

Introducción

El Sistema Nacional de Salud de España es de cobertura universal, donde las competencias en materia de salud están traspasadas en su totalidad a las 17 comunidades autónomas, y es semejante a muchos de los sistemas de salud del mundo, en cuanto a que el equipo de atención primaria (EAP), junto a las áreas básicas de salud (ABS) constituyen la puerta de entrada al sistema.

En lo particular Catalunya es una Comunidad Autónoma que ejerce el autogobierno y donde la Generalitat es el sistema institucional en el que se organiza políticamente, con amplias competencias en materias como educación, sanidad y seguridad ciudadana.

Catalunya, cuenta con más de cuatrocientos centros de atención primaria y 68 hospitales de carácter público, independientemente de su titularidad. El sistema de salud es un modelo sanitario mixto que integra todos los recursos disponibles en una sola red.

Con una larga tradición sanitaria, los profesionales de la salud catalanes son referentes nacional e internacional en gestión, investigación y tratamientos innovadores; de manera que centros hospitalarios como Sant Pau, Vall de Hebrón, el Hospital Clínic i Provincial de Barcelona y el Hospital Germans Trias i Pujol, entre otros, son valorados mundialmente. La atención en las áreas de oncología y cardiología son ampliamente reconocidas y admiradas alrededor del mundo.

Antecedentes históricos

El sistema de salud de Catalunya, por su proceso histórico de creación y desarrollo, ha ido adquiriendo una idiosincrasia propia que permite hablar de un modelo sanitario catalán cuyos antecedentes remotos pueden situarse en la evolución de la organización de los servicios sanitarios a partir de la industrialización y la "Renaixença" de mediados del siglo XIX.

Más recientemente, la Constitución española, de diciembre de 1978, y el Estatuto de Autonomía de Catalunya, de octubre de 1979, son los referentes que han enmarcado la evolución del sistema sanitario hasta la fecha. Estos referentes sitúan el sistema sanitario como uno de los pilares del estado de bienestar y configuran un modelo de estado descentralizado donde las competencias sobre sanidad son transferidas en su mayor parte a las Comunidades Autónomas.

La Constitución de 1978, en su artículo 43, reconoce el derecho a la protección de la salud y atribuye a los poderes públicos la competencia de organizar y tutelar los temas de salud pública a través de medidas preventivas y de la prestación de los servicios sanitarios. Esto generó la necesidad de realizar una reforma sanitaria que hiciese frente a la situación heredada del Franquismo, caracterizada por un modelo muy desintegrado.

Al inicio de la transición la cobertura del sistema sanitario no era universal, pues dependiendo del grupo poblacional existían unos niveles de atención sanitaria determinados. La financiación del sistema también presentaba una gran diversidad que iba desde las contribuciones sociales asociadas a la actividad laboral, las contribuciones privadas asociadas al pago por los servicios sanitarios recibidos o los presupuestos del estado y la beneficencia para las personas no aseguradas y sin capacidad de pago. Estos diferentes niveles de financiación estaban asociados a diferentes tipos de seguros sanitarios que podían ser públicos o privados. Además existía una gran variedad de organizaciones proveedoras de servicios sanitarios con diversas titularidades y ofertas de servicios.

Tras la aprobación del Estatuto de Autonomía de Catalunya, el Estado comienza a transferir algunas de las competencias en materia de sanidad y la Generalitat tuvo que hacer frente a esta situación.

La década de los 80 se caracteriza por ser una etapa de ordenación territorial y de planificación de los recursos y servicios asistenciales. Según la historia del modelo sanitario catalán presentada por CatSalut el inicio de la planificación sanitaria (1981 - 1983) estuvo marcado por tres acciones relevantes: se despliega el mapa sanitario de Catalunya, se inicia la acreditación de los centros sanitarios y se promulga la primera orden de concertos con las entidades proveedoras de servicios sanitarios.

Para llevar a cabo estas acciones el Departament de Sanitat i Seguretat Social crea la Direcció General d'Assistència Sanitària cuyas funciones iniciales fueron la planificación, la financiación, la compra y la provisión de servicios sanitarios (gestión directa de los dispositivos asistenciales heredados del Instituto Nacional de Salud - INSALUD: hospitales y atención no hospitalaria).

La "Ordre de regulació de l'acció concertada del 20 de noviembre de 1981" y la "Ordre de acreditació de l'acció concertada del 21 de noviembre de 1981" señalaban la necesidad y obligatoriedad de acreditación de los centros de atención y su concertación. La primera de las ordenes permite a la Direcció General d'Assistència Sanitària asumir de forma efectiva sus competencias en cuanto a la contratación de los proveedores necesarios para prestar asistencia sanitaria a la población cubierta por la Seguridad Social; que hasta entonces habían sido contratados desde organismos del Estado central. Paralelamente, la Orden de acreditación establece los requisitos estructurales, de funcionamiento y calidad que tendrían que cumplir dichos centros.

En el período de 1983 a 1989, los hechos más relevantes fueron la creación del ICS; la creación de la red hospitalaria de utilización pública; el inicio de la reforma de la atención primaria y el Plan de Reordenación Hospitalaria. El Institut Català de la Salut (ICS) surge como entidad gestora de los servicios y las prestaciones sanitarias propias de la Generalitat y, también, de las transferidas por la Seguridad Social.

Además de estas acciones, en 1986 se inició la Reforma de l'Atenció Primària (RAP). Esta reforma supuso el inicio del cambio organizativo que hoy, dos décadas después, afronta la integración de los especialistas que anteriormente estaban incluidos en este nivel asistencial.

Se pasó de un sistema de trabajo individual, con escaso o nula coordinación entre los profesionales y niveles asistenciales, con una dedicación media de dos horas diarias y una retribución basada en el número de cartillas asignadas al médico, a un nuevo sistema de trabajo en equipo (Equip d'Atenció Primària - EAP), a una jornada de trabajo de 6 horas y a una retribución salarial no basada en el número de cartillas asignadas.

Otro hecho destacable fue que el ICS perdería la función de compra de servicios sanitarios a los centros concertados que pasaría a ser responsabilidad de la recién creada Direcció General de Recursos Econòmics de la Seguritat Social. Por tanto, el ICS se quedaba sólo como un proveedor de servicios sanitarios.

La aprobación, en 1990, de la Ley de Ordenación Sanitaria de Catalunya (LOSC), siguiendo las directrices Ley General de Sanidad, formaliza el modelo sanitario catalán. Esta ley se rige por los siguientes principios: (1) la sanidad es un servicio público.



financiado públicamente; (2) la asistencia sanitaria es universal; (3) un sistema sanitario integral: énfasis en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades; (4) la equidad y superación de las desigualdades territoriales y sociales en la prestación de los servicios sanitarios y (5) los criterios de racionalización, eficacia, simplificación y eficiencia.

La Ley 15/1990 de Ordenación Sanitaria de Catalunya configura el modelo sanitario catalán teniendo en cuenta: la separación de la función de financiación y compra de la provisión de servicios; la diversificación de proveedores; un mercado mixto de competencia planificada y regulada; diversidad de fórmulas de gestión; la descentralización de los servicios; la desconcentración de la organización: regiones sanitarias y sectores sanitarios y, por último, la participación comunitaria: consejos de dirección, consejos de salud, participación en los órganos de gobierno de las instituciones sanitarias.

En 1991 nace el Servei Català de la Salut (CatSalut) como ente adscrito al Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya con la misión de garantizar una atención sanitaria de cobertura pública de calidad a todos los ciudadanos y ciudadanas de Catalunya. La vocación de este ente fue la de convertirse en una aseguradora pública responsable de la contratación de los servicios sanitarios a los diferentes centros concertados, controlando tanto la calidad de los servicios como la satisfacción de los usuarios.

La década de los 90 con sucesivas reformas de la LOSC y el desarrollo de los planes de salud desemboca en el cambio de denominación del Servei Català de la Salut que pasará a conocerse como CatSalut en el 2001. Esta nueva denominación recoge la vocación inicial del Servei de convertirse en aseguradora pública compradora de servicios sanitarios y sitúa la función de financiación del sistema en la autoridad política, es decir, el Departament de Salut y el Parlamento a través de la aprobación de los presupuestos de la Generalitat.

El Modelo Sanitario Catalán en la actualidad:

El año 2004 es señalado en la historia del modelo catalán de salud como el punto de inicio para la definición de un nuevo sistema catalán de salud. Este modelo tiene una orientación explícita hacia una visión integral de la salud. En este sentido, se inicia un proceso de descentralización en el marco de la nueva organización territorial de Catalunya que culmina con el decreto de creación de los Gobiernos Territoriales de Salud en el 2005.

En 2006 se presentó el proyecto de Salud Pública en Catalunya y se propuso la creación de una Agencia Catalana de Salut Pública con un modelo organizativo propio. Desde entonces, esta agencia ha tratado de extender la separación de funciones a la salud pública, ha inducido la cooperación y colaboración entre las administraciones competentes en salud, ha promovido la acreditación de proveedores de salud pública, asimismo ha fomentado la transversalidad e integralidad especialmente en la atención primaria y ha procurado la transformación y renovación de los equipos técnicos y de gestión.

Además fue presentado el anteproyecto del Mapa sanitari, sociosanitari y de salut pública. Este anteproyecto recoge, entre otras cuestiones, los estudios de las visiones de los ciudadanos, los profesionales sanitarios y los gestores sobre la atención sanitaria en Catalunya y las proyecciones de población en el territorio catalán. El objetivo de este anteproyecto es definir la planificación de los servicios sanitarios hasta el año 2015.

Los principales actores del sistema sanitario catalán son: el Departament de Salut, CatSalut, los centros proveedores de servicios sanitarios (atención primaria y especializada) y los ciudadanos de Catalunya. No obstante, dentro del sistema sanitario

catalán también tienen una importancia destacada los colegios y los sindicatos de los profesionales sanitarios, las entidades relacionadas con los pacientes y por último las entidades que agrupan a los centros proveedores de servicios sanitarios (Unió Catalana de Hospitals y Consorci Hospitalari de Catalunya).

El Departament de Salut tiene la responsabilidad de elaborar las políticas de salud, asegurar la sostenibilidad del sistema y velar por su calidad. Para ello asume diferentes funciones. En primer lugar, la función de planificación que está basada en los planes de salud. En segundo lugar, la función financiación de acuerdo con el Parlament de la Generalitat de Catalunya que es quien tiene la capacidad de aprobación del presupuesto. Finalmente, el Departament garantiza los niveles de calidad que han de tener los centros concertados a través de los procesos de acreditación.

CatSalut se presenta en su sitio web como el instrumento principal de la política sanitaria del gobierno de la Generalitat de Catalunya señalando que su principal finalidad es situar a los ciudadanos en el centro de la gestión sanitaria, garantizando una atención de calidad. Esta entidad, como aseguradora pública de Catalunya, y de acuerdo con las políticas de salud del Departamento, tendrá que asumir las responsabilidades de:

1. establecer políticas de servicios de acuerdo con las políticas de salud del Departamento;
2. concretar el sistema de prestaciones, de provisiones y de compra;
3. evaluar los resultados y
4. garantizar la atención de salud a sus asegurados.

Los centros proveedores de servicios sanitarios son las organizaciones de salud a quien CatSalut contrata la prestación de los servicios asistenciales, de acuerdo con la política de salud del Departamento. Estos proveedores básicamente prestan servicios de atención primaria y de atención especializada. La atención primaria es el primer nivel de acceso y se presta principalmente los centros de atención primaria (CAP). La atención especializada es el segundo nivel de acceso a la sanidad pública y comprende: la atención hospitalaria; la atención socio sanitaria; la atención psiquiátrica y salud mental; la atención a drogodependencias; otros recursos de atención especializada, y la atención farmacéutica.

La mayoría de estos recursos se organizan funcionalmente en redes, como la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública (XHUP), la red sociosanitaria, la red de salud mental y la red de atención a las drogodependencias y forman parte de la red sanitaria de utilización pública.

Las distintas redes que prestan los servicios específicos a través de los cuales se lleva a cabo la asistencia sanitaria se combinan y se complementan. Adicionalmente, el CatSalut ofrece servicios de prestaciones complementarias como el transporte sanitario o las ortoprotésicas, que complementan las necesidades de salud de los ciudadanos. Los trasplantes, las listas de espera, el servicio Sanitat Respon y la línea telefónica de urgencias (061) y los servicios de urgencias médicas son otros servicios del sistema sanitario.

Para llevar a cabos sus responsabilidades, los diferentes agentes del sistema se organizan de la forma siguiente: el Departament de Sanitat elabora el Plan de Salut, se encarga del presupuesto y de las acreditaciones de los proveedores; CatSalut compra los servicios de salud a sus proveedores mediante contratos, en los cuales se recogen los objetivos de salud y los servicios que se contratan; los proveedores siguen sus planes estratégicos y operativos para dar respuesta a los compromisos con CatSalut y con el Departament de Salut, así como ofertar unos servicios de calidad a sus clientes; los ciudadanos disponen de sistemas de participación habilitados para hacer realidad la condición pública del sistema, disponen también de una carta de derechos y deberes.



El Plan de Salud 2011 – 2015, establece nueve líneas de actuación y 32 proyectos estratégicos, todos agrupados en 3 grandes rubros:

I. Objetivos de Salud

1. Objetivos y programas de salud

II. Transformación del modelo asistencial

1. Orientación a los enfermos crónicos
2. Resolución desde los primeros niveles
3. Calidad en alta especialización

III. Modernización de la organización

1. Enfoque en el paciente y su familia
2. Nuevo modelo de contratación
3. Incorporación del conocimiento profesional
4. Mejora del gobierno y participación
5. Información, transparencia y evaluación

Presupuestación

Dentro del presupuesto que el Ministerio de Sanidad destina a las Comunidades Autónomas, a Catalunya se le asignó para el año 2012 un monto de 8,760 millones de euros, con lo cual se pretendió proteger la salud y brindar atención médica a 7,406,429 habitantes, con un presupuesto per cápita de 1,182 euros anuales.

El presupuesto antes mencionado se distribuyó de la siguiente manera: un 65.9% a la atención médica especializada, un 18.1% a la atención primaria, un 11.1% a la farmacia, un 3.41% a transporte y otros servicios, y un 1.3% para administración e investigación.

Territorialización

Según el Decreto 105/2005 el territorio catalán se divide en 7 regiones sanitarias delimitadas a partir de factores geográficos, socioeconómicos y demográficos. En este despliegue se ha tenido en consideración la ordenación comarcal del territorio. Las regiones sanitarias resultantes de esta división territorial deberían desplegar su actividad en los ámbitos de planificación, de la compra de servicios, de los sistemas de gestión y de atención al cliente.

Cada región se ordena, a su vez, en sectores sanitarios. Los sectores sanitarios son el ámbito donde se desarrollan y coordinan las actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, salud pública y asistencia socio sanitaria en el nivel de atención primaria y de las especialidades médicas.

Los sectores sanitarios están constituidos por la agrupación de Áreas Básicas de Salud (ABS). El conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios que dirigen y desarrollan sus actividades de atención al conjunto de la población de un área básica de salud se denomina Equipo de Atención Primaria (EAP).

Cada área básica de salud tiene asignado, como mínimo, un EAP que presta atención en los CAPs y se desplaza por los consultorios locales correspondientes en caso de que existan en esa área.

La Generalitat de Catalunya y la Administración local han promovido una participación integrada en el gobierno y dirección del sistema sanitario. El proceso de descentralización que se concretó en unos consorcios que se denominan gobiernos territoriales de salud (GTS), los cuales se regularon mediante el Decreto 38/2006.

Estos gobiernos tienen un alcance territorial definido que parte, orientativamente, de la delimitación propia de las áreas básicas de salud (ABS) y de las comarcas y que incluye como mínimo la atención primaria, la hospitalaria y la sociosanitaria.

Las funciones básicas son la ordenación, priorización y coordinación de los recursos de sus territorios de referencia para garantizar la prestación de los servicios sanitarios públicos.

Dichos gobiernos poseen estatutos propios y reglamentos internos y rigen sus actuaciones con los principios de la Ley de ordenación sanitaria de Catalunya añadiendo los de subsidiariedad, proximidad, territorialización, corresponsabilización, sustitución y participación.

Disponen de un Consejo Rector, que es el máximo órgano de gobierno, y una presidencia. También hay un órgano de participación ciudadana, el Consejo de Salud del Gobierno Territorial, y uno de asesoramiento, la Comisión de Coordinación de Entidades Proveedoras del CatSalut.

Sus objetivos y funciones son:

- Mejorar la adaptación de las políticas de salud a la diversidad social, demográfica, laboral, epidemiológica, cultural, etc.
- Dar voz a los ayuntamientos en la política nacional de salud siguiendo criterios de representatividad territorial.
- Garantizar la continuidad en la asistencia sanitaria, facilitando el acceso a la salud a través de sistemas de información clínica compatibles y de la homogeneidad progresiva de actuaciones.
- Mejorar la información de que disponen ayuntamientos y Generalitat para hacer frente a los nuevos retos de salud del territorio y rendir cuentas a los ciudadanos.
- Incrementar la participación ciudadana y crear un espacio de comunicación, diálogo e influencia de los ciudadanos en el gobierno de la salud.
- Facilitar la coordinación entre la acción local y autonómica.

La constitución de los gobiernos territoriales precisa de la aprobación de sus estatutos en:

- Plenos de los ayuntamientos que forman parte
- Consejo de Dirección del CatSalut
- Acuerdo de Gobierno de la Generalitat

Utilización y acceso a la asistencia sanitaria:

Cataluña posee un sistema de salud pública descentralizado y totalmente autónomo. El modelo establece una separación entre lo que es el área de financiamiento y la prestación del servicio médico. El parlamento catalán estableció un esquema mixto cuyo objetivo es garantizar el acceso, la equidad, la calidad y la eficiencia de un sistema de salud pública especialmente adaptado a la realidad del territorio autonómico de Catalunya.

Dentro de este modelo el usuario puede escoger entre la utilización del sistema público, representado principalmente por el Servei Català de la Salut (mejor conocido como CatSalut) o uno privado, representado por las compañías aseguradoras, las mutuas etc.

El sistema sanitario catalán garantiza la asistencia sanitaria universal ya que todos los ciudadanos y ciudadanas de Catalunya son o pueden ser asegurados del CatSalut. Como único requisito se requiere poseer la tarjeta sanitaria individual o TSI, la cual identifica a la persona y la acredita como asegurado o asegurada del Servei Català de la Salut. De esta manera se puede acceder de forma gratuita a toda su red de ambulatorios y hospitales. Cada ciudadano residente en Catalunya tiene derecho a una. Esta tarjeta es personal, gratuita, no transferible y posee una banda magnética con información sobre el usuario.

Cómo acceder

Todos los ciudadanos y ciudadanas de Catalunya pueden acceder al Servei Català de la Salut cumpliendo estos requisitos:

- Estar empadronado en el municipio de Catalunya en el que se reside.



- Dependiendo de la situación económica y laboral se establecen diferentes situaciones
 1. Cotizar en la Seguridad social
 2. Acreditar Falta de Recursos
 3. Vía de la universalización (pago de 75,93€ mensuales)

La TSI se tramita en los Centros de atención Primaria (CAP)

En caso de falta de recursos económicos las personas solicitantes deben presentar la siguiente documentación:

- Impreso de la solicitud que reconozca el derecho a la asistencia sanitaria
- Fotocopia del DNI o pasaporte
- Certificado de empadronamiento
- Fotocopia de la cartilla de la Seguridad Social o de la Tarjeta Sanitaria Individual, en aquellos casos en que se haya sido titular o beneficiario con anterioridad.
- Fotocopia de la última declaración de renta (si se ha hecho). En caso de no tener esta obligación, acreditar la insuficiencia de recursos económicos mediante una declaración jurada.
- Fotocopia del certificado del ICASS (en caso de discapacidades superiores al 33%)

Acceso a la Asistencia sanitaria de personas extranjeras

- Los extranjeros que estén empadronados y con permiso de residencia tienen derecho a la asistencia sanitaria pública en las mismas condiciones que los españoles y por tanto, a la tarjeta sanitaria (TSI).
- Si se está empadronado pero aún no se tiene el permiso de residencia también se tiene derecho a la tarjeta TSI.
- Los extranjeros que no estén empadronados tienen derecho a la asistencia médica de urgencia.
- Los extranjeros menores de 18 años, estén o no empadronados, tienen derecho a la asistencia sanitaria pública en las mismas condiciones que los españoles.
- Las mujeres extranjeras, estén o no empadronadas, tienen derecho a la asistencia sanitaria durante el embarazo, el parto y el posparto.

Indicadores de salud

Respecto al resultado de toda esta organización y gestión, visto desde algunos indicadores de salud, destaca el hecho de que el estado de salud de la población catalana presenta un valor superior a la media de los países de la OECD. Por un lado, su esperanza de vida al nacer es de 76.9 años en el caso de los hombres y 83.3 años en el caso de las mujeres. Solo seis países de la OECD tienen una esperanza de vida al nacer mayor que la de Catalunya.

También destaca el fuerte crecimiento que ha experimentado la población catalana en los últimos años. En el 2005 la población de referencia paso a computarse por el número de Tarjetas Individuales Sanitarias (TSI). En ese año se contabilizaron 7,369,811 tarjetas. Según el Centro d'Estudis Demogràfics existe una previsión de 8,000,000 de tarjetas para el 2015. Sin duda, este crecimiento recoge la elevada tasa de inmigración que ha recibido Catalunya durante los últimos 10 años.

Si abordamos los indicadores relacionados con la utilización por parte de la población de los servicios sanitarios, se observa que en Catalunya se hace un uso intensivo de estos servicios. En el año 2003, la media de consultas médicas por habitante era de 9, cifra muy superior a las 7.7 del 1994. En este mismo año la media de estancia hospitalaria era de 10.2 días, frente a los 12.1 días de 1994. Finalmente, las intervenciones quirúrgicas por cada mil habitantes eran de 61.4 en el 2003, frente a las 73.2 de 1994. Estos tres

indicadores indican que Catalunya está por encima de la media de los países de la OECD en cuanto al uso de servicios sanitarios.

Por último, si abordamos el porcentaje de gasto en sanidad con respecto al PIB se observa que Catalunya está por debajo de la media de los países de la OECD, incluso por debajo del gasto de España. Aproximadamente el 70% de este gasto tiene su origen en los presupuestos públicos, mientras que el 30% restante corresponde a gasto privado.

Retos y problemáticas del Sistema Sanitario Catalán:

En fechas recientes el Gobierno catalán ha dado un paso más hacia la transparencia de su gestión sanitaria. Lo ha hecho aprobando el proyecto Valorización de Información del Sistema Sanitario Catalán (VISC+), para poner la información sanitaria de diferentes bases de datos (incluyendo la de Central de Resultados económicos y de Salud) a disposición de los propios usuarios del sistema, las empresas y la investigación.

El proyecto ha sido impulsado por la Agencia de Calidad y Evaluación Sanitarias, y ofrecerá la máxima información disponible del sistema autonómico. Con esta iniciativa, se pretende ofrecer más valor a la información médica disponible para la toma de decisiones en el ámbito de la Consejería de Salud, reforzando igualmente la transparencia, las tareas de evaluación de los resultados y la identificación de las mejores prácticas.

En cuanto a la actual crisis económica que hoy en día enfrenta la Sanidad catalana. El Gobierno de la Generalitat ha establecido diversas medidas administrativas, entre algunas de ellas ha ordenado al hospital Clinic cerrar 74 camas, un 9 por ciento del total y reducir su presupuesto en cerca de 17.5 millones de euros. No obstante ser el Clinic un centro de referencia no sólo en Cataluña, sino en el resto del país y a nivel internacional, deberá de recortar sus tarifas y su actividad. Tendrá que perder peso a favor del Hospital Sagrat Cor, que ha sido adquirido recientemente por una multinacional. Así, el centro privado tendrá que asumir gran parte de la actividad de baja complejidad que dejará de realizar el Clinic.

Las dolorosas medidas de recorte son consecuencia de la reducción del 4.6 por ciento en las tarifas que la Generalitat paga al Clinic, aproximadamente 14 millones de euros menos al año y de la pérdida de actividad equivalente al 1 por ciento de los ingresos anuales es decir 3.5 millones. Las áreas más afectadas son las de Medicina Interna, Neumología, Aparato Digestivo y también la Cirugía traumatológica, vascular y general.

El Sagrat Cor se configura así como el principal beneficiario de la aplicación al Hospital Clínic del Plan de Reordenación Territorial (RAT), un proyecto para redibujar el mapa sanitario catalán que Salud que se está aplicando progresivamente por zonas. Las derivaciones a este centro, que ya tiene un concierto con el Servicio Catalán de la Salud (CatSalut) permitirán al Clínic cerrar 42 de las 74 camas fijadas y reordenar 2,079 altas. El recorte al Clínic, que el año pasado contó con un presupuesto de 441 millones de euros, obedece a los mismos criterios que se aplican en otros hospitales y pretende que la actividad sea más eficiente.

Conclusiones

El modelo sanitario catalán tiene como objetivos primordiales:

- Cobertura universal
- Financiación pública del servicio
- Separación compra-provisión
- Participación de la sociedad civil
- Equidad en el acceso
- Continuidad en la atención
- Integración y coordinación



Como principios rectores de su actuar se observan los siguientes:

- Calidad
- Equidad
- Descentralización
- Eficiencia
- Transversalidad
- Integración
- Participación
- Transparencia
- Subsidiariedad y sostenibilidad

En base a esos objetivos y a esos principios, el sistema de salud de Catalunya, se erigió como un modelo preventivo y de atención médica de alta eficiencia, superior a muchos países del mundo.

El Modelo Sanitario Catalán, en su intento por lograr una cobertura universal, ha desarrollado una amplia red de servicios tanto de atención primaria como de atención hospitalaria, con características únicas, como lo es su carácter mixto (público y privado), con la participación de CatSalut, de mutuas y de aseguradoras; también con una separación clara y definida entre las áreas de financiamiento y de la prestación del servicio médico y con una calidad en el servicio que es referente nacional e internacional, que se refleja además en diversos indicadores de salud, que se ubican en valores superiores a la media de los países de la OECD.

Sin embargo la crisis económica que enfrenta este modelo, lo ha obligado a destinar una inversión porcentual del PIB inferior a la de otros países europeos, con el consecuente déficit que le impide disponer de los recursos, insumos y salarios necesarios para mantener los estándares de excelencia en la atención médica que anteriormente había presentado.

Aunado a lo anterior, se han identificado fallas en los sistemas de control, que delimitan claramente lo público de lo privado, pues al parecer diversos actores encargados de la administración de las instituciones públicas como el Instituto catalán de la salud o de los grandes hospitales del sistema, son a la vez directores, gerentes, asesores o gestores de instituciones hospitalarias privadas que se benefician con contratos para brindar servicio a aquellos usuarios de la sanidad pública que por algún motivo, sea por largas listas de espera o por carencia del servicio, no reciben la atención solicitada, u optan por solicitar atención privada, cuando la ley se los permite.

Desde mi particular punto de vista, se aprecia una franca tendencia a privatizar la mayor parte de los servicios, corresponderá a los dirigentes del sistema catalán de salud vigilar la transparencia de los procesos. Cabe destacar que instituciones privadas de atención médica tan prestigiosas como el Centro Oftalmológico Barraquer o el Laboratorio de Análisis Echevarne, no hayan buscado o aceptado propuestas para convertirse en proveedores concertados de servicios de salud.

Referencias bibliográficas

1. Prat E, Pesquer L, Olivet M, Aloy J, Fusté J, Pons X (2009) Metodología para el análisis de accesibilidad a los recursos sanitarios: el caso de Catalunya. *Geofocus* 9: 250-269.
2. Prat E, Sánchez J, Pesquer L, Olivet M, Aloy J, Fusté J, Pons X. (2008) Estudio sobre la accesibilidad de los centros sanitarios públicos de Catalunya. Publicat a: Hernández L, Parreño J M (Eds.), *Tecnologías de la Información*. Servicio de Publicaciones y Difusión Científica de la ULPGC. Las Palmas de Gran Canaria. ISBN: 978-84-96971-53-0.
3. Prat, Ester, Lluís Pesquer, Miquel Olivet, Joan Aloy, Josep Fusté, Xavier Pons, and Travessera de les Corts. "LA DISTRIBUCIÓN TERRITORIAL DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO CATALÁN." En: <http://www.crea.uab.es/Miramón/publicat/papers/8aSetGeo/ArticuloDepSalud-CREAF.pdf>
4. Internet, Salud y Sociedad: Análisis de los usos de Internet relacionados con la salud en Catalunya. Licencia Creative Commons. Francisco Lupiáñez-Villanueva - flupianez [at] uoc.edu - www.ictconsequences.net

5. Frnacesco Sancho Serena, El Sistema Sanitario en Catalunya, conferencia dictada en la Secretari de Participació Social i Local en Salut. El 4 de noviembre de 2013
6. Corona J.M. Retos del sistema sanitario catalán. *Gerencia* Vol 2 No. 7 Ene-Abr 2013.
7. Carmona S. El modelo de salud actual ha fracasado. *Sistema de Salud Pública Cooperativista (SSPC) Periódico CNT* n° 398 - Marzo 2013. En: <http://salut.cooperativa.cat/saamuel-carmona-el-modelo-de-salud-ha-fracasado/>
8. Garay N. Salud de Cataluña ordena al Clinic cerrar 74 camas y reducir su presupuesto en 17,5 millones. *El Médico Interactivo*. En: <http://www.elmedicointeractivo.com/noticias/nacional/121619/salud-de-cataluna-ordena-al-clinic-cerrar-74-camas-y-reducir-su-presupuesto-en-17-5-millones>
9. Garay N. El Gobierno de Cataluña intensifica la transparencia sanitaria. *El Médico Interactivo*. En: <http://www.elmedicointeractivo.com/noticias/nacional/120001/el-gobierno-de-cataluna-intensifica-la-transparencia-sanitaria>
10. CatSalut. Servei Català de la Salut. En: <http://www20.gencat.cat/portal/site/salut/menuitem.532d6f6f3b1e790413a90f10b0c0e1a0/?vgnnextoid=c234906c29f3a310VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=c234906c29f3a310VgnVCM1000008d0c1e0aR-CRD&vgnnextfmt=default>