

“Confiem a resoldre el finançament sanitari aquesta legislatura”

Marina Geli i Fàbrega (Sant Gregori, Gironès, 1958), llicenciada en Medicina, és consellera de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya. Com a diputada al Parlament pel PSC, fou responsable d'aquest àmbit al “govern alternatiu” de Maragall a l'oposició. Ara afronta el repte de gestionar una sanitat que ha de resoldre un dèficit de finançament que l'ofega.

El dèficit de la sanitat catalana de moment no es resoldrà via pressupostos de l'estat, sinó a través d'altres vies. Es pot resoldre el dèficit amb partides al marge dels pressupostos?

—Som molt optimistes. El Govern de la Generalitat ha posat en primera plana el debat polític i social de la sostenibilitat del sistema sanitari de Catalunya. Això ha ajudat el Govern espanyol a posar en l'agenda política —com en la reunió de presidents autonòmics— el debat del sistema de finançament sanitari. Més que a la curta, confiem a resoldre el finançament sanitari aquesta legislatura. Confiam que nosaltres mateixos podrem liderar solucions per fer que els sistemes sanitaris de finançament públic puguin continuar modernitzant-se i garantir la qualitat i l'equitat.

—Ara hi ha hagut la reunió de presidents autonòmics, en la qual s'ha parlat del dèficit sanitari. Però es pot resoldre el dèficit sanitari de Catalunya sense uns acords bilaterals entre els governs espanyol i català?

—S'han de fer les dues línies. Hi ha d'haver un debat d'estat profund, com el que ja ha encetat el president del Govern [espanyol]. Però l'especificitat de Catalunya necessita també una revisió bilateral. No perquè considerem que necessitem que l'estat ens resolgui les pròpies necessitats sinó per una qüestió clara d'identificació d'una realitat. Per exemple, tenim una població que ha crescut extraordinàriament en els últims anys. En canvi, el model de finançament autonòmic, pactat per l'anterior govern de CiU, comptava la població del cens del 2001 molt per sota

de la d'ara. A més, Catalunya és qui té un percentatge més alt de persones amb targeta sanitària sense situació administrativa legalitzada.

—Quina diferència hi ha entre el cens i el nombre de targetes del servei sanitari públic de Catalunya?

—Gairebé de 250 mil persones. És una xifra molt important. Això ha tingut un impacte molt gran sobretot en els darrers quatre anys. I parlo de padró, perquè els censos sempre són més endarrerits.

—Per tant, la diferència podria ser de més de 250 mil?

—Sí, en els últims anys la diferència podria ser de 350 mil i 400 mil persones. No dic que només hi hagi aquest element per corregir, però si es controlés només això... És un debat que requereix transparència. No demanem res que no es basi en el realisme i en dades constataades.

—Quins problemes de qualitat té principalment la sanitat pública catalana?

—Tenim problemes d'accés molt importants a una part de la població. Aquest és el punt més feble del sistema nacional de salut, referit a la població. És la gent que s'espera, per a una intervenció quirúrgica, per a una visita a l'especialista o per obtenir un diagnòstic.

—Com a mesura dissuasiva hi ha hagut el debat sobre la possibilitat de cobrar un euro per visita. El ciutadà no pagaria doblement, amb una mesura així?

—Mai va ser una proposta del Govern. El debat va sorgir quan ho va aprovar França. Si vostè mira tots els models sanitaris comparables amb el nostre, en gairebé tots hi ha fórmules de copagament. A Suècia paguen unes

trenta corones sueques quan van al servei d'urgències injustificadament. Permet això finançar el sistema sanitari suec? No, però fa que la gent passi primer pel centre de salut. Aquest és un debat molt complex, però entenem que qualsevol mesura hauria de garantir que no es gravi les persones que, per tenir rendes més baixes, podrien deixar d'accedir al sistema sanitari.

De la mateixa manera, també dic que aquí tenim el copagament dels medicaments de les persones laboralment actives. I l'aturat, la família monoparental, que té el salari mínim interprofesional, ha de pagar el 40% dels medicaments. Això també és injust. Ho hem de revisar, com també cal fer-ho en el cas de la persona que amb una pensió de 5.000 euros no paga res pels medicaments.

Amb tot, la mesura més redistributiva és la fiscalitat, qui tingui més, que pagui més a Hisenda. Aquí és on es decideix el nostre debat. Ens hem de convèncer tots plegats que per la via dels pressupostos i del finançament autonòmic és com hem de mantenir el sistema sanitari.

—Per tant, una de les claus per resoldre el problema del finançament de la sanitat és el nou sistema de finançament?

—No únicament, però sí la gran clau. Hi ha també el tema dels fons de cohesió, que aportin recursos per mantenir els serveis d'excel·lència i de centres de recerca biomèdica que té Catalunya. Han de servir per als catalans i per a qui calgui. I, això té un cost.

També hi ha un element d'àmbit europeu. Catalunya té un nombre d'europeus que accedeixen al sistema sanitari molt superior al d'altres comunitats. La negociació d'aquestes tarifes és via estat. Entenem que no se'ns retorna aquest volum que no fa més que incrementar-se.

I hi haurà altres decisions que caldrà prendre, malgrat que el gruix ha de venir de la fiscalitat. Ens hem de plantejar si hem de tenir o no partides finalistes via impositiva que es destinin a la sanitat. També cal revisar les prioritats internes del Departament i ser més eficients. No pot ser que, de cada 100 euros, 25 es gastin en farmàcia, com fins



"Tenim problemes d'accés molt importants a una part de la població. Aquest és el punt més feble del sistema nacional de salut."

ara. El medicament és una prestació sanitària de primer nivell. Però cal fer-ne un ús més racional.

També hi ha un treball important a fer en l'àmbit de la salut pública. Per exemple, tota la prevenció que es pugui fer en matèries com la salut laboral, el trànsit, o la sida poden descarregar molt la sanitat. Aquests problemes socials acaben sent, en gran part, sustentats per la sanitat pública.

—Són aspectes transversals de la salut, que afecten també altres departaments...

—Sí, com el gran debat de l'envelliment i del sistema sanitari. Tot això correspon més a la gestió sociosanitària. A Catalunya tenim més cultura d'aquest espai, que tot just ara s'estén a l'estat. Però això sempre ho hem imputat al sistema sanitari de Catalunya. Per tant, hem de buscar una font de fi-

nançament per a aquests serveis socio-sanitaris i que no carreguin només en la sanitat.

—Potser la falta de recursos sanitaris ha propiciat un model sanitari basat en la concertació. Cal fer replantejaments o és un bon sistema?

—És un model bo que nosaltres compartim. Però cal aclarir que ve de molt lluny. En el primer mapa sanitari, fet per la Generalitat provisional de Tarradellas, es va prendre la decisió política de no créixer seguint el model dels grans hospitals de la Seguretat Social antiga —Vall d'Hebron, la residència Álvarez de Castro de Girona, etc.—, que després van passar a l'Insalud. S'optà per recuperar una llarga tradició de la societat civil i del municipalisme català de potenciar hospitals de responsabilitat pública, que, per via de l'acredita-



"Crec que ara tot el sector concertat -el de la salut i suposo que també el d'educació- té clar que aquí s'ha recuperat l'autoritat política. Qui decideix no és el proveïdor, és el departament."

ció, compleixin uns requisits. I és un model que permet que els centres tinguin més autonomia de gestió.

És cert que CiU consolida aquest model. El greu error que va cometre l'anterior Govern és que va descapitalitzar i deixar de banda els antics hospitals de la Seguretat Social, com si no formessin part de la seva estructura. I són, en canvi, els que són de titularitat del Govern català [ja que, un cop traspassats a la Generalitat; són gestionats per l'Institut Català de la Salut, ICS].

—A EL TEMPS (vegeu el número 1.061), publicàvem un reportatge sobre la poca distància entre sectors proveïdors de serveis per a centres concertats i gestors públics de la sanitat...

—Jo vull desmentir algunes informacions, sobretot algunes qüestions que afecten certes persones. Publicàveu, em sembla, que el senyor Carles Manté [director del Servei Català de Salut] continuava formant part d'empreses del Consorci Hospitalari de Catalunya (CHC), una patronal municipalista de dret públic. Però ell va anar a cal notari, abans de ser nomenat, per cessar de tots els seus càrrecs del CHC.

També es va publicar que Jaume Roma tenia una vinculació amb una empresa pública -cent per cent del Govern de la Generalitat, mixta entre Salut i Indústria-, i aquesta informa-

ció no és certa. També es deia que el senyor Enric Mangas [gerent del Consorci Hospitalari de Barcelona] tenia una relació amb Gesaworld, i tampoc no és correcte. Volia aclarir algunes de les informacions, perquè afecten persones a qui tinc absoluta confiança, per les quals responc, fins i tot havent treballat per a l'anterior equip. Crec que era un tema de manca de lideratge polític i no dels intermediaris. A totes aquestes persones, que ja tenien càrrecs en el passat, els senyors Enric Mangas, Miquel Argenté, Enric Agustí, Javier Niño, els tinc plena confiança. I crec que cap d'ells no va participar en cap decisió d'il·legalitat i de tracte de favor. I si en algun moment l'auditoria de gestió ho demostra, evidentment ells saben perfectament que poden ser cessats. Però, per l'altre costat, crec que això no serà així. N'estic totalment convençuda i m'han demostrat en aquests mesos una lleialtat absoluta.

—ERC acaba de presentar una moció al Parlament per aprofundir en la transparència en les contractacions i subcontractacions de serveis concertats en la sanitat.

—Aquí hi ha algunes confusions, i crec que també es donen en altres sectors, com el d'ensenyament. En els darrers anys -i agreujat sobretot en els últims nou- hi ha hagut una falta absoluta d'autoritat política en l'exercici

de la responsabilitat pública, de qui era el finançador i el garant de la qualitat pública, tant de la xarxa de l'ICS com de la dels sectors concertats. Això ha fet que el sector proveïdor -en el sector de la salut, però també en de l'educació- hagi decidit les regles del joc. Jo no dic amb mala intenció, sinó per l'absència de lideratge. En el sector educatiu, per exemple, hi ha la tria dels alumnes. No és pas culpa del sector concertat educatiu, si algú no diu les regles del joc. I amb el sector de la salut, el mateix. Es plantejava créixer cap a una banda i ningú no els deia res. És, doncs, un problema de la deixadesa política del govern anterior.

—Costarà canviar aquesta dinàmica?

—No és fàcil, però crec que en aquest moment tot el sector concertat -el sector de la salut, però suposo que també passa en el d'educació- té clar que aquí s'ha recuperat l'autoritat política. Qui decideix què cal fer no és el proveïdor, és el departament. Per això hem portat la planificació al Departament.

Sobre els mecanismes de transparència..., n'hi havia més del que es creu. Es va crear, fa anys, una central de balanços, on tot el sector hi havia de portar les auditories, si no, no es renovava el concert. El Servei Català de la Salut té un consell de direcció on hi ha patronals, sindicats, el sector, on es porten tots els concerts, amb les memòries i l'auditoria corresponent. Algú se'ls mirava? En aquest país no s'exercien els mecanismes de control que ja hi havia. Que en calen més? La moció que va presentar ERC, la vam aprovar. I si cal, farem un registre encara més públic de la xarxa de l'ICS i de la resta. Ara bé, no podem caure en un excés de burocratització que mati l'autonomia del sector concertat. Cal tenir en compte, a més, que el sector concertat és, en molts casos, públic -de titularitat municipal, o d'empreses i consorcis públics-. L'excés de burocràcia és, en part, el problema que té l'ICS, que neix d'un model funcional antic, provinent de l'estat. Evidentment, aquesta rigidesa de l'ICS, també la volem canviar.

Enric Rimbau