% dels llits públics totals de Catalunya. En resum, 205 equips d'atenció primària, i 112 centres no reformats, d'entre un total de més de cinc-centes unitats productives, configuren la Divisió de Primària, organitzats en 4 subdivisions i 36 direccions d'Atenció Primària. 8 hospitals, 4.280 llits (un 65% dels quals son d'alta tecnologia), 123 quiròfans i 481 sales de consulta externa. D'aquí que hom pugui prevèure que el futur de la gestió sanitària a Catalunya passi pels avenços que es puguin enregistrar a la gestió de l'ICS.

11. Les altes hospitalàries han crescut entre 1993 i 1997 un 9,2%, tot i acompanyant la reducció del 12% en l'estada mitjana. El revifament de les consultes externes ha estat més espectacular: el 29% (tot i que l'índex de reiteració ha tendit a romandre constant o a baixar lleugerament), mentre el d'intervencions quirúrgiques ho feia en un 23,8%, particularment les de cirurgia major ambulatoria.

12. Comunicació presentada per Maite Puig a les XV Jornades de Economia de la Salut, València 1995.

Com hem comentat abans, el maig de 1993 s'aprovà el decret de reorganització de l'ICS sobre la base de les dues divisions assistencials: la primària i l'especialitzada. Des de llavors, l'ICS ha avançat en petites reformes, d'entre les que destaca

- i) la comptable-financera dels hospitals (i en vies de desenvolupament també a l'atenció primària), per a tal de disposar de balanços i comptes d'explotació com a requisits bàsics dels canvis jurídics plantejats (amb estats comptables auditables des de 1997);
- ii) la normalització dels processos de facturació com a un proveïdor més del SCS;
- iii) la redacció d'un model de comptabilitat analítica als hospitals de l'ICS i un manual d'imputació de costos de l'Atenció Primària, reforçant els sistemes d'informació sobre l'activitat;
- iv) mesures de gestió, com l'esforç d'integració de l'activitat especialitzada d'atenció primària als hospitals (o de coordinació assistencial a través d'una Unitat per al flux de malalts entre la regió sanitària de Barcelona, els Hospitals de la Vall d'Hebron i els altres proveïdors de la zona); la potenciació de la coordinació funcional entre els serveis del Programa d'Atenció Domiciliària d'Espècial Suport i l'unitat funcional interdisciplinària i sociosanitària; la gestió conjunta dels laboratoris dels hospitals i de la xarxa d'atenció primària (com en el cas de Tortosa o Girona); o la gestió de compres conjuntes, per exemple, a través de l'Oficina de Serveis a la Divisió d'atenció primària,
- v) mesures de desenvolupament corporatiu, amb la creació d'empreses públiques sotmeses a dret privat (en el camp del diagnòstic per l'imatge, oncològic o de transfusions i banc de teixits) i el millor encaix institucional de les activitats de recerca (tres hospitals de l'ICS es situen entre els sis primers de l'Estat a la vista de les publicacions científiques mesurades pel seu factor de impacte).

Més enllà dels aspectes organitzatius, cal valorar els canvis en la gestió dels recursos humans. La major flexibilitat de l'estructura professional l'ha intentat assolir la cúpula de l'ICS a partir de diferents acords parcials (recollits en un decret de desembre de 1996). Aquest camí es pretèn recórrer a partir de flexibilitzar el grau de vinculació del personal (tipus de jornada de 20, 37,5 o 40 hores), horaris flexibles, i la distribució d'aquests per pacte en el propi hospital), i variants en el model retributiu (a través de reordenar el complement per especial dedicació, ubicat en la categoria retributiva de complement específic, cap a reconvertir-lo en un complement de productivitat).

El grau en que la reforma de la sanitat de producció pública queda supeditada a la transformació de l'estatut del personal és un tema que no per recurrent pot considerar-se tancat. Efectivament, com és sabut el personal facultatiu, no facultatiu i no sanitari es regeix per normes pròpies des dels anys seixanta¹³. No existeix avui ja tanta discussió sobre la necessitat d'una normativa pròpia com sobre el contingut que aquesta hauria de tenir. Com és sabut, la normativa estatutària és avui molt restrictiva pel que fa a l'entrada i sortida dels seus treballadors. Existeixen nombrosos controls, tràmits i garanties contra la modificació de l'estabilitat estatutària, cosa que la fa quasi impossible a la pràctica sense un rigorós expedient disciplinari. Cal valorar, sí més no, que l'estabilitat no té valor en si mateix, sinó en la mesura que tradueix elements que es relacio-

13. Decret de 23 de desembre de 1966 i Ordres de 26 d'abril de 1973 i 5 de juliol de 1971.

nen als aspectes d'inversió, professionalitat, compromís del treballador amb l'organització, valors culturals, etc., la qual cosa no es garanteix tampoc amb l'actual normativa. Altrament, no pot confondre's l'estabilitat amb la rigidesa, i aquesta no és tampoc un element que garanteixi la professionalitat i l'imparcialitat.

En concret, pel que fa a la flexibilitat interna -és a dir, pel que fa a la gestió de recursos humans-, en el marc laboral domina allò acordat a la negociació col·lectiva, la qual cosa suposa un marc menys rígid que el que preveu la norma estatutària estatal. Efectivament, existeixen en aquesta importants límits a la negociació col·lectiva donat el seu caràcter més centralitzat, les limitacions pressupostàries, la major homogeneïtzació de les condicions de treball o el pes donat al principi d'igualtat.

Val a dir, si més no, que en el marc estatutari la voluntat unilateral de l'empleador/institució sanitària pot incidir en major mesura en les condicions de treball o en la seva modificació, exigint-se tan sols l'existència de *necessitat assistencial* i la no concurrència d'abús de dret: En aquests àmbits, la flexibilitat de la normativa estatutària és molt més gran que la laboral¹⁴. No, però, en matèries relatives a la regulació de jornada o en política salarial. A l'àmbit estatutari resulta aplicable la teoria dels drets adquirits en matèria retributiva i de tasques exigibles al personal, mentre que a l'àmbit laboral regeix el principi de condició més beneficiosa.

De manera similar pel que fa a la mobilitat funcional del personal: aquesta resulta més complexa en el camp laboral, donats els tràmits formals que es requereixen¹⁵. Per a la mobilitat geogràfica, necessitats imperatives d'organització sanitària poden de nou permetre el trasllat dels treballadors dintre de l'àrea sanitària corresponent, sempre que no existeixi abús de dret.

Finalment, seguint a Del Rey y Gala (1997)¹⁶, podríem concloure que el debat sobre si el personal estatutari s'ha de regir per la normativa laboral o funcionarial, i com això condiciona la gestió dels recursos humans en els hospitals propis de la Seguretat Social, s'ha de tendir a superar per l'estudi de la necessitat o no d'una regulació pròpia i específica. Aquesta regulació, administrativa o laboral, hauria de dependre, més que de les característiques en si de la prestació de treball en el sector sanitari, de les característiques de l'empleador, segons es sotmeti a dret públic o a dret privat en les seves actuacions¹⁷.

Els condicionament externs: El finançament autonòmic de la sanitat: Com és sabut, Catalunya rep un finançament públic sanitari que correspon tendencialment a la seva població; és a dir, que assimila les seves necessitats de recursos per càpita als de la resta de l'Estat. Les necessitats (aspi-

14. En general resulta clar que la normativa laboral és més flexible, excepte en termes de temps de treball i mobilitat (jornada, horari, vacances, funcions o lloc de treball del personal estatutari), en aquest cas a través de la via indirecta que permet la discrecionalitat administrativa, limitada tan sols per l'arbitrarietat i l'abús de dret.

15. Dit això, per al personal estatutari només el concurs de trasllat pot permetre l'accés a funcions distintes o superiors (no podent reclamar-se simplement la retribució efectiva d'aquesta categoria).

16. Del Rey Salvador i Carolina Gala: 'Normativa laboral y normativa estatutaria en el ámbito del personal sanitario: Nuevas perspectivas para una antigua polémica', Ponència a l'àmbit de sanitat, presentada al Congrés d'Economistes de Catalunya, Barcelona, 1997.

17. En qualsevol cas, els autors esmentats assenyalen que el que s'hauria de traslladar cap a la normativa estatutària són els assoliments del règim laboral en matèria de mitjans extrajudicials a la solució de conflictes, per a potenciar un procés més àgil en el marc dels actuals contenciosos administratius, des d'un punt de vista procedimental més rígid i lent.

racions, demandes socials) de serveis sanitaris estan influïdes però pel nivell de renda d'una societat entre d'altres factors (també l'envelliment i les seves capacitats de formació i recerca). Donat que el nivell de renda de Catalunya, i la utilització de serveis sanitaris, és superior a la resta de l'Estat, existeix una diferència més important que en altres Comunitats Autònomes espanyoles entre la despesa sanitària i el finançament públic avui disponible.¹⁸

Taula 4. Despesa sanitària i renda per càpita

	<i>PIBpc</i> 1996	<i>PIBpc</i> 1997	<i>Despesa sanitària</i> <i>pública</i> 1996	<i>Despesa sanitària</i> <i>pública</i> 1997
Andalusia	1.352.322	1.417.098	590.730	624.054
Catalunya	2.321.216	2.411.279	533.057	563.128 (*)
Canàries	1.899.597	1.977.860	129.947	137.278
Galícia	1.576.528	1.629.657	234.358	247.579
Navarra	2.192.318	2.275.845	44.438	46.945
País Basc	2.128.579	2.218.405	185.887	196.373
País Valencià	1.876.896	1.946.717	335.036	353.936
Insalud gestió directa	1.994.692	2.066.170	2.053.453	2.169.293

(*)- Noti's que aquesta xifra divergeix de la utilitzada a la Taula 2. Allà ens referíem a despesa total i aquí a despesa finançada inicialment per l'Estat. La diferència s'ha de buscar en la periodificació de dèficits i aportacions de la pròpia Generalitat de Catalunya. Les xifres de despesa provenen de *Presupuesto del INSALUD. Datos y cifras*, 1998, Ministerio de Sanidad y Consumo, pàg. 35, i fan referència a la despesa pressupostada o preventiva. Respecte de les liquidacions efectives, les diferències són relativament importants; en particular, per aquelles comunitats que, donat el seu nivell d'autonomia financera, poden completar de manera adient el finançament amb pagaments propis. Així, per al cas de les comunitats forals i per a les liquidació corresponent a 1994 (informe del Ministerio de Sanidad y Consumo a la Subcomissió del Parlament espanyol sobre *Modernización y reforma de la sanidad española*, pág. 72), les comunitats forals oferien una liquidació de despesa pública capitativa un 20% per sobre de la mitjana espanyola).

En aquest respecte, la distribució de recursos estatals provinent de l'actual sistema de descentralització sanitària, a partir del nou acord signat el novembre de 1997 sobre finançament autònom de la sanitat, difícilment redreça la situació. Tampoc és previsible que l'acord es mostri prou robust a les disputes polítiques entre les CC.AA participants dels fons distribuïts a la fi que pugui assolir la desitjable estabilitat. Cal recordar que bona part de les dificultats en el finançament de la sanitat catalana provenen, per una banda, de la manera amb la que l'Estat i la Generalitat valoraren en el seu dia els traspessos i de la naturalesa dels mecanismes de finançament, que podríem qualificar de asistemàtica i en tot cas asimètrica entre Comunitats Autònomes. Després d'una etapa inicial marcada per un finançament dispar de les competències transferides, a l'any 1994 el Consell de Política Fiscal i Financera va aprovar, ara ja sí un model, per al període 1994-97 que tampoc ha solucionat el finançament de la sanitat catalana. Consistí (i) en un important aflora-

18. Així se'n questiona la seva sostenibilitat quan els proveïdors cobren amb retards considerables, existeixen impagaments de quotes patronals sota moratòria pública, el desenvolupament de la primària està estancat, la despesa farmacèutica mostra xifres proporcionalment elevades, etc.

ment de base de despesa, fins el moment insuficientment pressupostada -fins a un 13,7% en termes relatius, (ii) un compromís de vinculació posterior del creixement de la despesa sanitària públicament finançada al creixement del Producte Interior Brut en termes nominals, i (iii) una aproximació al criteri de població beneficiària per al conjunt de les CC.AA., d'acord amb el Cens de 1991, tot i tenint en compte el pes del mutualisme administratiu. Els retalls que es produïren de nou sobre la base pressupostada -els anomenats *escenaris de consolidació* (retalls) que reduïren el previ exercici de realisme pressupostari-, la incapacitat de reconduir als creixements del PIB nominal l'evolució de la despesa sanitària (com a la majoria de països del nostre entorn), i la dificultat política d'allunyar-se definitivament dels criteris de suficiència territorial i cost efectiu cap a un referent capitatiu uniforme, varen impedir la consolidació de l'acord de 1994; almenys pel que fa a la solució dels dèficits de la sanitat catalana.

El novembre de 1997 es produeix un nou acord per a la reforma del sistema de finançament autonòmic de la sanitat. S'ha partit del pressupost de l'any 1997: entorn de 3.521,7 mil milions (mM). Sobre aquesta base s'ha aplicat la previsió de creixement del PIB per a l'any 1998, i a partir d'aquí s'hi han afegit alguns complements de finançament: crèdit per a la millora del sistema (+25.000 M); increment de garantia de cobertura sanitària (+10.000 M); i *estalvis derivats de la millor gestió de la incapacitat transitòria* (+40.000 M)

Del resultat de sumar a la base les partides anteriors es deriva *Fons General* dotat amb un import de 3.769,4 mM. A la xifra anterior s'hi afegeix el còmput dels anomenats Fons addicionals. La raó de la separació rau aquí en sostreure aquests del repartiment sota una pauta general, per fer servir un criteri majorment *ad hoc*, d'acord, suposadament, amb el propòsit al que serveix cada fons en particular. Entre aquests: (i) fons de *modulació per a evitar pèrdues per canvis censals* (0,25%) del que correspondria de la participació capiativa en el fons general (+20.444,4 M)¹⁹; (ii) fons d'*aportació en concepte de docència i desplaçats en assistència hospitalària* (+52.918,4 M)²⁰; (iii) fons *derivat de la racionalització farmacèutica* (+65.000 M).

En resum, l'acord s'ha basat sobre la distribució de diferents Fons -el General (el 98,5% del total), el Compensatori (20.044 M) i el de Desplaçats (47.900 M)-, tot plegat, amb un increment total, sobre el pressupost de 1997, de 315.000 M. En conclusió, la valoració que ens mereix l'acord passa per les següents constatacions:

19. Aquest finançament es deu a que l'utilització del cens poblacional del 96 implica per algunes CC.AA. pèrdues respecte del Cens 91, que es volen allisar. Però en lloc de fer l'ajust de manera transitòria, reconduint el finançament, la compensació es consolida. Això s'explica potser pel fet que es té, podríem dir, consciència de que no ajustant la població per l'estructura demogràfica es generen guanys i pèrdues injustificables. Amb la falta d'ajust demogràfic hi perden: Galícia, les dues Castelles, Astúries, Aragó, Cantàbria, Extremadura i Catalunya. No fer l'ajust demogràfic beneficia a Andalusia, Madrid, Canàries i Múrcia. La no compensació de les CC.AA. de territori Insalud no és, de moment, problema (de fet aquests recursos es consoliden internament, perquè no hi ha una transferència explícita homologable a la d'altres CC.AA. amb transferència). De fet, el que no es dona a aquelles CC.AA. es necessita per a finançar l'escreix de Madrid (que no sobreviuria amb una capitació pura).

20. D'aquesta xifra, entorn de 5 mil milions es queden fora de distribució autonòmica perquè s'atorguen directament al conjunt Insalud). Seguim aquí amb les compensacions: les grans beneficiàries d'aquest fons relativament són Catalunya i Madrid. Això no resulta sorprenent a la vista de l'objectiu del fons, si bé sí sorpren la seva elevada quantia, que, de nou, suposadament compensa per altres ajustos inexistents (com pot ser també el diferencial de recerca, renda i costos -una pesseta no compra el mateix sobre la geografia espanyola). En aquest sentit creiem que no existeix un càlcul mínimament fundat sobre les quanties en que es distribueix aquest fons.

1) La negativa de la Comunitat Autònoma d'Andalusia d'acceptar qualsevol altre criteri que no fos el poblacional sense correcció demogràfica ha encarat l'acord. Efectivament, Andalusia millora la seva posició relativa respecte de l'acord de finançament anterior gràcies al creixement experimentat en el seu últim Cens de població (1996), que es projecta ara, a més, sobre una quantia de repartiment més elevada. Canàries es situaria en una posició similar. A ambdues CC.AA, d'entre les que gestionen la transferència, l'ajust demogràfic (no diguem ja el del diferencial del cost de vida) les haguera perjudicat.

2) L'anterior estratègia ha obligat a compensar a CC.AA. que perdien recursos amb l'aplicació dels nous criteris respecte dels anteriors, una volta referit al Cens de 1996. Aquest és el cas de Catalunya, que pel fet d'haver perdut població i davant la falta de factibilitat política d'establir una compensació demogràfica explícita en raó, entre d'altres, del major envelliment (no massa realment, si més no, en termes relatius). De fet, d'acord amb alguns càlculs efectuats, la diferència resultant entre allò que li correspondria per població pura (15,75%) i la xifra de participació efectivament resultant de l'acord (16,27%) es correspon, exactament, amb l'augment que li hagués correspost en cas d'haver-se introduït en el finançament autonòmic els ajustos anteriorment esmentats (3,5%). Sota aquesta perspectiva, el model no pot considerar-se tècnicament *ben resolt*: un simple escrutini de les fonts de compensació establertes per a algunes CC.AA. per sobre del criteri capítatiu simple permetria qüestionar les xifres amb les que s'ha justificat l'ajust (fons de compensació i desplaçats), per la qual cosa, l'acord no pot considerar-se políticament *robust*.

3) Finalment, la generalització de les transferències, i l'anomenat *tancament de model* es complica encara més, perquè no sembla solucionar-se el possible traspàs de competències a la Comunitat Autònoma de Madrid en un proper futur. L'Insalud continua necessitant el que dona *de més* a Madrid a través del que ha de donar de menys a altres CC.AA. que gestiona directament.

La taula 5 recull, per a unes poques CC.AA. seleccionades: (1) les poblacions censals per a 1996, (2) els nous percentatges de participació, (3) els augments enregistrats respecte de l'acord anterior:

Taula 5. Població, participació i variació sobre el sistema anterior

	<i>Població</i>	<i>Participació</i>	<i>Variació sobre el sistema anterior</i>
Andalusia	18,07 %	18,07 %	+10,3%
Catalunya	15,75 %	16,27 %	+ 9,2%
Galícia	6,91 %	6,93 %	+ 7,0%
País Valencià	10,23 %	10,13 %	+ 9,0%
Canàries	4,07 %	4,02 %	+12,4%

Font: Elaboració pròpia a partir de diverses fonts.

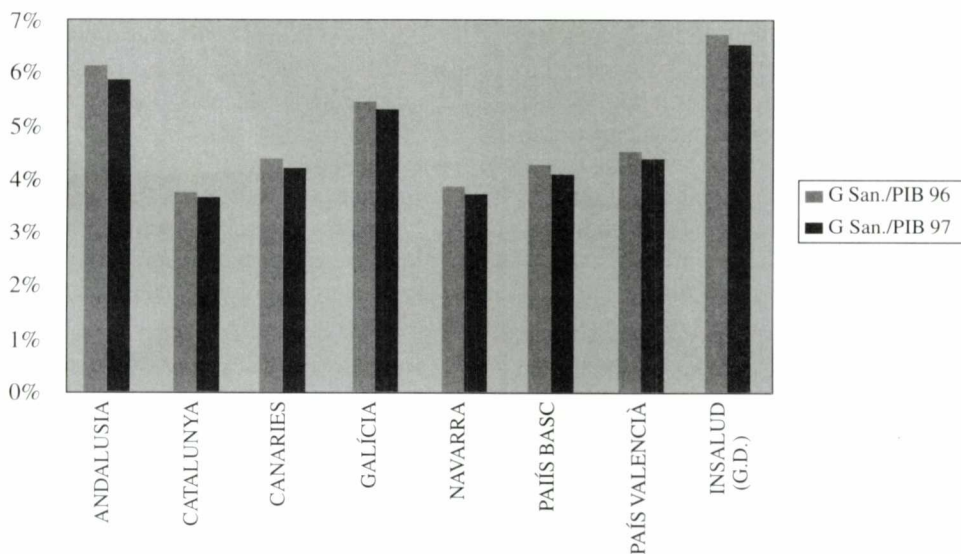
Pel que fa a les fonts addicionals, i en resum, dels 315 mil milions, 200 mil milions procedeixen de dotacions pressupostàries addicionals, 75 mil milions dels excedents en impostos i 40 mil milions de la lluita contra el frau a la incapacitat transitòria. S'estima a més una reducció de la despesa farmacèutica de 65 mil milions. Al nostre entendre, com a resultat dels dos plats de la balança (despesa addicional i nou finançament), la perspectiva més probable és que tota la despesa se consolidi (una volta implementada retrotreure serà pràcticament impossible) amb probabilitat major als ingressos addicionals.

En aquest extrem, el finançament addicional que s'ha instrumentat sembla molt arriscada. No és menor l'incertesa que provoquen els possibles estalvis derivats de l'exclusió de determinats medicaments, a la vista del que es produí en el passat respecte de mesures similars, i l'experiència efectiva en el creixement de la despesa farmacèutica des de l'anunci de la mesura (entorn de l'11%) fins a l'entrada en vigor del nou decret de finançament selectiu de medicaments el proppassat agost de 1998.

Val a dir, per a concloure aquesta secció, que resulta extremadament difícil conèixer el nivell d'insuficiència financera de la sanitat catalana. D'acord però amb algunes estimacions aquest es podria situar en un dèficit al voltant de vint mil milions de pessetes anuals. Una valoració temptativa s'inclou en el gràfic. Fins l'exercici de 1995, es tracta de xifres auditades per la Sindicatura de Comptes. Quedarien excloses tan sols les partides no comptabilitzades i que s'arrossegessin d'anys anteriors. La periodificació d'aquestes quanties (imputació a l'exercici al que corresponen) no resulta senzilla. A més, pot estar creixent i per a situar-se l'any 1997 entorn dels cent mil milions. En conseqüència, amb els mecanismes actuals, la despesa anual que resta d'entrada sense finançament explícit podria situar-se en els 60 mil milions.

En qualsevol cas, volem destacar que d'aplicar el ratio mig espanyol entre despesa sanitària pública/PIB a la renda de Catalunya -vegeu gràfic a sota- (és a dir, assumint una elasticitat de renda unitària: a la pràctica fins i tot pot ser-ne superior), Catalunya hauria de gastar cada any uns 70 mil milions de pessetes més en la seva sanitat. De manera similar, altres estimacions mostren com si Catalunya tingués els majors costos de producció, que té la Comunitat Autònoma de Madrid, per a l'activitat que actualment es realitza a Catalunya (dades totes elles referides a l'any 1994), la despesa finançada hauria d'incrementar-se respecte de la despesa mitja de referència en 128 mil milions de ptes.

Gràfic 1. Despesa sanitària pública com a % del PIB (1996-97)



Font: Elaboració pròpia, a partir de les dades de la Taula 4.

L'agenda d'actuació o les condicionants internes o mitigables a través de la política sanitària

Vodríem acabar aquesta secció amb una valoració de la política sanitària que més pot incidir, al nostre entendre, sobre els condicionants interns que esdevenen així mitigables gràcies a la pròpia actuació pública. En matèria de salut pública, uns excel·lents indicadors sanitaris (que no poden ser apropiats exclusivament pels proveïdors de serveis sanitaris, perquè no depenen exclusivament de la seva actuació) no han d'amagar algunes mancances especialment en prevenció primària. Les principals causes d'anys de vida perduts a l'àrea d'influència de Barcelona són (i) la sida -respecte de la que es tardà a actuar al nivell del que s'ha fet darrerament, tot i ser prevista la major incidència que previsiblement tindria la sida al nostre país, (ii) les causes externes -tot i que la llei de seguretat vial ha suposat en els darrers anys una inflexió general de les morts en carretera; i (iii) els càncers (de pulmó per als homes i de mama per a les dones) -manifestament evitables si es lluités més contra el tabaquisme i es focalitzés la prevenció secundària del càncer de mama en la població diana.

En conjunt, l'incidència d'aquestes malalties podria baixar doncs amb unes polítiques de prevenció més decidides. Aquest és el cas, particularment, del tabaquisme: no s'actua amb prou energia, tot i que continua essent responsable del 14% de les morts que cada any es produeixen a Catalunya.

A l'àmbit de l'atenció primària, malgrat la satisfacció de la població amb la reforma de l'assistència primària i del seu bon direccionament en matèria de contenció de la despesa sanitària, continua faltant impuls per a la seva extensió, particularment a la ciutat de Barcelona.

Altrament, s'ha generat una experimentació generalitzada de formes organitzatives, en les que predominen en el sector no ICS els models d'integració entre nivells assistencials controlats majorment pels hospitals. El fet que aquests models no actuïn realment com a consorcis, (i es deixin liderar exclusivament pels hospitals), pot endarrerir la necessària reassignació de recursos entre nivells assistencials -primària, especialitzada, sociosanitària i mental-, que els canvis demogràfics, tecnològics i en morbiditat reclamen.

D'altra banda, la reforma de la LOSC de 1995 permet que el SCS contracti l'atenció primària amb entitats de base associativa amb finalitat de lucre. Això pot generar problemes d'interferència de les consideracions clíniques amb les crematístiques, que encara avui són d'efecte difícilment predibles. El consens polític entre PSC i CiU per a reformar la LOSC en aquesta direcció hauria d'haver garantit més experimentació i avaluació, més enllà de l'agosarada aposta realitzada, respecte de les conseqüències.

En el camp de l'assistència especialitzada, a part del ja comentat, val a dir que s'ha produït una expansió general d'oferta de serveis poc controlada, fruit d'una fugida cap endavant de determinats proveïdors sanitaris. Per a reconduir la situació, l'autoritat sanitària no ha assolit, fins el moment, un nivell d'efectivitat suficient en la seva potestat d'autorització de noves instal·lacions i tecnologies sanitàries. L'elevat número de litotriptors i RMN en són una prova, de la mateixa manera que ho és la sobreexpansió de l'oferta del centres comarcals.

En el camp de la prescripció farmacèutica, cal valorar com diversos estudis (p.e. el de l'empresa *Monitor* de M. Porter) han destacat que el sector sanitari, i el sector farmacèutic en particular, és un dels *clusters* competitius de Catalunya. El 50% de la producció farmacèutica espanyola es localitza a la nostra comunitat. Les contradiccions entre les consideracions industrials i les sanitàries a l'hora d'establir una política sobre fàrmacs, junt amb el fet de que la despesa farmacèutica no ha estat objecte de veritables contractes amb els proveïdors, han provocat que persistís la irracionalitat de part de la despesa farmacèutica així com el seu creixement desbocat. Val la pena centrar en aquest punt la discussió: en la cistella de consum de medicaments que per les indicacions inadequades o el seu escàs valor terapèutic són un problema de salut i no una solució. L'elevat consum d'antibiòtics i d'hipoglucèmics poden servir com a exemple.

En general, en matèria de política sanitària, val la pena recordar, en aquestes darreres línies, que encara avui resulta més propi parlar de política sanitària a Catalunya que de política sanitària de Catalunya. Això es deu a que les regles de joc que defineixen el sistema sanitari són comunes per a tot l'Estat, i el grau d'autogovern (entès com a capacitat organitzativa de l'Administració catalana) no s'ha manifestat en una funció pública substancialment diferent a la de les altres Comunitats Autònomes. Les peculiaritats de l'oferta ja existent de serveis sanitaris a Catalunya i l'impuls a la territorialització (comarcalització) semblen causes més properes a les realitats que observem en el nostre sistema sanitari, que no la creació d'un veritable nou model de gestió dels serveis sanitaris en el llindar del segle XXI.

Alguns trets sobre el futur de l'atenció sanitària a Catalunya: els nivells assistencials

Les alternatives de reforma

A la vista de l'evolució del sistema comparat són predicables algunes alternatives que referirem a la situació actual del sistema nacional de la salut del que s'ha dotat l'Estat espanyol:

a) el manteniment de la centralització sanitària, la qual cosa equival bàsicament, a mantenir el *status quo* a la política sanitària, amb costos (en sentit ample, tot i incloent el benestar dels usuaris) d'ineficiència alts, al rèdit d'una millor preservació (com a mínim en sentit aparent, perquè les desigualtats es visualitzen menys que en supòsits de descentralització) de l'equitat (diferències interterritorials).

b) La desconcentració de poder de compra de serveis sanitaris en favor de las Àrees o Regions sanitàries. La delegació del poder de compra és amb això més aparent que real, de manera que es busquen els potencials beneficis de la millor assignació de responsabilitats d'acord amb els avantatges comparatius d'informació i avaluació. Això es produeix, però, al cost de la falta d'incentius reals perquè aquests ens assumeixin efectivament l'esmentat rol, donat que no generen conseqüències efectives a la vida dels agents sanitaris, amb la correcta execució de la tasca desenvolupada. Amb altres paraules, aquesta estratègia no suposa la necessària transferència de riscos que tota descentralització ha de comportar per a qui exerceixi veritablement la funció de compra de serveis a la pràctica.

c) La descentralització efectiva del poder de compra de serveis sanitaris en favor dels equips d'atenció primària, els *holdings* assistencials integrats o ens asseguradors intermèdis. Les opcions presents s'han de remetre aquí (i) al terreny dels llinars de població coberts (menor número equival a més possibilitat de competència i de proximitat assistencial, però menys habilitats per a una efectiva avaluació d'alternatives i una menor capacitació per a la gestió financera del risc), (ii) al grau de predomini d'interessos institucionals per sobre dels usuaris (menys graus de llibertat per a una millor relació d'agència entre professional i pacient), en particular, si els interessos privats es confonen amb els públics en el cas de la presència d'ens d'intermediació de gestió.

I en cadascun dels anteriors casos, les valoracions efectuades s'han de referir, ja sigui a la seva versió de compra completa de serveis assistencials (amb abast, junt a l'atenció primària, l'especialitzada i la farmàcia) o segmentada (parcialment, per funcions). No fa falta insistir en aquest punt que la parcel·lació és contrària a la filosofia de la major part dels sistemes nacionals de salut, sota la noció de compra de cobertura i no de simple activitat assistencial. Els poders públics hauran així de finançar en el futur la compra de cobertura assistencial poblacional i no el cost pressupostari d'una amalgama de serveis assistencials aïllats.

Perspectives de finançament

A fi i efectes de retrobar noves perspectives de finançament autonòmic i general de la sanitat catalana caldria possiblement recuperar l'òptica *comparada* a l'àmbit de comparació de les regions a diferents països de l'OCDE, tot i considerant aquelles variables regionals associades al nivell de desenvolupament social (renda regional per càpita i d'altres). Aquest nou marc es pot valorar com a context de referència de les economies europees en l'objectiu a més, d'una futura major integració social. Així mateix es poden valorar en aquest conjunt de regions europees les preferències comunitàries idiosincràtiques en relació a la dedicació de recursos públics a la sanitat (paper de la despesa sanitària privada, de les fonts autònomes o pròpies de finançament, el pes de la despesa regional sanitària sobre la despesa sanitària estatal i la proporció de la despesa regional sanitària sobre el PIB regional).

Amb aquests criteris de comparació entre regions cap analitzar, des d'una perspectiva *normativa*, els sistemes de finançament i provisió de l'assistència sanitària atenent principalment a les variables tals com la despesa sanitària capítativa que assoleixen les regions, com a indicador de la restricció financera de la sanitat; la dispersió regional de la despesa sanitària capítativa dintre de l'Estat on s'ubica, i estudi de la convergència potencial (i els seus mecanismes, si és el cas) o el reconeixement de la diferència (divergència); el sostre competencial que assumeix la regió respecte a la sanitat, i composició de les fonts de finançament.

A la vegada, caldria recuperar des d'una perspectiva temporal, l'estudi de la productivitat de la despesa sanitària. Comparar directament l'evolució de la despesa sanitària a Catalunya amb els seus resultats sanitaris ofereix arguments complementaris per a jutjar l'existència d'una *pauta* de referència a la despesa sanitària capítativa assumida per un sistema sanitari. Aquesta perspectiva cost-benefici del sistema sanitari ofereix problemes a l'hora d'aproximar indicadors globals de resultats del sistema sanitari. La proposta de l'estudi en aquest punt és doble. En primer lloc es pot realitzar un estudi d'aquells indicadors de resultats, tant de mortalitat com de morbiditat, per

als programes de salut més significatius en l'evolució del sistema sanitari. Alternativament hom pot postular l'integració dels resultats sanitaris del sistema en un única mesura. Aquest és l'enfocament de treballs recentment desenvolupats a l'entorn nordamericà per la mesura del Capital Salut. Aquesta mesura integra els canvis als resultats sanitaris en anys de vida ajustats per qualitat, fruit de la millora en la mortalitat i morbiditat de la població sota la cobertura del sistema sanitari, tot i contrarestant l'incidència negativa que pugui tenir que els *anys afegits* a l'esperança de vida de part d'aquesta població puguin ser d'una menor qualitat.

En definitiva, hom pot detectar l'esgotament de l'enfocament tradicional als vells problemes de la sanitat, tant en la seva valoració interna per part d'alguns referents polítics catalans (la sanitat com a pou sense fons) com en relació a la sanitat en si mateixa (fórmules imaginatives per a veure compensat un finançament addicional molt minso). Això passa, com veiem per la construcció d'un nou paradigma sobre la base de:

a) Transformar el discurs de costos en un discurs de benestar social i no per la via (estadísticament precària i incompleta de les taules input-output i dels vincles productius i d'ocupació), sinó en referents tals com:

- (i) el creixement d'esperança de vida lliure d'incapacitat enregistrat a Catalunya.
- (ii) la valoració d'aquesta segons preus-ombra alternatius, a partir de referents de *disposició a pagar*, contribució a l'activitat econòmica, referents de cost per any de vida ajustat per qualitat (o AVAC) implícitament assumits ja avui en el marge per a aplicar ara al conjunt, indemnitzacions judicials... tant en relació a Espanya com a allò observat a altres països del nostre entorn.
- (iii) posant *preu* als assoliments d'equitat territorial (del tall de: millors isocrones d'accés a serveis justificarien socialment un escreix de finançament que s'ha de comparar positivament -resultant inferior- als propis nivells reals de despesa).

b) Subministrar evidència de costos-activitat, tot i variant el marc de referència (no la mitjana estatal que resulta inadequada per a un país que vol millorar i no reorientar els seus nivells assistencials cap a un valor mitjà que ja supera), a través de:

- (i) l'anàlisi de costos amb el referent de la tipologia d'activitat (ben ajustada per la seva ca-suística) entre diferents països,
- (ii) la comparació de despesa global per referents regionals europeus per nivells de cobertura assistencials.

c) Fonamentar l'argumentació sobre la base de la renda com a variable sobre la que pivota el nivell de desenvolupament social, educació i aspiracions col·lectives de benestar d'un país, tot i adoptant punts de referència europeus:

- (i) regions europees de similar renda per càpita,
- (ii) de similar diferencial (renda pròpia- renda mitjana del seu propi país),
- (iii) respecte de la renda de la que en el seu dia frueix en termes similars als nivells que avui disfruta Catalunya.

d) Emfatitzar la visualització d'escenaris alternatius, per a defugir d'una realitat estereotipada:

- (i) de la despesa sanitària pública corresponent en cas d'aplicar ratios de creixement mitjans estatals a la situació prèvia a les transferències (criteri actualitzat de cost efectiu).
- (ii) Idem, aplicant el ratio mig estatal de despesa sanitària pública/PIB, o del corresponent al propi d'Insalud-gestió directa.
- (iii) Idem que abans, en cas de configurar una revisió de la balança fiscal de Catalunya-Estat d'acord amb un estàndar (norma europea mitjana) i coparticipar de l'excedent segons el percentatge del que ja representa la sanitat dintre del total de la despesa pública.

e) Evitar fer pivotar exclusivament en el creixement de la pressió fiscal directa la solució del finançament sanitari públic, fent més explícit:

- (i) la rèmora que suposa el dèficit fiscal de Catalunya respecte de l'Estat, no des del punt de vista tan sols de les finances de la Generalitat, sinó del benestar col·lectiu dels habitants de Catalunya
- (ii) la falta de correspondència entre esforç de finançament privat i grau de desenvolupament, aplicant també criteris d'estàndars normatius europeus.
- (iii) les limitacions de l'escenari de la coresponsabilitat fiscal (tram autonòmic de l'Irpf) tal com està avui formulant. Qualsevol nova assignació financera que justifiqui la cessió de més impostos a la Generalitat en raó de la despesa sanitària (p.e., integrada a la Lofca), procurar que s'afecti socialment a la sanitat (els processos d'elecció social a aquest efectes són favorables a la sanitat catalana).

f) Deslliurar la discussió del finançament de la sanitat de les variables *ad hoc* que, encara que justificades, es veuen des de fora com a compensació política a vegades i sempre com a expoli. Per aquests efectes, acceptar el referent capitiu general per al conjunt dels serveis públics, retornant més capacitat de decisió, tant sobre despesa com en finançament addicional, al Parlament de Catalunya. Amb aquest objectiu:

- (i) valorar la compensació que, donada la piràmide geogràfica, pot representar un capitiu simple, en serveis universals, entre despesa educativa i sanitària.
- (ii) centrar la solidaritat interterritorial en l'esforç fiscal (en els anivellaments) i no en la despesa.

Els nous escenaris i la seva incidència en la realitat sanitària

Des de l'estudi, i en un exercici de prospectiva bastant complexa, voldriem oferir al lector algunes valoracions subjectives finals en aquest treball, entorn del futur de l'organització i dels serveis sanitaris per al segle proper:

no veig un sector públic

que cobri pels serveis assistencials en el moment de la seva prestació (què fem en aquest cas amb qui no paga en el punt d'accés, quina acceptació social rebrà l'aplicació de la recaptació,...?).

Sí, hom pot intuir en un futur l'existència d'un intermediari financer que recapti per compte del sector públic en el moment d'expedir fàrmacs sota copagament segons utilitat terapèutica o a un tant fix per recepta.

Sí, hom pot intuir un intermediari financer que per compte pròpi recapti primes addicionals o complementàries.

no veig un sector públic

que mantingui una interrelació eficient amb múltiples proveïdores en cadascun dels aspectes que componen la *factura* sanitària.

Sí, que el sector públic fixi acords amb intermediaris que assumeixin risc a canvi de la alíquota de finançament públic, gestionant per això el conjunt de l'oferta assistencial.

no veig un sector públic

que generi i sàpiga mantenir en el temps una competència activa a una miscel·lània de proveïdors.

Sí, amb major probabilitat, entre ens que exerceixin la funció asseguradora en la perspectiva de la cobertura integral de la població.

no veig un sector públic

que aconseguixi fer pivotar en un futur mediat el poder de compra de serveis exclusivament en l'atenció primària independentment o enfront de l'especialitzada.

Sí, amb major probabilitat, en base a l'integració virtual de serveis, que són assistencialment *comprats* per part de qui gestioni l'assegurament.

no veig un sector públic

que tingui capacitat real de fixar preus per activitat segons una casuística acurada i sota tarifes eficients, que no acabin primant l'activitat *per se*.

Sí, amb major probabilitat, que assigni globalment els recursos a canvi d'una activitat global temptativament fixada, tot i considerant la tipologia dels proveïdors, o sota un referent capitiu.

no veig un sector públic

que assigni sobre la base d'un *ricometre* el gradient de drets a prestacions, més o menys gratuïtes par a uns o altres col·lectius.

Sí, amb major probabilitat, un sector públic que identifica un determinat nivell d'assegurament sanitari per a tots, i que remet en general extensions de cobertura a un pagament complementari particular, assumint-lo directament en alguns pocs casos.

no veig un sector públic

que mantingui un *pari passu* financer públic exclusiu en l'evolució de la despesa sanitària futura.

Sí, amb major probabilitat, un sector públic que concentri en els serveis sanitaris diverses fonts de finançament, tot i afavorint la participació de diferents ens territorials.

Això s'ha de correspondre amb una obertura dels òrgans de govern dels ens gestors, amb un menor grau d'endogàmia política, una major transparència i allunyament de la política sanitària de la inestabilitat que li provoca el fet que, sovint, s'utilitzi com a arma llencívola a la disputa política electoral.

Referències bibliogràfiques

(addicionals a les referides als peus de pàgina)

- Aaron H.J. (1992), "Equity in the Finance and Delivery of Health Care", *Journal of Health Economics*,(4), December:467-71.
- Arrow, K. (1963), "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care", *American Economic Review*, 53 (5), December:941-73.
- Birch, S. (1988), "The Identification of Supplier-Inducement in a Fixed Price System of Health Care Provision: The Case of Dentistry in the United Kingdom", *Journal of Health Economics*, 7(2), June:129-50.
- Blomqvist, A. (1991), "The Doctor as Double Agent: Information Asymmetry, Health Insurance, and Medical Care", *Journal of Health Economics*,10(4), Nov.4"-32.
- Buchanan, J.M. (1965), *The Inconsistencies of the National Health Service*, London:I.E.A.
- Chalkley, M. and Malcomson, J.M. (1996b) "Competition in NHS Quasi-Markets", *Oxford Review of Economic Policy*, 12(4):89-99.
- Culyer, A. (1971),"The Nature of the Commodity *Health Care* and its Efficient Allocation", *Oxford Economic Papers*, 23, pps. 31-53.
- Culyer, A.,van Doorslaer,E. and Wagstaff,A.(1992a), "Utilisation as a Measure of Equity by Mooney, Hall, Donaldson and Gerard", *Journal of Health Economics*, (1), March: 93-8.
- Culyer, A.,van Doorslaer, E., Wagstaff, A. (1992b), "Access, Utilisation and Equity: A Further Comment", *Journal of Health Economics*, (2), August:207-10.
- Culyer, A.J and Wagstaff, A. eds.(1996), *Reforming and Health Care Systems. Experiments with the NHS*, Aldershot, Hants: Edward Elgar Publishing.
- Del Llano J. y otros (1997) *Retos y desafíos de la gestión sanitaria* MSD, Madrid: Masson
- Evans, R.G. (1974), "Supplier-Induced Demand: Some Empirical Evidence and Implications", *The Economics of Health and Medical Care*, ed. M. Perlman. London: Macmillan, 1974:162-73.
- Fuchs, V.R (1996), "Economics, Values and Health Care Reform", *American Economic Review*, 86(1), March: 1-24.
- Gaynor, M. (1994), "Adam Smith as Health Economists" *Journal of Health Economics*, 13(1), March, 9-22.
- Glennester H. y J. Hills (1998) *The State of Welfare. The Economics of Social Spending*, 2a edició, Oxford.
- Le Grand, J. (1991c), "Equity in the Distribution of UK National Health Service Resources", *Journal of Health Economics*, 10(1), May:1-19.
- Le Grand, J. (1996), *Equity, Efficiency and the Rationing of Health Care*, in Culyer and Wagstaff (1996):150-64.

- Lerner C. y K. Claxton (1994), "Modelling the Behaviour of General Practitioners", *CHE York Univ. Discussion Paper 116*, York, Regne Unit.
- López G. y V. Ortún (1998), *Economía y sanidad. Fundamentos y Políticas* Ed. Encuentro, Madrid.
- Maynard, A (1991), "Developing the Health Care Market", *Economic Journal*, 101, September:1277-86.
- McGuire, A., Fenn P., Mayhew, K. eds. (1994), *Providing Health Care: The Economics of Alternative Systems of Finance and Delivery*. Oxford: Oxford University Press.
- McGuire, T.G. and Pauly, M.V. (1991), "Physician Response to Fee Changes with Multiple Players", *Journal of Health Economics*, 10(4), November:385-90.
- Newhouse, J.P. (1984), "Cream-Skimming, Asymmetric Information, and a Competitive Insurance Market", *Journal of Health Economics*, 3(1), April:97-100.
- Newhouse, J.P. (1992), "Medical Care Costs: How Much Welfare Loss?", *Journal of Economic Perspectives*, 6(3), Summer:3-21.
- Pauly, M.V. (1974), "Overinsurance and Public Provision of Insurance:The Roles of Moral Hazard and Adverse Selection", *Quarterly Journal of Economics*, 88(1), February: 44-62.
- Pauly, M.V. (1984), "Is Cream-Skimming a Problem for the Competitive Medical Market?", *Journal of Health Economics*, 3(1), April:87-95.
- Phelps, C.E. (1986), "Induced Demand- Can We Ever Know Its Extent?", *Journal of Health Economics*, 5(4), December:355-65.
- Rice, Thomas, (1983) "The Impact of Changing Medicare Reimbursement Rates on Physician-Induced Demand," *Medical Care*, 21 ,pp.803-815.
- Yett DE et al. (1983) "Physician Pricing and Health Insurance Reimbursement" *Health Care Financing Review*, 5 (2): 69-80.
- Williams, A. (1988), "Priority Setting in Public and Private Health Care: A Guide Through the Ideological Jungle", *Journal of Health Economics*, 7(2), June:173-83.
- Williams, A. (1996), "Qalys and Ethics: A Health Economists' Perspective", *Social Science and Medicine*, 43 (12):1795-1804.