

El Estado del Bienestar y Sanidad

¿Sigue manteniendo Cataluña en el ámbito sanitario el mismo modelo diferencial y con un fuerte peso del sector privado que en 2003?

Alejandro Gonzalez Puerto
Ciències Polítiques i de l'Administració
Curs 2014/2015
Tutora: Gemma Ubasart

ÍNDICE

Nuestro estado del bienestar	3
Clasificación de Estados del Bienestar	7
El caso español.....	11
Sanidad en los diferentes regímenes	17
Reformas en los sistemas sanitarios.....	21
El sistema sanitario catalán	25
Tendencias en el Sistema Sanitario Catalán.....	32
Cambios en la última década	35
Conclusiones	46
Bibliografía	49

Nuestro estado del bienestar

Para muchos, el hecho de poder ir al médico cuando nos encontramos enfermos sin tener que pagar coste alguno es de lo más normal. Hemos nacido con ello y forma parte de lo que consideramos el estándar de los servicios básicos que nos ofrece el estado. Del mismo modo, no dudamos en que estudiar es obligatorio, y a excepción del material escolar, podremos matricular a nuestros hijos en una escuela pública y gratuita, donde recibirá una educación de calidad para poder, en el futuro, ingresar en el mercado laboral.

No dudamos que cuando trabajemos, si en algún caso enfermamos, podremos pedir la baja y seguir recibiendo gran parte, sino el total, del salario por esos días de reposo. Ni dudamos de que cuando nos jubilemos recibiremos una pensión por nuestros años cotizados que nos permitirá seguir viviendo con calidad después de alcanzar la senectud. Damos por supuesto que las funciones imprescindibles de un Estado contemporáneo son las que percibimos a diario, y que de una manera aproximada, la mayoría de países que comparten un estatus socioeconómico similar se rigen por los mismos principios y sirven del mismo modo que el nuestro.

Puede ser, en gran medida, que subestimemos la capacidad de un estado del bienestar para garantizar unos mínimos de protección social a todos aquellos ciudadanos que la necesiten. O bien se puede sobrestimar la capacidad del estado a la hora de ayudar a aquellos ciudadanos que podrían necesitarlo, o simplemente prefieren aprovecharse de las facilidades que les brinda la estructura social. Lo que está claro es que no solo depende del punto de vista del ciudadano y de su ideología respecto al papel del estado sobre el mercado y sus participantes, sino que existen diferencias factibles entre los diferentes estados del bienestar que poseen los países.

Antes de adentrarnos en que características hace especial a uno u otro, sería más conveniente intentar comprender, o alcanzar una mínima definición con el fin de facilitar la posterior clasificación de los actuales estados del bienestar. Cuando nos paramos a pensar en la principal función de un estado del bienestar, es la de proveer un mínimo de protección social a sus ciudadanos. El problema con esta clase de definición es que no se especifica qué se considera una protección social, ni hasta qué punto consigue realizar la función esencial que éste ha de cumplir. No es lo mismo un estado que otorga pensiones a aquellos ciudadanos que bajo comprobación previa demuestran no tener recursos para mantener una vida estable ni entrar en el mercado de trabajo (o más sencillamente, demuestran pobreza), que un estado que otorga pensiones universales, indistintamente del nivel de riqueza, sin

condición alguna. Ambos sistemas buscan la redistribución con fin de conseguir la igualdad de oportunidades, pero no los dos lo logran en el mismo nivel.

Es común identificar el gasto social como el indicador por excelencia del compromiso del gobierno con el estado del bienestar. Comparando países con condiciones similares, el gasto social debería ser claro a la hora de servirnos para clasificar los estados. Pero realmente el gasto social no indica nada más que gasto. Puedes invertir mucho capital en asistencia social con comprobación previa del derecho a recibirla, pero esto no equivale a un gran compromiso del estado con los ciudadanos. O en épocas de crisis económicas como las actuales, puede crecer el desempleo y por lo tanto las subvenciones por desempleo, lo equivalente a un gasto social más elevado, pero no por ello de mayor calidad.

Es inevitable usar la comparación para determinar qué características son o deberían ser definitorias de un estado del bienestar. Ya que el gasto social no descubre la verdadera naturaleza de ese estado, será preciso seguir analizando más aspectos. Es probable que más que el gasto total dedicado a los ciudadanos, un indicador de compromiso sea la facilidad de obtener acceso a las ayudas sociales y la universalidad de éstas. Un país puede tener un gasto social más elevado, pero que para obtener las ayudas sociales necesites cumplir unos requisitos o precondiciones muy estrictas, o que se favorezca unos determinados grupos sociales. Si por ejemplo necesitas ser ciudadano y estar trabajando y cotizando para poder obtener acceso a ayuda sanitaria, se le estaría negando a una gran cantidad de personas en situación de paro o de irregularidad.

Otro indicador de importancia es el nivel desmercantilizador de los estados. La desmercantilización va referida al proceso de separar a los ciudadanos del mercado para que puedan elegir sin tener que basar sus decisiones o dejarse llevar totalmente por el flujo del mercado. Las políticas sociales pueden parecer a primera vista desmercantilizadoras, pero la mayoría lo son hasta cierto punto. Si te pagan tu salario incluso cuando estás enfermo, te están dando la posibilidad de separarte del mercado cuando lo necesites. Pero si solo cobras el cien por cien del salario durante los 4 primeros días y luego va decreciendo, te sentirás obligado a incorporarte cuanto antes para seguir cobrando lo que necesitas (Esping-Andersen, 1990).

Por supuesto la desmercantilización es deseada especialmente por los trabajadores, y tratada con recelo por los empresarios, que son los principales perjudicados. Por lo tanto, tanto la historia del desarrollo del estado del bienestar en cada país, como la relación de los actores políticos y la ideología predominante en las últimas décadas será determinante en las características que cada estado del

bienestar presentará. Si la ideología que más ha predominado es la liberal, y el estado tiene un papel más residual con sus ciudadanos, confiará más en el mercado y actuará solo en los casos en que los individuos no consigan encontrar soluciones privadas. Como ejemplo contrario, un país con un fuerte movimiento obrero y de igualdad es más probable que ejecute políticas sociales universales indistintamente de los recursos y necesidades, como educación y sanidad seas rico, pobre, activo o inactivo en el mercado laboral.

En este trabajo tenemos dos puntos de partida: los regímenes de los estados de bienestar y dónde se encuentra Cataluña, y el modelo sanitario catalán y su evolución hacia un modelo más privado y diferencial. Observando los estados de bienestar en líneas generales hemos descubierto que los diferentes estados pueden agruparse al compartir una serie de características definitorias claves. Era pues el primer objetivo encontrar en que régimen se encuentra España, y en concreto Cataluña. Gracias a ello se facilita entrever cómo funciona el sistema sanitario dentro de este régimen, pero ello lleva a una duda. No todas las comunidades autónomas deben compartir el mismo sistema sanitario, igual que no todos los países de un mismo régimen comparten idénticas características. Por ese motivo entraremos a analizar la evolución del sistema sanitario catalán desde las transferencias de competencias en la Constitución de 1978 hasta la actualidad. Un estudio de 2003 declaró a Cataluña como un modelo privado, favoreciendo al sector privado, y diferencial, marcando diferencias con las políticas públicas emanadas desde el gobierno central. Será trabajo nuestro comprobar si desde entonces la tendencia se ha mantenido o ha cambiado, respondiendo a la pregunta de investigación: ¿Sigue manteniendo Cataluña el mismo modelo privado y diferencial en el ámbito sanitario que en 2003? Con ello nuestro objetivo es actualizar el estudio de 2003 hasta ahora y dejar la puerta abierta a futuras investigaciones para seguir analizando la tendencia de esta comunidad autónoma en su ámbito sanitario y como puede repercutir ello en su clasificación dentro de un régimen de bienestar.

Para ello contamos con un marco teórico formado por dos fuentes bibliográficas básicas. Los Tres Mundos del Estado del Bienestar y Los Estados de Bienestar en la Encrucijada que podrán encontrarse en la bibliografía. Tras entrar en materia nuestra siguiente fuente bibliográfica es Los estados del bienestar en la encrucijada: Políticas sociales en perspectiva comparada, donde encontraremos información vital sobre la tendencia de Cataluña en cuanto a sanidad. A partir de aquí nuestras fuentes serán leyes, proyectos, planes y datos presentados por la misma Generalitat y encontrados por vía digital.

La metodología del trabajo es principalmente cualitativa, haciendo una inmersión inicial en el campo, haciendo interpretaciones contextuales, haciéndonos preguntas a las que buscaremos

respuesta y buscando información que contraste si realmente se prolonga la tendencia privada y diferencial. Además, pero de manera breve, se empleará una pequeña metodología cuantitativa, comparando datos recolectados en diferentes años y analizando su evolución.

Clasificación de Estados del Bienestar

A partir del libro “Los Tres Mundos del Estado del Bienestar”¹ de Gösta Esping-Andersen (1990) creamos una visión de cómo a partir de unas determinadas características podemos diferenciar tres modelos de estados de bienestar: el liberal, el corporativista y el socialdemócrata.

El régimen liberal, típico de países anglosajones como Estados Unidos, Australia y Canadá, destaca por políticas sociales que intenten respetar la libertad del mercado lo máximo posible. Se intentará ayudar solamente a aquellos que realmente lo necesitan y que puedan demostrarlo, por eso es común la demostración previa de necesidad real para recibir ayudas o pensiones.

La lógica liberal no permite que los individuos puedan elegir recibir las ayudas y no trabajar ni cotizar, por lo que las ayudas son modestas y muy limitadas, de modo que se fuerza al individuo a reincorporarse en el mercado lo antes posible. Por eso su nivel desmercantilizador es muy bajo, ya que tan solo se ayuda a los desfavorecidos que se han quedado fuera del mercado.

Siguiendo la línea, los ciudadanos deberán buscar respuesta en el sector privado para la mayoría de sus necesidades. Deberán conseguir mutuas o seguros sanitarios privados si desean una cobertura total de sus necesidades. Si desean tener un dinero para la jubilación, será responsabilidad del mismo trabajador o, si es afortunado, de la empresa la de crear un plan de pensiones para asegurar su liquidez financiera en un futuro.

A más a más, este mismo régimen crea una dualidad entre aquellas personas totalmente insertadas en el mercado y con capacidad financiera para obtener lo necesario del sector privado, y aquellas que no han podido (o no han querido) y requieren de las ayudas.

“La consecuencia es que este tipo de régimen minimiza los efectos de desmercantilización, limita con efectividad el alcance de los derechos sociales y construye un orden de estratificación que es una mezcla de una relativa igualdad de pobreza entre los beneficiarios de la protección social, de un bienestar social para mayorías diferenciado por el mercado y un dualismo político de clase entre los

¹ Esping-Andersen, G. (1990). *Los Tres Mundos del Estado del Bienestar*. Basil Blackwell: Polity Press.

dos.” (Esping-Andersen, 1990. p. 47)

El segundo tipo de régimen está formado por países como Austria, Alemania, Italia y Francia. Éste se trata del régimen corporativista, y su nombre se debe al fuerte predominio de la conservación de las diferencias de status y clase. La familia tiene un papel importante, donde el hombre trabaja y la mujer se encarga de la casa y de los hijos, por lo que la figura del hombre en el mercado es la usual. El estado beneficiará especialmente a aquellos que trabajen y coticen, y estos son principalmente hombres nacionales y activos. El resto se encuentra más marginado de los beneficios sociales del estado, por lo que crea una gran dualidad.

Es en estos regímenes donde los funcionarios y trabajadores públicos gozan de mayor cobertura y beneficios. Como habíamos dicho antes, este régimen defiende el status y la clase, y en consecuencia defiende la posición social que tienen los trabajadores de esta clase. Estos principios son muy contrarios a la universalidad e igualdad de los ciudadanos.

El estado tiene un papel subsidiario también, al igual que en el régimen liberal, pero no tanto como para dejar el máximo posible de servicios al mercado. Será la familia la primera que ayudará en casos de necesidad, y si no es posible, será el estado quien ayudará. Por lo tanto la capacidad desmercantilizadora será más elevada que en los regímenes liberales gracias al papel del estado y la familia (y la Iglesia en muchos países con raíces religiosas poderosas), pero tampoco en exceso.

El tercer régimen es el socialdemócrata, formado por países como Suecia y Noruega donde los principios de universalismo e igualdad han estado históricamente presentes. El mismo nombre del régimen está basado en el poder que han tenido los partidos socialdemócratas en las reformas sociales de estos países.

“Más que tolerar un dualismo entre Estado y mercado, entre clase obrera y la clase media, los socialdemócratas buscaban un Estado del bienestar que promoviera una igualdad en los estándares más elevados, no una igualdad en las necesidades mínimas como se buscaba en otros sitios. Esto implicaba, en primer lugar, que los servicios y prestaciones se elevaran hasta unos niveles equiparables incluso con los gustos más particularizados de la nueva clase media; y en segundo lugar, que la igualdad se proporcionaría garantizando a los obreros la completa participación en la

calidad de los derechos disfrutados por los más pudientes.” (Esping-Andersen, 1990. p. 49)

La clase obrera ha tenido un papel muy importante en estos países. Los sindicatos tenían poder de influencia en los gobiernos y éstos tenían en cuenta sus necesidades. Es por esto que las reformas sociales y los derechos de los trabajadores han ido en una dirección de mayor protección y cobertura que en otros regímenes. Los requisitos para obtener las ayudas o servicios eran menores y por lo tanto más universal. Las diferencias sociales entre trabajadores públicos y del sector privado es prácticamente mínima, y esto provoca una gran desmercantilización general.

No tan solo se consigue una emancipación del mercado, sino también de la familia. En lugar de que el estado tenga un papel subsidiario y espere a que la familia sea incapaz de proporcionar los servicios o el capital necesario, es el estado quien directamente intenta subsidiar todo problema en primera instancia. Es el estado quien se encarga directamente de los niños o mayores que lo necesiten. Y esta carga tan pesada consigue efectos beneficiosos tanto para los individuos como para las familias, hasta permitiendo que las mujeres puedan elegir si trabajar como amas de casa, o buscarse un empleo como cualquier otro. No solo se diferencia del régimen corporativista por adelantarse al poder social de la familia, también lo hace del régimen liberal por la obvia carga social que llevan los estados encima para poder cubrir y atender todas estas necesidades.

Por supuesto un estado del bienestar como tal requiere de grandes gastos en su PIB, pero lo arregla aumentando el ingreso mediante impuestos y tasas. De todos modos, esto no ha supuesto un problema para los ciudadanos, pues la cultura histórica ha formado una conciencia de apoyo por seguir manteniendo un estado atento y que cumpla las necesidades de todos al coste necesario. Por eso mismo será vital para los gobiernos mantener un porcentaje de empleo bien elevado y reducir al máximo la cantidad de individuos parados o inactivos. Si la gente no trabaja y no cotiza o paga impuestos, las arcas se resienten.

Este compromiso con el pleno empleo es algo que los otros dos regímenes no comparten al cien por cien. El régimen corporativista fomenta el empleo, pero a hombres y que sean nacionales, mientras que desalienta a que trabajen las mujeres y extranjeros irregulares. Por otra banda, el régimen liberal no es contrario al pleno empleo, siempre que se mantenga y respete la pureza del mercado y su libre flujo del capital.

Como se puede imaginar, los países que forman los regímenes del bienestar no cumplen totalmente lo que cada régimen comporta. Se podría decir que no existen países con regímenes puros, sino que más bien mezclan alguna cualidad de otros modelos. Un país con un estado del bienestar liberal puede contener algún tipo de servicio social totalmente público, como una educación pública. Los ciudadanos podrán escoger el sector privado a la hora de educar a sus hijos en escuelas, pero al menos estará asegurado que si unos padres no quieren (o no pueden) llevar a sus hijos a una escuela privada, podrán optar por la pública, que debería mantener un estándar de educación básica.

Del mismo modo, un país incluido en el régimen socialdemócrata podrá contener aspectos liberales o corporativistas, como requisitos con comprobación de bienes en determinadas subvenciones o ayudas. Lo interesante es comprobar de qué modo han llegado a ser lo que son en la actualidad, ver qué factores predominan que lo hacen especial, y si es posible prever hacia donde irá encaminado.

Como hemos visto, Gøsta Esping-Andersen resume en tres los posibles regímenes del bienestar, el liberal, el corporativista y el socialdemócrata. Cuando nos paramos a pensar en el caso de España, no nos queda demasiado claro dónde la situaríamos.

Podemos empezar pensando en que el gobierno nos ofrece una serie de servicios gratuitos e incondicionales, como son la sanidad y la educación. Si tienes alguna enfermedad o te encuentras mal, simplemente con ir al hospital más cercano te atenderán y tratarán de curarte. Del mismo modo, si tienes hijos y no puedes pagar por una escuela, existen numerosas escuelas financiadas con capital público donde cualquier menor podrá cursar sus estudios hasta la universidad. También es cierto que estos servicios a veces pueden contener tasas, o pueden tener algún aspecto que escape de la cobertura pública, pero el coste principal es gratuito para el ciudadano. Esta universalidad de acceso nos podría acercar a un régimen socialdemócrata.

Contrario a este último punto, podríamos considerar cuantos otros servicios y ayudas no están cubiertos. O incluso que sí están cubiertos, pero para poder recibirlos hay que demostrar una falta real de recursos o estar en una situación de necesidad. Por ejemplo, para estudiar más allá del bachillerato (como una carrera o un grado medio/superior) es necesario pagar matrícula, gastos de gestión, etc. Gastos que no todo el mundo puede costearse, pero que gracias a una beca para estudiantes, aquellos con menos recursos podrán empezar los estudios superiores. Es obvio el efecto positivo que esto tiene, pero también hay que tener en cuenta los límites y la accesibilidad de estas becas. El gasto (normalmente reducido en España y más en contexto de crisis económica) ha de ser repartido entre un número máximo con tal de poder ayudar a estudiantes con una cantidad que cumpla un mínimo de calidad. Si das becas cuantiosas, reducirás el número de personas que podrán recibirla. Si aumentas el número de personas que la reciben, o bien aumentas el gasto destinado a becas, o tendrás que reducir la cantidad que reciben (justo lo ocurrido recientemente²).

Por otra parte, se podría afirmar que aunque en España existan facilidades a las mujeres para entrar en el mercado laboral, como por ejemplo la baja por maternidad, sigue existiendo una

² *La Vanguardia*. (29 de 01 de 2015). Recuperado el 25 de 04 de 2015, de <http://www.lavanguardia.com/vida/20150129/54425241707/bng-pide-que-wert-explique-en-congreso-bajada-en-cuanta-becas-de-universidad.html>

desigualdad de salarios entre el sexo masculino y el femenino³. Aquella mentalidad de que el hombre es el que aporta el dinero en casa y las mujeres deben quedarse manteniendo el hogar y cuidando a los hijos está aún presente en la sociedad y puede verse reflejada en la brecha de salarios.

Siguiendo la línea, aquel papel subsidiario que tiene el estado en los regímenes corporativistas, dejando que primero sea la familia la que ayude y resuelva los problemas que tengan los individuos es algo también que se puede observar en España. El papel de la familia aquí es vital para los individuos, y ésta no puede concebirse independiente a nadie. Si por ejemplo tenemos algún tipo de problema económico, antes de buscar ayuda en el gobierno se intentará resolver con ayuda familiar de los padres.

En el libro “Los estados de bienestar en la encrucijada: Políticas sociales en perspectiva comparada”⁴ diferentes autores trabajan en sus capítulos una versión actualizada de los tres mundos del estado de bienestar de Esping-Andersen. No solo compara cómo han evolucionado desde su primer tratamiento hace un par de décadas, sino que los analiza en la actualidad y hace una previsión del camino que están tomando hacia el futuro.

Cuando analizábamos los tres mundos del estado del bienestar nos dimos cuenta que España no estaba incluida en ninguno de esos regímenes, y tras posteriormente analizar algunos de los más visibles aspectos, tampoco vimos claro con que régimen debería formar parte. Es aquí donde Luis Moreno y Pau Marí-Klose definen un nuevo régimen, el estado de bienestar mediterráneo.

Este régimen está compuesto por España, Grecia, Italia y Portugal debido a similitudes en las tendencias sociodemográficas, peculiaridades institucionales, patrones de políticas públicas y sistemas de valores. Los cuatro han sufrido gobiernos autoritarios en el pasado siglo, en los cuatro la religión ha tenido un papel importante y estructurador, y ninguno de ellos participó en la edad de oro del estado del bienestar (desde la segunda posguerra hasta inicios de la década de los setenta).

³ Bolaños, A. (5 de 5 de 2015). *El País*. Recuperado el 15 de 5 de 2015, de http://economia.elpais.com/economia/2015/03/05/actualidad/1425554210_625645.html

⁴ Alegre Espinosa, M. A., Calzada, I., Colino-Cámara, C., Del Pino Matute, E., Díaz Pulido, J., León, M., . . . Subirats Humet, J. (2013). *Los Estados del bienestar en la Encrucijada: Políticas Sociales en Perspectiva Comparada*. Madrid: Tecnos.

Es cierto que estos países comparten un principal rasgo estructural, que es la función de la familia en todas las áreas de desarrollo de las políticas sociales.

“El modo de interacción de la familia con el Estado y los poderes públicos, de una parte, y las instituciones de la sociedad civil, de otra, ha distinguido el funcionamiento de los sistemas de bienestar de Europa del Sur, caracterizados por su naturaleza mixta. Una fuerte microsolidaridad en el seno de las familias, manifestada en un generoso apoyo material y afectivo entre sus miembros, ha garantizado un alto nivel de satisfacción vital de sus ciudadanos y ha procurado un colchón de seguridad en momentos de crisis. La proliferación de pequeñas empresas y negocios familiares es un rasgo característico de la estructura productiva de los países de Europa del Sur. (Moreno y Marí-Kklose 2013, pág. 127)

Por lo que hemos visto hasta ahora, parece que los países que son parte del estado de bienestar mediterráneo comparten una serie de funcionamientos y características propias de los otros regímenes de bienestar. Es una especie de híbrido entre todos ellos. Compartiendo con el régimen corporativista, muchos servicios y ayudas que ofrece el estado dependen de que los ciudadanos que quieran recibirlos estén afiliados a la seguridad social. De este modo, estarán cotizando y nutrirán las arcas para poder financiar los gastos necesarios. Estas raíces corporativistas que han influido en las políticas públicas provienen de épocas autoritarias, y por esa razón se protege tanto al trabajador fijo, que por entonces una gran parte servía al estado. Aunque sean los trabajadores fijos los que están más incorporados en las instituciones de protección social, es cierto que los familiares cercanos de éstos también se benefician de gran parte de esta cobertura. De hecho, hay una dualización entre dos tipos de trabajadores, los fijos y su familia (llamados insiders) que gozan de la máxima cobertura ya que están cotizando, y los que trabajan en empleos discontinuos, como trabajos temporales y de carácter informal (llamados outsiders). Éstos últimos gozan de menos salarios, peores condiciones laborales dada su temporalidad, lo que provoca entradas y salidas del mercado laboral constantemente. Cuando se presentan problemas para los outsiders y se encuentran sin trabajo tras tiempo sin haber estado activo, pueden verse obligados a recurrir a las ayudas de los programas sociales asistenciales, que no siempre llegan a cubrir a todo aquel que lo necesite. Como última herramienta de seguridad ante la necesidad, existen programas de carácter no contributivo que se concederán únicamente previa comprobación de carencia de recursos (means testing, y los respectivos problemas que ello comporta, como la trampa de la pobreza).

Como ya hemos dicho antes, la familia tiene un papel muy importante en el régimen mediterráneo, y precisamente es porque gracias a esta cultura de solidaridad entre familiares el estado no ha tenido la necesidad de mejorar la asistencia social no contributiva. En una situación de necesidad, es más probable que primero busquemos ayuda en nuestros padres o familiares que en el propio estado.

“La fuerte institucionalización del matrimonio, la relativa abundancia de “amas de casa” a tiempo completo (dada la menor participación de las mujeres, especialmente de edades más avanzadas), la intensidad de los contactos familiares entre hogares y los vínculos intergeneracionales, han permitido a los gobiernos despreocuparse de garantizar mínimos de seguridad económica o de proporcionar servicios a grupos de población desprotegidos. La fortaleza interna del sistema familista mediterráneo ha tenido como efecto perverso debilitar las reivindicaciones a favor de un mayor apoyo estatal a las familias” (Moreno y Mari-Kklose 2013, pág. 130)

Al ver que en estos países, entre los cuales España, los vínculos entre familiares y familias es tan fuerte y que las instituciones de relaciones sociales comportan un compromiso tan elevado, los estados no se han visto en la necesidad de crear o incrementar las ayudas económicas a las familias. Lo cual es positivo dada la cantidad de dinero que no se gasta y se puede invertir en otros aspectos, siempre y cuando realmente las ayudas no sean necesarias. Si nos encontramos con personajes que no tienen buenos vínculos con su familia, o directamente no tiene o la ha perdido, estará perdiendo una gran ayuda económica en caso de necesidad que otra mucha gente si tiene.

De todos modos, en el régimen mediterráneo no todos los servicios dependerán de si estas afiliado a la seguridad social o si eres familiar de alguien que lo hace, o de que puedas demostrar previa comprobación una falta real de recursos. Algunos servicios se han ido universalizando (algo característico del régimen socialdemócrata), siendo accesibles para todos, estén afiliados a la seguridad social o no, sean nacionales o no. Tales servicios como la sanidad, educación o servicios sociales entre otros, son financiados con ingresos generales sin un fin específico.

Por lo tanto, estos servicios universales garantizan un mínimo de cobertura social en aspectos que se consideran imprescindibles para cualquier humano y que todo el mundo debe recibir cuando le sea necesario. Es un aspecto positivo pues consigue despreocupar a los individuos y les quita una

carga más que considerar. Por otra banda, ésto implica un gasto presupuestario mayor. Por supuesto, en épocas de abundancia se ha destinado cantidades mayores en los presupuestos. Por ejemplo, en España desde el 2004 hasta el 2009 el gasto público aumento un 48%. Lo que también podríamos pensar es que en situaciones de crisis económica como la sufrida a partir de 2009, el gasto público se congele o incluso descienda. De hecho, desde 2009 hasta 2013 el gasto público en España bajó un 5%. El comportamiento no fue el mismo para los otros países europeos, como por ejemplo Alemania, que el gasto público ha ido aumentando moderadamente año tras año, incluso después del contexto de crisis. También es cierto que los ingresos estatales de Alemania lo hicieron en mayor medida que sus gastos. En cambio, España aumentó un 48% su gasto público y aumentó un 12% sus ingresos.⁵

Y es que formar parte de la Unión Europea produjo cambios en España. Tener que adaptarse a las directrices económicas que son dictadas para todos los países miembros ha forzado a los países a adoptar políticas que satisficieran las necesidades del bloque europeo. De hecho, el régimen mediterráneo está sufriendo cambios en los países que lo componen, y una fuente de cambio es la Globalización y Europeización.

“La integración mundial de los mercados financieros ha restringido el margen de maniobra nacional para recabar los recursos necesarios que puedan destinarse al desarrollo de nuevos programas sociales. Se ha debilitado la capacidad de control de los Estados sobre los caudales financieros sujetos a imposición dentro de las jurisdicciones nacionales al tiempo que se ha incrementado los costes de la financiación externa de los déficits fiscales. En un contexto de crecientes oportunidades de salida para el capital, los gobiernos afrontan mayores dificultades para crear entornos que promuevan la inversión sin comprometer marcos de regulación y políticas sociales que tienen amplia legitimidad social y política.” (Moreno y Mari-Kklose 2013, pág. 134)

En todo caso, esto provoca cambios internos en cada país que pueden conducir a una evolución u otra, y por lo tanto a crear diferencias entre países que anteriormente compartían la misma característica que los definía como parte del régimen mediterráneo.

⁵ Abascal, E. M. (8 de Mayo de 2014). *Economía para todos*. Recuperado el 12 de 5 de 2015, de Business School Universidad de Navarra: <http://blog.iese.edu/martinezabascal/2014/05/08/gasto-publico-espana-y-europa/>

Otros cambios no han sido producidos por factores externos, sino que han sido cambios en las dinámicas habituales de los domicilios familiares y de los roles de que seguían los individuos en cada hogar. Con la sociedad postindustrial y el crecimiento del sector de servicios con más de un 50% de empleo en detrimento de empleos agrarios e industriales, se han creado nuevos puestos de empleo, pero de una reducida calidad. Estos nuevos puestos poco estables y de menos retribución en muchos casos han favorecido a la inserción de la mujer en el mundo laboral, y esta misma inserción provoca cambios en la conciliación de la vida familiar convencional. Estando tanto el hombre como la mujer trabajando a jornada completa, el tiempo disponible para pasar juntos será menor, y ello comporta a un retraso del matrimonio, de la fecundidad y de la convivencia formal. La familia tiene un papel importante en el régimen mediterráneo, pero la familia está cambiando. Estos cambios hacen aparecer la necesidad de crear nuevas maneras de protección que antes cumplía la familia, y estas políticas no van a aparecer de manera uniforme ni homogénea en todos los países del sur de Europa.

Otro factor más a añadir a los anteriores es el actual estado de crisis económica. No es tanto que el estado de bienestar haya sido culpable de las fallas del mercado, sino más bien es una víctima más que está pagando por los errores de entidades financieras y burbujas inmobiliarias. Cuando los estados tienen deuda y la quieren reducir, lo primero que harán será reducir gastos y aumentar ingresos, y para reducir gastos acaban atacando al gasto social. Esto repercute en bajadas de presupuesto para servicios sociales que damos por sentados, tanto para aquellos que cotizan, como para los que gozan de servicios universales.

Es especialmente en el ámbito de la Sanidad el que se va a tratar a continuación. Sería imposible para este trabajo tratar más de un ámbito, como la educación o seguridad social, así que nos centraremos en la Sanidad por el interés que despierta

Podemos imaginarnos el papel que ocupa la sanidad en la agenda de los ciudadanos de un país. Es uno de los pilares básicos de los estados de bienestar mínimamente desarrollados, y esto se refleja en la legitimidad que obtiene de todos los individuos. Por eso, a la hora de realizar cambios en la política sanitaria, los gobiernos deben andarse con mucho ojo, pues puede crearse una repercusión de grandes magnitudes.

Generalmente todos los estados del bienestar desarrollados tienen un sistema sanitario cuanto menos complejo y financiado con dinero público. A diferencia de otros servicios que el mercado puede proveer de manera eficiente, con la sanidad no encuentra la posibilidad de dejarla al completo al sector privado. De hecho, hay una serie de principios del mercado que el sistema sanitario incumpliría si fuera totalmente privado, de modo que propicia a que sea el estado quien se encargue de regular y financiar la sanidad (la mayoría de las veces).

Para empezar, los consumidores de sanidad, que son todos aquellos enfermos que acuden para curarse o tratarse, no tienen la información suficiente para saber sobre qué les pasa, o sobre cuál es el tratamiento más adecuado o eficiente. Un médico podría recomendar un tratamiento innecesario para un paciente y éste desconocería la inutilidad. En tanto que necesitamos de un “asesor técnico” que nos explique todo, la falta de información ya que ir al médico no es habitual, y por lo tanto se nos dificulta ir aprendiendo, y además la imposibilidad de calcular los gastos reales de tratamientos y curas, se incumple el principio de información perfecta. Si un médico cobra cuantos más servicios realice, es probable que expanda el tiempo que un enfermo pasa en su hospital, o que realice más intervenciones de las realmente necesarias.

El segundo aspecto que no se cumple en la sanidad es la competencia perfecta. El coste de crear un hospital, construcción, pago de salarios especializados, puesta en marcha, etc. es tan elevado que la entrada no tiende a ser sencilla. Del mismo modo, la salida del mercado de un centro sanitario es costosa. Como la aparición y desaparición tiene un coste extremadamente alto, existen pocos centros que son los que tienen a la mayoría de enfermos.

Un último aspecto es que en la sanidad se pueden crear externalidades negativas y en el

mercado no deberían producirse. De hecho, negarle el acceso a la sanidad a un paciente con alguna enfermedad de alto contagio puede producir una epidemia a escala nacional. O simplemente, dejar que un paciente no tenga acceso a las curas necesarias para una enfermedad puede acabar en muerte, lo cual se traduce en una reducción del capital humano del respectivo país.

Con estos tres aspectos ya puede observarse que el mercado no puede ocuparse de la provisión de todos los servicios sanitarios de modo eficiente y coste-efectivo. Por este motivo los estados han intervenido en menor o mayor medida en este ámbito de política social. (Alegre Espinosa, y otros, 2013. Pág. 170)

Aunque en el ámbito sanitario los países difieran enormemente, ya sea por la facilidad de acceso, el origen de la financiación del sistema, o la intensidad del papel regulador de los estados, en algunos aspectos pueden aun clasificarse según la tipología de Esping-Andersen de 1990.

El régimen liberal destacaba principalmente por el papel tan importante que tenía el mercado y por defender al máximo la libertad de la gente y sus decisiones a riesgo de comprometer la igualdad. En el ámbito sanitario ocurre parecido, pues el mercado tiene un papel más importante que en otros países, y los ciudadanos deberán conseguir un aseguramiento privado para tener acceso a la gran mayoría de servicios sanitarios. Esto provoca efectos inmediatos, ya que todo aquel que tenga un salario bajo o directamente no lo tenga se encontrará en una situación de desamparo al no poder costearse un seguro. El estado puede financiar algún tipo de acceso a la sanidad básica para aquellos más desfavorecidos, pero siguiendo la línea del régimen liberal, siempre previa comprobación de bienes. El sistema sanitario público se encuentra escasamente desarrollado y depende fundamentalmente del mercado. Los gobiernos pueden regular mediante legislación a las empresas destinadas a la provisión de servicios sanitarios, pueden imponer medidas de calidad o regular los precios de los servicios, pero no se adentrarán en crear un seguro obligatorio público por la oposición que se encontrarán.

En el régimen corporativista los trabajadores y aquellas personas dependientes de los trabajadores como los familiares están incluidos en la Seguridad Social, y gracias a ésta se benefician de acceso a la sanidad de manera gratuita. Es el estado quien financia al proveedor de servicios, ya sea un hospital público o concertado. Por ese mismo motivo, los estados tienen un papel muy grande

y han de saber contener el gasto público usando determinadas políticas públicas como el copago.

Por último, en el régimen corporativista tienen un modelo sanitario universalista, donde únicamente por residir en ese país tienes libre acceso garantizado a los servicios sanitarios. El sistema sanitario está financiado y organizado directamente por el estado, y la universalidad de la que goza es la única capaz de evitar la segmentación de la población. El sistema sanitario español se engloba dentro de este régimen.

De hecho, en España existía un sistema basado en la participación laboral y la Seguridad Social, por lo tanto los trabajadores y los familiares directos eran los beneficiados y se excluía al resto. Pero ha habido una transición en las últimas décadas hacia un Sistema Nacional Sanitario íntegramente financiado a través de los presupuestos generales del Estado y totalmente descentralizado. Esto significa que son las Comunidades Autónomas las que gestionan el sistema sanitario.

La Ley General de Sanidad de 1986⁶ convirtió el sistema sanitario español en universalista principalmente, de modo que se separaba del habitual aseguramiento por seguridad social. Se llegó a conseguir que todo habitante en España pudiera en caso de necesidad acceder al servicio sanitario. Más tarde en el 2012 se dio un paso atrás. En el Real Decreto Ley 16/2012 de “medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones” se recupera la figura del asegurado para poder acceder a los servicios sanitarios y se excluye del sistema a los inmigrantes indocumentados mayores de 18 años. Entraremos en profundidad más adelante.

“Los sistemas sanitarios universalistas responden de modo claro a los fallos de mercado, reforzando la actuación del Estado y limitando la intervención del mercado a aquellos ámbitos en los que, con la supervisión de las administraciones sanitarias, pueden contribuir a mejorar la eficiencia en la provisión de servicios sanitarios. Garantizan así la cobertura sanitaria para el conjunto de la población, al tiempo que contienen con relativa eficacia los incrementos en los costes de financiación del sistema.” (Alegre Espinosa, y otros, 2013. Pág. 176)

⁶ *Ley 14/1986 General de Sanidad*. (25 de 5 de 1986). Recuperado el 14 de 5 de 2015, de Noticias Jurídicas: http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/114-1986.html

Aunque los sistemas de salud universalistas consigan contener los costes de financiación de manera más eficaz, todos los países están incrementando anualmente su gasto sanitario total como porcentaje del PIB. Si analizamos los datos que podemos encontrar en OECD, veremos que el gasto ha ido aumentando especialmente hasta 2009. Un gasto mayor puede relacionarse directamente con un mayor número de población envejecida que requiere de continuos tratamientos y servicios, ya sea por enfermedades crónicas o simplemente por achaques de la edad. Como hemos visto anteriormente en España, la figura familiar ha perdido peso y cada vez se tienen hijos más tarde y en menos cantidad. Si a eso le sumamos un aumento en la calidad de vida y en la esperanza de vida (que en España es de 82,5 años), conseguimos un gasto mayor.

Incluso una mayor educación de la población implica más exigencias a la hora de realizar diagnósticos o curas, y eso se repercute en el gasto. No solo más información, sino nuevas tecnologías de alto rendimiento que ayudan a la hora de ejercer el trabajo con más eficacia y eficiencia, pero que suponen una inversión inicial y de mantenimiento elevada para, a veces, resultados similares a sin ellas (si se usan para determinar determinados diagnósticos a un porcentaje mayor, pero no demasiado mayor).

Tras observar como el gasto en sanidad ha ido aumentando en los últimos años, cabe destacar un suceso internacional y económico que ha afectado a todas las economías de los países desarrollados y que ha implicado numerosos cambios y reformas en varios ámbitos de las políticas públicas.

En 2009 la crisis económica está en su momento de máximo esplendor y tanto gobiernos como ciudadanos son conscientes de la gravedad. Muchos países se encuentran endeudados y con dificultades para pagar su deuda. Cuando tienes un déficit puedes solucionarlo de dos maneras, aumentando ingresos y reduciendo gastos.

Aumentar los ingresos es más bien complicado en esta situación. Si aumentas los impuestos para las personas físicas, éstas que se encuentran en situación de alerta y es probable que o bien les falte dinero, o bien deseen ahorrar por si se pudieran encontrar en situación de necesidad, va a crecer el descontento con el gobierno y además se va a reducir el consumo en general, lo cual no ayuda a salir de una crisis económica.

Si aumentas los impuestos a las empresas, dificultas su crecimiento y puedes provocar cierres si sumas menos consumo (menos ingresos) y más costes. No parece buena idea aumentar en exceso los impuestos para salir de una crisis que afecta al mercado privado.

Por otra parte, si reduces el gasto es más posible encontrar un equilibrio entre ingresos y gastos y así reducir el déficit. Y esa fórmula fue la que la Unión Europea dictaminó para aquellos estados miembros con un gran déficit, como España. Si el coste de la sanidad estaba aumentando en los últimos años como hemos visto antes y ahora se requería recortar en gastos, la sanidad tenía todas las papeletas de resultar afectada.

De hecho, si observamos el gasto en sanidad de España en su porcentaje del PIB observamos que ha ido aumentando año tras año, y que llegado el 2010 en lugar de aumentar ha disminuido⁷.

⁷OECD (2015), Health spending (indicator). doi: 10.1787/8643de7e-en (Accessed on 28 April 2015)

Siendo el gasto en relación al PIB del país, en este caso España, es cierto que ha disminuido, aunque tampoco en gran cantidad. Lo que es seguro es que ha habido un cambio de tendencia. Mientras ha ido aumentando año tras año, ahora está disminuyendo, poco, pero disminuye.

Para reducir el gasto y aumentar el ahorro, se han tenido que promover acciones como el cierre de salas de quirófanos y urgencias, salarios menores para trabajadores sanitarios públicos, prohibir el acceso a inmigrantes no regulados. Y otras acciones que pueden recabar capital y así reducir el gasto, como el copago sanitario (o tiquet moderador en Cataluña).

Lo que se ha tratado es de incrementar la eficiencia del sistema nacional de salud, de modo que sea más productiva invirtiendo menos en ella. Para ello se utilizó la Nueva Gestión Pública, un “conjunto de conceptos y formas organizativas que pretende incorporar lógicas de funcionamiento propias del mercado en los procedimientos y pautas de actuación del sector público.” (Alegre Espinosa, y otros, 2013. Pág. 181). Con ello se busca que las instituciones públicas se rijan también usando principios propios del mercado privado, reduciendo la responsabilidad pública en la prestación directa de servicios y en la financiación.

Del mismo modo que ha ocurrido en España, se ha reflejado también en Cataluña. El gasto en sanidad ha dejado de aumentar y los ingresos no han aumentado en gran medida, por lo que hacer seguir creciendo este ámbito en la última década va a ser un reto. Más adelante se analizará en profundidad.

Otro cambio que se produjo hace tres décadas en España es el proceso de descentralización, buscando el equilibrio de responsabilidades entre diferentes niveles de Gobiernos. El estado de autonomías ha supuesto un reto desde el principio, y especialmente el reparto de competencias en su principio dispar creó un aparato mixto entre comunidades que aceptaron desde los primeros años gestionar y administrar la competencia sanitaria, y aquellas que primeramente fueron gestionados por organismos centrales hasta que se repartió la competencia a todas las comunidades.

“La literatura centrada en el análisis de los procesos de descentralización atribuye una serie de ventajas potenciales a dichos procesos de reasignación de responsabilidades y competencias entre distintos niveles de la administración del Estado. El primero de los impactos positivos potenciales de la descentralización sanitaria estribaría en la mayor eficiencia técnica derivada del mejor

conocimiento de los costes locales de producción de servicios, la mayor capacidad para estimular la competencia, mejorar la coordinación entre niveles de atención y la mayor eficacia en el fomento de los mecanismos de innovación organizativa e institucional.” (Alegre Espinosa, y otros, 2013. Pág. 181)

Del mismo modo que vimos con anterioridad que los estados del bienestar de diferentes países tenían características diferenciadoras, y que algunos podían agruparse según algunos aspectos en común, en países con gran descentralización puede ocurrir algo similar interno. España no es el país más descentralizado del globo, pues algunas competencias siguen siendo parte del gobierno estatal por la Constitución. Pero en aquellas competencias que sí han sido repartidas ceden la capacidad administrativa y en ocasiones la financiera a las Comunidades Autónomas en su totalidad.

De este modo, podemos encontrar diferencias significativas entre las Comunidades Autónomas españolas y los diferentes servicios y prestaciones propios de los estados del bienestar. Esa descentralización que provee efectos positivos también conlleva efectos negativos. Es posible que las diferencias entre diferentes territorios pueda provocar un deterioro de la eficacia dada la menor coordinación entre las administraciones, o la duplicidad de administraciones. También puede crear discordia entre los ciudadanos si se sienten perjudicados al asistir en un sistema que los beneficia en menor medida que el sistema de otra región. En el caso español la descentralización no ha supuesto un problema como en otros países europeos donde ha sido necesario crear un proceso de recentralización de las funciones reguladoras del ámbito sanitario.

“El caso español constituye uno de los ejemplos más claros de descentralización sanitaria al haberse articulado el Sistema Nacional Sanitario como la yuxtaposición de los 17 Sistemas Regionales de Salud, produciéndose así una transferencia prácticamente total de la responsabilidad sanitaria al nivel subnacional.” (Moreno Fuentes, 2012. Pág. 182)

Y del mismo modo que España ha descentralizado competencias como la sanidad en sus comunidades autónomas, Cataluña ha hecho lo mismo, creando gobiernos sanitarios territoriales, que gracias a su cercanía son más capaces a la hora de identificar las necesidades y los fallos del sistema en su territorio. De hecho, como veremos más adelante, la Generalitat ha priorizado en numerosas ocasiones la descentralización de la sanidad en diferentes leyes.

En definitiva, el sistema sanitario es un aspecto del estado de bienestar que en regímenes universalistas goza de gran legitimidad y sirve como herramienta de cohesión. En los últimos años se ha encontrado con una serie de obstáculos que han supuesto un reto para el convencional sistema sanitario y que han provocado unos cambios tanto en los regímenes en general como diferencias entre los países que componen estos regímenes. Los sistemas sanitarios públicos han de seguir cumpliendo su principal objetivo, y este es seguir garantizando la protección sanitaria universal. Introducir lógicas de mercado para solucionar problemas económicos es un buen método para aumentar la eficiencia en la gestión de los recursos sanitarios, siempre y cuando sea de manera complementaria, y no acabe suplantando a la supervisión pública.

La forma de estado en España es única en el mundo. Es un estado compuesto con características de un estado federal y unitario. Siempre ha existido ímpetu en reconocer la nacionalidad española como unida y ha coexistido con nacionalismos internos como el vasco y el catalán. En cuanto a gobiernos, las comunidades autónomas han tenido su propio gobierno y han sido capaces de legislar según vean conveniente, siempre y cuando ello no vaya en contra de la Constitución Española.

El primer límite lo encontramos en la jerarquía legislativa. Otro límite es la capacidad legislativa, si una comunidad autónoma tiene la competencia para legislar y administrar una determinada competencia.

La Constitución de 1978, en su artículo 43⁸, reconoce el derecho a la protección de la salud y otorga la tarea de organizar y tutelar los temas de salud pública a través de medidas preventivas y de prestación de servicios sanitarios a los poderes públicos. Durante la época franquista el sistema sanitario no era ni por asomo similar al que tenemos en la actualidad. El acceso era mucho más limitado y no presentaba ni un rasgo de universalidad. Más bien se acercaba a un mixto entre el seguro social de los regímenes corporativistas, en tanto que los trabajadores funcionarios al servicio de la administración pública estaban totalmente cubiertos por la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, y los regímenes liberales, ya que todos aquellos que no trabajaban y por lo tanto no cotizaban debían optar entre mutuas privadas o cubrir el coste del tratamiento por cuenta propia cuando fuera necesario. Incluso aquellos que no eran capaces de costearse una mutualidad o y menos aún el precio íntegro del tratamiento, podían obtener acceso a Hospitales provinciales, de la Iglesia o Cruz Roja, basados en presupuestos del estado o directamente de la beneficencia. Esto último recuerda al “means test” que han de pasar aquellos que se declaran sin recursos en un estado con un sistema sanitario liberal para poder acceder a él.

Antes de la transición el sistema sanitario no era ni universal ni estaba financiado para todos por parte del Estado. Con la transición y la Constitución se abrió la puerta a la democracia y

⁸ *Constitución Española*. (29 de 12 de 1978). Recuperado el 13 de 5 de 2015, de BOE: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1978-31229&a=a&orden=fecha#refpost>

con ello cambios en muchos aspectos. Se crea el Estado de Autonomías y el 18 de setiembre de 1979 se promulga el Estatuto de Autonomía de Cataluña. Con él Cataluña se reconoce como una nacionalidad que ejerce su autogobierno como Comunidad Autónoma dentro del Estado Español. En esta ley orgánica se definen las Instituciones Catalanas, las competencias y las relaciones con el estado español. Con ello, se le cedieron competencias en sanidad. Cataluña venía de una época donde el estado central no otorgaba muchos recursos, y donde existía una carencia visible especialmente en los Hospitales, donde no había suficientes camas para enfermos agudos (un 30% provenía de la seguridad social, el 70% restante de otras fuentes). La carencia de recursos hasta entonces se fue solventando gracias al desarrollo de centros y servicios sanitarios financiados por entidades benéficas, corporaciones locales, mutualidades e incluso la Iglesia.

Poco después de obtener las competencias, se inició el mapa sanitario de Cataluña con la intención de aprovechar todos los recursos existentes y aumentar la eficiencia del servicio.⁹ Junto a ello se iniciaron las acreditaciones a los centros y la promulgación de la primera orden de conciertos con las entidades que proveen los servicios.

Se inició en 1981 el mapa sanitario, pero no fue hasta 1984 que fue aprobado. Éste contenía toda la información de los diferentes dispositivos asistenciales existentes de acuerdo con los criterios técnicos de planificación normativa y criterios políticos, ligados al reequilibrio territorial. Ponían sobre la mesa la necesidad de definir un sistema sanitario que sacara provecho de todas las infraestructuras existentes a partir de contratos y conciertos tanto con entidades públicas como privadas, de modo que complementase los recursos sanitarios y asistenciales públicos y pudiera garantizar un nivel determinado de prestaciones.

Se crearon Órdenes que cambiaron la fuente de financiación en los conciertos con entidades prestadoras de servicios sanitarios. Ahora era la Generalitat quien los financiaba, y por eso también regularon en otra Orden de acreditación establecía los requisitos estructurales, de funcionamiento y calidad que tenían que tener los centros sanitarios.

En 1983 se fundó el “Institut Català de la Salut” (ICS)¹⁰, que es la empresa pública de servicios de salud más grande de Cataluña, la cual presta atención sanitaria a más de seis millones de

⁹ *Història del Model*. (2 de 3 de 2015). Recuperado el 14 de 5 de 2015, de GenCat:

http://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/model_sanitari_catala/historia_del_model/

¹⁰ *Què és l'ICS?* (s.f.). Recuperado el 14 de 5 de 2015, de GenCat: <http://www.gencat.cat/ics/quees.htm>

usuarios en la actualidad, que supone un 75% del total de asegurados en Cataluña. Entre sus funciones se encuentra la gestión directa de los hospitales y de los centros de atención primaria de titularidad del Departamento de Sanidad y Seguridad Social, y la compra de servicios a otras entidades a través de mecanismo de concertación establecidos en las Órdenes anteriores.

Del 1983 al 1989 se establecen las bases del modelo tal y como nos indican en Gencat. No solamente se crea el Institut Català de la Salut (ICS), sino que también se crea la red hospitalaria de utilización pública (XHUP), se inicia la reforma de la atención primaria sanitaria (RAP), se forma un plan de reordenación hospitalaria y se descentraliza el control de la gestión.

Mientras que el ICS se encargaba de la financiación y la gestión de los centros sanitarios, como las compras de servicios concertados a otras entidades, en 1985 se creó la Dirección General de Ordenación y Planificación Sanitaria, que se encargaba de la planificación sanitaria. De esta manera se iba descentralizando las funciones dentro del sistema sanitario.

Por otra parte se creó la red hospitalaria de utilización pública¹¹, la cual presenta un mapa sanitario con todos los hospitales tanto públicos como concertados reconocidos de utilidad pública con la finalidad de prestar asistencia sanitaria a los beneficiarios de la Seguridad Social.

Por último el plan de reordenación hospitalaria tenía como objetivos hacer una reforma que incluya la delimitación de un marco territorial que permita una sectorización operativa de la red asistencial; la integración y coordinación entre los diferentes estamentos del personal sanitario y entre los diversos niveles asistenciales, y la asunción de actividades de promoción de la salud, atención psicosocial y rehabilitación, elementos todos ellos que coadyuvaran en el necesario acercamiento del sistema sanitario al usuario. Las medidas que se adoptaron inciden básicamente en el primer nivel de acceso del ciudadano en la asistencia, basado en unos criterios contables con los que se inspiraron las normas de reordenación dictadas por el resto del Estado. Asimismo se fijaron las bases que tenían que permitir la adecuada integración de las especialidades médicas de la atención primaria dentro de un sistema sanitario idóneo para afrontar las necesidades de la población de Cataluña.¹² (*Decret 84/1985, de 21 de març, de mesures per a la reforma de l'atenció primària de salut a Catalunya*). Además se pretendía pasar de un sistema de trabajo muy individual donde no existía coordinación entre los

¹¹ XHUP - Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública - Departament de Salut. (s.f.). Recuperado el 14 de 5 de 2015, de Gencat: <http://sac.gencat.cat/sacgencat/AppJava/organigrama.jsp?codi=2803&jq=200040>

¹² *DECRET 84/1985*. (s.f.). Recuperado el 14 de 5 de 2015, de Metges de Catalunya: http://www.metgesdecatalunya.cat/media/asset_publics/resources/000/001/028/original/DECRET_84_1985_21_de_mar_mesures_per_a_la_reforma.pdf

miembros que formaban el equipo de trabajo, con una retribución que se basaba en la cantidad de cartillas asignadas que tenía el profesional asistencial facultativo, a un sistema de trabajo en equipo, aumentando la comunicación y coordinación en el equipo, y con una retribución salarial que no se basa en la cantidad de cartillas asignadas.

De 1989 a 1990 se producen tres hechos a destacar. Se inicia la separación de financiamiento y provisión con la creación de la Direcció General de Recursos Econòmics de la Seguretat Social (DGRESS); al Institut Català de la Salut se le da un nuevo rol, el de ser productor de servicios; y por último se inicia una nueva cultura organizativa.

La Direcció General de Recursos Econòmics de la Seguretat Social supone cambios en el reparto de funciones, y por lo tanto una nueva separación de competencias dentro del sistema sanitario catalán. Como hemos visto anteriormente el ICS permanecerá como proveedor de servicios sanitarios únicamente, mientras que la nueva DGRESS toma la responsabilidad de comprar los servicios sanitarios a los centros concertados.

En 1990 se aprueba la Ley de ordenación sanitaria de Cataluña (LOSC) y de este modo se formaliza el modelo sanitario catalán. Primeramente la Ley 14/1986¹³, de 25 de abril, General de Sanidad establece las bases de un modelo de ordenación sanitaria que se construye mediante la creación del Sistema Nacional de Salud, configurado por el conjunto de Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, debidamente coordinados, los cuales integran o adscriben funcionalmente todos los centros, servicios y establecimientos sanitarios de la propia Comunidad, las Corporaciones Locales y cualesquiera otras Administraciones territoriales intracomunitarias, bajo la responsabilidad de la Comunidad Autónoma (Ley 15/1990).

Tras ésta, se hizo la Ley 15/1990¹⁴, de 9 de julio, de Ordenación Sanitaria específicamente para Cataluña. En la misma página web de la Generalitat de Cataluña nos da un esbozo del contenido de la LOSC. Pero si directamente nos dirigimos a la Ley observamos que tiene por objeto la ordenación del sistema sanitario público de Cataluña, de acuerdo con los principios de universalización, integración de servicios, simplificación, racionalización, eficacia y eficiencia de la organización sanitaria, concepción integral de la salud, descentralización y desconcentración de la gestión, sectori-

¹³ Ley 14/1986 General de Sanidad. (25 de 5 de 1986). Recuperado el 14 de 5 de 2015, de Noticias Jurídicas: http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/114-1986.html

¹⁴ Ley 15/1990, de 9 de julio, de Ordenación Sanitaria. (9 de 7 de 2015). Recuperado el 14 de 5 de 2015, de Noticias Jurídicas: http://noticias.juridicas.com/base_datos/CCAA/ca-115-1990.html

zación de la atención sanitaria y participación comunitaria. Se pretende así superar determinadas deficiencias de la organización sanitaria, como es la desvinculación entre las actuaciones en materia de ordenación y planificación y las de gestión de los servicios sanitarios, atribuidas en todas partes a órganos diferenciados, asignándolas a un organismo único que las desarrolle bajo una dirección única, con el objetivo de alcanzar una adecuada coordinación en las materias antedichas, del todo aconsejable, por otro lado, teniendo en cuenta su estrecha interrelación (Ley 15/1990). De este modo, la ley favorece la separación de funciones del sistema sanitario y pone encima de la mesa las herramientas para una mejor planificación y por tanto también gestión de los recursos.

Dos de los hechos de más importancia fueron la fundación del Servei Català de la Salut (SCS) y el Plan de Salud. En 1991 se crea el SCS e inicia su camino para transformarse en una aseguradora pública. Su misión será garantizar a todos los ciudadanos de Cataluña una cobertura pública de calidad en la atención sanitaria.

El Plan de Salud de Cataluña de 1991 fue presentado como inherente a la reciente Ley 15/1990 de Ordenación Sanitaria de Cataluña. La Ley dispone que el Plan de Salud ha de ser el instrumento indicativo y el marco de referencia para todas las actuaciones públicas en el ámbito de la salud en Cataluña, y que éste ha de establecer las líneas directivas y de desarrollo de las actividades, los programas y los recursos del Servei Català de la Salut para que este pueda conseguir sus finalidades. El Plan de Salud se desarrolla en diversas etapas, haciendo de él un proceso cíclico que se va renovando. Consta de varios puntos, el primero con el análisis de la situación de la salud de los ciudadanos, todo aquello que la condiciona y los servicios sanitarios disponibles para solucionarlo. Posteriormente se buscan los problemas que sean prioridad en el momento y se marcan los objetivos y procesos que se han de realizar para lograrlo. Lo siguiente es realizarlo y examinar los efectos que ha producido, tanto para bien como para mal, de modo que se enlaza con la elaboración del plan del periodo siguiente. De este modo la planificación no esta tan concentrada en la eficiencia y productividad de los centros y servicios, sino más bien en la salud de los ciudadanos y en crear conciencia de salud en ellos.¹⁵

Para entonces, los principios generales que debían inspirar en la política del Servei Català de la Salut eran: un modelo organizativo adecuado para afrontar el futuro, accesibilidad universal al sistema sanitario, la descentralización, la desconcentración y la participación comunitaria como ele-

¹⁵ *Plan de salud Catalunya 2.* (1991). Recuperado el 15 de 5 de 2015, de GenCat: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematicas/linies_dactuacio/salut_i_qualitat/pla_salut_catalunya/anys_anteriors/document_marc_laboracio_pla_salut_catalunya_1991/documents/arxiu/1_5_1991.pdf

mentos definitorios del SCS, implantación de nuevas fórmulas de provisión de servicios que permitiesen controlar el gasto sanitario sin renunciar a la prestación eficaz y eficiente de unos servicios sanitarios de calidad; situar al usuario como un objetivo prioritario del sistema sanitario (en calidad de persona); como principales principios.¹⁶

El período de 1995 hasta el 1999 está repleto de modificaciones de la LOSC.¹⁷ Especialmente en 1995 se produce una modificación importante con tres objetivos básicos: Profundizar en la diversificación de proveedores en el ámbito de la atención primaria; crear un plan de servicios sanitarios y socio-sanitarios en Cataluña; y crear un nuevo modelo de financiamiento sanitario de cara a 1998-2001.

Es entonces en el 2001 cuando el Servei Català de la Salut cambia su denominación y pasa a ser CatSalut. De este modo CatSalut consigue el objetivo que se pretendía con el SCS, ser una aseguradora pública que se encarga de la compra de servicios sanitarios y deja la función de financiamiento del sistema a la autoridad política, que es el Departamento de Salud y el Parlamento mediante la aprobación de los presupuestos de la Generalitat.

Desde entonces, CatSalut inicio una fase operativa donde ha ido elaborando el proyecto de “Cartera de servicios”, y generando tantos planes de servicios e inversiones, interpretado como la herramienta que responde a las necesidades de la ciudadanía. Además, se hizo una revisión del modelo sanitario para integrar y priorizar tres grandes ejes: la salud pública, la atención sanitaria y los servicios sociales, y la atención a la dependencia.

Hasta ahora, la historia del sistema sanitario Catalán ha evolucionado desde la creación prácticamente nueva del modelo gestionado por la propia comunidad autónoma, hacia un sistema donde la mejora en la eficiencia y productividad del sistema ha sido de vital importancia. El continuo interés por producir modificaciones que descentralice y desconcentre la organización del sistema y la mejor administración de los recursos ya sea por Ley o por el Plan de salud han sido prioridad. De todos modos,

¹⁶ *Els principis generals que inspiraran la política del Servei Català de la Salut*. (1991). Recuperado el 17 de 5 de 2015, de SalutWeb Gencat:

http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematicas/linies_dactuacio/salut_i_qualitat/pla_salut_catalunya/any_s_anteriors/document_marc_laboracio_pla_salut_catalunya_1991/documents/arxius/6_15_1991.pdf

¹⁷ *Ley 15/1990 de Ordenación Sanitaria de Cataluña*. (9 de 7 de 1990). Recuperado el 15 de 5 de 2015, de Portal Jurídic Gencat:

http://portaljuridic.gencat.cat/ca/pjur_ocults/pjur_resultats_fitxa/?action=affectations&shouldShowActives=false&versionId=1421797&versionState=02&language=ca_ES&documentId=48426

siempre se ha intentado dejar claro que las motivaciones pertinentes para cada modificación o “evolución” han sido por la mejora de la calidad de servicios, y al final, ayudar al bienestar de los ciudadanos en el aspecto sanitario.

Hasta ahora hemos ido viendo en líneas generales la evolución del sistema sanitario catalán desde las transferencias de la Constitución hasta la aparición de CatSalut en el 2001 y los cambios producidos hasta 2003. Nosotros mismos hemos podido intentar visualizar alguna tendencia en los cambios, si más no interpretar que la mayoría de creaciones o modificaciones tienen aire mercantilizador.

En el libro “Estado de Bienestar y Comunidades Autónomas: La descentralización de las políticas sociales en España”¹⁸ encontramos información útil sobre como el proceso de descentralización ha influido en la capacidad de los gobiernos autonómicos para elaborar políticas públicas propias en diferentes aspectos políticos. Además, analiza el proceso de construcción de un modelo de estado de bienestar basado en las políticas sociales que lo configuran.

En este estudio se busca identificar modelos tendenciales en los que podrían ubicarse tanto las Comunidades Autónomas como los diferentes sectores de intervención. Primeramente analiza la dimensión sustantiva de las políticas públicas en las Comunidades Autónomas con un abanico de competencias más elevado. La dimensión sustantiva hace referencia al contenido de las intervenciones gubernamentales sobre la realidad social. Viendo cuales son las necesidades que una Comunidad Autónoma tiene, de qué manera actúa, que respuesta propone y con qué intensidad y extensión.

En el libro se acaba concluyendo que existen diferencias en el contenido de las políticas públicas desarrolladas por las Comunidades Autónomas. Estas diferencias se basan en un cruce entre dos criterios. El primer criterio es si los gobiernos autonómicos han creado políticas públicas orientadas a fortalecer el papel del Estado (modelo público) o el del mercado (modelo privado). El segundo criterio se basa en si las Comunidades Autónomas han desarrollado sus políticas públicas basándose en la línea propuesta por el gobierno central (modelo homogéneo) o han desarrollado sus políticas públicas basándose en criterios propios y diferentes del gobierno central y las otras comunidades (modelo diferencial). Dando por supuesto que ninguna Comunidad Autónoma será igual a otra, se pueden sacar conclusiones a partir del cruce de las dos variables.

Mientras que comunidades como Andalucía son cercanas a modelos homogéneos y públicos,

¹⁸ Gallego, R., Gomà, R., & Subirats, J. (2003). *Estado de Bienestar y Comunidades Autónomas: La descentralización de las políticas sociales en España*. Barcelona: Tecnos.

otras como el País Vasco, Navarra y Canarias tienen políticas altamente diferenciales dado su alto nivel competencial pero con una orientación a fortalecer el nivel público.

En el caso que nos concierne, Cataluña ha destacado por ser la comunidad autónoma con una orientación más clara hacia un modelo diferencial, identificado por su voluntad de ejercicio de las competencias otorgadas siendo Cataluña de las primeras comunidades en exigir las. Ha puesto en marcha opciones diferentes tanto a las del gobierno central como a las del resto de Comunidades Autónomas en todos los sectores de políticas que incluyeron en el estudio (Sanidad, vivienda, educación, rentas mínimas, servicios sociales y empleo) excepto en vivienda. Y a su vez, como modelo privado, orientando todas estas políticas públicas hacia el fortalecimiento del ámbito privado.

Siguiendo con el ámbito del sistema sanitario, Cataluña destaca en el estudio por un modelo privado y diferencial. En Cataluña, la reforma de la atención primaria, que es considerada uno de los pilares del Sistema Nacional de Salud, ha evolucionado lentamente debido a su grado de urbanización. Hemos ido observando como Cataluña ha creado sus propios entes y organismos que administran y financian su sistema sanitario, y a su vez ha creado su propia ley reguladora, la LOSC. La Generalitat prepara su Plan de salud periódicamente y marca sus objetivos y progresos.

Por otra parte, la orientación hacia el sector privado la hemos observado cada vez que una ley intentaba mejorar la productividad del sistema sanitario, hospitales y empleados incluidos, utilizando recursos y lógicas propios del mercado.

En la dimensión sustantiva, el qué hacer de Cataluña a la hora de realizar políticas públicas ha sido hasta ahora pionero y propio de la Comunidad, y a su vez favoreciendo el ámbito privado. En el estudio de 2003 no solo estudian la dimensión sustantiva, sino también analizan la dimensión operativa. Mientras la sustantiva respondía el qué hacer, la operativa responde el cómo hacerlo.

Para ello, se utilizan dos criterios que varían de comunidad a comunidad, y según los resultados se obtendrá una clasificación u otra. El primer criterio son los instrumentos de gestión (como los regímenes organizativos, las relaciones laborales, contratación, etc.) pueden ser característicos del sector público (que se relaciona con el modelo público tratado anteriormente en la dimensión sustantiva) o característicos del sector privado (modelo privado).

El segundo criterio son las redes de actores, y básicamente dependerá de la procedencia de estos actores. Si la red de actores se compone de agentes procedentes únicamente de un sector, ya sea

privado o público, se considera un modelo simple. Si la red de actores está compuesta tanto por actores públicos como privados, se considera un modelo complejo.

En el caso de Cataluña, se puede observar un predominio de instrumentos de gestión propios del sector privado en la mayoría de las políticas públicas analizadas en el estudio. Además, hay un predominio también de redes de actores complejas en los seis ámbitos estudiados. Por lo tanto, Cataluña se muestra en la dimensión operativa como un modelo privado y complejo.

En el ámbito sanitario no es menos, y hay diferencias entre las Comunidades Autónomas analizadas en el estudio. Mientras algunas presentaban instrumentos de gestión directa con una regulación totalmente pública, otras han presentado pequeñas diferencias y han diferido en algunos instrumentos.

Cataluña, por otra parte, es el caso diferencial más claro de todas las Comunidades. “Esta comunidad desarrolló instrumentos de intervención que fundamentaban un modelo de provisión indirecta y con la implicación de una compleja red de actores públicos, semipúblicos, y privados.” (Gallego, Gomà y Subirats, 2003. Pág 224)

Por último, mediante el estudio realizado, pueden clasificar las comunidades autónomas en regímenes autonómicos de bienestar a partir de su orientación hacia cuatro esferas: la pública, la privada, la familia y la comunidad. Esto lleva a identificar regímenes de bienestar autonómicos, o sea tendencias predominantes en las Comunidades a la hora de asignar responsabilidades sobre el bienestar de los ciudadanos a las diferentes esferas sociales. Y de aquí se concluye que Cataluña tendió a ubicarse tendencialmente en el eje mercantil-comunitario. Aunque hasta entonces el poder público y el estado de bienestar público había crecido a un ritmo acelerado como en el resto de España, las esferas mercantil y comunitaria se han visto potenciadas tanto desde las propias instituciones como desde la sociedad civil.

Desde 2003 hasta la actualidad han pasado 12 años. Será objetivo ahora analizar los cambios en las políticas sanitarias para poder extraer conclusiones acerca de si la tendencia hacia el modelo privado y diferencial sigue siendo una realidad.

Es importante que remarquemos que partidos políticos estaban detrás de las diferentes políticas públicas y leyes aparecidas durante los años que vamos a analizar posteriores al estudio de 2003.

En diciembre de 2003 entra a gobernar Pasquall Maragall formando una coalición que fue nombrada el “tripartit”, formada por el Partit dels Socialistes de Catalunya-Ciutadans pel Canvi (PSC-CpC), Esquerra Republicana de Catalunya-Catalunya 2003 (ERC) e Iniciativa per Catalunya Verds-Esquerra Unida i Alternativa (ICV-EUiA). El tripartit duró hasta el 2006, pasando por crisis de gobiernos y polémicas, además del proceso de elaboración del nuevo Estatuto. Después de que ERC declarase su intención de votar negativamente al nuevo Estatut, el presidente Maragall expulsó a los consejeros de ERC y llamo a elecciones anticipadas.

Estas elecciones anticipadas volvieron a dar mayor número de escaños para Convergència i Unió, pero de nuevo se realizó una coalición entre los partidos de izquierda. En este caso el gobierno cumplió su mandato hasta el 2010, momento en que PSC y ERC sufren un descenso abismal en los votos recibidos. En las posteriores elecciones CiU resulta ganadora y crea gobierno.

Volviendo a los cambios producidos en el sistema sanitario catalán, la misma Gencat señala la época de 2004 a 2006 como la definición del nuevo sistema catalán de salud. Este modelo tiene una orientación explícita a una política integral de salud. Se revisa la organización y financiamiento del nuevo modelo sanitario, y se mide la satisfacción de la ciudadanía con el Plan de encuestas de satisfacción realizadas desde el 2004 hasta la actualidad¹⁹.

En el 2005 se aprueba el Decreto 105/2005²⁰ de delimitación de las regiones sanitarias y de los sectores sanitarios del Servicio Catalán de Salud. Éste, de acuerdo a la Ley 15/1990, está ordenado en demarcaciones territoriales denominadas regiones sanitarias, que equivalen a las áreas de salud previstas en la Ley 14/1986 General de sanidad. Estas regiones sanitarias se delimitan de acuerdo a factores geográficos, socioeconómicos, demográficos, laborales, epidemiológicos, culturales, climáticos, de vías de comunicación homogéneas, así como de instalaciones sanitarias existentes,

¹⁹ *Enquestes de Satisfacció*. (2 de 11 de 2012). Recuperado el 15 de 5 de 2015, de CatSalut: <http://catsalut.gencat.cat/ca/ciutadania/serveis-atencio-salut/valoracio-serveis-atencio-salut/enquestes-satisfaccio/>

²⁰ *DECRET 105/2005 de delimitació de les regions sanitàries i dels sectors sanitaris del Servei Català de la Salut*. (31 de 5 de 2005). Recuperado el 16 de 5 de 2015, de UPF: <http://www.upf.edu/sintesi/2005/dj105.htm>

siempre teniendo en cuenta la ordenación territorial de Cataluña. Ya el Decreto 114/1994, parcialmente modificado por el Decreto 125/2003, estableció por entonces una delimitación geográfica que, después de los años transcurrido, ha dado suficiente experiencia como para percibir una necesidad de establecer una nueva delimitación de las regiones sanitarias y de los sectores sanitarios. Esta delimitación se produce por *vegueries*, una estructura territorial histórica de Cataluña.

Con estos cambios, se busca una mejora de la red de equipamientos sanitarios, impulsar la utilización de las tecnologías en salud, como el uso de la receta electrónica, y el impulso de la salud pública y comunitaria con la creación de la agencia de protección de la salud (actualmente con el nombre de Agencia de Salud Pública de Cataluña, y englobando la anterior Agencia de Protección de la salud, la Agencia Catalana de la Seguridad Alimentaria y la Dirección General de Salud Pública).

Como hemos dicho anteriormente, en 2004 el gobierno del Tripartit se plantea abordar una reforma del sistema sanitario. Por entonces se creó un Comité Científico para analizar desde el conocimiento y la experiencia los posibles aspectos que se debían mejorar. De este comité surgió un informe global colegiado que fue presentado en 2005. En este informe se aportan recomendaciones y propuestas para mejorar.

*“Se propone que las políticas de salud pública se habrían de articular en torno a tres grandes objetivos generales: la reducción de las desigualdades de salud, el control y eliminación de los riesgos ambientales y sociales; y la mejora efectiva en la calidad de vida. Para impulsar estos objetivos se adoptan unos criterios comunes como ejes de trabajo. Estos se basan en: favorecer la descentralización de la oferta de servicios y su gestión, vincular las actividades de salud pública a las estructuras asistenciales, diseñar las intervenciones con una perspectiva poblacional, y potenciar las implicaciones transversales de la salud pública. Las aportaciones de este Comité se producen en un contexto internacional de debate sobre el futuro de los servicios de salud pública y la desproporción existente entre su aportación al bienestar y la salud, su visibilidad y recursos. El Comité produjo una serie de recomendaciones y propuestas que se pueden agrupar en cinco grandes ejes: consolidar un sistema sólido y coherente, desarrollar una reforma organizativa, definir una cartera de servicios, aplicar mejoras de gestión, y tener en cuenta los aspectos transversales que afectan a la salud pública.”*²¹ (Rev. Esp. Salud Publica v.80 n.5 Madrid set.-oct. 2006).

²¹ VILLALBI, Joan R. y COMITE CIENTIFICO PARA LA REFORMA DE LA SALUD PUBLICA EN CATALUNA et al. Propuestas de reforma de los servicios de salud pública en Cataluña. Rev. Esp. Salud Pública [online]. 2006, vol.80, n.5 [citado 2015-05-15], pp. 567-583 . Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272006000500012&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1135-5727.

Es una reforma que apunta a aumentar la calidad de vida de los ciudadanos, de mejorar el papel que tienen ellos con la sanidad, y de mejorar la organización interna dentro del sistema. Para conseguirlo se centran en los cuatro ejes de trabajo que se han descrito anteriormente. Al fin y al cabo son recomendaciones y líneas que estaría bien seguir. Lo importante serán las actuaciones que tome el gobierno.

En el 2006 suceden además dos acontecimientos de gran importancia: uno es la creación de un Anteproyecto del mapa sanitario, sociosanitario y de salud pública, y la reforma del Estatut de Catalunya.

El anteproyecto del mapa sanitario, sociosanitario y de salud pública²² tiene la intención de constituirse como la herramienta para la planificación de los servicios sanitarios en Catalunya, con visión prospectiva y territorial de cara al año 2015. En este anteproyecto se incluye la información esencial relacionada tanto con la oferta como con la demanda de servicios sanitarios. En él se realiza un estudio sobre las principales características demográficas de la población catalana y sobre su punto de vista del sistema sanitario. Además, también se ha realizado un estudio sobre el punto de vista que tienen los profesionales sanitarios y los gestores sobre el propio sistema, y un análisis de la situación actual de los servicios sanitarios según los territorios. Todo esto facilita establecer unas líneas estratégicas, criterios de planificación y una organización territorial teniendo en cuenta posibles escenarios futuros.

El otro acontecimiento es el Estatut de Catalunya del 2006. En su artículo 162 regula la Sanidad, la salud pública, la ordenación farmacéutica y los productos farmacéuticos. En él se especifica que es la Generalitat quien tiene las competencias en organización, funcionamiento interno, evaluación, inspección y control de centros, servicios y establecimientos sanitarios. También le corresponde la ordenación farmacéutica y otras tantas competencias compartidas con el nivel estatal. Tanto el anteproyecto del mapa sanitario, como el artículo 162 del Estatut, demuestran la tendencia de Catalunya hacia un modelo diferencia, difiriendo de las políticas estatales en tanto que Catalunya tiene competencias para hacer las suyas propias.

En 2007 Gencat nos marca un avance en el proceso de descentralización con la creación de

²² *Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública*. (12 de 2010). Recuperado el 16 de 5 de 2015, de SalutWeb: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematics/linies_dactuacio/model_assistencial/mapa_sanitari_socio_sanitari_i_salut_publica/que_es/documents/ssalut_futur.pdf

dieciocho Gobiernos Territoriales de Salud²³. El objetivo real es tener en el 2010 treintaisiete GTS, pero su constitución no es un proceso rápido. El objetivo es reforzar la adecuación de las políticas sanitarias y la oferta de servicios sanitarios y sociales a las necesidades ciudadanas y a las peculiaridades de cada territorio.

También en 2007 se crea la Ley 8/2007, de 30 de julio, de l'Institut Català de la Salut²⁴. El proceso de convertir el ICS en una empresa pública empezó anteriormente y ya hemos hablado de él. En 2007 y gracias a la ley se hace un acto de normalización institucional que permite que este Instituto deje de ser exclusivamente un ente gestor de la Seguridad Social y se convierta en un instrumento de referencia de la política sanitaria de la Generalidad. La misma ley advierte de que como empresa pública, el ICS se va a guiar por componentes propios del mercado, no en su totalidad, pero sin dejarlo de lado.

“La orientación empresarial pública de la gestión del ICS no implica la introducción del concepto de beneficio, pero sí que tiene un enfoque basado en el binomio calidad-coste, en la aplicación de técnicas modernas de gestión, en la optimización de las nuevas tecnologías de la información, en un proceso dinámico de toma de decisiones, y también en la introducción de nuevos instrumentos y mecanismos de evaluación de los objetivos y los resultados de la gestión, más transparentes, eficaces y modernos. Entonces la actividad del ICS se ha de sustentar en los valores de la simplicidad organizativa, la autonomía de los centros, la desconcentración y la descentralización territorial, el rigor presupuestario y los procedimientos de evaluación de la gestión, la transparencia en la gestión y los resultados, la sostenibilidad, el dialogo con los usuarios y los profesionales y la participación de estos en la gestión.” (Ley 8/2007, de 30 de julio, de l'Institut Català de la Salut.)

Por lo tanto no hay que olvidar que aunque sea una empresa pública y no vaya en la búsqueda del máximo beneficio, sí que tendrá como objetivo reducir el gasto intentando mantener la eficiencia. Al estar libre de presión por maximizar el beneficio, podría sentirse libre de estimular su tecnología para mejorar sus resultados. El problema con el sistema sanitario catalán es que aunque sea empresa pública, no resulta rentable. Se invierte grandes cantidades y aun así parece que falte. Este tema lo analizaremos con más profundidad.

²³ *Els governs territorials de salut (GTS)*. (8 de 11 de 2011). Recuperado el 16 de 5 de 2015, de SalutWeb: http://salutweb.gencat.cat/ca/ambits_tematicos/linies_dactuacio/salut_i_qualitat/pla_salut_catalunya/anys_anteriors/pla_salut_catalunya_horitzo_2010/els_5_eixos_estrategics/eix_5/els_governos_territorials_de_salut_gts_la_descentralitzacio

²⁴ *LLEI 8/2007, de 30 de juliol, de l'Institut Català de la Salut*. (30 de 7 de 2007). Obtenido de Portal Jurídic: http://portaljuridic.gencat.cat/ca/pjur_ocults/pjur_resultats_fitxa/?documentId=445808&action=fitxa

En el 2008 se plantean planes para adaptar el sistema sanitario a una sociedad que cambia, que aumenta en cantidad, que exige una calidad. Para ello, se crea el Plan de salud en el horizonte 2010, Planes directores (enfermedades cardíacas, oncología, salud mental, etc.), Planes estratégicos de reordenación de servicios, y se tramita la Ley 18/2009 de salud pública.

El Plan de salud horizonte en el 2010²⁵. En el documento del Plan de salud se analiza las necesidades y desigualdades de salud de la población, y se identifica los problemas de salud prioritarios. Del mismo modo, se presenta una evaluación de los objetivos de salud y disminución de riesgos que se establecieron el año 2002 con vista al año 2010. Si se analizan las necesidades, se puede optimizar las respuestas. Mejorar los servicios, las organizaciones, los trámites, etc. Mejorar también se puede traducir en muchas ocasiones en administrar mejor los recursos.

Se inicia la tramitación de la Ley 18/2009 de Salud Pública²⁶, que se acaba publicando en 2009. Entre sus objetivos más importantes, se encuentra la de aumentar la coordinación entre organismos, tanto de manera intersectorial como interadministrativa, fomentando las alianzas comunitarias (gracias a las nuevas tecnologías y las nuevas redes de comunicación). Reconoce las prestaciones y servicios que ha de prestar el servicio sanitario público catalán, y reafirma la importancia del proceso descentralizador del sistema, reforzando la continuidad asistencial sanitaria, entre otros temas. Cabe destacar que la reforma sanitaria necesita de una dotación presupuestaria mayor que ha sido otorgada. Es cierto que si miramos el gasto presupuestario en sanidad vemos un aumento de gasto, aunque no ha aumentado igual sus ingresos.

En 2009 se crea el Plan de Innovación de la Atención Primaria y Salud Común. Gracias a toda la información recibida por estudios realizados, el Mapa Sanitario, las encuestas a ciudadanos y profesionales... Se ha podido llegar así al análisis de los problemas que presenta el sistema sanitario y de una serie de líneas que han de seguirse para mejorar la situación actual. Los ciudadanos deben recibir más información y más clara, aprovechando de paso la mejora en las tecnologías. Los profesionales del sistema sanitario están poco motivados, producto de problemas que infligen de forma negativa en su sentimiento de orgullo de sentirse parte de un centro, servicio o equipo, por lo tanto se debe potenciar el papel de los profesionales, proporcionarles nuevas herramientas de

²⁵ Generalitat. (2010). *Pla de salut de Catalunya a l'horitzó 2010*. Recuperado el 16 de 5 de 2015, de SalutWeb: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematicos/linies_dactuacio/salut_i_qualitat/pla_salut_catalunya/pla_de_salut_de_catalunya_a_lhoritzo_2010/informe_de_salut_a_catalunya_avaluacio_dels_objectius_de_salut/mes_informacio/0_pla_de_salut_de_catalunya_a_lhoritzo2010_1a_part_tot.pdf

²⁶ *Llei 18/2009*. (22 de 10 de 2009). Recuperado el 16 de 5 de 2015, de GenCat: <http://www.gencat.cat/salut/acsa/html/ca/dir3260/tl99in.pdf>

formación y motivación. En cuanto a la organización, la burocracia interna dificulta la continuidad del proceso asistencial, así que el objetivo es reducir la carga burocrática de los profesionales de la salud. Otro objetivo es el de potenciar la descentralización del poder de decisión a los gobiernos territoriales y a los centros de salud, como estructuras nucleares de la atención comunitaria. Necesitan más flexibilidad y polivalencia para poder desarrollar las funciones asistenciales y del ámbito de la salud pública que le hayan sido asignadas de acuerdo con las necesidades y prioridades del territorio en el que estén ubicados. Y por último mejorar las herramientas de que se disponen, usando las tecnologías de la información y la comunicación para poder implementar el Plan.

Así que de modo resumido, los objetivos son mejorar la participación, mejorar la accesibilidad, y mejorar la prestación de servicios, profesionales y proveedores.

Tanto la Ley de salud pública como el Plan de Innovación de la Atención Primaria y Salud Común tienen muchos factores en común, en tanto que coinciden en que fueron creados el mismo año, y con los mismos objetivos a cumplir. El Plan empezó a desarrollarse en 2007, y las directrices que lo componen han sido compartidas en la Ley de Salud Pública.

En el 2010 se aprueba la Ley de Universalización²⁷ con la intención de hacer accesible la sanidad gratuita a toda la población catalana. Se amplía la asistencia sanitaria gratuita a los profesionales liberales, colectivos con riesgo de exclusión social, miembros de congregaciones religiosas y aquellos que residen en Cataluña y trabajan fuera del estado español, de la Unión Europea y del Espacio Económico Europeo. Si podíamos pensar que un modelo de sanidad que parecía favorecer al ámbito privado podía tener una tendencia hacia un régimen de bienestar más liberal, aquí se cumple una excepción. Dentro de las políticas públicas, la sanidad mantiene su aspecto universalista, al menos en el acceso a la atención primaria.

En 2010 también se presenta el primer informe de la organización Observatorio del Sistema de Salud de Cataluña, de la herramienta Central de Resultados. De aquí podemos extraer información muy interesante. En el Informe de la Central de Resultados de datos generales de 2011²⁸ en su apartado de gestión de recursos podemos extraer conclusiones comparando datos de 2006 a 2012. Por ejemplo, si observamos la cantidad de camas en hospitales, y camas por cada 1000 habitantes,

²⁷ *El Parlament aprova per unanimitat la Llei d'Universalització, que garanteix l'accés a la sanitat gratuïta a tota la població catalana.* (30 de 6 de 2010). Recuperado el 16 de 5 de 2015, de Premsa GenCat: http://premsa.gencat.cat/pres_fs/vp/AppJava/notapremsavw/41725/ca/parlament-aprova-unanimitat-llei-duniversalitzacio-garanteix-laccés-sanitat-gratuïta-poblacio-catalana.do

²⁸ *Central de Resultats 2011.* (2013). Recuperado el 16 de 5 de 2015, de Observatori Salut GenCat: http://observatorisalut.gencat.cat/web/.content/minisite/observatorisalut/ossccentral_resultats/informes/fitxers_estatics/central_resultats_indicadors_2011.pdf

observamos de habían más en 2006 que en 2012, por lo tanto ha disminuido la cantidad aunque la demanda de servicios sanitarios haya aumentado. Por otra parte, sí que ha aumentado la cantidad de profesionales al servicio del sistema sanitario, de 58000 a 68000 en 6 años. Otro dato interesante es la disminución del tiempo de hospitalización de 2006 al 2011, ya sea de corta, media o larga estancia. Hay que tener en cuenta que en 2008 se inició una crisis económica global que alcanzó Cataluña por igual. El gasto en salud de la Generalidad de Cataluña por cápita había ido creciendo de manera sostenida en los últimos años, pero a partir de 2009 comienza a desacelerar. Y del mismo modo que existe una desaceleración del gasto por cápita, el gasto sanitario sobre el PIB también se ha estancado: de un 4,2% en 2005, a un 5,4% en 2009, a un 5,5% en 2010. Y aun así por debajo de la media de la UE-15. De todos modos, el índice de satisfacción global con los servicios sanitarios se ha mantenido o incluso aumentado en pocos puntos desde 2004 hasta 2011 (de 7,98 a 8,19).

Esta crisis presenta un problema que hasta entonces no había sido prioritario: la sostenibilidad del sistema sanitario. En el 2010 entra en el gobierno Convergencia i Unió, un partido con ideología liberal y de centro-derecha. Es probable que esto afecte en los cambios realizados desde entonces.

En el 2011 CiU presenta en el Parlamento lo que se conocerá como Ley Ómnibus. El anteproyecto de ley de simplificación, agilidad y reestructuración administrativa y de promoción económica de la Generalitat de Cataluña, estaba compuesto por una gran cantidad de leyes menores de varios ámbitos diversos pero todas ellas presentadas como una sola ley. Esto significa que tiene que ser votada en su totalidad, no por partes. En el ámbito de la sanidad presenta varios cambios que son más bien limitadores en el acceso y que modifican la organización de algunas instituciones del sistema sanitario catalán de modo que favoreciese la introducción del sector privado.

Una de las novedades es la exigencia de una antigüedad mínima de 6 meses de estar empadronado en un municipio para tener acceso a la asistencia sanitaria de cobertura pública a cargo del Servicio Catalán de la Salud. La intención es modificar el artículo 2 de la Ley 21/2010 y añadir el requisito de los 6 meses. Otra novedad sería la cesión de instalaciones del Institut Català de la Salut a empresas privadas, alegando interés público declarado por el Consejo de administración, sin ser financiada con fondos públicos. Una tercera novedad es la de una reestructuración de la gestión de las regiones sanitarias, modificando varios artículos de la Ley 15/1990 de ordenación sanitaria de Cataluña. Entre otros cambios, cabe destacar que las organizaciones empresariales y las corporaciones profesionales sanitarias pasan a tener representación en el consejo de participación del sector sanitario con la modificación del apartado 1 del artículo 39. Una cuarta novedad, sería en el ámbito del bienestar social, especialmente en la ley 12/2007, con la intención de facilitar la

participación de las entidades privadas y limitando el papel de las entidades locales. La intención era modificar los apartados 1, 2 y 3 del artículo 70 para facilitar las condiciones en que una entidad de iniciativa privada pudiera formar parte de la red de servicios sociales de atención pública.

Finalmente se aprobó la famosa Ley Ómnibus. Resultó ser un conjunto de cinco leyes²⁹ que modifican en total de 87 leyes, derogan 6 totalmente y 23 parcialmente, abastando la mayor parte de ámbitos de actividad, des del agroambiental, económico, sanitario, cultural y seguridad³⁰. El objetivo: reducir la carga burocrática, los plazos de las resoluciones administrativas y la pérdida de tiempo que ello suponía; simplificar la administración para hacerla más cercana a la ciudadanía y hacerla más ágil, eficiente, cercana, transparente y competitiva. Aquellos cambios tan polémicos en el anteproyecto no fueron realizados, y siguieron adelante aquellos de cambios en las competencias de altos cargos y organización interna de instituciones como el ICS.

En 2012 ocurren más cambios que afectan a Cataluña. Cabe mencionar en este caso la resolución del Decreto-Ley 16/2012³¹, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

Este modelo conlleva la introducción de cambios en la aportación económica que la ciudadanía debe abonar cuando retira un medicamento en la farmacia con una receta del CatSalut. Hablamos de este Decreto-Ley anteriormente cuando mencionamos que éste volvía a introducir la figura del asegurado y beneficiarios. Esto significa que todos aquellos que no estén dentro del grupo de asegurados ni beneficiarios podrán obtener la prestación de asistencia sanitaria mediante el pago de la correspondiente contraprestación o cuota derivada de la suscripción de un convenio especial. Los extranjeros irregulares solo serán atendidos gratuitamente cuando sea por razón de urgencia por enfermedad grave o accidente, por asistencia al embarazo, parto o postparto, o si son menores de 18 años.

En el capítulo 5 del Decreto-Ley de Medidas sobre la prestación farmacéutica buscan cambios en pos de la austeridad y racionalización de los recursos. Se deberán prescribir los medicamentos y productos sanitarios respetando el principio de mayor eficiencia para el sistema, por lo tanto el más barato. Se aumenta la lista de medicamentos excluidos de la prestación farmacéutica. Y uno de los

²⁹ *Lleis òmnibus informació*. (2011). Recuperado el 17 de 5 de 2015, de GenCat: <http://www.gencat.cat/lleisomnibus/informacio.html>

³⁰ *Lleis òmnibus informació*. (2011). Recuperado el 17 de 5 de 2015, de GenCat: <http://www.gencat.cat/lleisomnibus/informacio.html>

³¹ *Real Decreto-ley 16/2012 de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones*. (20 de 4 de 2012). Recuperado el 17 de 5 de 2015, de BOE: http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2012-5403

cambios que presentó polémica con su aparición, que fue el copago farmacéutico. Esto significa que los usuarios que se beneficien de la prestación farmacéutica participaran en el pago de una parte del servicio. La aportación del usuario será proporcional a su nivel de renta (cantidad consignada en la casilla de base liquidable general y del ahorro de la declaración del IRPF). Además, están exentos de pagar los enfermos crónicos, los pensionistas y personas sin recursos.

Tanto volver a la versión del asegurado, como la implementación del copago sanitario, son medidas que limitan la participación a aquellos que o bien no tienen un trabajo, o un familiar con trabajo, o nacionalidad española, o simplemente tienen recursos, pero no en abundancia, y tener que pagar parte del coste les dificulta más la vida.

Adicionalmente al copago, en Cataluña se creó una tasa que fue bautizada como “euro per recepta”. En la Ley 5/2012, de 20 de marzo, de medidas fiscales, financieras y administrativas y de creación del impuesto sobre las estancias en establecimientos turísticos, en su artículo 41 se presenta su regulación³². El hecho imponible de la tasa son los actos preparatorios y los servicios accesorios de mejora de la información inherente al proceso para la prescripción y dispensación de medicamentos y productos sanitarios mediante la emisión de recetas médicas y ordenes de dispensación que se han de dispensar en las oficinas de farmacia. Básicamente todas aquellas personas físicas que obtengan una receta prescrita por un profesional sanitario y quieran beneficiarse de ellas en su compra en la farmacia, deberán abonar la cantidad de 1 euro por receta u orden de dispensación efectivamente dispensada. Del mismo modo que con el copago, existen excepciones en el pago, por razones de falta de recursos, o si el medicamento dispensado es de menor importe a 1,67 euros. La función era la de evitar el abuso de compra farmacéutica, al suponer el euro por receta un acto disuasorio. Dejando de ser un acto gratuito (y por muy barato que resulte), solo se comprara cuando sea necesario.

Esta medida fue suspendida al poco tiempo después de que el gobierno presentara un recurso de inconstitucionalidad al declarar la vulneración de las competencias exclusivas estatales en la legislación de productos farmacéuticos, y de manera añadida, que crea desigualdad entre los ciudadanos españoles. No ha sido criticada solamente por el gobierno estatal, sino también por los mismos ciudadanos, que consideraban el euro por receta una doble imposición. Al fin y al cabo la parte de los medicamentos que paga el estado está financiado a partir de los impuestos de los

³² LLEI 5/2012 de mesures fiscals, financeres i administratives i de creació de l'impost sobre les estades en establiments turístics. (20 de 3 de 2012). Recuperado el 17 de 5 de 2015, de Portal Jurídic Gencat: http://portaljuridic.gencat.cat/ca/pjur_ocults/pjur_resultats_fitxa/?documentId=603168&action=fitxa

ciudadanos, y la parte que no la financia el estado la pagan los consumidores. Encima han de pagar por la receta, sería pagar dos veces lo mismo. Finalmente el Tribunal Constitucional declaró inconstitucional la tasa, y ha sido eliminada, obligando a la Generalitat a devolver el euro por receta que los ciudadanos pagaron en su momento³³.

En una situación donde se está observando que el sistema sanitario no es sostenible, las opciones para reducir el gasto (cargar una parte del gasto en fármacos a los consumidores) y aumentar los ingresos (euro por receta) son posibilidades directas para conseguir acercarse más a la sostenibilidad.

Si observamos los presupuestos de la Generalitat y miramos el gasto por sectores, podemos observar que tal ha sido el gasto en sanidad desde 2011 hasta 2015. En 2011 el gasto en el departamento de sanidad era de 9127,91 millones de euros. Teóricamente el gasto debería aumentar, pues la esperanza de vida aumenta, cada vez hay más población envejecida, los ciudadanos demandan una mejor calidad ya que están más informados y tienen mejores herramientas de la información y la comunicación. Pero como hemos visto anteriormente, el contexto de crisis económica y la deuda que tienen tanto los países como las comunidades autónomas como Cataluña implican un necesario control del gasto. En 2012 disminuye la cantidad a 8685,01 millones de euros, en 2014 la cantidad pasa a ser de 8220,61 millones de euros, y para 2015 la cantidad destinada a sanidad es de 8399,19 millones de euros. Este último año la cantidad ha aumentado, ligeramente, pero aumentado³⁴.

En la sección de ingresos, observamos que de 2010 a 2015 el total de ingresos ha disminuido de 32.518,73 a 32.483,09 millones de euros³⁵. Por lo tanto si los ingresos no han aumentado, sino que incluso han disminuido, es posible que observemos una disminución también en el gasto. Ha disminuido la cantidad de capital destinada a entidades gestoras de la Seguridad Social. De 2009 a 2014 ha pasado de 13.033,31 millones de euros a 12.143,64³⁶.

En cuanto a camas, los datos están limitados hasta 2012. Se pasa de 30.122 camas en 2010, a

³³ *Sol·licitud de retorn de la taxa de l'euro per recepta*. (s.f.). Recuperado el 18 de 5 de 2015, de Gencat: <http://web.gencat.cat/ca/tramits/tramits-temes/Solicitud-de-retorn-de-la-taxa-de-leuro-per-recepta?category=75f95a84-a82c-11e3-a972-000c29052e2c>

³⁴ *Generalitat de Catalunya. Pressupost. Despeses. Per seccions*. (s.f.). Recuperado el 18 de 5 de 2015, de Idescat: <http://www.idescat.cat/pub/?id=aec&n=535>

³⁵ *Generalitat de Catalunya. Pressupost. Per origen dels ingressos*. (s.f.). Recuperado el 18 de 5 de 2015, de Idescat: <http://www.idescat.cat/pub/?id=aec&n=661>

³⁶ *Generalitat de Catalunya. Pressupost. Entitats gestores de la Seguretat Social*. (s.f.). Recuperado el 18 de 5 de 2015, de Idescat: <http://www.idescat.cat/pub/?id=aec&n=662>

28.694³⁷. Esto coincide con el cierre de pisos en hospitales y las reducciones de habitaciones con camas, lo cual implica en listas de esperas para tratamientos de larga duración, y en la dada de alta en más brevedad por la necesidad de vaciar habitaciones para otros necesitados. De hecho, no solo se han cerrado camas, sino incluso emergencias en algunos centros, donde ahora los habitantes han sido asignados otro centro cercano en caso de emergencias. Los recortes en sanidad han sido motivo de queja durante los últimos años, tanto por parte de los ciudadanos, como de los profesionales sanitarios. Es habitual encontrar pancartas con quejas sobre las “retallades” e ambulatorios y centros de pueblo. Por otra parte, las listas de esperas para operaciones quirúrgicas han aumentado, y son ahora objetivo por parte del departamento de sanidad reducir el tiempo de espera a menos de 1 año.

Otro indicador interesante es el de los centros extrahospitalarios. En 2010 había un total de 1.260 centros extrahospitalarios que formaban parte del sector público (ICS y Generalitat), y 5.331 centros de parte de empresas privadas del sector privado. En 2014 los centros extrahospitalarios del sector público se mantienen igual en 1.260, pero en cambio los que son de empresas privadas han aumentado a 7.574. El incremento de centros del sector privado puede deberse tanto a la pasividad del sector público en ofrecer más variedad, como a la demanda aumentada de los ciudadanos de respuestas en el ámbito sanitario por parte del mercado.

Los cambios producidos por ley y los números muestran que pese a que las intenciones declaradas por el gobierno son las de seguir mejorando hasta lograr un sistema sanitario sostenible que sea cercano a la gente, que sea eficiente y productivo y accesible para todos, la realidad es distinta. Desde el tripartit hasta el gobierno de CiU se han operado cambios que han acercado el sistema sanitario al sector privado, que han creado dificultades en el acceso con sistemas como el copago y el euro por receta o anteproyectos de ley con modificaciones que suponían grandes cambios en lo establecido. Aunque tampoco hay que olvidar que el contexto actual de crisis económica favorece la implementación de políticas más liberales. Al fin y al cabo, la crisis es del mercado y muchas soluciones propuestas, tanto por los gobiernos como por la misma Unión Europea, se traducen en promover la activación del mercado y sus políticas privadas.

³⁷ *Dotació hospitalària en funcionament. Per tipus de concert i tipologia d'hospital.* (s.f.). Recuperado el 18 de 5 de 2015, de Idescat: <http://www.idescat.cat/pub/?id=aec&n=1014&t=2012&x=13&y=2>

Conclusiones

En este trabajo de investigación nos hemos basado en un concepto general, el estado del bienestar, y en uno más específico, que es el ámbito de la Sanidad. Hemos empezado estudiando el estado del bienestar y la clasificación de los tres regímenes que Gösta-Esping Andersen formuló en su libro “Los tres mundos del estado del bienestar”, el liberal, el corporativista y el socialdemócrata. Aunque España compartía rasgos con todos ellos, no formaba parte de ninguno en particular.

Un nuevo régimen fue añadido “Los estados del bienestar en la encrucijada: Políticas sociales en perspectiva comparada” de Luis Moreno y Pau Marí-Klose, el mediterráneo, que precisamente describe el estado de bienestar de países como España, Grecia, Italia y Portugal. De manera muy resumida, los trabajadores cotizan en la seguridad social y tienen beneficios sobre los que no son ni asegurados ni beneficiarios, como en el régimen corporativista; algunos servicios como la educación o la sanidad son universales (o mayormente universales) y públicos, siendo algo característico del régimen socialdemócrata; por otra parte, aquellos que demuestren una falta real de recursos podrán beneficiarse de ayudas del estado, como el “means testing” del régimen liberal.

Lo destacable es que estos regímenes no son fijos ni permanentes. Aunque se agrupen una serie de países dentro de un mismo régimen no significa que compartan las características al cien por cien. No eran iguales en el momento en que se crearon los regímenes, y tampoco lo son en la actualidad. Hay infinidad de factores externos que provocan varianzas con el tiempo. Factores como la globalización, europeización, movimientos nacionalistas, neoliberalismo, etc.

Del mismo modo que ocurre entre diferentes países, podría ocurrir entre diferentes regiones de un país si sus gobiernos tienen una autoridad, o en el caso de España, entre diferentes Comunidades Autónomas. El interés de este trabajo radicaba sobre un ámbito del estado del bienestar en particular, la sanidad. Y en una Comunidad Autónoma en concreto, Cataluña. A pesar de que en muchas comunidades la sanidad es totalmente pública y sigue las directrices de las políticas legisladas por el gobierno estatal, Cataluña es totalmente distinta. Según el estudio realizado y plasmado en el libro “Estado de Bienestar y Comunidades Autónomas: La descentralización de las políticas sociales en España” observamos que Cataluña ha presentado hasta 2003 una tendencia a favorecer el sector privado, y a un modelo diferencial, aprovechando sus competencias y creando políticas diferentes a las estatales.

El plan a partir de aquí era analizar tanto lo ocurrido antes del estudio, como lo ocurrido

después de 2003 durante los gobiernos del Tripartit de izquierdas y el de CiU de centro derecha. Varias políticas públicas se lanzaron durante esos años. La ordenación de un nuevo sistema sanitario catalán, la creación de gobiernos territoriales sanitarios, la cada vez más descentralizada organización, creación de nuevos organismos, potenciar el ICS como empresa pública proveedora de servicios, planes de innovación, planes de salud al horizonte, leyes para coordinar, agilizar y aumentar la eficiencia de los servicios, estudios sobre productividad, leyes para mejorar la sostenibilidad del sistema, y nuevas medidas para reducir gasto y aumentar ingresos. Y no menos importante, un pequeño análisis cuantitativo sobre la evolución de determinados factores, como el gasto en Sanidad, cantidad de camas, ingresos, etc.

La pregunta que queríamos contestar a partir de este estudio era si esta tendencia que tenía Cataluña en el estudio de 2003, hacía un modelo privado y diferencial había cambiado. Y tras el análisis de la historia del modelo sanitario y los datos podemos afirmar, dentro de las limitaciones que un estudio de este estilo comportan, que la tendencia hacia un modelo privado y diferencial sigue existiendo.

Diferencial lo es sin duda, pues la cantidad de legislación propia que hemos recogido, y la que no hemos tratado por no ser de vital importancia es abundante. Cataluña dispone de un amplio mapa sanitario³⁸, muy descentralizado con sus propias competencias. Recientemente actualizó su Estatuto de Autonomía, y ha ido renovando y derogando constantemente leyes tanto para organización interna, como para regular situaciones de los enfermos y los usuarios. Tanto, a veces, que ha existido conflictos entre el gobierno autonómico y el estatal, como en el caso del euro por receta declarado inconstitucional tras el recurso presentado por el gobierno de Mariano Rajoy.

Por otra banda, el sistema sanitario catalán presenta una tendencia hacia lo privado. Incluso en los últimos años ha desarrollado una serie de medidas que obligan a participar a los ciudadanos en el copago de los servicios. De hecho, el gasto por persona en sanidad privada en Cataluña es de las más elevadas en España. “*En gasto absoluto Madrid (711€), País Vasco (695€) y Cataluña (676€) encabezan el listado de las comunidades con mayor gasto sanitario privado.*” (Sanidad privada, aportando valor. Análisis del 2015. Pág. 8)³⁹

³⁸ XHUP - Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública - Departament de Salut. (s.f.). Recuperado el 14 de 5 de 2015, de Gencat: <http://sac.gencat.cat/sacgencat/AppJava/organigrama.jsp?codi=2803&jq=200040>

³⁹ IDIS. (2015). *Sanidad Privada, aportando valor*. Recuperado el 19 de 5 de 2015, de Fundación IDIS: https://www.fundacionidis.com/wp-content/informes/informe_analisis_situac_idis2015_web.pdf

A nivel autonómico, Cataluña es la comunidad autónoma que destina más dinero, en términos absolutos y relativos, a la partida de conciertos, alcanzando los 2.386 millones de euros, lo que representa aproximadamente el 25% del gasto en salud de la comunidad.

Comunidades Autónomas como Cataluña, que han reducido su presupuesto sanitario público por cápita han incrementado la penetración del seguro privado. Está aumentando el número de personas que, aunque coticen y tengan acceso a la sanidad pública, optan por costearse un seguro privado. Y su vez también aumenta la red de centros privados. Cataluña, Madrid y Andalucía son las comunidades que cuentan con un mayor número de hospitales privados y un mayor número de camas pertenecientes a hospitales privados. Las razones por las que la gente opta por adquirir un seguro privado pueden ser varias, acceso más rápido, confianza en el sector privado, percepción de mejor calidad, aumentar la accesibilidad... Y estas razones que han favorecido que cada vez más gente opte por un seguro privado han nacido gracias a los cambios producidos por los mismos gobiernos hacia un sistema sanitario que cada vez incluye más al sector privado dentro de su seno.

Realmente en el contexto actual del sistema sanitario, saturado y con pocos recursos para atender a todos con la calidad que posiblemente necesitaran, se siente aligerado si muchos usuarios optan por el sector privado. De todos modos, es posible que no sea del agrado de todos tener que optar por un seguro privado para poder disfrutar de un servicio que en muchos otros países se mantiene universal y de calidad. No debería ser necesario para un sistema sanitario depender de la implicación del sector privado para permitirse la sostenibilidad.

Aunque España, y con ella Cataluña, sigan formando parte del régimen mediterráneo, una de las características que lo hacían mixto era contener factores del régimen socialdemócrata como la universalización de ámbitos como educación y sanidad. Cambios como los producidos en los últimos años en sanidad podrían hacer cambiar esa universalización, y puede cambiar la asignación de España dentro de un régimen. De todos modos, estos cambios no suceden de un año para otro, y se abre aquí la posibilidad a futuros estudios que comprueben la movilidad del estado de bienestar hacia otra tipología, y controlar la tendencia del sistema sanitario catalán, en especial el sistema sanitario, hacia un modelo aún más privado y diferencial.

Bibliografia

- Abascal, E. M. (8 de Mayo de 2014). *Economía para todos*. Recuperado el 12 de 5 de 2015, de Business School Universidad de Navarra:
<http://blog.iese.edu/martinezabascal/2014/05/08/gasto-publico-espana-y-europa/>
- Alegre Espinosa, M. A., Calzada, I., Colino-Cámara, C., Del Pino Matute, E., Díaz Pulido, J., León, M., . . . Subirats Humet, J. (2013). *Los Estados del bienestar en la Encrucijada: Políticas Sociales en Perspectiva Comparada*. Madrid: Tecnos.
- Bolaños, A. (5 de 5 de 2015). *El País*. Recuperado el 15 de 5 de 2015, de
http://economia.elpais.com/economia/2015/03/05/actualidad/1425554210_625645.html
- *Central de Resultats 2011*. (2013). Recuperado el 16 de 5 de 2015, de Observatori Salut GenCat:
http://observatorisalut.gencat.cat/web/.content/minisite/observatorisalut/oss_c_central_resultats/informes/fitxers_estatics/central_resultats_indicadors_2011.pdf
- *Constitución Española*. (29 de 12 de 1978). Recuperado el 13 de 5 de 2015, de BOE:
<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1978-31229&a=a&orden=fecha#refpost>
- *DECRET 105/2005 de delimitació de les regions sanitàries i dels sectors sanitaris del Servei Català de la Salut*. (31 de 5 de 2005). Recuperado el 16 de 5 de 2015, de UPF:
<http://www.upf.edu/sintesi/2005/dj105.htm>
- *DECRET 84/1985*. (s.f.). Recuperado el 14 de 5 de 2015, de Metges de Catalunya:
http://www.metgesdecatalunya.cat/media/asset_publics/resources/000/001/028/original/DECRET_84_1985_21_de_mar_mesures_per_a_la_reforma.pdf
- *Dotació hospitalària en funcionament. Per tipus de concert i tipologia d'hospital*. (s.f.). Recuperado el 18 de 5 de 2015, de Idescat:
<http://www.idescat.cat/pub/?id=aec&n=1014&t=2012&x=13&y=2>
- *El Parlament aprova per unanimitat la Llei d'Universalització, que garanteix l'accés a la sanitat gratuïta a tota la població catalana*. (30 de 6 de 2010). Recuperado el 16 de 5 de 2015, de Premsa GenCat:
http://premsa.gencat.cat/pres_fsvp/AppJava/notapremsavw/41725/ca/parlament-aprova-unanimitat-llei-duniversalitzacio-garanteix-lacces-sanitat-gratuïta-poblacio-catalana.do
- *Els governs territorials de salut (GTS)*. (8 de 11 de 2011). Recuperado el 16 de 5 de 2015, de SalutWeb:
http://salutweb.gencat.cat/ca/ambits_tematicas/linies_dactuacio/salut_i_qualitat/pla_salut_catalunya/anys_anteriors/pla_salut_catalunya_horitzo_2010/els_5_eixos_estrategics/eix_5/els_governos_territorials_de_salut_gts_la_descentralitzacio

- *Enquestes de Satisfacció*. (2 de 11 de 2012). Recuperado el 15 de 5 de 2015, de CatSalut:
<http://catsalut.gencat.cat/ca/ciudadania/serveis-atencio-salut/valoracio-serveis-atencio-salut/enquestes-satisfaccio/>
- Esping-Andersen, G. (1990). *Los Tres Mundos del Estado del Bienestar*. Basil Blackwell: Polity Press.
- Gallego, R., Gomà, R., & Subirats, J. (2003). *Estado de Bienestar y Comunidades Autónomas: La descentralización de las políticas sociales en España*. Barcelona: Tecnos.
- Generalitat. (2010). *Pla de salut de Catalunya a l'horitzó 2010*. Recuperado el 16 de 5 de 2015, de SalutWeb:
http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematicos/linies_dactuacio/salut_i_qualitat/pla_salut_catalunya/pla_de_salut_de_catalunya_a_lhoritzo_2010/informe_de_salut_a_catalunya_avaluacio_dels_objectius_de_salut/mes_informacio/0_pla_de_salut_de_catalunya_a_lhoritzo2010_1a_part_tot.pdf
- *Generalitat de Catalunya. Pressupost. Despeses. Per seccions*. (s.f.). Recuperado el 18 de 5 de 2015, de Idescat: <http://www.idescat.cat/pub/?id=aec&n=535>
- *Generalitat de Catalunya. Pressupost. Entitats gestores de la Seguretat Social*. (s.f.). Recuperado el 18 de 5 de 2015, de Idescat: <http://www.idescat.cat/pub/?id=aec&n=662>
- *Generalitat de Catalunya. Pressupost. Per origen dels ingressos*. (s.f.). Recuperado el 18 de 5 de 2015, de Idescat: <http://www.idescat.cat/pub/?id=aec&n=661>
- *Història del Model*. (2 de 3 de 2015). Recuperado el 14 de 5 de 2015, de GenCat:
http://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/model_sanitari_catala/historia_del_model/
- IDIS. (2015). *Sanidad Privada, aportando valor*. Recuperado el 19 de 5 de 2015, de Fundación IDIS: https://www.fundacionidis.com/wp-content/informes/informe_analisis_situac_idis2015_web.pdf
- *La Vanguardia*. (29 de 01 de 2015). Recuperado el 25 de 04 de 2015, de
<http://www.lavanguardia.com/vida/20150129/54425241707/bng-pide-que-wert-explique-en-congreso-bajada-en-cuantia-becas-de-universidad.html>
- *Ley 14/1986 General de Sanidad*. (25 de 5 de 1986). Recuperado el 14 de 5 de 2015, de Noticias Jurídicas: http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/114-1986.html
- *Ley 15/1990 de Ordenación Sanitaria de Cataluña*. (9 de 7 de 1990). Recuperado el 15 de 5 de 2015, de Portal Jurídic Gencat:
http://portaljuridic.gencat.cat/ca/pjur_ocults/pjur_resultats_fitxa/?action=affectations&shouldShowActives=false&versionId=1421797&versionState=02&language=ca_ES&documentId=48426
- *Ley 15/1990, de 9 de julio, de Ordenación Sanitaria*. (9 de 7 de 2015). Recuperado el 14 de 5

- de 2015, de Noticias Jurídicas: http://noticias.juridicas.com/base_datos/CCAA/ca-l15-1990.html
- *Llei 18/2009*. (22 de 10 de 2009). Recuperado el 16 de 5 de 2015, de GenCat:
<http://www.gencat.cat/salut/acsa/html/ca/dir3260/tl99in.pdf>
 - *LLEI 5/2012 de mesures fiscals, financeres i administratives i de creació de l'impost sobre les estades en establiments turístics*. (20 de 3 de 2012). Recuperado el 17 de 5 de 2015, de Portal Jurídic Gencat:
http://portaljuridic.gencat.cat/ca/pjur_ocults/pjur_resultats_fitxa/?documentId=603168&action=fitxa
 - *LLEI 8/2007, de 30 de juliol, de l'Institut Català de la Salut*. (30 de 7 de 2007). Obtenido de Portal Jurídic:
http://portaljuridic.gencat.cat/ca/pjur_ocults/pjur_resultats_fitxa/?documentId=445808&action=fitxa
 - *Lleis Òmnibus*. (2011). Recuperado el 17 de 5 de 2015, de GenCat:
<http://www.gencat.cat/lleisomnibus/lleis.html>
 - *Lleis òmnibus informació*. (2011). Recuperado el 17 de 5 de 2015, de GenCat:
<http://www.gencat.cat/lleisomnibus/informacio.html>
 - *Mapa sanitari, sociosanitaria i de salut pública*. (12 de 2010). Recuperado el 16 de 5 de 2015, de SalutWeb:
http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematics/linies_dactuacio/model_assistencial/mapa_sanitari_sociosanitari_i_salut_publica/que_es/documents/ssalut_futur.pdf
 - OECD (2015), Health spending (indicator). doi: 10.1787/8643de7e-en (Accessed on 28 April 2015)
 - *Plan de salut Catalunya 2*. (1991). Recuperado el 15 de 5 de 2015, de GenCat:
http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematics/linies_dactuacio/salut_i_qualitat/pla_salut_catalunya/anys_anteriors/document_marc_laboracio_pla_salut_catalunya_1991/documents/arxiu/1_5_1991.pdf
 - *Què és l'ICS?* (s.f.). Recuperado el 14 de 5 de 2015, de GenCat:
<http://www.gencat.cat/ics/quees.htm>
 - *Real Decreto-ley 16/2012 de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones*. (20 de 4 de 2012). Recuperado el 17 de 5 de 2015, de BOE: http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2012-5403
 - *Sol·licitud de retorn de la taxa de l'euro per recepta*. (s.f.). Recuperado el 18 de 5 de 2015, de Gencat: <http://web.gencat.cat/ca/tramits/tramits-temes/Solicitud-de-retorn-de-la-taxa-de->

leuro-per-recepta?category=75f95a84-a82c-11e3-a972-000c29052e2c

- VILLALBI, Joan R. y COMITE CIENTIFICO PARA LA REFORMA DE LA SALUD PUBLICA EN CATALUNA et al. Propuestas de reforma de los servicios de salud pública en Cataluña. Rev. Esp. Salud Pública [online]. 2006, vol.80, n.5 [citado 2015-05-15], pp. 567-583. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272006000500012&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1135-5727.
- *XHUP - Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública - Departament de Salut*. (s.f.). Recuperado el 14 de 5 de 2015, de Gencat:
<http://sac.gencat.cat/sacgencat/AppJava/organigrama.jsp?codi=2803&jq=200040>