# La privatización encubierta (o no tanto) de la sanidad catalana

**Joan Canals**
**Médico de Familia. ABS Sant Fost. Barcelona. ICS.**
**Responsable de Política Sanitaria. CCOO Cataluña.**

Es inevitable, cuando se habla de gestión privada en los servicios de salud españoles, el hacer referencia, tarde o temprano, al denominado "modelo sanitario catalán". Es en efecto en Cataluña donde se han iniciado la mayoría de las experiencias privatizadoras en el campo de la sanidad pública española, en parte motivado por más de 20 años de gobierno nacionalista-conservador (1980-2003), pero también por un "antes", caracterizado por un déficit histórico de inversiones y servicios y por la existencia de múltiples entidades y centros sanitarios propiedad de diversas instituciones, y por un "después", a partir de 2004, con la continuidad del gobierno tripartito supuestamente de izquierdas (PSC, ERC, ICV-EUiA), de las políticas iniciadas por sus antecesores.

## El modelo sanitario catalán

Cataluña fue la primera comunidad autónoma a la que se traspasaron las competencias sanitarias, en 1981. En aquel momento solamente un 10% de los hospitales pertenecían al INSALUD[1] (lo que suponía, a su vez, el 27% del total de camas de agudos). Este dato, junto a la voluntad del gobierno de la Generalitat de recibir las transferencias lo antes posible sin profundizar en el déficit histórico antes mencionado, fue lo que llevó a plantear la disyuntiva entre ampliar la red propia de la Seguridad Social o potenciar las estructuras de los servicios ajenos a la misma. Y el Gobierno de CiU optó por la segunda vía, que además coincidía perfectamente con sus posicionamientos políticos. Era más rentable concertar que construir nuevos centros y, a la vez, se acudía con fondos públicos al rescate de instituciones que presentaban en aquel momento importantes problemas de subsistencia, y al frente de las cuales estaban personajes relevantes de la burguesía catalana (mayoritariamente afín a la coalición gobernante).

Rápidamente se empezaron a publicar las órdenes de acreditación de los centros de titularidad ajena a la Seguridad Social y la normativa de concertación para la prestación de servicios a las personas afiliadas, lo que permitió que fundaciones privadas, órdenes religiosas, administraciones locales y mutualidades de previsión (entre otras) se integraran, en el año 1985, en la denominada "Red (xarxa en catalán) Hospitalaria de Utilización Pública" (XHUP)[2].

En 1990 se aprueba la "Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña" (LOSC)[3] y 5 años después su modificación parcial[4] (ambas leyes por su importancia las analizamos en un capítulo aparte) y que consagran el sistema de provisión mixta.

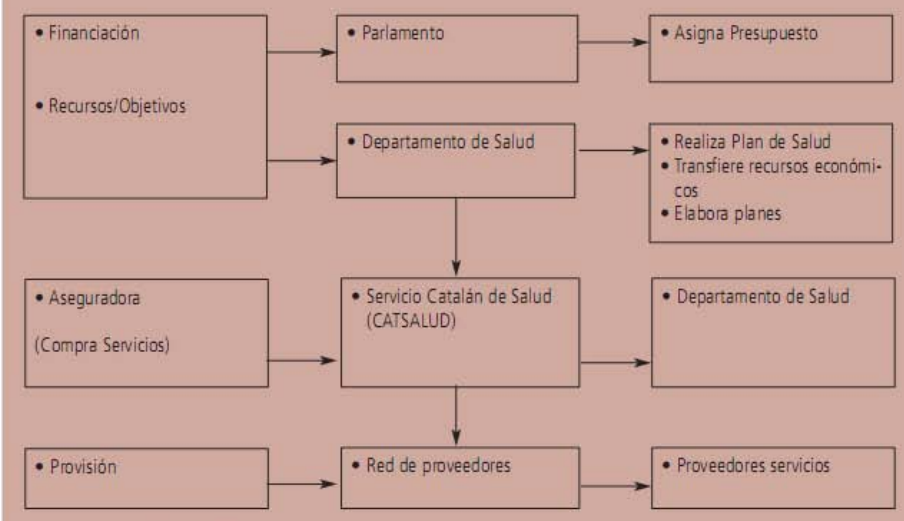
Desde entonces y hasta ahora, la mayoría de centros hospitalarios nuevos y las reformas estructurales de los antiguos, se han realizado al amparo de formulas de provisión distintas al Institut Català de la Salut (ICS). Igualmente un número importante de equipos de atención primaria (22'3%) en general ubicados en centros de nueva creación, se gestionan al amparo de Consorcios, Fundaciones o entidades de base asociativa (EBA)[5].

En el momento actual nos encontramos con un modelo de separación de funciones caracterizado por (Figura 1):

- Los criterios generales de planificación, coordinación, ordenación, evaluación, información sanitaria y financiación del servicio, corre a cargo del "Departamento de Salud", que ejerce de autoridad sanitaria.
- La programación, evaluación y compra de servicios corre a cargo del "Servicio Catalán de la Salud" (SCS o CatSalut).
- La función de provisión de servicios corre a cargo de las entidades prestadoras, que pueden ser de titularidad pública o privada (con o sin ánimo de lucro), y la prestación puede ser, a su vez, directa a través del ICS, indirecta a través de entidades ajenas, o compartida mediante consorcios con participación pública y privada.

Éste modelo "mixto" se ha mostrado, respecto a otras Comunidades Autónomas (CCAA), más costoso que el "integrado",

**FIGURA 1. Distribución de funciones en el modelo sanitario catalán.**




Fuente: Memoria del CatSalut 2009

tanto por los costes de transacción del sistema de concertación, como por el coste del Plan de reordenación hospitalaria necesario para adecuar la red hospitalaria ajena a la Seguridad Social (alternativa a una red propia de la Administración) con el fin de que pudiera alcanzar los niveles exigidos de calidad[6], como por la proliferación de cargos directivos en éstas instituciones, con su remuneración asociada.

Por otra parte resulta paradójico ver como el planteamiento de la diversificación en la provisión de servicios sanitarios, planteado inicialmente como una ruptura del monopolio que ejercía el ICS, ha llevado a una situación de oligopolio en la prestación de servicios sanitarios en Cataluña, dado que las entidades proveedoras han estado concertadas por el SCS para dar servicio de forma integral a todo un territorio concreto, llevando a que sectores sanitarios o comarcas enteras tengan toda la atención sanitaria gestionada por una sola entidad. Así se ha pasado del monopolio del ICS en toda Cataluña, al de otros proveedores en un territorio concreto, y con el agravante de que para favorecer las economías de escala (difíciles de conseguir por entidades pequeñas) se están potenciando las alianzas estratégicas entre entidades, lo que ha llevado a una ampliación de los territorios gestionados "en exclusiva".

### La Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña

Tomando como base la Ley General de Sanidad, publicada 4 años antes, el Parlamento de Cataluña aprueba en 1990 la LOSC[3], que formaliza la separación de la funciones de planificación, compra, y provisión de servicios.

Entre los rasgos principales de la Ley cabe destacar:

- Consolidación de un sistema sanitario de provisión "mixta" de servicios (propios y concertados).
- Aprobación de nuevas formas de gestión de los recursos sanitarios (directa, indirecta y compartida).
- Ordenación administrativa territorial, para una gestión descentralizada.
- Constitución del SCS como ente gestor y ordenador de recursos.

La LOSC preveía la compra de servicios a entidades privadas con ánimo de lucro solo en aquellas circunstancias en las cuales la gestión pública no pudiera prestar el servicio. Sin embargo, en 1995, el Gobierno de la Generalitat avanza decididamente hacia la privatización con la modificación parcial de la LOSC[4], que

califica al SCS como un "ente de derecho público sometido para sus relaciones externas al derecho privado", a la vez que incentiva el ánimo de lucro en la sanidad pública catalana, dos años antes de que lo haga a nivel estatal la Ley 15/97, al dar entrada en la gestión de servicios sanitarios públicos a las entidades de base asociativa (EBA). Es en éste mismo texto donde ya se plantea la posibilidad de transformar el ICS en empresa pública.

Con la LOSC se faculta al SCS tanto para constituir empresas públicas de propiedad y gestión directa, como para participar en Consorcios junto a otras entidades de titularidad pública o privada.

### Los "informes Vilardell"

**Primera versión.** El año 2005, a petición de los departamentos de Salud y de Economía y Finanzas de la Generalitat de Cataluña, se solicitó a un grupo de expertos la elaboración del denominado "Documento marco del grupo de trabajo para la racionalización y financiación del gasto sanitario"[7], conocido popularmente como "informe Vilardell" (nombre del coordinador del grupo y actual presidente del Colegio de Médicos de Barcelona). El objetivo del informe era analizar la situación de la sanidad catalana, para finalmente emitir una serie de recomendaciones que permitieran "garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario de financiación pública". Las principales recomendaciones consensuadas por el grupo se muestran en la Tabla 1 e incluyen, entre otras, un aumento tanto presupuestario como del nivel del gasto sanitario, del impuesto especial sobre tabaco, y de la transparencia de las actividades del conjunto del sistema, la redistribución de los fondos de cohesión, un modelo organizativo de base territorial, una práctica asistencial con criterios de gestión clínica, una financiación más equitativa del gasto farmacéutico aplicando medidas para su racionalización, la introducción del pago a los usuarios que hagan "mal uso" del sistema y mantener/potenciar la coexistencia de sanidad pública y privada.

El documento, excepto en los casos concretos del impuesto sobre el tabaco y en el de la racionalización del consumo de medicamentos, es un simple decálogo de "buenas intenciones" (al-

**TABLA 1. Principales recomendaciones del "Document marc del Grup de Treball per a la Racionalització i el Finançament de la Despesa Sanitària"**

| |
|---|
| Aumento presupuestario a partir de:<br>• Mejor financiación autonómica.<br>• Aumento de recursos por parte del Estado, con compromiso finalista.<br>• Mejora en la eficiencia del sistema sanitario público. |
| Situar el gasto sanitario catalán a un nivel comparable al de regiones y países de renta "per cápita" y características similares. |
| Aumento del impuesto especial sobre tabaco un 40-50%. |
| Redistribución de los fondos de cohesión social. |
| Aumentar la transparencia de las actividades del conjunto del sistema, para que la información sanitaria sea accesible tanto a usuarios como a profesionales. |
| Modelo organizativo y de gestión descentralizado y de base territorial. |
| Práctica asistencial que asuma criterios de gestión clínica. |
| Aplicar medidas para reducir y racionalizar el gasto en el capítulo de farmacia. |
| Sistema de financiación de medicamentos más equitativo, teniendo en cuenta cargas familiares, capacidad adquisitiva y presencia de enfermedades. |
| Aplicar un pago a los usuarios que hagan un "mal uso" del sistema, incorporando en la historia clínica la "mala praxis" en el uso de los servicios por parte de un usuario concreto. |
| Mantener y potenciar la coexistencia de la sanidad pública con la privada, como rasgo diferencial de la sanidad catalana. |

*Fuente: Elaboración propia a partir del documento marco.*

gunas no tan buenas). No basta con proponer cosas, hay que explicar cómo se pretende conseguirlas. No parece que hagan falta 22 reuniones para llegar a la conclusión de que se debe mejorar la financiación del sistema, que es preciso reducir las bolsas de ineficiencia, o que la información sanitaria ha de ser transparente y accesible. Mención aparte merece el apartado de "pago directo por parte del usuario", en el que se hace responsable a los usuarios de buena parte de los "males" del sistema y en donde se propone, según el documento no como medida recaudatoria sino como reguladora de la demanda, el copago por el uso "inadecuado" de los servicios de salud, sin entrar en el análisis de que se entiende por "uso inadecuado" ni que parte de "culpa" del mal uso es responsabilidad del propio sistema.

**El segundo documento**: A principios de 2009 se encargó a trece de los ponentes del primer informe una segunda versión[8] que se hizo pública a finales de julio de 2010. En ésta versión, en la que no se exigía el consenso, los expertos respondían a 12 cuestiones concretas que se les planteaba sobre el sistema sanitario, permitiendo la discrepancia a partir de los votos particulares.

Las recomendaciones con mayor consenso apuntan a la existencia de una lista de espera única para intervenciones quirúrgicas en toda Cataluña, que solo se incorporen a la financiación pública aquellos fármacos, productos y tecnologías que aporten valor añadido y que sean de coste/eficacia demostrada, vigilar los posibles conflictos de intereses entre médicos e industria farmacéutica, reclamar que el presupuesto de la sanidad pública crezca de forma sustancial durante los próximos 10 años (entre un 7 y un 8 % anual), incrementar los impuestos indirectos sobre tabaco y alcohol y que sean finalistas, revisar el IVA y el IBI sanitarios, una mayor corresponsabilidad de las mutuas y aseguradoras en la asunción de costes, redefinir el papel de los profesionales en el modelo sanitario y su relación con los diferentes agentes, un nuevo modelo retributivo en función de la responsabilidad, dedicación y cumplimiento de objetivos, potenciar la dedicación exclusiva, la participación de los profesionales en el gobierno de las instituciones, reforzar el papel de las comisiones farmacoterapéuticas, y potenciar la salud pública. Por el contrario los puntos de mayor discrepancia hacen referencia a los "copagos", la desgravación de las mutuas y el doble uso de los hospitales como centros públicos y privados. En referencia a los "copagos" si parece existir cierto consenso referente al pago por servicios adicionales relacionados con el confort y que no son sustantivos para la asistencia sanitaria, pero la discrepancia aparece cuando se plantea el pago de algunas prestaciones en función de la renta o del patrimonio personal. En los votos particulares tres de los ponentes argumentan, en contra de la medida, tanto problemas de equidad, como de escasa rentabilidad económica, advirtiendo que se debe evitar trasladar a la ciudadanía las ineficiencias del sistema, y alertando que cualquier revisión del "copago" debe ir asociado primero a mejoras de la eficiencia.

Las principales críticas al documento, en la línea del primer informe, surgen ya en el momento de analizar la metodología. Por un lado se plantean propuestas, tal como expone uno de los ponentes en el primer voto particular, sin explicar la forma en que se piensa hacerlas operativas, y por otro lado, al no ser un documento de consenso permite utilizar de forma interesada aquellas recomendaciones que más convengan (como hizo, a la mañana siguiente de la presentación del informe, la Consejera de Salud de la Generalitat en el Consejo Interterritorial esgrimiendo el documento para intentar lograr la adhesión de otras CCAA. en favor de los "copagos").

## Resultado de las evaluaciones

Hasta el momento solo se dispone de 3 evaluaciones mínimamente serias sobre el sistema sanitario público catalán, las tres en Atención Primaria (AP).

La primera, fue el informe del "Síndic de Greuges" (equivalente catalán del defensor del pueblo) de 2002[9]. Éste informe estuvo motivado por las múltiples quejas que se recibían ante la lenta implantación de la reforma de la atención primaria en Cataluña, y que generaba importantes desigualdades tanto en el acceso como en el tipo de servicios. Su principal conclusión es que los centros reformados obtenían mejores resultados.

La segunda evaluación fue un estudio encargado a la Fundación Avedis Donabedian en el año 2002 y que analizaba 8 dimensiones de la atención primaria (accesibilidad, práctica clínica y efectividad, continuidad y coordinación, eficiencia, atención comunitaria, estructura, actividad asistencial y satisfacción de los profesionales)[10]. Del análisis de sus resultados cabe destacar que de más de 100 indicadores evaluados solo en 1/3 de ellos existen diferencias remarcables, sin que éstas afecten ni a la accesibilidad ni a la práctica clínica/efectividad, y que la aparente mayor satisfacción de los profesionales de las EBA lo es a costa del reconocimiento de una menor capacidad de conciliar la vida laboral y familiar. Por todo ello se concluye que no existen diferencias significativas entre los diversos grupos de provisión (ICS, no-ICS y EBA) y que todos presentan ventajas en determinados ámbitos junto a aspectos mejorables en otros, sin que ninguno sea ni insatisfactorio ni inmejorable.

Finalmente, en diciembre de 2005, poco después de acceder el

**TABLA 2. EAP incluidos en la muestra (según categoría de la entidad proveedora)**

| CATEGORIA DERECHO | PÚBLICO (ICS) | PÚBLICO (OTROS) | EMPRESA PÚBLICA | PRIVADO SIN ÁNIMO DE LUCRO | PRIVADO CON ÁNIMO DE LUCRO |
|---|---|---|---|---|---|
| EQUIPOS DE AP | 67 | 24 | 10 | 17 | 12 |
| ENTIDADES | 1 | 13 | 4 | 6 | 10 |

*Fuente: "Avaluació dels models de provisió de serveis d'atenció primaria a Catalunya"*

tripartito al gobierno de la Generalitat, se firmó un convenio de colaboración entre el CatSalut y el Institut de Estudis de la Salut (IES) para la elaboración de un estudio que evaluara, por segunda vez, los modelos de provisión de servicios de atención primaria de salud en Cataluña[11]. La base del estudio (Tabla 2) consistió en un trabajo de campo sobre 130 equipos de atención primaria de 5 categorías de entidades proveedoras (derecho público-ICS, derecho público-otros, derecho empresa pública, derecho privado sin ánimo de lucro, y derecho privado con ánimo de lucro). Las dimensiones estudiadas fueron: estructura, actividad, accesibilidad, continuidad y coordinación, práctica clínica, y valoración de los profesionales.

Los resultados no lograron demostrar la hipótesis principal de trabajo del estudio, consistente en que había diferencias en la calidad de las actividades y en los resultados asistenciales atribuibles a los diferentes tipos de entidades proveedoras. Al contrario, pusieron en evidencia que es difícil encontrar un modelo que sea "mejor" que otro ya que todos presentan pros y contras, y se evidencia que la variabilidad observada entre los equipos de un mismo grupo de provisión parece ser superior a la que existe entre los diferentes modelos.

Así, por ejemplo, el modelo EBA muestra un menor número de solicitud de pruebas complementarias y de derivaciones (sin que el estudio profundice en el análisis de si éstos resultados se corresponden con una mejor gestión de éstos recursos o, por el contrario, con un intento de recortar gasto en éstas partidas para obtener mayores beneficios), los indicadores de prescripción son mejores en los equipos con organización tradicional, y los equipos de las redes integradas tienen una relación más estrecha con la especializada.

Llama poderosamente la atención la mayor dotación de personal que atiende a la población asignada en el modelo ICS, diferencia que es especialmente relevante en trabajadores sociales y profesionales de enfermería, resultado de un comportamiento diferenciado entre los diversos grupos de provisión respecto el papel y las funciones de éstos profesionales, y que en el estudio se apunta podrían tener impacto en los resultados de la atención sobre la salud, la equidad, la eficiencia y la satisfacción de los pacientes (especialmente en las condiciones actuales de predominio de patologías crónicas).

Sorprende que el nivel más alto de percepción de autonomía de decisión de los profesionales no se corresponda con las EBA (como cabría pensar dado que éste es el principal argumento de éste modelo), sino con el denominado CASAP (Consorcio Castelldefels Agentes de Salud, formado por el ICS y el ayuntamiento de ésta población). Por otro lado parece que los profesionales de las EBA están más satisfechos, si bien es significativo que el 69% de los profesionales de estos centros no respondieron a la encuesta de satisfacción, lo que hace pensar que, tal vez, la satisfacción es mayor en los accionistas mientras que el resto de asalariados prefieren reservarse la opinión.

En definitiva, con los datos del estudio no se logra demostrar, como algunos pretendían, que el modelo con gestión clásica sea peor que los otros, ni que el modelo organizativo sea trascendente a la hora de ofrecer una atención de calidad. A pesar de todo lo expuesto y de los resultados que demuestran que "para éste camino no hacían falta alforjas" siguen proliferando nuevos modelos. Si en el primer estudio había 3 categorías y en el segundo 5, las posibilidades para el próximo pueden multiplicarse. Así dentro del ICS existen, en éste momento, centros donde se está probando la autonomía de gestión dentro del modelo público, junto a otros con gestión clásica. Dentro de la autogestión algunos hospitales concertados están dando a gestionar sus centros de primaria a los propios profesionales, y el Servicio Catalán de Salud y algunos ayuntamientos aparecen como accionistas de algunas EBA junto a los profesionales.

Sorprende que más de 13 años después de la implantación del modelo EBA, tiempo que parece más que prudencial, no existan estudios que analicen los posibles efectos adversos del ánimo de lucro y de los incentivos económicos, de como el modelo ha podido repercutir sobre la salud de los usuarios y la equidad del sistema (infratratamientos, selección adversa de pa-

cientes, infradiagnósticos, transferencia del gasto a otros niveles,...), ni de cómo las características socioeconómicas y demográficas de la población pueden haber influido en éstos resultados (el ICS está más extendido en zonas rurales y socialmente deprimidas, mientras que las EBA cubren poblaciones urbanas, con predominio de clases medias y con un 40% de usuarios con doble cobertura sanitaria, frente al 15% del resto de proveedores).

### Los "otros" resultados: Los informes de la Sindicatura de Comptes

La Sindicatura de Comptes (el equivalente catalán al Tribunal de Cuentas) ha emitido diversos informes de los que destacamos, por su importancia, el 22/2006, y el 13/2009.

El primero de ellos, bajo el título (traducido) de "Gastos en asistencia hospitalaria con medios ajenos"[12], tenía como objetivo fiscalizar la prestación de los servicios de asistencia hospitalaria y especializada mediante convenios o contratos entre el SCS y los centros hospitalarios de propiedad pública o privada, durante el año 2003. El resultado del informe, que sorprendentemente apenas tuvo repercusión ni en los medios de comunicación ni en la opinión pública, no puede ser más elocuente. En los 128 folios del documento se describen hasta 21 irregularidades, incumplimientos de la normativa o ineficiencias económicas, que se resumen en la Tabla 3.

Para más información sobre los centros implicados, los gastos económicos que éstas irregularidades supusieron para las arcas públicas (recordando que es en términos monetarios de 2003) u otros datos ciertamente interesantes, pero que no podemos incluir en éste documento por falta de espacio, animamos al lector a consultar el informe (existe una versión en castellano).

El segundo informe, el 13/2009, hace referencia a la contratación de servicios externos en hospitales de la XHUP durante el ejercicio 2006[13]. En él se fiscalizan los servicios externos no asistenciales de limpieza, alimentación a pacientes, lavandería, y di-

**TABLA 3. Principales irregularidades, incumplimientos de la normativa o ineficiencias económicas, detectadas en el Informe 22/2006 de la Sindicatura de Comptes de Catalunya.**

| |
|---|
| Incumplimiento de la normativa de autorización de apertura, funcionamiento y renovación de centros hospitalarios. |
| Centros pertenecientes a la XHUP no acreditados (no se podían garantizar estándares mínimos de calidad). |
| Falta de cobro de:<br>• Tasas de tramitación de la acreditación.<br>• Canon para la concesión de la gestión.<br>• Expedientes de contratación de la gestión. |
| Incumplimiento del procedimiento para establecer y renovar convenios con centros de la XHUP y con otros de titularidad pública no pertenecientes. |
| Gestión de servicios sanitarios sin apoyo contractual, realizada por proveedores que gestionan centros que no pertenecen a la XHUP y que prestaron servicios asistenciales de acuerdo con unos contratos de gestión de servicios sanitarios que no estaban vigentes. |
| Criterios de adjudicación inadecuados en la contratación de la gestión de servicios sanitarios con centros hospitalarios que no pertenecen a la XHUP. |
| Gestión de servicios de forma habitual y permanente en el tiempo, por parte de hospitales que no pertenecen a la XHUP, pese a que el SCS sólo puede contratar éstos servicios de forma excepcional y por una duración limitada y sin que en ninguno de los expedientes se justifique el carácter excepcional de la contratación de la gestión de los servicios, pese a ser un requisito normativo. |
| Contratación de hospitales que no pertenecen a la Red sin justificar la carencia de capacidad de los de la XHUP para prestar éstos servicios. |
| Límite insuficiente por siniestro cubierto, por los seguros de algunas entidades que gestionan servicios sanitarios con centros hospitalarios que no pertenecen a la XHUP. |

**TABLA 3. Principales irregularidades, incumplimientos de la normativa o ineficiencias económicas, detectadas en el Informe 22/2006 de la Sindicatura de Comptes de Catalunya.** ***(Continuación)***

| |
|---|
| Importes concedidos de forma irregular a centros de la XHUP en concepto de apoyo económico, que al tener naturaleza de subvención debería haber estado sujeta a criterios de publicidad, concurrencia y objetividad, y sin que se acreditaran razones que justificaran esta aportación económica. |
| Falta de justificación de importes satisfechos a entidades de la XHUP, para la ejecución de programas de interés especial. El SCS no disponía de ninguna documentación que justificara la cuantía de los importes, lo que ponía en entredicho la existencia de una relación entre los importes y los costes, cosa que se confirmaba a partir de la gran disparidad en los valores de las ratios obtenidas. |
| Falta de justificación del importe concedido a la Fundación Privada "Institut de Recerca Oncològica". |
| Incumplimiento de las cláusulas adicionales en los convenios de compra de programas de interés especial. |
| Pago de servicios a centros de la XHUP por encima de las contraprestaciones aprobadas, y servicios satisfechos a un centro que no pertenecía, con tarifas superiores a las que le correspondería. |
| Incumplimiento por parte del SCS del plazo para abonar las cantidades establecida en la Ley de contratos, lo que genera coste adicional a la Administración por los intereses de demora. |
| Debilidad financiera de las entidades de la XHUP, por una fuerte dependencia económica del SCS. Esto motivó en un 59% de las entidades un fondo de maniobra negativo, en un 96% tensiones de tesorería, en un 57% pérdidas y en un 65% una ratio de endeudamiento elevada. Todo ello generó pérdidas acumuladas que llevaron a una fuerte descapitalización y, en 20% de casos, a una situación de "fallo técnico". |
| Falta de autorización previa del Gobierno de la Generalitat para la concesión de subvenciones por razón de cuantía, y falta de justificación de la imposibilidad de promover la concurrencia pública. |
| Justificantes originales de las subvenciones no sellados, por lo que los mismos justificantes se podían utilizar para la obtención de otras ayudas (al no constar ni el órgano que concedía la ayuda ni el importe de la misma). |
| Gastos efectuados y no contabilizados. |
| Operaciones no registradas en la contabilidad, o registradas en cuentas que no corresponden y gastos contabilizados en capítulos diferentes a los que les correspondería por su naturaleza. |

*Fuente: Elaboración propia a partir del Informe.*

rección y asesoramiento a gerencias. Entre las principales irregularidades cabe destacar:

- Adjudicaciones no ajustadas al procedimiento establecido en la Ley de contratos de las administraciones públicas.
- Falta de publicidad en la licitación y adjudicación de algunos contratos.
- Falta de constitución de garantías, importe insuficiente, o constitución de las mismas fuera de término.
- Revisión de precios no ajustados a la normativa.
- Prórrogas por plazos de tiempo superiores a los que establece la normativa y prórrogas tácitas.
- Modificaciones contractuales no ajustadas a normativa.
- Incumplimiento de las cláusulas establecidas en el contrato y en el pliego de prescripciones técnicas.

La evaluación y el análisis de los costes unitarios en los servicios externalizados realizado en el informe, aplicando medidas correctoras para permitir la comparación entre centros (Tabla 4), ponen de manifiesto una enorme variabilidad entre los mismos sin que existan razones objetivas que lo justifiquen.

Para quienes opinen que los informes anteriores quedan lejos en el tiempo, y que a día de hoy ya no se producen situaciones similares, remitimos a la lectura de dos de los últimos informes emitidos por el citado Tribunal, el 29/2009 y el 2/2010, que hacen referencia, respectivamente, al Consorcio Sanitario Integral[14] y al Consorcio Sanitario del Anoia[15], y en los que se evidencian múltiples irregularidades tanto a nivel económico-financiero

**TABLA 4. Costes de los servicios externalizados en hospitales de la XHUP durante el ejercicio 2006**

| SERVICIO | UNIDAD MEDIDA | COSTE MEDIO | MÁXIMO | MÍNIMO |
|---|---|---|---|---|
| LIMPIEZA | €/m² | 66,39 | 95,59 | 42,33 |
| ALIMENTACIÓN | €/d. | 13,34 | 16,01 | 11,32 |
| LAVANDERIA | €/Kg/d. | 0,753 | 0,849 | 0,643 |
| GERENCIA | €/cama | No consta en el informe | 2184,32 | 649,12 |

*Fuente: Elaboración propia a partir del Informe 13/2009 de la Sindicatura de Comptes de Catalunya.*

como en la contratación de equipamientos, y que suponen incumplimientos en los términos de las obras, modificaciones no justificadas de los proyectos iniciales y, retrasos y costes adicionales en la construcción de los mismos.

### La empresa pública ICS

En 2007 el ICS se transforma en empresa pública[16] (ente financiado con fondos públicos, pero con normas de funcionamiento propias del derecho privado) lo que lo convierte en un proveedor de asistencia sanitaria sujeto al derecho privado, con capacidad de endeudamiento y obtención de beneficios. Una transformación que había perseguido, sin éxito, durante más de 10 años el gobierno de CiU y que se lleva a cabo bajo el mandato del gobierno tripartito, con el argumento de que con ello se logrará la modernización de su estructura, una mayor participación de los profesionales, y en definitiva, un incremento de la efectividad.

Aceptando la necesidad de una reforma en el ICS con el objetivo de simplificar su organización, lograr la descentralización territorial, y mejorar la autonomía de decisión de sus centros y servicios, no parece que fuera necesario modificar el marco normativo, transformándolo en empresa pública, ya que con el marco previo existente y una voluntad real de aplicarlo, también era posible lograr los objetivos mencionados sin abrir la puerta, como hace la Ley, a posibles procesos privatizadores.

Del redactado final cabe destacar la supresión, por presiones de CiU, del "carácter preferente" que el proyecto de ley daba inicialmente al ICS en la sanidad pública catalana, con el argumento de que con ésta supresión se evita la posible "competencia desleal" respecto a otros proveedores, lo que contrasta con el hecho de que el último hospital al que se le concedió la gestión data de 1983 (¡hace 27 años!). También hay que remarcar el mantenimiento en ésta primera fase, tras un amplio consenso entre partidos políticos y sindicatos presentes en la Mesa Sectorial, del carácter estatutario, excepto en casos muy concretos, del personal de la institución.

### El Decreto Ley de medidas de racionalización y simplificación de la estructura del sector público de la Generalitat

El 1 de junio de 2010 el Gobierno de la Generalitat, dentro del paquete de medidas para la reducción del déficit y la contención del gasto[17] proponía la reducción, en un 5%, del número de altos cargos y directivos de las Empresas Públicas y la supresión de 63 de las 247 entidades existentes en el sector público, y entre las que se incluían consorcios y fundaciones relacionadas con la sanidad. De la medida cabe destacar la propuesta de reintegración al ICS de 4 de éstas empresas.

A la mañana siguiente el periódico "La Vanguardia" filtraba un informe[18] realizado por técnicos de la propia Administración de la Generalitat y fechado a principios de mayo de 2010, en el que se aconsejaba la desaparición de más de 100 entidades públicas, con lo que se contribuiría, según el estudio, a disminuir el gasto público, racionalizar la estructura de la Administración y mejorar la eficiencia en la gestión de los fondos. El documento concluye que la existencia de algunas entidades no tiene justificación alguna y que la proliferación incontrolada de las mismas impide que sean correctamente controladas y auditadas. Referente a las entidades dependientes del Departamento de Salud, hay 24 de ellas en las que cree necesario llevar a cabo actuaciones de racionalización y se recomienda la desaparición del SCS ya que "sus funciones corresponden al Departamento de Salud o al ICS".

Para aquellos que llevábamos tiempo defendiendo que la proliferación de éstas entidades supone un gasto adicional innecesario, es una buena noticia que un informe elaborado por funcionarios independientes de la propia administración, y por tanto sin coste adicional alguno, a diferencia de otros informes de du-

dosa utilidad y elevado coste encargados a expertos "de reconocido prestigio", vaya en la misma dirección, a la vez que, después de años de descapitalización del ICS, la propuesta de reintegro al mismo de algunas de estas entidades, es la evidencia de que todavía "estamos a tiempo" y el proceso no es, hoy por hoy, irreversible.

Fruto de todo lo expuesto previamente, el 3 de Agosto de 2010 se aprueba el Decreto Ley de medidas de racionalización y simplificación de la estructura del sector público de la Generalitat de Cataluña[19]. El resultado final de la aplicación de las medidas no puede ser más decepcionante. De las 63 entidades que inicialmente se proponía suprimir, solo lo hacen 7 y se crean 2. En el ámbito sanitario de 28 entidades solo desaparecen 3, se crea 1 y de las 4 que se debían reintegrar al ICS, solo se menciona al Instituto de Diagnóstico por la Imagen (IDI), para proponer que "inicie" un proceso de integración, sin especificar ni cuando ni como. Pero lo más grave es que se aprovecha ésta propuesta de integración para modificar la ley del ICS en el sentido de permitir que éste pueda contratar personal laboral sin restricción, rompiendo el amplio consenso al que en su día llegaron los partidos políticos y todos los sindicatos con representación en la Mesa Sectorial, lo que permitirá la convivencia en los centros de trabajo, con los problemas de gestión que ello supone, de personal con diferentes vinculaciones y condiciones laborales, haciendo caso omiso a la recomendación 11 del "Informe sobre el buen gobierno y la transparencia administrativa"[20] elaborado a petición de la propia Generalitat y donde se puede leer que "no es admisible la convivencia de funcionarios y laborales haciendo exactamente las mismas tareas en el mismo servicio".

Finalmente cabe mencionar el informe emitido por la Dirección General de Modernización de la Administración de la Generalitat[21] que, entre otras cosas, propone en relación a los directivos del ICS la conveniencia de incluir en el Decreto la supresión del artículo que los asimila a los altos cargos de la Administración de la Generalitat, ya que "con carácter general el personal directivo de las entidades de derecho público sometidas al ordenamiento jurídico privado no tienen en ningún caso ésta asimilación", punto que, obviamente, no aparece en la versión definitiva ("entre bomberos no nos pisamos la manguera").

## Los acuerdos del Consejo de Dirección del CatSalut de 19 de julio de 2010 ("La guinda del pastel")

El primer paso firme y decidido hacia la privatización en el sector hospitalario catalán se produce con el primer centro construido bajo el mandato del gobierno "catalanista, progresista y de izquierdas", el Hospital Comarcal del Baix Llobregat Moisés Broggi, con la fórmula de una concesión administrativa y por un período de 30 años, a un consorcio formado por "La Caixa", AGBAR, EMTE, TEYCO y ACSA, que asume íntegramente, a cambio del pago de un alquiler, los costes de construcción, mantenimiento, y explotación de la infraestructura, pudiendo obtener beneficio económico a partir de la transferencia de la actividad de un centro público.

Pero "la guinda del pastel" se produce en julio de 2010, con la aprobación en el Consejo de Dirección del CatSalut de la gestión por concesión de los servicios públicos sanitarios a prestar en el futuro Hospital Ernest Lluch de Cerdanyola del Vallés, incluyendo su construcción. Es decir, se cede a la empresa adjudicataria no solo la explotación de los servicios no clínicos sino también de los asistenciales, una "vuelta de tuerca" más a la privatización de los servicios sanitarios catalanes (en la línea del PP de Esperanza Aguirre en Madrid) al permitir la gestión y provisión privada de servicios asistenciales públicos.

## Viejos peligros, nuevas amenazas

### • Los copagos

Periódicamente aparecen en los medios de comunicación, a modo de "globo sonda", entrevistas y declaraciones de políticos, representantes del CatSalut y miembros de las patronales en favor de la aplicación de "copagos", con el argumento de que son indispensables para la sostenibilidad del sistema. La justificación de estas apariciones son múltiples y variadas y van desde el gasto farmacéutico, a la comida de los pacientes ingresados, pasando por la hiperfrecuentación de algunos usuarios, el excesivo gasto en exploraciones complementarias o las recomendaciones de "expertos" o instituciones "de prestigio".

No es el objetivo de éste artículo analizar en profundidad las consecuencias que podría tener la aplicación de ésta medida tanto para el sistema sanitario como para la ciudadanía (a los interesados en el tema les remito a la lectura del informe 25 de la Fundación Primero de Mayo[22]) pero sí remarcar que, sabedores los responsables del Gobierno catalán de la imposibilidad de aplicar los copagos de forma unilateral, se han convertido en el seno del Consejo Interterritorial en sus principales valedores, intentando buscar el máximo número de aliados posibles entre los responsables de otras CCAA.

Por otro lado se van extendiendo formas sutiles y encubiertas de "copago" que van desde obligar a pagar a los usuarios por servicios como parking, agua embotellada en el menú de los pacientes ingresados o televisión, a llamar a un 902 para concertar cita previa en la atención primaria, pasando por tener que

llevar los usuarios, durante un ingreso hospitalario, el pijama, los utensilios de higiene personal (jabón, crema o esponja), o su propia medicación con la excusa de que la farmacia del hospital no dispone del fármaco.

**• Desgravaciones fiscales de pólizas**

Recientemente asociado al tema de los "copagos", va ganando fuerza la propuesta ya implementada por el entonces Consejero de Sanidad y en la actualidad "alcaldable" de CiU para el Ayuntamiento de Barcelona, Xavier Trías, y curiosamente frenada en 1999 por el entonces Ministro de Economía del PP Rodrigo Rato, en favor de aplicar desgravaciones fiscales a los socios de mutuas, con el pretexto de que los usuarios que utilizan estos servicios ayudan a descongestionar la sanidad pública.

Coincido plenamente con lo expuesto por Vicenç Navarro en los votos particulares 17 y 18 del 2º Informe Vilardell[8] donde apunta que "los déficits del sector público no se han de resolver a base de aumentar el sector privado, sino a base de corregir los del público. Cataluña tiene una sanidad polarizada por clase social en la que un 35%, las clases altas, utilizan sanidad privada y el 65% restante, las clases populares, la pública". Y continúa "la desgravación de los seguros privados contribuiría a aumentar la polarización del sistema sanitario más dual de la UE, a la vez que resulta paradójico que en un momento en que falta dinero público se den subsidios al sector privado. No podemos tener dos cataluñas; de la misma manera que no podemos tener dos tipos de sanidad. La desgravación fiscal es contribuir a un sistema sanitario dual por clase social".

**• Los Gobiernos Territoriales de Salud**

Mediante el Decreto 38/2006 se regula la creación de los gobiernos territoriales de salud (GTS) [23]. El objetivo es la colaboración entre la administración autonómica, Generalitat, y la local, ayuntamientos, lo que permite implicar a éstos en el gobierno de los servicios de salud de su territorio y les posibilita fijar prioridades en su ámbito territorial. El funcionamiento de los GTS es mediante financiación capitativa, colaboración obligatoria entre proveedores y gestión compartida entre Generalitat y Ayuntamientos.

El principal problema de éste planteamiento es que, bajo la supuesta descentralización de la gestión y el acercamiento del poder de decisión a los territorios, no se garantizan mecanismos que eviten la repercusión negativa que sobre los usuarios podría tener tanto las desigualdades entre territorios, como la posibilidad de que una misma entidad gestione "en exclusiva" toda la sanidad del GTS.

**• El proyecto de autonomía de gestión en el sector público**

El verano de 2007, el ICS se convierte en empresa pública y se elabora un documento marco basado en la descentralización y la autonomía de gestión de los propios centros. Con éste proyecto se abre camino a un nuevo modelo de autonomía de gestión dentro del sector público que se inicia de forma experimental en 2009 con 10 equipos[24]. El proyecto busca dotarlos de una mayor capacidad de decisión en cuestiones asistenciales, organizativas y económicas, acercando el poder de decisión a los profesionales implicados, con una mayor satisfacción de usuarios y profesionales y una mejor utilización de recursos. Hasta aquí nada cuestionable, al contrario, ya en 2003 escribía[25] sobre la necesidad de profundizar en la autonomía de decisión de los equipos de AP y la descentralización dentro de las estructuras organizativas de la Administración Pública.

Sin embargo el proyecto, a día de hoy, no puede menos que generar muchas dudas y algunas sombras, sin que ello suponga restar méritos, nada más lejos de mi intención, al excelente trabajo y enorme esfuerzo realizado por la totalidad de los profesionales de los equipos involucrados en el proyecto, a los que desde éstas líneas animo a seguir trabajando en pro de una sanidad pública de calidad.

Dudas en cuanto a la validez a la hora de generalizar los resultados de la experiencia piloto, empezando por la forma en que se seleccionaron a los equipos participantes en la fase demostrativa (todos ellos situados ya previamente entre los que obtenían los mejores resultados y que previsiblemente los hubieran seguido obteniendo con o sin autonomía de gestión) y continuando por la lógica y evidente mejora en la satisfacción de los profesionales participantes a los que se les permite fijar, de forma autónoma, un 80% de los objetivos en la retribución variable asociada al cumplimiento de objetivos (una parte muy importante de la retribución anual final), mientras que al resto de profesionales de los equipos que continúan con el modelo tradicional solo se les permite pactar, como máximo y en el mejor de los casos, el 40% de los mismos.

Sombras por cuanto se han priorizado los aspectos económicos por encima de los clínicos (sin que con ello quiera decir que los profesionales no deban de valorar el posible coste económico que conllevan sus decisiones), a la vez que en el Protocolo del Proyecto[26], se pueden leer, entre otras, propuestas de modificación

en el modelo retributivo, en las jornadas de trabajo, en las características de los equipos directivos de los centros (planteando la posibilidad de aumentar los cargos, obviamente remunerados, dentro de un mismo equipo) o en los procesos de selección de personal, que hacen pensar que tal vez se está aprovechando el proyecto para intentar introducir, de forma unilateral, aquellos cambios en las condiciones laborales que la administración no ha conseguido consensuar en los ámbitos de negociación legalmente establecidos.

Es por todo ello que sería conveniente valorar el peligro que puede suponer una generalización no suficientemente contrastada del modelo, con el riesgo que comporta de fragmentar el sistema en múltiples microempresas que compitan entre sí, con los problemas adicionales que podría suponer tanto para la coordinación como para la planificación global.

**• El plan de innovación de AP.**

El 7 de octubre de 2009 el Consejo de Dirección del CatSalut aprobaba el "Plan de innovación de Atención Primaria y Salud Comunitaria"[27]. Si bien el plan había nacido con la idea de realizar aquellos cambios organizativos que reforzaran el papel de la AP dentro del sistema, el documento final enviado por correo electrónico a los miembros del Consejo de Dirección solo 4 días antes de su aprobación, con importantes modificaciones respecto a la versión anterior por presiones de las patronales hospitalarias, obliga a la AP a competir con la especializada de su ámbito territorial en condiciones de inferioridad por un capitativo común.

Por otro lado la escasa claridad en el redactado, la falta de concreción operativa de algunos aspectos planteados, el hecho de no ver en el documento verdaderas propuestas realistas y posibilistas en referencia a mejorar la atención a los ciudadanos así como, la existencia de aspectos que, por falta de esta claridad y concreción, llevadas a la práctica podrían suponer la existencia de inequidades dentro del sistema sanitario público, ya hizo pensar que se podía estar perdiendo, una vez más, una oportunidad histórica de dar a la AP el papel y peso que se merece, máxime cuando pocas semanas después desde el SCS se cesaba al director operativo y al director técnico del Plan, por sus críticas al documento final. Sin embargo, a día de hoy, parece existir un cierto giro, que será preciso monitorizar para ver si se consolida, con 14 proyectos priorizados y en fase operativa que buscan modernizar la AP y la salud comunitaria para situarlas como eje vertebrador de una atención integral e integrada y que apuntan en la dirección correcta.

**• Los Hospitales "ligeros"**

El proyecto de los "Hospitales ligeros" nace con la idea de crear un nuevo tipo de centro de salud en el que se aproxima parte de la atención especializada y urgente a la población, facilitando el acceso a tecnología y equipamiento propio del nivel hospitalario. Busca por un lado favorecer la descongestión de los hospitales de agudos y, por otro, aumentar la accesibilidad de los usuarios a los servicios[28].

Evidentemente todo lo que sea aumentar la accesibilidad y la capacidad resolutiva de los centros sanitarios es positivo, aunque viendo la cartera de servicios del primero de éstos hospitales ligeros[29] (el de Cambrils) queda la duda de si hacía falta invertir en la creación de éstos macrocentros, a los que por supuesto se ha dado la gestión a entidades que ya controlan otros hospitales en el territorio, abriendo la puerta a una nueva vía de negocio en el "pastel" de la sanidad catalana, o se podían conseguir los mismos resultados simplemente potenciando la capacidad resolutiva de la AP, sin poner trabas a la solicitud de algunas exploraciones complementarias para las que, todavía hoy, se requiere la "autorización" del especialista, y reformando, tanto a nivel estructural, conceptual, como de funcionamiento, pero con una inversión mucho menor los antiguos CAP II[30], gestionados la inmensa mayoría de ellos por el ICS, centros de soporte y referencia de la AP, próximos a los usuarios y en los que pasan consulta médicos especialistas y donde, desde hace años, ya se realizan exploraciones como radiografías, ecografías, mamografías, cámaras no midriáticas y actividades como la rehabilitación.

Lo que no queda claro es la repercusión que para el sistema sanitario puede tener la creación de un nuevo nivel asistencial (el "uno y medio", a caballo entre la primaria y la especializada) en el que el médico de atención primaria puede perder capacidad de decisión y control sobre los procesos asistenciales, pasando a ejercer de simple "regulador de tráfico" del sistema, derivando a los usuarios al especialista del nivel intermedio, para que sea éste el que decide lo que se hace, cómo, dónde y por quién, traspasando la cultura hospitalaria al ámbito de la atención primaria.

**• El deterioro de lo público**

Una de las formas más fáciles y rentables de ganar adeptos en favor de la privatización consiste en desprestigiar al máximo lo público. Las formas de conseguirlo son múltiples y diversas, y van desde dejar que algunos centros sanitarios se degraden con el paso del tiempo por falta de inversiones, a subcontratar servicios con ETTs que, para obtener beneficios, utilizan personal inexperto

o productos de dudosa calidad, pasando por el habitual cierre de centros de atención primaria y/o plantas de hospitales durante los meses de verano, y terminando por los casos del Hospital de Viladecans, en el que tras finalizar la construcción de los nuevos quirófanos se tardó más de medio año en operativizarlos, o el caso del Arnau de Vilanova (Lleida), en el que a las pocas semanas de inaugurar 8 camas en la unidad de cuidados intensivos, se cerraron 6[31]. Mención aparte merece el caso del Hospital Clínico, público por las mañanas y privado por las tardes a través de la empresa Barnaclinic, empresa de asistencia sanitaria privada que utiliza instalaciones, equipamientos y personal médico del hospital público y en la que, previo pago, se puede lograr "adelantar" una cita previa o una exploración complementaria.

Los detractores de lo público argumentan frecuentemente en su contra el "férreo" control y la "rigidez" en los procesos de selección de personal a la que éstas instituciones están sometidas. Olvidan que es precisamente el control democrático el que obliga a rendir cuentas a la ciudadanía de cómo y en qué se invierte el dinero público y que el sistema de selección de personal es el que garantiza que cualquier ciudadano puede trabajar en el sistema público en condiciones de igualdad, mérito, capacidad y publicidad, cosas que no suceden en la empresa privada.

El objetivo es claro. Se trata de que la ciudadanía asocie lo público con sinónimo de decadencia, incompetencia y despilfarro; y lo privado como lo óptimo y eficiente, olvidando por el camino lo que ha costado a las arcas públicas la intervención en 2002 de la Clínica la Alianza por doble facturación, o el enorme fiasco que supuso el "buque insignia" de la asistencia privada catalana, el Hospital General de Cataluña, cuya quiebra significó un gasto de 36000 millones de las antiguas pesetas[32], por no mencionar aspectos asistenciales como las elevadas tasas de cesáreas practicadas en los centros privados catalanes en comparación con los públicos (en el 2005 un 40,2% frente el 23,8%)[33], sin que haya motivos clínicos que lo justifiquen.

## A MODO DE CONCLUSIÓN

La privatización de servicios en la sanidad catalana avanza "sin prisas pero sin pausas". Algunos niegan su existencia con el argumento de que una empresa se puede considerar pública si se financia con dinero público y en ella participan, aunque sea de forma testimonial, los poderes públicos. Los defensores de éste argumento olvidan que se privatiza cuando se permite que empresas sometidas a las leyes mercantiles utilicen dinero público para obtener beneficio privado, priorizando los costes por encima de las personas, y eludiendo el control al que se debe someter toda actividad que se financie con dinero público, tal como apunta el antes mencionado "Informe sobre el buen gobierno y la transparencia administrativa"[20] al recomendar "la adopción de un criterio drásticamente restrictivo a la hora de constituir nuevas empresas y consorcios públicos, evitando la proliferación de unas y otros, la burla del control administrativo que facilita el maquillaje contable-financiero y provoca que se diluyan las responsabilidades políticas".

En el proceso privatizador podemos distinguir dos etapas. En una primera se busca, mediante noticias, declaraciones, entrevistas, o notas de prensa, crear en la ciudadanía un estado de opinión "favorable" a las medidas, y que incluso se vivan como inevitables y beneficiosas para la sostenibilidad del sistema. En la siguiente fase (y sin abandonar la necesaria campaña "informativa" de la primera) se empiezan a aplicar, poco a poco, las medidas. Y en Cataluña, con las EBAs y la gestión de Hospitales según el modelo PFI, entre otras, ya hemos entrado en la segunda fase.

Soplan malos vientos para la sanidad pública. Los defensores de las medidas privatizadoras, constituidos en un cohesionado grupo de poder, cuentan entre sus defensores con políticos de todo el arco parlamentario (incluso en partidos supuestamente progresistas) y ejercen un importante control sobre los medios de comunicación. El objetivo es lograr el máximo eco posible a sus planteamientos y, a la vez, desacreditar a quienes se apartan de la línea con el argumento de que "están trasnochados" (por lo visto lo moderno es estar a favor de que constructoras, aseguradoras sanitarias o entidades financieras obtengan pingües beneficios especulando con la salud, uno de los pocos negocios rentables en tiempos de crisis). Se está fragmentando el sistema sanitario en oligopolios que aumentan los costes burocráticos en detrimento de los sanitarios, con el riesgo de que la solidaridad y responsabilidad colectiva sobre la salud y la enfermedad sea sustituida por intereses económicos, traspasando la responsabilidad de la salud de la población al sector privado.

Es imprescindible la unidad de los defensores de lo público, denunciando y rebatiendo los argumentos privatizadores, y creando un frente amplio en contra de un modelo de prestación de servicios sanitarios regido por criterios financieros, y en los que la salud se contempla como un simple negocio más. Solo así lograremos mantener un sistema sanitario de cobertura universal, con equidad en el acceso a prestaciones sanitarias de calidad, y con una gestión y provisión de servicios pública y gratuita. ■

### Bibliografía

[1] "La situació dels hospitals a Catalunya l'any 1981". En: Planificació sanitària pública a Catalunya. Vol. 4. Pla de Reordenació Hospitalària.

Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social; 1987:23-24.

[2] Decret 202/1985 de 15 de juliol de creació de la xarxa hospitalària d'utilització pública (XHUP).

[3] Llei 15/1990 de 9 de juliol d'ordenació sanitària de Catalunya.

[4] Llei 11/1995 de 29 de setembre de modificació parcial de la Llei 15/1990 de 9 de juliol d'ordenació sanitària de Catalunya.

[5] Pané O., Martinez T., Rutllant E. "La gestión privada en Catalunya". Salud 2000. 2007; 111:12-19.

[6] Tuà T., Montes L. "Guia Sindical del Sistema Nacional de Salut. Edició revisada". Comissió Obrera Nacional de Catalunya. Barcelona 2006.

[7] "Document marc del Grup de Treball per a la Racionalització i el Finançament de la Despesa Sanitària". Febrero de 2005. Disponible en http://www.uch.cat/index.php?md=documents&id=17&lg=cat

[8] "Segon document marc del Grup de Treball per a la Racionalització i el Finançament de la Despesa Sanitària". Marzo 2010. Disponible en http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/premsa/racionalitzacio2.pdf

[9] "Informe extraordinari del SIndic de Greuges al Parlament de Catalunya sobre l'aproximació a la situació de l'atenció primària". Butlletí Oficial del Parlament de Catalunya. 24/10/2002.

[10] Ponsà J.A., Cutillas S, Ellas A., Fusté J., Lacasa C., Olivet M., Violan C., Bañeres J., Ferrer J., Orrego C., Suñol R. "Avaluació de la reforma de l'atenció primària i de la diversificació de la provisió de serveis". Fulls econòmics del sistema sanitari. Barcelona 2003; 37: 33-39.

[11] Corbella A., Jiménez J., Martín Zurro A., Plaza A., Ponsà A., Roma J., Segura A., Zara C. "Avaluació dels models de provisió de serveis d'atenció primària a Catalunya". Disponible en http://www.gencat.cat/salut/ies/html/ca/dir2629/resumexecutiu.pdf

[12] "Despeses en assistència hospitalària amb mitjans aliens. Exercici 2003". Informe 22/2006. Sindicatura de Comptes de Catalunya. Disponible en http://www.sindicatura.org

[13] "Contractació de serveis externs en hospitals de la XHUP. Exercici 2006". Informe 13/2009. Sindicatura de Comptes de Catalunya. Disponible en http://www.sindicatura.org

[14] "Consorci Sanitari Integral. Exercici 2007". Informe 29/2009. Sindicatura de Comptes de Catalunya. Disponible en http://www.sindicatura.org

[15] "Consorci Sanitari de l'Anoia. Exercici 2007". Informe 2/2010. Sindicatura de Comptes de Catalunya. Disponible en http://www.sindicatura.org

[16] Llei 8/2007 de 30 de juliol de l'Institut Català de la Salut.

[17] Acords de Govern VIII Legislatura. 1 de Juny de 2010. Disponible en http://www.gencat.cat/acordsdegovern/vuitena_legislatura.htm

[18] "Estudi del sector públic de la Generalitat de Catalunya. Maig de 2010". Disponible en http://www.lavanguardia.es/lv24h/20100603/53939282295.html

[19] Decreto Llei 4/2010 de 3 de Agosto de mesures de racionalització i simplificació de la estructura del sector públic de la Generalitat de Cataluña. Disponible en http://www.gencat.cat/eadop/imatges/5685/10210155.pdf

[20] "Informe sobre Bon Govern i Transparència Administrativa". Barcelona 2005 .Generalitat de Catalunya. Disponible en http://www20.gencat.cat/docs/governacio/Funcio%20Publica/Documents/Estudis/Arxius/doc_83851192_1.pdf

[21] "2ona nota sobre la versió de data 5 de juliol de 2010 de l'Avantprojecte de llei i la proposta d'Acord del Govern relatius a les mesures de racionalització i simplificació de l'estructura del sector públic de la Generalitat de Catalunya". Direcció General de Modernització de l'Administració. Departament de Governació i Administracions Públiques. Generalitat de Catalunya.

[22] Copago sanitario: un impuesto sobre la enfermedad. Informes de la fundación. Fundación Primero de Mayo. Informe 25. Octubre 2010. Disponible en http://www.1mayo.ccoo.es/nova/files/1018/Informe25.pdf

[23] Decret 38/2006 de 14 de març que regula la creació dels governs territorials de salut (GTS).

[24] "Autogestión en la Atención Primaria española. Análisis de situación, de condicionantes y de posibles escenarios que introduce este modelo asistencial, así como de sus consecuencias a corto y medio plazo". Grupo de Trabajo sobre Autogestión en Atención Primaria (SEMG). Disponible en http://www.gacetamedica.com/gacetamedica/DocumentacionPdf/AutogestionenAP.pdf

[25] Canals J, Duque A, González R, López M, Martinena E, Navarro C, Pérez M, Prados M.A., "La Atención Primaria de Salud en España: análisis de la situación actual y propuestas de futuro". Federación de Sanidad de CCOO. Madrid. 2003.

[26] "Protocol Projecte Autonomia de Gestió dels EAP ICS" Marzo 2009. Disponible en el intranet del ICS http://10.80.217.110/intranet_ics/suport-activitat/documents_de_suport_a_la_gestió/autonomia_de_gestio. Para los que no dispongan de acceso al intranet del ICS existe una versión preliminar de enero de 2009, prácticamente idéntica a la definitiva, en la dirección http://www.scribd.com/doc/12954373/autogestio-protocol

[27] "Pla d'innovació d'atenció primària i salut comunitària. Elements estratè-gics i operatius". Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Octubre 2009.

Disponible en http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2390/piapisc11febrer2010.pdf

[28] "CatSalut. Els serveis sanitaris: Hospitals lleugers". Disponible en : http://www10.gencat.net/catsalut/cat/servcat_hospital_lleuger.htm

[29] http://www10.gencat.net/catsalut/archivos/hospital_lleuger_cambrils.pdf

[30] "CatSalut. Els serveis sanitaris: Atenció Primària/CAP II". Disponible en: http://www10.gencat.cat/catsalut/cat/servcat_primaria_cap.htm

[31] http://www.elpais.com/articulo/cataluna/hospitales/cierran/camas/servicios/recortes/Salud/elpepiespcat/20101022elpcat_1/Tes

[32] Intervención de Lola Castro en el acto "La sanitat pública de qualitat en el Baix Llobregat". Disponible en: http://dempeus.nireblog.com/post/2010/03/06/la-sanitat-publica-de-qualitat-al-baix-llobregat

[33] http://www.elmundo.es/elmundosalud/2009/01/07/mujer/1231346047.html