

Historia, proyectos y proyecciones de la sanidad y la salud en Catalunya

Xavier Allué.
Antropólogo médico.
Consultor docente, Universitat
Oberta de Catalunya.



La sanidad, la atención a la salud en Catalunya siempre ha tenido algunos rasgos peculiares. La actividad asistencial siempre se vio acompañada de iniciativas más teóricas sobre la noción de la salud, la gestión de la asistencia y el ejercicio de la medicina. Incluso en 1976, los Médicos y Biólogos de Lengua Catalana (1), reunidos en Perpiñán porque, muerto el dictador, aún no estaban las cosas para ciertas actividades, llegaron a presentar una nueva y avanzada definición de salud: *aquello que permite una existencia autónoma, solidaria y feliz.*

Tampoco sería una novedad porque planes y proyectos sanitarios para Catalunya se vienen elaborando desde cuando la Mancomunidad, a principios del siglo XX.

Durante el primer gobierno de la Generalitat, tras constituirse las comunidades autónomas, se elaboró un proyecto detallado de cómo debería ser la sanidad en Catalunya desde la Consejería, en la que se habían integrado numerosas personas procedentes de la oposición al franquismo. El primer «Pla de salut» (2) delineaba las estructuras tanto organizativas como asistenciales en lo que sirvió de base para el desarrollo de la sanidad en los siguientes años. Las competencias en sanidad fueron transferidas a la comunidad autónoma de Cataluña en 1980, durante el primer gobierno de CiU. Se transfirieron las competencias, pero no los recursos económicos, que fueron objeto de negociaciones posteriores, pero nunca de forma completa o satisfactoria. A partir de la publicación de la Ley General de Sanidad y con las competencias asumidas se desarrolló lo que se ha dado a conocer como *El modelo sanitario catalán* (3). El proceso se consolida con la aprobación y puesta en marcha de la Ley de Ordenación

Sanitaria de Catalunya (LOSC) en 1990 (4). Diversas fuentes oficiales de la Generalitat, del Colegio Oficial de Médicos, de diferentes universidades en programas de formación han escrito largo y tendido sobre la sanidad catalana y sus características. Además, fuentes privadas, de gabinetes de estudios como CAPS (5), los consorcios hospitalarios o los de organizaciones sindicales, han aportado su visión de cómo es y, también, cómo debiera ser la sanidad en Cataluña.

Nadie ha aportado jamás pruebas creíbles, ni contables ni clínicas, de que la gestión privada es mejor

La XHUP

La realidad catalana, por la que los centros hospitalarios dependientes de lo que fue el Insalud o el INP apenas cubrían la asistencia de la mitad de la población, y las dificultades de inversión llevaron a los gobiernos de CiU a diseñar un modelo en el que se integrasen en la red asistencial pública toda una serie de centros, algunos de nivel terciario como el Hospital Clínico de Barcelona o el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Se trata de hospitales de titularidad semiprivada, gestionados por fundaciones, patronatos o directamente por los ayuntamientos que, desde tiempo casi inmemorial (6), se han hecho cargo de instituciones asistenciales y hospitales locales. Gradualmente, a la XHUP (acrónimo en catalán de Red de Hospitales de Utilización Pública) se han ido incorporando hospitales existentes, otros re-

formados y otros más de nueva creación en diferentes municipios medianos y cabeceras de comarca, de manera que *«no haga falta recorrer más de 30 km para encontrar un hospital en Catalunya»*, como anunció la Generalitat. La mayor parte de estos centros se agrupa en dos organizaciones patronales: la Unió Catalana de Hospitals y el Consorci Hospitalari de Catalunya. El régimen económico de estos centros es el del concierto con el *CatSalut*, el macroorganismo que gestiona los recursos económicos y funcionales de la Consejería de Salud en la estructura de la Generalitat.

El Institut Català de la Salut

El Insalud catalán se encuentra también bajo el paraguas del CatSalut, aunque mantiene una autonomía de gestión y un régimen estatutario para sus empleados. Lo forman ocho hospitales, cuatro en el área metropolitana de Barcelona, uno en cada capital de provincia, más otro en Tortosa, la población grande más alejada de la capital. Y, además, la red de Asistencia Primaria de Centros de Salud por todo el principado.

Lo que podría entenderse como hacer de la necesidad virtud, al considerar públicos los hospitales que, simplemente, funcionaban con dinero público, ha encubierto una gradual pulsión hacia la privatización de la asistencia y, también, una serie de casos de corrupción flagrante que resultan escasamente edificantes y que ponen en cuestión todo el modelo.

La asistencia primaria, en cambio, ha mantenido la organización y estructura del antiguo INP de ambulatorios gradualmente transformados en centros de salud, en su inmensa mayoría

propiedad y gestión del Institut Català de la Salut, conservando su funcionamiento presupuestario y la selección de personal en los parámetros de lo que siempre hemos llamado «la Seguridad Social», el «seguro». Esta realidad es habitualmente constestada, discutida y lamentada por las patronales de la XHUP por lo que tiene de control de los flujos de pacientes. El cómo se ha mantenido así ante los continuos embates de los diferentes gobiernos, partidos políticos, patronales y otras fuerzas vivas y poderes fácticos sigue siendo, para los que observamos la realidad de la sanidad pública, un interesante misterio (!).

Las mutuas

En Catalunya existe una larga tradición, ya centenaria, de mutualismo asistencial sanitario. Con ciertos altibajos a lo largo del tiempo, en los años del desarrollo económico de fin de siglo y principio del actual, la oferta e importancia han crecido de forma notable. En algún momento, casi el 50% de la población catalana había suscrito una póliza de seguro médico asistencial y hacía uso habitual de los recursos médicos y hospitalarios que ofrecen. Además, el mutualismo se extiende a los ámbitos de los accidentes, tanto los de tránsito como los laborales, que se mueven por circuitos paralelos al sistema asistencial público. Este sistema de doble cobertura asistencial ha funcionado satisfactoriamente para mucha gente, eligiendo uno u otro sistema en función de las características de sus problemas de salud. Se elige la mutua para la atención de situaciones como la maternidad, el parto, naturalmente los accidentes y una buena parte de la atención especializada como la cirugía electiva, la cirugía plástica, la oftalmología o la odontología, entre otras. Y, sobre todo, por la oferta hostelera de habitaciones privadas, escasa lista de espera y trato social y atención privilegiados.

La existencia de las mutuas ha llevado incluso a decir a algún dirigente sanitario que si no fuese por eso, «la sanidad pública catalana no podría absorber la demanda asistencial de los catalanes».



La oferta privada

Al lado de todo el sistema, se tiene que considerar la prestigiada oferta privada de asistencia médica. En lo que un día se concibió como el «Barcelona Medical Center», varios centros hospitalarios de alta calidad se postulaban como centro de atención tanto para pacientes autóctonos como procedentes de otras áreas del Estado o del extranjero. Lo que fueron antiguas clínicas privadas cuyos titulares eran médicos de prestigio y, más tarde, familias, se han ido transformando en institutos como Dexeus, Puigvert, Barraquer o Planas, dedicados a especialidades concretas (ginecoobstétrica, oftalmología, cirugía plástica), u otros especializados como el Instituto Gutmann, y los hospitales privados SCIAS, Teknon, Quirón y otros.

La política de la Consellería de Sanitat ha procurado en los últimos años encontrar una forma de conciliación con todo el sistema. Aunque, tratándose de gobiernos conservadores, se ha hecho protegiendo en todo momento los intereses de las instancias privadas, y seguir manteniendo, aunque sin crecer, los centros del ICS, que, como suele suceder, asumen la patología más compleja y onerosa. Esta fórmula permite que unos ganen dinero y otros reciban atención cuando las cosas se ponen feas...

En el relato de la «Historia» del modelo catalán se incluye toda una serie de disposiciones y regulaciones que se muestran en la página web del CatSalut (7), especialmente en los últimos años, bajo una supuesta reforma que en realidad no aporta más que «humo» político ante una gestión embarrancada en recortes e insuficiencias.

En general, sin embargo, la apreciación es que se trata de un buen sistema sanitario con excelentes resultados clínico-asistenciales y razonablemente ajustado a los presupuestos económicos, lo que lo sitúa sin ambages entre los mejores del mundo. Buenos resultados y un coste proporcionalmente muy bajo cantan la eficacia del sistema.

Lamentablemente, y en los últimos años, se ha sumado a las dificultades económicas y financieras de la crisis económica la aparición y desarrollo del movimiento soberanista, agudizado a partir de las sentencias adversas al nuevo Estatut de Catalunya, que han dado lugar a la percepción generalizada de que las cosas deben cambiar. En lo que respecta a la sanidad, los tremendos recortes presupuestarios de los últimos gobiernos de CiU, sumados a los a su vez promovidos por los realizados por el gobierno del Estado, han determinado un grave deterioro tanto de la asistencia como de la satisfacción de los profesionales, que han visto sus

suelos reducidos dramáticamente y sus expectativas profesionales coartadas. A la vez se contempla un gris panorama futuro cuando los recortes han afectado muy seriamente a los programas de investigación, con la consiguiente repercusión tanto a corto como a largo plazo.

Para muchos, la única vía posible para reconducir la situación pasa por la independencia de Catalunya del Estado español. Las esperanzas que se depositan en un futuro Estado propio incluyen tanto las mejoras económicas como los necesarios cambios en el control de la gestión. Y ello sin soslayar los serios problemas que plantea la sanidad en general y la asistencia sanitaria en concreto en todo el mundo ligados a realidades como el envejecimiento de la población, las enfermedades emergentes, la inmigración, el creciente coste del sistema, la mayor exigencia de la población y la continuada necesidad de renovación de procedimientos, técnicas e incluso de los profesionales.

En un repaso rápido se pueden considerar:

1. Problemas de la sanidad asistencial pública

- Los problemas generales asistenciales de irregularidad de recursos, las trabas burocráticas absurdas y el desorden. La distribución de la población en el Principado viene siendo un determinante con una acumulación en la zona metropolitana de Barcelona, mientras que en el resto del territorio la población es mucho más dispersa. Tal situación ofrece dificultades en ambos ámbitos: en la zona metropolitana evidentemente hay más recursos hospitalarios de nivel terciario, pero a la vez el acceso a la asistencia primaria es más dificultoso. La distancia hasta los centros terciarios priva de recursos a veces vitales a una parte de la población¹.
- El fraccionamiento asistencial en función de intereses corporativos (médicos, enfermeros, farmacéuticos, otros, etc.) o de gestión, y la falta de continuidad en el proceso asistencial (primaria, especialidades, terciario, etc.). Los discursos sobre la prioridad de la asis-



La apreciación es que se trata de un buen sistema sanitario con excelentes resultados clínico-asistenciales

tencia primaria y su creciente capacidad resolutoria se vienen abajo cuando se comprueba la precariedad laboral, la limitación de recursos y la dejadez de la gestión.

- El distanciamiento entre los intereses de los enfermos (o del público) y los de los profesionales, muchas veces de carácter cultural: dos lenguajes diferentes, horarios diferentes, prioridades diferentes. (*La insatisfacción del público solo tiene un paralelo: la insatisfacción de los profesionales.*)
- La desatención sistémica a la salud mental. Cuantas veces se menciona que es la pariente pobre de la sanidad, otras tantas se hace omisión de atención y se mantiene en manos privadas y con exclusividad en amplias zonas del Prin-

cipado (Instituto Pere Mata, por ejemplo).

- La creencia arraigada entre los dirigentes (básicamente de derechas, pero también otros) de que la sanidad pública es «insostenible» con recursos públicos y que la gestión privada es más eficiente. Un discurso que se repite sin que NADIE haya jamás aportado pruebas creíbles; ni contables, ni clínicas ni de gestión. Solo contabilidades parciales sin garantías.
- #### 2. Problemas de la sanidad preventiva (salud pública)
- Control ambiental insuficiente. A pesar de los esfuerzos, aspectos como la contaminación del suelo por metales pesados, del aire en el área metropolitana de Barcelona y el mar en toda la costa están muy

lejos de lo deseable. Y sobre ello gravita una actitud indulgente con las industrias y actividades más contaminantes.

- Excesiva medicalización de la prevención y la promoción de la salud, que debería ser más social.
- Persistencia de tabúes sobre los hábitos y estilos de vida, y de mensajes contradictorios sobre lo que es sano y lo que puede ser potencialmente peligroso para la salud.
- La influencia de los sectores industriales (farmaindustria, industria alimentaria, sector del automóvil, etc.) sobre las políticas sanitarias.

3. Problemas de salud que son problemas sociales (y viceversa)

- El envejecimiento de la población.
- La patología de la supervivencia. Los supervivientes con minusvalías y la carga que representan.
- Las enfermedades crónicas sin o con difícil tratamiento.
- La marginación, la pobreza y la exclusión.
- La inmigración y sus componentes sanitarios, la mayor parte ligada a lo anterior.
- La demanda sanitaria espontánea o fuera de horas: las URGENCIAS y su gestión (8), con sus anuales recurrencias coincidentes con las epidemias invernales de gripe y otras patologías respiratorias.

A todo esto hay que añadir las naturales dificultades de la asistencia sanitaria del día-a-día, con patologías de mayor complejidad, enfermedades emergentes, mantenimiento y modernización de los centros sanitarios, además de las necesidades de una salud preventiva más ancha y más profunda.

Algunas entidades se han movilizadas para ofrecer una respuesta a todos estos problemas con un cambio en las políticas actuales. Como en otros puntos de la geografía del Estado, las «Mareas Blancas» llegan incluso a proponer puntos concretos en forma de decálogo con soluciones (9).

Las organizaciones independentistas incluyen en su ideario y propuestas de futuro los elementos que esperan conseguir en un futuro NUEVO



PAÍS, para una Catalunya independiente:

- Una asistencia sanitaria pública, de cobertura universal, sin discriminación de clase, género o raza, gratuita, pagada con los impuestos, digna, suficiente y de calidad.
- Un sistema sanitario público con la gestión controlada directamente por entes representativos de participación de profesionales, trabajadores y pacientes, a todos los niveles de la administración y de los centros.
- Un sistema sanitario público transparente en la gestión de su funcionamiento y la de los recursos económicos disponibles.
- Un sistema sanitario público sostenible porque lo queremos sostener, a los niveles que el progreso de la ciencia y la técnica nos aporte.
- Una asistencia privada para los que lo quieran, pero con el control necesario para que prime la atención sobre el lucro y que responda públicamente de los resultados asistenciales.
- Un sistema asistencial suficiente que ordene la asistencia según criterios clínicos, de género y sociales, no económicos, donde las listas de espera solo sean instrumentales para el funcionamiento de los servicios.
- Unos profesionales y trabajadores sanitarios que accedan a sus puestos de trabajo por convocatorias públicas y que reciban remuneraciones y

salarios dignos, puntuales y proporcionales al trabajo desarrollado.

- Un más efectivo apoyo social (socio-sanitario) a los enfermos crónicos y los discapacitados y dependientes, suficiente, amplio y de distribución territorial cercana a la gente.
- Recursos adecuados para que quien lo precise tenga acceso a prótesis, ortesis y otros aparatos, y mecanismos necesarios para la movilidad o la actividad, y lucharemos contra las barreras arquitectónicas.
- Una dedicación efectiva a los programas de salud preventiva, salud y educación sexuales, prevención de la violencia de género, el deporte y las actividades de ocio. ■

Notas

¹ Recientemente se ha creado una considerable tempestad mediática sobre la disponibilidad de centros de atención aguda a los infartos de miocardio (Unidades de Hemodinámica) que en algunas capitales de provincia, como Tarragona, solo permanecían abiertos media jornada, teniendo que trasladarse a BCN los ingresos a otras horas. Tras meses de protestas y el fallecimiento en el traslado de un farmacéutico conocido, se ha accedido a la apertura de las unidades 24 h/7 días.

Referencias bibliográficas

1. Llibre d'actes, X Congrés de Metges i Biòlegs de LL. Cat. 1976.
2. Pla de salut 1979. Conselleria de Sanitat, Generalitat de Catalunya.
3. Model sanitari català http://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/model_sanitari_catala (consultado el 3 de marzo de 2015).
4. Legislación sobre ordenació sanitària a Catalunya. Quadern de legislació 23. Sept. 1999 (ISBN 84-39-4857-6) http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/ciutadania/serveis_atencio_salut/com_es_gestionen/normativa_relacionada/losc.pdf (consultado el 3 de marzo de 2015).
5. El sistema sanitari en front la crisi. Quadern Caps Temàtic n. 35 Desembre 2013, Barcelona. http://www.caps.cat/images/stories/Quadern_caps35_SISTEMA_P%C3%9ABLIC_DE_SALUT.pdf (consultado 3 marzo 2015).
6. Comelles JM I cols. Assaig sobre l'estructura i les transformacions de les institucions d'assistència. Inst. Estudis Vallencs, 1991. ISBN 84-86083-23-0
7. http://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/model_sanitari_catala/historia_del_model/ (consultado el 3 de marzo de 2015).
8. Urgencias. De 0 a 24 horas, X. Allué, Ed. Mira, Zaragoza (ISBN: 84-89859-55-8).
9. Propostes per a una marea blanca: <http://dempusperlasalut.wordpress.com/2015/03/04/propostes-per-una-marea-blanca-ode-salut-de-catalunya/> (consultado el 4 de marzo de 2015).