

Pelayo Munhoz Olea

**EL SECTOR SANITARIO PÚBLICO DE
CATALUNYA COMO SISTEMA
DE INNOVACIÓN**

2^a edição

Pelayo Munhoz Olea

EL SECTOR SANITARIO PÚBLICO DE CATALUNYA

COMO SISTEMA DE INNOVACIÓN

UNIVERSITAT POLITÈCNICA DE CATALUNYA

DEPARTAMENT D'ORGANITZACIÓ D'EMPRESES

SECCIÓ DE L'ESCOLA TÈCNICA SUPERIOR D'ENGINYERS INDUSTRIALS

DE TERRASSA

Pelayo Munhoz Olea

**EL SECTOR SANITARIO PÚBLICO DE CATALUNYA
COMO SISTEMA DE INNOVACIÓN
UNIVERSITAT POLITÈCNICA DE CATALUNYA
DEPARTAMENT D'ORGANITZACIÓ D'EMPRESES
SECCIÓ DE L'ESCOLA TÈCNICA SUPERIOR D'ENGINYERS INDUSTRIALS
DE TERRASSA**

Terrassa - España
Julio - 2001

El Sector Sanitario Público de Catalunya como Sistema de Innovación

© 2017 Pelayo Munhoz Olea

Editora Edgard Blücher Ltda.

1ª edição – 2008

2ª edição – 2017

EDITORA BLUCHER

Rua Pedroso Alvarenga, 1245 – 4º andar

04531-012 – São Paulo, SP – Brasil

(11) 3078-5366

contato@blucher.com.br

www.blucher.com.br

É proibida a reprodução total ou parcial
por quaisquer meios
sem autorização escrita da editora.

FICHA CATALOGRÁFICA

Olea, Pelayo Munhoz

El sector sanitario público de Catalunya como sistema de innovación [livro eletrônico] / Pelayo Munhoz Olea. -- 2. ed. -- São Paulo : Blucher, 2017.

548 p. ; PDF

ISBN 978-85-8039-151-0 (e-book)

1. Serviços sanitários – Catalunha (Espanha) I. Título.

16-0339

CDD 353.9409467

Índices para catálogo sistemático:

Catalunha : Espanha : Setor sanitário público :

Administração pública

A mis padres,
Neides y José Carlos

«Espiamos a felicidade, de longe,
sobre altos muros...
Quando teremos coragem para ir ao seu encontro?
Tenho medo agora de usar as palavras,
terei de dizer com as mesmas palavras de sempre
o que nunca disse até hoje.»

J. G. de Araujo Jorge

Agradecimientos

En primer, deseo agradecer al Dr. Pere Escorsa Castells, mi tutor y director de tesis, por su paciencia y sabios consejos a lo largo de todo el curso de doctorado.

Igualmente, manifiesto mi gratitud a todas las personas que han colaborado conmigo en las diferentes etapas de realización de la tesis, a las personas que fueran entrevistadas y mi especial agradecimiento a Cássia Viviani Silva Santiago, Eva Viciano Sánchez y Josefina Pont Aiguadé.

Agradezco al Servei Català de la Salut —Gabinete de Direcció— por la gentileza, respuestas a todas las solicitudes de información y por haber facilitado toda la bibliografía solicitada, siempre con mucha amabilidad.

Asimismo, deseo explicitar mis gracias a la Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior [CAPES—BRASÍLIA—BRASIL], por la beca de estudios de doctorado en el exterior que me fue concedida.

También, gustaría de agradecer especialmente a la Dra. Edi Madalena Fracasso por su interés en el desarrollo de la tesis, por haber leído todo el manuscrito y por sus sugerencias que fueran de enorme valía.

Por último, agradezco sinceramente a mi familia por su constante aliento y motivación, principalmente en estos años de estancia en España.

Tabla de contenidos

RESUMEN	19
INTRODUCCIÓN	23
0.1. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	24
0.2. TEMAS DE ESPECIAL INTERÉS.....	28
0.2.1. El Sistema Sanitario Público Catalán como unidad de análisis	28
0.2.2. Naturaleza de las relaciones en el SSPC	29
0.3. ETAPAS DEL ESTUDIO.....	29
CAPÍTULO 1. APROXIMACIÓN CONCEPTUAL AL PROCESO DE LA INNOVACIÓN	33
1.1. LA RELACIÓN INNOVACIÓN—TECNOLOGÍA	35
1.2. LA RELACIÓN INNOVACIÓN—ACTIVIDADES DE I+D	36
1.3. ORIGEN DE LA INNOVACIÓN.....	36
1.4. ENTORNO Y FACTORES DE FRACASO DE LA INNOVACIÓN	37
1.5. LA DIFUSIÓN DE LA INNOVACIÓN	42
1.6. EL PROCESO DE LA INNOVACIÓN	43
1.7. MODELOS EXPLICATIVOS DEL PROCESO GENERADOR DE INNOVACIONES	45
1.8. CONCLUSIONES DEL CAPÍTULO.....	52

CAPÍTULO 2. APROXIMACIÓN CONCEPTUAL AL SISTEMA NACIONAL DE INNOVACIÓN	55
2.1. PROBLEMA COMÚN ¿UN MUNDO NACIONAL O INTERNACIONAL?.....	57
2.2. ESTRUCTURA Y ACTOR.....	58
2.3. CUATRO ENFOQUES DE SISTEMA NACIONAL DE INNOVACIÓN.....	60
2.3.1. Enfoque conceptual de Porter	61
2.3.2. Enfoque conceptual de Freeman.....	63
2.3.3. Enfoque conceptual de Lundvall.....	65
2.3.4. Enfoque conceptual de Nelson.....	68
2.4. OTROS ENFOQUES CONCEPTUALES Y APORTACIONES ACERCA DE SISTEMA NACIONAL DE INNOVACIÓN.....	71
2.4.1. Enfoque conceptual de Bell y Callon.....	71
2.4.2. Enfoque conceptual de Fernández y Conesa.....	73
2.5. CONCLUSIONES DEL CAPÍTULO.....	76
CAPÍTULO 3. MARCO TEÓRICO, HIPÓTESIS, OBJETIVOS Y METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN EMPÍRICA	79
3.1. RECURSOS COMPARTIDOS EN EL SI.....	81
3.1.1. La disponibilidad de información.....	82
3.1.2. Los conocimientos acumulados.....	83
3.1.3. La gestión de la innovación	83
3.1.4. La red cooperativa.....	84
3.1.5. La flexibilidad.....	84
3.2. HIPÓTESIS DEL ESTUDIO	85
3.3. OBJETIVOS DEL ESTUDIO	87
3.4. DISEÑO DEL ESTUDIO EMPÍRICO.....	90
3.4.1. Caracterización de los ámbitos del estudio empírico.....	90
3.4.2. Estructuración del trabajo empírico.....	90
3.4.2.1. <i>Confección de las muestras y fuentes de información</i>	91
3.4.2.2. <i>Medidas utilizadas y período de tiempo analizados</i>	95
3.4.3. Técnicas utilizadas en el análisis de la encuesta.....	96

CAPÍTULO 4. CONCEPTOS DE SALUD E HISTORIA DE LA SANIDAD EN ESPAÑA	101
4.1. CONTRIBUCIÓN DE LA SANIDAD A LA PRODUCCIÓN DE SALUD	104
4.2. LA DEMANDA SANITARIA	108
4.3. LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL EN LOS PAÍSES DE LA UNIÓN EUROPEA	110
4.4. HISTORIA DEL SISTEMA SANITARIO EN ESPAÑA	115
4.5. INTRODUCCIÓN A LA LEY GENERAL DE SANIDAD	116
4.5.1. La Ley General De Sanidad	117
4.6. EVOLUCIÓN DEL MODELO DE SEGURIDAD SOCIAL EN ESPAÑA	119
4.7. EVOLUCIÓN DEL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL	121
4.8. EL PROCESO DE TRANSFERENCIAS SANITARIAS	126
4.8.1. Transferencias en materia de sanidad	126
4.8.2. Distribución de las competencias sanitarias	127
4.8.2.1. <i>Competencias del Estado</i>	127
4.8.2.2. <i>Competencias de las Comunidades Autónomas</i>	129
4.9. EL INFORME ABRIL	130
4.9.1. El contexto histórico y político del Informe Abril	131
4.9.2. La evaluación de la Comisión Abril sobre el sistema nacional de salud	133
4.9.3. Propuestas de reforma de la Comisión Abril sobre el sistema nacional de sanidad	135
4.9.3.1. <i>Propuestas sobre la organización y gestión</i>	135
4.9.3.2. <i>Propuestas sobre la financiación</i>	136
4.9.4. Resumen de las propuestas de la Comisión Abril	137
4.10. CONCLUSIONES DEL CAPÍTULO	140
4.10.1. Escenario de evolución posibles	141
CAPÍTULO 5. INTRODUCCIÓN AL SECTOR DE LA SANIDAD EN CATALUNYA	143
5.1. NOTAS HISTÓRICAS SOBRE LOS HOSPITALES EN CATALUNYA	143
5.1.1. El Hospital cristiano [1000—1400]	143
5.1.2. El Hospital medieval [1400—1500]	145
5.1.3. Hospital civil [siglos XV—XVII]	146

5.1.4. La Revolución Francesa	147
5.1.5. La medicina científica entra en el hospital.....	148
5.1.6. La migración política, sanitaria y la diversidad hospitalaria de Catalunya.....	150
5.2. ANTECEDENTES HISTÓRICOS	151
5.3. EL MAPA SANITARI DE CATALUNYA	152
5.3.1. Despliegue del Mapa Sanitario	152
5.4. PLAN DE REORDENACIÓN HOSPITALARIA DE CATALUNYA	155
5.5. LA RED HOSPITALARIA DE UTILIZACIÓN PÚBLICA	157
5.6. INTRODUCCIÓN A LLEI D'ORDENACIÓ SANITÀRIA DE CATALUNYA.....	159
5.6.1. El objetivo de la LOSC	161
5.6.2. Características del proyecto de la LOSC.....	163
5.6.3. Modificación de la LOSC.....	167
5.7. EL MODELO SANITARIO PÚBLICO DE CATALUNYA	168
5.8. EL ENTORNO ECONÓMICO	172
5.8.1. Asignación de recursos 1993—1996.....	177
5.8.2. El presupuesto destinado a los servicios sanitarios para el año 1997	177
5.8.3. Modelo de financiación de la sanidad para el período 1998—2001.....	180
5.9. FUNDAMENTOS DE LA PLANIFICACIÓN DE LA SALUD	182
5.9.1. Ejes y líneas estratégicas de la planificación de la salud en Catalunya	183
5.9.2. Temporalidad de la planificación	184
5.9.3. El proceso de elaboración del Pla de Salut	186
5.9.3.1. <i>Diseño y planificación del proceso de elaboración del Pla de Salut.....</i>	186
5.9.3.2. <i>Criterios de calidad para la elaboración del Pla de Salut.....</i>	187

CAPÍTULO 6. CARACTERIZACIÓN DEL DE LOS DIFERENTES ACTORES DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO CATALÁN.....

6.1. SERVEI CATALÀ DE LA SALUT.....	192
6.1.1. Misión y objetivos estratégicos.....	192
6.1.2. La xarxa sanitària de utilització pública de Catalunya.....	193

6.1.3. Recursos sanitarios.....	194
6.1.3.1. Atención primaria.....	195
6.1.3.2. Atención hospitalaria.....	196
6.1.3.3. Atención extrahospitalaria.....	197
6.1.3.4. Atención sociosanitaria.....	198
6.1.3.5. Bancos de sangre hospitalarios.....	199
6.1.3.6. Atención psiquiátrica y salud mental.....	200
6.1.3.7. Prestación farmacéutica.....	201
6.1.3.8. Actividad de trasplantes.....	202
6.1.4. Recursos humanos.....	203
6.1.5. Recursos económicos.....	204
6.1.6. La estructura corporativa del SCS.....	206
6.1.7. Líneas estratégicas corporativas.....	209
6.1.7.1. Plan estratégico.....	209
6.1.7.2. Control corporativo.....	209
6.1.7.3. Despliegue territorial del SCS.....	210
6.1.7.4. Comunicación e imagen corporativas.....	211
6.1.7.5. Formación corporativa.....	211
6.1.7.6. Sistema de información.....	212
6.1.8. Organización instrumental de la compra de servicios.....	213
6.2. INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT.....	215
6.2.1. Políticas y estrategias corporativas.....	215
6.2.2. El marco presupuestario.....	216
6.2.3. La competitividad.....	216
6.2.4. Políticas en el ámbito de la atención primaria.....	217
6.2.5. Políticas en el ámbito de la atención hospitalaria.....	218
6.2.6. Servicios corporativos.....	221
6.2.7. Líneas de actuación de calidad.....	222
6.3. INSTITUT D'ESTUDIS DE LA SALUT.....	223
6.3.1. Actividades de formación y docencia.....	226
6.3.2. Evaluación de las competencias profesionales.....	227
6.3.3. Relaciones externas.....	228
6.4. EMPRESAS PUBLICAS DEL SCS.....	228
6.4.1. Institut de Diagnòstic per la Imatge.....	229
6.4.1.1. Actividad asistencial del IDI.....	231
6.4.2. Energètica d'Instal·lacions Sanitàries, SA.....	234
6.4.3. Gestió de Seveis Sanitaris.....	234

6.4.4. Gestió i Prestació de Serveis de Salut	236
6.4.5. Institut d'Assistència Sanitària.....	237
6.4.6. Sistema d'Emergències Mèdiques, SA	238
6.4.6.1. <i>Actividades del SEMSA</i>	242
6.4.6.2. <i>Calidad asistencial</i>	244
6.4.7. Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica	244
6.4.7.1. <i>Marco legal</i>	244
6.4.7.2. <i>Estructura organizativa</i>	245
6.4.7.3. <i>Método de trabajo</i>	246
6.4.7.4. <i>Actividades de la AATM</i>	248
6.4.8. Serveis Sanitaris de Referència—Centre de Transfusió i Banc de Teixits	250
6.5. REGIÓ SANITÀRIA LLEIDA	252
6.5.1. Descripción, territorio y población	252
6.5.2. Sectores sanitarios y ABS.....	254
6.5.3. Estructura corporativa.....	256
6.6. REGIÓ SANITÀRIA TARRAGONA.....	257
6.6.1. Descripción, territorio y población	257
6.6.2. Sectores sanitarios y ABS.....	259
6.6.3. Estructura corporativa.....	261
6.7. REGIÓ SANITÀRIA TORTOSA.....	262
6.7.1. Descripción, territorio y población	262
6.7.2. Sectores sanitarios y ABS.....	264
6.7.3. Estructura corporativa.....	266
6.8. REGIÓ SANITÀRIA GIRONA.....	267
6.8.1. Descripción, territorio y población	267
6.8.2. Sectores sanitarios y ABS.....	268
6.8.3. Estructura corporativa.....	270
6.9. REGIÓ SANITÀRIA COSTA DE PONENT	271
6.9.1. Descripción, territorio y población	271
6.9.2. Sectores sanitarios y ABS.....	273
6.9.3. Estructura corporativa.....	274
6.10. REGIÓ SANITÀRIA BARCELONÈS NORD I MARESME	275
6.10.1. Descripción, territorio y población	275
6.10.2. Sectores sanitarios y ABS.....	275
6.10.2.1. <i>Sector sanitari Barcelonès Nord</i>	275
6.10.2.2. <i>Sector sanitari El Maresme</i>	277

6.10.3. Estructura corporativa.....	279
6.11. REGIÓ SANITÀRIA CENTRE	280
6.11.1. Descripción, territorio y población	280
6.11.2. Sectores sanitarios y ABS.....	282
6.11.2.1. <i>SS Bages, Bergadà, Cerdanya y Solsonès</i>	283
6.11.2.2. <i>SS Osona y Vallès Oriental</i>	283
6.11.2.3. <i>SS Terrassa, Rubí y Sant Cugat</i>	283
6.11.2.4. <i>SS Sabadell</i>	284
6.11.3. Estructura corporativa.....	284
6.12. REGIÓ SANITÀRIA BARCELONA CIUTAT	285
6.12.1. Descripción, territorio y población	285
6.12.2. Sectores sanitarios y ABS.....	287
6.12.3. Estructura corporativa.....	289
6.13. HOSPITALES DE ALTA TECNOLOGÍA.....	290
6.13.1. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.....	290
6.13.1.1. <i>Antecedentes históricos</i>	290
6.13.1.2. <i>Misión</i>	299
6.13.1.3. <i>Estructura y organización</i>	299
6.13.2. Fundació Puigvert, IUNA	301
6.13.2.1. <i>Antecedentes históricos</i>	301
6.13.2.2. <i>Estructura y organización</i>	304
6.13.3. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona.....	305
6.13.3.1. <i>Antecedentes históricos</i>	305
6.13.3.2. <i>Estructura y organización</i>	309
6.13.4. Hospital de Sant Joan de Déu.....	311
6.13.4.1. <i>Antecedentes históricos</i>	311
6.13.4.2. <i>Estructura y organización</i>	312
6.13.5. Hospitales de la Vall d'Hebron	318
6.13.5.1. <i>Estructura y organización</i>	318
6.13.5.2. <i>Hospital General Vall d'Hebron</i>	319
6.13.5.3. <i>Hospital de Traumatologia i Rehabilitació Vall d'Hebron</i>	321
6.13.5.4. <i>Hospital Materno—Infantil Vall d'Hebron</i>	322
6.13.6. Ciutat Sanitària i Universitària de Bellvitge	325
6.13.6.1. <i>Antecedentes históricos</i>	325
6.13.6.2. <i>Misión</i>	326

6.13.6.3. Estructura y organización	327
6.13.6.4. Hospital Prínceps d'Espanya	328
6.13.6.5. Institut Català d'Oncologia	331
6.13.7. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol.....	333
6.13.7.1. Antecedentes històrics.....	333
6.13.7.2. Estructura y organización	335
CAPÍTULO 7. RESULTADOS DEL ESTUDIO EMPÍRICO.....	337
7.1. FASE 1. ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE TODOS LOS ACTORES DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO CATALÁN	338
7.1.1. Resultado y descripción de las tablas.....	340
7.1.2. Interpretación de los resultados obtenidos	345
7.2. FASE 2. ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE EL ACTOR REGIONES SANITARIAS DEL SERVEI CATALÀ DE LA SALUT	347
7.2.1. Resultado y descripción de las tablas.....	348
7.2.2. Interpretación de los resultados obtenidos	353
7.3. FASE 3. ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE LAS EMPRESAS PUBLICAS DEL SERVEI CATALÀ DE LA SALUT	355
7.3.1. Resultado y descripción de las tablas.....	355
7.3.2. Interpretación de los resultados obtenidos	359
7.4. FASE 4. ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE LOS HOSPITALES DE ALTA TECNOLOGÍA —GRUPO 4— DEL SI—SSPC.....	361
7.4.1. Resultado y descripción de las tablas.....	362
7.4.2. Interpretación de los resultados obtenidos	382
7.5. FASE 5. ANÁLISIS DE LOS DATOS CUALITATIVOS DE LA ENCUESTA HECHA A LOS ACTORES DEL SI—SSPC.....	386
7.5.1. Resultado y descripción de las tablas.....	386
7.6. CONCLUSIONES DEL CAPÍTULO	397
CAPÍTULO 8. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES LÍMITES Y FUTURAS INVESTIGACIONES	405
8.1. CONCLUSIONES DEL TRABAJO.....	405
8.2. RESUMEN DE LAS CONCLUSIONES	418

8.3. RECOMENDACIONES.....	420
8.4. LÍMITES.....	421
8.5. FUTURAS INVESTIGACIONES	422
BIBLIOGRAFÍA SELECCIONADA	427
ANEXO 1. TEXTO DE LA LLEI D'ORDENACIÓ SANITÀRIA DE CATALUNYA.....	443
ANEXO 2. TEXTO DE MODIFICACIÓN PARCIAL DE LA LLEI D'ORDENACIÓ SANITÀRIA DE CATALUNYA.....	509
ANEXO 3. ENCUESTA.....	529
ÍNDICE DE FIGURAS	531
ÍNDICE DE SIGLAS	535
ÍNDICE DE TABLAS.....	541
CERTIFICACIÓN	547

RESUMEN

Los últimos estudios sobre las relaciones entre la economía y tecnología han puesto en evidencia que el modo de funcionamiento del *Sistema de Innovación* —SI— tiene una influencia decisiva en el desarrollo y en la articulación socioeconómica de un país o región. Por ello, la mayoría de los países han intentado caracterizar su SI y conocer a fondo su funcionamiento, con objeto de poder diseñar de manera eficaz sus políticas científica, tecnológica, industrial y de mercado.

En este estudio realizamos un análisis de la estructura sanitaria formada a partir de la aprobación por el pleno del Parlament, el día 14 de junio de 1990, de la *Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya* —LOSC—, que regula, estructura y organiza el *Sistema Sanitario Público de Catalunya* —SSPC—, en lo cual se ha utilizado un enfoque interactivo de los procesos de innovación.

Este enfoque permite analizar los procesos a escala regional y nacional, como si se tratara de sistemas. Asimismo, se ha considerado que la innovación y su difusión son dos aspectos de un mismo proceso y no dos actividades distintas.

En este contexto se define el SI por el conjunto de sus actores y estructuras, que asumen funciones específicas en el proceso de producción, transmisión y almacenamiento de conocimientos, y se caracteriza por su capacidad de interacción, mediante la articulación de sus actores, para la producción de conocimientos y para su difusión y utilización.

Se considera, además, que los actores del SI se agrupan de acuerdo con su actividad principal dentro del proceso de innovación en entornos definidos a seguir:

- (a) **El entorno científico**, en el que mayoritariamente se producen conocimientos científicos.
- (b) **El entorno tecnológico**, en el que se desarrollan las tecnologías.
- (c) **El entorno productivo**, que produce bienes y servicios, aportando un valor añadido.

- (d) **Entorno financiero**, que ofrece recursos financieros a los demás entornos para el desarrollo de sus actividades y, en el sector sanitario, el que gestiona los fondos públicos aportados por el presupuesto del Estado.

Este trabajo se ha realizado recabando información a través de una encuesta dirigida a todos aquellos actores que participan del SI—SSPC. En el estudio no se han tenido en cuenta los actores o las empresas de carácter privado que forman parte del SSPC o actores y empresas de otros sectores que se relacionan con este.

La encuesta fue enviada a 42 entes y se diseñó con el propósito de obtener una información que nos permitiese lograr el objetivo genérico del trabajo que es realizar un análisis de la forma organizativa del SI—SSPC a través del estudio de la estructura propuesta por la LOSC.

Este objetivo genérico se ha concretado en los objetivos específicos siguientes:

- (1) Realizar un inventario de los actores que desempeñan algún papel en el SI—SSPC.
- (2) Establecer una tipología de los actores que permita definir su papel en el modelo de SI—SSPC.
- (3) Analizar para cada grupo de actores las actividades que realizan en el SI—SSPC.

El estudio se compone de dos grandes partes.

- (1) La primera, de carácter conceptual, presenta de forma breve una introducción para situar el trabajo, justificación del estudio y sus etapas y los resúmenes del enfoque teórico de la Innovación y de los Sistemas Nacionales de Innovación, introduciendo una serie de conceptos básicos que constituyen el fundamento en el que se asientan los SI. La mayoría de los conceptos y elementos presentados en esta primera parte pueden ser definidos de varias formas. No obstante, las definiciones y especificaciones que aquí aparecen se estiman más pertinentes para abordar el tema que nos ocupa en la tesis.
- (2) La segunda parte, abarca el resto del estudio, se describen los actores del SSPC regulados por la LOSC, se analizan estos actores a través de un contenido empírico que proviene del trabajo de campo llevado a cabo —por medio de visitas, entrevistas personales y datos de la encuesta hecha y de las

Memorias de Actividad de los actores cedidas por las personas entrevistadas—, con todos los actores del SSPC lo que nos permite caracterizarlos en los entornos del SI, de acuerdo con la metodología propuesta, definida en el capítulo 3 y que se basa en el tratamiento estadístico de las variables definidas como comunes y específicas para cada uno de los actores a través de técnicas simples de estadística descriptiva, medidas de centralización y dispersión, distribución de frecuencias y regresión lineal. Las variables escogidas son las más representativas de las actividades de I+D, actividades científica divulgadora y actividades de docencia de los actores del sistema.

Las conclusiones que de este análisis se extraen se plasman en el último de los capítulos del estudio y, en definitiva, de este estudio se desprende que, en ciertas circunstancias y con un conocimiento superficial del potencial de los diferentes entornos, los resultados obtenidos al analizar los actores del SI—SSPC permiten conocer de manera global el estado del SI. De hecho, el SSPC se muestra como un Sistema de Innovación débil y desequilibrado así como desarticulado, en el que los actores presentan un bajo grado de cooperación.

Con toda probabilidad, el escaso conocimiento del SI—SSPC, de los actores del SI—SSPC y de los factores que favorecen sus actividades y las relaciones entre los diversos actores, así como una reflexión insuficiente sobre los modelos de innovación a desarrollar, han impedido la puesta en práctica de políticas de innovación más adaptadas a las necesidades específicas del SI—SSPC. Si el primer paso para resolver un problema es plantearlo adecuadamente, este estudio intenta ser una herramienta de ayuda para quienes tienen a su cargo el desarrollo de políticas relacionadas con los procesos de innovación en el SI—SSPC.

INTRODUCCIÓN

La presente tesis se propone analizar un fenómeno socioeconómico de plena actualidad en el panorama internacional, como es el *Sistema Nacional de Innovación* —SNI— como variable clave dentro de los esquemas de desarrollo regional asentados sobre la base de una intensa interrelación entre los distintos actores de la infraestructura científica, tecnológica, productiva y financiera de un país.

Por la peculiaridad y semejanza con la nomenclatura empleada internacionalmente, hemos convenido en denominar *Sistema de Innovación* —SI— al ámbito territorial y sectorial en que la generación y aprovechamiento de las potencialidades sinérgicas entre los componentes del sistema Ciencia—Tecnología—Producción regional, alcanza cuotas elevadas.

Conceptualmente, SI lo entendemos como un modelo idealizado o esquema ideal al que tienden a aproximarse aquellos sectores capaces de iniciar o consolidar una dinámica de interacción entre los componentes de su entramado científico, tecnológico y productivo, con el propósito final de elevar la capacidad innovadora y por extensión, la competitividad de sus economías. Tal modelo, se define como un esquema ideal que no se ajusta exactamente a la realidad pero cuyo valor analítico y político es significativo.

Precisamente el trasfondo político que rodea el sector sanitario, nos sugiere explorar empíricamente el carácter y alcance de las actuaciones públicas catalogadas como innovadoras y destinadas a aproximarlas al modelo de SI.

La finalidad de este trabajo es el estudio del sector sanitario público catalán desde el enfoque de sistema de innovación. Entendemos por tal, el análisis de las acciones instrumentadas por los diferentes actores locales, encaminadas a elevar el nivel tecnológico, fomentar la aparición de actividades productivas intensivas en I+D, con mayor valor añadido y expectativas de crecimiento futuro, y a estimular el acercamiento y colaboración entre los actores del sector sanitario público catalán.

La elección del tema no es casual, sino que es consecuencia de una serie de consideraciones previas al propio estudio y que justificaremos en el apartado siguiente.

0.1. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La justificación de la elección del *Sistema Sanitario Público Catalán* como objeto de nuestro estudio parte de una serie de consideraciones diversas que se explican a seguir.

El sector de la sanidad está sufriendo una importante transformación, el papel del Estado está cambiando en todos los países que buscan una modernización de sus estructuras y una reorganización de sus políticas sociales. En España la transformación del Estado es aún mayor que en otros países debido a la descentralización y reorganización en un Estado de Comunidades Autónomas.

Típicamente los nuevos cambios —en el sector sanitario— implican la separación entre las funciones de financiación y de provisión, la introducción de contratos, la descentralización financiera y la competencia. El entorno se está tornando más dinámico, más variable, más flexible pero a la vez más hostil y con un grado de rivalidad y competitividad crecientes. En un contexto de internacionalización creciente de la economía, la eficacia y eficiencia de las empresas y de los sectores económicos adquieren una importancia determinante.

El enfoque del trabajo «Els avantatges competitius de Catalunya» se basa en un análisis detallado de los factores microeconómicos y socioeconómicos que influyen en la competitividad de las empresas. Para analizar los «clusters», Porter propone lo que se conoce como «esquema del diamante», que permite analizar todos los determinantes de la competitividad agrupados en cuatro grandes áreas: *Las condiciones de los factores; Las condiciones de la demanda; Los sectores de soporte y los auxiliares y la Estrategia, estructura y rivalidad de las empresas.*

Cada uno de estos cuatro determinantes influye en la capacidad de la industria de un país para innovar y mejorar. Todos juntos constituyen un sistema dinámico más importante que por separado y se refuerzan mutuamente. Por otro lado, la administración pública es una variable adicional que influye claramente y de manera diversa en el contexto competitivo de un país. El gobierno puede implicarse en mejorar o frenar la ventaja competitiva de un país, actuando directamente o indirectamente, en cada una de las cuatro áreas anteriores.

En Catalunya se identificaron ocho «clusters» significativos, que se pueden agrupar en tres grandes bloques:

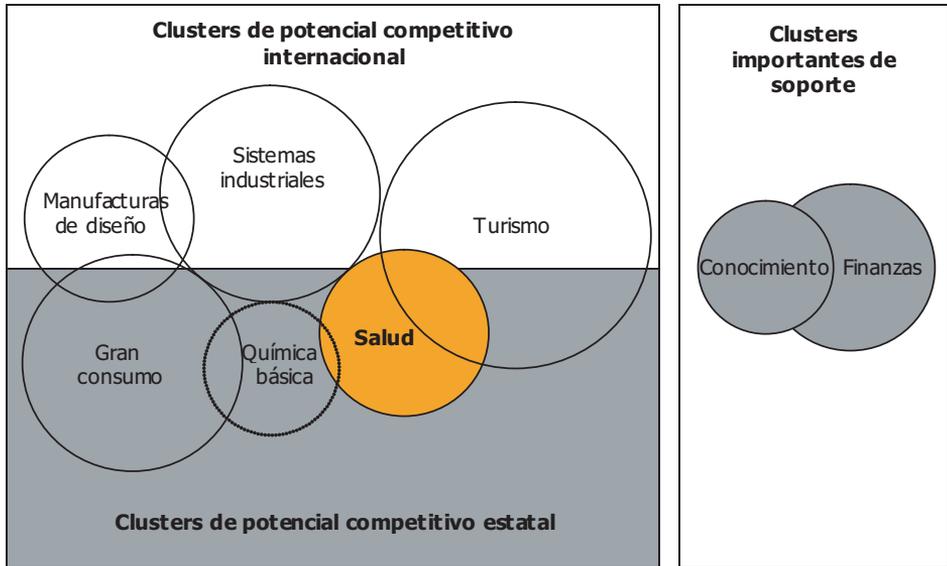
1. Clusters de arrastre: sistemas industriales, turismo, manufacturas de diseño, gran consumo y salud.
2. Cluster inerte: química básica.
3. Clusters de soporte: conocimiento y finanzas.

En la figura 0.1 se representa la configuración de la economía catalana en los ocho «clusters de futuro» siguientes: un primer grupo formado por manufacturas de diseño —textil, muebles, joyería...—, otro de sistemas industriales —automoción, componentes, electrodomésticos...—, el de turismo, gran consumo —alimentación, detergentes...— y el de salud —hospitales, farmacias...—, que actúan como «clusters» clave de arrastre de la economía. Los tres primeros grupos compiten en el ámbito internacional para vender sus productos en un mercado cada vez más abierto y los dos últimos —gran consumo y salud— compiten principalmente para atraer las empresas nacionales y las multinacionales para alcanzar el mercado estatal desde Catalunya.

El de química básica se considera un «cluster inerte», al tratarse básicamente de un entramado de relaciones intersectoriales de este sector en un área territorial concreta de Catalunya, pero sin efectos que refuercen las fuentes de ventaja competitiva de otros clusters.

Finalmente está el grupo formado por los «clusters de conocimiento» —enseñanza, edición...— y de «finanzas», que tienen en papel de apoyo en la economía y, a veces, de impacto de arrastre propio —la dimensión de los círculos en la figura tiene relación con su contribución potencial al valor añadido total de la economía catalana—.

FIGURA 0.1. Los clusters de futuro de la economía catalana.



© Monitor Company [1992, p. 128].

El «cluster de la salud» está formado por los hospitales del Grupo 4, clínicas especializadas, laboratorios médicos, centros de recuperación, geriátricos, balnearios, etc., de carácter público y privado, mutuas públicas y privadas, que comparten la necesidad fundamental de gestionar eficientemente los servicios médicos especializados. En este «cluster» también se incluye las empresas farmacéuticas —con una importancia destacada—, los centros de investigación, las empresas de catering, los centros médicos, los proveedores de maquinaria médica, los proveedores de material clínico y desechables, las facultades de medicina y enfermería, las escuelas de negocios, las empresas de química especializada, los hoteles, etc.

El sector de la salud es muy importante porque produce unos servicios esenciales para la sociedad, pero, al mismo tiempo tiene una relevancia significativa como sector económico. Según la OCDE 1992b, los problemas de los sistemas sanitarios de sus países podrían resumirse en los siguientes :

- Crecimiento del gasto sanitario y expectativas de mayores crecimientos.
- Cuidados excesivos o innecesarios —sobremedicación de problemas sociales—.
- Cuidados inadecuados e impersonales.

- Listas de espera en algunos países.
- Variaciones inexplicables en actividades y costes dentro y entre los países.
- Falta de responsabilidad y estímulo en los proveedores públicos.

Naturalmente algunas de ellas son más propias de los sistemas integrados de salud —España, Reino Unido, Países Escandinavos, etc.— como son las listas de espera y falta de incentivos a la eficiencia y al trato personalizado a los ciudadanos por parte de los proveedores —médicos, hospitales, etc.— públicos.

Los servicios de salud se consideran socialmente de un alto valor añadido como símbolo de progreso y del bienestar, pero, no el alto valor añadido en términos económicos que comportan estos servicios :

- Generan un gran volumen de negocios en los mismos centros, por la prestación específica de los servicios.
- Se ha de tener en cuenta el consumo de grandes cantidades de productos farmacéuticos, material clínico no durable, adquisición de maquinaria compleja de coste muy elevado, etc., que generan los servicios médicos.
- Tienen la capacidad de promover nuevas inversiones paralelas a los centros de salud, como pueden ser los proveedores de maquinaria compleja, la nueva creación de centros de formación, el establecimiento de laboratorios de investigación.

Hoy existe un reto al que se enfrentan los gobiernos de Europa Occidental en estos momentos, y que exigen de ellos un innegable esfuerzo de decisión, no exento de un elevado coste político, que es el compromiso mutuo de cumplir las variables macroeconómicas que exige el Tratado de Maastricht a todos los países de la Unión Europea que deseen incorporarse la moneda única —el euro—. De todas las condiciones que se requiere cumplir, la más difícil de lograr es, sin duda, el control del déficit público. De ahí que todos los países europeos se enfrenten en la actualidad, a medidas de ajuste del gasto público drásticas a corto plazo.

El sector de la sanidad es uno de los que exigen a corto plazo la toma de decisiones para la adopción de medidas correctivas aunque estas sean impopulares y que detengan el crecimiento imparable, hasta ahora del gasto sanitario, precisamente por ser su trayectoria de crecimiento superior al de la economía. En este sentido el análisis riguroso por parte de los gobiernos, de sus sistemas de sanidad, facilitará la eficiencia y eficacia de las futuras

inversiones públicas, así como las reestructuraciones que se puedan llevar a cabo con el objetivo de controlar el gasto en este sector.

Otra prueba de la gran actualidad de este tema es la abundante literatura —en otras áreas del conocimiento más o menos vinculadas con nuestra disciplina— que se puede encontrar sobre los múltiples aspectos de la problemática actual del sector sanitario en los países desarrollados y la que haremos referencia en su momento. La demostración más próxima del interés que tienen estos problemas nos ofrece la mera mención de los debates parlamentarios y acuerdos de gobierno con relación a la sanidad que hubo en las últimas legislaturas española y catalana.

Consideramos que la importancia del fenómeno y sus numerosos puntos de interés justifican la necesidad de aportar a la literatura estudios para explicar estas realidades sociales.

El tema encaja en la línea de investigación de la Economía del Cambio Tecnológico y Gestión de la Tecnología —código 53060201— de la Universitat Politècnica de Catalunya.

0.2. TEMAS DE ESPECIAL INTERÉS

Dentro del marco general del estudio de Sistema de Innovación —SI—, nuestra aportación se centrará en algunos aspectos que consideramos de especial interés.

0.2.1. El Sistema Sanitario Público Catalán —SSPC— como unidad de análisis.

El estudio del SI comporta la aceptación de la entidad que supone el conjunto del sistema como una unidad de análisis. La intensidad y complejidad de las relaciones entre los actores que componen el SI hacen que tanto el estudio de un actor aislado como de ámbitos superiores no sean igualmente significativos.

La elección de la unidad de análisis es una cuestión clave y también controvertida dentro de los enfoques estudiados. El sector o la industria, el negocio, la actividad o el grupo estratégico, el cluster o el país, son algunos de los ámbitos utilizados por los diferentes autores. El SI como una entidad de las que se pueden definir sus límites constituye en si mismo una unidad de análisis alternativa. Para justificar la elección del SSPC como unidad de análisis utilizaremos las reflexiones hechas por Lundvall [1992, pp. 1—19]. Este autor considera que «un sistema nacional de innovación está constituido

por elementos y relaciones que interactúan en el marco de la producción, de la difusión y de la utilización de conocimientos nuevos y económicamente útiles..., un sistema nacional de innovación comprende elementos y relaciones circunscriptas a las fronteras de un Estado».

En conclusión, consideraremos que la elección del SSPC como una unidad de análisis viene justificada por la consideración de que las relaciones que se establecen dentro de este ámbito son las más significativas para nuestro estudio.

0.2.2. Naturaleza de las relaciones en el SSPC

Las relaciones entre los actores que pertenecen al SSPC pueden ser consideradas desde una doble dimensión: La cooperativa y la competitiva.

Los actores del sistema establecen una gran cantidad de acuerdos cooperativos de diversa intensidad y duración y de carácter formal e informal. Junto a estas relaciones de cooperación se da una intensa rivalidad entre actores.

La capacidad competitiva no depende sólo de los recursos que el actor posee sino también de los recursos a los que éste pueda tener acceso a partir de diversos mecanismos de cooperación con otros actores [Bell y Callon, 1994, pp. 67—126]. Por otro lado la lucha entre competidores tiene que ser vista como factor importante para satisfacer las necesidades de la sociedad.

En conclusión, las relaciones dentro del SSPC han de ser vistas como el intento de los actores de acceder a determinados recursos y su rivalidad, desde la perspectiva de la generación de beneficios a la sociedad.

0.3. ETAPAS DEL ESTUDIO

El presente trabajo ha sido estructurado en dos etapas fundamentales. Una primera parte de naturaleza teórica, donde se hace una revisión de las diferentes aportaciones al tema, una propuesta de modelo teórico y la formulación de las hipótesis. En la segunda parte, de naturaleza empírica, se describen los objetivos, la metodología empleada, la caracterización del ámbito del estudio y los resultados del trabajo empírico para poder contrastar las hipótesis formuladas.

ETAPA 1. DESARROLLO TEÓRICO. La primera etapa del trabajo se corresponde con los capítulos primero y segundo y es donde se ha llevado a

cabo la revisión de las aportaciones teóricas al concepto de SI. Esta revisión consta de tres fases diferenciadas.

Fase 1.1. Revisión de las aportaciones teóricas sobre la innovación. A través de la revisión del contenido de las diferentes aportaciones hechas desde los distintos enfoques se ha descrito el «estado del arte» de la innovación. El objetivo de esta fase ha sido la confección de un marco teórico general explicativo del proceso de la innovación con el fin de posicionar nuestro estudio.

Fase 1.2. Revisión de las aportaciones teóricas sobre el sistema nacional de innovación. En esta fase se ha hecho una recopilación de las diferentes perspectivas que han tratado el fenómeno del SI. La heterogeneidad de las diversas perspectivas ha hecho que esta revisión tenga una naturaleza diferente a la de la fase anterior. Las diversas aportaciones sobre el tema del SI no constituyen una corriente teórica homogénea, por tanto, su recopilación supone un valor añadido en sí mismo, así como una mayor discrecionalidad por parte del investigador. El objetivo de esta fase ha sido la definición del SI a partir de la integración de las diversas perspectivas.

Fase 1.3. El marco teórico del SI. A partir del marco teórico y de las implicaciones del SI hechas en la fase anterior, se ha propuesto un marco explicativo del SI que figura en el capítulo 3. Este marco es el que explica la formulación de la hipótesis de trabajo.

ETAPA 2. TRABAJO EMPÍRICO. Esta etapa recoge todas las fases del trabajo empírico y figura en los capítulos 3 y 7.

Fase 2.1. Definición de los objetivos y diseño del trabajo empírico. En el capítulo 3 se han explicado los objetivos del estudio empírico, la metodología incluyendo las fuentes de información, medidas, periodo de tiempo y técnicas de análisis utilizadas.

Fase 2.2. Caracterización del objeto de estudio. En el capítulo 4 se ha presentado una conceptualización de salud, sanidad y medicina y se ha explicado la historia de la sanidad en España. En el capítulo 5 se ha presentado una introducción histórica del sector sanitario en Catalunya y en el capítulo 6 se ha realizado un estudio detallado del objeto del estudio empírico. Se ha caracterizado

el SSPC estudiando las características generales, la descripción de los actores y algunos datos referentes a estos actores.

Fase 2.3. Descripción e interpretación de los resultados obtenidos. En el capítulo 7 se han presentado los resultados de estudio empírico realizado y se han interpretado con relación a las hipótesis formuladas. Las conclusiones de la tesis, recomendaciones, límites y las posibilidades que ofrece para futuras investigaciones configuran el capítulo 8.

1 APROXIMACIÓN CONCEPTUAL AL PROCESO DE LA INNOVACIÓN¹

Las sociedades han demostrado a lo largo de la historia capacidades muy diversas para crear y aplicar la tecnología a su desarrollo económico y social, y la

-
1. En todo estudio de la innovación resulta ineludible hacer referencia a la aportación de Schumpeter, el economista que por primera vez analizó con profundidad la naturaleza y repercusiones de la innovación así como a los agentes portadores de la misma [Escorsa y Solé, 1988, p. 20]. Pese a ello, es nuestro propósito restringir el ámbito de este capítulo a los enfoques más modernos y recientes sobre cada uno de los conceptos y relaciones que aparecen en el mismo, por lo que declinamos presentar los estudios de autores clásicos como Schumpeter, Schmookler y otros, sobre el cambio técnico y el proceso de innovación. No obstante, debemos reseñar aunque sólo brevemente algunas de las ideas de Schumpeter. En principio, dos son las hipótesis generales tradicionalmente atribuidas a las obras finales de Schumpeter:
 1. Existencia de una relación positiva entre innovación y poder de monopolio.
 2. Las grandes empresas son proporcionalmente más innovadoras que las empresas pequeñas.

Schumpeter subrayó que el poder de monopolio y el gran tamaño son ventajosos para la actividad innovadora, ya que permiten disminuir las incertidumbres. Asimismo, estableció una correlación entre la innovación y el poder de monopolio. Según él, el motivo de producir innovaciones radica en la posibilidad de obtener beneficios extraordinarios. Otras hipótesis sobre la innovación desarrolladas con posterioridad a este autor son las del «empuje tecnológico» y la hipótesis de la «presión de la demanda», aportada por Schmookler [1966]. En la primera se considera al personal investigador de una empresa como el iniciador de las innovaciones. En cambio, la hipótesis de la presión de la demanda supone que el comienzo de una innovación procede del personal de comercialización o de producción de una empresa, justamente la proposición inversa a la aportada por la hipótesis del empuje tecnológico. El libro de Kamien y Schwartz [1982], es un documento básico para la comprensión del origen y concepto de la innovación. Esta obra efectúa un exhaustivo repaso a las distintas teorías e hipótesis desarrolladas por los principales autores con relación al proceso formativo de la innovación y su trascendencia económica. Se analizan con detenimiento las hipótesis Schumpeterianas, el enfoque de la teoría de la decisión y el de la teoría de juegos.

explicación de las causas que motivan esta diversidad es uno de los más importantes retos que tiene planteado el estudio de la innovación tecnológica. Entendemos la innovación en sentido amplio como todo cambio cualitativo de tipo científico—tecnológico—organizativo o productivo que represente una mejora perceptible con respecto a la situación precedente, en un contexto o nivel dado de la realidad económica².

Los resultados tangibles en que las innovaciones suelen manifestarse son la creación o mejora de un producto, proceso, servicio o sistema organizativo, o bien la introducción de novedades significativas en los hábitos de producción o consumo³.

En representación de la amplia bibliografía consagrada al estudio de la innovación en sus distintas facetas, tomamos la referencia de Suris [1989, p. 57] quien advierte una clara correlación a modo de cadena entre invención, innovación y difusión de la innovación, como sigue⁴.

- Invención: El descubrimiento de una nueva aplicación de la ciencia o la tecnología.

2 Desde un plano restringido a la actividad productiva, el término innovación industrial se suele corresponder con la plasmación comercial de una invención, descubrimiento o adelanto. En este sentido, Eckert [1985] en Stohr [1993], define la innovación como la primera utilización comercial de conocimiento científico o técnico nuevo dentro de una empresa. Escorsa y Valls [1997, p. 19], definen que la innovación comporta, en definitiva, atributos creadores de valor. Los nuevos productos, procesos o servicios, son hechos que proporcionan una utilidad social real o sentida, ya que permiten a la sociedad lograr mejoras tales como, más comodidad, confortabilidad, seguridad, energía, calidad, o estética.

3 A este respecto, Morcillo [1991, p. 84] identifica 3 modalidades básicas de innovación: Innovación de producto, en métodos de gestión y de proceso.

Sobre la primera inciden básicamente los imperativos competitivos. Sobre la segunda modalidad influye de forma decisiva el estilo de dirección de la empresa. Sobre la tercera, los recursos disponibles por la empresa. Citamos también a Sánchez [1992, p. 280] para quien los procesos de innovación en la empresa pueden tomar las siguientes formas:

- Mejora de producto.
- Expansión de la línea de producto.
- Mejora en los procesos.
- Desarrollo de nuevos productos.
- Desarrollo de nuevos procesos.
- Nuevos usos para productos ya existentes.

4 En su estudio sobre la innovación tecnológica, Suris aporta una serie de consideraciones críticas sobre la conceptualización del proceso de innovación. Para ampliar información sobre esta materia, consultar Suris [1989, pp. 57 y ss].

- Innovación: La introducción en el mercado, por primera vez, de la invención.
- Difusión de la innovación: La extensión del uso de la innovación entre sus posibles usuarios.

Por su parte, otros autores establecen un vínculo entre el concepto de innovación y el de trayectoria tecnológica. Por ejemplo, D'Iribarne [1990, pp. 166—183] define la innovación como un proceso de adaptación—difusión de una tecnología previamente elaborada.

1.1. LA RELACIÓN INNOVACIÓN—TECNOLOGÍA

La relación entre la ciencia y la tecnología no es ni unidireccional ni simple. Además, es diferente según la ciencia o tecnología que se considere, y en cada fase del proceso de cambio técnico la relación con la ciencia es cambiante. Se puede intentar analizar esta relación compleja desde diferentes puntos de vista, a seguir⁵:

- En primer lugar, se puede considerar el punto de vista instrumental, en el sentido de que la ciencia y la tecnología necesitan desarrollarse y utilizar conjuntamente instrumental científico.
- Otro punto de relación importante, son aquellos casos en que la ciencia actúa como alimento del proceso de innovación de productos, según el esquema lineal tradicional en que la ciencia inventa y la tecnología desarrolla. Ya se ha visto que el proceso de innovación no funciona necesariamente según este esquema lineal, pero eso no quiere decir que nunca actúe así.
- Finalmente, otro aspecto a considerar es la creación y utilización conjunta de un fondo de conocimiento formalizados y no formalizados⁶.

Por regla general, el simple avance tecnológico constituye en sí mismo una innovación, pero en cambio, no toda innovación conlleva un avance tecnológico puesto que existen otras formas de innovación de naturaleza no tecnológica.

5 Siguiendo la opinión de Barceló [1993, pp. 70—71].

6 Información formalizada: Procedimientos escritos, normas, especificaciones técnicas, programas de software, etc. El conocimiento «Know—how» no formalizado, que permite el funcionamiento de proceso productivo.

1.2. LA RELACIÓN INNOVACIÓN—ACTIVIDADES DE I+D

Entre la comunidad investigadora e industrial se encuentra bastante asumida la existencia de una correlación positiva y directa entre inversión en actividades de I+D previas a la fabricación y obtención de innovaciones⁷.

En cambio, algunos estudios empíricos recientes llegan a conclusiones que contradicen esta presunta correlación. En particular, un informe del MIT⁸ concluye que abundan los casos en que la obtención de innovaciones con éxito no es proporcional al montante de inversiones en I+D.

Según este informe, la disociación entre I+D e innovación evoca que las innovaciones tecnológicas son operaciones de alto riesgo y a largo plazo, en cuya materialización participan gran número de agentes y factores entre los cuales las actividades I+D es sólo uno de ellos.

1.3. ORIGEN DE LA INNOVACIÓN

De entre los distintos orígenes de las innovaciones, destacan por su representatividad los siguientes:

- Innovación impulsada o incentivada desde los propios usuarios finales: La aparición de nuevos gustos o nuevos hábitos de consumo y compra son trasladados a los agentes productores, quienes inician un proceso de generación de innovaciones.
- Por su origen en la propia demanda, suelen recibir el apelativo de innovaciones «market—pull» o «user—need—pull».
- Innovación a iniciativa exclusivamente de los agentes productores, sin responder a una demanda firme del mercado. Esta modalidad de innovación, cada vez menos frecuente, se la conoce por «technology—push» o «producer—push»⁹.

El debate sobre el origen de la innovación ha estado tradicionalmente centrado

7 Ruiz y Mandado [1989, pp. 11—20], critican la postura defendida por los modelos estáticos tradicionales, los cuales sostienen que para incrementar la capacidad de innovación tecnológica en el ámbito empresarial, tan sólo hay que elevar el potencial en I+D de dicha empresa.

8 MIT [1990]. Massachusetts Institute of Technology, en March [1994, p. 21].

9 A este respecto y en cuanto a los estímulos y motivaciones que rodean a la generación de innovaciones, se suelen identificar los siguientes:

en la dicotomía existente entre los partidarios del «technology push» o «breakthrough technology» y los incondicionales del «market—pull». Sin embargo, en la actualidad se impone la idea de que la innovación tiene su origen en una combinación de ambas fuentes. Asimismo se advierte que las innovaciones movilizadoras de resultados científicos y aptitudes tecnológicas son fruto de numerosas interacciones —negociaciones, movimientos a favor y en contra, etc.— entre investigadores, ingenieros, personal comercial y usuarios.

En definitiva, esta constatación pone de relieve la creciente interacción multilateral entre ciencia, tecnología y mercado, en todo proceso formativo de innovaciones tecnológicas¹⁰.

Otros autores centran el debate en torno a distintos modos de innovación¹¹.

Para Escorsa y Valls [1992, p. 34], el debate tiene su interés si el que realmente cuenta es la ciencia, en este sentido el papel del Estado es esencial y el que falta son «políticas científicas» adecuadas. En cambio si lo que realmente provoca la génesis de las innovaciones es el mercado, falta «vigilar» para colocar en marcha «políticas tecnológicas» —o de innovación— eficientes.

1.4. ENTORNO Y FACTORES DE FRACASO DE LA INNOVACIÓN

Porter [1990, p. 84] analiza las causas que motivan el éxito internacional de determinados sectores en determinados países, la cuestión es entender como una nación proporciona un entorno en el cuál sus empresas pueden

-
- «Need—pull» o «market—pull»: El factor detonante de la innovación es una determinada demanda del mercado que incita a la industria a emplear los medios necesarios para satisfacerla.
 - «Technology—push» o empuje de la tecnología: Bajo este enfoque, la innovación surge por causas ajenas a la dinámica del mercado y la suscita el propio afán empresarial por mejorar su rentabilidad interna y la eficiencia de su proceso productivo.

10 Este razonamiento se halla en la introducción de la publicación de Callon et al. [1992, pp. 215—236], la cual analiza bajo una perspectiva empírica y aplicada el significado y proceso de formación de los denominados «Techno—economic—networks».

11 Así, Miller y Blais [1992], en March [1994, p. 23], distinguen 4 modos básicos de generación de innovaciones:

1. A partir de la ciencia —conocimiento científico—.
2. Basado en la experimentación continua.
3. Centrado en las economías de escala.
4. A través de la adopción de equipamientos especializados e informática.

mejorar e innovar más deprisa que sus rivales en un sector particular, y defiende que las empresas obtienen ventajas sobre los competidores a causa de la presión y del desafío.

La capacidad de innovar se ve afectada por cuatro determinantes o atributos que constituye el «diamante» de la ventaja nacional, y que son los siguientes:

1. *Las condiciones de los factores.* Es decir, la situación de la nación con relación a los factores de producción como puede ser la mano de obra especializada o la infraestructura necesaria para competir en un sector determinado. Para aprovechar la ventaja competitiva, un factor ha de estar altamente especializado. «Disponer de una población activa formada en las escuelas secundarias o en la universidad, no representa ninguna ventaja competitiva en la moderna competencia internacional».
2. *Las condiciones de la demanda.* «Las naciones consiguen ventajas competitivas en los sectores en que la demanda interior proporciona pronto indicaciones claras sobre las necesidades de los compradores, y donde estos presionan las empresas para innovar con más rapidez». Para Porter este carácter exigente es más importante que el tamaño del mercado.
3. *Sectores afines y auxiliares.* La presencia o ausencia en el país de sectores proveedores y otros sectores competitivos relacionados internacionalmente.
4. *Estrategia, estructura y competencia de la empresa.* Las condiciones que rigen la manera de crear, organizar y gestionar las empresas, y de esta misma manera la naturaleza de la competencia en el interior del país. Las características del sector son muy importantes. Por otro lado, la rivalidad interior refuerza las empresas y las hacen capaces de competir internacionalmente.

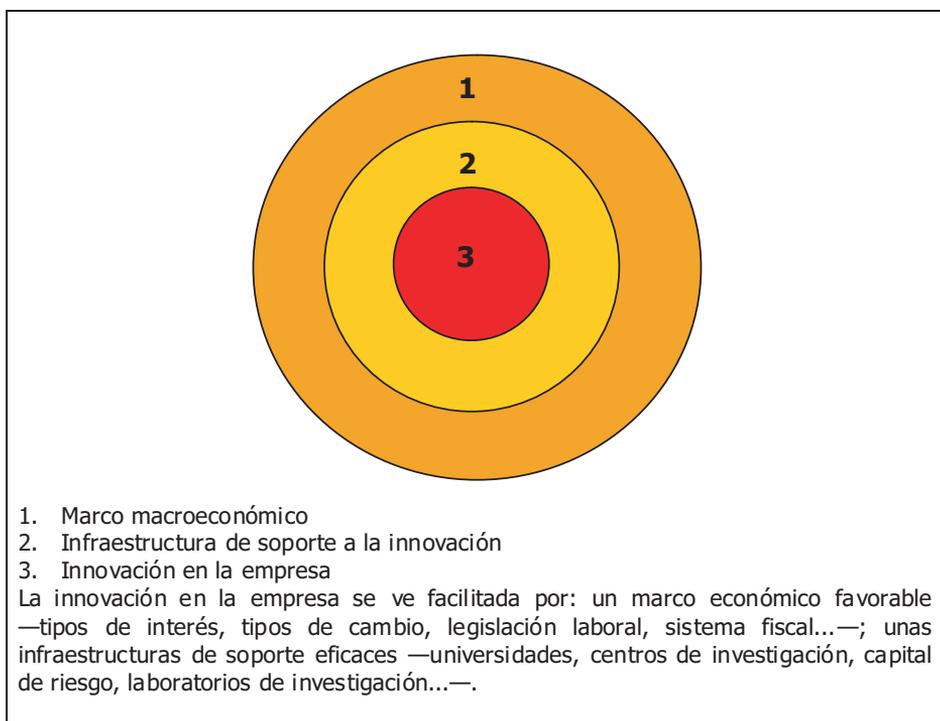
Las implicaciones de este modelo para la política de fomento a la innovación son muy semejantes al de Ergas¹², —promover la rivalidad interior crear factores especializados ligados a sectores o grupos específicos, estimular la demanda de productos avanzados en la fase inicial, motivar la inversión...—. Los elementos del análisis de Ergas, son los siguientes:

12 Según Escorsa y Valls [1992, pp. 16—20], Ergas [1984], a través de un artículo publicado por la OCDE explica que existe detrás de la innovación y por qué unos países innovan más que otros.

1. *La Demanda.* La innovación es siempre un proceso arriesgado, que obliga a gastar. Por ejemplo en I+D, sin tener la seguridad que estas inversiones se recuperarán. Esto es particularmente cierto en el momento de la aparición de una nueva tecnología, ya que suelen haber diferentes caminos alternativos para resolver un determinado problema, y es imposible —a priori— saber que tecnología se habrá de imponer. Cuán mayor sea el mercado potencial mas fuerte será el incentivo para arriesgarse, ya que la probabilidad de recuperar la inversión será más elevada.
2. *Las oportunidades técnicas.* La capacidad de las empresas de un país de conocer y aprovechar las oportunidades tecnológicas depende de la disponibilidad de personal altamente calificado y de los sus vínculos con el denominado Sistema Ciencia—Tecnología, como también del nivel de este.
3. *La estructura industrial.* La empresa es el lugar donde se produce la innovación. Hace de puente entre la demanda y las nuevas oportunidades generadas por los progresos de la ciencia y de la tecnología.

Ergas, señala también, la importancia de la existencia de mecanismos de cooperación entre empresas complementarias, como, por ejemplo, entre los usuarios y los fabricantes de maquinaria. El intercambio de opiniones facilita el aprendizaje «learning—by—interacting».

Todos dos modelos hacen referencia a la importancia del «medio» o «entorno», es decir, del sistema de elementos interrelacionados capaces de suministrar al innovador el conjunto de factores diferenciados que necesitará en las diferentes etapas del proceso. La probabilidad que surja una idea nueva y la probabilidad de éxito en el proceso de innovación dependen en buena parte de este entorno.

FIGURA 1.1. El entorno de la innovación.

© Escorsa y Valls [1992, p. 20].

Un medio o «sistema de innovación», favorable, es el que dispone de personas y de entidades diversas, capaces de aportar información útil, seleccionada, a bajo coste, a los innovadores potenciales. Si no existen estos emisores de información, las posibilidades de éxito de las innovaciones disminuyen considerablemente.

Finalmente, cerrando todavía más en el análisis de los determinantes de la innovación se encuentra el conjunto de variables macroeconómicas que «marcan» el «medio», descrito anteriormente.

No existe duda que los tipos de interés, la rigidez laboral, el tipo de cambio, la magnitud del déficit presupuestario, el sistema fiscal o, también, el sistema judicial, tienen una incidencia considerable en el comportamiento innovador de las empresas.

FIGURA 1.2. La secuencia que conduce a la competitividad.

© Escorsa y Valls [1992, p. 20].

Hasta aquí se ha intentado configurar la secuencia siguiente: un entorno favorable siempre impulsa las innovaciones, las cuales hacen posible la obtención de la ventaja competitiva que conduce al éxito en los mercados internacionales, es decir, la competitividad.

Este incremento de las cuotas de mercado se traduce en una elevación del nivel de vida. Por supuesto es evidente que la secuencia expuesta admite todo tipo de realimentaciones.

Como es de esperar, no todas las innovaciones tecnológicas se convierten sistemáticamente en éxitos comerciales capaces de relanzar económicamente a las empresas.

La tabla 1.1 recopila una serie de obstáculos a la actividad innovadora, siguiendo los estudios de Piatier, Quinn y Morcillo [1991, p. 23], recogidos por March [1994, p. 464].

TABLA 1.1. Factores de fracaso de la innovación.

Piatier	Quinn	Morcillo
<ul style="list-style-type: none"> • Dificultades de índole financiera. • Coyuntura no propicia. • Insuficiente espíritu innovador. • Problemas relacionados con la venta. • Problemas de personal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aislamiento de la alta dirección. • Intolerancia hacia los individuos emprendedores. • Horizonte a corto plazo. • Practicas contables inadecuadas. • Racionalismo excesivo. • Excesiva burocracia. • Sistema de incentivos inadecuado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Factores internos: <ol style="list-style-type: none"> 1. Problemas de coordinación e integración entre las funciones del proceso de innovación. 2. Ausencia de una cultura innovadora que incentive la participación y la creatividad. 3. Insuficiente atención a las tendencias del mercado. • Factores externos: <ol style="list-style-type: none"> 1. Inexistencia de un mercado emergente o latente. 2. Precio excesivo no justificado. 3. Insuficiente espíritu innovador del sector.

Fuente: March [1994, p. 464].

1.5. LA DIFUSIÓN DE LA INNOVACIÓN

La difusión de innovaciones se define como el proceso de transmisión de un flujo constante de innovaciones a la sociedad. A continuación reflejamos algunos de los principios determinantes del proceso de difusión de innovaciones, factor clave del progreso económico.

En primera instancia, merece reseñarse que el avance tecnológico y la introducción de innovaciones de producto y proceso en una economía no es un ejercicio inmediato o automático sino que comporta necesariamente un proceso de aprendizaje por parte de los distintos agentes socioeconómicos implicados en dicho proceso, en su calidad de generadores o usuarios de innovaciones.

Con frecuencia el punto de partida del proceso generador de innovaciones reside en el conocimiento científico—tecnológico y en la introducción de ciertos avances organizativos y de gestión en el ámbito empresarial.

Con relación al alto contenido científico—tecnológico que suele acompañar al proceso generador de innovaciones, cabe esperar que el potencial innovador y capacidad de difusión de innovaciones en una región dependa en gran medida del peso específico y pautas de comportamiento de los siguientes agentes:

- *Fuentes científicas*: Universidad, Instituciones de Formación Superior, Centros de Investigación.
- *Fuentes tecnológicas*: Centros Técnicos, Institutos Técnicos, empresas privadas tecnológicamente avanzadas.

A estos colectivos se les asigna la misión de generar información estratégica y resultados científico—técnicos que, efectivamente transmitidos a los agentes empresariales, actúen a modo de detonante en la gestación de innovaciones.

En este contexto, la difusión de la innovación requiere la puesta en marcha de unos canales de transmisión de dichos avances científico—tecnológico—organizativos a la sociedad, como mecanismo para materializar la innovación y el progreso técnico.

El resultado más visible de un proceso de propagación de cambio técnico e innovaciones se refleja en la masiva adopción de métodos y procedimientos productivos más idóneos y eficientes en el conjunto de la economía.

Con respecto a los elementos que intervienen en la generación y difusión de innovaciones y cambio técnico, identificamos los siguientes como los más habituales:

- Actitud y nivel de formación del capital humano.
- Capacidad de aprendizaje y asimilación de las empresas locales.
- Base científica regional.
- Receptividad a descubrimientos y avances, mentalidad abierta al cambio.
- Pautas de competencia empresarial dominantes en el mercado.
- Creatividad de los agentes regionales.
- Conexión, lazos entre agentes.

Por último, señalar que la difusión de la innovación encierra un proceso de externalización—difusión hacia el entorno junto a otro de interiorización a nivel de unidades empresariales [March, 1994, p. 25].

1.6. EL PROCESO DE LA INNOVACIÓN

La innovación se configura en gran medida como un proceso complejo en el que intervienen múltiples agentes y recursos.

Según él «Programa TEP —Tecnología/economía—», de la OCDE [1992], el proceso de innovación se entiende como la utilización, aplicación y transformación de conocimientos científicos para resolver ciertos problemas concretos [Barceló, 1993, p. 32].

A fin de comprender mejor la naturaleza y propiedades de los procesos generadores de innovaciones, a continuación se detallan unos hechos estilizados o rasgos distintivos de los procesos de innovación en la actualidad:

- *Proceso*: La innovación ha dejado de ser un fenómeno personalizado, como acción aislada fruto de la lucidez y talento de ciertos individuos, para transformarse en un auténtico proceso organizado, multidisciplinar, continuado y permanente, en el que participan colectivos vinculados a diversos campos profesionales. Estos colectivos integran en primer término, personal científico, cuya misión estriba en sentar las bases para subsiguientes progresos en el terreno del diseño, para dar paso a la ingeniería y configuración final de productos y procesos, tareas regidas por personal técnico y gestor. La innovación comprende el conjunto de estas actividades.
- *Incertidumbre*: Toda innovación conlleva una novedad, una modificación más o menos sustancial con respecto a la situación precedente, ya sea en una empresa o en el conjunto de la economía. Por su propia novedad, la innovación se ve sujeta a incertidumbres, desafíos y reticencias que emanan tanto de los propios mercados como del entorno tecnológico—productivo.
- *Acto organizativo*: En la actualidad, las innovaciones responden a un proceso organizado, planificado, premeditado y que transcurre de forma acumulativa, fase a fase y crecientemente planificable, en contraposición a las acciones de tipo individual e improvisado. La mayoría de los procesos de investigación contratados por empresas privadas a centros de investigación, laboratorios o departamentos universitarios, tienen como finalidad el desarrollo de avances que desemboquen en innovaciones de todo tipo.
- *Contenido científico—tecnológico*: A diferencia de épocas anteriores, las innovaciones actuales presentan un mayor contenido en conocimiento científico—tecnológico y en actividades de I+D, propiedad que revaloriza el papel de las fuentes de conocimiento científico—tecnológico regionales.
- *Afectación innovación—territorio*: La experiencia internacional demuestra que la existencia de una correlación positiva entre presencia de fuentes C+T en la región y capacidad innovadora regional, es indicativo de un buen nivel de integración y sinergia a lo largo de la secuencia C+T regional y simultáneamente, denota un eficaz

aprovechamiento de los recursos autóctonos. Por el contrario, la coincidencia en un territorio de un amplio potencial C+T junto a una escasa capacidad innovadora revela una patente falta de coordinación e interrelación entre los colectivos regionales investigador e industrial. En tal caso, los avances C+T no revierten sobre la región sino que son transferidos a otras zonas, donde las innovaciones culminan y son rentabilizadas.

- *Proceso de aprendizaje*: La capacidad para generar y asimilar innovaciones no se adquiere de forma inmediata o casi automática sino que requiere largos procesos de aprendizaje en el manejo de las variables clave intervinientes en la gestación de la innovación.
- *Acumulación de capacidades*: Las innovaciones emanan de la confluencia de varias capacidades adecuadamente entrelazadas:
 1. Capacidad científica de las fuentes de investigación, en calidad de máximos responsables del componente conocimiento científico.
 2. Capacidad tecnológica: Se corresponde con la función de transformar el conocimiento inmaterial e intangible en resultados aplicables por las unidades productivas. En virtud de esta capacidad, el conocimiento científico se transforma en un avance técnico—organizativo con aplicabilidad industrial.
 3. Capacidad productiva: Atañe al empleo de las herramientas de trabajo pertinentes para dar forma y contenido material al futuro avance.
 4. Capacidad de fabricación: La última de las capacidades alude a la fabricación del proceso o producto en que se plasma la innovación junto a su introducción en el mercado.
 5. Proceso global: La innovación es ante todo un proceso crecientemente sistémico, global e interdisciplinar, que se marca como objetivo mejorar cualitativamente la organización, producción, calidad de los productos, satisfacción del cliente y reducir costes de producción [Sweeney, 1993, p. 73].

1.7. MODELOS EXPLICATIVOS DEL PROCESO GENERADOR DE INNOVACIONES

La base argumental expuesta hasta el momento remarca el carácter de proceso que acompaña a la obtención de innovaciones. El proceso generador de la mayoría de las innovaciones está integrado por una secuencia de fases sucesivas e interconectadas.

El punto de partida natural de dicho proceso es el conocimiento científico, componente que se gesta primordialmente en Universidades y otros organismos de investigación científica.

En un segundo eslabón aparecen las actuaciones encaminadas a difundir e impulsar la capacidad tecnológica, entendida como la transmisión del saber científico, inmaterial e intangible, a las unidades productivas facultadas para utilizar las herramientas de trabajo que mejor resuelvan la fabricación de la futura innovación.

En tercer lugar figura el diseño, fase que comprende las acciones destinadas a perfilar y conferir forma tangible a la innovación, para seguidamente pasar al cuarto estadio en el que se aborda la fabricación del producto o proceso en que se concreta la innovación. Lógicamente, el último y definitivo eslabón de la cadena no es otro que la introducción de la innovación en el mercado, lo cual supone su materialización efectiva y la plena realización de su valor añadido.

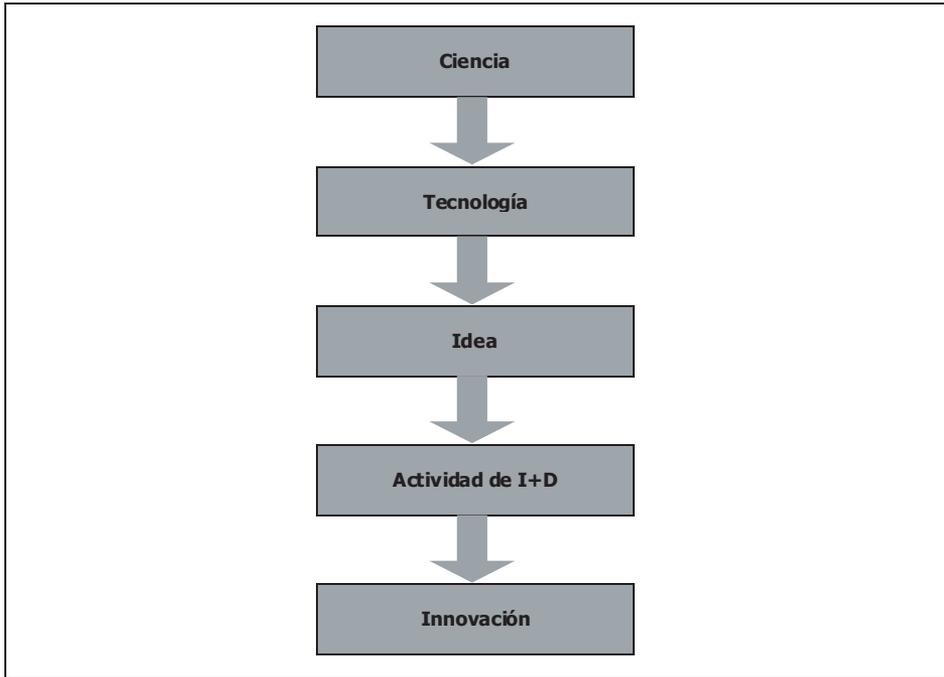
Advertimos cierta uniformidad de criterios en cuanto al contenido y validez de la secuencia de las fases expuesta. Sin embargo, la forma en que los componentes de la cadena se entrelazan y relacionan entre sí ha concitado controversia y a su abrigo han madurado enfoques o modelos explicativos del proceso generador de innovación alternativos.

El modelo Lineal ha imperado hasta los años 70 en que empezó a ser cuestionado. Hasta entonces, había sido considerado como el único planteamiento capaz de interpretar el proceso de obtención de innovaciones y nuevas tecnologías. El principal argumento sobre el que se fundamenta revela que la tecnología se genera como resultado de una cadena de actividades compartimentadas, sucesivas e independientes entre sí, las cuales requieren un entorno natural propio y distinto al de las demás para poder desempeñar eficientemente su cometido. Consecuentemente, basta con seguir unos cauces preestablecidos y procurar que cada eslabón goce del entorno adecuado, para asegurar la eficiente y ágil generación de innovaciones.

Según Ruiz y Mandado [1989, pp. 14—17], se han identificado dos modelos tradicionales de carácter lineal del proceso de innovación:

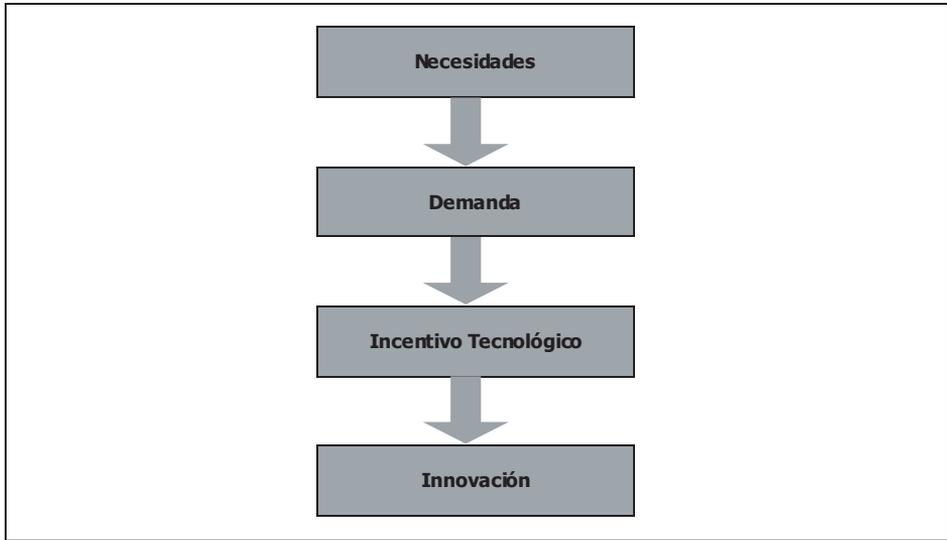
- El modelo de innovación promovido por la tecnología.
- El modelo de innovación promovido por las necesidades del mercado.

El modelo de innovación promovido por la tecnología valora notablemente los avances de la ciencia y el desarrollo tecnológico como condiciones determinantes de la innovación.

FIGURA 1.3. Modelo de innovación promovido por la tecnología.

© Ruiz y Mandado [1989, p. 15].

En el modelo de innovación tecnológica determinado por el mercado se establece que la «necesidad» es el determinante de la innovación. El principal punto de apoyo de este modelo es que se puede conocer la dirección en que el mercado está «tirando» y que estos factores del mercado son fundamentales para la innovación. Es decir, que el análisis de las necesidades futuras del mercado es la clave para lograr las innovaciones con éxito.

FIGURA 1.4. Modelo de innovación determinado por el mercado.

© Ruiz y Mandado [1989, p. 17].

Sin embargo, este modelo presenta algunas deficiencias al justificar algunas innovaciones con gran éxito, sobre todo, al tratar de explicar como es posible averiguar necesidades y demandas sobre bienes que no existen y que, por tanto, son difícilmente conceptuales con anterioridad y mucho menos con la capacidad para averiguar sus aplicaciones. Desde la óptica de la lógica espacial y locacional, y en consonancia con sus postulados, el modelo Lineal¹³ presupone y acata la segmentación de las distintas fases del proceso productivo y propugna la estricta división del trabajo entre sus distintas funciones, abogando en consecuencia por la separación funcional y espacial de la Investigación, Desarrollo, Diseño y Producción. Si este modelo representase convenientemente a los procesos de innovación bastaría con que los responsables políticos financien las actividades de I+D de los Centros Públicos de Investigación y las empresas a través de los instrumentos clásicos, para lograr que sus resultados sean, posteriormente, aplicados en los procesos productivos.

La preponderancia del modelo Lineal se truncó ante la avalancha de cambios procedentes de Japón y otros países del Sudeste Asiático que sirvieron de revulsivo para dar consistencia a una serie de modelos alternativos. Así, durante

13 Siguiendo la opinión de Castells [1989, pp. 11—21].

la década de los 80, numerosos estudios empíricos han coincidido en subrayar que el éxito del proceso innovador depende, en gran medida, del grado de integración reinante entre las distintas fases del proceso, dando origen a los denominados Modelos Integradores o Interactivos¹⁴.

Este enfoque, que puede representarse por el modelo de Kline [1985], pone el acento en el papel central de la empresa en la concepción de los procesos de innovación, en las realimentaciones entre diferentes fases del modelo, así como en las diferentes interacciones que relacionan la Ciencia y la Tecnología con cada una de las etapas de los procesos de innovación. Según este modelo, existen cinco caminos o trayectorias para la innovación, todos importantes y que son los siguientes¹⁵:

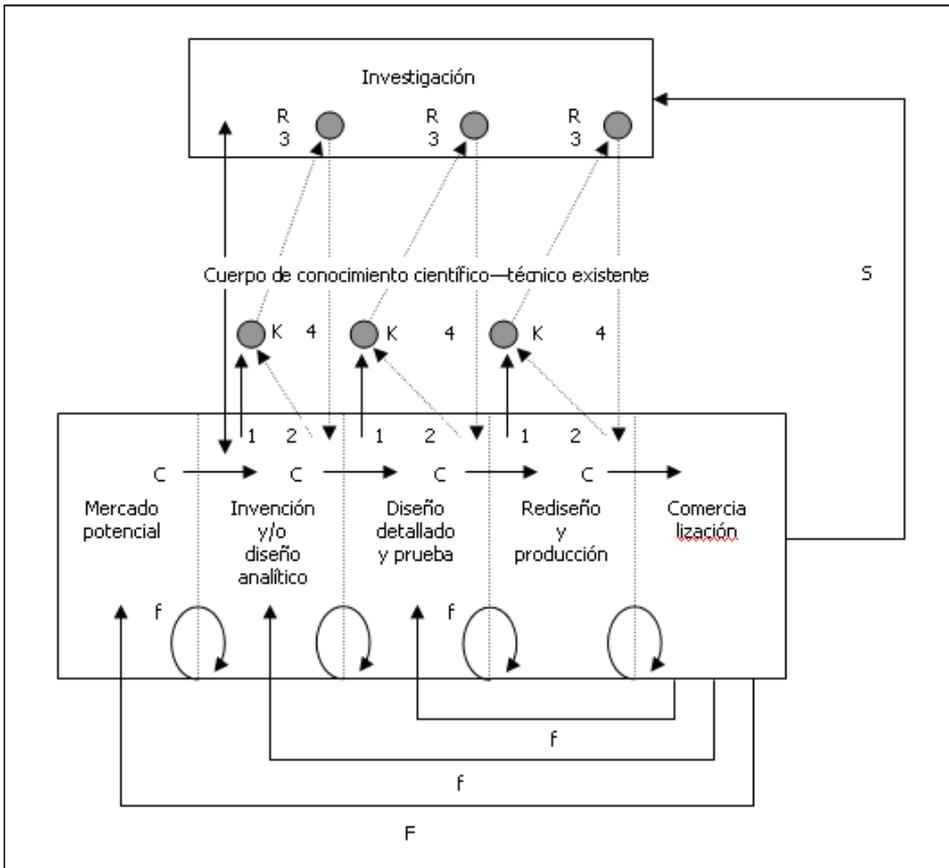
1. El camino central de la innovación —flechas c— empieza con una idea que se materializa en un invento y/o diseño analítico, el cual, evidentemente, hay que responder a una necesidad del mercado. El diseño analítico se denomina también diseño de ingeniería —engineering design— porque puede ser efectuado por los ingenieros, los cuales seleccionan procesos, utilizan componentes disponibles o diseñan elementos nuevos que, combinados, permiten llegar a un artefacto o sistema que da la forma a la idea inicial. Este invento y/o diseño analítico pasa a continuación por un proceso de diseño detallado que termina en un prototipo, que es probado dentro de la fase de desarrollo tecnológico. Más adelante vienen las etapas de fabricación y comercialización.
2. Existen diversas realimentaciones —feedback links—: a] entre cada etapa del camino central y la etapa anterior —flechas f—, b] desde el producto final, que puede presentar algunas deficiencias y obliga a efectuar algunas correcciones en las etapas anteriores —flechas f—, y finalmente, c] desde el producto final hasta el mercado potencial —flecha F—.

14 Destacar a este respecto los estudios de Kline y Rosenberg con su «chain—linked model» o modelo de vínculos en cadena, que toma plena consideración de los efectos retroactivos a modo de interacciones entre todas las fases del proceso generador de innovaciones. Junto a Kline y Rosenberg, los postulados interactivos son defendidos en diversos trabajos por una ola de analistas entre los que citamos a Lundvall [1988, pp. 349—369].

15 Siguiendo a Escora y Valls [1997, pp. 27—29], que hacen un estudio detallado del modelo propuesto por Kline [1985].

3. La conexión con la investigación a través del uso del conocimiento existente. Desde todas las fases del camino central se utiliza el conocimiento existente —flechas 1/2—. Pero cuando no se consigue la información que se busca, hay que hacer investigación para encontrar la solución —flechas 3/4—. Por tanto, la investigación no parece ser la fuente directa de las innovaciones.
4. Existe una conexión entre la investigación y la innovación: los descubrimientos de la investigación pueden dar lugar a inventos, los cuales se convierten en innovaciones —technology push—.
5. Finalmente hay las conexiones directas entre los productos y la investigación —flecha 5—. La ciencia depende de la tecnología, los nuevos instrumentos hacen posible investigaciones más profundas y complejas.

FIGURA 1.5. Modelo de Kline.



No es nuestra intención enfrentar los enfoques, ni considerar que la aparición del enfoque interactivo invalida totalmente y para siempre el lineal. Pretendemos poner de manifiesto lo que el enfoque interactivo aporta al lineal.

- El enfoque lineal fija su atención esencialmente en el inicio del proceso.
- El enfoque interactivo pone en evidencia que un incremento de las actividades de I+D no implica necesariamente un incremento de los procesos de innovación.

Para que estos aumenten hay que hacer llegar a las empresas los resultados de las actividades de I+D e involucrarlas en su adecuación y utilización en los procesos productivos. El enfoque interactivo subraya la importancia del final del proceso.

A continuación se ofrecen de forma sistemática las divergencias más significativas entre el Modelo Lineal y los Modelos comprendidos dentro de la categoría de integradores o interactivos¹⁶:

1. La propia variedad de modelos englobados bajo la segunda categoría corrobora la tesis sobre la no—existencia de un único modelo generador de innovaciones.
2. Todos ellos sostienen que la cadena unidireccional en la secuencia de fases no es necesariamente la más apropiada, ni tampoco lo es iniciar el proceso generacional con la Investigación básica.
3. Abogan por la proliferación de interrelaciones e interdependencias de todo tipo a modo de red entre las distintas fases, desde la concepción de una idea hasta la comercialización final de la innovación, puesto que los resultados obtenidos en cualquiera de las fases pueden servir y resultar útiles a cualquiera de las demás.
4. Los interactivos adjudican gran relevancia a la naturaleza «partenarial» y al aprovechamiento de sinergias entre los diversos agentes participantes en el desarrollo de las innovaciones. Asimismo, toman plena consideración de los factores socioculturales como mecanismos indispensables para la introducción no traumática de las innovaciones en los mercados.
5. Una de las premisas básicas de estos modelos y que los distancia notablemente del Lineal radica en la activa participación de los

16 Siguiendo a March [1994, p. 30].

usuarios desde etapas iniciales del proceso, no contemplada en dicho modelo.

6. El principio de interacción asegura que tanto las labores de producción como las distintas subdivisiones que constituyen la actividad de I+D deben permanecer íntimamente ligadas e integradas conformando una secuencia ininterrumpida e interconectada.

En resumen, la presente discusión ha puesto de relieve que la integración—interacción por la que abogan los modelos alternativos se contrapone a la división y compartimentación de tareas defendido por el Lineal.

El sistema de innovación japonés es el que más fielmente recopila los postulados renovadores inspiradores de los modelos interactivos, tal como se desprende de su apuesta por la innovación continuada y el afianzamiento de vínculos estables y sólidos entre las distintas funciones que integran el proceso de innovación, abarcando desde la investigación más básica hasta la comercialización de los resultados. Este sistema se completa con una estrecha interrelación entre proveedores, ensambladores y mercados.

Por todo lo expuesto, los modelos interactivos sugieren la efectiva inclusión de la función empresarial en una compleja malla de interrelaciones entre empresas, centros de investigación, Universidades y centros de transferencia de tecnología, como requisito ineludible para la penetración en múltiples áreas y mercados así como para la explotación íntegra de las economías de alcance consustanciales a toda innovación. Todo ello configura al proceso de innovación presentado por los modelos interactivos como un fenómeno social.

1.8. CONCLUSIONES DEL CAPÍTULO

En un sentido amplio se define la innovación como todo cambio cualitativo de orden científico—tecnológico—organizativo o productivo que represente una mejora perceptible con respecto a la situación precedente. La innovación no tiene la misma importancia ni el mismo comportamiento en todos los sectores.

Se puede hacer una clasificación de los diferentes sectores sobre la base de su comportamiento innovador, sectores dominados por el oferente «supplier—dominated», sectores de dominadores especializados «specialized—suppliers», de producción intensiva de escala «scale—intensive» y sectores basados en la ciencia «science—based».

Esto pone de manifiesto diferentes comportamientos innovadores que no pasan necesariamente por las actividades de I+D. Un predominio de los primeros

tipos de sectores «supplier—dominated» y «specialized—suppliers», el fomento de las actividades y de los departamentos formalizados de I+D no será tan importante y sin embargo, será decisivo fomentar la difusión y la asimilación de las innovaciones, la formación de personal y las acciones de cooperación entre los actores.

La importancia del proceso de aprendizaje de las innovaciones, los conceptos de «learning—by—doing» y «learning—by—using» tratan de evidenciar la capacidad innovadora que se produce dentro del mismo proceso de producción y del uso del producto. Estos conceptos hacen referencia a la dinámica de la innovación al centrarse no tanto en los cambios radicales y discontinuos como en los incrementales y continuos. La importancia de la existencia de un entorno y medios favorables al proceso de la innovación, es decir, del conjunto de elementos capaces de suministrar al innovador el conjunto de factores diferenciados que necesitará en las diferentes fases del proceso.

Esquemáticamente los principales medios son:

- Las personas [patrimonio intelectual].
- Entidades diversas [know—how].
- Información útil de bajo coste.
- Flexibilidad laboral.
- Bajo tipo de interés.
- Equilibrado tipo de cambio.
- Sistema fiscal de incentivos.

En cuanto a los principales modelos explicativos del proceso generador de innovaciones cabe reseñar la preponderancia en el contexto actual de los modelos interactivos o integradores que abogan por una múltiple, multidireccional y más intensa interrelación entre las distintas fases intervinientes en el proceso generador de innovaciones.

2 APROXIMACIÓN CONCEPTUAL AL SISTEMA NACIONAL DE INNOVACIÓN

Las relaciones entre el cambio tecnológico, la economía y la sociedad es un tema amplio y de mucha especulación e investigación. Algunos investigadores se han concentrado en la visión cultural de Occidente, en las maneras tecnológicas racionales y lineales de pensar. Otros han enfocado sus estudios en la importancia de la tecnología en el sistema capitalista y en la importancia del capitalismo para el cambio tecnológico.

Dentro de esta amplia gama de metodologías para investigar la tecnología y la sociedad, algunos investigadores han tratado de explicar por qué algunos países difieren con respecto al desarrollo tecnológico.

Una cuestión importante que proviene del entendimiento actual entre el desarrollo tecnológico y las naciones es la siguiente: «¿Por qué y como han triunfado algunas naciones en concreto, en producir tanta invención científica e innovación de mercado, que lleva a la difusión y uso de tecnología, mientras que otros países han tenido tantas dificultades?» [McKelvey, 1991, p. 117].

Uno de los enfoques que está adquiriendo una relevancia especial, actualmente, es el de sistemas nacionales de innovación. Algunos investigadores usan sistemas nacionales de innovación como un término intercambiable de un país a otro, siempre y cuando tengan un sistema similar de I+D, donde la visión lineal de innovación —desde la ciencia a la tecnología y al crecimiento económico— ha sido frecuentemente usada para justificar las subvenciones gubernamentales de I+D.

Importantes indicadores científicos y tecnológicos han sido desarrollados después de la Segunda Guerra Mundial, pero han habido intentos de medir el «input» de I+D —en una empresa, sector o país— y han habido intentos de compararlos con los indicadores económicos de rendimiento que implícitamente aceptan esta progresión lineal básica desde la ciencia al crecimiento económico. En contraste, sin embargo, mucha de la nueva investigación sobre sistemas

nacionales de innovación ha implicado en un intento de ampliar el alcance analítico, para conseguir una comprensión más profunda de la relación entre el cambio tecnológico y el crecimiento económico.

Sistema nacional de innovación es un término amplio, el cual incluye los procesos de innovación y difusión en el contexto del sistema de producción y en el de las instituciones sociales y económicas. En general el término innovación es comúnmente usado con uno de estos tres significados:

- Para indicar una etapa específica del proceso de cambio tecnológico, cuando un invento es introducido en el mercado¹.
- Para indicar todo el tipo de novedades no tecnológicas de naturaleza organizacional, social e institucional.
- Para indicar el proceso de creación, difusión o el uso de estos distintos cambios.

Aunque los factores económicos se acentúen, las explicaciones culturales, sociales e históricas han encontrado, en distintos grados, su camino en la investigación teórica en esta área. Esto es porque el proceso de innovación tecnológica puede incluir muchos factores complejos y determinantes, tales como:

- Sectores industriales claves.
- El ambiente nacional.
- Orientaciones culturales.
- Interacciones entre productores—usuarios, etc.

En la descripción de los diferentes enfoques, consideraremos algunos puntos fundamentales que incluyen²:

- La adecuación general de cada teoría en dirigirse a los verdaderos sistemas nacionales de innovación.
- La definición adoptada de tecnología.
- El énfasis relativo en la tecnología o en los procesos económicos de innovación.
- La perspectiva sobre la relación entre el «actor» y la «estructura».

1 Dividiendo el proceso del cambio tecnológico en tres fases —la invención, innovación y difusión— se aclara la diferencia entre hacer una realidad tecnológica desde una idea inicial —la invención—, mercantilarla —la innovación— y extender esa tecnología a usuarios potenciales o últimos consumidores —la difusión—. Sin embargo, el desarrollo tecnológico es un proceso sin las líneas claras entre las fases porque productor y usuario continúan mejorando el producto [Rosenberg, 1982, en McKelvey, 1991, p. 137].

2 Siguiendo parcialmente a McKelvey [1991, p. 118].

2.1. PROBLEMA COMÚN ¿UN MUNDO NACIONAL O INTERNACIONAL?

Un problema clave es el que hace referencia al nivel en que los sistemas de innovación han de ser analizados. El asumir la existencia de los sistemas nacionales de innovación implica una integridad significativa y sistémica. ¿Hasta que nivel se integran tales sistemas nacionales importantes, en un mundo cada vez más internacional e integrado, y son las fronteras nacionales la categoría analítica decisiva?

Claramente, esta demarcación es amenazada por la existencia de desproporciones regionales en el desarrollo y crecimiento de la innovación, ambos dentro de países y entre áreas del planeta. La naturaleza desigual del desarrollo capitalista puede hacer más significativo analizar grupos de países —tales como los desarrollados versus los que aún se están desarrollando o el poder de Japón, Europa y EEUU— o, por otra parte, regiones menores —por ejemplo, norte y sur de un país en concreto—.

Además, las presiones internacionales pueden debilitar la autonomía nacional. Por ejemplo, Katzenstein³ argumenta que la política industrial flexible es a veces posible en pequeños países desarrollados debido a la existencia de estructuras sociales corporativas, implicando la cooperación del estado, del trabajo y del capital. Sin embargo, la internacionalización económica continúa aumentando, el capital nacional llega a ser internacional y no depende más al mismo nivel del gobierno y de la estructura social nacional.

Un problema con relación al comercio internacional es el de usar naciones como unidad de análisis, ya que el comercio internacional no es simplemente comercio entre países, porque existen las entidades que coordinan las actividades económicas a través de muchos de esos países, empresas específicamente multinacionales. A la vez, las empresas multinacionales ahora tratan de tener identidades múltiples, lo cual significa «intentar llegar a ser compañías locales en muchos países». Las empresas multinacionales forman una parte importante de los sistemas reales de innovación en varios países. Esto tiene implicaciones para cada sistema nacional, mientras al mismo tiempo cada empresa multinacional es un actor relativamente coherente [McKelvey, 1991, p. 119]. Además, muchas políticas nacionales son afectadas y afectan los acontecimientos y a la gente, más allá de las fronteras nacionales, y mucha de la actividad en la ciencia y en la tecnología es claramente internacional.

3 Katzenstein [1985], en McKelvey [1991, p. 119].

Sin embargo, el enfoque de los sistemas nacionales de innovación no niega necesariamente que un sistema internacional de innovación pueda existir y exista. Quizá después de identificar las diferencias nacionales —las cuales pueden impedir el error de sobregeneralizar acerca de las características del capitalismo— la comprensión de cada sistema internacional de innovación puede emerger.

En un enfoque más tradicional de las relaciones internacionales, un sistema internacional de innovación podría ser considerado como la interacción entre países y entre empresas —relativamente— nacionales.

Se puede construir también un mapa de los sistemas internacionales de innovación dentro de un sector industrial en particular, o podría ser de una empresa específica en el sentido de trazar las alianzas estratégicas de la empresa, ubicación de la investigación, interacciones importantes con usuarios, condicionantes de la demanda y cultura de la empresa. El problema es cuánto y donde las fronteras económicas coinciden con las fronteras políticas y nacionales. Estos procesos continuos de internacionalización, obviamente causan problemas para la investigación de la ciencia social, que se diseña para explicar las diferencias nacionales en la capacidad para innovar y difundir la tecnología. A pesar de estos problemas, las naciones todavía constituyen un campo interesante, significativo y útil de análisis, [McKelvey, 1991, p. 119].

Aunque los procesos de internacionalización desafían la soberanía nacional hasta cierto punto, los gobiernos hacen políticas que afectan muchas áreas de la vida corporativa y privada. Además, el complejo sistema de acuerdos políticos nacionales —el bienestar social, el trabajo, las relaciones de mercado— junto con las instituciones y el conjunto aduanero, varía significativamente desde un país a otro. Por estas y otras razones relacionadas, las naciones todavía constituyen una categoría analítica válida.

2.2. ESTRUCTURA Y ACTOR

En las ciencias sociales, «estructura» y «actor» frecuentemente se usan para fines opuestos, donde una perspectiva estructural enfatiza los procesos supraindividuales que determinan acciones individuales mientras la perspectiva del actor enfatiza la voluntad libre de los individuos.

Como pregunta Boglind [1989, p. 32], «¿Es la sociedad el resultado cambiante caprichoso de interpretaciones y acciones de individuos, o es un modelo, el cual es creado independientemente del conocimiento y fuerza de voluntad individual del actor?»

La teoría económica Neoclásica abarca una versión del individualismo metodológico, mientras simultáneamente niega la suficiente diversidad de acción asumiendo preferencias y tecnologías prefijadas, y asumiendo una respuesta racional a cualquier problema de decisión totalmente especificada [Hodgson, 1988, pp. 119—126; Farmer y Matthews, 1991, pp. 103—116].

La teoría de las ventajas comparativas puede ser usada como una ilustración. Bajo ciertas suposiciones argumenta que todos los participantes se benefician si ellos se especializan en la producción y después en el comercio. Esto da un resultado predeterminado. Parece ser que los actores individuales hayan de escoger racionalmente según principios generales, para alcanzar un resultado óptimo y equilibrado. Sin embargo, el estrecho margen de elección que se obtiene a través de la teoría de la ventaja comparativa es ilusoria. Si las suposiciones básicas son más flexibles, y se consideran cambios en el capital y en la tecnología, entonces un número «óptimo» de resultados llega a ser posible. Así los países individualmente pueden actuar para proteger la industria incipiente de las consecuencias negativa del comercio con un país más desarrollado.

Otras líneas tradiciones de investigación tratan de combinar los dos extremos para que estructura y actor se relacionen. Por ejemplo, Edquist [1985] reconoce la diferencia pero intenta usar ambos en su estudio del porqué ciertas técnicas son escogidas en lugar de otras.

El término «social carries of technique», el cual contiene las condiciones necesarias para escoger y actualizar la implantación de una técnica, explícitamente reconoce que «actor es el nivel de libertad de acción determinado por los factores estructurales» [Edquist, 1985, p. 11]. Edquist intenta combinar orden e incertidumbre, limitaciones estructurales y voluntad propia.

Giddens [1984] toma otro enfoque e intenta abarcar, ambos actor y estructura, en su teoría de la estructuración. Giddens argumenta que las estructuras son el medio para y el resultado de la acción social. En otras palabras, cada acción sucede en un ambiente ya estructurado, mientras la acción social a la vez tiene efectos sobre la estructura, o para reproducirla o para cambiarla. La conceptualización de la relación entre el actor y la estructura ensombrece la cuestión de cuánto espacio para la elección o novedad se asume que exista en el proceso de innovación [McKelvey, 1991, p. 121].

2.3. CUATRO ENFOQUES DE SISTEMA NACIONAL DE INNOVACIÓN

El concepto de sistema nacional de innovación, ahora, tiene un uso amplio. Sin embargo, las definiciones del término varían y es importante analizar las similitudes y las diferencias. En particular, las diferentes definiciones implican cosas diferentes sobre la importancia de las políticas del gobierno y sobre las posibilidades de afectar el futuro. Además, estas definiciones están basadas en diferentes teorías e indican fenómenos empíricos diferentes.

Los investigadores examinados asumen que las diferencias nacionales existen, desde el punto de vista de mercados, instituciones, mecanismos para la introducción y selección de innovaciones, etc., por lo tanto, cada uno de ellos legitiman un nivel de análisis por encima del individuo o de la empresa.

En lugar de la reducción indispensable para explicar todos los fenómenos desde el punto de vista del individuo racional o empresa, estos investigadores implican que los sistemas nacionales tienen su autonomía propia. A distintos niveles, ellos sugieren que el sistema nacional puede representar un nivel de análisis que no es completamente reducible a sus componentes individuales.

De acuerdo con las aspiraciones de explicación universal, con base en las suposiciones generales sobre los mercados y su comportamiento, el enfoque del análisis cambia desde la simple universalidad a la particularidad de las naciones, con la idea que diferencias en el ámbito nacional, —desde el punto de vista de rutinas e instituciones, por ejemplo—, proveerán eventualmente una mejor explicación de la dinámica de los sistemas económicos capitalistas.

Además, las concepciones de dinamismo y del cambio estructural —pueden ser ambas destructiva y creativa como enfatizó Schumpeter [1934 y 1942]— son una parte integral de las teorías aquí presentadas⁴.

Los autores también comparten una idea común de la importancia del cambio tecnológico, aunque ellos difieren con respecto a qué tipo de cambio tecnológico —o innovación— es importante y el por qué. Ellos también difieren con respecto a si el cambio tecnológico, crecimiento económico y ajuste social son los factores problemáticos en el desarrollo económico.

En la teoría económica ortodoxa, la tecnología es considerada generalmente como conocimiento codificable, lo cual es fácilmente transferible y frecuentemente

4 Si se desea ampliar información sobre Schumpeter, consultar Kamien y Schwartz [1982], que analizan con profundidad las hipótesis Schumpeterianas, el enfoque de la teoría de la decisión y de la teoría de juegos.

sin coste. En esta tradición ortodoxa, la tecnología es vista como «información que es generalmente aplicable, y fácil de reproducir y usar, donde las empresas pueden producir y usar las innovaciones mediante el acceso libre a un *stock* o *pool* general de conocimiento tecnológico» [Dosi, 1988, p. 1130]. En cambio, sin embargo, cuando la tecnología es vista como conocimiento tácito o incodificable [Nelson, 1981, pp. 1029—1064], el desarrollo tecnológico es dependiente de determinadas habilidades históricas y rutinas de investigación. La tecnología por sí misma no puede fácilmente ser transferida a causa de su dependencia de las competencias específicas locales de los individuos.

Teniendo en cuenta estas consideraciones se intentará mostrar que las diferentes definiciones de tecnología son una parte de las diferencias cruciales en la comprensión del dinamismo económico y tecnológico en los sistemas nacionales de innovación.

2.3.1. ENFOQUE CONCEPTUAL DE PORTER

En *La Ventaja Competitiva de las Naciones*, Porter [1990] comparó diez países industrializados⁵. La pregunta detrás de este estudio empírico fue: «¿Porqué ciertas empresas están emplazadas en ciertas naciones capaces de innovación consistente? ¿...Porqué ellas persiguen a cualquier coste las mejoras, buscando aún una más sofisticada fuente de ventaja competitiva?» [Porter, 1990, p. 77].

Finalmente, Porter está interesado en el porqué un país específico tiene éxito en industrias específicas. De hecho, el ve un sin sentido comparar naciones a un nivel superior —por ejemplo, actuación global o balanza comercial—. Sin embargo, Porter identifica las características no reducibles de la economía nacional que influye en el éxito de empresas específicas.

Los recursos existentes y la tecnología ya no son la fuente de la ventaja comparativa. Sin embargo, Porter esta a favor de un proceso dinámico, donde las empresas crean la ventaja competitiva a través de la innovación.

La innovación puede ser técnica u organizacional, o ser «una manera nueva de hacer las cosas» y puede ser radical o incremental aunque la innovación en el significado de Porter también incluye un concepto relativamente nuevo —como las radios menores y más económicas—, viendo sus posibilidades, y

5 Los países incluidos en el análisis de Porter son: Dinamarca, Alemania, Italia, Japón, Corea del Sur, Singapur, Suecia, Suiza, UK y EEUU.

de una forma creadora convirtiéndolo en un producto domésticamente e internacionalmente competitivo.

La base de Porter para comparar los países y las empresas es por lo tanto el cambio económico —particularmente la productividad y el crecimiento—. «El único concepto significativo de competitividad en el ámbito nacional es la productividad. La meta principal de una nación es producir un nivel de vida alto y ascendente para sus ciudadanos» [Porter, 1990, p. 84]. Porter plantea cuatro razones por las cuales las naciones son capaces de apoyar la actividad innovadora en las empresas:

1. Las condiciones de Factor, incluyen no solamente la dotación del recurso existente sino también los factores de producción que la nación puede ayudar a crear. Por ejemplo, las naciones pueden aumentar la reserva de habilidades especializadas necesarias para las empresas y ayudar a desarrollar una base científica. Además, las desventajas nacionales aparentes, tal como una carencia de recursos naturales, pueden estimular políticas privadas o gubernamentales hacia una innovación dinámica.
2. Las condiciones de la Demanda, incluyen la composición y carácter de la demanda nacional. Claramente, las condiciones de la demanda, en sentido cuantitativo y cualitativo, pueden ser un estímulo importante para la innovación si se cumplen ciertas condiciones: si los compradores son sofisticados, si la industria es dominante en el mercado nacional, si los valores relativos al consumo en aquel mercado se expanden internacionalmente. Porter argumenta que la demanda del mercado interno es crucial para la competitividad internacional.
3. El tercer factor en el análisis de Porter son las Industrias Auxiliares y de Soporte, que deben también ser internacionalmente competitivas. Los altos y bajos de las uniones así como las industrias auxiliares proporcionan el acceso a nuevos componentes o a nueva maquinaria, y a los flujos de información, conduciendo al desarrollo de relaciones de funcionamiento íntimas o redes comerciales.
4. Finalmente Porter analiza la Estrategia, Estructura y Rivalidad de las empresas. Porter argumenta que el contexto nacional influye fuertemente en la organización y estrategia de las empresas y el grado de rivalidad entre ellas. La capacidad de las empresas de innovar con éxito en un sector específico depende de este contexto, el sistema nacional de enlaces y relaciones.

Porter enfatiza que estos cuatro factores deben considerarse conjuntamente como elementos de un todo interactuando entre sí. Solamente uno de los factores no puede explicar el éxito individual de las empresas —examinando las acciones de esta empresa—; cada empresa tiene que ser considerada como parte del sistema nacional. Porter difiere de la teoría económica más tradicional en la inclusión de algunos factores institucionales y contextuales y en su énfasis en la naturaleza dinámica de la competición, donde las empresas representan un papel activo y creativo.

2.3.2. ENFOQUE CONCEPTUAL DE FREEMAN

El acercamiento de Christopher Freeman a los sistemas nacionales de innovación dibuja las visiones de sus propios trabajos y de los trabajos conjuntos con Carlota Perez en su camino de investigación sobre la actividad económica [Freeman y Pérez, 1988, pp. 38—66; Pérez, 1985, pp. 441—463].

A su vez, esas teorías son inspiradas por el análisis dinámico de Schumpeter, con su incorporación de cambio tecnológico radical. La teoría de Freeman—Perez se basa en el cambio tecnológico, su definición de tecnología se basa en:

- Las innovaciones incrementales. Estas se refieren a cambios pequeños, que son el resultado del proceso de la producción o de los usuarios. Acumulativamente, ellas son una fuente importante de aumentos en la productividad.
- Las innovaciones Radicales. Estas involucran novedad y el desarrollo discontinuo, normalmente el resultado de I+D. Ellas son frecuentemente un trampolín para nuevas inversiones y nuevos mercados.
- Los cambios en el sistema tecnológico. Estos combinan la innovación técnica radical e incremental con la innovación orgánica y administrativa. Ellos frecuentemente involucran un conjunto de tecnologías.
- Los cambios en el paradigma económico—tecnológico. Estos se refieren a los cambios en el meta—paradigma que afecta todos los sectores de la economía, así como también lleva a la creación de nuevos productos y nuevas empresas.

La definición implícita —de Porter— de tecnología, se basa en la información y en los objetos materiales, aunque las categorías [Industrias Auxiliares y de Soporte] y [Estrategia, Estructura y Rivalidad de las empresas]

también incluyan factores sociales y orgánicos. Cada categoría tiene una implicación diferente para la estructura de los costes y para el dinamismo económico, y la categoría [Estrategia, Estructura y Rivalidad de las empresas] es la base de su teoría económica.

En el enfoque conceptual de Freeman y Perez, la base para la mejora económica se encuentra en los cambios del paradigma económico—tecnológico. El cambio en el paradigma se basa en la creación y la difusión de la tecnología radical que contiene nuevo potencial productivo y en la redefinición de eficiencia tecnológica y económica, en todos los sectores de la economía. Sin embargo, «no todos los países tienen que producir las nuevas tecnologías pero tienen que usar el nuevo paradigma económico—tecnológico en su área de especialización» [Freeman y Lundvall, 1988, p. 3]. El cambio tecnológico radical debe, sin embargo, ser acompañado por un nuevo paradigma socio—institucional, que perfeccione el comportamiento social y la política gubernamental, las estructuras institucionales, las maneras de organizar la producción, y así sucesivamente.

La debilitación ocurre cuando el potencial innovador y productivo del «radical viejo»—la base tecnológica— se pierde. Al final de cada ciclo hay una desigualdad entre las instituciones existentes y la tecnología emergente—dominante y su paradigma. Se explican los crecimientos económicos estructurales a largo plazo y las roturas de las economías capitalista desde el punto de vista de la interacción entre desarrollos tecnológicos radicales y las estructuras institucionales.

Freeman diferencia y analiza los países desde el punto de vista de todo lo bien que ellos han adaptado el nuevo paradigma socio—institucional traído por la creación y la difusión de la tecnología radical. Los sistemas nacionales flexibles tienen más facilidad para ajustar sus paradigmas socio—institucionales a los nuevos requisitos y de esta manera ser vistos como líderes en el nuevo ciclo de tecnología dominante.

Freeman [1987, p. 1] define los sistemas nacionales de innovación como «la red de instituciones en los sectores público y privado cuyas actividades y las interacciones inician, importan, modifican y difunden las nuevas tecnologías». Esta es una definición compleja, pero Freeman se concentra en cuatro aspectos al describir el sistema nacional de innovación Japonés:

1. El papel de la política gubernamental —particularmente del MITI, el Ministerio de Industria y Comercio Internacional—.
2. El papel corporativo de I+D, especialmente con relación a la tecnología importada.
3. El papel de la educación y entrenamiento.

4. La estructura general de la industria [Freeman, 1987, p. 4].

Para Freeman, los otros factores socio—institucionales que pueden diferir entre las naciones incluyen:

- La atmósfera de negocio, si es conflictual o consensual.
- La organización del mercado y del sistema de producción.
- El papel del gobierno.

Estos factores representan las instituciones importantes y las maneras de organizar la sociedad, ellos son la clave porque afectan críticamente si una nación será capaz o no de beneficiarse de las nuevas tecnologías.

2.3.3. ENFOQUE CONCEPTUAL DE LUNDVALL

Como en el análisis de Porter y Freeman, el enfoque conceptual de Bengt—Ake Lundvall sobre los sistemas nacionales de innovación acentúa la naturaleza dinámica de la actividad económica. En otras palabras, Lundvall, nuevamente sigue la teoría de Schumpeter, analiza el proceso económico como un proceso creador y destructor.

Considerando que Porter solamente pregunta cómo o por qué las empresas en un determinado sector puedan innovar con éxito, Lundvall sube el nivel de abstracción y comparación de las verdaderas diferencias nacionales en la capacidad innovadora y en el resultado económico. Aunque su teoría acentúe la importancia de las empresas y de las estructuras de enlace entre empresas, Lundvall juntamente con Charles Edquist no reduce el nivel de análisis —la nación— en su trabajo empírico.

Como en el enfoque conceptual de Nelson, Lundvall —juntamente con el grupo de Aalborg⁶— considera el cambio tecnológico como un proceso complejo, dinámico, acumulativo e incierto. Lundvall pone el énfasis en el proceso económico que ayuda la creación y la difusión de la innovación, que incluye pero que no se limita al cambio tecnológico, en lugar del cambio tecnológico, exclusivamente. La innovación puede involucrar cambios en la organización de las empresas, instituciones o mercados, participación de nuevos actores, y así sucesivamente.

En los sistemas capitalistas, Lundvall defiende, que la innovación ocurre dentro de las actividades económicas normales como la producción y comercialización, así como en la I+D, «en todo momento, en todas las partes

6 El grupo *IKE* de la *Aalborg University* es formado por Christopher Freeman de la Science Policy Research Unit, Sussex University, Jan Fagerberg del Institute of Foreign Affairs, Oslo y François Chesnais de la University of Paris —y sus colaboradores— y la OCDE.

de la economía, nosotros esperamos encontrar procesos continuos de aprendizaje, investigando y descubriendo, produciendo los nuevos productos, las nuevas técnicas, las nuevas formas de organización y los nuevos mercados» [Lundvall 1992, p. 8].

La innovación no es necesariamente una actividad separada efectuada por el departamento de I+D. La innovación es una parte inherente de las actividades económicas normales y también significa que no es posible identificar el cambio tecnológico como un proceso independiente.

En la teoría de Lundvall, los enlaces entre usuario —comprador— y productor —vendedor— son sumamente importantes para la innovación. A través de la interacción —enlace—, el usuario puede comunicar las necesidades potenciales «demand—pull» y el productor puede comunicar las oportunidades técnicas potenciales «technology—push». Tales interacciones permiten que los actores se agrupen y puedan innovar con más facilidad. En este proceso, Lundvall defiende la importancia de:

- El cambio de información cualitativa.
- Las redes necesarias de comunicación entre actores o empresas.
- Los enlaces entre empresas y sectores en una economía nacional.

En contraste con las ideas neoclásicas, donde normalmente se presume que las metas o las preferencias de las empresas están normalmente fijadas en la determinada e inequívoca información, Lundvall argumenta que estos contactos entre las empresas condicionan sus futuras acciones, porque se conceptualizan los cambios de situación.

Así, la clave para comprender las actividades innovadoras está en las acciones y organización de las empresas y en las interacciones entre ellas: «el aprendizaje interactivo es el centro del proceso de innovación» [Edquist y Lundvall, 1993, p. 267]. Aunque esta breve descripción puede dar la impresión que el nivel microscópico de interacción entre las empresas es el más importante, Lundvall se interesa también en la «estructura determinante de la actividad innovadora» [Freeman y Lundvall, 1988, p. 15].

Cada país se ha interesado en estudiar y fomentar su propio sistema de innovación, basado en las instituciones existentes, recursos históricos, desarrollo industrial y sectores importantes. Edquist y Lundvall [1993, pp. 265—298], comparan los sistemas nacionales de innovación Daneses y Suecos, ellos argumentan que «los límites precisos de sistemas nacionales semejantes deben ser determinados por una combinación del análisis teórico e histórico». En otras palabras, esta teoría especifica dos componentes

universales importantes de sistemas nacionales de innovación —las instituciones y la estructura industrial— pero no proporciona criterios claros para identificar el más importante.

Según Lundvall, la estructura determinante de innovación en un país —resultando del aprendizaje interactivo— son las instituciones y la estructura económica. Cuanto a las instituciones se refiere a organizaciones, reglas formalizadas y no—formalizadas y normas. Las instituciones se ven como vital en su papel de reguladoras de las actividades económicas, incluyendo la innovación. En las instituciones importantes para el sistema nacional de innovación se incluyen las de regulación del mercado de trabajo, del sistema monetario, normalización de procedimientos, y así sucesivamente. Una estructura institucional especialmente importante es los sistemas formalizados de búsqueda de conocimiento, o actividad de I+D, dentro de los países, incluyendo las bases de datos nacionales compartidas sobre la tecnología y la economía. La base institucional de estas actividades de investigación es que cada país tiene sus características nacionales específicas y sus propios modelos de comportamiento.

Acercas de la estructura económica, Lundvall se inclina por la tradición estructuralista Francesa. Las interrelaciones hacia delante y hacia atrás «que permiten el learning—by—doing y el learning—by—using» están esencialmente basadas en la micro—formación de enlaces entre las empresas. Pero la completa y compleja estructura industrial que compone un sistema de interacción no puede reducirse a estas relaciones individuales. Dentro de la estructura de producción, Edquist y Lundvall [1993, p. 268] acentúan la importancia de los sectores clave para que el desarrollo económico no se bloquee.

Como Porter [1990] enfatiza que las industrias exitosas en los mercados internacionales son una fuente vital de innovación en la economía nacional. Los bloques de desarrollo son también una fuente importante del dinamismo y de la pujanza económica, especialmente cuando los países pueden tener éxito en crear los nuevos bloques de desarrollo y no simplemente confiar en los productos y sectores industriales tradicionales.

La investigación de Lundvall presenta un intento importante para definir «actor» y «estructura», y también una discusión profunda de la relación entre la producción y la I+D. Edquist y Lundvall proporcionan un informe sofisticado de las diferencias nacionales en el sistema de innovación, instituciones y estructuras de la producción, involucrando las interacciones entre las empresas.

2.3.4. ENFOQUE CONCEPTUAL DE NELSON

Nelson y Winter [1982], desarrollan la idea de procesos evolutivos en las economías capitalistas, donde las rutinas en las empresas actúan como «informaciones permanentes». La competición económica conduce a la selección de ciertas rutinas exitosas y seguras, y estas pueden transferirse a otras empresas. En algunos casos la imitación es posible, pero el traslado de las rutinas pueden también ocurrir mediante la compra externa —desde fuera de la empresa—, a través del entrenamiento y movilidad laboral entre otros.

Su teoría evolutiva se aproxima más a la teoría Lamarckiana, donde las características adquiridas pueden pasarse adelante, que del modelo biológico Darwiniano donde los genes individuales solamente pueden alterarse mediante la mutación antes del nacimiento y la herencia de características adquiridas se descarta. La teoría Lamarckiana se aplica particularmente en la sociedad porque nuestra evolución cultural se basa en el aprendizaje, considerando que nuestra estructura genética apenas ha cambiado [Gould, 1987, pp. 14—23].

Nelson [1987, p. 7] empieza por identificar las características esenciales del cambio tecnológico en las economías capitalistas. Tres elementos claves de su teoría del cambio tecnológico son:

1. Un mecanismo que «introduce las novedades en el sistema» dando lugar, por eso, a resultados imprevisibles.
2. Algún mecanismo inteligente que «selecciona hacia delante» las entidades presentes en el sistema. Una comprensión de los procesos detrás de la selección de tecnología nos permitiría explicar por qué una solución técnica es escogida y no otra.
3. Los resultados eventuales: «A cualquier tiempo, hay entidades factibles no presentes en el sistema predominante que con una oportunidad de cambio se introducen» [Nelson, 1987, p. 12].

La continua existencia de medios de desarrollo semejantes y factibles significa que el sistema nunca alcanzará un estado de equilibrio final. El proceso permanece dinámico, y nunca alcanzará un punto óptimo. En contraste, la suposición que el sistema puede alcanzar un estado óptimo y perdurable en el tiempo son opciones conocidas.

Según Nelson [1987, p. 12], la diversidad existe porque el cambio tecnológico es un proceso abierto, proceso de multi—camino, donde ninguna solución mejor a un problema tecnológico puede conocerse o identificarse de antemano. Como una consecuencia, el cambio tecnológico es un proceso muy caro en las economías capitalista, con muchas duplicaciones y «muertes súbitas».

El proceso de selección y la generación de diversidad son las dos características importantes de este tipo de teoría evolutiva. En ambas teorías, Darwiniana y Lamarckiana, el cambio evolutivo, la existencia de variedad, y posiblemente su perfeccionamiento a través de la mutación o recombinación, son cruciales. Nelson identifica el desarrollo pluralista de la tecnología, la continua innovación tecnológica y la competición entre los proyectos, las características claves del sistema capitalista.

La economía evolutiva e institucional difiere de la teoría neoclásica en su definición de tecnología y en su incorporación de cambio tecnológico en el centro de los procesos económicos. Para Nelson, la tecnología se plasma y existe de diferentes formas, como puede ser, la información codificada, el conocimiento público de información, el conocimiento privado poseído —o de artefactos protegidos por patentes—. Finalmente existe el conocimiento incodificable o rotinizado, específico de los individuos, de los equipos o de una empresa [Nelson, 1981, pp. 1029—1064].

Nelson argumenta que la mayoría de la tecnología se mueve desde la titularidad privada hasta ser un bien público, que es cuando permite que el conjunto de la sociedad se beneficie. Sin embargo, solamente la titularidad —o propiedad— no identifica si la tecnología generalmente está disponible o no.

Nelson también argumenta que las tecnologías pueden clasificarse según su latente pública. Algunas son más genéricas, teniendo que ver con problemas o reglas abstractas comunes a un campo de la investigación o de la industria mientras otras son más específicas, y están vinculadas a un proceso o producto particular.

Esta definición de tecnología, en otras palabras, significa que la tecnología está incluida en las relaciones sociales de la empresa [Nelson, 1981, pp. 1029—1064]. El conocimiento implícito de las personas —del trabajador— y la competencia directiva son cruciales para el cambio tecnológico, y especialmente para la empresa en los cambios específicos.

Este es un importante contraste con la representación más mecánica de la empresa en la teoría neoclásica, donde, los gerentes —mando— del proceso de producción toman decisiones racionales con base en los conocimientos codificables.

Esta diferencia es crucial porque Nelson reconoce que aunque los individuos pueden tomar las decisiones y pueden actuar, ellos están limitados por los hábitos conceptuales y las rutinas. Así las instituciones sociales que pueden diferir entre los países pueden amoldar las preferencias y las percepciones y esto puede ser muy importante en el proceso de la innovación.

Nelson [1988, p. 312] en la investigación del sistema de innovación americano identifica tres características, más bien obvias, de sistemas nacionales de innovación en las economías capitalistas y, que son las siguientes:

1. La gran privatización de la nueva tecnología, que trae la selección de mercado y el móvil de ganancia en la creación de tecnología.
2. La naturaleza evolutiva del cambio tecnológico, particularmente sus múltiples fuentes y su inherentemente proceso de gasto.
3. La confianza depositada en las fuerzas de selección del mercado⁷.

Nelson argumenta que estas tres características están presentes en las economías capitalistas, a diferencia del antiguo modelo Soviético que era planificado y centralizador.

Además de las empresas u otras partes de la estructura industrial, Nelson enfatiza el papel de las universidades y de los laboratorios de investigación, por lo que se puede ampliar el campo típico del análisis económico. Sin embargo, en su investigación del sistema de innovación americano, Nelson [1988, pp. 312—329] se centra en el sector de la I+D. Nelson desarrolló su argumentación como consecuencia de haber llegado a la conclusión de que el sistema de innovación es mayor que el sistema tradicional de la I+D. Los elementos de estos argumentos incluyen:

- El carácter y eficacia del sistema de innovación de una nación de enseñar, entrenar y volver a entrenar.
- Las relaciones de trabajo como —los modelos de trabajo y dirección, la negociación de gestión, resolución de conflictos—.
- Características de las instituciones financieras.
- Las maneras que se organizan y son controladas las empresas.

Estas instituciones son vitales para producir conocimiento y para difundirlo ampliamente [Nelson y Rosenberg, 1993, p. 13].

En este análisis, las variaciones nacionales en los sistemas capitalista son importantes. Así es, en parte, porque «las naciones difieren en su *mix* de industrias —sectores industriales— y estas diferencias influyen fuertemente en las formas de los sistemas nacionales de innovación» [Nelson y Rosenberg, 1993, p. 13]. También es porque hay las diferencias entre naciones en la composición y estructura de otras instituciones. Estas instituciones difieren en el papel que

7 Una cuestión polémica sobre la interpretación de Nelson es la siguiente: los agentes no confían simplemente en los resultados del mercado, ellos intentan también anticiparse a través de los condicionantes de los mercados de futuro [McKelvey, 1991, p. 133].

juegan, su organización y orientación, cuánto ayudan las empresas nacionales, así como si la financiación es pública o privada.

Las características nacionales del sistema de la I+D tiene implicaciones para integrar la ciencia y la tecnología en las actividades de la industria y por lo tanto todo lo fácil o difícil que es para la innovación ocurrir en un país. Los equilibrios diferentes entre la tecnología pública y privada significa que los arreglos institucionales son diferentes para ocultar y para compartir el conocimiento tecnológico y evolucionan a través del tiempo en los diferentes modelos de sistemas nacionales de innovación.

2.4. OTROS ENFOQUES CONCEPTUALES Y APORTACIONES ACERCA DE SISTEMA NACIONAL DE INNOVACIÓN

Como ya hablamos anteriormente, sistema nacional de innovación, es un tema amplio, muchos investigadores lo han estudiado. Después de las cuatro aportaciones descritas anteriormente, otros estudios —a nuestro juicio— merecen una distinción pues aportan puntos nuevos a las concepciones de Porter, Freeman, Lundvall y Nelson.

2.4.1. ENFOQUE CONCEPTUAL DE BELL Y CALLON

Bell y Callon [1994] a partir del análisis de las relaciones entre los entornos científico y productivo, en el campo de la genética y en varios países, proponen una metodología que permite superar los análisis puramente cualitativos de los sistemas de innovación.

Ellos proponen el concepto de redes técnico—económicas, donde una red es un conjunto coordinado de actores heterogéneos que se relacionan y donde en cualquier etapa del proceso de innovación debe producirse una interacción entre los elementos científicos, tecnológicos y de mercado. Estos elementos deben conocer en todo momento el contexto general en el que se desenvuelven⁸.

8 Las conclusiones que llegan Bell y Callon son las siguientes: Las empresas británicas aprovechan muy poco la avanzada investigación básica de su país, que sirve como fuente de inspiración sobre todo a las empresas japonesas. La investigación académica francesa se ocupa de temas de escaso interés industrial y, cuando se acerca al ámbito tecnológico, es aprovechada fundamentalmente por empresas extranjeras. La investigación académica italiana es un recurso esencial para la tecnología italiana, siendo poco visible para las empresas extranjeras [Bell y Callon, 1994, pp. 67—126].

Callon⁹ define la investigación técnico—económica como un conjunto de actores heterogéneos: laboratorios públicos, centros de investigación, organizaciones financieras, empresas, usuarios y proveedores públicos que participan colectivamente en la concepción, elaboración, producción—difusión de los procesos de producción, de bienes y servicios que terminan en una transacción de mercado. La teoría de Bell y Callon se basa en tres elementos claves que son los siguientes:

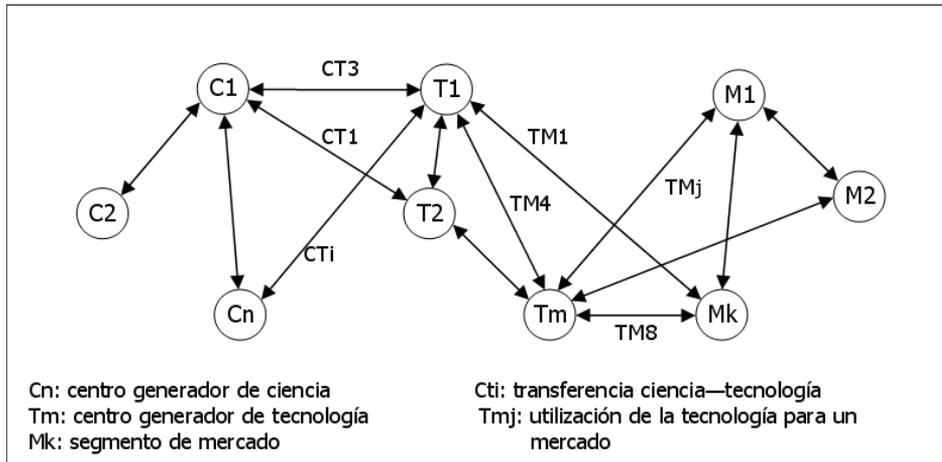
- La investigación técnico—económica se basa en una infraestructura y está compuesta por características fundamentales, que son: La existencia de reglas escritas o tácitas entre sus miembros, la existencia de condiciones de acceso y la existencia de un mecanismo colectivo de creación de valor resultado de las relaciones estables entre los participantes.
- En cualquier etapa del proceso de innovación debe producirse una interacción entre los elementos científicos, tecnológicos y de mercado que intervienen en la innovación. Estos elementos deben conocer el contexto general en el que se desenvuelven.
- El concepto de investigación técnico—económica está basado esencialmente en la movilidad y en la circulación de la información, independientemente de los soportes que se utilicen y, definiendo un espacio comprendido por todos los actores que crean un círculo que pasa la información necesaria a la realización de su finalidad de manera inteligible.

La figura 2.1 representa estas redes que se articulan en torno a tres polos que son¹⁰:

1. *El polo científico* —C—, productor de conocimientos.
2. *El polo tecnológico* —T—, que pone a punto las tecnologías —aparatos, especificaciones, capacidades, etc.—, utilizadas en las tareas de producción.
3. *El polo de mercado* —M—, que representa la demanda existente de bienes y servicios.

9 Callon [1990], en Bell y Callon, 1994, p. 76.

10 Siguiendo a Bell y Callon [1994, pp. 84—91].

FIGURA 2.1. Representación de un sistema nacional de innovación.

© Bell y Callon [1994, p. 79].

Entre estos polos se sitúan otros dos intermediarios¹¹:

1. El polo CT, que pone en contacto la ciencia y la tecnología.
2. El polo TM que relaciona la tecnología con los mercados y que es formado esencialmente por las empresas.

El análisis de los sistemas de innovación a partir de esta teoría permite la realización de diagnósticos muy precisos. Aparecen sistemas completos, en los que los cinco polos se interrelacionan perfectamente y sistemas discontinuos o dispersos, en los que faltan algunos polos, o bien estos no se relacionan entre sí.

En las conclusiones que llegaron Bell y Callon en su trabajo en el campo de la genética, queda claro que es frecuente encontrar polos científicos aislados, sin ningún contacto con las necesidades de las empresas y de los mercados.

El conocimiento de los sistemas de innovación es de una gran utilidad para el diseño y desarrollo de las correspondientes políticas científicas, tecnológicas y de mercado [Escorsa, 1996b, p. 5].

2.4.2. ENFOQUE CONCEPTUAL DE FERNÁNDEZ Y CONESA

A través del proyecto financiado por la Dirección General XIII, Dirección D, de la Comisión Europea —CCE—, de un estudio complementario financiado

¹¹ Siguiendo a Bell y Callon [1994, pp. 88—90].

por la Comisión Interministerial de Ciencia y Tecnología de España —CICYT— y de la publicación de la investigación por la Comunidad Valenciana, Fernández y Conesa [1996], hacen un análisis del Sistema Español de Innovación —SEI— y de los Sistemas Regionales de Innovación —SRI— que lo integran.

El enfoque utilizado en la investigación fue el enfoque interactivo del proceso de innovación. El enfoque interactivo permite el estudio de los procesos de innovación a través del análisis de sistemas. Asimismo, y de acuerdo con las recomendaciones de la OCDE [1992], Fernández y Conesa consideraron que la innovación y su difusión son dos aspectos de un mismo proceso y no dos actividades distintas.

En este contexto, «se define sistema nacional de innovación como el conjunto de elementos y estructuras, que asumen funciones específicas en el proceso de producción, transmisión y almacenamiento de conocimientos y por su capacidad de interacción, mediante la articulación de sus elementos, para la producción de conocimientos y la difusión y utilización de los mismos» [Fernández y Conesa, 1996, p. 48].

Fernández y Conesa consideraran, además, que los elementos del SNI se agrupan, de acuerdo con su actividad principal dentro del proceso de innovación, en una serie de entornos¹²:

- *El entorno científico*, en el que mayoritariamente se producen conocimientos científicos.
- *El entorno tecnológico*, en el que se desarrollan las tecnologías.
- *El entorno productivo*, que produce bienes y servicios, aportando un valor añadido.
- *El entorno financiero*, que ofrece recursos financieros a los demás entornos para el desarrollo de sus respectivas actividades.

La adquisición por parte de las empresas de conocimientos científicos y técnicos no es automática ni los cauces para lograrlo están establecidos ni es fácil su consecución. Para que las empresas puedan aprovechar dichos conocimientos necesitan que esos se encuentren disponibles de forma adecuada y tener la

12 Además de los que se citan, se podría incluir también el «entorno de los usuarios», formado por las personas que finalmente demandan productos o servicios que incorporan tecnología. En España, este entorno apenas contiene elementos activos, es decir, aún no se ha organizado suficientemente [a través de asociaciones, sindicatos, ayuntamientos, etc.] para implicarse en los procesos de innovación tecnológica; de ahí que para una mayor simplicidad no se haya incluido en el enfoque de la investigación del Sistema Español de Innovación, [Fernández y Conesa, 1996, p. 27].

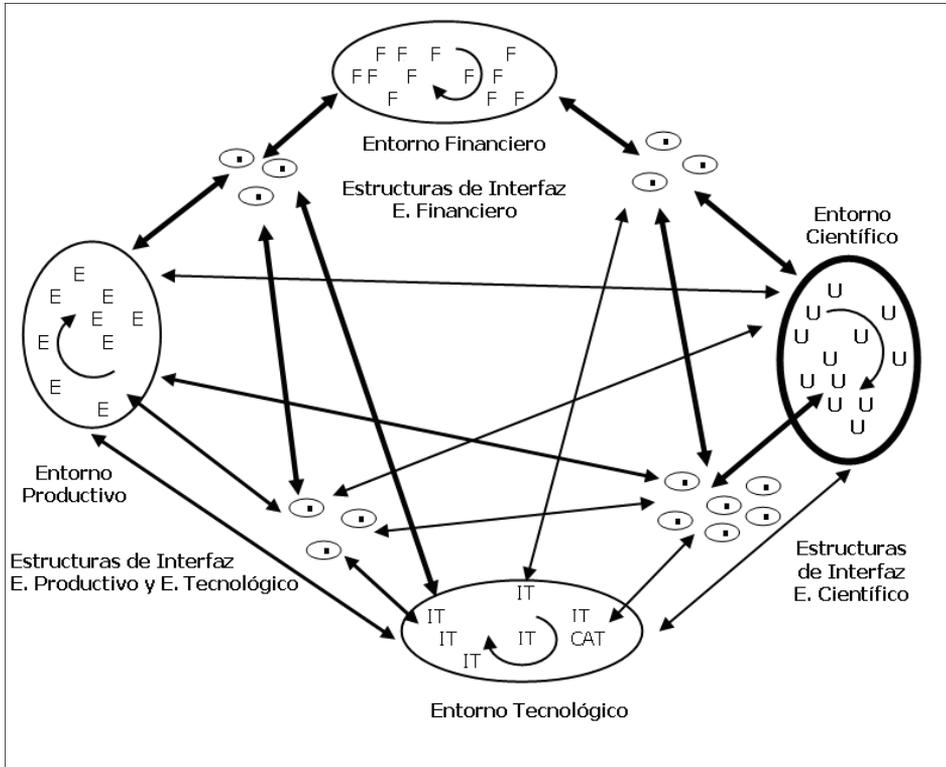
capacidad para gestionarlos, es decir, poseer una organización y unos recursos humanos con la formación y experiencia necesarias para integrarlos en sus políticas de desarrollo [Fernández y Conesa, 1996, p. 44].

Si este proceso no se da, los resultados de la I+D obtenidos por los científicos pueden no emplearse para resolver los problemas tecnológicos que se plantean en los diferentes sectores de la actividad.

La capacidad de interacción de un SNI se considera particularmente importante porque, si no se producen relaciones entre sus diversos elementos no se podrá hablar realmente de un «Sistema de Innovación» sino, en el mejor de los casos, de un conjunto de elementos más o menos activos o innovadores.

En este sentido, en los países en cuyos tejidos empresariales predominan las pequeñas y medianas empresas [PYME] se ha podido comprobar que las relaciones de este tipo de empresas con los otros elementos del Sistema —especialmente con los centros públicos de investigación y con las agencias de financiación de la innovación— no son fáciles ni automáticas por muchas y diversas razones —escasez de personal técnico, falta de tiempo para las relaciones, dificultades de comunicación, diversidad de objetivos y preocupaciones, etc.—. Por consiguiente, si las relaciones son necesarias pero no se producen espontáneamente —al menos en la cuantía y calidad precisas— se han de promover mediante instrumentos de política científica y tecnológica y se han de propiciar mediante entidades capaces de lograr una comunicación fluida entre los diversos elementos del sistema nacional de innovación [Fernández y Conesa, 1996, p. 28].

FIGURA 2.2. Representación del sistema español de innovación.



© Fernández y Conesa [1996, p. 53].

2.5. CONCLUSIONES DEL CAPÍTULO

En el presente capítulo se ha pretendido hacer un resumen de las teorías explicativas del *Sistema Nacional de Innovación*. Este resumen necesariamente breve, tuvo como finalidad la descripción de un marco teórico de referencia que permite la ubicación de las particularidades a estudiar. La abundante literatura existente sobre el tema nos ha obligado a ser selectivos a la hora de escoger aquellas teorías o enfoques que fundamentan nuestro trabajo. La no—inclusión de determinadas teorías o enfoques no presupone un menosprecio de éstos o aquellas. Al contrario pensamos que en general, cada uno de los diferentes puntos de vista aporta algún valor que ayuda a la comprensión del fenómeno *Sistema de Innovación*.

En el análisis de las principales abordajes conceptuales de SNI, los cuatro autores Porter, Freeman, Lundvall y Nelson tienen una concepción diferente que se resumen de la siguiente manera: En la visión de Porter no es posible analizar

las diferencias nacionales, analizando únicamente un sector industrial o industrias específicas con éxitos en un país. El sistema de innovación se refiere al ambiente que apoya la actividad innovadora de las empresas. El foco empírico del análisis de Porter es la comparación entre industrias. Para Freeman una nueva y radical tecnología promueve la innovación social e institucional a nivel nacional. Por otra parte la innovación tecnológica en su concepción puede ser incremental. El foco empírico del análisis de Freeman es la comparación entre naciones con base en sus innovaciones y ajustes en sus instituciones sociales. En el enfoque de Lundvall el sistema de innovación se refiere a la economía nacional. Lundvall señala la importancia de los enlaces y las interacciones dentro de los bloques de desarrollo. El sistema de nacional de innovación es formado por las instituciones pertinentes y la estructura industrial. El foco empírico del análisis de Lundvall es el desarrollo histórico de las instituciones y la estructura productiva de los diferentes países. También para Nelson el sistema de innovación se refiere a la economía nacional. Las diferencias en la estructura industrial —necesidades de la industria en ciencia y tecnología y si la tecnología es pública o privada— y en la organización de las instituciones —especialmente en el sistema de I+D— explican como los sistemas nacionales de innovación difieren. El enfoque empírico del análisis de Nelson es la diferencia institucional actual entre las naciones.

Después de haber hecho un repaso a los diferentes enfoques y teorías y aunque sus definiciones de tecnología difieren, los autores acentúan el papel dinámico que ejerce la innovación en la economía. La pregunta que surge después de este análisis es la siguiente: *¿Qué es un sistema de innovación?* El sistema de innovación significa algo más que los aspectos cuantificables de los sistemas de I+D nacionales. El sistema de I+D, corporativo o financiado por el gobierno, es una pieza importante en la capacidad que tienen las naciones para innovar y difundir la tecnología, pero no suficiente para describir sus diferencias. El concepto de sistema de innovación es una herramienta analítica útil para comprender esas diferencias en el tipo y proporción de las innovaciones. El cambio tecnológico depende principalmente de la sinergia que pueda haber, en el sistema de innovación, entre la potencialidad tecnológica, oportunidades del mercado, instituciones y de la estructura de la economía, que son todos afectados por la estructura específica de relaciones sociales en un área territorial.

3 MARCO TEÓRICO, HIPÓTESIS, OBJETIVOS Y METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

El estudio del SI ha de integrarse en un marco teórico general explicativo del entramado de relaciones entre los distintos actores de la infraestructura del sistema presente dentro de los enfoques actuales.

Por esta razón es necesario ahora, describir cual sería el marco teórico que permitiría incorporar el estudio del SI—SSPC de forma que éste pueda aportar elementos enriquecedores al estudio de los SNI.

El presente trabajo no puede vincularse de manera exclusiva con una determinada teoría. La conceptualización del objeto de estudio se ha hecho a partir de aportaciones de diferentes perspectivas teóricas¹.

De las diferentes perspectivas utilizadas, el trabajo participa en primer lugar, de las aportaciones hechas por Lundvall [1992, pp. 1—19] de que «un sistema nacional de innovación está constituido por elementos y relaciones que interactúan en el marco de la producción, de la difusión y de la utilización de conocimientos nuevos y económicamente útiles..., un sistema nacional de innovación comprende elementos y relaciones circunscriptas a las fronteras de un Estado»...«en todo momento, en todas las partes de la economía, nosotros esperamos encontrar procesos continuos de aprendizaje, investigando y descubriendo, produciendo los nuevos productos, las nuevas técnicas, las nuevas formas de organización y los nuevos mercados».

También, y por otro lado, las aportaciones hechas por Bell y Callon [1994, pp. 64—126] definen que «la investigación técnico—económica se basa en una

1 Este método científico se ajustaría a los empleados en la investigación en el campo de la Dirección de Empresas donde «no existe paradigma que domine la lógica de la disciplina ni deseo de buscar un paradigma que restrinja la visión del campo. Modelos y teorías se utilizan como herramientas siempre y cuando nos ayuden a conceptualizar un tema determinado», [Gómez 1996, p. 1].

infraestructura y está compuesta por características fundamentales, que son: La movilidad y la circulación de la información, independientemente de los soportes que se utilicen y, definiendo un espacio comprendido por todos los actores que crean un círculo que pasa la información necesaria a la realización de su finalidad de manera inteligible».

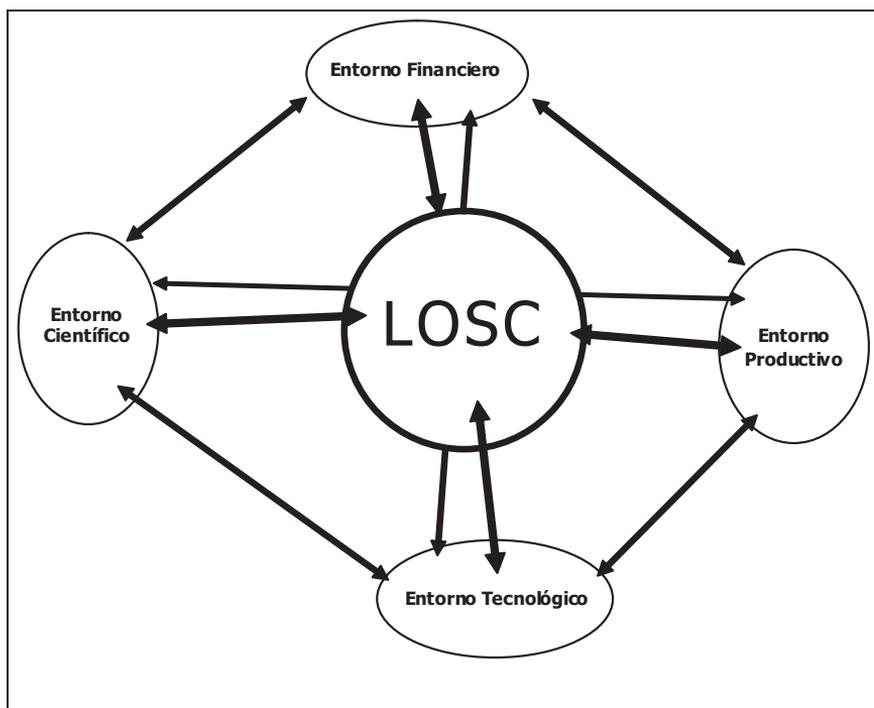
Por último, la aportación de Fernández y Conesa [1996, p. 48] que hacen un primer estudio del *Sistema de Innovación Español* y que definen «el sistema nacional de innovación como el conjunto de elementos y estructuras, que asumen funciones específicas en el proceso de producción, transmisión y almacenamiento de conocimientos y por su capacidad de interacción, mediante la articulación de sus elementos, para la producción de conocimientos y la difusión y utilización de los mismos».

Nuestra propuesta de marco teórico tiene como punto de referencia los modelos estudiados. En el que, reconociendo el desigual valor de las diferentes aportaciones al estudio del SI, se propone un modelo teórico integrado en todo aquello que cada teoría explicativa pueda tener de interés.

En nuestro caso el modelo estará basado en las teorías que se han descrito como dominantes en el pensamiento de los SNI en la actualidad.

En este modelo que proponemos combina el tipo de construcción teórica para explicar «actor» y «estructura».

FIGURA 3.1. Representación actual del sistema de innovación en el sector sanitario catalán.



Fuente: Elaboración propia.

Para describir el modelo podemos decir que a partir de la LOSC —párrafo 2º—, se crea una «**estructura**» que tiene como objetivo la ordenación del sistema sanitario público de Catalunya. Además, también se crean los «**actores**» —artículos 3, 4, 5, 6, 7, 8, 21, 33, 41, 43, 62, 69, 70— que forman parte de esta estructura. Estos actores asumen funciones específicas en el proceso de producción de salud, producción, transmisión y almacenamiento de conocimientos, y se caracterizan por su capacidad de interacción dentro del SSPC, para la difusión y utilización de esos conocimientos.

3.1. RECURSOS COMPARTIDOS EN EL SI

El SI tal como ha sido definido en el capítulo 2 a partir de la integración de las diferentes perspectivas estudiadas, presenta ciertas peculiaridades con relación a los actores.

Los diversos estudios sobre el SI coinciden en reconocer la existencia de un conjunto de externalidades existentes entre «actor» y «estructura». Estas

externalidades pueden ser identificadas como recursos compartidos por los actores que pertenecen al SI. Recursos que tienen un carácter colectivo para los actores del sistema y privado respecto a los actores del exterior.

La base constitutiva de estos recursos compartidos son la información y los conocimientos que circulan en el interior del sistema productivo. Los recursos compartidos se concretan en un conjunto de recursos propiamente dichos y sobre todo, en una serie de modelos o patrones de relaciones y comportamientos que pueden entenderse como rutinas organizativas que superan el marco del actor individual, se insertan en el conjunto del sistema y permiten la activación de sus potencialidades. La naturaleza de estos recursos es intangible, son difíciles de identificar y son el resultado de una experiencia común de todos los actores.

Los recursos compartidos son factores competitivos interrelacionados siendo unos efectos de otros. Pueden ser identificados para facilitar su comprensión mostrando las diferentes dimensiones que presentan y que son los siguientes².

- La disponibilidad de información.
- Los conocimientos acumulados.
- La gestión de la innovación.
- La red cooperativa
- La flexibilidad.

3.1.1. LA DISPONIBILIDAD DE INFORMACIÓN

Dos serían las fuentes de la información que circulan dentro del sistema. Por un lado, la derivada de la producción conjunta de bienes no normalizados. La vía de acceso a esta información es básicamente informal. La proximidad y familiaridad de los actores hace que se den vínculos más allá de las relaciones puramente productivas.

Todo esto fomenta un intercambio continuo de información que permite a los actores y sus directivos la disposición de una base de datos completa y actualizada sobre los diversos aspectos de la producción y de los mercados. Tanto los clientes como los proveedores como los competidores intercambian información.

Por otro lado, está la información suministrada por las instituciones que ofrecen estos servicios. Tanto desde las instituciones públicas como desde las privadas se

² Este enfoque conceptual de recursos compartidos fue propuesto por Molina [1997, pp. 136—141], también llamados recursos generadores de éxito, factores de éxito o factores de dinamización.

ofrece información de muy diversa índole sobre especificaciones técnicas de procesos, productos y mercados, normativas legales, etc. Esta información es accesible a la totalidad de los miembros del sistema y constituye también una base de datos compartida a la que pueden acudir todos los actores [Brusco, 1993, pp. 235—258].

3.1.2. LOS CONOCIMIENTOS ACUMULADOS

Los conocimientos acumulados hacen referencia a toda la experiencia previa acumulada por las personas e instituciones que pertenecen al sistema. La existencia de un «pool» de directivos, médicos, doctores, enfermeros, técnicos y operarios cualificados con conocimientos específicos, además de la experiencia que las instituciones aportan al sistema proporciona una riqueza y diversidad importante en la consolidación del modelo sanitario catalán.

Para los empleados, la inversión en estos conocimientos viene justificada por la seguridad que da el mercado de actores del sistema. Se puede hablar de una experiencia común a la totalidad de los miembros del sistema y de rutinas organizadoras que son compartidas también por el conjunto de éste. El mercado laboral se ve también reforzado por la existencia de una formación específica y conjunta con el actor por parte de las instituciones académicas de carácter público mayoritariamente y dirigidas a la calificación de los operarios, técnicos, enfermeros, médicos, doctores y directivos.

3.1.3. LA GESTIÓN DE LA INNOVACIÓN

El patrón de la gestión de la innovación que se produce en estos sistemas es también compartido y se puede definir como incremental y continuo. Es decir, a partir de una innovación determinada existe un proceso de mejoría continuada con una rápida y eficaz difusión entre los actores.

La difusión tecnológica más relevante es la informal. Esta difusión es consecuencia de la proximidad y familiaridad entre los miembros de los actores. Muchas son las actividades y los ámbitos que son compartidos por directivos y técnicos de los actores y que constituyen el vehículo de esta difusión informal.

También juegan un papel importante en la innovación y su difusión, las instituciones representativas. Dentro de estas entidades y de manera conjunta con los actores, se desarrollan proyectos innovadores que están al alcance del conjunto de los actores del sistema.

Otro aspecto importante de la difusión es la que se basa en las relaciones entre clientes y proveedores. El conocimiento mutuo, las relaciones de larga

duración y la fuerte competencia entre los diferentes suministradores, incentiva la innovación y fomenta su difusión.

3.1.4. LA RED COOPERATIVA

Dentro del SI se producen un gran número de acuerdos de cooperación, tanto de carácter formal como informal. Esta cooperación se desarrolla en dos direcciones básicas. Por un lado, la cooperación horizontal que se establece entre los actores que operan en una misma fase productiva, podemos encontrar desde acuerdos simples de subcontratación de capacidad productiva hasta acuerdos más estables. La cooperación vertical se establece entre los suministradores de «inputs» y los fabricantes. Estas relaciones pueden calificarse de cooperativas en contraste con las relaciones competitivas frecuentes en otras formas organizativas.

Muchos de los acuerdos cooperativos nacen de una elección estratégica deliberada, como consecuencia de una respuesta conjunta frente a determinadas situaciones externas a las que se enfrentan los actores. El hecho destacable de estas relaciones cooperativas es su combinación con una fuerte rivalidad. La justificación a esta dualidad se puede encontrar en la consideración de la lucha entre competidores como un juego de suma no—cero. La mejoría de una empresa no va en detrimento de los competidores del sistema, la colaboración permite la mejoría del conjunto del sistema y puede traducirse en nuevos productos y nuevos mercados [Fernández y Conesa, 1996, pp. 61—147 y Becattini, 1972, p. 73].

3.1.5. LA FLEXIBILIDAD

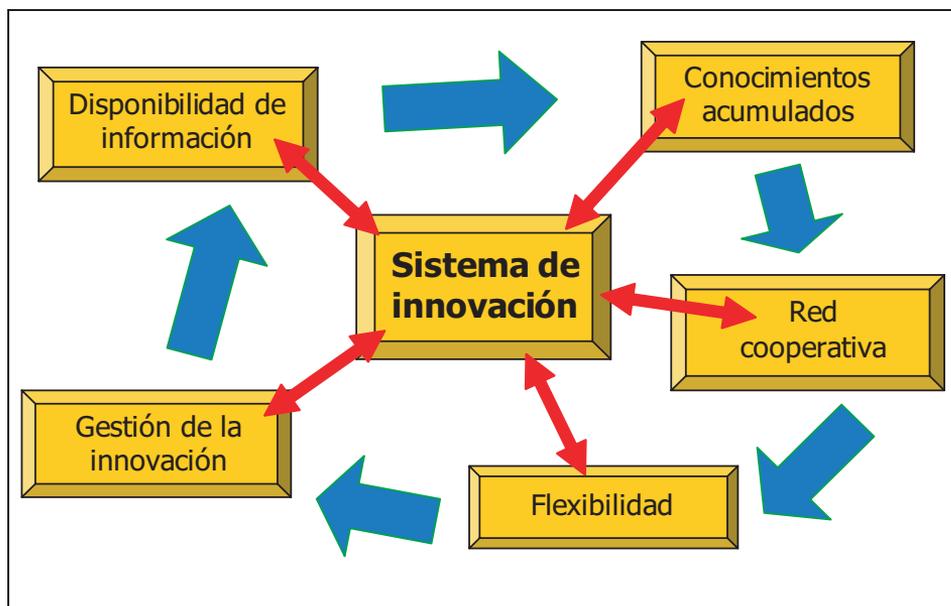
La flexibilidad que tienen los actores del sistema nace como consecuencia de otra de sus características. La dimensión de los actores, las relaciones verticales y horizontales, les permiten rápidas adaptaciones a los cambios y la modificación de las características básicas de los procesos y productos.

La red de actores del SI puede adaptarse rápidamente y evitar impactos externos como los incrementos y decrementos de la capacidad productiva, el paso de una tecnología a la otra o los cambios en los mercados y en los productos.

Pero lo que es más importante es que la flexibilidad del SI puede considerarse como una flexibilidad o versatilidad activa relacionada con el aprovechamiento de las oportunidades de los mercados y no, una flexibilidad o adaptabilidad pasiva que constituiría una flexibilidad enfocada a la adaptación de los actores a las presiones externas del sistema [Sengenberger y Pyke, 1993, pp. 41—42].

En conclusión, estos recursos que hemos definido como compartidos por su carácter colectivo, tienen las características propias de los recursos generadores del éxito. Están basados en patrones de comportamiento y redes de relaciones entre los actores al nivel de sistema. Su carácter idiosincrásico consecuencia de un proceso histórico, hace que sean difícilmente reproducibles en otras localizaciones. El hecho de que en este desarrollo participe o no un actor individual sino grupos de actores de diversas actividades, dificulta aun más la apropiación de estos recursos por parte de los actores de fuera del sistema.

FIGURA 3.2. Recursos generadores del éxito del SI.



Fuente: Elaboración propia.

3.2. HIPÓTESIS DEL ESTUDIO

Las consecuencias del anterior desarrollo teórico sobre el éxito del SI se traducen en cuatro hipótesis básicas que están agrupadas en cuatro fases del análisis del estudio empírico del SSPC.

1. *El valor del presupuesto económico del actor del SSPC se relaciona significativamente con los resultados de la aportación científica del actor al conjunto del SI—SSPC.*

Esta hipótesis refleja el hecho que el conjunto de recursos disponibles por el actor del SSPC puede estar relacionado directamente con su producción científica. Si partimos del punto de que el presupuesto del actor proviene del presupuesto del Estado, la comparación de los diferentes actores puede reflejar un desequilibrio en la distribución de éste, [esta hipótesis fue medida por el número de actividad científica, ensayos clínicos, publicaciones SCI y su factor de impacto, otras publicaciones, proyectos de investigación, tesis doctorales y trasplantes efectuados por los actores del SI—SSPC y definidas en el apartado 3.4.2.2 de este estudio. Esta hipótesis está contrastada en las fases 1,2,3 y 4 del estudio empírico —capítulo 7 de la tesis—].

2. El número de personal de nivel superior que posee el actor del SSPC en plantilla se relaciona significativamente con los resultados de su aportación científica al conjunto del SI—SSPC.

La segunda hipótesis manifiesta que no solo el presupuesto económico puede influir directamente en la producción científica del actor del SSPC. Una plantilla formada por personal de alta calificación puede permitir la producción de un mayor número de actividad científica con menor presupuesto [esta hipótesis fue medida con la producción por personal de nivel superior de las variables de la hipótesis anterior y está contrastada en las fases 1,2,3 y 4 del estudio empírico —capítulo 7 de la tesis—].

3. La tradición histórica hospitalaria de Catalunya, la rivalidad y el alto grado de competencia que mantienen los hospitales del Grupo 4 se relaciona significativamente con su aportación científica al SI—SSPC.

Lo que esta tercera hipótesis supone es que la historia hospitalaria de Catalunya tiene una fuerte relación con la estructura hospitalaria actual. Consecuentemente los resultados de esta estructura y la rivalidad que mantienen los hospitales del Grupo 4 son la fuente del éxito de estos actores [esta hipótesis fue medida con los índices de las variables comunes a los hospitales de alta tecnología del SI—SSPC y está contrastada en la fase 4 del estudio empírico —capítulo 7 de la tesis—].

4. El papel que desempeñan los actores del SSPC, está de acuerdo con la misión y objetivos descritos en la LOSC y estos fomentan el desarrollo y la cooperación dentro del SI—SSPC.

La curta hipótesis subraya que los actores del SI—SSPC tienen un papel decisivo en el éxito del mismo. La LOSC describe con todo el detalle la misión y objetivo de los actores del SSPC. Las empresas están desarrollando satisfactoriamente su misión dentro del sistema o tienen su capacidad limitada por la regulación existente, fomentan la dinamización y cooperación en el sistema o mantienen un grado de rivalidad y competitividad prejudicial para el mismo [esta hipótesis fue medida con la tabulación de las preguntas de la parte cualitativa de la encuesta y está contrastada en la fase 5 del estudio empírico —capítulo 7 de la tesis—].

3.3. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

La revisión de la literatura sobre el SI nos sirvió para ver una serie de enfoques y teorías que han aportado, en mayor o menor medida, luz sobre los interrogantes centrales del SI. Este resumen nos ha permitido poder describir un marco teórico explicativo, dentro del enfoque conceptual de los SI. Por otro lado, el SI tiene sido objeto de estudio desde muy diversas perspectivas y diferentes niveles de análisis —de país hasta empresa—. Este conjunto heterogéneo de aportaciones a su estudio vino desde diferentes campos de conocimiento, con diferentes objetivos y metodologías y con aproximaciones a veces parciales y a veces globales de lo que significa esta realidad socioeconómica. La revisión de estas perspectivas, a pesar de su dispersión, nos ha dado una visión general del SI que nos permite una caracterización operativa del mismo. Para conectar esta caracterización con las causas del éxito hemos identificado la existencia de una serie de recursos compartidos por los actores que pertenecen al SI. Explicado esto, *el objetivo genérico del trabajo es realizar un análisis de la forma organizativa del Sistema de Innovación en el Sector Sanitario Público Catalán a través del estudio de la estructura propuesta por la Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya.*

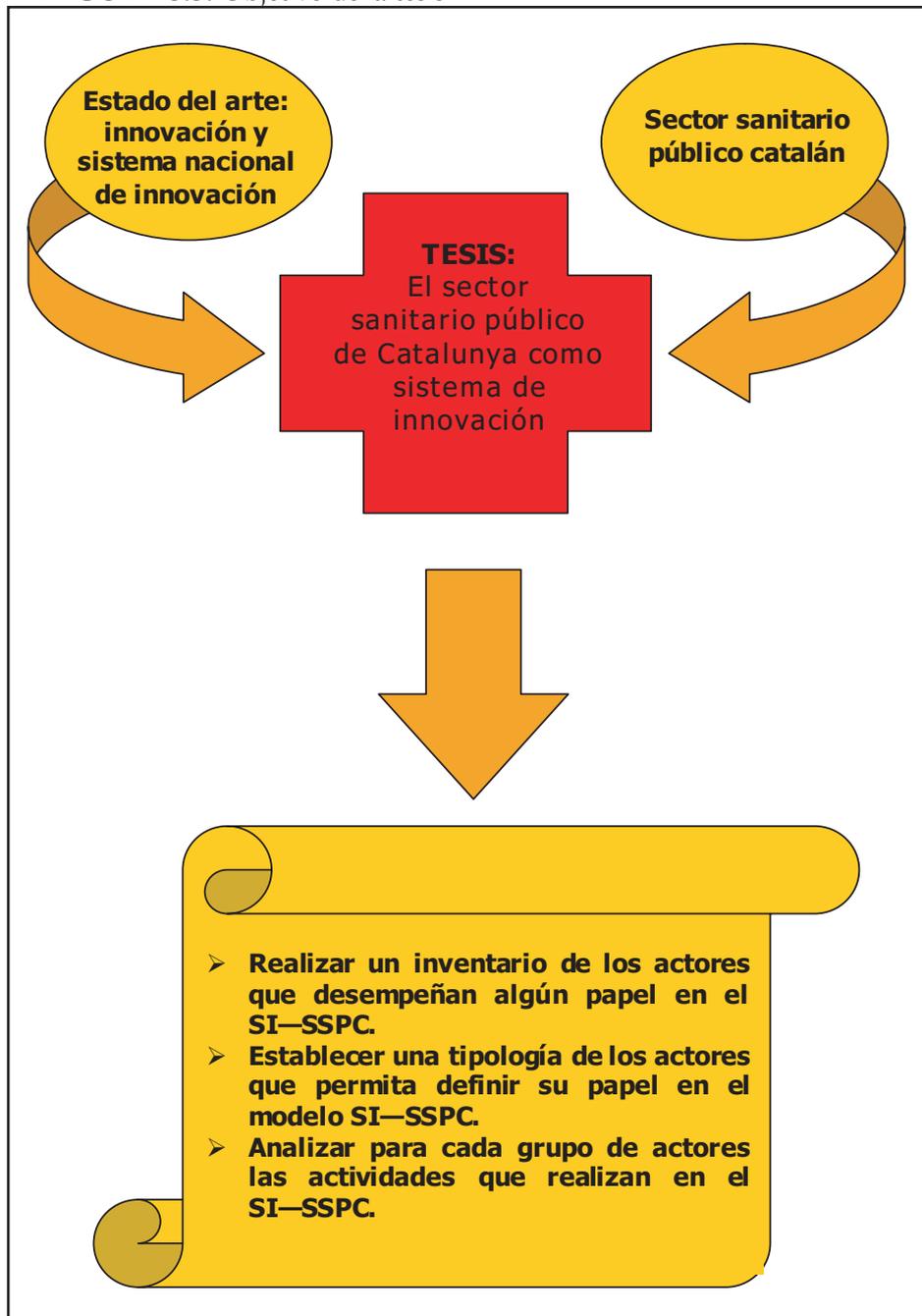
Este objetivo genérico se concretó en los objetivos específicos que estructuran el trabajo y que son los siguientes:

- (a) Realizar un inventario de los actores que desempeñan algún papel en el SI—SSPC.
- (b) Establecer una tipología de los actores que permita definir su papel en el modelo SI—SSPC.
- (c) Analizar para cada grupo de actores las actividades que realizan en el SI—SSPC.

A partir de estos objetivos específicos (a), (b) y (c) se divide el estudio empírico en cinco fases diferenciadas —capítulo 7 de la tesis— que se definen a seguir:

1. *Comparación interna o individualizada entre todos los actores del Sistema Sanitario Público Catalán. Para estudiar la producción y competitividad de ellos se compararon sus resultados científicos, número de otras publicaciones, número de personal de nivel superior y valor del presupuesto.*
2. *Comparación interna o individualizada entre las Regiones Sanitarias del Servei Català de la Salut. Para estudiar la aportación científica de las Regiones Sanitarias al SI—SSPC, se compararon sus resultados científicos, número de otras publicaciones, número de personal de nivel superior y valor del presupuesto.*
3. *Comparación interna o individualizada entre las Empresas Públicas del Servei Català de la Salut. Para este estudio se analizó el papel que tienen estas empresas en el SI—SSPC, se compararon sus resultados científicos, número de otras publicaciones, número de personal de nivel superior y valor del presupuesto.*
4. *Comparación interna o individualizada entre los hospitales de alta tecnología —Grupo 4— del SI—SSPC. Conjuntamente estos actores dominan la producción científica del SI—SSPC, además, mantienen un alto grado de rivalidad y competitividad. Para este estudio se analizó la producción de los hospitales comparando sus resultados de actividad científica, personal de nivel superior, presupuesto económico, número de camas, número de MIR —médico interno residente—, número de alumnos de medicina, número de publicaciones SCI, el factor de impacto de las publicaciones SCI—Science Citation Index—, número de otras publicaciones, número de tesis doctorales, número de ensayos clínicos, número de proyectos de investigación y el número de trasplantes que realizan los hospitales de alta tecnología [estas variables están definidas en el apartado 3.4.2.2].*
5. *Análisis de los datos cualitativos de la encuesta hecha a los actores del SI—SSPC, estos datos corresponden a las preguntas de la parte 4 de la encuesta [este análisis está contrastado en la fase 5 del estudio empírico —capítulo 7 de la tesis—].*

FIGURA 3.3. Objetivo de la tesis.



3.4. DISEÑO DEL ESTUDIO EMPÍRICO

Una vez realizada la revisión teórica y la enumeración de las diferentes hipótesis, el trabajo empírico realizado se centró en los ámbitos de los actores del SSPC. El trabajo se organizó en dos partes. En la primera se hizo una aproximación teórica con el fin de caracterizarlos. En la segunda, se realizó el estudio empírico, para verificar las hipótesis formuladas.

3.4.1. CARACTERIZACIÓN DE LOS ÁMBITOS DEL ESTUDIO EMPÍRICO

Dentro de una primera aproximación al estudio de los ámbitos del presente trabajo realizó una introducción descriptiva para situar el tema y caracterizar los actores del sistema. Este análisis se estructuró de la siguiente manera:

1. Aproximación conceptual de salud, sanidad y medicina. También se ha realizado una aproximación conceptual de los sistemas sanitarios y de la demanda sanitaria.
2. Caracterización del sistema sanitario español a partir de su origen y desarrollo, la Ley General de Sanidad, el proceso de transferencias sanitarias a las Comunidades Autónomas por parte del INSALUD y el Informe Abril.
3. Caracterización del sector sanitario público catalán sus antecedentes históricos, la LOSC, el entorno económico, el mapa sanitario catalán, el plan de salud y el modelo sanitario catalán.
4. Caracterización de los actores del SSPC a partir del estudio de sus características, misión, objetivos, estructura funcional y demás aspectos propios de cada uno de ellos.

3.4.2. ESTRUCTURACIÓN DEL TRABAJO EMPÍRICO

El trabajo empírico de verificación de las hipótesis se realizó en cinco fases diferenciadas que se corresponden con los grupos de hipótesis formuladas.

1. Un análisis comparativo entre los actores del Sistema Sanitario Público Catalán.
2. Un análisis comparativo entre las regiones sanitarias del Servei Català de la Salut.
3. Un análisis comparativo de las empresas públicas del Servei Català de la Salut.

4. Un análisis comparativo entre los hospitales de alta tecnología —Grupo 4— del SSPC.
5. Un análisis de los datos cualitativos de los actores del Sistema Sanitario Público Catalán.

Describiremos ahora cómo se preparó la confección de las muestras, explicaremos las fuentes de información, las medidas utilizadas, el periodo de tiempo analizado y las variables y las técnicas de análisis utilizadas.

En primer lugar analizaremos los rasgos comunes a todas las fases de la investigación y después especificaremos los rasgos particulares de cada fase.

3.4.2.1. CONFECCIÓN DE LAS MUESTRAS Y FUENTES DE INFORMACIÓN

El estudio empírico compara el comportamiento de las variables escogidas en diferentes ámbitos para un período de tiempo determinado. La causalidad de los resultados está implícita en el modelo teórico propuesto. Las comparaciones se hicieron sobre poblaciones de actores discriminados por su participación en un mismo entorno.

En el estudio empírico no se han determinado muestras representativas sino que se ha trabajado con la totalidad de las poblaciones de actores por tratarse de conjuntos relativamente pequeños.

Las fuentes de información fueron diversas y han sido especificadas para cada análisis en el apartado correspondiente. La descripción general es la siguiente:

Fuentes documentales primarias. Se utilizaron las memorias de actividad de los ejercicios, las cuentas de pérdida y ganancia, los balances e informes de gestión e información complementaria —estas fuentes están debidamente citadas en el capítulo de la bibliografía seleccionada—, también partiendo de los artículos y las series clínicas publicadas se capturaron exclusivamente publicaciones referenciadas en el «Medline» y «Current Contents», catalogadas como *journal article*, firmadas por autores o instituciones integradas en los hospitales de alta tecnología y publicados en revistas indexadas con un factor de impacto superior a cero —Sistema del Factor de Impacto del Science Citation Index/Journal Citation Reports—, totalizando 2635 registros.

Fuentes documentales secundarias. Se utilizaron para algunos casos trabajos publicados por la Generalitat de Catalunya como la Enquesta de Salut de Catalunya 1994, el Pla de Salut de Catalunya 1993—1995 y el Pla de Salut de

Catalunya 1996—1998 —estas fuentes están debidamente citadas en el capítulo de la bibliografía seleccionada—.

La Encuesta. El cuestionario utilizado para la obtención de los datos se incluye en el Anexo 3. Se estructura en cuatro partes: En la primera parte se recoge información de la persona responsable por la cumplimentación de la encuesta y en la segunda parte se transmite al actor entrevistado el resumen de nuestro estudio. En los apartados tercero y cuarto se pretende recoger los datos cuantitativos y cualitativos del actor. El tercero recoge los datos cuantitativos de la producción innovadora, de investigación y aportación científica del actor al SI—SSPC, también recoge los datos presupuestarios y de recursos humanos del actor. En el cuarto se solicita información sobre las relaciones con los otros actores del SI—SSPC, como también, los factores que influyen en la producción innovadora, de investigación y aportación científica del actor al SI—SSPC. Para la realización de la encuesta siempre se concertó una entrevista personal, lo que permitía la aclaración de posibles dudas.

Otras fuentes de información. Se utilizaron básicamente las entrevistas estructuradas y no estructuradas —todas ellas grabadas en cinta— realizadas a diferentes «expertos» en el tema y representantes de los actores objeto del estudio y que son las siguientes —la lista está confeccionada por orden alfabético del primer nombre de las personas entrevistadas—:

- 1) *Albert Oriol i Bosch, Ph.D.* Director d'Institut d'Estudis de la Salut.
- 2) *Alfonso Ortiz Hernández, Ph.D.* Director General de Investigación Farmacéutica del Grup Ferrer.
- 3) *Alicia Granados i Navarrete, Ph.D.* Directora de l'Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica.
- 4) *Andrés Andrés Jara.* Profesor del Departamento de Teoría Sociológica, Filosofía del Derecho y Metodología de las Ciencias Sociales de la Universitat de Barcelona.
- 5) *Anna Roman Martínez.* Cap de la Central de Balanços. Staff de Direcció de l'Àrea de Recursos Econòmics del Servei Català de la Salut.
- 6) *Antoni Mateu i Serra.* Gerent de la Regió Sanitària Lleida.
- 7) *Antoni Trilla, Ph.D.* Cap de Secció d'Epidemiologia Hospitalaria i Avaluació de Serveis Sanitaris. Direcció Tècnica d'Hospital Clínic de Barcelona.
- 8) *Antonio Ramírez de Arellano Serna.* Cap de l'Unitat de Gestió Econòmica d'Hospital General Vall d'Hebron.

- 9) *Antonio Ramírez de Arellano Serna*. Profesor titular del Departamento de Teoría Económica de la Universitat de Barcelona.
- 10) *Carles Casabayó i Queraltó*. Gerent d'Institut de Diagnòstic per la Imatge.
- 11) *Carlos Gutiérrez Pardo*. Director Economicofinancero del Hospital Materno—infantil Vall d'Hebron.
- 12) *Carmen Martín Vega, Ph.D.* Cap de Servei de l'Àrea de Recerca i Docència del Centre de Transfusió i Banc de Teixits.
- 13) *Edi Madalena Fracasso, Ph.D.* Catedrática de Administración de Empresas de la Universidad Federal de Río Grande del Sur — Brasil y Directora del Núcleo de Gestión de la Innovación Tecnológica NITEC.
- 14) *Eduard Ribas i Palomera*. Gabinet del Conseller de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya.
- 15) *Emília Sánchez i Ruiz*. Cap de Pla de Salut i Avaluació. Àrea Sanitària del Servei Català de la Salut.
- 16) *Esperança Martí i Salís*. Secretària del Patronat i Directora General de la Fundació Puigvert, IUNA.
- 17) *Eva Torres Vives*. Cap de Salut Laboral d'Ajuntament de Rubí.
- 18) *Francesc Vives i Vives*. Gerent de la Regió Sanitària Tortosa.
- 19) *Helena Ris Romen*. Gerent de la Regió Sanitària Centre.
- 20) *Helena Segura i Badia*. Secretari Executiu del Consell Català de la Formació Mèdica Continuada.
- 21) *Isidre Parra Blázquez, Ph.D.* Subdirector Gerent d'Hospital Universitari Germans Trias i Pujol.
- 22) *Jaume Claramunt i Baliellas*. Cap de Programa de Coordinació d'Empreses d'Energètica d'Instal·lacions Sanitàries, S.A.
- 23) *Jaume Tort i Bardalet*. Cap del Gabinet de Direcció del Servei Català de la Salut.
- 24) *Joan Grau i Sociats, Ph.D.* Gerent de la Corporació Sanitària Clínic.
- 25) *Joan Maria Adserà Gebellí*. Gerent de la Regió Sanitària Tarragona.
- 26) *Joan Maria Adserà Gebellí*. Vicepresident de Gestió i Prestació de Serveis de Salut.
- 27) *Joan Rovira, Ph.D.* Profesor titular del Departamento de Teoría Económica de la Universitat de Barcelona.
- 28) *Joaquim Ramis i Coris, Ph.D.* President de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears.
- 29) *Jordi Boix i Roqueta*. Gerent d'Institut d'Assistència Sanitària.
- 30) *Josep Ganduxé i Soler, Ph.D.* Gerent del Hospital Sant Joan de Déu.

- 31) *Josep Mañach i Serra*. Gerent de la Regió Santària Barcelona Ciutat.
- 32) *Josep Mañach i Serra*. Gerent del Consorci Sanitari de Barcelona.
- 33) *Josep Maria Borràs i Andrés, Ph.D.* Director d'Institut Català d'Oncologia.
- 34) *Josep Maria Padrosa i Macias*. Gerent de la Regió Sanitària Barcelonès Nord i Maresme.
- 35) *Josep Maria Padrosa i Macias*. Gerent de la Regió Sanitària Girona.
- 36) *Josep Maria Via i Redons, Ph.D.* Secretari del Govern de la Generalitat de Catalunya i de Relacions amb el Parlament.
- 37) *Josep Ramon Casas Iglesias*. Gerent de Gestió de Serveis Sanitaris.
- 38) *Lluís Monset i Castells, Ph.D.* Director General de Recursos Sanitaris del Departament de Sanitat i Seguretat Social.
- 39) *Manuel Jovells Cases*. Gerent d'Institut Català de la Salut.
- 40) *Maria José Sendra i Cuesta*. Cap de Control de Gestió d'Hospital General de Catalunya.
- 41) *Meritxell Serra i Sanz, Ph.D.* Directora Economicofinancera de la Ciutat Sanitària i Universitària de Bellvitge.
- 42) *Montserrat Betriu Monclús*. Directora Economicofinancera d'Hospital General Vall d'Hebron.
- 43) *Montserrat Grané i Alsina*. Cap de la Unitat de Soport Operatiu de la Regió Sanitària Costa de Ponent.
- 44) *Montserrat Gualdo Porredón*. Directora Economicofinancera d'Hospital de Traumatologia i Rehabilitació Vall d'Hebron.
- 45) *Rafael Foguet Ambrós, Ph.D.* Conseller Delegat del Grup Ferrer.
- 46) *Ramon Sàrrias i Ramis, Ph.D.* Vicesecretari del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona.
- 47) *Ricard Tresserras i Gaju, Ph.D.* Cap del Servei d'Educació Sanitària i Programes de Salut de la Direcció General de Salut Pública.
- 48) *Sueli Gonzalez Saes*. Coordinadora Tècnica de la Secretaria de Estado de la Salud del Estado de São Paulo — Brasil.
- 49) *Susana Bigatà i Viscasillas*. Cap de Planificació i de Control de Gestió de Sistema d'Emergències Mèdiques S.A..
- 50) *Victòria Petanás*. Gabinet de Direcció del Servei Català de la Salut.
- 51) *Xavier Bonfill i Cosp, Ph.D.* Director del Servei d'Epidemiologia Clínica i Salut Pública d'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.

3.4.2.2. MEDIDAS UTILIZADAS Y PERIODOS DE TIEMPO ANALIZADOS

Las medidas de resultados utilizadas son bianuales para ofrecer una indicación más exacta. El período de tiempo estudiado abarca los años 1996 y 1997. En el momento del inicio de este trabajo todavía no habían sido publicados los datos del año 1998. Asumiendo la conveniencia de estudiar períodos de tiempo largos, este estudio empírico precisó adaptarse a la disponibilidad de los datos que nos ofrecían las fuentes de información a nuestro alcance.

A pesar de esto, dos ejercicios representan, desde nuestro punto de vista, un equilibrio entre la necesidad de una perspectiva a largo plazo y la de reflejar las condiciones actuales de los actores.

Para la obtención de las medidas se agregaron resultados individuales de los actores durante el período de los dos años para obtener una media final de los valores usados en los cálculos.

Las medidas utilizadas en el estudio empírico de forma genérica han sido las siguientes:

Actividad científica. Se obtuvo a partir de la suma de actividad científica divulgadora, participación u organización de congresos nacionales e internacionales, simposios, cursos, jornadas, conferencias, actos, seminarios y otros [no se incluye en esta variable las publicaciones SCI u otras publicaciones que producen los actores del sistema y que son analizadas por separado y están definidas a seguir].

Alumnos de medicina. Se obtuvo a partir del número de alumnos de graduación de la facultad de medicina admitidos por los hospitales del Grupo 4.

Camas. Se obtuvo a partir del número de camas que poseen los hospitales del Grupo 4.

Ensayos clínicos. Se obtuvo a partir del número de ensayos clínicos realizados por los hospitales del Grupo 4.

Factor de impacto de las publicaciones SCI. Se obtuvo a partir del factor de impacto de las publicaciones del Science Citation Index—Journal Citation Reports de los hospitales del Grupo 4.

Médico interno residente —MIR—. Se obtuvo a partir del número de MIR admitidos por los hospitales del Grupo 4.

Presupuesto económico. Se obtuvo a partir del presupuesto anual asignado a los actores del estudio.

Proyectos de investigación. Se obtuvo a partir del número de proyectos de investigación desarrollados por los hospitales del Grupo 4.

Publicaciones de artículos inéditos con factor de impacto —publicaciones SCI—. Se obtuvo a partir del número de publicaciones SCI—JCR efectuadas

por los hospitales del Grupo 4 [solamente se incluye en esta variable los artículos inéditos con factor de impacto del SCI—JCR].

Publicaciones de libros, capítulos de libros y demás publicaciones —otras publicaciones—. Se obtuvo a partir del número de publicaciones efectuadas por los actores del estudio [se incluye en esta variable todas las demás publicaciones producidas por los actores del SI—SSPC excluyendo las publicaciones SCI].

Personal de nivel superior. Se obtuvo a partir del total de profesionales de nivel superior de la plantilla de cada uno de los actores.

Tesis doctorales. Se obtuvo a partir del número de tesis leídas y aprobadas, dirigidas por miembros de los actores del sistema.

Trasplantes. Se obtuvo a partir del número total de trasplantes realizados por los hospitales del Grupo 4.

3.4.3. TÉCNICAS UTILIZADAS EN EL ANÁLISIS DE LA ENCUESTA

La información recogida a través de las fuentes ya descritas fue almacenada en soporte informático —Microsoft® Access 97—, agrupada y revisada formando una base de datos con 945 registros.

El tratamiento dado a los datos contenidos en esta base general tuvo como objetivo:

La obtención de indicadores —tamaño y composición de la plantilla, cuantía de la financiación, etc.— que permiten caracterizar el actor en los entornos del Sistema de Innovación y la determinación de la intensidad y el tipo de relaciones existentes entre los actores del SI—SSPC, con el fin de establecer su papel en el SI.

Para lograr el primer objetivo se emplearon técnicas simples de estadística descriptiva. En el caso de las variables continuas, se lograron medidas de centralización y de dispersión y para las variables discretas se calculó la distribución de frecuencias. Esto permitió determinar el perfil medio característico de cada uno de los tipos de actores objeto de análisis.

También se calculó el coeficiente de correlación de Pearson³ para un análisis bivalente

3 **Coeficiente de correlación de Pearson:** Medida de asociación lineal entre dos variables. Los valores del coeficiente de correlación varían entre -1 y 1 . El signo del coeficiente indica la dirección de la relación y el valor absoluto indica la intensidad. Los valores absolutos mayores indican que las relaciones son más fuertes. **R cuadrado:** Medida de la bondad de ajuste de un modelo lineal. También recibe el nombre de coeficiente de determinación. Es la proporción de la variación de la variable dependiente explicada por el modelo de regresión. Sus valores van desde 0 a 1 . Los valores pequeños indican que el modelo no se ajusta bien a los datos. **R cuadrado corregida:** La R cuadrado muestral tiende a estimar de manera más precisa cuánto de bien se ajusta el modelo en la población. Habitualmente el modelo no se ajusta a la población tan bien como se ajusta a

en las relaciones entre indicadores, con el que se pretendió determinar las relaciones entre los «inputs» con que cuenta el actor y las funciones que desempeña, los instrumentos que emplea, el tipo de actividad que más desarrolla y los resultados obtenidos.

Asimismo, también se recurrió al análisis factorial de correspondencias múltiples. Esta técnica de análisis multivariante resulta adecuada en aquellos casos en los que el número de variables es importante en relación con el número de observaciones y se sospecha la existencia de efectos de multicolinealidad entre las variables. En concreto, la técnica resulta especialmente útil cuando las variables a tratar son de carácter cualitativo. Una de las ventajas que se derivan de su aplicación es la reducción en la dimensión de los datos, ya que como resultado se obtiene un conjunto de ejes factoriales, ortogonales entre sí, que concentran toda la información contenida en el conjunto de variables. Esto permite establecer y analizar las relaciones entre ellas. La aplicación de esta técnica no permitió obtener conclusiones significativas, por lo que los resultados no fueron incluidos en el análisis.

El modelo utilizado está resumido en las tablas 3.1, 3.2, 3.3 y 3.4 que se muestran a seguir y donde son calculados los indicadores siguientes:

Regresión Lineal

Calculo de los indicadores:

- R — correlación de Pearson
- R² — coeficiente de determinación
- R² corregida
- Significación del cambio en F

TABLA 3.1. Grupo todos los actores.

Variable dependiente	Variable independiente
Actividad científica	Personal de nivel superior
	Presupuesto
Otras publicaciones	Personal de nivel superior
	Presupuesto

Fuente: Elaboración propia.

la muestra de la que se ha derivado. La R cuadrado corregida intenta corregir la R cuadrado para reflejar más estrechamente la bondad de ajuste en la población. **Significación del cambio en F:** Nivel crítico para la hipótesis de que el cambio de R cuadrado es cero.

TABLA 3.2. Grupo hospitales de alta tecnología.

Variable dependiente	Variable independiente
Actividad científica	MIR
	Personal de nivel superior
	Presupuesto
Camas	MIR
	Personal de nivel superior
	Presupuesto
Ensayos clínicos	MIR
	Personal de nivel superior
	Presupuesto
Otras publicaciones	MIR
	Personal de nivel superior
	Presupuesto
Proyectos de investigación	MIR
	Personal de nivel superior
	Presupuesto
Tesis doctorales	MIR
	Personal de nivel superior
	Presupuesto
Trasplantes	MIR
	Personal de nivel superior
	Presupuesto
Publicaciones SCI	MIR
	Personal de nivel superior
	Presupuesto
Factor de impacto de las publicaciones SCI	MIR
	Personal de nivel superior
	Presupuesto
Número de alumnos de medicina	MIR
	Personal de nivel superior
	Presupuesto

Fuente: Elaboración Propia.

TABLA 3.3. Grupo regiones sanitarias.

<u>Variable dependiente</u>	<u>Variable independiente</u>
Actividad científica	Personal de nivel superior
	Presupuesto
Otras publicaciones	Personal de nivel superior
	Presupuesto

Fuente: Elaboración propia.

TABLA 3.4. Grupo empresas públicas.

<u>Variable dependiente</u>	<u>Variable independiente</u>
Actividad científica	Personal de nivel superior
	Presupuesto
Otras publicaciones	Personal de nivel superior
	Presupuesto

Fuente: Elaboración propia.

Para la realización de todos los cálculos descritos hasta el momento se empleó el paquete estadístico SPSS® —Statistical Package for Social Sciences— versión 7.5.2.S para Windows®.

4 CONCEPTOS DE SALUD E HISTORIA DE LA SANIDAD EN ESPAÑA

La salud es un estado del individuo y, en su dimensión social, del conjunto de la población. La Organización Mundial de la Salud —OMS—, en su XXX Asamblea, celebrada en 1977 en Alma —Ata, en la que se adoptó la estrategia de «Salud para todos en el año 2000», define la salud como: «un estado de bienestar físico, mental y social, y no consiste sólo en la ausencia de enfermedad»¹. La definición de la salud adoptada por la OMS contiene varios conceptos que conviene subrayar:

- La salud no se define negativamente como la «ausencia de enfermedad», sino positivamente como estado de bienestar. Estar sano no es sólo no estar enfermo, sino poder desarrollar dentro de la sociedad todas las potencialidades del individuo.
- La salud no se corresponde solamente con los aspectos biológicos y psicológicos de los individuos, sino también con los de carácter social. Una política de salud como la definida por la OMS, conceptualizada desde la perspectiva holístico—humanista, se corresponde con el conjunto de la política social, y aun la trasciende si se toman en cuenta el conjunto de determinantes de la salud.
- No puede establecerse un patrón objetivo de salud, pues el estar sano está determinado social y psicológicamente, es decir, por patrones culturales e individualmente subjetivos, y no sólo por parámetros biológicos objetivos.

Esta dificultad es superada en los objetivos de salud propugnados por la OMS mediante una estrategia incrementalista:

1 XXX Asamblea de la Organización Mundial de la Salud [1978], en Elola [1994, pp. 39 y ss].

1. Añadir más años a la vida —reducir la mortalidad prematura y, por consiguiente, aumentar la esperanza de vida—.
2. Añadir más salud a la vida —reducir enfermedades, accidentes, minusvalías y discapacidades—.
3. Añadir más vida a los años, en el sentido de desarrollar las capacidades del individuo en el entorno privado, social y, dentro de este último, laboral.

La OMS no tiene problemas para desarrollar el conjunto de indicadores que permiten evaluar los progresos en el logro de los objetivos de añadir más años y más salud a la vida, pero se encuentra con un notable conjunto de dificultades para medir la «vida» añadida a los años. Los «Indicadores de Salud» —Secretaría General de Salud—, proporcionan una completa y rigurosa información sobre la evolución de estos indicadores en España.

TABLA 4.1. Principales indicadores de salud.

Indicador	Media de la UE	España
Esperanza de vida al nacer, varones [1990—95]	73,4	75
Esperanza de vida al nacer, mujeres [1990—95]	79,8	80,5
Esperanza de vida con 65 años, varones [años, 1993]	na.	13,8
Esperanza de vida con 65 años, mujeres [años, 1993]	na.	16,8
Mortalidad infantil [por cada mil nacidos vivos, 1992]	8.1	7.8

© NERA [1997, p. 172] y Arthur Andersen [1996, p. 206].

TABLA 4.2. Gasto sanitario.

	Gasto sanitario total sobre el PIB (%)		Gasto sanitario público sobre el gasto total (%)		Gasto sanitario público sobre el PIB (%)	
	1970	1995	1970	1995	1970	1995
Reino Unido	4,5	6,9	87,0	84,1	3,9	5,8
España	3,7	7,6	65,4	78,2	2,4	5,9
Alemania	5,9	9,6	69,6	73,5	4,1	7,1
Francia	5,8	9,9	74,7	78,4	4,3	7,8
Países Bajos	5,9	8,8	84,3	77,5	5,0	6,8

© Arthur Andersen [1996, p. 206].

El concepto de salud propugnado por la OMS puede complementarse con el de Lalonde², quien definió el «campo de la salud», compuesto por cuatro elementos o factores que influyen sobre la salud:

1. Biología humana, que incluye aquellos aspectos relacionados con la salud, desarrollados en el cuerpo humano como consecuencia de su biología fundamental y de la constitución orgánica del individuo.
2. Medio ambiente, que incluye aquellos factores que se hallan fuera del cuerpo humano y sobre los cuales el individuo tiene poco o ningún control.
3. Estilo de vida, como suma de las decisiones individuales que afectan a la salud.
4. La sanidad, como organización de la atención a la salud, consiste en la calidad, cantidad, orden, índole y relaciones de personas y recursos en la prestación de atención a la salud.

El concepto de salud de Lalonde sitúa a la sanidad como un factor más, el cual junto con los tres restantes contribuye a la producción de salud. A pesar de los importantes recursos que se destinan a la sanidad en los países occidentales desarrollados, son los restantes factores —biología, medio ambiente y estilos de vida— quienes determinan en mayor medida la salud individual y colectiva.

Las dos concepciones de salud prevalentes, la de la OMS y, más evidentemente, la de «campo de salud», rompen la equivalencia entre salud y sanidad, situando a esta última como un factor más en la producción de salud. La salud no es, por tanto, un objetivo sectorial, exclusivo de la sanidad, sino de cada individuo y del conjunto de la sociedad: sistema educativo, sistema de relaciones laborales, sistema de protección social, redistribución de la riqueza, acceso a la vivienda, protección del entorno, etc.

La medicina —ciencia— y la sanidad —organización— constituyen, por tanto, factores que contribuyen al logro de la salud. La posición relativa que ocupa la sanidad en la producción de salud no le resta importancia. Una mala organización de los cuidados puede hacer que se utilicen los conocimientos médicos de forma socialmente ineficaz. Los Estados Unidos de América constituyen el paradigma de esta situación: estando situada la medicina de esta

2 Para Lalonde [1975] «la sanidad se asocia con la organización institucionalizada de los cuidados, y no atiende a la dimensión de cuidados no remunerados, prestados en el seno de la familia y generalmente por mujeres y que en España tiene enorme importancia», en Elola [1994, pp. 40—41].

nación a la cabeza científica y técnica de los países más desarrollados, su sanidad permite que, con el mayor gasto sanitario de entre los países de la OCDE más del 10% de su población carezca de cobertura sanitaria, y que sus indicadores sanitarios estén por debajo de la mayoría de los países desarrollados [Scheiber et al., 1992, pp. 1—15].

Esta situación hizo que la reforma del sistema sanitario de los Estados Unidos fuera una de las propuestas más relevantes del programa demócrata para las elecciones presidenciales de 1992; siendo, en la actualidad, una reforma a la que la nueva administración americana ha otorgado extraordinaria relevancia política —The President's Health Security Plan, 1993³—.

4.1. CONTRIBUCIÓN DE LA SANIDAD A LA PRODUCCIÓN DE SALUD

Si la sanidad y, dentro de su organización, la aplicación de los conocimientos médicos, son sólo factores, entre otros, que contribuyen a la producción de la salud ¿se puede estimar su importancia relativa? Los datos disponibles son los siguientes:

1. Existe una manifiesta desproporción entre la relativa contribución de los distintos factores que influyen sobre la salud y los gastos directos que se destinan a cada uno de ellos. Mientras que se estima en un 11% la contribución de la sanidad a reducir la mortalidad, al sistema sanitario se destinan el 90% de los gastos directos en salud [Dever, 1976, p. 465].
2. Numerosos estudios internacionales comparados demuestran que, siendo la renta per cápita el indicador que mejor se correlaciona con los indicadores de salud de los distintos países, no existe evidencia de que mayores recursos sanitarios —gasto, médicos, camas hospitalarias— se traduzcan en mejores niveles de salud [McKinlay et al., 1989, pp. 181—208]. No se han encontrado relaciones significativas entre recursos sanitarios por áreas y las tasas de mortalidad evitable por intervención sanitaria [Knust et al., 1988, pp. 233—245; McKeenbach, 1991, pp. 245—256]. Existen, incluso, paradojas como la correlación negativa entre número de médicos y peores indicadores de salud [Cochrane et al., 1978, pp. 200—205]. El

3. Para mayor información sobre «The President's Health Security Plan, 1993», consultar Ivey [1994], Vallbona [1994], Saltman [1994], Navarro [1993] y López y Puig [1993], entre otros.

que un mayor número de médicos pueda relacionar con peores indicadores sanitarios, probablemente lo que refleja es una mala organización de la sanidad. En este sentido, se debe recordar que España, aunque tiene la mayor tasa de médicos por habitante de los países occidentales desarrollados, disfruta de indicadores de salud similares a los de la media de la Comunidad Europea.

3. Aunque la cobertura sanitaria parece reducir el riesgo de mortalidad [Franks et al., 1993, pp. 737—741], el aseguramiento universal, por sí mismo, no reduce significativamente las diferencias de salud vinculadas al status socioeconómico [Adler et al., 1993, pp. 3140—3145]. Este aumento de la desigualdad era debido a que la mejoría en los niveles de salud, que experimentaban todos los estratos socioeconómicos, había sido mayor para los niveles más altos. Este hecho se debe, probablemente, a que el acceso a los servicios sanitarios no corrige desigualdades en salud producidas por factores socioeconómicos —educación, renta—, los cuales actúan como importantes factores determinantes [Angell, 1993, pp. 126—127; Feinstein, 1993, pp. 279—322], en especial durante la infancia [Kaplan y Salonen, 1992, pp. 16—21].
4. La productividad marginal, o relación entre los aumentos del gasto sanitario y la mejora en indicadores de salud, de los sistemas sanitarios en los países occidentales desarrollados parece disminuir a partir de un determinado nivel de gasto [McGuire et al., 1992, en Elola, 1994, p. 44], que resulta específico para cada país.
5. Para algunos de los procedimientos más frecuentemente utilizados en medicina, la evidencia existente sobre su eficacia es de tan mala calidad, que es virtualmente imposible determinar sus efectos sobre los pacientes [Eddy et al., 1988, pp. 19—32]. Se estimó que, del conjunto de técnicas empleadas sobre pacientes, solamente del 10 al 20% estaban sustentadas sobre evidencia científica como más útiles y beneficiosas que inútiles e, incluso, peligrosas. Esta estimación es muy similar a la que Eddy suministra para los procedimientos, principalmente quirúrgicos, que evalúa, en la que sólo un 15% estaban respaldados por trabajos realizados con suficiente rigor. El creciente interés por asegurar la eficacia y seguridad de equipos productos, así como por la evaluación social de las tecnologías sanitarias, es posible que contribuya, en un futuro inmediato, a mejorar este dato.

6. La ausencia de consenso sobre la eficacia clínica o las indicaciones precisas de muchos procedimientos, como las cesáreas, las operaciones de amígdalas o de varices, hace que se produzcan importantes variaciones —no justificadas por diferencias epidemiológicas— en su práctica, cuando se compara la tasa —número de intervenciones dividido por la población— de estas intervenciones entre países o entre áreas geográficas dentro del mismo país [Wennberg, 1987, pp. 2568—2569; Sarría y Sendra, 1993, pp. 63—69].
7. Algunos autores [Fuchs, 1984, pp. 1572—1573] estiman que hasta un 20% del gasto sanitario se destina a procedimientos perjudiciales o ineficaces, y que un 20—25% de los procedimientos realizados en Estados Unidos, están basados en indicaciones inapropiadas o dudosas, por lo que, eliminando procedimientos ineficaces e indicaciones inapropiadas, se podría reducir sustancialmente el gasto sanitario y, a su vez, mejorar la salud.

Los datos referidos no niegan la importante contribución de la medicina a la mejora de la salud y calidad de vida. Sin embargo, la sanidad, como organización de los cuidados, puede incentivar la eficiente utilización social de la medicina o, por el contrario, estimular su uso irracional.

En este sentido, la sanidad determinaría, condicionando el uso racional de la tecnología médica, lo que se puede llamar la «curva de eficiencia» [Elola, 1994, p. 45], del sistema sanitario de cada nación, o relación entre recursos empleados y su traducción en la mejora de la salud de la población.

Esta interpretación de los datos mencionados más arriba —los cuales pueden parecer, en un principio, contradictorios— explica dos hechos:

- En las comparaciones entre países distintos puede no haber relación entre gasto sanitario e indicadores de salud, al ser diferente la eficiencia de los distintos sistemas —un país con buena sanidad puede alcanzar mejores resultados en salud con menor gasto que otro con peor organización—; mientras que esta relación entre gasto sanitario y salud puede encontrarse, con un rendimiento decreciente, para un determinado sistema —aunque la eficiencia de un sistema sea escasa, cuantos mayores recursos utilice, existirán mayores posibilidades de producir mejoras en salud—. Esta explicación se contradice, en parte, por los hallazgos empíricos que demuestran una escasa correlación, para cada país, entre variabilidad en las tasas de mortalidad por causa sanitariamente evitable y la disponibilidad de recursos en las áreas

[Knust et al., 1988, pp. 233—245; McKinlay et al., 1989, pp. 181—208]. Sin embargo, las bajas tasas de mortalidad por estas causas, problemas de clasificación, la propia organización del sistema sanitario —por ejemplo, disponer de un adecuado sistema de referencia y evacuación hacia otras áreas con mayores recursos— y lo excesivamente grosero del indicador utilizado —mortalidad—, ponen en duda la adecuación de este tipo de estudios para establecer algún tipo de relación entre recursos sanitarios y mejoras en los niveles de salud, [Elola, 1994, p. 47].

- La sanidad es expresión del contexto económico y social en el que se desenvuelve, este marco social, a su vez, limita su eficacia. Esto explicaría que los sistemas de cobertura universal tenga una limitada eficacia en la corrección, en términos relativos, de las desigualdades en salud entre distintos estratos socioeconómicos de la población.

La sanidad condiciona la utilización de la ciencia y tecnología médica en la aplicación de las técnicas y procedimientos, así como en la utilización de equipos y productos sanitarios, lo que tiene importantes repercusiones económicas. Por ello, existen intereses encontrados de los distintos agentes en relación con el modelo organizativo de la asistencia sanitaria.

La información disponible impide establecer una correlación biunívoca entre sanidad y salud, o sustentar la afirmación de que cuanto más sanidad —mayor gasto sanitario, por ejemplo— más salud, o legitimar cualquier actuación médica en el estado del arte. Todos los problemas de la sanidad son susceptibles de perfeccionamiento mediante el debate público, en especial la relación entre el producto de los servicios sanitarios y la producción de salud, así como la capacidad de una determinada organización de los cuidados para incentivar, o no, la más eficiente utilización social de los cuidados médicos.

Antes de adentrarse en la relación entre sistemas sanitarios y salud de la población conviene llamar la atención sobre un punto que puede pasar desapercibido desde una aproximación tecnocrática a esta relación. Los servicios sanitarios son expresión de los valores de una sociedad; en general, se puede esperar que los Servicios Nacionales de Salud, basados en una ideología más igualitaria que individualista, sean una pieza más de sistemas de protección social de carácter universal, impulsados por políticas socialdemócratas. En este contexto, es muy probable que mejores indicadores de salud de la población estén reflejando no sólo un buen funcionamiento de la sanidad, sino que también son resultado de una sociedad más equitativa, con menores

desigualdades en la distribución de la renta y mayores oportunidades de acceso a una educación de calidad, con independencia del nivel socioeconómico [Elola, 1994, p. 48].

4.2. LA DEMANDA SANITARIA

Se sabe que en la actualidad todos los sistemas sanitarios del mundo occidental se enfrentan a dos grandes retos:

- El aumento continuo de la demanda de asistencia sanitaria, cada vez más amplia y de mayor calidad.
- La necesidad de contener el gasto público destinado a la sanidad, teniendo en cuenta la realidad económica de cada país.

El incremento de la demanda se deriva de los cambios demográficos, de la aparición de nuevas enfermedades, de las modificaciones de la estructura familiar y cultural, así como de la gran tecnificación a la que se ha visto sometida la sanidad.

La situación demográfica de España, al igual que en los países del entorno, se caracteriza por el rápido proceso de envejecimiento experimentado en los últimos 30 años. En España, las proyecciones de población estiman que, en el año 2000, el 15% de la población española tendrá más, de 65 años, tendiendo a aumentar esta proporción en años posteriores.

Las personas mayores, junto con las necesidades de atención específicamente sanitarias, requieren cada vez más cuidados de tipo social, sin que la frontera entre lo sanitario y lo social esté claramente definida en todos los casos. Este hecho, conlleva la posibilidad de que se produzcan solapamientos no deseados entre ambos tipos de atención.

Por otra parte, se están produciendo cambios en el patrón de morbi—mortalidad. Las patologías infecciosas del siglo pasado y de la primera mitad de éste, fundamentalmente de carácter infecto—contagioso, han sido sustituidas por enfermedades de carácter crónico y degenerativo —cardiovasculares y cáncer—, que son enormemente costosas, invalidantes y de difícil tratamiento.

Además, hay que añadir la aparición de nuevas patologías como el SIDA, cuyo carácter letal e impacto social supone no sólo un gran coste, sino nuevos problemas de asistencia y de marginación social.

Los cambios en el seno de la familia, cada vez menos inclinada a proporcionar cuidados en casa, producen un aumento de la demanda sobre los servicios sanitarios y sociales.

Por otra parte, se pide no sólo mejorar la calidad y eficacia en la atención sanitaria, sino también mayor comodidad e intimidad, y mejor información y control del proceso asistencial por el paciente y su familia.

Hay en esta sociedad, como en otras desarrolladas, una progresiva insatisfacción con la salud. Las sociedades avanzadas se sienten hoy más preocupadas por su salud y, en general, más enfermas, que hace cincuenta años. Este fenómeno complejo se ha denominado la «paradoja de la salud», esto es, la sociedad se siente más enferma cuanto mejor es su salud. Hay razones que explican este fenómeno, como unas expectativas en ocasiones carentes de fundamento sobre las capacidades del sistema sanitario y la medicalización de la sociedad.

Pero en lo fundamental este fenómeno de insatisfacción se ha dado como consecuencia del extrañamiento o alienación de la salud. El individuo no se responsabiliza de su salud, que deja en manos de otros. La pérdida de este concepto de la salud como algo propio no sólo aumenta la demanda, sino que altera la aceptación del envejecimiento, la enfermedad o la muerte.

Es parte, por tanto, de una política de educación sanitaria el devolver el sentido de la realidad en este extremo e insistir en que la salud no es transferible.

Otro factor de importancia que influye en el incremento de la demanda de cuidados es la tecnología sanitaria.

La tecnología será, sin duda, el componente de los sistemas de salud que más determinará la orientación de las profesiones sanitarios, y el más importante en el incremento del coste sanitario, como señalan estudios recientes de la OCDE.

Hay que contar, además, con otro factor que mueve a la reflexión: la aparición de ciertas prácticas de autodefensa en la profesión médica, motivadas por demandas y fallos judiciales que, aunque afortunadamente no alcanza las cotas de otros países, pueden provocar un uso innecesario y no siempre inocuo de la tecnología.

Todo ello sin mencionar la superespecialización que generan los nuevos conocimientos técnico—científicos, con efectos negativos para la organización del trabajo profesional y para la relación humana entre el paciente y los profesionales.

Hay, por tanto, en sanidad, tensiones por presión de la demanda, por el desarrollo de la tecnología y por tensiones económicas. Tensiones derivadas del hecho demostrado de que la demanda sanitaria superará siempre, en el futuro, a las capacidades de la oferta, y tensiones derivadas de que la inflación de costes en sanidad es superior a la del resto de las áreas económicas.

Estos problemas no son exclusivos de España. Los servicios sanitarios son objeto de preocupación creciente en las naciones del mundo desarrollado y ocupan cada vez más la atención de los ciudadanos, como revelan las numerosas encuestas de opinión que se han llevado a cabo en este terreno.

El informe Griffiths en el Reino Unido [1983], la Comisión Dekker en Holanda [1987], el Libro Blanco del Reino Unido [1989], el Informe Abril en España [1991] o el The President's Health Security Plan [1993] en los Estados Unidos de América⁴, son ejemplos de numerosas iniciativas y estudios llevados a cabo por encargo de los Gobiernos o de los Parlamentos, incluidos los de los países del Este de Europa. También se han ocupado de este asunto la OMS, la OCDE, la Unión Europea, el Consejo de Europa, así como diversas organizaciones profesionales internacionales.

En general, es común a todos los países la preocupación por los costes, por los problemas de la universalización, por la accesibilidad y la equidad, por la libertad de elección, por la garantía de la calidad y por su eficacia. Todos están buscando formulas para aumentar la motivación de los profesionales, al mismo tiempo que se mejora la satisfacción de los usuarios de estos servicios personales, dentro de los límites económicos.

El debate es creciente, sin que haya respuestas sencillas, ya que, como concluyó la OCDE en un famoso estudio, se trata de «una actividad extremadamente difícil de comprender y delimitar y, por tanto, de gestionar», [Temes y Gil, 1997, pp. 110—112].

4.3. LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL EN LOS PAÍSES DE LA UNIÓN EUROPEA

Al parecer, la denominación Seguridad Social se debe a Simón Bolívar, quien en 1819 escribía que el sistema de gobierno más perfecto es el que engendra la mayor suma de seguridad social y de seguridad política.

No obstante, la expresión no fue acuñada hasta 1935 por la «Social Security Act» norteamericana, siendo posteriormente definida por Sir Willian Beveridge en 1942, en el segundo y menos conocido de sus informes, como «el conjunto de medidas adoptadas por el Estado contra aquellos riesgos de concreción individual

4. Para ampliar información sobre el *Informe Griffiths*, la *Comisión Dekker*, el *Libro Blanco del Reino Unido*, el *Informe Abril* y el *The President's Health Security Plan*, ver Fernández, J.M.D. [1996], El estado del bienestar, [1996], Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud, [1991], Ivey [1994], Vallbona [1994], Saltman [1994], Navarro [1993] y López y Puig [1993].

que jamás dejaran de presentarse por óptima que sea la situación de conjunto de la sociedad en que vivan» [Temes y Gil, 1997, p. 2].

La conceptualización del término no puede hacerse, sin embargo, de espaldas a los hechos verdaderos en que se traduce la realidad viva que se denomina Seguridad Social. Del análisis de estos hechos se deriva el concepto de Seguridad Social en el momento presente de su evolución histórica, que pone de manifiesto que:

1. Ante todo, la Seguridad Social es un sistema homogéneo y general de prestaciones, de derecho público y de gestión estatal ordinariamente.
2. Asimismo, es fundamentalmente un sistema de prestaciones.
3. Se trata también de un sistema de situaciones jurídicas que son las que determinan las prestaciones.
4. Supone siempre un aumento de bienestar social para el beneficiario.
5. Es en gran parte un remedio contra el infortunio.
6. Protege sobre todo a quienes desarrollan una actividad laboral como medio fundamental de vida.

En definitiva, la Seguridad Social puede entenderse como «un sistema general y homogéneo de prestaciones de derecho público para el aumento del bienestar social de los ciudadanos»; y en una definición más completa y descriptiva, como «un sistema general Y homogéneo de prestaciones de derecho público para el aumento del bienestar social de quienes se encuentran en determinadas situaciones jurídicas, mediante la redistribución de la riqueza nacional, especialmente dirigida a corregir supuestos de infortunio».

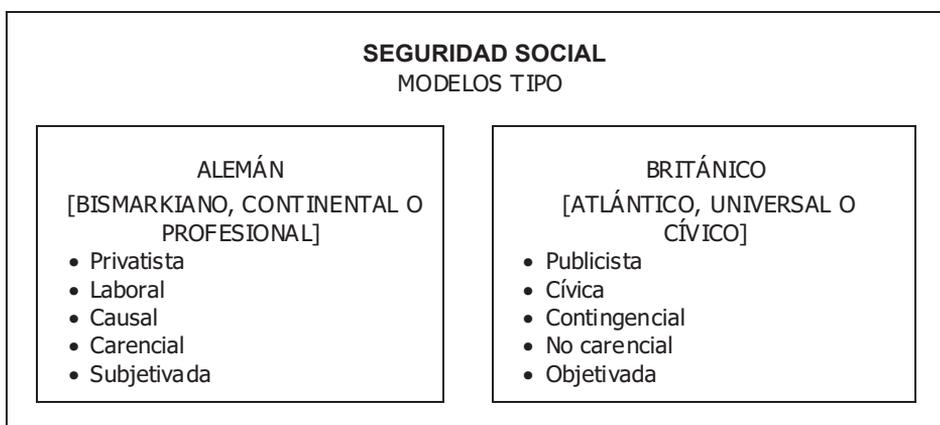
En el panorama conceptual anterior se recogen distintos tipos de Seguridad Social que muestran algunos rasgos propios diferenciados. Así, se observa la existencia de:

- Una Seguridad Social privatista frente a otra publicista, es decir, de gestión privada y estatal respectivamente.
- Seguridad Social Laboral y Seguridad Social Cívica. La primera se limita exclusivamente a los trabajadores, en tanto que la segunda puede extenderse a todos los ciudadanos.
- Seguridad Social causal y contingencial. La diferencia estriba en que la primera atiende a las causas —accidente, enfermedad, etc.—, mientras que la segunda prescinde de la causa y se fija en la situación concreta establecida o contingencia —invalidéz, muerte, etc.—.
- Seguridad Social carencial y no carencial, según que se precise o no un período de carencia para tener derecho a las prestaciones.
- De responsabilidad privada y de responsabilidad pública.

- Seguridad Social subjetivada y objetivada, estando en esta última la prestación preestablecida, con independencia del perjuicio real, mientras que en la subjetivada la prestación depende del caso concreto que la origine.

Estos distintos tipos de Seguridad Social no suelen darse puros en las leves positivas, sino que se combinan entre sí según las peculiaridades de cada ordenamiento jurídico, predominando unos u otros, aunque con frecuencia coexisten y se mezclan en un sistema positivo determinado.

FIGURA 4.1. Modelos de Seguridad Social.



© Temes y Gil [1997, p. 3].

No obstante, suelen presentarse agrupados en dos grandes sistemas: de una parte, el que enlaza la Seguridad Social privatista con la laboral, causal, carencial, de responsabilidad privada y subjetivada; y por otra parte, la Seguridad Social publicista, cívica, contingencias, no carencial, de responsabilidad pública y objetivada.

Estos dos modos de organización suponen a grandes rasgos dos tipos diferentes de Seguridad Social: la Seguridad Social como cobertura o aseguradora de riesgos y la Seguridad Social como servicio público.

En la Europa occidental, los sistemas sanitarios pertenecen a los dos grupos citados, modelo «Beveridge» y modelo «Bismarck».

El llamado modelo «Beveridge» o «Sistema Nacional de Salud» se inspira en el informe «Beveridge» de 1942, en el que se formaliza el sistema de organización adoptado por Suecia en los años 30. Este sistema se caracteriza por tener una financiación pública a través de los impuestos, control parlamentario, libertad de acceso para todos los ciudadanos o residentes y gestión, y frecuentemente

provisión, por parte de los poderes públicos. Los médicos son empleados públicos asalariados o bien remunerados mediante capitación, mientras que los hospitales reciben un presupuesto global limitado.

FIGURA 4.2. Modelo Beveridge.

SISTEMAS SANITARIOS EN EUROPA MODELO «BEVERIDGE» – TIPO SERVICIO NACIONAL DE SALUD	
<ul style="list-style-type: none"> • Financiación a través de impuestos. • Control gubernamental. • Presupuestos del Estado. • Cierta sector privado. • Identificación entre financiación y provisión. 	<ul style="list-style-type: none"> • Libertad de acceso para todos. • Importante inversión del Estado en la gestión. • Médicos asalariados o por capitación. • Algunos pagos directos por parte de los usuarios.
Dinamarca, España, Finlandia, Grecia, Irlanda, Italia, Noruega, Portugal, Reino Unido y Suecia.	

© Ernst & Young [1996, p. 187].

Todos los países del norte de Europa —Dinamarca, Finlandia, Irlanda, Noruega, Suecia, Reino Unido— mantuvieron o adoptaron este modelo después de la Segunda Guerra Mundial. Los países del sur de Europa —Grecia, Italia, Portugal, España— se unieron a este grupo en los años 80. Constituye, por lo tanto, en la actualidad el modelo predominante en los países avanzados.

FIGURA 4.3. Modelo Bismarck.

SISTEMAS SANITARIOS EN EUROPA MODELO «BISMARCK» – SISTEMA DE SEGUROS SOCIALES
<ul style="list-style-type: none"> • Financiados por cuotas obligatorias pagadas por empresarios y trabajadores o a través de los impuestos. • Los recursos financieros van a parar a los «fondos», que son entidades no gubernamentales reguladas por ley y que gestionan estos recursos. • Los fondos contratan hospitales, médicos de familia, etc., para que provean de los servicios a los aseguradores mediante contratos basados en un presupuesto o mediante pago por acto.
Alemania, Austria, Bélgica, Francia y Países Bajos.

© Ernst & Young [1996, p. 188].

El modelo «Bismarck», también llamado «sistema de seguros sociales», se inspiró en la legislación social alemana. Bismarck, abandonando la actitud abstencionista típica del estado liberal, instituyó un régimen de seguros sociales en favor de los trabajadores de la industria económicamente débiles. En 1883 instauró el primer seguro social, el de enfermedad, en 1884 el de accidentes de trabajo, y en 1889 el de vejez—invalidez.

TABLA 4.3. Fuentes de financiación de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social —en porcentaje—.

Fuentes¹	1979	1982	1991	1994	1995	1996
Impuestos generales	5,5	14,9	66,1	70,2	77,3	82,6
Contribuciones S.S.	90,2	82,8	29,4	27,1	20,5	14,9
Otros ingresos ²	4,3	2,3	4,6	2,7	2,2	2,5
Total ³	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

1. Cifras como porcentaje del gasto sanitario público.
 2. Incluye los ingresos por servicios a otras gubernamentales extranjeros y compañías aseguradoras privadas.
 3. El total puede no sumar el 100% debido al redondeo.

© NERA [1997, p. 183] y Temes y Gil [1997, p. 95].

TABLA 4.4. Cobertura sanitaria en España, 1993.

	Porcentaje cubierto		
	% 0—15 años	% > 15 años	% del total
Seguridad Social	97,3	93,8	94,7
Beneficencia	0,3	0,2	0,2
Mutualidades/Seguridad Social	1,8	2,5	2,4
Mutualidades/Seguro privado	2,7	2,0	2,1
Seguro privado individual	5,9	6,4	6,3
Seguro de empresas	0,6	1,5	1,3
Seguro capitativo	0,0	0,1	0,1
Médico privado	0,1	0,5	0,4
Desconocido	0,8	1,0	0,9

© NERA [1997, p. 188].

Este sistema se caracteriza porque su financiación se realiza mediante cuotas obligatorias pagadas por las empresas y los trabajadores a unos fondos públicos. Los ciudadanos que no tienen acceso a este tipo de fondos son cubiertos bien mediante el sistema impositivo o bien por seguros privados. Los cuidados médicos son dispensados por los llamados médicos autónomos —profesionales liberales—, pagados por acto médico, mientras que los hospitales reciben presupuestos globales.

4.4. HISTORIA DEL SISTEMA SANITARIO EN ESPAÑA

La evolución del sistema sanitario español está ligada con la historia y desarrollo de la Seguridad Social en España. La asistencia sanitaria de la Seguridad Social adquiere un protagonismo decisivo a partir de los años 60, ante el escaso desarrollo de otras redes tanto de beneficencia como de sanidad privada.

A diferencia de lo ocurrido en la mayoría de los países, la Seguridad Social española desarrolla una extensa red de Centros y Servicios propios para la asistencia de medicina general, ambulatoria de especialidades y hospitalaria, a la vez que fue ampliando la cobertura de la población —53,1% en 1966 al 81,7% en 1978—.

La función pública de sanidad atribuida al Estado, cuyo origen se remonta a 1855, sufre escasas variaciones hasta 1977, correspondiéndole atender los problemas sanitarios que afectan a la colectividad y recayendo la responsabilidad en la Dirección General de Sanidad dependiente del Ministerio de la Gobernación.

Las Corporaciones locales, a cuyo cargo estaba la asistencia de beneficencia, contaban con centros hospitalarios que fueron descapitalizándose progresivamente.

Como respuesta a lo previsto en la Constitución Española de 1978, la promulgación de la Ley General de Sanidad supone el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria de todos los ciudadanos, integrando los servicios sanitarios de todas las Administraciones públicas y estableciendo el esquema del Sistema Nacional de Salud.

En el ámbito de la cobertura de la población se produce un cambio cualitativo en 1989 al extenderse la misma, sin carácter contributivo, a los españoles sin recursos económicos suficientes y desapareciendo, por tanto, la beneficencia.

A partir de los años 80, tiene lugar una profunda reforma en la Atención Primaria con la creación de los Centros de Salud, en los que se atiende de forma integral los problemas de salud.

Los centros hospitalarios dependientes de las Corporaciones locales, así como los de las Universidades, se van integrando junto con los Hospitales de la Seguridad Social en una red pública única, en el ámbito de los Servicios Regionales de Salud de las diferentes Comunidades Autónomas.

4.5. INTRODUCCIÓN A LA LEY GENERAL DE SANIDAD

La creación del Sistema Nacional de Salud, que lleva a cabo la Ley General de Sanidad, y su posterior consolidación hacen que el debate sobre el «modelo sanitario», que era el punto de atención relevante antes de dicha Ley, haya dado paso a debates sobre otros aspectos más concretos, que aunque sean objeto de arduas disputas y teorizaciones políticas y sociales internas, en realidad son cuestiones que se comparten con todos los países del entorno social y económico europeo.

La asignación de recursos al sistema sanitario, la evaluación de la eficacia de los servicios de salud y la búsqueda de la estructura y de la organización más adecuada para el funcionamiento de los servicios sanitarios, son elementos comunes del debate sobre la sanidad en todos los países occidentales desarrollados. También en España.

Así pues, La Ley General de Sanidad es el punto de partida del Sistema Nacional de Salud, que no cabe duda de que es un gran logro de la sociedad española.

La Constitución establece derechos fundamentales de los ciudadanos, pero no establece el camino para hacerlos efectivos. Son las leyes las que posteriormente deben definir conceptualmente que, es lo que comprende tal derecho, debiendo desarrollar las acciones concretas necesarias para su consecución.

La Constitución reconoce expresamente el derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud —art. 43.1— y transmite la responsabilidad de garantizar este derecho a los poderes públicos —art. 43.2—.

Se trata, por tanto, de preguntarse cuál es el significado que tiene la protección de la salud y cuáles son las responsabilidades concretas que los poderes públicos contraen, como garantes de tal derecho. Podemos decir que el derecho a la protección de la salud significa el deber de la defensa de la salud, en toda su dimensión, como el bien más preciado que posee el individuo y la comunidad en que se inserta.

Pues bien, para ello se promulga la Ley General de Sanidad, en la que, como reconoce su propio Preámbulo, la directriz sobre la que descansa toda la reforma

es la creación de un Sistema Nacional de Salud, siendo el eje del modelo que la Ley adopta las Comunidades Autónomas.

A pesar de que muchos opinan que la Constitución no otorga un lugar relevante a la sanidad, al no incluirla en el Título I, en el que se regulan los derechos básicos de los españoles que se desarrollan a través de ley orgánica, no debemos olvidar que la salud es el derecho más importante de los que goza el ser humano, ya que sin ella sería imposible el ejercicio del resto de los derechos de la persona.

La Constitución hace referencia expresa a la sanidad, no sólo en el artículo 43, sino también en los artículos 148.1.21 y 149.1.16. Además, los artículos 41 y 149.1.17 se refieren a funciones y actividades de carácter sanitario, y los artículos 10, 14, 15, 18, 45, 47, 49 y 51 contienen referencias, que manifiestan la preocupación de esta norma por la salud y la sanidad.

4.5.1. LA LEY GENERAL DE SANIDAD

La Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad —LGS—, crea un sistema sanitario público: el Sistema Nacional de Salud —SNS—, cuyo eje son las Comunidades Autónomas, ya que el SNS se concibe como «el conjunto de Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas convenientemente coordinados».

La LGS establece dos niveles asistenciales: atención primaria y atención especializada —este último con dos escalones: servicios convencionales y servicios de referencia— y hace especial hincapié en la integración efectiva de los servicios asistenciales públicos y en particular, dada su importancia, los de la Sanidad Nacional y los de la Seguridad Social.

Por otra parte, dispone una distribución en las competencias de las Administraciones Públicas, reservando al Estado las facultades de dirección en lo básico y las de coordinación, mientras que los servicios sanitarios quedan bajo la responsabilidad de las Comunidades Autónomas, que sustituyen en este campo a las Corporaciones locales, si bien éstas mantienen sus competencias tradicionales en materia de sanidad e higiene del medio ambiente.

Asimismo, la Ley diseña una ordenación novedosa del sistema sanitario público, donde las Áreas de Salud se configuran como las estructuras fundamentales del SNS, responsabilizándose de los centros y establecimientos y de todas las prestaciones a desarrollar en ellos.

Para conseguir la máxima operatividad y eficacia, las Áreas se dividen en Zonas Básicas, donde desarrollan su actividad los equipos de Atención Primaria.

La Ley establece la facultad de libre elección de médico en la atención primaria del Área de Salud —art. 14—, la creación de una red integrada de hospitales del sector público y la vinculación al SNS de los hospitales del sector privado que lo soliciten, cuando las necesidades asistenciales lo justifiquen —art. 66—.

También se reconoce el derecho al ejercicio libre de las profesiones sanitarias y libertad de empresa en el sector sanitario, conforme a la Constitución —arts. 88 y 89—.

Otros aspectos importantes de la Ley son: la integración de las actividades de salud mental —art. 20— en el sistema sanitario general y la extensión de la cobertura sanitaria de la Seguridad Social a las personas no incluidas en la misma o cuando se trata de personas sin recursos económicos suficientes —art. 80—.

En resumen, los componentes básicos del SNS son:

- La extensión de la cobertura sanitaria pública a toda la población. Consiste en la universalización de los servicios sanitarios para todos los ciudadanos en condiciones de igualdad, con independencia de las circunstancias personales o sociales.
- La equidad en el acceso a las prestaciones sanitarias. Hacer accesibles los recursos sanitarios, de forma que no se produzcan discriminaciones por razones geográficas. Es decir, equidad en la distribución de los recursos.
- La solidaridad. El sistema se fundamenta en una doble solidaridad: la propia de todos los sistemas impositivos progresistas —paga más el que más tiene— y la adicional de los sanos en relación con los enfermos. Contribuyen todos los ciudadanos, para que se atienda a los que lo necesiten en el momento en que lo precisen.
- La financiación pública. Se financia en su mayor parte a través de los ingresos del Estado, a partir de la modificación del sistema de financiación de la asistencia sanitaria introducida en la Ley de Presupuestos Generales del Estado para 1989, que asegura el derecho de todos a la protección de la salud, tal y como se recoge en la Ley General de Sanidad.
- La coordinación y, en su caso, la integración de todos los recursos sanitarios públicos en un dispositivo único, para asegurar un sistema coherente, armónico y eficaz.
- La integración de políticas de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad, junto a prestaciones médicas y farmacéuticas.
- La descentralización en las Comunidades Autónomas.

4.6. EVOLUCIÓN DEL MODELO DE SEGURIDAD SOCIAL EN ESPAÑA

En España se puede encontrar antecedentes de protección social muy antiguos, que en el siglo XIX empiezan a consolidarse con instituciones públicas para los desposeídos y sociedades voluntarias de socorros mutuos promovidas por los sindicatos obreros.

Sin embargo, la Seguridad Social obligatoria suele seguir en todos los países a la industrialización, lo que ayuda a explicar por que en España, con un desarrollo industrial tardío, la Seguridad Social no alcanza la importancia cuantitativa que tiene en otros países occidentales hasta finales de los años 70.

No obstante, el desarrollo institucional se había venido produciendo a lo largo de todo el siglo, y la forma como se lleva a cabo condicionar la situación del momento e incluso la evolución futura.

Ya desde principios de siglo, con la Ley de accidentes de trabajo de 30 de enero de 1900, España se inicia por la vía de seguros obligatorios, con financiación básicamente contributiva, adoptando, por tanto, el modelo profesional o bismarckiano. Esta tendencia se consolida después de la Guerra Civil, con un desarrollo, paulatino pero acumulativo, en el que se mantiene un nivel reducido de protección y en el que todavía permanecen excluidos colectivos muy numerosos de ciudadanos.

Sin embargo, a pesar de la ampliación, tanto de los colectivos protegidos como de la acción protectora, el esquema de protección resultaba insuficiente en los años 60.

Con la aprobación de la Ley de Bases de la Seguridad Social de 28 de diciembre de 1963, cuyo texto articulado entra en vigor el 1 de enero de 1967, se produce un importante cambio cualitativo, con la superación de los esquemas propios del Seguro y la introducción de un concepto moderno de Seguridad Social.

Los principios de la Ley de Bases son los siguientes:

1. Tendencia a la unidad.
2. Participación de los interesados en el gobierno de las entidades gestoras.
3. Supresión del ánimo de lucro en la gestión.
4. Consideración conjunta de las situaciones y las contingencias protegidas.
5. Aumento de las aportaciones estatales en la financiación.
6. Preferente preocupación por la prevención y rehabilitación.

En líneas generales, aunque con la Ley seguía manteniéndose el carácter profesional por cuanto las prestaciones económicas van orientadas a sustituir los ingresos de trabajo perdidos, se perfila una voluntad de extender la protección a los distintos colectivos de trabajadores.

Cinco años más tarde la Ley 24 de 1972 de Financiación y Perfeccionamiento de la Acción Protectora del Régimen General de la Seguridad Social sentó las bases para un crecimiento rápido de las cotizaciones y prestaciones por la progresiva aproximación de las bases a los salarios reales.

A mediados de los años 70 dos fenómenos ajenos a la propia Seguridad Social influyeron poderosamente en su evolución:

- La restauración de la democracia, lo que facilitó que los ciudadanos reivindicasen mejores prestaciones, poniéndose en evidencia necesidades no cubiertas.
- La crisis económica, que se dejaba ya sentir de forma indudable.

Estos dos factores originaron importantes desequilibrios en el Sistema, tanto económicos como de gestión de las prestaciones.

Por otra parte, el Texto Constitucional, aprobado el 31 de octubre de 1978, establecía en su artículo 41 el derecho de todos los ciudadanos a la Seguridad Social; en el artículo 43, el derecho de todos a la protección de la salud; y en el 149, que corresponde al Estado la legislación básica y el régimen económico de la Seguridad Social, sin perjuicio de la ejecución de sus servicios por las Comunidades Autónomas que en lo sucesivo se establecieran.

Por estos motivos, entre 1977 y 1979, se llevó a cabo una profunda reorganización institucional y gestora, reduciéndose el número de entidades y especificándose sus funciones. Se introducen varias formas de control: el parlamentario, a través sobre todo de la aprobación previa del presupuesto anual, el de la Intervención y el Tribunal de Cuentas, y el de los Sindicatos libres y Organizaciones Empresariales, a través de los Consejos de las Entidades Gestoras.

Estas Entidades se crearon por el Real Decreto—Ley 36/1978, de 16 de noviembre, sobre gestión institucional de la Seguridad Social, la Salud y el Empleo, en sustitución del INP y de las numerosas Mutualidades y Servicios Comunes que existían en aquel momento. En un intento de simplificación del sistema de Entidades Gestoras, éstas quedaron reducidas a tres.

- **INSS:** Para gestionar las prestaciones económicas.
- **INSALUD:** Para gestionar las prestaciones sanitarias.
- **INSERSO:** Para gestionar las prestaciones sociales.

Otras medidas legislativas tomadas para subsanar la situación de la Seguridad Social fueron las siguientes:

- La Ley Básica de Empleo.
- Ley 31/84 de 2 de agosto de protección por desempleo.
- Ley 26185 de 31 de julio de medidas urgentes para racionalización de la estructura y de la acción protectora de la Seguridad Social.

4.7. EVOLUCIÓN DEL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL

Como reconoce la propia Exposición de Motivos de la Ley General de Sanidad, «de todos los empeños que se han esforzado en cumplir los poderes públicos desde la emergencia misma de la Administración contemporánea, tal vez no haya ninguno tan reiteradamente ensayado ni con tanta obstinación frustrado como la reforma de la sanidad» [Temes y Gil, 1997, p. 6].

La sanidad se ha intentado reformar permanentemente. De los múltiples intentos habidos, muy pocos han cuajado, especialmente porque los conocimientos técnicos no eran los adecuados, como sucedió con el primer intento de intervención pública en los problemas de salud, que constituyó el abortado proyecto de Código Sanitario de 1822.

La primera norma de carácter general sobre el sector sanitario es la Ley de 28 de noviembre de 1855, que establece un sistema de prestaciones asistenciales sobre la base del libre ejercicio profesional de los médicos. Esta Ley regula unos órganos de desarrollo de acciones sanitarias dirigidas a la atención de los problemas de salud de la colectividad: sistema cuarentenal, baños termales, higiene pública, vacunaciones, sanidad mortuoria, etc. Las competencias sanitarias se atribuyen a la Dirección General de Sanidad —Ministerio de la Gobernación—, creada muy pocos años antes, a los gobernadores y a los alcaldes.

Casi 50 años después, a lo largo de los cuales hubo varios intentos de reformar la anterior Ley, por Real Decreto de 12 de enero de 1904, se aprueba la Instrucción General de Sanidad Pública, que mantiene el mismo reparto de competencias diseñado en la Ley de 1855, cambiando solamente el nombre de la Dirección General de Sanidad por el de Inspección General de Sanidad.

En esta Instrucción se regula un dispositivo de higiene al nivel de Estado y se reglamenta pormenorizadamente la higiene municipal y la sanidad e higiene provincial. Se trata de una norma progresista, que aborda la doble organización profesional —profesiones sanitarias libres y oficiales—, con sus respectivas

obligaciones, y, en la que aparecen, por primera vez, las organizaciones corporativas estructuradas en Colegios profesionales provinciales.

En 1925, aparecen dos normas reguladoras del sector sanitario: los Reglamentos de Sanidad Municipal y Provincial. En éstos se regulan, exhaustivamente, las competencias sanitarias de las Diputaciones, Partidos Judiciales y Municipios.

La II República Española, en el año 1934, aprueba una Ley de Coordinación de Servicios Sanitarios, que tuvo una vida muy corta, ya que fue derogada en parte por la propia República y en su totalidad después de la Guerra Civil.

Posteriormente, con una vigencia que duró hasta la publicación de la actual Ley General de Sanidad, en 1944 se aprueba la Ley de Bases de Sanidad Nacional.

Esta Ley asume el mismo esquema de organización que las normas de 1855 y 1904, con una Dirección General de Sanidad fortalecida, como órgano supremo. Se afianza, aún más, la separación entre la sanidad colectiva, responsabilidad del Gobierno central, y la sanidad individual, responsabilidad de las Corporaciones locales, a través de un esquema benéfico de facultativos titulares, encargados de la atención de las personas consideradas «pobres», que dependía orgánicamente de las Diputaciones. El Estado se encargaba, mediante dispensarios y hospitales, de la cobertura de las enfermedades consideradas como lacras sociales, como por ejemplo: tuberculosis, lepra, paludismo, etc.

También dedica la Ley de Bases uno de sus preceptos a las relaciones con el Seguro Obligatorio de Enfermedad —SOE—, creado dos años antes. En efecto, la Ley de 14 de diciembre de 1942 crea el Seguro Obligatorio de Enfermedad, integrado en el Instituto Nacional de Previsión. Consiste en un sistema de cobertura de riesgos sanitarios, basado en una cuota vinculada al trabajo, que se desarrolló enormemente, y en muchas ocasiones independientemente de la propia Ley, en los años 60 y 70, principalmente por la expansión económica en esos períodos.

El Seguro Obligatorio de Enfermedad, desde su creación y su reestructuración mediante el Decreto por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, fue asumiendo mayor número de patologías e incluyendo mayor número de personas y colectivos dentro de su esquema. Era el gestor autónomo de una gran estructura, que constituía la red sanitaria más importante del país.

Así, desde principios de los años 40 e incluso antes, se vinieron creando subsistemas sanitarios diferentes e independientes. Principalmente: la red dependiente de las Corporaciones locales —Diputaciones y Municipios—, la

red dependiente del Estado y la red de la Seguridad Social. Sus objetivos, sin ser diferentes, tampoco fueron complementarios, por lo que progresivamente fueron produciéndose solapamientos, con la correspondiente ineficacia y desorganización.

En definitiva, hasta la Ley General de Sanidad, el sistema sanitario español se caracterizaba por estar constituido por un gran número de redes asistenciales, que en muchas ocasiones, solapaban sus funciones. Hasta 19 centros directivos de diferentes Ministerios, tenían competencias en la materia.

Como hemos visto, su referencia normativa básica la constituían la Ley de 14 de diciembre de 1942, que implantó el Seguro Obligatorio de Enfermedad, dentro del sistema de protección social gestionado por el Instituto Nacional de Previsión, y la Ley de Bases de Sanidad Nacional de 1944, que atribuyó a las Administraciones territoriales competencias en materia de higiene pública, prevención y asistencia a la población marginada, y que se consumía progresivamente sin ser derogada.

La asistencia sanitaria de la Seguridad Social era de base mutualista, orientación reparadora, cobertura no universal y financiación por cuotas. Sus recursos estaban geográficamente mal distribuidos, concentrándose en grandes centros hospitalarios, ubicados en las principales capitales de provincia, y pequeños e insuficientes hospitales en el resto. La gestión adolecía de importantes carencias, que se traducían en un tratamiento de los recursos más administrativo que gestor.

Además, existía una amplia red, muy descapitalizada, de centros asistenciales, generales o monográficos, hospitalarios o no, dependientes de Ayuntamientos, Diputaciones y Universidades Públicas.

Las funciones preventivas y algunas asistenciales se orientaban preferentemente a determinadas enfermedades de particular trascendencia social, sin nexo con el resto de los sistemas en la formulación de las respectivas políticas sanitarias.

En 1977 se creó por primera vez, desde la II República, un Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, que pasó a ser de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social en mayo de 1981, y de Sanidad y Consumo en diciembre de ese mismo año.

En noviembre de 1978 —ver el citado Real Decreto-Ley 36/1978— desaparece y se divide el Instituto Nacional de Previsión, del que dependía la asistencia sanitaria de la Seguridad Social. Al Instituto Nacional de la Salud —INSALUD— se le asigna la gestión de la asistencia sanitaria.

En 1979 se inicia la transferencia de competencias de promoción, prevención y planificación territorial sanitaria a los Entes preautonómicos y Comunidades

Autónomas —ya concluidos—, y en julio de 1981 se inicia el proceso de transferencias de la gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, con la Generalitat de Catalunya.

En 1984 se inicia la reforma de la Atención Primaria de Salud mediante la promulgación del Real Decreto 137/1984, de estructuras básicas de salud. Hasta 1984 la asistencia primaria se prestaba por médicos generales y pediatras, en centros con insuficiencias técnicas y arquitectónicas, que trabajaban de modo individualizado, con una dedicación de dos horas y media diarias.

La reforma de la Atención Primaria de Salud ha hecho posible que se constituyan equipos de Atención Primaria integrados por médicos generales, pediatras, personal de enfermería y otros profesionales sanitarios, que trabajan en Centros de Salud, que dirigen sus actividades tanto hacia la demanda sanitaria como hacia las necesidades de salud de la zona que tienen adscrita, en jornada de 40 horas semanales.

En 1995 el 75% de la población —en el territorio del INSALUD— recibía asistencia sanitaria a través de equipos de Atención Primaria. La asistencia estaba basada en una concepción integral de la salud, y la cartera de servicios incluía actividades de promoción, prevención y rehabilitación, además de las propiamente asistenciales.

En 1986 se aprueba la Ley General de Sanidad por la que se establece un cambio trascendente en la filosofía política de la asistencia médico—sanitaria, ya que transformó un sistema de Seguridad Social en un modelo de Sistema Nacional de Salud en el que se integran el resto de las redes asistenciales existentes.

Históricamente, la financiación de la asistencia sanitaria estaba a cargo de los Presupuestos de la Seguridad Social. En 1989 se inicia la modificación del modelo, financiándose en un 30% por cuotas de la Seguridad Social y en un 70% a través de los Presupuestos Generales del Estado.

En 1975 el gasto sanitario público representaba el 3,8% del PIB, que se ha elevado en 1995 al 5,7% —el gasto sanitario total en 1975 era el 4,9% del PIB y en 1995 el 7,3%—.

El presupuesto de sanidad se ha quintuplicado, pasando de los 695.000 millones de pesetas del año 1982 a 3,5 billones en 1996.

En 1975 el 77% de la población estaba incluida en la Seguridad Social. En 1995 el 98,5% de la población está cubierta por el Sistema Nacional de Salud, lo que representa un incremento de aproximadamente 8,5 millones de personas.

Aunque desde el año 1972 había convocatorias anuales de plazas de residentes de manera aislada, hasta 1978 la formación de especialistas no se

encontraba reglada en el ámbito nacional, estando vinculada a la Universidad y a la práctica asistencial.

En 1978 se modifica mediante Real Decreto el procedimiento para la obtención del título de especialista, que hasta entonces estaba regulado por la Ley de Especialidades Médicas de 1955.

Entre 1980 y 1994, la oferta anual de formación de especialistas en el Sistema MIR se ha multiplicado por dos y medio —en 1980 se convocaron 2077 plazas y 5000 en 1995—.

La introducción de la investigación médica en los hospitales ha experimentado un importante desarrollo a partir de 1980, fecha en la que se transforma el Fondo de Descuento Complementario, del INP, en el Fondo de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social.

A partir de la Ley General de Sanidad se crea, como órgano de apoyo científico—técnico del Sistema Nacional de Salud, el instituto de Salud Carlos III, con carácter de organismo autónomo, adscrito al Ministerio de Sanidad y Consumo, en el que se integran la Escuela Nacional de Sanidad y el Fondo de Investigaciones de la Seguridad Social.

Por todo lo anterior, en la historia del sistema sanitario español hay que referirse a dos etapas: antes y después de la promulgación de la Ley General de Sanidad.

Antes de la Ley General de Sanidad coexistían dentro del sistema público múltiples redes asistenciales sin coordinación entre ellas:

- Al Estado le correspondía la función pública de sanidad, desarrollando una red de hospitales, dirigida a enfermedades de trascendencia social —por ejemplo: antituberculosos—.
- La asistencia sanitaria de la Seguridad Social, que dependía del Ministerio de Trabajo, con su propia red asistencias.
- La asistencia de beneficencia, que dependía principalmente de las Corporaciones locales, que a su vez habían creado Hospitales Generales. De ellas dependía también la atención psiquiátrica —Hospitales Psiquiátricos—.
- Otras redes asistenciales, cuyas competencias se atribuían a distintos Departamentos del Gobierno: la Sanidad Militar, Hospitales Universitarios, y Sanidad Penitenciaria.

Después de la Ley General de Sanidad, todas las redes se integran en el Sistema Nacional de Salud.

4.8. EL PROCESO DE TRANSFERENCIAS SANITARIAS

La legislación general en materia de transferencias está formada por la Constitución Española, norma suprema e iniciadora del proceso, los Estatutos de Autonomía, que establecen el marco de competencia autonómico y definen sus órganos de autogobierno y los Reales Decretos de Normas de Traspaso de Servicios y Funcionamiento de las Comisiones Mixtas, que, para cada Comunidad Autónoma, establecen el cauce formal de las transferencias.

La distribución de competencias que establece el Título VIII de la Constitución, en cuanto a las funciones sanitarias, obliga a distinguir tres campos para considerar el proceso de transferencias. Estos tres campos concretos se refieren a la sanidad e higiene, la asistencia sanitaria de la Seguridad Social y la Administración Institucional de la Sanidad Nacional —AISNA—.

En el inicio del proceso de transferencias, la posibilidad de asumir competencias por parte de las Comunidades Autónomas, en relación con estos tres apartados, se ve afectada por la vía utilizada, por cada una de ellas, para acceder a su autonomía.

En efecto, las Comunidades Autónomas que utilizaron la vía del artículo 143 de la Constitución sólo podían asumir, de entrada, a través de sus Estatutos, las competencias recogidas en el artículo 148.1, que incluye en su apartado 21, la sanidad e higiene y la Administración Institucional de la Sanidad —AISNA—.

Por el contrario, la asistencia sanitaria de la Seguridad Social se vinculaba en el artículo 149.1.17 y podía ser asumida únicamente por las Comunidades que accedieron a su autonomía por el art. 151.

4.8.1. TRANSFERENCIAS EN MATERIA DE SANIDAD

Las transferencias en materia de sanidad se inician con las Comunidades Autónomas de Catalunya y el País Vasco. Como era lógico, el tema principal de discusión fue la delimitación de las competencias y funciones a transferir, teniendo en cuenta que, como era habitual en esta primera etapa preautonómica, en los Reales Decretos de Traspasos no figuraban los medios personales, materiales y presupuestarios que se transferían. Puede señalarse que el texto de estos primeros Reales Decretos, en los que se describían las funciones transferidas, sirvió con posterioridad como modelo, seguido práctica y literalmente por las demás Comunidades Autónomas e incluso después por las Comisiones Mixtas de Transferencias de las distintas Comunidades Autónomas, una vez constituidas como tales. Debe tenerse en cuenta que, cuando se iniciaron las transferencias, el

Ministerio, que se llamaba de Sanidad y Seguridad Social, tenía una estructura periférica que respondía a cometidos y materias muy diversas, lo que dificultó la delimitación de los medios personales y materiales a traspasar.

Actualmente, el proceso de transferencias en materia de sanidad e higiene ha concluido habiéndose formalizado básicamente a través del siguiente Real Decreto, para Catalunya: RD 2210/1979, de 7 de septiembre, sobre transferencia de competencias de la Administración del Estado a la Generalitat de Catalunya, en materia de agricultura, cultura, sanidad y trabajo.

4.8.2. DISTRIBUCIÓN DE COMPETENCIAS SANITARIAS

4.8.2.1. COMPETENCIAS DEL ESTADO

Sanidad exterior

La Ley General de Sanidad, de acuerdo con lo definido en la Constitución, establece que la sanidad exterior y las relaciones y acuerdos internacionales corresponden al Estado con competencia exclusiva, definiendo aquella —art. 38.2— del siguiente modo: «Son actividades de Sanidad Exterior todas aquellas que se realicen en materia de vigilancia y control de los posibles riesgos para la salud derivados de la importación, exportación o tránsito de mercancías, y del tráfico internacional de viajeros». Además, la propia Ley se refiere al principio de colaboración entre Administraciones en su Disposición final octava, con arreglo a la cual el Gobierno, mediante Real Decreto, adopta las medidas necesarias para la actuación conjunta de varias Administraciones públicas, a efectos de sanidad exterior y para reconocer validez a las actuaciones de los servicios técnicos de las Comunidades Autónomas. Esta previsión se llevó a cabo mediante el Real Decreto 1418/1986, sobre funciones en materia de sanidad exterior.

Bases de la sanidad

El concepto de bases ha sido definido a través de una abundante jurisprudencia del Tribunal Constitucional, incluso sobre el tema concreto sanitario, aunque no entraremos a analizarlas por no ser éste el lugar adecuado. Se recoge esta competencia en el artículo 149.1.16 de la Constitución y, posteriormente, la Ley General de Sanidad, en su artículo 2, manifiesta que tiene la condición de norma básica en el sentido previsto en la Constitución y que será de aplicación en todo el territorio del Estado, excepto determinados artículos y apartados, para los que la Ley constituirá derecho supletorio.

La Ley, en su artículo 40, establece, igualmente, una serie de competencias del Estado en determinados ámbitos, referidas, en todo caso, a bases de la sanidad.

La coordinación general de la sanidad

La Constitución, en su artículo 149.1, recoge tres casos en los que la coordinación queda reservada al Estado como competencia exclusiva: economía —149.1.13—, investigación científica y técnica —149.1.15— y sanidad —149.1.16—.

La Ley General de Sanidad hace referencia a la coordinación general sanitaria en los artículos 70 y siguientes, previéndose en el artículo 73 que se ejercerá por el Estado que aprobará sus criterios, fijando medios y sistemas de relación para facilitar la información recíproca, la homogeneidad técnica y la acción conjunta de las Administraciones públicas sanitarias en el ejercicio de sus respectivas competencias, de tal modo que se logre la integración de sus actos parciales en la globalidad del Sistema Nacional de Salud. El Plan Integrado de Salud, a confeccionar por la Administración sanitaria, deberá tener en cuenta los criterios de coordinación general elaborados por el Gobierno y recoger en un documento único los planes estatales, los planes de las Comunidades Autónomas y los planes conjuntos en su caso.

Legislación sobre productos farmacéuticos

La competencia sobre productos farmacéuticos es exclusiva del Estado, entendiéndose que en este caso la exclusividad no se refiere sólo a la básica, sino que comprende las normas reglamentarias. La Constitución reservó al Estado la legislación sobre productos farmacéuticos, entendiéndose, como ha recordado el Tribunal Constitucional, que abarca toda la función normativa. Una vez sentado este principio, el problema reside en definir que, se entiende por productos farmacéuticos. La Ley ha interpretado que las competencias de legislación en sentido amplio y exclusivo se refieren sólo al producto en sí y a la fase de producción del mismo; en las demás fases, la Administración del Estado únicamente tiene la competencia de fijación de bases —art. 40 LGS—.

La alta inspección

Aunque podría considerarse implícita, la Constitución no hace referencia expresa a la Alta Inspección del Estado. Por el contrario, todos los Estatutos de Autonomía recogen expresamente esta función, como competencia estatal de garantía del cumplimiento correcto de las competencias autonómicas.

Por su parte, el Tribunal Constitucional se ha pronunciado sobre esta competencia estatal, referida concretamente a la sanidad, en las sentencias 32/83 y 42/83, manifestando que la Alta Inspección es una manifestación de las funciones estatales de vigilancia. Estas sentencias se dictaron en relación con los Reales Decretos 2824/81 y 2825/81, sobre coordinación y planificación sanitaria y registro sanitario de alimentos, que fueron impugnados ante el Tribunal Constitucional y declarados inconstitucionales en parte.

Posteriormente, la Ley General de Sanidad, teniendo en cuenta la doctrina sentada por el Tribunal Constitucional, dedica su artículo 43 a la Alta Inspección, determinando que sea ejercida por el Estado como «función de garantía y verificación del cumplimiento de las competencias del Estado y de las Comunidades Autónomas en materia de sanidad, de acuerdo con lo establecido en la Constitución y en las leyes».

Las actividades que la Ley establece después de esta definición entendemos que se refieren exclusivamente a la función de garantía encomendada, sin intervenir en el control directo de la actividad autonómica.

4.8.2.2. COMPETENCIAS DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

El artículo 41 de la Ley General de Sanidad dispone que las Comunidades Autónomas ejercerán las competencias asumidas en sus Estatutos y las que el Estado les transfiera o, en su caso, les delegue, y que las decisiones y actuaciones públicas previstas en ella que no se hayan reservado expresamente al Estado se entenderán atribuidas a las Comunidades Autónomas. Debe precisarse que las competencias las asumen las Comunidades Autónomas por la Constitución y sus respectivos Estatutos de Autonomía y que los Reales Decretos de transferencias no traspasan competencias, que se supone que ya están asumidas, sino únicamente los medios para hacerlas efectivas. Este es un error terminológico muy frecuente, que procede de cuando las Comunidades Autónomas no estaban constituidas como tales y no tenían Estatuto de Autonomía, siendo simplemente Entes Preautonómicos.

Las competencias de las Comunidades Autónomas quedan pues definidas por remisión a la Constitución, a los Estatutos y, de forma residual, a lo que la Ley no declara como básico y competencia del Estado. Así pues, en el ámbito sanitario, las Comunidades Autónomas tienen asumidas competencias en las siguientes materias:

Sanidad e higiene

Funciones de desarrollo legislativo y ejecución —art. 148.1.21 CE—. Todas las Comunidades Autónomas recibieron, mediante los oportunos Reales Decretos de transferencias, las funciones y servicios necesarios para el ejercicio de estas competencias ya asumidas.

Seguridad Social

Funciones de desarrollo legislativo y ejecución de la legislación básica, salvo las normas que configuran el régimen económico de la misma. Se refiere a la asistencia sanitaria, una vez que esta se financia en su mayor parte por los Presupuestos Generales del Estado. Varias Comunidades Autónomas —Andalucía, Canarias, Catalunya, Comunidad Valenciana, Galicia, Navarra y País Vasco— han recibido el correspondiente traspaso de funciones y servicios que les permiten el ejercicio de esta competencia ya asumida.

Productos farmacéuticos

Función ejecutiva de la legislación del Estado. La Ley Orgánica 9/1992, de 23 de diciembre, delegó esta competencia en las Comunidades Autónomas llamadas de segundo grado, teniendo en cuenta que las otras ya la tenían por sus Estatutos.

Ordenación farmacéutica

Este conjunto de competencias sólo figuran como tales en los Estatutos de Autonomía de las Comunidades Autónomas denominadas de primer grado, pero el Tribunal Constitucional las ha entendido incluidas dentro de las de «sanidad e higiene», por lo que actualmente las ostentan todas las Comunidades Autónomas.

4.9. EL INFORME ABRIL⁵

En este apartado se pretende presentar un resumen genérico del Informe Abril, especialmente de las propuestas elaboradas por la *Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud*, o *Comisión Abril* [1991].

5. Este epígrafe está basado en el Capítulo VII del libro escrito por Javier Elola «Sistema nacional de salud: evaluación de su eficiencia y alternativas de reforma. Barcelona. SG Editores S.A. [1994, pp. 125—137]», en el texto «Sucinta descripción del Sistema y evaluación del mismo. Apéndice al Informe de la Comisión. Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud [1991, pp. 5—38]» y en el texto «Informe y Recomendaciones. Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud [1991, pp. 5—64]».

La *Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud* realizó 64 recomendaciones, sobre las cuales se centró el debate, que abordan casi todos los aspectos más relevantes del sistema sanitario español; su análisis ordenado posibilita referirse a otras propuestas complementarias o alternativas. La *Comisión Abril* recabó la opinión de múltiples organizaciones sociales, sociedades científicas y expertos, recogiendo estas manifestaciones en 9 volúmenes cuyo contenido no ha sido, hasta el momento, estudiado sistemáticamente, siendo este uno de los trabajos pendientes que tiene el sistema para estudiar las alianzas y las resistencias a las reformas desde los posicionamientos de los distintos actores de la sanidad española.

4.9.1. EL CONTEXTO HISTÓRICO Y POLÍTICO INFORME ABRIL

El Grupo Parlamentario del Centro Democrático y Social —CDS— presentó, en enero de 1990, una Proposición no de Ley ante el Pleno del Congreso, por la que se instaba al Gobierno a «la constitución de una comisión para la revisión del Sistema Nacional de Salud y las tendencias de su entorno en el momento actual y de cara al futuro». En febrero del mismo año, el Pleno del Congreso aprobaba la mencionada propuesta, creando una comisión de expertos para el «Análisis, evaluación y propuesta de mejoras en el Sistema Nacional de Salud».

El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, cumpliendo el mandato parlamentario, constituyó, en junio de 1991, la mencionada Comisión, la cual, bajo la presidencia de Abril Martorell, quien había sido vicepresidente de Gobierno con la Unión de Centro Democrático, inició sus trabajos en septiembre del mismo año, concluyéndolos en julio de 1992.

La propuesta del CDS coincidía con una necesidad del Ministerio de Sanidad y Consumo y del PSOE para encontrar respuestas a unos problemas que no se habían planteado durante la elaboración de la Ley General de Sanidad.

En 1990, cuatro años después de aprobar la Ley General de Sanidad, y sin haberla puesto en práctica en aspectos importantes, era ya evidente la necesidad de ejercer un control más eficaz sobre el gasto sanitario, ante un menor crecimiento de la economía; así como que las reformas iniciadas no habían logrado la adhesión de los profesionales sanitarios —la huelga de los hospitales de 1987 fue la manifestación más extrema de este descontento—, ni mejorado cualitativamente la imagen de la sanidad pública, ni aumentado la satisfacción de sus usuarios —con excepción de los centros de salud cuya cobertura no llegaba al 50% de la población—, [Elola, 1994, p. 126].

La nueva situación se presentaba en una etapa de incertidumbre entre los responsables políticos de la sanidad. En diciembre de 1990, el Ministerio de Sanidad y Consumo había procedido a su enésima remodelación, suprimiendo la Secretaría General de Asistencia Sanitaria, órgano que, dirigido por Eduardo Arrojo, había defendido una línea de gestión empresarial de la sanidad pública [Arrojo, 1991], frente a las reticencias de la Seguridad Social. Por otro lado, el PSOE estaba sumido en una reflexión crítica —Documento de Teruel; *El Médico*, 6 de noviembre de 1987—, en la que los análisis de los problemas no se acompañaban de propuestas de reforma [Elola, 1991, pp. 33—68].

La creación de una comisión de expertos se inspiraba en experiencias similares en otros países —la Comisión cita al Reino Unido, Holanda y Suecia—, en las que expertos realizan, antes del debate político, el análisis de los problemas y sugieren las reformas necesarias.

La selección de los componentes y, por tanto, la orientación del análisis y las propuestas, están, a priori, condicionados por los gobiernos que hacen el encargo; en el caso de la Comisión Abril, la composición de sus miembros, alejada en general de la ideología del gobierno socialista, se justificó en la búsqueda del consenso en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

La culminación de los trabajos de la Comisión Abril coincidió con un debate general sobre la privatización de los servicios públicos, en el que el discurso político, protagonizado por los agentes económicos y sociales, no atendía a matices sobre el concepto de privatización en sanidad.

A este contexto general, que no favoreció un debate eficaz sobre los análisis y propuestas de la Comisión, se sumó un notable error en la gestión política del informe, como fue su entrega, directa y escenografiada ante los medios de comunicación social, al Ministro de Sanidad y Consumo, en lugar de haber realizado la presentación a quien realizó el encargo: el poder legislativo [Elola, 1994, p. 127]. El mencionado error en la presentación del documento de la Comisión Abril se saldó confundiendo las opiniones y recomendaciones de la Comisión con la postura del gobierno, lo que provocó un rechazo inmediato de la mayoría de los agentes sociales.

Comisiones Obreras, la Confederación Estatal de Consumidores y Usuarios, la Confederación de Sindicatos Independientes de Funcionarios, el Sindicato de Auxiliares de Enfermería, el Sindicato de Ayudantes Técnicos Sanitarios, la Unión Demócrata de Jubilados y Pensionistas, la Unión General de Trabajadores, entre las organizaciones sociales; Izquierda Unida y el Partido Popular, entre los partidos políticos; y, dentro de la Administración, la Secretaría General de la Seguridad Social mostraron su rechazo global al mismo.

El informe Abril se convirtió en un arma arrojadiza para la oposición, en lugar de contribuir a centrar el debate político sobre el análisis y las propuestas de unos expertos que, en general, no se caracterizaban por su identificación con la política sanitaria socialista.

4.9.2. LA EVALUACIÓN DE LA COMISIÓN ABRIL SOBRE EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

El resumen de la evaluación del sistema realizada por la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud se recoge en los apartados 2 —evaluación del sistema—, y 3 —calidad, equidad y eficiencia del sistema—.

Los datos más destacados de esta evaluación son los siguientes:

- Crecimiento del gasto sanitario a ritmos superiores a la media de la OCDE, producido por un aumento del gasto público, en especial durante el quinquenio 1986—1991, debido a varios factores: entrada en vigor de la Ley General de Sanidad, menores restricciones presupuestarias, aumento del gasto público en farmacia, aumento del gasto hospitalario, incremento de los gastos de personal y descentralización del gasto en las Comunidades Autónomas.
- Sistema de financiación inadecuado, por la insuficiencia presupuestaria, multiplicidad de fuentes de financiación y financiación del gasto transferido en base a la evolución del gasto del Insalud gestionado por la administración central del Estado. A este análisis, que coincidía con el realizado por el Ministerio de Economía y Hacienda, la Comisión Abril añadió la «opacidad» que, para el ciudadano, suponía una financiación mayoritaria de la sanidad pública vía ingresos del Estado, en contraposición a la cuota sanitaria de la Seguridad Social, eliminada en 1979.
- La Comisión Abril recoge textualmente los inconvenientes que, para Arrojo —Anexo III del Informe—, tiene la falta de separación entre los servicios sanitarios y las Administraciones Públicas, en el sentido de la confusión de sus respectivos papeles, así como por atraer una administración burocrática a la gestión de los servicios. A esta crítica sobre el funcionamiento, la Comisión añadió la consideración de que «el inevitable exceso de regulación que el Sistema comporta impide el desarrollo de iniciativas, así como la renovación y mejora de la oferta asistencial privada».

- Marco laboral estatutario inadecuado. La Comisión hace referencia a aspectos destacados en capítulos anteriores, como la incapacidad para aplicar incentivos, o la falta de autonomía de contratación y gestión por los centros; sin embargo, existe en el informe de la Comisión una notable ausencia de referencias sobre otros aspectos relevantes, como el carácter vitalicio de los puestos de Jefes de Servicio de los hospitales o la compatibilidad entre el ejercicio público y privado de la sanidad. Navarro [1991, pp. 7—18], entre otros [Ginestal, 1993, pp. 101—107], ha insistido en la importancia de este aspecto en un marco de gestión empresarial.
- Insuficiente evaluación tecnológica.
- Limitaciones del modelo de prestación farmacéutica, fundado en la no—discriminación de medicamentos, precio en función de la novedad y aportación de los asegurados activos. Este diagnóstico se centra en el resumen ejecutivo del informe de la Comisión, en la sobreprescripción de fármacos y el posible fraude en la utilización de recetas de pensionista. La aproximación de la Comisión Abril al problema del gasto farmacéutico es claramente insuficiente y no toma en consideración algunas medidas introducidas en otros sistemas sanitarios para el control del gasto. En la subcomisión de Farmacia de la Comisión Abril se produjo una quiebra práctica en los planteamientos de dos grupos de ponentes. El informe final y las recomendaciones de la Comisión recogieron las tesis más próximas a las corporaciones farmacéuticas, [Elola, 1994, p. 130].
- En relación con la atención sanitaria, primaria y hospitalaria, el informe de la Comisión Abril hace énfasis en la burocracia de la gestión, destacando «el excesivo consumo de medios diagnósticos y terapéuticos» por la atención primaria, que sobrecargaría a los hospitales, a través de unas urgencias y consultas externas masificadas. La Comisión destaca también las listas de espera en los hospitales. El análisis de la Comisión tampoco se mostró en sintonía con el informe de la subcomisión de Atención Primaria formada en su seno.
- Carga impropia sobre el sistema sanitario, por el déficit en servicios sociales.
- Sector privado «subordinado» al público, falta de incentivos para la homologación y acreditación de los centros sanitarios privados, y de ayudas para su modernización.

- Mercado restringido para el sector asegurador privado, con una regulación administrativa obsoleta, que dificulta la libre economía entre profesionales y aseguradoras, así como entre estas y sus clientes.
- Buen nivel de asistencia técnica en los servicios hospitalarios, que contrasta con un servicio no orientado al usuario, por lo que las quejas son más de carácter burocrático—administrativo y de servicios colaterales, que propiamente asistenciales. Este análisis incide sobre una importante dimensión de la relación entre los ciudadanos y sistema sanitario, la de cliente, pero no atiende a los aspectos relativos a la participación ciudadana.
- Logro de una equidad básica, que es puesta en peligro por la ausencia de una definición explícita de las prestaciones y normas de acceso a los servicios, así como por los defectos del sistema de financiación.
- La estructura del sistema, así como el proceso de asignación y gestión presupuestaria de los recursos, no favorece la eficiencia en la gestión.

4.9.3. PROPUESTAS DE REFORMA DE LA COMISIÓN ABRIL SOBRE EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

El «Informe y Recomendaciones» de la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud se articulan sobre dos grupos de propuestas: Las bases para la reforma y un conjunto de 64 recomendaciones concretas.

La transcripción y el análisis de estas propuestas se centrará sobre las bases, refiriéndose sólo a las recomendaciones efectuadas por la Comisión Abril sobre los distintos aspectos abordados en la tesis.

4.9.3.1. PROPUESTAS SOBRE LA ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN

La separación de las funciones de financiación, compra y provisión constituía, como en la reforma del Servicio Nacional de Salud británico [DHSS, 1989], la piedra angular de las reformas propuestas por la Comisión. Esta es una línea de reforma que se está desarrollando en sistemas sanitarios basados en el esquema de Servicio Nacional de Salud [OCDE, 1993].

La necesidad de diferenciar funciones dentro del Sistema Nacional de Salud es compartida, como se ha mencionado, por numerosos autores, y esta particular forma organizativa, entre otros, por Ibern [1992, pp. 77—86].

Las áreas de salud asumirían, dentro de la mencionada separación de funciones, la de compra de servicios, estableciendo un «mercado interno», en el que competirían proveedores públicos y privados. Para ello, las áreas de salud deberían tener una dimensión poblacional superior a la establecida por la Ley General de Sanidad —250.000 habitantes—.

Dentro de la competencia entre sector público y privado, la Comisión sugería evaluar las experiencias de gestión privada del aseguramiento público—MUFACE, empresas colaboradoras—, y aplicar las conclusiones —modificación, mantenimiento o impulso— que resultasen procedentes.

La Comisión recomendaba la transformación de los centros sanitarios en sociedades públicas —empresas de titularidad pública—. Esta propuesta es, asimismo, compartida por numerosos autores, entre ellos Navarro [1991, pp. 7—18].

En el marco de una gestión empresarial, la Comisión proponía que el personal estatutario mantuviera su régimen, con mayor autonomía de la dirección del centro sanitario en la aplicación de las facultades de recompensa y sanción, así como para negociar las partes variables de las retribuciones.

Para el personal de nuevo ingreso, recomendaba el régimen laboral. La vinculación del personal al sistema está condicionada por la naturaleza jurídica de este, y no cabría un régimen estatutario —funcionarial— dentro de una organización empresarial.

El mencionado esquema organizativo y de gestión empresarial era complementado por un amplio número de recomendaciones concretas sobre aspectos de gestión que, como la medición del producto, la facturación interna, o el desarrollo de los presupuestos clínicos, tienen un carácter instrumental.

Sin embargo, dentro de los aspectos de gestión, destacaba un nítido decantamiento hacia la contratación externa como vía principal para la incorporación de tecnología al sistema.

4.9.3.2. PROPUESTAS SOBRE LA FINANCIACIÓN

Las bases de la reforma propuesta por la Comisión Abril, en lo relativo al sistema de financiación se sustentaban sobre las siguientes premisas:

- El crecimiento del gasto sanitario durante la próxima década será inexorable, y los recursos públicos no podrán financiar la totalidad de este aumento, o mantener la participación del gasto sanitario público sobre el total.

- La escasa participación de las cotizaciones sociales en la financiación de la sanidad dificulta la percepción por el usuario de que no es un bien a coste cero.
- Las desviaciones del presupuesto sanitario deberían financiarse con endeudamiento específico.
- La contribución del usuario en el coste de los servicios, en el momento de su uso, es una fuente adicional de ingresos, impulsa el desarrollo de sistemas de facturación y aumenta la conciencia sobre el coste de los servicios.

Estos criterios, cuyo soporte lógico o evidencia empírica no están suficientemente documentados en el informe de la subcomisión de Gestión y Financiación del sistema, coinciden básicamente con el razonamiento que sustentaba las propuestas privatizadoras, [Elola, 1994, p. 133].

En función de las referidas bases de la reforma, la Comisión Abril recomendó un conjunto de medidas, siendo estas las que, en mayor medida, sirvieron de argumento para la ya referida contestación social:

- Participación de los usuarios en el pago de los servicios. Las cantidades serían, «en principio», casi simbólicas.
- Definición de las prestaciones básicas, financiadas públicamente. La Comisión propuso que, en ausencia de otro criterio, estas prestaciones fueran las «que se estuviesen dispensando en todo el territorio nacional en el momento de la aprobación de la Ley General de Sanidad».
- Extensión de la contribución del usuario en la prestación farmacéutica a los pensionistas. El resto de los aspectos relativos al gasto farmacéutico se salda con una referencia a la mejor formación «farmacológica» de los médicos, así como a que «en adelante, debería dissociarse el hecho técnico—administrativo de la inscripción de un nuevo medicamento en el registro farmacológico, de la inclusión automática en una lista de compras del sistema».

4.9.4. RESUMEN DE LAS PROPUESTAS DE LA COMISIÓN ABRIL

A falta de un estudio pormenorizado sobre las numerosas opiniones recabadas por la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de salud, y obviando el hecho de que el informe —y la discusión posterior— se centra sobre los problemas de organización —sanidad— y no de salud —de la población—, o de «rendimiento social» del sistema [Spagnolo, 1993, pp. 258—263], existe un

conjunto de aspectos enormemente llamativo que, junto a la inadecuada gestión política del informe, posiblemente contribuyeron a su fracaso, en el sentido de la escasa incidencia en el desarrollo práctico de algunas de las propuestas sobre las que existía —y existe— un amplio consenso. Estos aspectos son los siguientes:

- Una discrepancia fundamental entre las bases de la reforma propuesta por la Comisión Abril y la ideología socialdemócrata que, al menos teóricamente, sustentaba las alianzas del gobierno socialista [Navarro, 1991, pp. 7—18]. La identificación conservadora del informe dificultó la defensa de algunas reformas, perfectamente compatibles con una aproximación progresista a los problemas de la sanidad española. Un ejemplo de ello es la mencionada contraposición entre eficiencia y equidad.
- Un nivel de elaboración técnica de las propuestas, inferior al que cabría esperar de la acreditada solvencia de los miembros de la Comisión, así como del enorme esfuerzo de asesoramiento y documentación realizado [López, 1991, pp. 99—105; Navarro, 1991, pp. 7—18]. Entre estas recomendaciones poco fundamentadas destaca la de retrotraer la cobertura de prestaciones básicas a las existentes en 1986, o el empeño de la Comisión Abril en hacer más perceptible para los ciudadanos la financiación de la sanidad, mediante cotizaciones de la Seguridad Social [López, 1991, 99—105].
- El informe final no recoge opiniones diferenciadas que se habían dado en el seno de algunas subcomisiones y de una parte de los miembros de la de Farmacia. Este hecho, junto a la escasa consistencia de algunas propuestas, contribuyó a dar una sensación de recomendaciones escritas «a priori» y, por tanto, a una mayor identificación con la postura gubernamental.
- La ausencia de referencias sobre algunos problemas que habían sido centros de debate en la sanidad pública española durante los años 80 [Elola, 1991, pp. 33—68]; entre ellos, la compatibilidad de ejercicio profesional, la figura de los Jefes de Servicio hospitalarios, los conflictos entre el Insalud y corporación farmacéutica, o los relativos a la participación ciudadana.

El informe de la Comisión Abril se saldó con un fracaso, tanto en la gestión política del debate como en la incapacidad para llevar a la práctica las propuestas de reforma más relevantes [Elola, 1994, p. 135]. Las razones de este tropiezo estarían, de conformidad con el análisis realizado, producidas por el contexto

político general, así como por las insuficiencias y contradicciones del propio informe; una explicación alternativa, apuntada por Ortún y López [1993, pp. 15—31], sería la escasa posibilidad que tiene el plantear una reforma «global», en lugar de desarrollar reformas más selectivas.

Según Elola [1994, pp. 135—137], las recomendaciones de la Comisión Abril, se pueden agrupar en tres grandes grupos:

1. Aquellas sobre las que existe la posibilidad de alcanzar un consenso suficiente, en especial si se supera el falso debate entre eficiencia y equidad.

Entre ellas, se pueden señalar:

- 1.1. La definición de un conjunto básico de prestaciones cubiertas por el Sistema Nacional de Salud.
 - 1.2. La separación de funciones de financiación, compra—aseguramiento—y provisión. Este objetivo inspira la reforma, realizada en 1992, de la estructura del Ministerio de Sanidad y Consumo, así como la ordenación del Servicio Catalán de Salud, de 1990, y la propuesta de reforma del Servicio Vasco de Salud, aprobada por su Parlamento en 1993. Esta separación de funciones incluye, a través del Real Decreto de 1992 sobre financiación selectiva de medicamentos, la recomendación del informe de la Comisión Abril de separar el registro de fármacos de la decisión sobre su financiación por el Sistema Nacional de Salud; si bien las competencias sobre ambas funciones siguen estando depositadas en el mismo órgano de la Administración.
 - 1.3. El desarrollo de una gestión empresarial en la sanidad pública, con una vinculación del personal más acorde que la actual con este funcionamiento. Algunas iniciativas de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas parecen decantarse en este sentido.
2. Las recomendaciones de la Comisión Abril, que no tienen una base teórica o empírica contrastada, o no cuentan con un consenso suficiente, u obedecen a un posicionamiento ideológico de carácter conservador. Entre ellas, destacan aquellas que provocaron más polémica:
- 2.1. Contribución del usuario, incluyendo la de los pensionistas, en la prestación farmacéutica.
 - 2.2. Recorte de prestaciones, reduciéndolas a las existentes en 1986.
 - 2.3. Privatización de los servicios, a través del desarrollo de un «mercado interno», dando entrada a servicios privados que competirían libremente con los públicos para captar los recursos destinados a la

compra de servicios en cada área; en contraposición al modelo, también analizado por los expertos de la Comisión Abril, de competencia pública, en el que se produce una competencia entre servicios autorizados en la oferta pública para captar a los pacientes de cada área.

- 2.4. Desarrollo tecnológico del sistema basado en la contratación externa de servicios, descansando sobre la iniciativa privada este factor estratégico de crecimiento del gasto.
3. Por último, los aspectos de la reforma, que siendo relevantes dentro del análisis realizado, no son afrontados por la Comisión Abril: incompatibilidades, puestos vitalicios de Jefes de Servicio de hospitales, conciertos con las corporaciones de farmacia, y participación ciudadana, incluyendo, dentro de esta última, el papel de los ayuntamientos en la gestión de la sanidad.

4.10. CONCLUSIONES DEL CAPÍTULO

En los países desarrollados existen dos modelos básicos de organización de la asistencia sanitaria pública: el mutualista y el impositivo. El primero responde a una organización basada en la Seguridad Social, con financiación basándose en cuotas sobre el trabajo, y tiene su origen en el diseño elaborado hace más de cien años por Bismarck en Alemania. El segundo basa su financiación en los impuestos y fue introducido en Inglaterra por Lord Beveridge tras la Segunda Guerra Mundial.

En el modelo mutualista —Alemania, Bélgica, Francia, Holanda y Luxemburgo—, la provisión de servicios acostumbra a ser indirecta, es decir, hay una clara diferenciación entre la entidad financiadora —Seguridad Social— y las entidades proveedoras. En general, los médicos trabajan en sus consultas particulares y los hospitales no tienen una finalidad lucrativa; la presencia de la Iglesia es importante, aunque también los hay totalmente privados.

En el modelo impositivo —Dinamarca, España, Grecia, Inglaterra, Irlanda, Italia y Portugal—, la provisión de servicios acostumbra a ser mixta, es decir, coexisten servicios de propiedad de la entidad financiadora —Administración pública— con otros servicios contratados. En general, los hospitales son públicos, y en algunos casos se contrata a otros centros de finalidad no lucrativa. La atención primaria es también pública en algunos países —España, Grecia y Portugal—, mientras que en otros también se lleva a cabo mediante contrato. Pese al importante peso de la oferta y la cobertura pública, en casi todos los países existe oferta privada, tanto de atención

primaria como hospitalaria.

En general, los países de modelo impositivo tienen un gasto sanitario, público y total, expresado en porcentaje sobre el PIB, inferior al de los países de modelo mutualista. Igualmente, las diferentes políticas de contención de costes, orientadas a la demanda en los mutualistas y a la oferta en los impositivos, puestas en marcha como consecuencia de la crisis de los setenta, han evidenciado la existencia de un mayor control en los países con modelos impositivos.

En este contexto general, el modelo español presenta una serie de peculiaridades que conviene destacar. El modelo español nace como una adaptación tardía del modelo mutualista. De hecho, en un principio, a comienzos de siglo, tan sólo cubría la accidentalidad laboral; posteriormente, a comienzos de los años cuarenta, cubre la enfermedad común en los trabajadores no cualificados del sector industrial —Seguro Obligatorio de Enfermedad—. A partir de ese momento se produce una extensión progresiva, no planificada y fragmentada, tanto al resto de los trabajadores industriales como a otros sectores, mediante la creación de regímenes especiales o con la inclusión de mutuas de previsión social ya existentes. Es en 1963, con la Ley de Bases de la Seguridad Social, cuando se concreta un primer intento globalizador.

Las importantes lagunas en la cobertura que existen durante todo este período fueron cubiertas por la beneficencia —atención gratuita para pobres—, de carácter religioso y municipal, y por el pago directo de la prestación de servicios, que ya existía. Estos servicios «de pago» fueron organizándose básicamente alrededor de los médicos, y dieron lugar a la aparición de los primeros «igualatorios», auténticos embriones de las compañías de seguros de asistencia médica. La evolución de la tecnología médica provocó un cierto proceso de concentración y la aparición de clínicas privadas, en general en torno a algún médico de particular prestigio.

Pese a que el modelo español se construyó sobre la base del modelo alemán, curiosamente se optó por una gestión directa de la provisión de servicios. El cambio de modelo de financiación, del mutualista al impositivo, producido en los últimos años, no viene acompañado de cambios sustanciales en el modelo organizativo y asistencial.

4.10.1. ESCENARIOS DE EVOLUCIÓN POSIBLES

El modelo actual, de base impositiva y organización autonómica, responde a las previsiones recogidas en la Ley General de Sanidad —1986—. Si bien el

sector sanitario ha quedado fuera de los planes de convergencia europea suscritos en Maastricht, éstos prefiguran un macroescenario que indudablemente limita el margen de maniobra del sector. En este contexto, partiendo de un nivel de financiación pública del gasto sanitario similar en todos los países de la Unión Europea y de una preocupación compartida por la tendencia al crecimiento del gasto sanitario por encima del PIB, los elementos más relevantes para definir el posible escenario de futuro son los siguientes:

- Introducción y refuerzo de componentes impositivos en los sistemas.
- Aplicación de elementos de contención de costes sobre la oferta y demanda. Disciplina presupuestaria, tique moderador y mercados internos.
- Fortalecimiento de los criterios de prevención y promoción de la salud de eficacia probada en el marco de políticas de calidad de vida.

Así pues, creemos que el modelo sanitario español, si bien se mantendrá en lo fundamental, sufrirá modificaciones sustanciales derivadas de la introducción de dichos elementos. Respecto a la demanda de servicios, parece previsible un incremento importante en los servicios asistenciales paralelo al envejecimiento de la población y a otros factores de orden sanitario y sociológico. En el caso de los servicios de salud pública, se relacionará con el mayor interés por la salud y por las políticas de calidad de vida. En ambos grupos de servicios, el incremento de renta per cápita provocará previsiblemente un aumento de su demanda. Finalmente, parece previsible también que el incremento del gasto sanitario por encima del PIB se producirá básicamente a expensas del sector privado.

5 INTRODUCCIÓN AL SECTOR DE LA SANIDAD EN CATALUNYA

5.1. NOTAS HISTÓRICAS SOBRE LOS HOSPITALES EN CATALUNYA¹

Es necesario saber que las instituciones hospitalarias surgen, y se hacen necesarias, cuando la sociedad que las genera ha alcanzado un cierto grado de complejidad. Cada hospital adquiere un nombre y una fisonomía propia. Siempre existen cambios. Se hacen mayores, se desplazan, se unen entre sí, se extinguen o se diversifican.

Existen muchos estudios sobre algunos aspectos de los hospitales de Catalunya, sobre todo trabajos bien documentados referidos a un hospital concreto. Pero una visión panorámica de la evolución del hospital como una institución se hace difícil, porque la historia de cualquier hospital se encuentra entrelazada con su marco geográfico, cultural y económico.

Describiremos una breve historia evolutiva basada en los sucesivos modelos o conceptos doctrinales.

5.1.1. EL HOSPITAL CRISTIANO [1000—1400]

Durante muchos siglos los hospitales han sido instituciones exclusivamente eclesiásticas. Continuaba el espíritu del hospital cristiano, nacido en Bizancio, y que la rápida expansión del Cristianismo exportó por todo el mundo. El hospital medieval, entre los años 1000 y 1400, se organiza en medio de sorprendentes y poderosos acontecimientos.

¹ Este epígrafe está basado en el artículo que escribió el Dr. Ignasi Aragó i Mitjans y que fue publicado en «La Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública de Catalunya. Història d'una diversitat». Generalitat de Catalunya [1994, pp. 23—29].

El hospital monástico

Los benedictinos fijaron un modelo de hospital en las encrucijadas de los caminos. Configuran, describen y organizan los espacios esenciales de un establecimiento para viajeros y enfermos. De ellos son ejemplos Montecasino [529] y Saint Gall [820]. En Catalunya es en Poblet donde se ponen en práctica estas ideas.

Hospicios de paso y hostales

Tenían la función de alojar y cuidar los viajeros, protegerlos de las inclemencias del tiempo y auxiliarlos en sus dificultades. En Catalunya, existieron muchos. El de Vielha, bajo la protección de Sant Nicolau de los Pontells, se dice: «Cualquier viajero tiene derecho al agua, a la sal y al vinagre y a un sitio cerca del fuego, [859]». Se pueden destacar los de Benasc, el Coll de la Perxa, la Bonaigua [965], y el refugio de la Mare de Déu d'Ares, el de Sant Joan de l'Erm, o el de Santa Magdalena.

Las peregrinaciones hasta Santiago de Compostela

Iban peregrinos y enfermos de toda clase. A lo largo del camino son atendidos en hostales, leproserías, hospicios y hospitales. Surgen comunidades religiosas dedicadas a cuidarlos. En Catalunya, como muestra de este modelo, tiene diversos hospitales de Sant Jaume.

Las cruzadas

Durante dos siglos, las cruzadas movilizan miles de personas para rescatar la Tierra Santa de las manos de los infieles. Hubieron sanguinarias batallas con graves repercusiones políticas, militares, económicas y sanitarias. Ninguno de los objetivos previstos en las nueve cruzadas [de 1055 a 1271] se cumplieron. Dejaron temibles rastros de enfermedades, invalidez, injusticias y decepciones.

Las ordenes militares y religiosas

Nacidas dentro del clima arrasador de las cruzadas. Citaremos el Orden del Hospital de Sant Joan de Jerusalem, la de Sant Llätzer y la de los Templos. En Catalunya, los Templos tuvieron más de ciento treinta establecimientos. Los Templos concretaron diversas actividades benéficas, militares y esotéricas —enigmáticas y reservadas a unos pocos—.

Las epidemias

La gente de edad mediana se veía repetidamente atacada por diversos flagelos. Los pobres de Catalunya y sus hospitales conservan referencias bien precisas de aquellas maldades.

El hospital episcopal

El último modelo asistencial propio de aquella época, dentro del tejido de hospitales eclesiásticos, fue el hospital episcopal. Se construye adjunto a la sede o la iglesia principal. Hubieron en la Seu d'Urgell, Vic, Santes Creus y en la Canonja de Barcelona.

5.1.2. EL HOSPITAL MEDIEVAL [1400—1500]

El hospital medieval inicia a lo largo del siglo XV cambios importantes.

La ascensión de la burguesía

Las ciudades empiezan a crecer. Sirvientes y vasallos abandonan sus señores feudales y se integran en la ciudad con la gente del burgo —los burgueses— consiguiendo libertades y aprendiendo nuevos oficios. El hospital ya no es propiedad exclusiva de la Iglesia y se desvincula de monasterios y claustros catedralicios. Con todo, el obispo sigue velando por la atención espiritual.

Las funciones del hospital

El 17 de abril de 1401 es una data clave —cuatro piedras de cuatro hospitales barceloneses fueron llevadas en procesión para los fundamentos del Hospital de la Santa Creu—. También en Lleida, en 1445, siete hospitales menores se unieron en uno.

El libro de las reglas

El Hospital del Santo Espíritu, en Roma, redacta un libro trascendente. Viene a ser el primer tratado de administración hospitalaria. Define funciones, ordena normas y reglamentos. El «Liber Regulae Sancti Spiritus» [1227—1247] es una publicación sorprendentemente bien ilustrada. Su doctrina se expande por Europa y los conquistadores la transportan a las nuevas tierras de América. En Catalunya tiene las sucesivas y detalladas Ordenaciones del Hospital de la Santa Creu.

En resumen, los hospitales medievales cumplieron el mandato de practicar la caridad hacia los pobres y los enfermos. Ejercitaban las obras de misericordia, especialmente las espirituales. No podían curarlos médicamente, pero sí que sabían atenderles y cuidarles.

FIGURA 5.1. Ordenaciones del Hospital General de la Santa Creu de Barcelona, año 1707.



© La Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública de Catalunya. Història d'una diversitat [1994, p. 24].

5.1.3. HOSPITAL CIVIL [SIGLOS XV—XVII]

El renacimiento

Durante la época medieval la cultura era teocéntrica. Dios era el centro de todo. El Renacimiento sitúa el hombre en el centro del Universo. Hay una explosión de fuerzas que parecían adormecidas y, como imagen de aquel gran cambio, Florencia pasa a ser un núcleo resplandeciente y deslumbrador. Los hospitales del Renacimiento en Italia se construyen como palacios. En España, los hospitales reales se sitúan dentro del estilo renacentista: El Hospital de los Reyes Católicos, en Santiago de Compostela [1501—1511]; El de Granada [1494—1550]; El de la Santa Cruz, en Toledo [1504—1515]; El Estudio de Salamanca [1540]; El de «Las Cinco Llagas», en Sevilla [1546] y El de Zamora [1517—1518]. En Catalunya el Hospital de la Santa Creu continua la tradición medieval.

La reforma protestante

La explosión entusiasta y devastadora del Renacimiento continua con el proceso de rebelión religiosa de Luter —con la prioridad de la fe sobre las obras, con el rechazo de la remisión automática de los pecados por las buenas obras—. En el ámbito hospitalario, la reforma hace disminuir los legados en favor de las obras de caridad, mejora los recursos públicos y relaciona entre sí centros asistenciales civiles. El concilio de Trento, que duró 18 años [1545—1563], reforma la actitud conservadora de la Iglesia, pero transfiere, en gran parte, el control de los hospitales eclesiásticos al Estado.

Los fundadores

En continuación de las grandes ordenes monásticas de la edad media surgen, por toda Europa, fundaciones de comunidades de ayuda a los necesitados y a los hospitales. Entre más de trescientas obras, se puede citar las de Joan de Déu [1495—1550], Camil de Lel.lis [1550—1614], Vicenç de Paül [1580—1660] y Lluïsa de Marillac [1591—1660]. En Catalunya hubo una treintena de fundadores o fundadoras, especialmente Francesc Darder, médico cirujano del Hospital de la Santa Creu, de Barcelona, que hace donación de todos sus bienes por una causa benéfica, que en el año 1882 pasa a ser congregación religiosa, conocida con el nombre popular de las Darderes. A través de los fundadores, la Iglesia se hace presente por medio de las órdenes hospitalarias.

5.1.4. LA REVOLUCIÓN FRANCESA

La Revolución Francesa [1751—1797/1799—1815] acelera nuevos cambios, como la abolición de la Monarquía, el establecimiento de los principios de Libertad—Igualdad—Fraternidad y la Proclamación de los Derechos del Hombre. El incendio del Hôtel—Dieu, en París, produce una auténtica conmoción mental. El debate sobre el nuevo hospital fue como un banco de pruebas donde se discutieron muchas situaciones hospitalarias. La filosofía asistencial y la arquitectura hospitalaria se quedaron balanceadas del todo. Los enciclopedistas [1751—1772] establecen el racionalismo, el escepticismo, el empirismo y la tolerancia. Poco después, la noción de Caridad evoluciona hacia al concepto de Deber Social y se define el concepto de Utilidad Pública. El Abat de Saint Pierre introduce un nuevo termo, la Beneficencia: «Es la razón iluminada que inspira el deber de ayudar al prójimo». Es la caridad laica [1767]. En el año II del Mesidor [1794] se establece la disolución de las órdenes religiosas. Los monjes

de los hospitales marchan, pero los malos resultados de las asistentas laicas substitutas hace que los dirigentes demanden que les monjes retornen a sus lugares, pero que no porten hábito y que las prácticas religiosas las hagan discretamente.

5.1.5. LA MEDICINA CIENTÍFICA ENTRA EN EL HOSPITAL

La medicalización de la asistencia hospitalaria empieza justo después de las limitaciones medievales. Se desvela poco a poco, superando la ignorancia y los prejuicios, el interés por el conocimiento del hombre y el conocimiento de la enfermedad. La historia del hospital es solo una parte de la historia de la medicina, como ésta es ahora una parte de la historia de la ciencia. La ciencia es un mundo que progresivamente se extiende y se hace complejo. En torno del año 1870 se produce, en muchos aspectos del saber, el fenómeno de la aceleración de la historia. Los ritmos de crecimiento de los conocimientos son excepcionalmente rápidos. En un mismo período de tiempo los descubrimientos y los conocimientos se interrelacionan entre sí. En Catalunya surgen y se reforman clínicas y hospitales nuevos al costado de los antiguos.

La lucha contra la infección

La lucha contra la infección empieza a ser el problema central de la actividad hospitalaria. Las grandes habitaciones llenas de camas, mal ventiladas, vibrantes de angustias, generan una terrible mortandad. Se establece una colaboración entre arquitectos e higienizadores y se precisan unos conjuntos de normas técnicas que rápidamente traspasan fronteras. Es la etapa del hospital pabellón. Pronto los avances de la bacteriología y la higiene neutralizan las ventajas del hospital pabellón y se llega a la conclusión que es mejor construir los hospitales en edificios monobloque, más compactos, en forma de letra H, L o Y. El concepto de hospital pabellón permitió la construcción de grandes conjuntos en los EEUU, Reino Unido y Francia, pero el mayor de Europa fue el Hospital General de Hamburgo con cerca de cien pabellones. En Catalunya los tres principales hospitales pabellón han sido los siguientes:

1. Institut Mental de la Santa Creu [1854—1892]. En el año 1854, la MIA —La Molt Il.lustre Administració de l'Hospital de la Santa Creu— encarga a Pi i Molist un estudio para un nuevo manicomio. Este viaja por Francia, Reino Unido, Bélgica, Alemania e Italia, y redacta un informe que es aprobado. Se encarga el proyecto al

arquitecto Josep Oriol i Bernadet. El proyecto es frenado desde Madrid. En el año 1874, una real orden elogia el proyecto, pero no da el permiso de obras porque los establecimientos psiquiátricos habían de ser estatales. Finalmente después de muchas trabas administrativas, las obras empiezan en el año 1878, se terminan en el 1889 y el centro se inaugura en el año 1892, 38 años después del inicio de los estudios. El edificio se derrumba en el año 1972.

2. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau [1898—1930]. La Exposición Universal de 1888 da un empujón a la gran ciudad. El Hospital de la Santa Creu se había quedado viejo y pequeño. Es bien conocida la imagen del cartel del pintor Llimona: «No hi ha llits!». Por otro lado, la facultad de Medicina se traslada a la calle de Casanova el año 1907. Era necesario construir un nuevo hospital. Con suerte llega el legado de Pau Gil y se encarga el proyecto a un arquitecto excepcional, Lluís Domènech i Montaner. Ahora, con una visión crítica, se puede decir que tanto el concepto como la arquitectura del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau eran desfasados con el que preconizaban las políticas asistenciales de América y de Europa. Se tiene la suerte que Domènech i Montaner consigue un conjunto y unos detalles de una espléndida obra modernista. Con gran esfuerzo, lentamente y gradualmente se fue construyendo el hospital. Se puede sacar una enseñanza buena —los hombres son más importantes que las piedras—. Poner en funcionamiento algunos de los 46 pabellones que preveía el proyecto fue posible por la constante ayuda y participación de la sociedad civil y de los sus estamentos.
3. Hospital del Mar [1914—1994]. La lucha contra la infección es siempre presente en la historia del hospital. El municipio de Barcelona continua la acción benéfica de la Pia Almoïna, asumiendo tareas cada vez más complejas. El primitivo dispensario de Can Tunis [1888] evoluciona hacia el Hospital de infecciosos [1914—1930], adoptando —justificadamente— la estructura de pabellón. En la lucha contra las epidemias, el municipio se hace cargo de arriesgadas responsabilidades —peste bubónica, fiebre amarilla o gripe, que afectó seriamente la ciudad de Barcelona durante el siglo pasado—. Durante la guerra de 1936—1939, en el Hospital había de todo —tétanos, rabia, tuberculosis, meningitis, y un pabellón lleno de portadores de sarna—. Las epidemias continúan —1939/40, varicela;

1940/41, tifus exantemático; 1950, poliomielitis; 1971, cólera—. El Hospital Municipal del Mar es una pieza esencial en la historia de los hospitales de Catalunya. También evolucionó constantemente en nuevos campos —unidad de curas intensivas, 1970; Urgencias, 1978; servicios para toxicómanos/SIDA, 1981/1990, y después, el gran hospital olímpico—.

5.1.6. LA MIGRACIÓN POLÍTICA, SANITARIA Y LA DIVERSIDAD HOSPITALARIA DE CATALUNYA

Durante más de trescientos años, en Catalunya, había un solo hospital importante, el Hospital de la Santa Creu. En el año 1915, la Mancomunidad de Prat de la Riba impulsa grandes mejorías. Un nuevo edificio para la Maternidad y una red de hospitales que comarcalizan la asistencia. En abril de 1931, la Generalitat solicita al Sindicato de Médicos la redacción de unas ponencias sobre sanidad y hospitales. En el año 1933, cuando se hace el traspaso de poderes a la Generalitat, la organización será pensada según las posibilidades y necesidades de Catalunya, sabiendo que el país es formado por comarcas y no por provincias. La evolución de los hospitales en Catalunya fue diferente de la del resto de España, por la ausencia de hospitales públicos. Como compensación, casi todas las comarcas tienen sus fundaciones hospitalarias. El decreto de 1899 sobre desamortización de las fundaciones benéficas hace que, durante más de 120 años, los dineros de los hospitales benéficos quedasen «empapelados» en emisiones obligatorias de Títulos de Divida Pública Interior, al 3 o al 4%. Después del año 1939, estos pequeños hospitales se quedan, descapitalizados, en situación de hospitales de pobres. En el año 1957, el Colegio de Médicos de Barcelona envía un cuestionario a los directores de hospitales. Las respuestas dibujan abundantes elementos negativos.

Entretanto se introducía progresivamente el Seguro Obligatorio de Enfermedad —SOE—. En el año 1969, por iniciativa de Josep Maria de Muller, presidente de la Diputación, se redacta el Plan General de Regionalización Hospitalaria de Catalunya y Baleares, el primer que se hace en España. Siguen otros estudios complementarios de calidad. Finalmente, la decisión de hacer el Mapa Sanitario, en 15 de enero de 1979, es el punto de arrancada hacia la actualidad.

5.2. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Con la reinstauración de la Generalitat de Catalunya, en el año 1931, se inicia un proceso muy importante y de gran trascendencia, que tiene como objetivo intentar estructurar la sanidad catalana.

El Consejero de Sanidad y Beneficencia, encarga, en el año 1931, al Sindicato de Médicos de Catalunya, el estudio y las propuestas sectoriales de toda la sanidad catalana, incluyendo proyectos referentes a la Seguridad Social. En el mes de junio de 1931, una encuesta sobre los hospitales subvencionados y/o contratados y el estudio sobre los seguros sociales, fueron el importante punto de partida para configurar la ordenación hospitalaria y toda la sanidad catalana. Finalmente, el *Parlament de Catalunya* aprobó la Ley de Bases para la organización de los servicios de sanidad y asistencia social en Catalunya, que fue la Ley del 30 de marzo de 1934. Por primera vez se habla de servicios sanitarios mínimos y se fijan criterios para la ordenación territorial de la sanidad y de los hospitales.

Después de la guerra civil viene el fin de la Generalitat y ya no se habla de cuestiones sanitarias desde una perspectiva catalana. Todavía la Academia de Ciencias Médicas de Catalunya y Baleares sobrevive con gran dificultad y sirve de centro de las iniciativas aisladas en el campo de la sanidad y de la salud pública.

En 1964 un grupo de médicos crea el *Centre Tècnic d'Estudis Hospitalaris*, que es el primer equipo que se conoce que empezó a hacer estudios en el campo de la sanidad y de los hospitales en toda Catalunya.

En 1969 se elabora el Plan de Regionalización Hospitalaria de la 5ª Región —Catalunya y Baleares—, este estudio es el punto de partida, un año más tarde se elabora otro estudio que plantea una reorganización sanitaria y la propuesta de creación de un Servicio Nacional de Salud de Catalunya. Y lo siguen a partir de entonces varios otros.

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud promovida por la OMS en 1978, reiteró que los gobiernos están obligados a tener en cuenta la salud de sus pueblos, obligación por la cuál solamente se puede cumplir por medio de la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas y equitativamente distribuidas.

La atención primaria de la salud, como parte del sistema nacional de asistencia sanitaria completa, representa un gran avance en el camino de las conquistas de los objetivos sanitarios y sociales fundamentales. Cada país tendrá que interpretar y adoptar aspectos determinados y concretos sobre la atención primaria de la salud en función de su propio contexto social, político y de desarrollo. Todas las

personas tienen el derecho y el deber de participar individualmente y colectivamente en la planificación y organización de su asistencia sanitaria.

La Conferencia apuntó la necesidad de una distribución equilibrada de todos los recursos disponibles, y particularmente de los recursos públicos, de manera que se preste una atención conveniente a los grupos de poblaciones más débiles desde el punto de vista de atención primaria de salud y desarrollo en general.

Las políticas nacionales de desarrollo en materia de salud tienen que ser accesibles a todos, con carácter prioritario, la atención primaria de salud como parte integrante de un sistema de asistencia sanitaria, teniendo en cuenta las características geográficas, sociales, culturales, políticas, económicas y otras del país del cuál se trata.

5.3. EL MAPA SANITARI DE CATALUNYA

El decreto del 7 de enero de 1980 —DOGC 7/3/80— por el cuál se aprueba el Mapa Sanitari de Catalunya, fue el primer intento de planificación de la asistencia sanitaria en Catalunya después que la Guerra Civil Española trunca la «Ley de Bases para la organización del Servicio de Sanidad y Asistencia Social de Catalunya» que fue aprobada por el Parlamento Catalán en 30 de marzo de 1934 [Ruiz, 1997, p. 5].

El Mapa Sanitari de Catalunya «MS—80» recoge un inventario muy completo de los recursos físicos y personales referentes a los campos de la asistencia primaria, asistencia hospitalaria, sanidad veterinaria, sanidad farmacéutica y aspectos sanitarios del medio ambiente. En segundo lugar, también aportó un análisis de la realidad sanitaria de Catalunya desde una perspectiva sanitaria integral y no solo asistencial, indicando los recursos deseables y, también hacia una territorialidad sanitaria. Algunos sectores acusaron de no ser verdaderamente un Plan Sanitario, ya que no señalaba objetivos y no marcaba métodos, no asignaba recursos. Se tiene que considerar el MS—80 como un buen marco de referencia y el punto de partida del actual Sistema Sanitario de Catalunya.

5.3.1. DESPLIEGUE DEL MAPA SANITARIO

El *Departament de Sanitat i Seguretat Social* elaboró el Desplegament del Mapa Sanitari de Catalunya—83, con el cuál se pretendió actualizar los criterios y la dotación previstos en el Mapa Sanitari, incorporando el sentido generalizado en los países occidentales sobre contención del gasto sanitario. Así, con la dotación

hospitalaria propuesta por el MS—80 de 4 a 5 camas por 1.000 habitantes, se pasa a una propuesta del DMS—83 de 2,9 a 3,2 camas por 1.000 habitantes [Ruiz, 1997, p. 6].

FIGURA 5.2. Mapa del primer plan de regionalización sanitaria basado en la estructura comarcal, año 1933.



También se incorporan orientaciones sobre la capacidad óptima de los centros, su dimensión, rendimiento de las plantillas, objetivos de frecuentación, estancia media, etc.

De esta manera se establecía la planificación de la Asistencia Sanitaria Pública en Catalunya para los diez años posteriores a su elaboración.

Como objetivos básicos del DMS—83 se pueden destacar²:

1. Creación de la red hospitalaria de utilización pública —XHUP—, en un intento de racionalización de los recursos existentes y de coordinarlos dentro de la gran dispersión de competencia que había. Los puntos básicos para hacer la propuesta de hospitales necesarios para la XHUP partieron de la siguiente hipótesis para el 1992:
 - 1.1 Frecuentación= 100-110 por 1.000 habitantes.
 - 1.2. Población= 6.000.000 habitantes.
 - 1.3. Utilización de la SS= 90%.
2. Dar prioridad a la asistencia primaria, y coordinarla eficazmente con la hospitalaria.

—El DMS—83 propulsaba la integración funcional de los especialistas de la asistencia primaria en los centros de la XHUP—.
3. Mejoría de la eficiencia a través de tres propuestas:
 - 3.1. Reducción de las estancias, especialmente de la estancia media.
 - 3.2. Incremento de la tasa de ocupación.
 - 3.3. Marcar objetivos de productividad del personal.
4. Mejorar la calidad asistencial. La acreditación hospitalaria garantizaría la calidad de la estructura del centro y el DMS—83 propulsaba completarla con unos mecanismos que garantizaran la calidad del proceso asistencial. La propuesta era crear un programa de control de calidad que tuviese en cuenta:
 - 4.1. Comisiones de control de calidad.
 - 4.2. Circuito de información.
 - 4.3. Formación continuada.
 - 4.4. Difusión de las técnicas de control de calidad.
5. Descentralización geográfica facilitando el acceso físico de los usuarios al hospital. Uno de los problemas principales era —y continúa siendo— la concentración de camas hospitalarias en

² Siguiendo a Ruíz [1997, p. 6].

Barcelona, que propiciaba que 150.000 enfermos de fuera de Barcelona fuesen atendidos en esta ciudad.

6. Reequilibrio de los niveles asistenciales a través de la potenciación de los centros de nivel básico.
7. Fusión de hospitales para evitar duplicidades de servicios entre centros próximos, que levan a una competitividad que incrementa los costes sin ir acompañada de una mejoría en la calidad asistencial. Poder compartir entre diferentes centros generales próximos para poder bajar los costes.

5.4. PLAN DE REORDENACIÓN HOSPITALARIA DE CATALUNYA

La transferencia de los servicios de la Seguridad Social en Catalunya para la Generalitat fue dentro del segundo semestre del 1981. El INSALUD transfiere sus centros propios.

Por otro lado la mayor parte de los centros concertados presentaban un importante endeudamiento, consecuencia de la congelación de tarifas con el INSALUD, y una situación de descapitalización progresiva que les había impedido de invertir en mantenimiento y en renovación de los equipamientos.

En 21 de diciembre de 1981 se publicaron las Ordenes de Concertación y Acreditación de Hospitales de 20 y 21 de noviembre de 1981. Esta Orden de Concertación pretendía adecuar las tarifas a los costes hospitalarios —incremento de tarifas—.

El efecto inmediato fue la mejoría de la situación financiera de los centros concertados, que sin poder eliminar su déficit acumulado, se lanzan hacia al objetivo histórico de expansión, fundamentalmente en personal, para dar cumplimiento a las normas de acreditación y por el desarrollo de nuevas especialidades y técnicas. Eso produce un importante aumento de los costes hospitalarios, así como de la oferta asistencial que determinó un aumento notable de la demanda, con un crecimiento, aquellos años, en la tasa de facturación al Institut Català de la Salut —ICS— superior al 20% anual.

Este incremento necesario en los gastos sanitarios de los hospitales concertados, juntamente con un importante aumento progresivo en los costes de los hospitales propios, determinó que el ICS no pudiese hacer frente al elevado coste hospitalario generado y decidiese adoptar como medida de contención del gasto la congelación de las tarifas de 1983 durante dos años, 1984 y 1985.

Por causa de la crisis financiera en que se encontraran el ICS y, consecuentemente, todo el sector que dependía de él, la Direcció General de Ordenació i Planificació Sanitària de la Conselleria de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat —DGOPS—, presentó en el Parlament Català un Plan de Reordenación Hospitalaria —PRH— que adaptaba todo el marco de la planificación hospitalaria establecido en el DMS—83, a los condicionantes de las previsiones presupuestarias y de las pérdidas acumuladas en el sector.

Este Plan, que fue elaborado con la participación de todas las partes implicadas en la su ejecución —Administración, sector hospitalario público y privado y sindicatos—, pretendía conseguir, en un período de cinco años y para todos los centros integrados en la XHUP, el equilibrio económico que permitiese asegurar la supervivencia de estos y el cumplimiento de todas sus obligaciones fiscales y parafiscales; pero que, también, permitiese conseguir el equilibrio presupuestario del ICS y para eso los hospitales concertados tendrían que adaptar su cuenta de ingresos hasta el límite de la capacidad financiera de aquel.

Así, el PRH se convierte en el marco básico de planificación operativa para los hospitales, hasta su finalización en 1991.

El PRH pone un especial énfasis en la mejoría de la eficiencia —máxima eficiencia al menor coste— de los hospitales, la reducción de la estancia media de los pacientes y el aumento de su rotación, pero también, en conseguir una perfecta coordinación entre todos los hospitales que permite dimensionar óptimamente todos los recursos sanitarios en función de su área de influencia.

Pretendía evitar servicios hospitalarios duplicados de manera innecesaria, con una gran competencia entre ellos, y que no siempre sirven para mejorar la calidad, pero que incrementan el coste.

Con esta finalidad, una de las fórmulas que propulsaba era la coordinación o la integración de los hospitales excesivamente pequeños, poco rentables y con dificultades para el mantenimiento del nivel asistencial ahora exigido, por medio de la gestión conjunta de varios hospitales. De esta manera, el tamaño óptimo de un hospital en relación con su área de influencia, no sería siempre conseguida a través de un edificio mayor, y sí por la agrupación y coordinación funcional de varios hospitales.

Esa coordinación hospitalaria, que dependería en cada caso de su situación jurídica y económica, pudiendo ir desde la simple coordinación funcional, pasando por la mancomunidad de servicios, hasta la integración patrimonial.

Esta coordinación afectaría también, a los profesionales de los diferentes hospitales con tal de garantizar la formación continuada y el establecimiento de

protocolos estandarizados que asegurasen la calidad asistencial en toda el área sanitaria, con independencia del hospital utilizado.

El PRH preveía el desarrollo de una red de hospitales y centros sociosanitarios para enfermos crónicos o que necesitan de un internamiento prolongado, que había de estar íntimamente coordinada con la de pacientes agudos.

La creación de esta red para enfermos crónicos permitió optimizar la de pacientes agudos, habiendo conseguido una disminución de la estancia media y aumentar el índice de rotación —enfermo/cama— ya que, a través de ésta, se pretendía evitar el prolongamiento de estancias por motivos sociales o de otra clase, no ligados al proceso patológico que motivaba el ingreso en el hospital por los enfermos agudos.

5.5. LA RED HOSPITALARIA DE UTILIZACIÓN PÚBLICA

La planificación hospitalaria del DMS—83 se basa en la constitución de la red hospitalaria de utilización pública —XHUP: Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública—, que fue creada por el Decreto 202/1985 del 15 de julio.

Por medio de esta red se cubre la asistencia hospitalaria en la totalidad de la población protegida entonces por el sistema público de la Seguridad Social —93% de la población—.

Esta red está integrada por los hospitales propios de la Seguridad Social y por los hospitales públicos o privados concertados con ésta para atender a sus beneficiarios.

El objetivo de la red es conseguir una homogeneidad asistencial que permita que todo el beneficiario de la Seguridad Social reciba una asistencia de calidad y con un coste mínimo, independientemente del lugar que viva en Catalunya.

Los hospitales concertados existen en todo el Estado español, siendo una fórmula para complementar los servicios propios de la Seguridad Social.

En Catalunya, con una importante tradición y dotación hospitalaria —hospitales municipales, de la Diputación, de la Iglesia, de fundaciones privadas sin ánimo de lucro—, la situación era muy diferente. Los hospitales del INSALUD, que representaban un 25% de las camas para enfermos agudos que existían en Catalunya, lo que hacían en realidad eran complementar la red de concertados.

En el año 1981, solamente una cuarta parte de los ingresos hospitalarios cubiertos por la Seguridad Social fueran atendidos en centros propios de ésta, proporción inversa en el resto del Estado español, donde los hospitales propios atienden, aproximadamente, el 60% de los beneficiarios.

Los hospitales, para poder estar integrados en la XHUP, se hace imprescindible que, entre otros requisitos, cumplan la normativa establecida en el orden de acreditación del 21 de noviembre de 1981.

Esta Orden determina las condiciones mínimas obligatorias que, cuanto a equipamientos, organización, instalaciones y seguridad, han de cumplir los hospitales con tal de garantizar un nivel determinado de calidad en el desarrollo de su actividad.

Se trata de un análisis de la estructura del centro que pretende, básicamente, mejorar la calidad asistencial por medio de un control de calidad externo al propio centro —en el momento de su publicación, fue negada la acreditación a 43 centros hospitalarios que no cumplían los mínimos exigidos—.

Posteriormente, el Orden del 24 de abril de 1986 sobre regulación de los procedimientos para la integración y la exclusión de la XHUP —DOGC 5/7/86— determina que a todos los hospitales de esta red de asistencia pública han de desarrollar seis tipos de actuación —compatibilidad analítica, indicadores de gestión, hoja de alta, control de calidad, auditoría compatible y plan de empresa—.

El resto de los hospitales no integrados dentro de esta red pueden optar por la atención a los enfermos crónicos o bien, limitar su oferta al libre mercado —asistencia privada—.

Dentro de la XHUP, el Orden del 23 de abril de 1986 modifica los cuatro niveles de clasificación en que se dividen los hospitales catalanes —cinco si se tiene en cuenta el nivel 3 Monográfico—, según el que establece el DMS—83, pasando a clasificarse en tres niveles, en función de las necesidades que han de cubrir, el tipo de asistencia que han de estar capacitados para prestar, el volumen de población que los justifica y el número máximo de camas que, para cada nivel, dispondrá la XHUP.

Por último el Decreto 179/1997 de 22 de julio³ establece las modalidades de pago que rige la contratación de los servicios sanitarios en el ámbito del Servei Català de la Salut. Los centros sanitarios, atendiendo a su nivel de complejidad estructural, se clasifican en 4 grupos a seguir:

1. Grupo 1: Hospital General Básico Aislado y Hospital Complementario.
2. Grupo 2: Hospital General Básico contará con la tecnología asistencial necesaria para atender el 80% de la demanda hospitalaria de su área

3 Siguiendo el Decreto 179/1997 de 22 de julio publicado en el DOGC núm. 2445 de 31.07.1997 p. 8720.

de influencia y que se considera como una patología que no necesita de una gran dotación de personal y tampoco de equipamientos sofisticados; se situaron en la mayoría de las comarcas catalanas, cerca de las poblaciones a las cuales asisten.

3. Grupo 3: Hospital de Referencia, dará atención a la patología básica de su área —actuando como Hospital General Básico dentro de su núcleo de influencia— y cubrirá patología de nivel medio —que necesita de un cierto nivel de tecnología y de especialización— de toda su área de referencia, que cubrirá unos 400.000 habitantes.
4. Grupo 4: Hospital General de Alta Tecnología⁴, donde será atendida toda aquella patología que necesite de una alta especialización y una tecnología compleja —10 hospitales en Catalunya—; al mismo tiempo que actuará como Hospital General Básico y de Referencia para sus zonas de influencia.

5.6. INTRODUCCIÓN A LA LLEI D'ORDENACIÓ SANITÀRIA DE CATALUNYA

El Proyecto de Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya —LOSC— responde a una necesidad de regular todas las acciones que permiten hacer efectivo el derecho a la protección de la salud de la población en Catalunya, y también para cumplir con el mandato contenido en la Ley General de Sanidad —LGS— dictada al amparo del artículo 149.1.16 de la Constitución Española.

Este mandato establece un sistema plural que prevé el establecimiento de un servicio de salud en el ámbito de cada comunidad autónoma, configurado por todos los centros, servicios y establecimientos de la propia comunidad, las diputaciones, los ayuntamientos y cualquiera otras administraciones territoriales intracomunitarias.

El sistema sanitario catalán presenta, dentro del conjunto del Estado Español, una serie de peculiaridades que le hacen sensiblemente diferente.

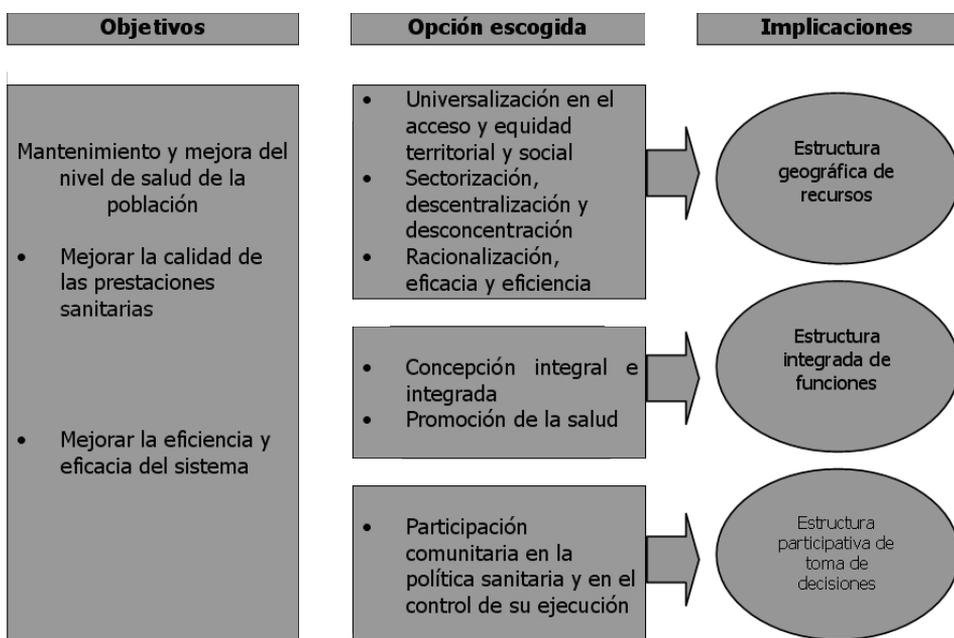
El modelo del Servei Català de la Salut —SCS— que se ha diseñado permite ejercer las responsabilidades que legalmente le corresponden en materia sanitaria, de acuerdo con las peculiaridades propias del sistema sanitario catalán y, al mismo tiempo, dando cumplimiento a los preceptos básicos de la LGS.

⁴ Dentro de la XHUP los Hospitales del Grupo 4 —Hospitales de alta tecnología— serán los estudiados en el marco de la tesis.

Las acciones tomadas en el momento de los traspasos fueron encaminadas a ordenar los servicios sanitarios de acuerdo con su especial configuración. De esa manera, el Orden de Regulación de la Acción Concertada —20 de noviembre de 1981— y el Orden de Acreditación de Centros —21 de noviembre de 1981— fueron herramientas empleadas para conseguir y garantizar una correcta y homologable cualidad entre los diferentes centros, al mismo tiempo que una equidad en la distribución de recursos.

La Ley 12/1983, crea el Institut Català de la Salut —ICS— como entidad gestora de los servicios y de las prestaciones sanitarias propias de la Generalitat y de las transferidas de la Seguridad Social, se introduce, de esa manera y por primera vez en el sistema sanitario catalán los conceptos de planificación y gestión.

FIGURA 5.3. Desarrollo del modelo sanitario.



© McKinsey & Company [1992, p. 2].

También se creó la figura del gerente como profesional del sistema sanitario, y se divide territorialmente el ICS en áreas de gestión, se inicia una política de descentralización, se ordena y racionaliza el sistema de concertación reduciendo los 21 niveles asistenciales existentes hasta el momento a 4 niveles asistenciales.

A partir del Mapa Sanitari de Catalunya —MSC—, elaborado por el Departament de Sanitat i Assistència Social de la Generalitat, en 1980, se inició, el año 1983, los trabajos de Despliegue del Mapa Sanitari —DMS—, un plan estratégico que contenía ya los principios de la mayor parte de las reformas realizadas posteriormente, sobre todo en materia de atención primaria de salud y también de atención hospitalaria.

Las previsiones contenidas en el terreno hospitalario se implantaron, fundamentalmente, a través de la creación de la Red Hospitalaria de Utilización Pública —XHUP—, en el año 1985. Este Decreto tenía como objetivo principal conseguir una ordenación hospitalaria que permitiera la adecuada homogeneización de las prestaciones asistenciales, y también la utilización óptima de los recursos humanos y materiales.

Por otro lado, el DMS proporcionó la creación de diversos programas sectoriales como fórmula de planificación y programación en los diferentes ámbitos asistenciales.

De acuerdo con el contenido del Decreto 84/1985, de 21 de marzo, en el año 1985—86 se inicia la puesta en marcha de la reforma de la atención primaria de la salud.

Se creó en Catalunya una red de hospitales comarcales a partir del seguimiento de las previsiones del DMS, la aplicación del modelo diseñado de la XHUP, el Plan de Reordenación Hospitalaria —PRH— y la constitución de los consorcios hospitalarios. El mantenimiento de la XHUP como modelo de desarrollo de la política hospitalaria del SCS permitió un reequilibrio hospitalario del territorio. El objetivo era crear una red hospitalaria compacta, capaz de ejecutar la política sanitaria del Departament de Sanitat para tratar por igual todos los beneficiarios y trabajadores del sistema sanitario y seguir la tradición hospitalaria catalana, es decir, ser capaz de aprovechar todos los recursos existentes: Seguridad Social; Ayuntamientos; Fundaciones; Iglesia; Cruz Roja; Entidades mutualistas, etc.

5.6.1. EL OBJETIVO DE LA LOSC

La Organización Mundial de la Salud —OMS— estableció una estrategia que, con el título de «Salud para todos en el año 2000», habría de conducir las políticas sanitarias a la mejoría de la salud de la población.

El SCS tiene como misión, y de acuerdo con los objetivos que la OMS plantea para el año 2000, ser una herramienta que ayude a mejorar el nivel de salud de la población.

Estos objetivos también comprenden la aparición de los nuevos retos en el futuro, como son las nuevas patologías, entre las cuales se destaca la lucha contra el Síndrome de la Inmune Deficiencia Adquirida —SIDA—, el envejecimiento de la población, que ha hecho necesario la creación de programas específicos para la 3ª edad y la alta tecnología.

El plan de la OMS «Salud para todos en el año 2000» está compuesto de 38 objetivos sanitarios, que habrán de ser asumidos por los gobiernos de los distintos países y por el SCS. Estos objetivos se poden resumir en 5 grandes grupos⁵:

1. Conseguir una igualdad de acceso al sistema sanitario por parte de toda la población, es decir, la equidad y la igualdad de acceso. Este objetivo queda determinado, de un lado, por la universalización de las prestaciones. En este sentido, y a efectos de desarrollar el Real Decreto 1088/89, de 8 de septiembre, que despliega la LGS, el Consell Executiu de la Generalitat promulga el Decreto 55/1990, del 5 de marzo, que regula la extensión de la cobertura de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las personas sin recursos económicos. Por medio de la Orden del 25 de abril de 1990, se desarrolla el proceso de extensión de la asistencia, que se completa en el año 1991.
2. Pasar a la población un concepto positivo de salud y hacer saber a todos que lo mejor es mantener la salud y no haber de tratar la enfermedad. Esto quiere decir, evidentemente, una potenciación de la promoción de la salud y de la prevención de la enfermedad.
3. Hacer realidad que la salud es cosa de todos y, en consecuencia, que todos tienen que participar, tal como se ha dicho en la OMS tantas veces. Se tiene que conseguir que en todos los programas preventivos y de promoción de la salud se impliquen no solamente los médicos y los profesionales sanitarios, sino, también los educadores, otros profesionales, los políticos y los propios padres.
4. Es necesario una cooperación multisectorial para que se produzcan las condiciones favorables para que la salud pueda prosperar. La protección de la salud ha de ser una preocupación de los otros sectores de la sociedad además del sanitario, y se tiene que incidir sobre todo en el ámbito formativo, insistiendo sobre los múltiples

5 Siguiendo parcialmente los objetivos de la Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya [1992, pp. 16—17].

motivos existentes porque se dan los soportes a las actividades de protección, promoción y mejoría de la salud.

5. Atención apropiada por medio de un sistema sanitario basado en la atención primaria de la salud. Para alcanzar plenamente esta línea fijada por la OMS, es absolutamente necesario potenciar el médico de cabecera, fomentar el nuevo papel de la enfermería y trabajar conjuntamente en equipo, entendiendo que la incorporación de la prevención, de la educación sanitaria y de la rehabilitación son elementos importantes de la atención primaria de salud.

5.6.2. CARACTERÍSTICAS DEL PROYECTO DE LA LOSC

El Proyecto de Ley tiene como base la consideración de la sanidad como un servicio público financiado por el presupuesto general del Estado.

La creación del SCS, que constituye el eje fundamental de la ordenación sanitaria, nace con el objetivo de avanzar en la distribución adecuada de los recursos sanitarios, en la optimización de los recursos económicos que se destinan y en la coordinación de todo el dispositivo sanitario de cobertura pública, propiciando una simplificación, racionalización, eficiencia y eficacia de la organización sanitaria.

En el marco de una concepción integral de la salud, pretende estimular la participación comunitaria, potenciar la cualidad asistencial, estimular la humanización de la atención y por el respeto y dignidad de la persona y la libertad individual.

Para hacer efectivo el derecho a la protección de la salud, previsto en el artículo 43 y concordatarios de la Constitución Española, de esa manera como ejercicio de las competencias atribuidas a la Generalitat de Catalunya por los artículos 9, apartados 11 y 19, y 17 del Estatuto de Autonomía, el sistema sanitario público catalán se ordena de acuerdo con los principios de descentralización y desconcentración de la gestión, concepción integral de la salud, participación comunitaria, racionalización, eficacia, simplificación y eficiencia de la organización sanitaria, equidad y superación de las desigualdades, promoción de la salud, sectorización de la atención sanitaria y control sanitario del medio ambiente.

Para cumplir los objetivos de esta ordenación se crea el SCS como ente público, de carácter institucional, configurado por todos los recursos

sanitarios públicos, y de cobertura pública, al cuál corresponden las funciones siguientes⁶:

- Ordenación, planificación, programación y evaluación e inspección sanitarias, sociosanitarias y de salud pública.
- Distribución de los recursos económicos destinados al financiamiento de los servicios y prestaciones que configuran el sistema sanitario público y de cobertura pública, y el establecimiento, gestión y actualización de acuerdos, convenios y conciertos en materias de sanidad.
- Gestión y administración de los centros y establecimientos sanitarios integrados en el SCS, y también la ejecución de las actuaciones de los servicios y prestaciones del sistema sanitario público de Catalunya.

Se pretende, de esa manera, superar los fallos históricos de la organización sanitaria en relación con la desvinculación entre las actuaciones en materia de ordenación y planificación y las de gestión de los servicios sanitarios, que se portaba a término por órganos distintos. Por este motivo, estas actuaciones se asignan a un órgano único, que las desarrollará con una dirección única, con vistas a una adecuada coordinación, teniendo presente la interrelación de las materias que conforman sus funciones.

La nueva concepción del SCS consolida la posibilidad de desarrollar fórmulas de gestión empresarial ya utilizadas por la administración sanitaria catalana, como son la figura del gerente y la previsión de diversas fórmulas de gestión —directa, indirecta o compartida— que el SCS puede emplear para la gestión de los servicios y las prestaciones del sistema sanitario público.

Desde una visión organizativa, el SCS se estructura de forma profundamente desconcentrada a través de unas demarcaciones territoriales denominados Regiones Sanitarias —RS—, que se corresponden con las áreas de salud previstas en la LGS, las cuales contarán con una dotación de recursos sanitarios de atención primaria integral y de atención especializada y hospitalaria suficientes para atender las necesidades de la población comprendida dentro de su territorio.

Dentro de la RS existen unas subunidades territoriales integradas, conformadas por un conjunto de Áreas Básicas de Salud —ABS—, y cuentan con unas estructuras desconcentradas de dirección, gestión y participación denominados Sectores Sanitarios —SS—.

6 Siguiendo parcialmente las funciones del SCS descritas en la Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya [1992, p. 18].

Estas estructuras permiten la integración de la atención primaria de salud y de los servicios de especialistas médicos y la coordinación de las actividades de promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y salud pública, y también los recursos hospitalarios y extrahospitalarios públicos y de cobertura pública situados en el ámbito territorial específico del Sector.

El Proyecto de Ley configura el ABS como la unidad territorial elemental donde se presta la primera línea asistencial, y en el ámbito de la cuál, desarrolla sus actividades el Equipo de Atención Primaria —EAP— en el marco de una estructura física y funcional denominada Centro de Atención Primaria —CAP—.

Las ABS integradas en un mismo SS se coordinarán entre ellas con la finalidad de conseguir los objetivos funcionales y asistenciales adecuados y, de esa manera, también con los servicios jerarquizados y especializados del Sector y con los hospitales que este tenga asignados.

El Proyecto de Ley institucionaliza la XHUP y consolida un sistema sanitario mixto propio, basado en el aprovechamiento de todos los recursos sanitarios existentes, ya sean públicos o privados, con objetivo de conseguir una óptima ordenación hospitalaria que haga posible una adecuada homogeneización de las prestaciones y la correcta utilización de los recursos humanos y materiales, de acuerdo con la tendencia general de los países desarrollados.

El Proyecto de Ley destina un capítulo a los medios personales y otro a los medios materiales de régimen patrimonial. Aborda el régimen financiero, presupuestario y contable, el régimen de impugnación de los actos, la responsabilidad, representación y defensa en juicio. Delimita las competencias de las comarcas y municipios, y prevé la existencia del Pla de Salut de Catalunya —PSC— como un instrumento indicativo y marco de referencia para todas las actuaciones públicas en la materia, y que se elabora por medio de una mecánica descentralizada que, partiendo del ABS, llega a los órganos centrales del SCS.

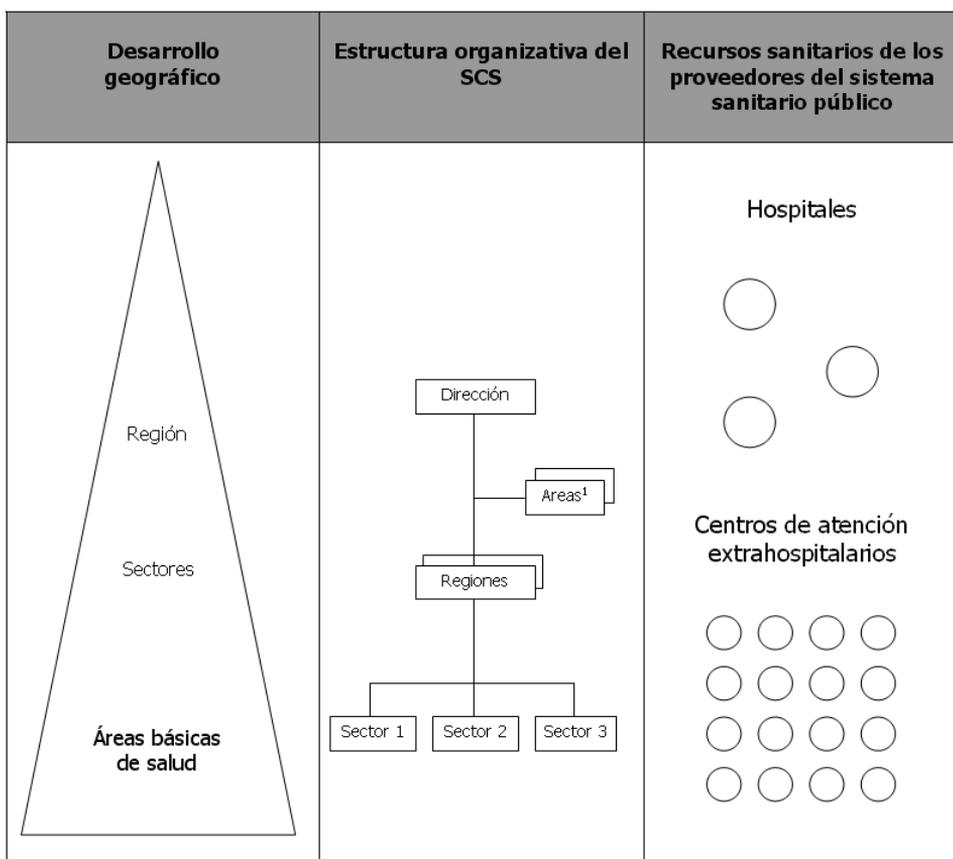
En el Proyecto de la LOSC se plasma también el principio de participación comunitaria dentro de la totalidad de las estructuras del SCS.

Esta representación se refleja a través de las corporaciones locales de los órganos colegiados de dirección de las RS y de los órganos de participación establecidos en todos sus diversos niveles, en los cuales también tienen espacio las entidades sociales que en el ámbito sanitario son representativas del tejido social catalán.

El Proyecto de Ley también prevé otros aspectos sanitarios que se incluyen dentro de las actividades del SCS, como son la salud mental y la salud bucodental,

la atención sociosanitaria a las personas grandes y a los enfermos crónicos, la planificación familiar y la salud laboral.

FIGURA 5.4. Estructura global del sistema sanitario público catalán.



© McKinsey & Company [1992, p. 4].

Un otro aspecto relevante del Proyecto es la introducción de un título específico dedicado al Institut d'Estudis de la Salut —IES—. Se potencia este organismo como instrumento de soporte a los departamentos de la Generalitat y del SCS en materia de formación de los profesionales sanitarios y no sanitarios del campo de la salud y la investigación en ciencias de la salud. En el Anexo, se encuentra el Texto de la Llei 15/1990, de 9 de julio, de Ordenació Sanitària de Catalunya, aprobada por el Pleno del Parlament el día 14 de junio de 1990 [BOPC núm. 187 de 6 de julio de 1990] y publicada en el Diario Oficial de la Generalitat de Catalunya núm. 1.324 de 30 de julio de 1990.

5.6.3. MODIFICACIÓN DE LA LOSC

La Ley 15/1990 del 9 de julio, ordena el sistema sanitario de Catalunya y establece la regulación general de todas las acciones relacionadas para hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido por los artículos 43 y concordatarios de la Constitución Española —CE— dentro del territorio de la Generalitat, en el marco de las competencias que le atribuye el artículo 9 apartados 11 y 19, y el artículo 17 del Estatuto de Autonomía —EA—.

Con esta configuración de ente público el legislador evitó de configurar el SCS como un organismo autónomo de carácter administrativo, con la voluntad de incluirle en la categoría de los entes públicos que, con carácter general, han de ajustar su actividad al derecho privado, categoría más adecuada a su condición de entidad configurada por todos los centros, servicios y establecimientos sanitarios públicos o privados de cobertura pública —artículo 5 de la Llei— y a la diversidad de fórmulas de gestión directa, indirecta o compartida que el SCS puede utilizar a los efectos de la gestión y de la administración de los servicios y de las prestaciones del sistema sanitario público —artículo 7.2 del texto legal—.

Es por este motivo que, en aplicación del artículo 4 de la Llei 15/1990, del 9 de julio, el Decreto 26/1991, del 18 de febrero, primer, y posteriormente el Decreto 131/1994, del 30 de mayo, para concretar el régimen jurídico del SCS, han establecido en el artículo 1.1 que, por el que hace a las relaciones jurídicas externas, el SCS sujeta, con carácter general al derecho privado, sujeción que se mantiene plenamente en la nueva redacción del artículo 4 de la Llei 11/1995, en coherencia con el planteamiento anterior, que no tiene otras alteraciones que las derivadas de la obligada adecuación del régimen de contratación del SCS ante la legislación básica del Estado como consecuencia de la entrada en vigor de la Ley 13/1995, del 18 de mayo, de contratos de las administraciones públicas.

De esa manera, la experiencia conseguida en el proceso de consolidación del SCS a hecho necesario regular con más precisión el procedimiento a seguir para la constitución de organismos que de él dependan, la formación de consorcios y la creación, o la participación del SCS en éstos, o de cualesquiera otras entidades admitidas en derecho.

Finalmente, se completa la Llei con la inclusión de diversas normas orientadas al establecimiento de fórmulas para la gestión de los centros, los servicios y los establecimientos sanitarios y sociosanitarios que hagan posible un mayor grado de implicación de los profesionales en el proceso de desarrollo del sistema sanitario, que garanticen al SCS el acceso a la información poblacional necesaria para hacer efectiva, entre otras finalidades, la universalización de la atención sanitaria pública

a todos los ciudadanos y, en último término, que permita al Institut Català de la Salut la realización de todos los actos y negocios jurídicos que sean necesarios para el desarrollo adecuado de las funciones que este organismo tiene atribuidas, de acuerdo con el régimen jurídico que le es aplicable.

En esta misma línea, esta ley impone al Gobierno de la Generalitat a establecer los sistemas de evaluación y control periódico de los diferentes centros proveedores de servicios sanitarios y sociosanitarios y verificar su grado de eficacia, eficiencia y calidad.

5.7. EL MODELO SANITARIO PÚBLICO DE CATALUNYA

El modelo sanitario que configura la Llei de ordenació sanitària de Catalunya —LOSC—, aprobada en 1990, es el resultado del conjunto de actuaciones del Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya desde el traspaso de las transferencias de los servicios sanitarios de la Seguridad Social.

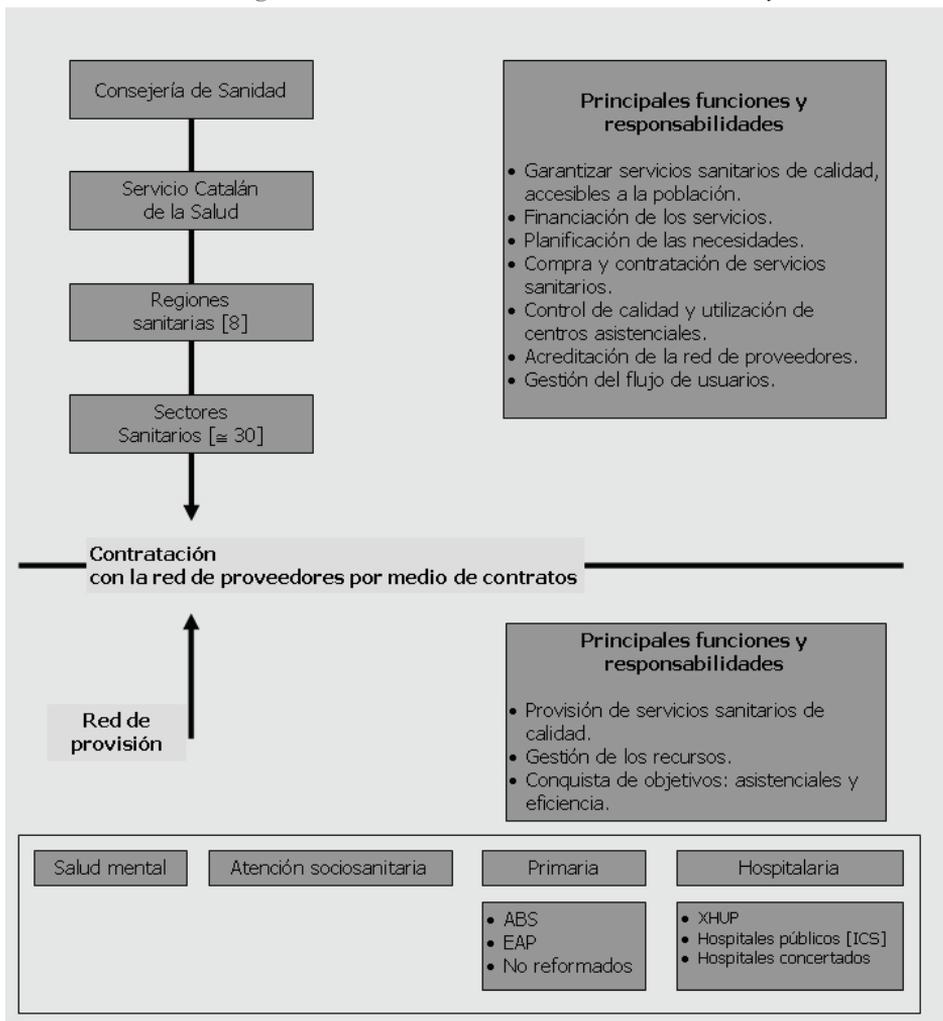
FIGURA 5.5. Modelo sanitario que configura la LOSC.

Principios informadores	Características principales
<ul style="list-style-type: none"> • La sanidad es un servicio público, financiado públicamente. • Asistencia sanitaria universal, para todos. • Sistema sanitario catalán integrado: énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. • Equidad y superación de las desigualdades territoriales y sociales en la prestación de los servicios sanitarios. • Racionalización, eficacia, simplificación y eficiencia en la organización sanitaria. 	<ul style="list-style-type: none"> • Creación del Servicio Catalán de la Salud como ente público responsable de la prestación de los servicios sanitarios de cobertura pública de la Generalitat de Catalunya. • Consolidación del sistema sanitario mixto propio de Catalunya. • Configuración de un mercado de competencia planificada y regulada: <i>Separación de las funciones de financiación y de provisión de servicios y proceso de diversificación de proveedores.</i> • Descentralización de los servicios. • Desconcentración de la organización del Servicio Catalán de la Salud: división en regiones y sectores sanitarios. • Creación de un modelo de relaciones laborales, en el seno de la corporación Servicio Catalán de la Salud. • Diversidad de fórmulas de gestión. • Participación comunitaria en las estructuras del Servicio Catalán de la Salud: consejos de dirección y participación.

Catalunya fue la primera comunidad autónoma que recibió la transferencia del INSALUD, en 1981. En aquel momento era evidente la insuficiencia de recursos públicos y de inversiones realizadas por la Seguridad Social en Catalunya, y los desequilibrios territoriales en los servicios. Paralelamente, se había desarrollado una infraestructura sanitaria impulsada por las mutuas y entidades benéficas y asistenciales que respondían a las demandas de la sociedad y que permitieron complementar la red sanitaria propia de la Seguridad Social.

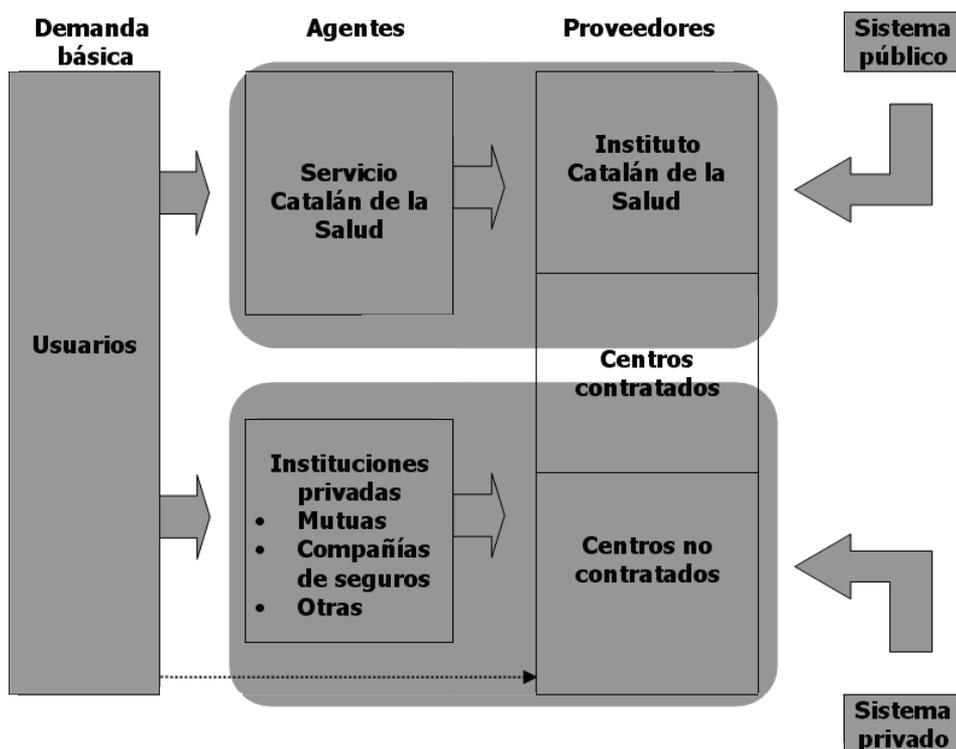
La gestión de los servicios sanitarios se inició con el despliegue del Mapa sanitario de Catalunya entre el 1981 y el 1983, una propuesta que recogía la voluntad de aprovechar todos los recursos existentes.

FIGURA 5.6. Organización del sistema sanitario en Catalunya.



En 1983 se crea del Institut Català de la Salut como entidad gestora de las prestaciones y de los servicios sanitarios de la Seguridad Social. Durante los años siguientes se pone en marcha la reordenación hospitalaria y se crea la Red Hospitalaria de Utilización Pública —XHUP—, a la vez que se inicia la reforma de la atención primaria.

FIGURA 5.7. Esquema general de asistencia sanitaria en Catalunya.



© McKinsey & Company [1992, p. 6].

En 1986, la Ley General de Sanidad —LGS— reconoce la universalización de la asistencia sanitaria a todos los ciudadanos e impulsa el establecimiento de servicios de salud en el ámbito de cada comunidad autónoma en el marco de un sistema nacional de salud.

En Catalunya, como paso previo al Servei Català de la Salut, en el año 1989 se crea la Dirección General de Recursos Económicos del Sistema Sanitario. Esta nueva estructura ya definía una distinción entre la compra de servicios de los centros sanitarios y la gestión directa de la producción.

El modelo sanitario catalán se concretó en 1990 con la Llei de Ordenació Sanitària de Catalunya —LOSC—, que crea el Servei Català de la Salut —SCS—, consolida el sistema sanitario mixto propio de Catalunya y extiende el modelo a todas las líneas de productos sanitarios y sociosanitarios. Este modelo ha ido desarrollándose progresivamente.

FIGURA 5.8. Situación de partida y visión futura del sistema asistencial público catalán.

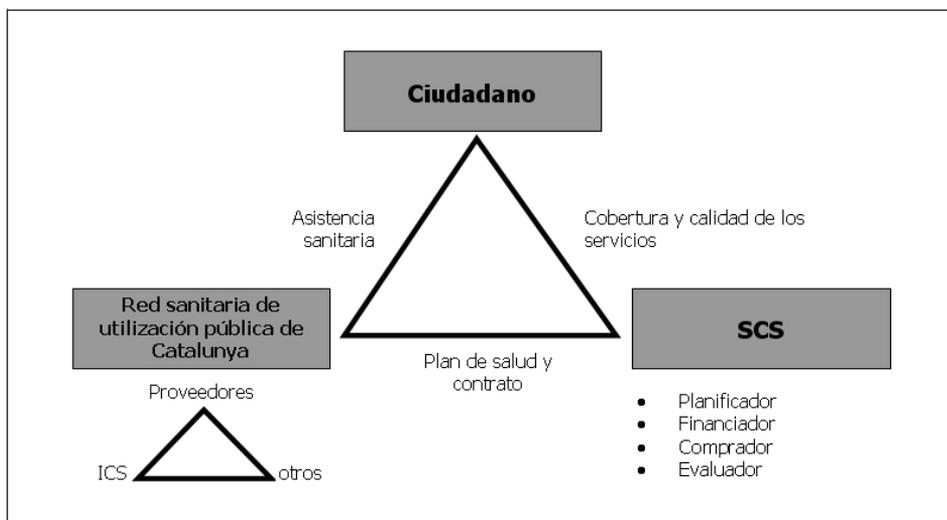
	Situación de partida	Visión futura
Asistencia primaria	<ul style="list-style-type: none"> • Coexistencia del sistema tradicional con equipos de asistencia primaria [EAP] • Titularidad mayoritariamente de «Administración pública» [ICS] 	<ul style="list-style-type: none"> • Equipos de atención primaria [EAP] • Titularidad: coexistencia de diferentes modelos
Asistencia hospitalaria	<ul style="list-style-type: none"> • Hospitales de «Administración pública» [ICS] • Hospitales concertados 	<ul style="list-style-type: none"> • Hospitales contratados [de titularidad pública, semipública o privada]
Relación entre asistencia primaria y hospitalaria	<ul style="list-style-type: none"> • Independencia de los niveles • Flujos controlados por el proceso tradicional 	<ul style="list-style-type: none"> • Integración de la gestión de la asistencia en el ámbito de sector por encima de la gestión de los centros • Integración operativa de los especialistas en hospitales

© McKinsey & Company [1992, p. 5].

Por un lado, se separaron las funciones de financiación de los servicios de las de producción, profundizando en el objetivo último de mantener y mejorar el estado de salud de la población, a través de los instrumentos esenciales de planificación, financiación, contratación y evaluación de los servicios sanitarios. Por otro lado, se desplegó la estructura corporativa de los servicios matrices y la estructura territorial de regiones y sectores sanitarios.

Y, finalmente, se potenció la diversidad de fórmulas de gestión como las empresas públicas, los consorcios o las cesiones de gestión.

En este sentido, la modificación de la LOSC hecha en 1995 introdujo algunas novedades que profundizan en el proceso de diversificación de proveedores en el ámbito de la atención primaria.

FIGURA 5.9. Distribución de funciones de la sanidad pública en Catalunya.

© Cataluña, un modelo para la sanidad pública [1997, p. 8].

5.8. EL ENTORNO ECONÓMICO

El nivel de gasto público que se debe destinar al denominado estado del bienestar es, año tras año, un de los aspectos más debatidos en el momento de plantear la distribución de los recursos públicos existentes. No es solamente el problema del su financiación o el de la mejoría de su gestión lo que ha generado este debate, el grado de preocupación colectiva que suscita, proviene de la constatación de que el estado del bienestar padece la suma o la unión de un conjunto de factores diversos.

Los informes sectoriales aconsejan generalmente reformas parciales que apuntan hacia su flexibilización, hacia una gestión más rigurosa de las necesidades sociales prioritarias o bien hacia la reestructuración de los presupuestos públicos. Este planteamiento, existente desde principios de los años ochenta con la segunda crisis del petróleo y potenciado extraordinariamente desde la recesión de principios de los años noventa, es mucho más claro en la actual Europa comunitaria, no solamente por la situación de incertidumbre que planea sobre las economías de los países miembros y, principalmente, por los retos que estos países habrán de afrontar en los próximos años para cumplir los acuerdos del Tratado de la Unión Europea —TUE— y garantizar su continuidad en la moneda única —Euro—.

En el caso de la sanidad, todos los países desarrollados se encuentran en una situación de gasto creciente. Hasta ahora, los incrementos de los costes sanitarios fueran provocados por factores demográficos, pero también por la utilización de técnicas más sofisticadas y nuevas tecnologías, por la aparición de nuevas patologías y por el incremento del consumo de bienes de sanidad en todas las edades —la población espera una mejora continua en los niveles de servicios sanitarios—.

En términos económicos, la asistencia médica se considera como un bien de mérito —a medida que la gente dispone de más renta, tiende a consumir proporcionalmente más servicios sanitarios de forma que el gasto sanitario tiende a crecer más rápidamente que el producto interior bruto, PIB—.

Actualmente se tiene que agregar un nuevo factor que explica el crecimiento acelerado del gasto sanitario —el envejecimiento de la población—. Algunos estudios han concluido que el 60% de los gastos en sanidad que se producen a lo largo de la vida de una persona, se concentran en el año que precede a su muerte. Según una hipótesis media de evolución de la población, el envejecimiento haría incrementar el número de muertes hasta el año 2025 en un 17,5%, proporción por la cuál se multiplicaría, el comentado, 60% de los costes de sanidad, únicamente por el efecto demográfico. Las hipótesis de la Comisión Europea para sus miembros apuntan que el número de personas mayores de 80 años aumentará 1,6 veces, los mayores de 85 años 2 veces, y los mayores de 90 años 2,8 veces, siempre en el período citado. Por tanto, es el número de personas mayores el que aumentará más rápidamente. Si se tiene en cuenta la correlación entre edad y gasto sanitario, la tendencia de la evolución demográfica hará aumentar todavía más los gastos en sanidad en los próximos años [Pla de Salut de Catalunya 1996—1998, p. 228].

La situación del gasto social en España adquiere ciertas variantes, principalmente por el esfuerzo que ha supuesto su crecimiento en las últimas décadas, ya que se ha hecho a un ritmo superior al del gasto corriente de las administraciones públicas, teniendo en cuenta que hoy, el gasto social en relación con el PIB continua siendo un de los más bajos de la Unión Europea. Sin ser una excepción, el gasto sanitario en España también ha experimentado un notable aumento con relación al PIB, pero es todavía significativamente inferior al de la mayoría de los países desarrollados. El mayor incremento de los gastos en sanidad se produce durante el período de desarrollo de los años sesenta y mitad de los setenta, cuando se partía de niveles muy bajos. Durante el período siguiente, hubo una lentitud inicial —durante la crisis del petróleo—, hasta que la Ley

general de sanidad —LGS—, en el año 1986, da un nuevo impulso en el gasto sanitario, en una fase de recuperación económica y con un ritmo de crecimiento superior al del PIB. La última década, como consecuencia del cambio en la estructura de financiación que provocó la LGS, el gasto sanitario público pasó a depender mayoritariamente de las aportaciones del Estado.

TABLA 5.1. Producto interior bruto y gasto sanitario [1984—1994].

Entorno económico			Gasto sanitario			
Año	PIB	PIB per cápita	Gasto sanitario total	Gasto sanitario total per cápita	Gasto sanitario total como porcentaje del PIB	
	Millardos de Ptas. 1994	Ptas. 1994	Millardos de Ptas. 1994	Ptas. 1994	España	UE
1984	13.534.635	353.127	781.444	20.388	6,0	7,5
1985	16.307.899	423.868	925.202	24.047	5,8	7,5
1986	20.271.389	525.111	1.139.550	29.519	5,7	7,6
1987	24.134.170	623.364	1.375.560	35.530	5,6	7,6
1988	28.497.148	734.292	1.805.952	46.534	5,7	7,7
1989	34.177.538	878.871	2.229.508	57.332	6,3	7,6
1990	40.715.118	1.045.076	2.817.793	72.327	6,5	7,7
1991	47.961.478	1.222.075	3.254.811	83.403	6,9	8,0
1992	54.330.954	1.389.894	3.777.527	96.637	6,8	8,1
1993	58.580.982	1.496.207	4.270.123	109.062	7,0	8,2
1994	64.838.160	1.653.613	4.960.000	126.498	7,3	8,3

© NERA [1997, p. 179].

Una de las razones por las cuáles en España —al igual que en otros países— se ha planteado la viabilidad del estado del bienestar, fue la exigencia del control del déficit público, que impone de manera general el TUE y que ha llegado a ser uno de los indicadores de convergencia nominal para tener acceso a la Unión Monetaria.

En el artículo 104C del TUE, se afirma que, de manera general, los estados miembros tendrán que evitar pérdidas públicas excesivas y, sin hacer justificación de esta exigencia, se considera del 3% la proporción entre el déficit público previsto o real y el PIB a precios de mercado [Pla de Salut de Catalunya 1996—1998, p. 229].

Por este motivo, los presupuestos públicos en los últimos años, y particularmente en el 1997, año que servió de base para evaluar el cumplimiento

de los objetivos de convergencia establecidos en el TUE, han de combinar, la austeridad de los sus planteamientos con tasas de crecimiento del PIB más elevadas que las anteriores. En España, el crecimiento sostenido de la economía está condicionado, en buena medida, por el descenso de los tipos de interés —hoy con niveles históricos de los tipos de interés aplicados por el Banco Central Europeo, por debajo del 3%—.

Los elementos básicos del proyecto de Presupuesto del Estado para el año 1998 recogían un déficit próximo a los dos billones de pesetas, cifra que representaba un 2,5% del PIB —el déficit restante, hasta el 3% del PIB, correspondía a la Seguridad Social y a las administraciones territoriales—. Fue previsto que el gasto aumentase por bajo del 2%, claramente inferior al incremento del PIB nominal —6%—. En lo referente a las expectativas de financiación de la sanidad, se puede comentar, en primer lugar, los acuerdos a que llegaron todos los partidos políticos el febrero del 1995 sobre la reforma de la Seguridad Social en el denominado Pacto de Toledo. Entre las recomendaciones que hace el citado informe, figura la separación y clarificación de las fuentes de financiación de la Seguridad Social, en el sentido que las prestaciones contributivas continúan financiadas por las cotizaciones sociales y las prestaciones no contributivas y universales, entre las cuales está la sanidad, continúan financiadas vía impuestos. Esta recomendación ya se ha hecho patente en los presupuestos del Instituto Nacional de la Salud —INSALUD— desde el año 1995, en que la aportación del Estado incrementa su participación, compensando así una disminución de los ingresos por cotizaciones sociales. El escenario presupuestario de los servicios sanitarios de la Seguridad Social se fijó por el acuerdo firmado en diciembre de 1994 entre el Ministerio de Economía y Hacienda y todas las comunidades autónomas con competencias en materia de sanidad, por el cuál se modificaba el sistema de financiación de la sanidad para el período 1994—1997. Este acuerdo tenía por objetivo acabar con el problema de la insuficiencia financiera que históricamente sufre el sistema sanitario público y, al mismo tiempo, fijar un escenario estable de crecimiento de los recursos para este período.

El modelo tomaba como referencia, para fijar el punto de partida, el gasto efectivo del INSALUD en el año 1993 y establecía, para los próximos años, que el presupuesto destinado a la sanidad creciese al mismo ritmo que la economía, es decir, igual que la tasa de crecimiento del PIB nominal. Sin embargo, el modelo introducía un factor restrictivo ya que incorporaba una deducción de 90.000 millones de pesetas sobre la base en concepto de medidas de ajuste y racionalización del gasto sanitario. Se debe tener presente que las bases que establecía el acuerdo

firmado ya suponían una importante restricción económica para la sanidad, ya que el crecimiento del gasto sanitario en los últimos años se había situado una media de tres puntos por sobre del crecimiento del PIB nominal. Si a este punto sumamos que la base de partida del modelo que se acordó era inferior al gasto real del Sistema Nacional de Salud, resulta que el escenario económico presupuestario por el período 1994—1997 se encontraba todavía lejos de conseguir el principio de suficiencia financiera.

También se debe considerar que en los últimos años se están produciendo una serie de hechos como la universalización de la cobertura, la aparición de nuevas patologías, el envejecimiento de la población y la introducción progresiva de nuevas tecnologías médicas que están impulsando fuertemente el crecimiento del gasto sanitario y que dificultan de forma importante el cumplimiento de escenarios restrictivos.

En julio de 1995, el Ministerio de Economía revisó el escenario presupuestario, corrigiendo a la baja la base de partida del modelo y aumentando la deducción por medidas de ajuste y racionalización del gasto, haciendo que la revisión del escenario que preveía el acuerdo en el momento que se conociesen los datos definitivos de la tasa de crecimiento del PIB nominal, tuvo como resultado una importante reducción de los recursos a transferir a las comunidades autónomas con respecto al escenario acordado el diciembre de 1994.

El escenario del proyecto de presupuesto sanitario para el año 1997 se realizó respetando la previsión de la tasa de crecimiento del PIB nominal del 6% y bajo la hipótesis que los ahorros que se produjeran por la aplicación de las medidas de contención del gasto que preveía aplicar el Estado, como la congelación de las retribuciones de los empleados públicos del sistema sanitario o los acuerdos sobre la prestación farmacéutica, revirtiesen en la financiación de los servicios sanitarios.

Así, el presupuesto del INSALUD para el año 1997 fue de 3.561.864 millones de pesetas, de los cuales 2.188.063 millones —61,43%— se transfirieron a las comunidades autónomas que han asumido las competencias en materia de sanidad —Catalunya, Andalucía, País Vasco, Comunitat Valenciana, Galicia, Navarra y Canarias—. La financiación del presupuesto del INSALUD se realiza básicamente por medio de la aportación finalista del Estado —91,88%—, habiendo perdido participación los ingresos por cotizaciones sociales que han pasado del 14,91% en el año 1996 al 5,61% en el año 1997, de acuerdo con las recomendaciones que sobre la financiación de la sanidad incluye el Pacto de Toledo.

5.8.1. ASIGNACIÓN DE RECURSOS 1993—1996

La planificación de los recursos económicos se ha orientado tomando como base objetivos de salud, dando prioridad las actuaciones más eficaces y eficientes para conseguir resultados sobre la salud de la población.

En la tabla 5.2 se puede observar la evolución del coste de la prestación de servicios sanitarios entre los años 1993 y 1996, expresado como el porcentaje de variación interanual. Independiente del contexto económico fuertemente restrictivo de este período, se han incrementado los recursos destinados en todas las líneas de servicios.

TABLA 5.2. Variación interanual del coste de la prestación de servicios sanitarios. Catalunya 1993—1996.

	1994—1993	1995—1994	1996—1995 ⁴
Total prestación de servicios sanitarios	3,25	6,59	5,21
Atención primaria ¹	5,56	7,96	5,35
Atención especializada ²	1,77	5,54	4,45
Salud mental ³	7,14	9,36	10,68
Vida a los años	10,84	13,64	13,75
Prestación farmacéutica	5,19	11,76	13,56

1. En atención primaria se incluyen los recursos destinados a:

- Servicios de diagnóstico y tratamiento extrahospitalario.
- Equipos de atención primaria.
- Red no reformada.
- Especialistas de contingente.
- Desplazamientos y prestaciones ortopédicas.

2. En atención especializada se incluyen los recursos destinados a:

- Atención especializada.
- Programa de atención a la insuficiencia renal.
- Medicación hospitalaria de dispensa ambulatoria.

3. En salud mental se incluyen todos los recursos destinados al programa, ya sean por medio de transferencias del SCS como por la contratación de servicios sanitarios.

4. El coste 1996 es una estimación.

© Pla de salut de Catalunya 1996—1998 [1997, p. 232].

5.8.2. EL PRESUPUESTO DESTINADO A SERVICIOS SANITARIOS PARA EL AÑO 1997

El anteproyecto de presupuesto para la prestación de los servicios sanitarios de provisión pública de la Generalitat de Catalunya para el año 1997 —tabla 5.3— alcanza los 605.807 millones de pesetas, representa, aproximadamente, un tercio del presupuesto de la Generalitat de Catalunya y supone un incremento del 6% respecto del año 1996.

La tabla 5.3 muestra la evolución del presupuesto y del porcentaje de variación interanual para la prestación de los servicios sanitarios de provisión pública de la Generalitat de Catalunya desde el año 1991 hasta el año 1997, tomando como referencia el año 1981.

El entorno económico para el período de vigencia del Pla de salut 1996—1998 ha venido marcado por el ajuste de los gastos públicos que obligó las administraciones a tomar medidas para garantizar a la población unos servicios sanitarios de calidad que puedan ser financiados en el futuro.

TABLA 5.3. Anteproyecto de presupuesto 1997 de la Generalitat de Catalunya destinado a las prestaciones sanitarias.

Atención primaria ¹	260.251	44,38%
Atención especializada ²	298.228	50,86%
Salud mental	12.900	2,20%
Vida a los años	15.000	2,56%
Total	586.379 ³	100%
En millones de pesetas.		
1. Incluye las prestaciones de transporte, las prótesis ortopédicas y las prestaciones farmacéuticas.		
2. Incluye la atención a la insuficiencia renal.		
3. Excluye los gastos de administración y las operaciones de capital.		

© Pla de salut de Catalunya 1996—1998 [1997, p. 234].

TABLA 5.4. Evolución del presupuesto y del porcentaje de variación interanual para la prestación de los servicios sanitarios de provisión pública de la Generalitat de Catalunya, 1981—1997.

Variación interanual —%—					
Año	Pesetas corrientes	Pesetas constantes	Período	Pesetas corrientes	Pesetas constantes
1981 ¹	92.940	92.940	—	—	—
1982	107.080	93.930	1981—1982	15,21	1,07
1983	135.498	105.934	1982—1983	26,54	12,78
1984	148.136	106.252	1983—1984	9,33	0,30
1985	163.073	108.101	1984—1985	10,08	1,74
1986	176.047	107.758	1985—1986	7,96	0,32
1987	197.641	115.655	1986—1987	12,27	7,33
1988	231.239	127.898	1987—1988	17,00	10,59
1989	271.439	140.442	1988—1989	17,38	9,81
1990	326.888	158.809	1989—1990	20,43	13,08
1991	379.946	174.962	1990—1991	16,23	10,17
1992	437.377	191.272	1991—1992	15,12	9,32
1993	491.102	204.734	1992—1993	12,28	7,04
1994	526.676	210.513	1993—1994	7,24	2,82
1995	552.237	211.629	1994—1995	4,85	0,53
1996 ²	571.566	211.834	1995—1996	3,50	0,10
1997 ²	605.807	218.835	1996—1997	5,99	3,30

Año base 1981.
En millones de pesetas.
1. Presupuesto de transferencia según el Real Decreto 1517/1981.
2. Los índices de precios al consumo para los años 1996 —3,4%— y 1997 —2,6%— son datos del Ministerio de Economía y Hacienda.

© Pla de salut de Catalunya 1996—1998 [1997, p. 235].

El año 1994 se firmó un acuerdo entre el Estado y las comunidades autónomas para garantizar que, a pesar de la situación de restricción en los presupuestos públicos, los recursos destinados a la sanidad crecerían al mismo nivel que el PIB. Este ritmo de crecimiento es sensiblemente inferior al de la tendencia del gasto, pero es superior al ritmo de crecimiento de los presupuestos globales de las administraciones públicas en los últimos años. El presupuesto del año 1997 y las negociaciones del año 1998 han conseguido respetar el crecimiento del PIB como criterio de evolución del presupuesto sanitario, criterio que también se habrá de seguir en el ejercicio del año 1999, en el cuál la previsión de crecimiento del PIB nominal según la Comisión

Europea —crecimiento real del PIB más deflacionista— se prevé que estará alrededor del 6,2%.

5.8.3. Modelo de financiación de la sanidad para el período 1998—2001

El 27 de noviembre de 1997 se aprobó el nuevo modelo de financiación de la sanidad. De esta manera quedó configurado el escenario de financiación del Sistema Nacional de Salud para el período 1998—2001, lo que supone una mejoría respecto al escenario existente hasta el 1997.

El sistema de financiación que se aplicó hasta el 1993 se caracterizó por su insuficiencia financiera y porque no era un sistema homogéneo, visto que existía un criterio de distribución diferente para cada comunidad autónoma. La reforma del modelo de financiación para el período 1994—1997 estableció que el presupuesto destinado a la sanidad crecería al mismo ritmo que el PIB nominal e introducía una deducción económica en concepto de medidas de ajuste, lo que suponía una importante restricción económica para la sanidad, teniendo en cuenta los factores que impulsan el crecimiento del gasto sanitario, como la universalización de la cobertura, la aparición de nuevas patologías, el envejecimiento de la población y la introducción progresiva de nuevas tecnologías médicas.

El nuevo modelo de financiación de la sanidad para el cuatrienio 1998—2001, aprobado por el Consejo de Política Fiscal y Financiera, supone un incremento de presupuesto para el conjunto del Sistema Nacional de Salud de 143.000 millones de pesetas —3,88%—respecto a la prórroga del modelo. El nuevo acuerdo supone el establecimiento de dos fondos diferenciados con los recursos a distribuir. En primer lugar, un fondo general destinado a la cobertura de las prestaciones sanitarias generales, dotado con 3,77 billones de pesetas, eso es el 98,2% del total de recursos, que se distribuyen de acuerdo con la población protegida, calculada con el padrón de habitantes de 1996 y deduciendo los colectivos protegidos por otros regímenes. Dentro de este fondo general existe 40.000 millones de pesetas condicionados al establecimiento de programas y medidas de control del gasto social en incapacidad temporal.

En segundo lugar, se establece un fondo de atención específica destinado a la financiación de los centros de docencia y a la compensación por la atención hospitalaria a los enfermos desplazados de otras comunidades autónomas —48.000 millones—, y un fondo de 20.000 millones para garantizar una financiación mínima a las comunidades autónomas que experimenten una disminución significativa del

porcentaje de población relativa, como es el caso de Catalunya. Por otro lado, el acuerdo prevé como financiación adicional una reducción del gasto sanitario de 65.000 millones de pesetas como consecuencia del establecimiento de medidas de ahorro en farmacia y que a partir del año 2000 se producirá un incremento adicional del presupuesto de 25.000 millones de pesetas, condicionado a los resultados conseguidos con los objetivos de mejora de las listas de espera en intervenciones quirúrgicas y de control de calidad de los centros sanitarios. Con relación al criterio de evolución de estos recursos para el cuatrienio 1998—2001, el acuerdo considera como criterio la tasa de crecimiento del PIB nominal, como en el anterior modelo. Como resultado de este acuerdo, Catalunya recibirá unos ingresos adicionales de 33.759 millones de pesetas, un 5,71% por sobre los recursos de la prórroga del modelo, a los cuales se tienen que sumar 10.237 millones de pesetas como ahorro en gasto farmacéutico en 1998. Si tenemos en cuenta, a más, que no se han deducir del presupuesto base los importes correspondientes a medidas de ahorro adoptadas en 1997 —congelación salarial y acuerdos con la industria farmacéutica—, se suman 11.025 millones de pesetas más, cosa que daría un total de 55.021 millones de pesetas.

El acuerdo, en cambio, no ha incorporado el saneamiento de la situación de deficiencias de los años anteriores y, por tanto, obliga a absorber con este crecimiento de recursos las insuficiencias históricas.

TABLA 5.5. Incremento de recursos del nuevo modelo de financiación para las comunidades autónomas.

	Distribución de recursos %	Incremento %
Catalunya	16,27	5,71
Galicia	6,93	2,36
Andalucía	18,07	5,93
Valencia	10,13	4,91
Canarias	4,02	7,39
País Vasco	5,44	2,02
Navarra	1,35	2,02
Total de servicios transferidos	62,21	4,96
INSALUD gestión directa	37,79	2,16
Total del Sistema Nacional de Salud	100,00	3,88

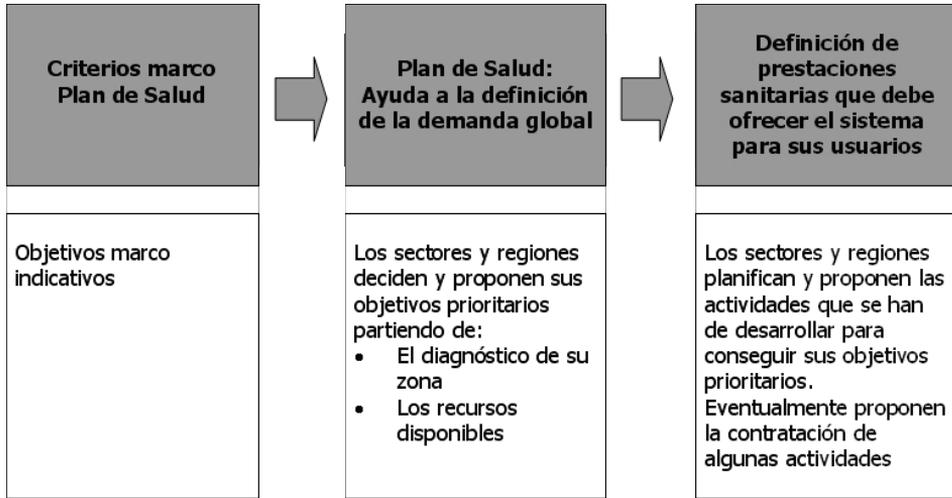
5.9. FUNDAMENTOS DE LA PLANIFICACIÓN DE LA SALUD

El Pla de salut de Catalunya se basa en una orientación positiva del concepto de salud agregado a la mejora del bienestar de los ciudadanos. A partir del conocimiento del estado de salud de la población y de los sus determinantes, el Plan formula propuestas dirigidas a promover una mejor calidad de vida, ofrecer servicios más eficaces y eficientes y dar atención personalizada a los usuarios.

La naturaleza multicasual del binomio salud—enfermedad y la influencia que la biología, la educación, el nivel económico, los estilos de vida y el medio ambiente tienen en la salud y en la calidad de vida de los individuos, da un marcado carácter intersectorial en la planificación sanitaria. Planificar en el ámbito de la salud es especialmente complejo porque intervienen multitud de factores, los cuales dependen prácticamente de todas las esferas del entorno. Por otro lado, toda planificación se realiza en un contexto organizacional y sociopolítico al cuál están íntimamente ligadas todas las etapas de su proceso. El contexto sanitario actual se caracteriza por la aparición de nuevos retos de gran magnitud —envejecimiento progresivo de la población, cambios en el prevalecimiento de ciertas patologías, insuficiencia de recursos económicos, constante introducción de tecnologías y procedimientos complejos, etc.—. Por eso, los sistemas sanitarios de los países desarrollados han de afrontar estos cambios con una reorientación cada vez más eficaz y eficiente de sus intervenciones [Pla de salut de Catalunya 1996—1998, 1997, p. 19].

En Catalunya, la LOSC, aprobada por el Parlamento, establece las bases del modelo de sistema sanitario y hacia donde se ha de avanzar, por medio de la planificación sanitaria y la ordenación de los recursos, para garantizar la salud de la población. El modelo sanitario catalán se basa en la creación y el desarrollo del Servei Català de la Salut como máximo ente responsable de la atención sanitaria. Así mismo, se define un instrumento principal de planificación, el Pla de salut de Catalunya, que, a partir de la situación de salud y enfermedad de la población y los factores que la condicionan, explícita cuales han de ser las actividades de salud prioritarias, las medidas que se han de tomar en otros sectores que afectan la salud y los ámbitos preferentes de actuación. El objeto último de la planificación es ejecutar las intervenciones dirigidas a la mejoría de la salud y la calidad de vida de la población.

FIGURA 5.10. Planificación y desarrollo del Plan de Salud.



© McKinsey & Company [1992, p. 8].

En Catalunya, la planificación sanitaria se basa en la estrategia definida por la Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud, conocida como «Salud para todos en el año 2000», y las intervenciones que se proponen tienen en cuenta los acuerdos y las recomendaciones de las sociedades científicas y de los expertos tanto en el ámbito nacional como internacional, evolucionando desde una planificación de recursos hacia una planificación en salud, donde se ha pasado de centrar los objetivos primordialmente en la organización y en la productividad de los servicios para hacerlo en la salud de los ciudadanos y extender la responsabilidad sobre la salud a otros ámbitos no estrictamente sanitarios.

5.9.1. EJES Y LÍNEAS ESTRATÉGICAS DE LA PLANIFICACIÓN DE LA SALUD EN CATALUNYA

Las propuestas del Plan se orientan en la conquista de los objetivos generales de salud y de disminución de riesgo fijados para Catalunya para el año 2000, que recoge el «Document marc» para la elaboración del Pla de salut de Catalunya, así como de los objetivos relacionados con otros ámbitos de intervención priorizados.

El Pla de salut incluye actuaciones desde el punto de vista organizativo y de reequilibrio territorial de forma que el sistema sanitario catalán pueda

adecuarse a las necesidades reales de la población y disminuir las situaciones de desigualdad.

Así mismo, el Pla de salut es un instrumento de planificación dinámico y con capacidad de adaptación a las necesidades de la población en términos de salud, que propone intervenciones que se ajustan a los cambios del entorno sanitario y socioeconómico, los cuales se articulan alrededor de los siguientes ejes⁶:

- Promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Equidad, eficiencia y calidad de los servicios.
- Satisfacción de los usuarios.

5.9.2. TEMPORALIDAD DE LA PLANIFICACIÓN

Se considera que la planificación de la salud es un proceso continuo de previsión de los recursos y de los servicios necesarios para conseguir los objetivos determinados según un orden de prioridades establecida. El diseño, la aplicación y la evaluación de las intervenciones dirigidas a la mejora del estado de salud requieren el planteamiento de unos períodos temporales suficientes para su ejecución. Se debe considerar que toda planificación estratégica ha de ser realizada en un contexto estrechamente relacionado con el entorno organizativo, económico y político que envuelve el sistema de salud.

La LOSC establece que el Pla de salut de Catalunya tendrá un período de vigencia trienal. Los resultados de la evaluación del período de vigencia y aplicación del Plan, las condiciones organizativas del sistema sanitario, las características de los procesos de planificación estratégica y los períodos temporales necesarios para detectar cambios significativos en los indicadores de salud y de utilización de servicios, son elementos de gran influencia en el establecimiento de la temporalidad de la planificación. También, es importante considerar que los objetivos generales de salud y de disminución de riesgo que constituye el fundamento de las propuestas del Pla de salut, tienen como horizonte el año 2000, en el cuál serán evaluados.

En este sentido, para algunas actuaciones priorizadas en el Pla de salut vigente, se han fijado objetivos e intervenciones que tienen su propia temporalidad —algunas con una fecha de finalización que sobrepasa el trienio—, que amplía,

6 Las propuestas se orientan hacia el logro de los objetivos generales de salud y de disminución del riesgo [Pla de salut de Catalunya 1996—1998, 1997, p. 20].

en algunos casos, el período de operativización hasta el año 2000. Al final del período de vigencia del Pla de salut se prevé la evaluación, reorientación y ampliación de sus contenidos.

La acción es lo que da sentido a la planificación y, por eso, el objetivo esencial del Pla de salut de Catalunya 1996—1998 es conseguir que las actuaciones prioritarias sean las pertinentes, las más efectivas y, al mismo tiempo, las más factibles para mejorar la salud y la calidad de vida de los ciudadanos. El nivel de efectividad de las intervenciones direccionadas a la mejora de la salud de la población es diverso, el que, juntamente con la limitada disponibilidad de recursos, obliga a priorizar tanto las intervenciones que se han de efectivar como los instrumentos para su aplicación. La planificación sanitaria en Catalunya tiene en cuenta la descentralización de los trabajos de planificación y de evaluación en las estructuras territoriales del Servei Català de la Salut, las regiones y los sectores sanitarios, el que hace posible mejorar el conocimiento de los problemas, diseñar las intervenciones más idóneas y favorecer la participación de los profesionales y de la población.

En Catalunya, la importancia de las regiones sanitarias en la planificación queda reflectada en la propia LOSC, que en el su artículo 22 párrafo 1 epígrafe C habla, textualmente, que son funciones propias de las regiones sanitarias «la gestión y la ejecución de las actuaciones y los programas institucionales en materia de promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria y sociosanitaria, y rehabilitación, de acuerdo con el Pla de salut de la región».

En este sentido, las necesidades de salud específicas solamente se pueden conocer desde el mismo territorio donde se plantean, porque, las desigualdades entre grupos que existe dentro de un país son difícilmente identificables si se tiene, únicamente una visión global.

También, para que las intervenciones sean factibles, es necesario el contraste con los recursos de que dispone la zona concreta de aplicación. Por este motivo el Pla de salut de Catalunya se elabora a partir de los planteamientos de los planes de salud de las regiones sanitarias.

El Pla de salut, como herramienta de planificación útil para la acción, se concreta de manera específica en la asignación de los recursos económicos y organizativos, la gestión de los servicios sanitarios, la evaluación de la calidad de la atención, el impacto de las acciones intersectoriales, la participación y satisfacción de los ciudadanos y la implicación de los profesionales sanitarios que han de desarrollar y evaluar una buena parte de los objetivos priorizados.

5.9.3. EL PROCESO DE ELABORACIÓN DEL PLA DE SALUT

Planificar con una visión centrada en la salud, lo que actualmente se conoce como planificación para la salud, significó una nueva orientación en la tradición de planificación sanitaria en Catalunya. La elaboración del primer Pla de salut comportó también, una nueva metodología de trabajo, en un momento de transformación del modelo sanitario catalán. El período del segundo Pla de salut, manteniendo la coherencia con el primero, se enmarca en el contexto actual con un entorno organizativo más desarrollado y con nuevos elementos de referencia, lo que ha proporcionado más calidad al mismo proceso de elaboración.

Una de las características de este proceso de planificación es su elaboración desde el territorio —Regiones Sanitarias—, con la finalidad de asegurar un Pla de salut que integre todos aquellos elementos comunes a todas las regiones sanitarias y unos planes de salud de regiones que reflejen las especificidades de cada territorio.

El proceso de formulación del Pla de salut de Catalunya por parte del Servei Català de la Salut continua con la presentación del anteproyecto del Plan al Consell de Direcció y al Consell Català de la Salut del Servei Català de la Salut. Finalmente, el Departament de Sanitat i Seguretat Social lleva, para su aprobación definitiva, la propuesta de Pla de salut de Catalunya al Gobierno de la Generalitat, el cuál posteriormente lo presenta al Parlament de Catalunya.

5.9.3.1. DISEÑO Y PLANIFICACIÓN DEL PROCESO DE ELABORACIÓN DEL PLA DE SALUT

Siendo un proceso que se lleva de forma descentralizada, donde participa un número importante de personas y donde se ha de asegurar la coherencia y la calidad, el diseño no es una fase esencial para explicitar los criterios de calidad y sirve como instrumento de consenso y comunicación entre los equipos responsables de la elaboración, los diversos participantes, las estructuras directivas y los órganos de participación y de dirección del Servei Català de la Salut y del Departament de Sanitat i Seguretat Social.

5.9.3.2. CRITERIOS DE CALIDAD PARA LA ELABORACIÓN DEL PLA DE SALUT

Contenido⁷:

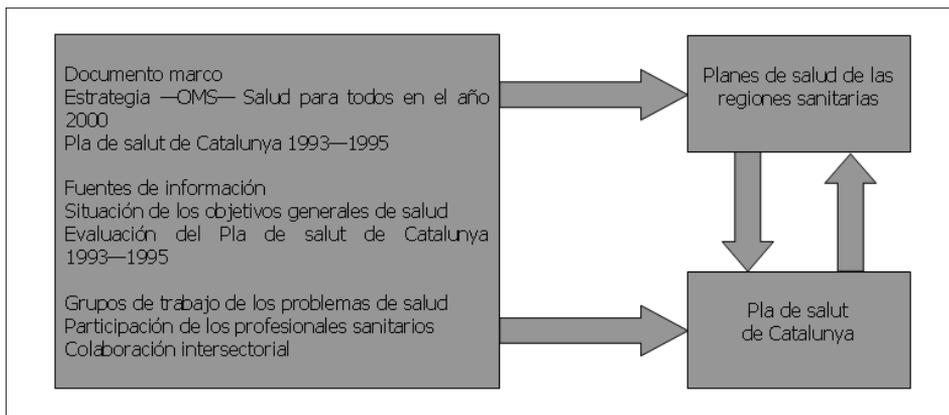
- Continuidad y coherencia con los planteamientos, los objetivos y las acciones de los anteriores planes de salud.
- Mantenimiento y mejoría de la salud y de la calidad de vida.
- Expresión de las diferencias entre territorios y entre grupos de población.
- Incorporación de nuevas prioridades.
- Desarrollo de estrategias orientadas a obtener ganancias en salud.
- Continuar impulsando la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.
- Equidad y adecuación de los servicios a las necesidades de la población.
- Mejoría de la calidad y la eficiencia del proceso de atención.
- Equilibrio prevención—asistencia—rehabilitación.
- Consenso de criterios clínicos para la atención a los problemas de salud.
- El usuario es una prioridad del sistema sanitario.
- Visión plural: participación y intersectorialidad.
- Intervenciones basadas en la evidencia científica.
- Explicitación de las estrategias para desarrollar las políticas de salud y de servicios.

Proceso de elaboración:

- Compromiso institucional.
- Descentralización.
- Participación.
- Intersectorialidad.
- Actualización de la información y análisis de las tendencias.
- Identificación de problemas según la importancia—morbilidad, mortalidad, discapacidades, coste, impacto percibido—.
- Incorporación de los resultados de la evaluación de los períodos anteriores.
- Definición de las intervenciones según criterios de eficacia probada, factibilidad y aceptabilidad.
- Evaluación de las intervenciones.

⁷ Siguiendo parcialmente los criterios de calidad del Pla de salut de Catalunya 1996—1998 [1997, p. 28].

FIGURA 5.11. Elementos de referencia para la elaboración de los planes de salud.



© Pla de salut de Catalunya 1996—1998 [1997, p. 29].

El contenido de las actuaciones del Pla de salut se articula entorno a los problemas de salud identificados y la satisfacción de los ciudadanos. Los servicios sanitarios y sociosanitarios son los principales ámbitos, aunque no los únicos, donde se ejecutan las acciones propuestas por el Plan y desde donde se puede dar respuesta a las necesidades de salud, por lo que se debe proponer acciones sobre los servicios dirigidas a mejorar la gestión clínica del proceso de atención, la continuidad, la cooperación entre niveles, la eficacia y la eficiencia y plantear nuevas alternativas asistenciales en relación con los problemas de salud de la población.

Las propuestas que afectan los servicios se han centrado, de un lado, en acciones relacionadas directamente con los diversos problemas de salud y, del otro, las más generales, en un nuevo capítulo del Pla de salut donde se señalan las estrategias para desarrollar las políticas de salud y de servicios.

Orientar los servicios de acuerdo con la política de salud es una de las estrategias que, juntamente con las otras —implicar los profesionales, conocer y evaluar, implicar los ciudadanos y cooperar intersectorialmente—, han de permitir dirigir el conjunto de las acciones del sistema sanitario en la conquista de los objetivos del Pla de salut.

La gestión del proceso estuvo a cargo de la Unitat de Pla de Salut i Avaluació de l'Àrea Sanitària del Servei Català de la Salut, responsable de la elaboración del Pla de salut de Catalunya y de la coordinación del proceso. Las unidades de planificación de las regiones sanitarias son las responsables de la elaboración

de los anteproyectos de Pla de salut de las regiones y su adaptación al Pla de salut de Catalunya.

Las diferentes fases del proceso se realizan sobre la base de un trabajo matricial entre los equipos citados y diferentes grupos de trabajo, con el soporte técnico de las diversas unidades del Servei Català de la Salut, del Departament de Sanitat i Seguretat Social y de las entidades y las instituciones con responsabilidad sobre la salud que participan.

6 CARACTERIZACIÓN DE LOS DIFERENTES ACTORES DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO CATALÁN

Como ha quedado dicho, el trabajo empírico de contraste de las hipótesis formuladas a partir del desarrollo teórico realizado en la primera parte del estudio, se ha aplicado al caso del *Sistema de Innovación* que constituye el *Sector Sanitario Público Catalán*.

El objetivo del presente capítulo es realizar la caracterización¹ de los diferentes actores que han sido objeto del estudio empírico. El SSPC y dentro de los actores creados por la LOSC, constituye el núcleo de nuestro estudio y, por tanto, es éste el ámbito de nuestro análisis.

Esta caracterización del objeto de estudio incluye tanto descripciones a partir de diferentes estudios sobre el sector como de otras que son secundarias dentro de los objetivos del presente trabajo pero necesarias para hacer una descripción apropiada de la realidad a estudiar.

Ley general de sanidad atribuye tanto al Estado como a las comunidades autónomas y a las otras administraciones públicas la organización y el desarrollo de las acciones sanitarias según una concepción integral de la salud, siguiendo la definición de la Organización Mundial de la Salud de concebirla no sólo como una ausencia de enfermedad sino como un estado completo de bienestar físico, mental y social.

En el ámbito sanitario la Generalitat de Catalunya tiene competencias en sanidad interior y seguridad social, de manera que puede organizar y administrar todos los servicios relacionados con estas materias y ejercer la tutela de las instituciones, entidades y fundaciones sociosanitarias. También tiene como competencia propia la planificación sanitaria.

El Departament de Sanitat i Seguretat Social es el órgano que ejerce las funciones y los servicios en materia de sanidad que son competencia de la

1 Recordando la definición de la Real Academia Española—Diccionario de la Lengua Española, 21ª Edición. Tomo I. 1997, p. 406.

- *Caracterización*: acción y efecto de caracterizar o caracterizarse.
- *Caracterizar*: determinar los atributos peculiares de una persona o cosa, de modo que claramente se distinga de las demás.

Generalitat. El Departamento dispone de una estructura articulada a través de las direcciones generales de Recursos Sanitarios y de Salud Pública, con una presencia territorial a través de delegaciones en Barcelona, Tarragona, Lleida y Girona. Además de estos órganos, cuenta con unos organismos adscritos:

- Servei Català de la Salut.
- Institut Català de la Salut.
- Institut d'Estudis de la Salut.

6.1. SERVEI CATALÀ DE LA SALUT

6.1.1. MISIÓN Y OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

El Servei Català de la Salut —SCS— es un ente que debe garantizar la prestación de los servicios sanitarios de cobertura pública de Catalunya y, por tanto, es el responsable de velar por la equidad, la calidad y la eficiencia de los servicios que recibe la población.

Para cumplir con esta misión, el Servei Català de la Salut pone a disposición de la red sanitaria de utilización pública de Catalunya su organización corporativa — servicios matrices, regiones y sectores sanitarios — y sus recursos humanos.

También fomenta fórmulas como los consorcios, las empresas públicas y las cesiones de gestión para avanzar en una administración más eficiente del sistema sanitario.

El compromiso con los ciudadanos requiere la existencia de unos objetivos asumidos por el conjunto del Servei Català de la Salut²:

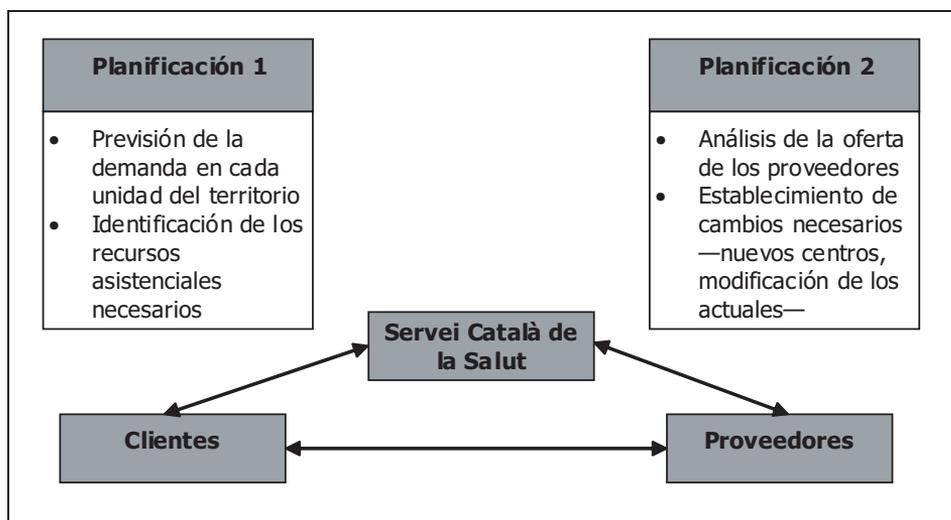
- Planificar las prioridades de la atención sanitaria a partir de las necesidades de salud de la población y no solo a partir de la oferta.
- Conseguir el equilibrio económico del sector de la sanidad, en una situación compleja de incremento de la demanda de servicios y de contención del gasto del sector público.
- Gestionar las prestaciones de manera eficiente para optimizar la relación entre los recursos destinados y la calidad obtenida, sin perder de vista la equidad en el acceso a los servicios sanitarios como

2 Siguiendo la Memòria d'activitat 1996 del Servei Català de la Salut [1997, p. 17].

principio básico del sistema.

- Promover la participación de los profesionales en la consolidación del sistema sanitario público catalán y en la consecución de los objetivos del Servei Català de la Salut.
- Mejorar la calidad de servicio al ciudadano, tanto en el trato como en la asistencia.
- Dotarse de instrumentos organizativos que potencien la calidad, la profesionalidad y la responsabilidad en el trabajo.

FIGURA 6.1. Planificación del desarrollo de la asistencia sanitaria pública.



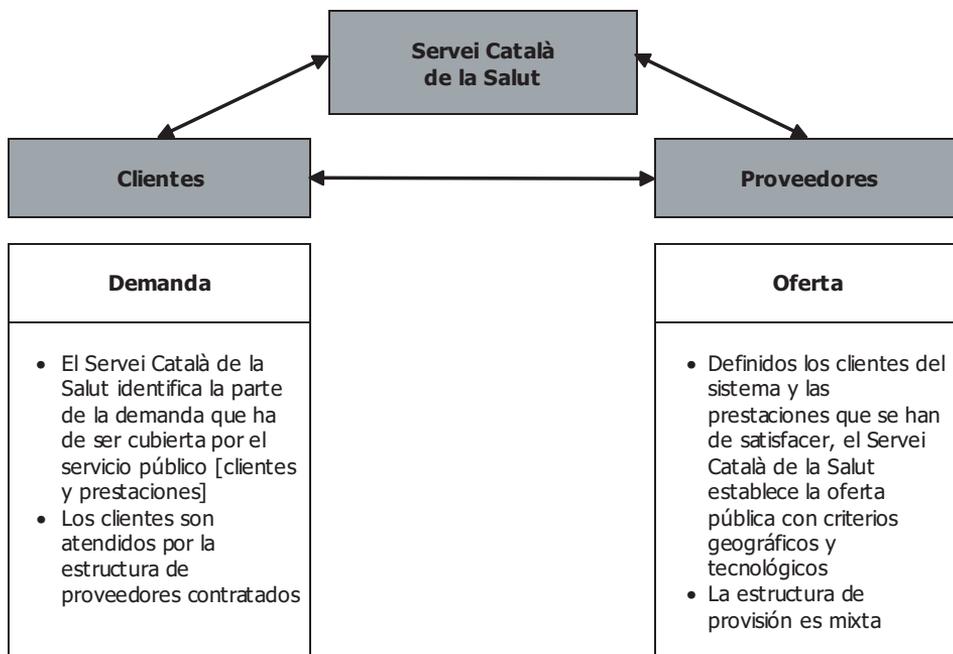
© McKinsey & Company [1992, p. 8].

6.1.2. LA XARXA SANITÀRIA D'UTILITZACIÓ PÚBLICA DE CATALUNYA

La red sanitaria de utilización pública de Catalunya —Xarxa Sanitària d'Utilització Pública de Catalunya XSUPC— está configurada por todos los centros, servicios y profesionales que garantizan la asistencia a la población de Catalunya y cuya financiación es pública.

El Servei Català de la Salut planifica y financia todos estos recursos sanitarios, económicos y humanos y los pone al servicio de los ciudadanos con unos criterios de equidad, calidad y eficiencia.

FIGURA 6.2. Mercado de asistencia sanitaria pública.



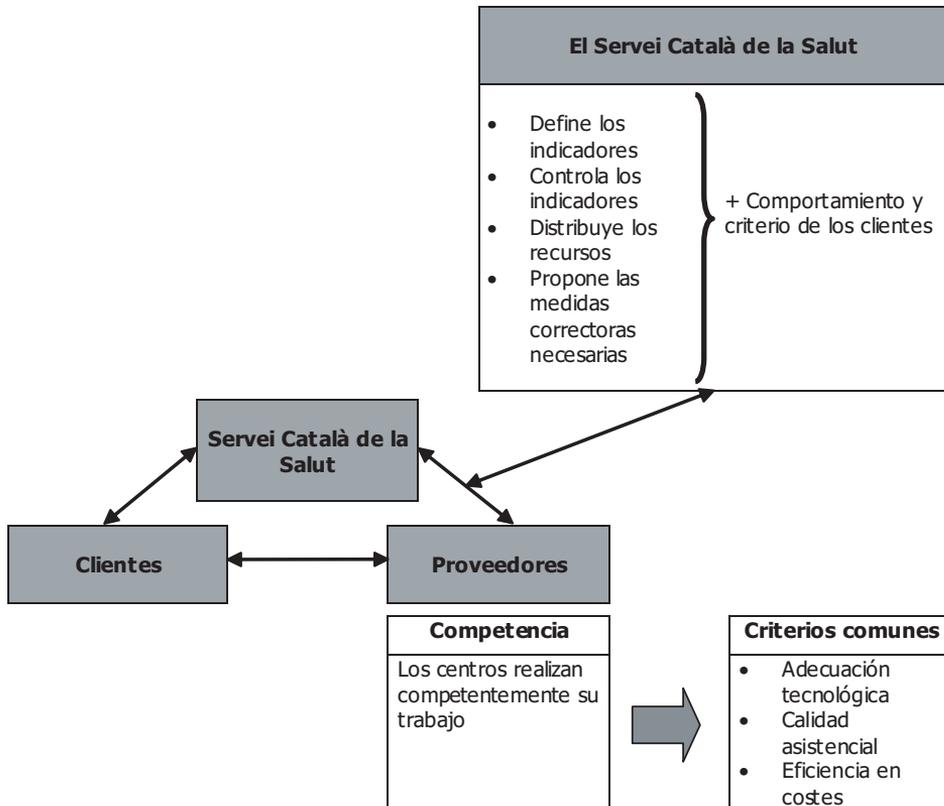
© McKinsey & Company [1992, p. 7].

6.1.3. RECURSOS SANITARIOS

Los recursos sanitarios que el Servei Català de la Salut pone al alcance de los ciudadanos constituyen la red sanitaria de utilización pública de Catalunya. El Servei Català de la Salut planifica estos recursos con criterios de accesibilidad y de equilibrio territorial.

Cuando una región sanitaria no dispone de un recurso concreto, sus pacientes son atendidos en servicios alternativos de la misma región o bien son derivados a otras regiones sanitarias, como ocurre, por ejemplo, con los hospitales de alta tecnología y en estos momentos con los hospitales monográficos de internamiento para pacientes crónicos en salud mental.

FIGURA 6.3. Competencia en el marco de la asistencia sanitaria pública.



© Mckinsey & Company [1992, p. 9].

6.1.3.1. ATENCIÓN PRIMARIA

La atención primaria de salud es uno de los niveles fundamentales de la asistencia sanitaria. El área básica de salud —ABS— se configura como la unidad territorial para el desarrollo de la atención primaria y la unidad elemental de la organización territorial del Servei Català de la Salut. La estructura organizativa para configurar el núcleo de servicios básicos de atención primaria es el equipo de atención primaria —EAP—, compuesto por un conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios que desarrollan y dirigen sus actividades de salud al conjunto de la población que comprende el ABS. Cada ABS tiene un centro de referencia —el centro de atención primaria CAP—.

La reforma de la atención primaria —RAP— sigue un proceso gradual de implantación de acuerdo con las disponibilidades presupuestarias y que se irá

completando hasta llegar a la cobertura de la totalidad de la población. La gradualidad de la extensión del nuevo modelo hace que actualmente convivan en Catalunya dos redes de atención primaria, las llamadas red reformada y red no reformada.

TABLA 6.1. Recursos de atención primaria de la red sanitaria de utilización pública de Catalunya, 1996.

Región sanitaria	ABS en funcionamiento	ABS Previstas ¹	% ABS en funcionamiento	% de población cubierta
Lleida	22	29	75,9	73,7
Tarragona	22	33	66,7	62,7
Tortosa	7	9	77,8	69,0
Girona	20	36	55,6	50,5
Costa de Ponent	41	57	71,9	73,3
Barcelonès Nord i Maresme	18	41	43,9	49,5
Centre	51	71	71,8	70,1
Barcelona Ciutat	27	66	40,9	35,4
Total	208	342	60,8	57,0

1. El 17 de enero de 1996 fue publicado en el DOGC la orden de 28 de diciembre, por la cual se modifica la delimitación de diversas áreas básicas de salud y aumenta en 4 su número total.

© Memòria d'activitat 1996 del Servei Català de la Salut [1997, p. 19].

6.1.3.2. ATENCIÓN HOSPITALARIA³

La atención especializada en Catalunya se presta mayoritariamente en los centros hospitalarios que configuran la Red Hospitalaria de Utilización Pública —XHUP—.

3 Los hospitales en Catalunya se clasifican en 4 grupos, siguiendo parcialmente al Decreto 179/1997, de 22 de julio, DOGC núm. 2445 de 31.07.1997, p. 8720:

- Grupo 1: Hospital General Básico y Hospital Aislado.
- Grupo 2: Hospital General Básico: Es aquel que da respuesta completa a los requerimientos habituales de la población.
- Grupo 3: Hospital de Referencia: Destinado a resolver la práctica totalidad de los problemas de salud susceptibles de curación y mejoría, excepto aquellos que requiere recursos tecnológicos altamente especializados.
- Grupo 4: Hospital de alta tecnología: Asume las patologías de baja incidencia no asumibles por los hospitales mencionados anteriormente y dispone de las llamadas supraespecialidades y de las nuevas tecnologías diagnóstico terapéuticas.

TABLA 6.2. Recursos de atención hospitalaria de la XHUP, 1996.

Región sanitaria	Hospitales Grupo 1—2		Hospitales Grupo 3		Hospitales Grupo 4		Total	
	Centros	Camas	Centros	Camas	Centros	Camas	Centros	Camas
Lleida	6	450	1	435	0	0	7	885
Tarragona	4	415	2	622	0	0	6	1.037
Tortosa	0	0	1	205	0	0	1	205
Girona	7	668	1	436	0	0	8	1.104
Costa de Ponent	5	483	3	633	3	1.340	11	2.486
Barcelonès Nord i Maresme	3	491	1	276	1	573	5	1.340
Centre	7	558	7	2.557	0	0	14	3.115
Barcelona Ciutat	5	541	5	1.708	6	3.203	16	5.452
Total	37	3.606	21	6.872	10	5.116	68	15.624

© Memòria d'activitat 1996 del Servei Català de la Salut [1997, p. 20] y elaboración propia.

6.1.3.3. ATENCIÓN EXTRAHOSPITALARIA

La atención extrahospitalaria cubre un conjunto de prestaciones asistenciales que complementan la atención primaria de salud y la atención especializada. Los proveedores de servicios extrahospitalarios contratados por el Servei Català de la Salut atienden las demandas generadas por todas las regiones sanitarias.

TABLA 6.3. Proveedores de servicios extrahospitalarios de la red sanitaria de utilización pública de Catalunya, 1996.

Diagnóstico por la imagen	Total
Laboratorios de análisis clínicos	26
Laboratorios de medicina nuclear	10
Centros de rehabilitación	5
Transporte sanitario	25
Consultorios de especialidades	48
Entidades diversas	16
Oxigenoterapia y tratamientos respiratorios domiciliarios	14
Centros de planificación familiar	7
Centros polivalentes	61
Centros de litotricia	23
Centros de diálisis	5
Neurología	42
	4

© Memòria d'activitat 1996 del Servei Català de la Salut [1997, p. 21].

6.1.3.4. ATENCIÓN SOCIOSANITARIA

Para poder cubrir las necesidades de los pacientes de edad avanzada o de los afectados por enfermedades crónicas que presentan como denominador común un grado variable de incapacidad funcional resultante, el Servei Català de la Salut contrata, a través del Programa Vida a los Años, un amplio abanico de recursos en todos los niveles asistenciales. De entre este amplio abanico hay que distinguir los recursos de internamiento ubicados en centros sociosanitarios o en hospitales, los recursos comunitarios de apoyo domiciliario a los equipos de atención primaria —PADES—, y los equipos de apoyo y evaluación hospitalarios —UFISS—.

TABLA 6.4. Recursos sociosanitarios de la red sanitaria de utilización pública de Catalunya, 1996.

Región sanitaria	Larga estancia	Convalecencia	Curas paliativas	SIDA	Total	Centros	Camas Sociales ¹
Lleida	245	37	20	0	302	6	33
Tarragona	222	79	15	3	319	8	74
Tortosa	203	40	15	0	258	2	58
Girona	341	51	10	0	402	10	60
Costa de Ponent	952	114	20	0	1.086	14	15
Barcelonès Nord i Maresme	492	70	12	0	574	8	105
Centre	757	177	65	18	1.017	16	74
Barcelona Ciutat	947	288	93	49	1.377	17	88
Total	4.159	856	250	70	5.335	81	507
1. Camas sociales con soporte sanitario.							

© Memòria d'activitat 1996 del Servei Català de la Salut [1997, p. 22].

Como recursos de internamiento actualmente se disponen de:

- Unidades de larga estancia.
- Unidades de convalecencia
- Unidades de curas paliativas.
- Unidades de SIDA.

Existen también, ubicados en centros sociosanitarios, recursos sin pernocta, que son los hospitales de día sociosanitarios.

TABLA 6.5. Recursos sociosanitarios de la red sanitaria de utilización pública de Catalunya, 1996.

Hospital de día				
Región sanitaria	Número	Plazas	PADES	UFISS
Lleida	2	30	3	3
Tarragona	4	60	4	4
Tortosa	1	20	1	1
Girona	4	52	2	3
Costa de Ponent	5	85	8	10
Barcelonès Nord i Maresme	6	126	5	7
Centre	9	191	8	7
Barcelona Ciutat	7	130	13	5
Total	38	694	44	40

© Memòria d'activitat 1996 del Servei Català de la Salut [1997, p. 22].

6.1.3.5. BANCOS DE SANGRE HOSPITALARIOS

El banco de sangre es la estructura hemoterápica responsable de la donación y la transfusión en el centro hospitalario.

TABLA 6.6. Bancos de sangre de la RSUP de Catalunya, 1996.

Lleida	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital de Lleida Arnau de Vilanova
Tarragona	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital de Tarragona Joan XXIII • Hospital de Sant Pau i Santa Tecla —Tarragona—
Tortosa	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital Verge de la Cinta —Tortosa—
Girona	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital de Girona Doctor Josep Trueta
Costa de Ponent	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital Prínceps d'Espanya —l'Hospitalet de Llobregat— • Hospital Sant Joan de Déu —Esplugues de Llobregat— • Hospital Residència Sant Camil —Sant Pere de Ribes—
Barcelonès Nord i Maresme	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital de Badalona Germans Trias i Pujol
Centre	<ul style="list-style-type: none"> • Banc de Sang de la Creu Roja de Manresa • Hospital Mútua de Terrassa • Hospital General de Granollers
Barcelona Ciutat	<ul style="list-style-type: none"> • Serveis Sanitaris de Referència—Centre de Transfusió i Banc de Teixits —Hospital General Vall d'Hebron— • Hospital de la Santa Creu i Sant Pau • Hospital Clínic i Provincial de Barcelona • Hospital de Barcelona • Banc de Sang de la Creu Roja de Barcelona • Clínica Sagrada Família • Clínica Quirón • Clínica Corachán

© Memòria d'activitat 1996 del Servei Català de la Salut [1997, p. 25].

6.1.3.6. ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA Y SALUD MENTAL

Los recursos sanitarios de atención psiquiátrica y salud mental comprenden las vertientes asistenciales de la atención ambulatoria en los centros de salud mental —atención especializada de apoyo a la atención primaria—, de la atención hospitalaria —total y parcial— en hospitales generales y en hospitales psiquiátricos y de rehabilitación en los centros de día.

TABLA 6.7. Centros de salud mental de la red sanitaria de utilización pública de Catalunya, 1996.

Región sanitaria	Infantil juvenil		Adultos	
	Centros	Consultas periféricas	Centros	Consultas periféricas
Lleida	1	0	6	2
Tarragona	1	3	6	0
Tortosa	0	2	2	0
Girona	2	2	7	0
Costa de Ponent	6	3	11	0
Barcelonès Nord i Maresme	4	0	7	0
Centre	7	3	12	3
Barcelona Ciutat	10	1	15	1
Total	31	14	66	6

© Memòria d'activitat 1996 del Servei Català de la Salut [1997, p. 23].

TABLA 6.8. Camas de psiquiatría de la red sanitaria de utilización pública de Catalunya, 1996.

Región sanitaria	Agudos	Subagudos	Crónicos	Hospitales de la XHUP	Total
Lleida	0	0	52	14	66
Tarragona	51	35	1.118	0	1.204
Tortosa	0	0	0	0	0
Girona	40	16	440	0	496
Costa de Ponent	236	167	1.553	58	2.014
Barcelonès Nord i Maresme	96	44	412	0	552
Centre	0	0	0	83	83
Barcelona Ciutat	126	52	81	80	339
Total	549	314	3.656	235	4.754

© Memòria d'activitat 1996 del Servei Català de la Salut [1997, p. 23].

TABLA 6.9. Hospitales de día de la red sanitaria de utilización pública de Catalunya, 1996.

Región sanitaria	Hospitales de día	Plazas
Costa de Ponent	2	65
Barcelonès Nord i Maresme	1	21
Centre	1	10
Barcelona Ciutat	2	90
Total	6	186

© Memòria d'activitat 1996 del Servei Català de la Salut [1997, p. 24].

TABLA 6.10. Recursos de rehabilitación en salud mental de la red de utilización pública de Catalunya, 1996.

Región sanitaria	Infantil y juvenil		Adultos	
	Centros de día	Plazas	Centros de día	Plazas
Lleida	1	18	1	20
Tarragona	0	0	2	35
Tortosa	0	0	0	0
Girona	0	0	5	100
Costa de Ponent	1	39	8	143
Barcelonès Nord i Maresme	1	9	2	60
Centre	2	28	8	163
Barcelona Ciutat	3	76	11	407
Total	8	170	37	928

© Memòria d'activitat 1996 del Servei Català de la Salut [1997, p. 24].

6.1.3.7. PRESTACIÓN FARMACÉUTICA

Los centros de atención farmacéutica se clasifican según sus funciones en:

- Oficinas de farmacia.
- Farmacias hospitalarias.
- Depósitos de medicamentos.
- Botiquines.

TABLA 6.11. Recursos de prestación farmacéutica, RSUPC 1996.

Región sanitaria	Oficinas	Farmacias hospitalarias	Depósitos de medicamentos	Botiquines
Lleida	177	6	6	15
Tarragona	235	7	6	16
Tortosa	66	2	3	5
Girona	278	10	9	10
Costa de Ponent	385	15	7	7
Barcelonès Nord i Maresme	195	8	4	0
Centre	449	13	13	5
Barcelona Ciutat	1.035	35	39	0
Total	2.820	96	87	58

© Memòria d'activitat 1996 del Servei Català de la Salut [1997, p. 25].

6.1.3.8. ACTIVIDAD DE TRASPLANTES

El año 1997 se cerró con un número de 235 donantes en Catalunya. Esta cifra representa un índice de donación por millón de población [pmp] de 39. La media española es de 29 pmp, mientras que de las organizaciones europeas es inferior a 20 pmp y la de los EEUU e de 21 pmp, en el año 1996 [Memòria d'activitat del Servei Català de la Salut 1997, 1998, p. 79]. Con este número de donaciones, en el año 1997 se ha podido realizar un total de 608 trasplantes de órganos sólidos —riñones, hígado, corazón y páncreas—.

Se destaca, por un lado, que los índices de trasplantes de riñón —57 pmp— y de hígado —28 pmp— sitúan Catalunya en un lugar muy importante en el ámbito mundial. Por otro lado, se han aumentado considerablemente los trasplantes de corazón y de pulmón y se ha mantenido la actividad en los trasplantes de páncreas, que representa el 67% del total del Estado.

La Unitat de Coordinació de l'Intercanvi d'Òrgans —UCIO— de la Organització Catalana de Trasplantaments —OCATT— coordina el intercambio de órganos entre todo el Estado y las diversas organizaciones europeas de trasplantes. El balance global del intercambio de órganos pone de manifiesto el alto nivel de donaciones en Catalunya.

En 1997 se han recibido desde fuera de Catalunya 8 riñones, 4 hígados y dos corazones y se han enviados 25 riñones, 9 hígados, 5 corazones y 1 pulmón a otras comunidades autónomas y a otros países europeos.

Tabla 6.12. Trasplantes en Catalunya en 1997.

	Trasplantes
Renal	348
Hepático	175
Cardíaco	45
De progenitores hemoptísicos	418
De pulmón	22
De páncreas	18
De tejidos osteotendinosos	737
De segmentos vasculares	40
De válvulas cardíacas	27
De piel	19
De córnea	789

© Memòria d'activitat 1997 del Servei Català de la Salut [1998, p. 79].

6.1.4. RECURSOS HUMANOS

El 1996 las plazas de trabajo de la red sanitaria de utilización pública fueran 67.143, cifra ligeramente inferior a la de 1995, principalmente por la reducción de plazas en el ámbito de la atención hospitalaria. Igualmente, se observa un descenso de las plazas de atención primaria de la red no reformada en favor de las correlativas de la red reformada.

Las plazas correspondientes a la atención sociosanitaria y a la atención psiquiátrica se han incrementado moderadamente y también las correspondientes a la atención psiquiátrica en cifras reales, en la Región Sanitaria Tarragona no se hacen constar las plazas existentes sino las personas que trabajan equiparadas a 40 horas semanales. Con relación a plazas de trabajo de las empresas públicas, y en atención al lanzamiento de determinadas actividades, el incremento experimentado se cuantifica en torno del 45% respecto al año 1995.

TABLA 6.13. Plazas de trabajo de la RSUP de Catalunya, 1996.

Región sanitaria	Atención primaria					
	Hospitales de la XHUP	Red no reformada	Red reformada	Atención socio sanitaria	Atención psiquiátrica	Empresas públicas
Lleida	1.940	484	560	208	73	64 ¹
Tarragona	2.486	734	537	212	303 ⁴	15 ²
Tortosa	787	168	193	222	9	0
Girona	3.202	896	496	214	309	11 ³
Costa de Ponent	6.762	2.179	1.445	334	999	298
Barcelonès Nord i Maresme	3.642	1.457	567	234	538	0
Centre	7.532	2.111	1.566	308	78	0
Barcelona Ciutat	17.211	3.665	807	784	212	291
Total	43.562	11.694	6.171	2.516	2.521	679
1. El personal del Hospital de Santa Maria se incluye en los datos de los hospitales de la XHUP. 2. Incluye las plazas de los servicios centrales y del SEMSA. 3. Solamente incluye las plazas de los servicios centrales. 4. Personas equiparadas a las 40 horas.						

© Memòria d'activitat 1996 del Servei Català de la Salut [1997, p. 26].

6.1.5. RECURSOS ECONÓMICOS

El presupuesto inicial destinado a la prestación de servicios sanitarios en Catalunya para 1997 ha sido de 605.807 millones de pesetas, un 5,99% más que en 1996.

El presupuesto consolidado final Servei Català de la Salut—Institut Català de la Salut para el 1997 fue de 633.042 millones de pesetas, lo que significa un incremento de 27.235 millones de pesetas respecto al presupuesto inicial aprobado por el Parlament de Catalunya⁴.

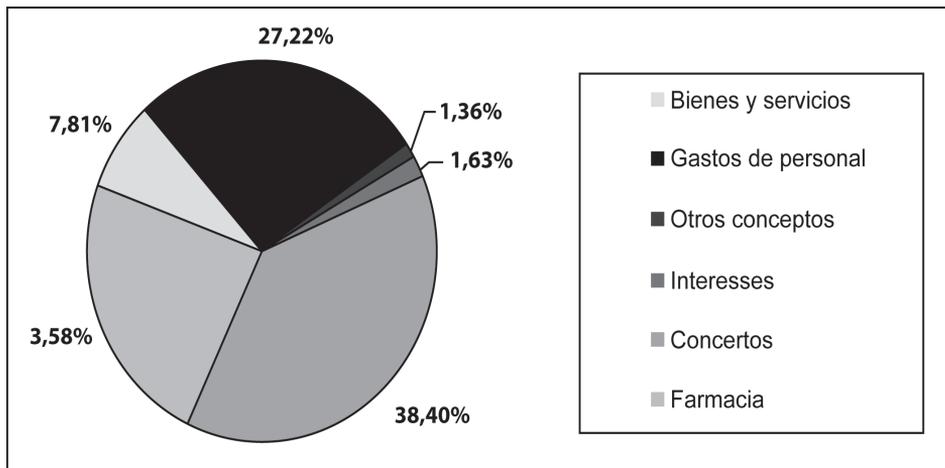
TABLA 6.14. Crecimiento % del presupuesto SCS—ICS.

1986 1987	1987 1988	1988 1989	1989 1990	1990 1991	1991 1992	1992 1993	1993 1994	1994 1995	1995 1996	1996 1997
12,27	17,00	17,38	20,43	16,23	15,12	12,28	7,24	4,85	3,50	5,99

© Memòria d'activitat 1997 del Servei Català de la Salut [1998, p. 101].

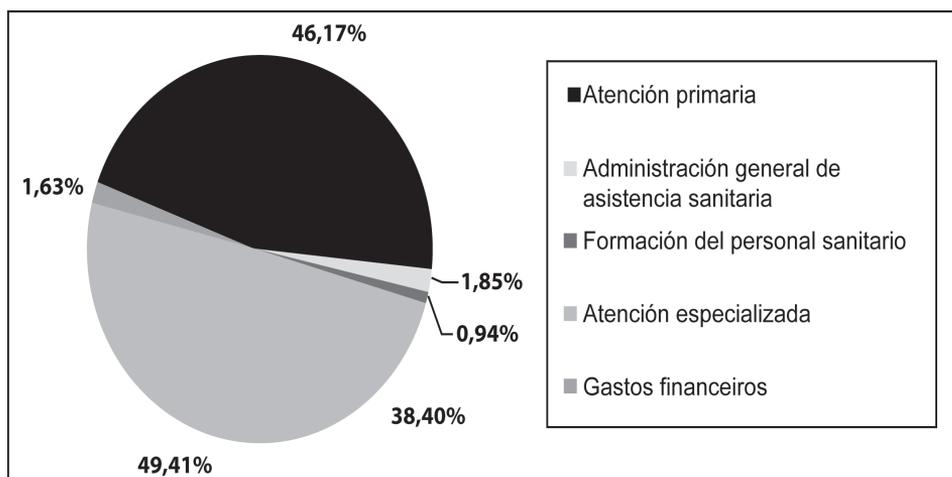
4 A 31 de diciembre de 1997 se tiene que diferenciar tres conceptos: *el presupuesto inicial*, que resulta de consolidar los presupuestos del Servei Català de la Salut y del ICS aprobados por el Parlament de Catalunya; *el presupuesto final*, que incluye la agregación de las variaciones de créditos que se han producido durante el ejercicio, tanto del presupuesto del Servei Català de la Salut como del ICS, y *el gasto producido* en el transcurso del ejercicio.

FIGURA 6.4. Estructura económica consolidada SCS/ICS, 1997.



© Memòria d'activitat 1997 del Servei Català de la Salut [1998, p. 104].

FIGURA 6.5. Estructura funcional del presupuesto SCS/ICS, 1997.



© Memòria d'activitat 1997 del Servei Català de la Salut [1998, p. 104].

6.1.6. LA ESTRUCTURA CORPORATIVA DEL SCS

La estructura organizativa del Servei Català de la Salut está conformada en tres ámbitos.

- Por un lado, los servicios matrices y la estructura desconcentrada territorial de regiones sanitarias y sectores sanitarios.
- En segundo lugar, las empresas públicas adscritas al Servei Català de la Salut.
- Y, finalmente, los órganos de participación comunitaria presentes en todos los niveles de la organización.

En 1993 se inicia el despliegue territorial del Servei Català de la Salut con la entrada en funcionamiento de las ocho regiones sanitarias:

- Lleida.
- Tarragona.
- Tortosa.
- Girona.
- Costa de Ponent.
- Barcelonès Nord i Maresme.
- Centre.
- Barcelona Ciutat.

La disposición adicional catorce de la LOSC, incorporada por medio de la Ley 11/1995, de 29 de septiembre, de modificación parcial de esta misma Ley, adscribe el Consorcio Sanitario de Barcelona al Servei Català de la Salut y establece que las funciones previstas para las regiones sanitarias, en relación con la ciudad de Barcelona, serán directamente asumidas por el Consorcio Sanitario de Barcelona. Para completar el despliegue de la estructura territorial, durante el 1994 se inicia la puesta en marcha de los sectores sanitarios —orden del consejero de Sanidad y Seguridad Social de 10 de mayo de 1994—. Los sectores sanitarios, tal y como prevé a la LOSC, están constituidos por diversas áreas básicas de salud y son los órganos territoriales donde se desarrollan y coordinan las actividades de prevención de la enfermedad, promoción de la salud y asistencia sanitaria en el nivel de la atención primaria y de las especialidades médicas. Las principales funciones de los sectores son el análisis de las necesidades de salud de la población y la programación, la coordinación y la evaluación de los servicios y prestaciones sanitarias y sociosanitarias, con el objetivo de garantizar a

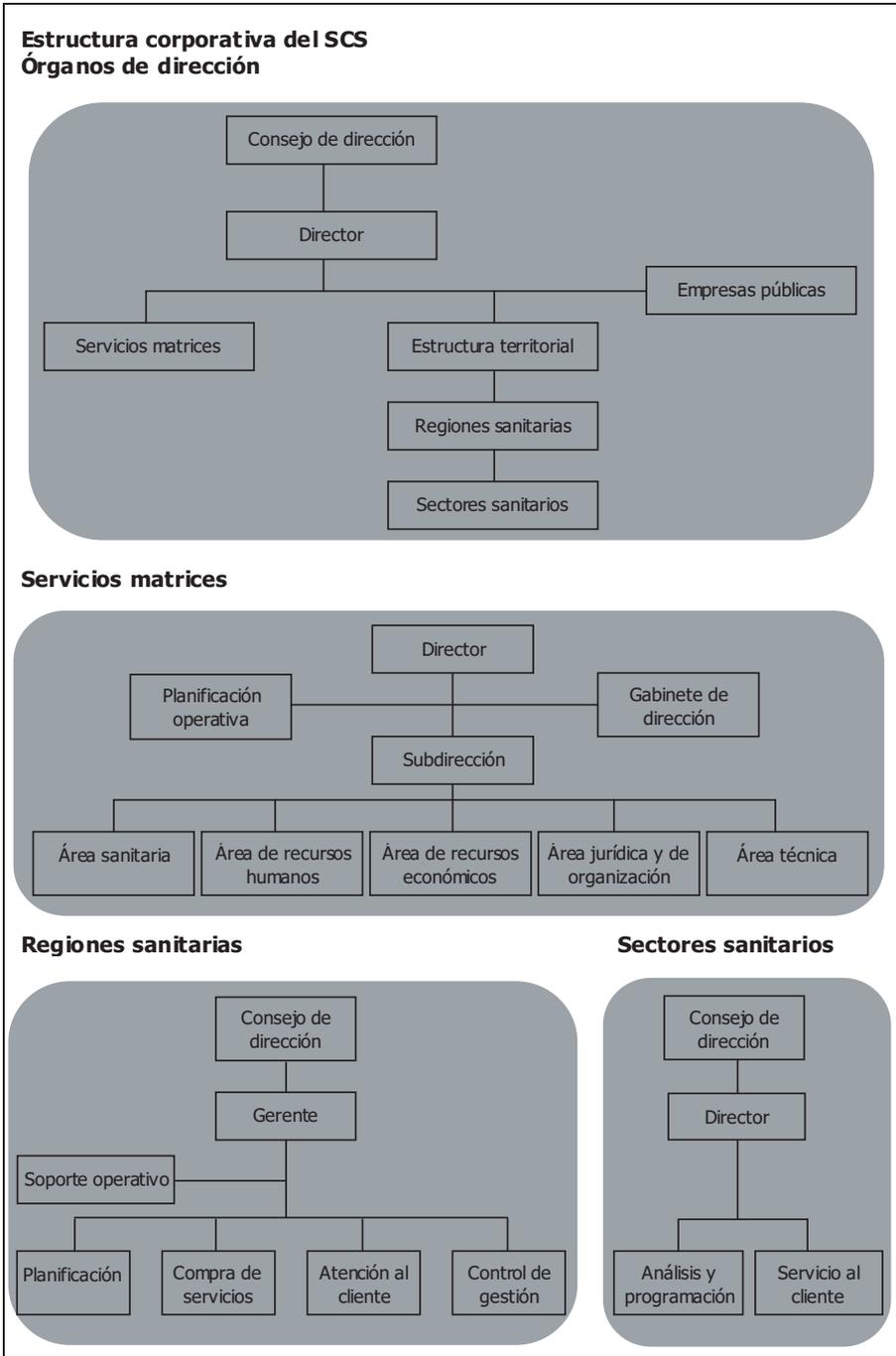
los usuarios del sistema sanitario público una atención efectiva y satisfactoria.

Para desarrollar estas funciones, en la modificación de la LOSC se han definido dos unidades funcionales dependientes del director del sector: El ámbito de Análisis y Programación y el ámbito de Servicio al Cliente.

El despliegue de los órganos de gestión de los sectores se está haciendo de manera progresiva para ajustarse a las disponibilidades presupuestarias, pero garantizando el desarrollo de las funciones básicas. Para hacer más eficiente esta puesta en funcionamiento se han definido las direcciones operativas, que agrupan las funciones de diversos sectores —resolución del consejero de Sanidad y Seguridad Social de 12 de mayo de 1994—. A finales de 1996 el personal de la organización corporativa era de 574 personas, 220 de las cuales correspondían a las regiones y a los sectores sanitarios. La mayor parte del personal del Servei Català de la Salut proviene del Departament de Sanitat i Seguretat Social y del Institut Català de la Salut. El traspaso de personal ha sido posible por la redistribución de funciones y la creación del Servei Català de la Salut, funciones que antes eron asignadas al ICS o al mismo Departamento.

Con la entrada en funcionamiento en 1995 de dos nuevas empresas públicas —Institut Català d'Oncologia, y Serveis Sanitaris de Referència— Centre de Transfusió i Banc de Teixits—, ya son nueve las empresas públicas adscritas o participadas por el Servei Català de la Salut.

FIGURA 6.6. Organigrama funcional del SCS.



6.1.7. LÍNEAS ESTRATÉGICAS CORPORATIVAS

Las líneas estratégicas corporativas son aquel conjunto de prioridades que contribuyen a la consecución de los objetivos del Servei Català de la Salut y que se desarrollan a partir de sus responsabilidades como corporación o empresa al servicio del sistema sanitario público catalán.

Estas líneas son las siguientes:

- Plan estratégico.
- El control corporativo.
- El despliegue territorial.
- La comunicación y la imagen corporativas.
- La política de recursos humanos.
- El sistema de información integrado.
- La política de infraestructuras sanitarias.

6.1.7.1. PLAN ESTRATÉGICO

El Plan estratégico es el instrumento de dirección y comunicación interna del Servei Català de la Salut.

Su objetivo es avanzar en la planificación estratégica, la dirección por objetivos, la gestión por proyectos, el control por resultados e integrar y cohesionar los equipos humanos del Servei Català de la Salut, potenciando la responsabilidad de todos en los objetivos y proyectos corporativos.

6.1.7.2. CONTROL CORPORATIVO

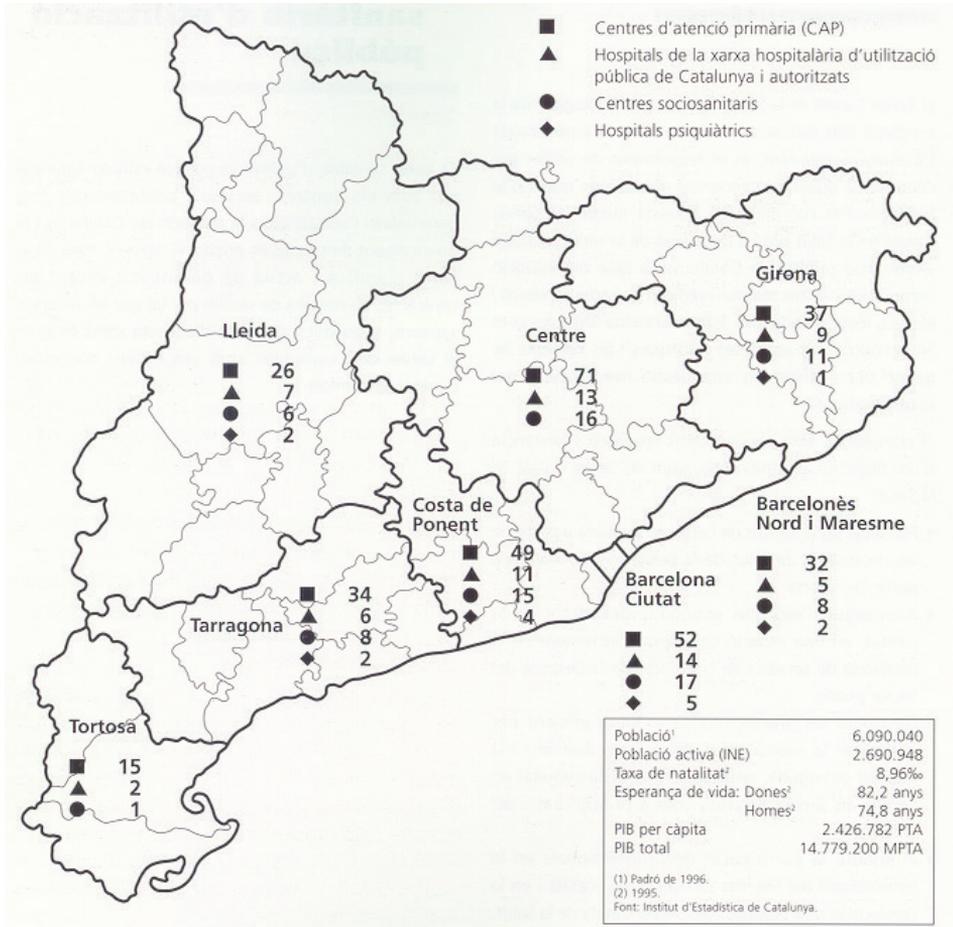
El sistema de control corporativo, operativo y estratégico del Servei Català de la Salut obedece a la necesidad de disponer de instrumentos actualizados para la dirección y la gestión que permitan la previsión y la planificación de las actuaciones.

El Plan anual de actividades y el Cuadro de mando son los instrumentos básicos para la dirección del Servei Català de la Salut.

El sistema de control de las empresas públicas y de los consorcios sanitarios donde la Generalidad de Catalunya tiene una participación de capital, total o mayoritaria, obedece a la necesidad de disponer de instrumentos actualizados que permitan orientar el proceso de toma de decisiones de los representantes de la Generalitat de Catalunya en sus consejos de administración.

6.1.7.3. DESPLIEGUE TERRITORIAL DEL SCS

FIGURA 6.7. Regiones sanitarias del SCS, 1997.



© Memòria d'activitat 1997 del Servei Català de la Salut [1998, p. 18].

La concepción del Servei Català de la Salut como ente profundamente desconcentrado responde a la voluntad de conocer mejor la realidad y las necesidades de salud del territorio y, por tanto, acercar las actuaciones de la Administración sanitaria al ciudadano. Una vez desplegadas las regiones sanitarias se está avanzando en el despliegue de los sectores sanitarios y de las direcciones operativas de los sectores, así como en la puesta en funcionamiento de sus órganos de dirección y participación comunitaria.

6.1.7.4. COMUNICACIÓN E IMAGEN CORPORATIVAS

La comunicación y la imagen institucionales del Servei Català de la Salut tienen cuatro destinatarios de referencia sobre los que hay que incidir de una manera directa y específica, y que son los siguientes:

- La red sanitaria pública, como proveedora del sistema sanitario catalán.
- Los profesionales de esta red, como elemento clave en la calidad asistencial y de trato a los ciudadanos.
- Los ciudadanos, centro de todo el sistema.
- El personal de la corporación, cliente interno que ha de participar de los objetivos de la corporación.

En estas líneas estratégicas destacan la cohesión de la imagen gráfica, la dirección editorial y los instrumentos de comunicación institucional con todos los protagonistas del sistema y con los medios de comunicación, y las relaciones institucionales de ámbito nacional e internacional del modelo sanitario catalán.

La política informativa del Servei Català de la Salut al ciudadano, iniciada en el año 1995 con el objetivo de informar sobre los recursos y servicios y las vías de acceso al sistema sanitario público de Catalunya, se ha transformado en la vertiente clave de la comunicación estratégica del Servei Català de la Salut. Los principales instrumentos de comunicación de esta nueva política informativa son:

- La instalación de una placa de identificación en los centros proveedores del SCS que configuran la red sanitaria de utilización pública.
- La edición de los folletos: Al servicio de los ciudadanos. Una red sanitaria de calidad para todos. La salud, más cerca.

Folletos que se distribuyen por medio de los expositores del Servei Català de la Salut que, progresivamente, se sitúan en todos los centros de la red.

6.1.7.5. FORMACIÓN CORPORATIVA

El Plan de formación 1996, diseñado a partir del proceso de análisis de necesidades de formación que se hizo en la segunda mitad del año 1995, tiene como objetivo facilitar las herramientas y los instrumentos que permiten aumentar las habilidades y conocimientos de los profesionales de la corporación para mejorar la eficacia y la eficiencia de su trabajo.

El Plan de formación incluye las actividades de formación interna, recogidas en el programa de formación, las actividades de formación externa, que dan respuesta a necesidades específicas que no quedan cubiertas con la oferta interna y las sesiones monográficas de carácter informativo y abiertas a todo el personal sobre el Plan

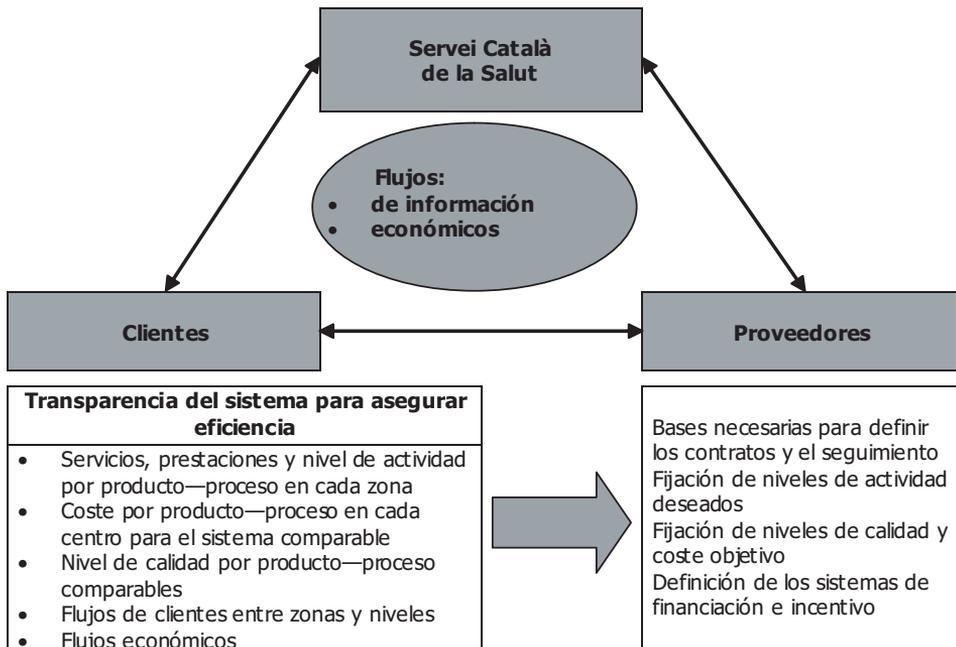
estratégico del SCS o bien sobre proyectos concretos del ámbito de la sanidad pública. El programa de formación interna del año 1996 representa el interés común de los servicios matrices y regiones sanitarias del Servei Català de la Salut en el marco de la formación centralizada que se ofrece desde los servicios matrices. También, las regiones sanitarias organizan actividades de formación específica en sus sedes, para poder hacer una oferta de formación más específica y descentralizada.

En un marco de contención del gasto, el presupuesto de formación se reduce un 35% de media entre la formación externa y la formación interna. En el año 1996 el Plan de formación ha incluido actividades que se sitúan en el ámbito estratégico, en el ámbito del factor humano y en el ámbito técnico, y también, cursos de lengua catalana y de microinformática.

6.1.7.6. SISTEMA DE INFORMACIÓN

Disponer de un sistema que posibilite la obtención, el almacenamiento, el tratamiento y la distribución de la información necesaria para facilitar el ejercicio de las funciones asignadas al SCS, especialmente de una forma integrada, constituye una de las líneas prioritarias de actuación del SCS.

FIGURA 6.8. Sistema de información.

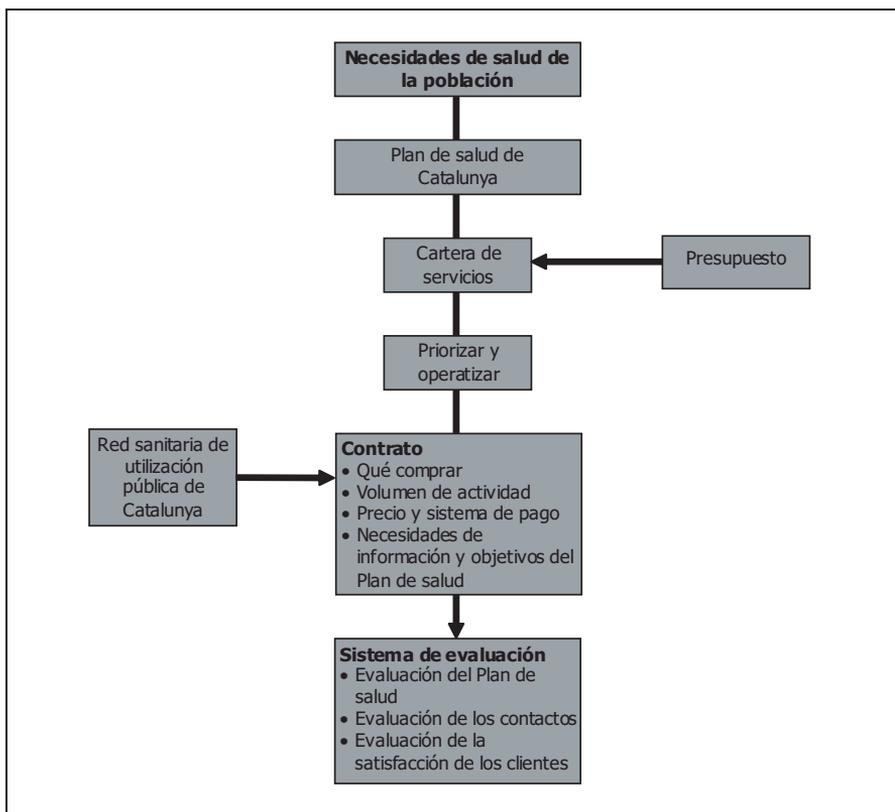


En este sentido, se estableció de estándares de funciones, procesos y datos que permiten la relación y la comunicación entre las entidades proveedoras de servicios sanitarios, el SCS y los usuarios del sistema sanitario público. También se destaca el establecimiento de estándares informáticos que constituyen un punto de referencia para la renovación tecnológica del instrumental informático que da soporte al despliegue del sistema de información. Este despliegue se materializa a través del conjunto de desarrollos informáticos que se ponen a disposición de la red sanitaria.

6.1.8. ORGANIZACIÓN INSTRUMENTAL DE LA COMPRA DE SERVICIOS

El proceso de contratación de servicios que realiza el Servei Català de la Salut tiene su origen en las necesidades de salud de la población, detectadas por el Plan de salud.

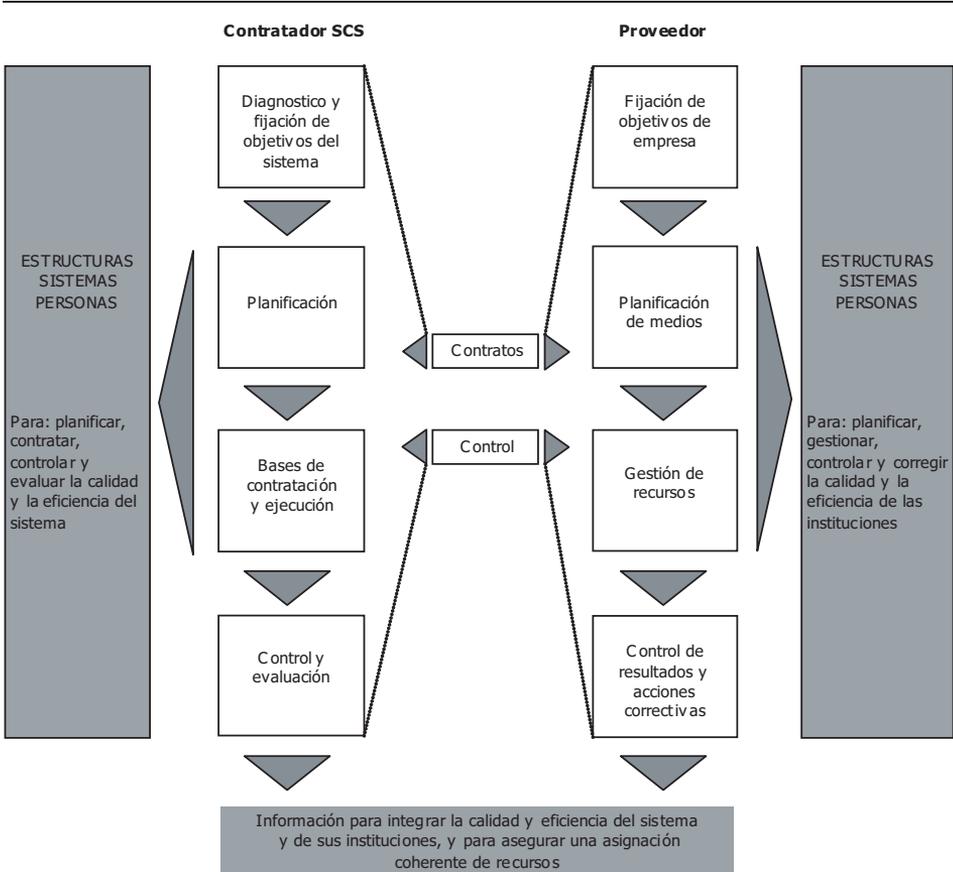
FIGURA 6.9. Proceso para la contratación de servicios.



A partir de esta información, y de acuerdo con el catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud, se define la cartera de servicios del Servei Català de la Salut. Es decir, todas aquellas prestaciones que se financian con el presupuesto público.

Una vez conocidas estas informaciones, la relación del Servei Català de la Salut con las entidades proveedoras se vincula a través de los contratos, en los que se recogen los objetivos de salud, los servicios que se contratan, el precio y el sistema de pago, y los requerimientos de información que hay que aportar al sistema sanitario.

FIGURA 6.10. Implicaciones globales: SCS, proveedores y su interrelación.



Finalmente, la evaluación permite reorientar el proceso de toma de decisiones a partir del análisis del cumplimiento de los contratos, del seguimiento del Plan de salud y del grado de satisfacción del cliente.

Uno de los instrumentos esenciales para poder conseguir una contratación eficiente es el sistema de información integrado, que permite que todo el proceso se base en un conocimiento fiable de la realidad.

El sistema de información corporativo, el sistema de información de la atención hospitalaria y de la atención primaria y las fuentes de información económica financiera y de actividad de los centros, son los principales ejes de este sistema.

Así mismo, las regiones sanitarias, como parte de la organización más cercana a las necesidades de salud de la población, tienen la responsabilidad del proceso de compra de servicios en su ámbito territorial.

Hacen a través de la negociación de los contratos, de las propuestas de contenido y de gestión de éstos y en las fases siguientes de control y evaluación.

6.2. INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT

6.2.1. POLÍTICAS Y ESTRATEGIAS CORPORATIVAS

El Institut Català de la Salut —ICS— está haciendo un gran esfuerzo para transformar sus estructuras y sus sistemas de gestión. La orientación de esta transformación se basa en la consecución de unos resultados que permitan situar el ICS en una posición sólida dentro del conjunto del sistema sanitario. Las principales características que configuran el marco de referencia para alcanzar los objetivos son⁵:

1. Calidad técnica y de servicio.
2. Eficiencia en los costes.
3. Provisión de servicios a diversos compradores.
4. Equilibrio económico financiero.
5. Integración del personal en un proyecto compartido de institución prestadora de servicios públicos sanitarios.
6. Imagen externa de grupo moderno, avanzado y líder.

5 Siguiendo el Anuari 1996, Institut Català de la Salut [1997, p. 10].

6.2.2. EL MARCO PRESUPUESTARIO

Las políticas y los objetivos corporativos del ICS están ligados a los aspectos relativos al entorno. Un de los aspectos es el económico—financiero, que continua siendo muy restrictivo. Así lo exigen las políticas de control del déficit público y de la convergencia económica europea hacia la unión política y monetaria. Esta situación de limitación de recursos ya se asumió como una realidad de carácter estructural y, por lo tanto, las expectativas de crecimiento han de apuntar hacia fuentes alternativas de financiación. En esta situación el ICS aplica un mayor rigor presupuestario y busca oportunidades para la racionalización del gasto y la mejoría de la gestión económica.

6.2.3. LA COMPETITIVIDAD

El avance hacia un nuevo modelo de organización más competitivo en la provisión de servicios sanitarios requiere, además de la mejoría generalizada de los objetivos corporativos, una mejoría en los ámbitos que los usuarios y la sociedad demandan. El papel de gran proveedor de servicios sanitarios en Catalunya obliga el ICS a ser competitivo en relación con los costes de producción. Unos de los aspectos que más ventajas pueden ofrecer al grupo ICS se deriva de la coordinación de la atención primaria con la atención hospitalaria, buscando el máximo provecho de las sinergia del grupo. En este sentido, se avanza especialmente en⁶:

- La integración de la actividad especializada de atención primaria en los hospitales.
- La gestión conjunta de los laboratorios de los hospitales y de la red de atención primaria.
- La coordinación funcional entre los PADES —programas de atención domiciliaria, equipos de apoyo— y las UFISS —unidad funcional interdisciplinaria sociosanitaria—.

Otros ámbitos donde el ICS avanza en competitividad son la gestión de compras conjuntas —tanto en los hospitales como en la atención primaria—, el Plan director de servicios generales de los hospitales y la consolidación de las fundaciones como elemento para la potenciación de la investigación y la docencia.

6 Siguiendo el Anuari 1996, Institut Català de la Salut [1997, p. 11].

6.2.4. POLÍTICAS EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

Las políticas que el ICS desarrolla en el ámbito de la atención primaria están enmarcadas en el proceso de cambio y en la necesidad de dar respuesta a las demandas de la población. Los grandes objetivos de estas políticas son⁷:

1. Incrementar la calidad, mejorando la accesibilidad, los sistemas de registro y de información y la prescripción farmacéutica.
2. Gestionar de manera eficiente y eficaz los recursos, con actuaciones relacionadas con las reestructuraciones y las nuevas herramientas de gestión, las políticas de las direcciones de atención primaria, la prescripción farmacéutica y las políticas de personal.
3. Transmitir una determinada cultura de empresa, con objetivos relativos a la oferta de líneas de negocio, la aplicación de la política de comunicación, la investigación y la docencia, y la imagen externa.
4. Enfocar la gestión al producto, determinando la cartera de servicios que se han de prestar y los que se han de derivar a otros niveles de la atención para mejorar el nivel de resolución.
5. Fomentar la descentralización y la responsabilidad a partir del principio de independencia de gestión y de responsabilidad sobre los resultados.

En los últimos años se implantó el trabajo por objetivos —DPO— en todos los ámbitos territoriales del ICS.

Las experiencias, en su conjunto, se valoran como positivas y la Divisió d'Atenció Primària —DAP— desea implantar esta dinámica de la organización del trabajo en todos los servicios de atención primaria. Todas las direcciones de atención primaria y los EAP disponen de una metodología homogénea que permite impulsar unas directrices comunes para todo el ámbito territorial en forma de objetivos. Los coordinadores de los EAP son los responsables de los contenidos de la DPO pactados con el director de la DAP, con la implicación de otros miembros del EAP. Se clasificaron tres tipos de objetivos⁸:

1. *Objetivo A, objetivos comunes.* Son los objetivos comunes mínimos definidos desde la DAP y que todos los EAP se han de fijar para conseguirlos en el período determinado.

7 Siguiendo el Anuari 1996, Institut Català de la Salut [1997, p. 11].

8 Siguiendo el Anuari 1996, Institut Català de la Salut [1997, p. 12].

2. *Objetivo B, objetivos básicos.* Son aquellos objetivos que la DAP considera importantes y los define con la finalidad de que sean motivo de reflexión para los EAP y base de negociación con el director de la DAP.
3. *Objetivo C, objetivos óptimos.* Son definidos, a partir de experiencias previas, por los respectivos EAP, con la consideración de que son oportunos y necesarios para una buena parte del EAP.

Los objetivos se clasifican en siete apartados:

1. Objetivos de salud.
2. Mejoría del nivel de resolución.
3. Mejoría en la utilización de los recursos disponibles —eficiencia—.
4. Mejoría en la calidad de los servicios y de la satisfacción de los usuarios —calidad percibida—.
5. Formación, docencia e investigación.
6. Coordinación y comunicación.
7. Sistemas de información.

6.2.5. POLÍTICAS EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN HOSPITALARIA

Los esfuerzos que está haciendo el ICS para transformar sus estructuras y sus sistemas de gestión queda reflejado en unas características de su nueva política corporativa.

Estas características se reflejan en nueve políticas corporativas⁹:

- Autofinanciación.
- Competitividad en costes y eficiencia de producción.
- Instrumentos y sistemas de gestión.
- Modelo organizativo hospitalario.
- Calidad.
- Satisfacción e integración del personal.
- Proyección de imagen.
- Oferta de servicios.
- Desarrollo corporativo.

El balance de 1996 respecto al cumplimiento de los objetivos fijados para estas políticas es globalmente positivo y, especialmente, muy bueno en lo referente a los indicadores de actividad y autofinanciación.

⁹ Siguiendo el Anuari 1996, Institut Català de la Salut [1997, p. 13].

En los últimos años el avance en los objetivos permitió que el grupo hospitalario haya progresado hacia una posición competitiva más favorable y hacia un planteamiento de futuro ajustado a los retos estratégicos que se presentan, aunque el entorno económico ha estado complejo y presenta dificultades.

En el apartado de instrumentos y sistemas de gestión se avanzó en la implantación de la contabilidad financiera para poder disponer de balances y cuentas de explotación, uno de los requisitos básicos para poder hacer frente a los próximos cambios jurídicos. Actualmente todos los hospitales disponen de estos estados contables, lo que les permiten ser auditados.

En el ámbito de la gestión asistencial se continua extendiendo el uso de las herramientas de «case mix» en el diálogo clínico, ligándolas a los costes hospitalarios. Todos los centros trabajan con los sistemas de información más utilizados —GRD, grupos relacionados con el diagnóstico, o PMC, categorías de gestión de pacientes—. Cuanto al modelo organizativo hospitalario, permite introducir elementos que favorecen la gestión descentralizada y la corresponsabilidad en todos los niveles, se han establecido en todos los centros el sistema de fijación y evaluación de objetivos y se ha producido un arraigo de la cultura del trabajo por objetivos.

El 1996 se han puesto en marcha nuevas experiencias de gestión descentralizada de los presupuestos —como el laboratorio y las prótesis— y algunas experiencias innovadoras de provisión —gestión de casos, implementación de protocolos y descripción y análisis de tareas—.

Las políticas de calidad han avanzado de manera importante y han permitido consolidar el concepto de calidad integral a partir de la introducción del concepto de calidad en las otras políticas y la incorporación de los indicadores de calidad en el cuaderno de mando del grupo hospitalario.

También se han facilitado los intercambios de experiencias entre centros, siguiendo la filosofía del «benchmarking».

En las políticas de personal, enderezadas a la satisfacción y a su integración, se adoptaron actuaciones tendentes a la mejoría de la identificación del personal con el centro. Se fomentó el proceso de descripción de los sitios de trabajo, que permite una mejor identificación de los profesionales con el lugar de trabajo y la adecuación de la formación y la movilidad interna, además de la mejoría de los procesos de selección. También se hizo el despliegue de la normativa sobre seguridad y salud laboral, que se desarrolló durante el 1997.

En relación con la gestión de la comunicación y con la proyección de la imagen de los hospitales del grupo ICS, se ha trabajado en acciones de refuerzo

de la imagen y en el desarrollo de la comunicación con los usuarios. También se mejoró la señalización, tanto la interna de los centros como la urbana para acceder a ellos.

En la oferta de servicios se destaca la coordinación con la atención primaria. Especialmente en los aspectos relativos a la integración de la actividad especializada de primaria en los hospitales, orientada a garantizar la continuidad asistencial —también potenciada con otros hospitales—, incrementando la calidad y la eficiencia del proceso asistencial, aumentando la accesibilidad de los ciudadanos, desplegando nuevos servicios y motivando los profesionales.

También fue importante la potenciación de la coordinación funcional entre los equipos de soporte domiciliario —PADES— de la atención primaria y los UFISS —unidad funcional interdisciplinar sociosanitaria— de los hospitales y la gestión conjunta de los laboratorios de los hospitales y de la red de atención primaria.

En el ámbito más específicamente hospitalario, se potenció el drenaje de enfermos crónicos, potenciando las UFISS y los PADES, favoreciendo la rehabilitación domiciliaria y a través de acuerdos con otros centros sanitarios.

Un otro punto de avance fue la consolidación de un programa de atención para las urgencias del invierno, especialmente significativo en los hospitales de la Vall d'Hebron a través de la Unitat de Coordinació Assistencial.

Con relación al desarrollo corporativo, que permite una gestión ágil y de características empresariales, se efectuaron las acciones del Plan director de servicios generales con mejoras ligadas a la contención de costes de funcionamiento y mejoras en la prestación de los servicios a los usuarios —menú optativo, limpieza, lavado de ropa, etc.—.

El 1996 se consolida las empresas públicas sometidas al derecho privado —Institut Català d'Oncologia, y Centre de Transfusions i Banc de Teixits—, que han hecho crecer el ICS con más flexibilidad de gestión y una mejora de los resultados.

También son significativas las funciones que realizan las fundaciones ligadas a los hospitales en el ámbito de la financiación de la investigación, la organización de cursos y congresos y la concesión de becas, entre otras actividades.

Para los próximos años serán elementos clave los objetivos relacionados con el proceso de cambio jurídico del ICS, la adaptación al nuevo sistema de pago del Servei Català de la Salut, la adecuación de las listas de espera a las

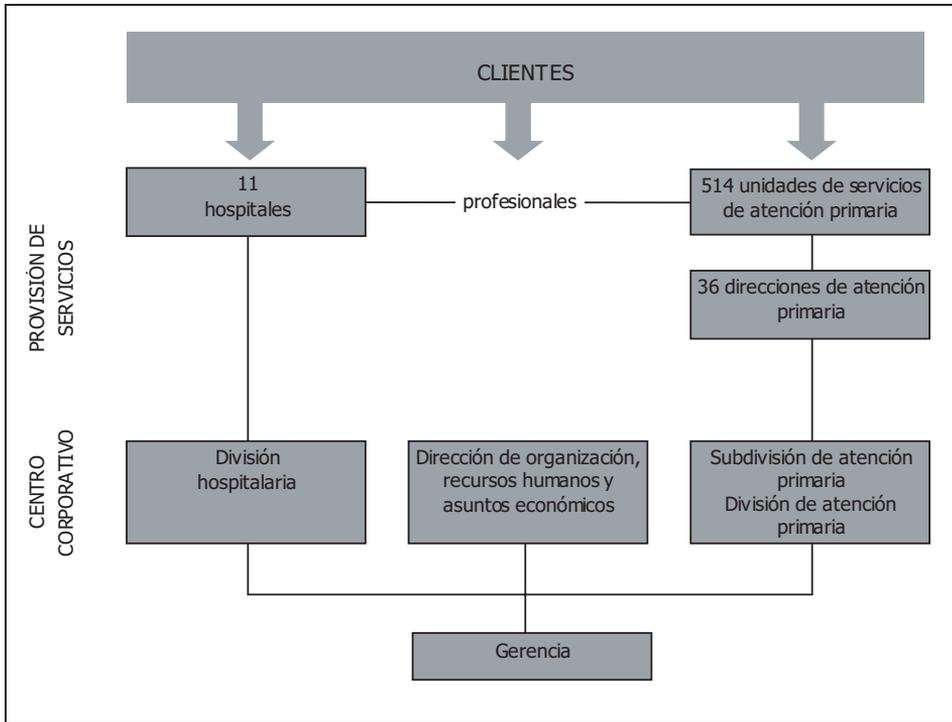
expectativas de los usuarios, el liderazgo de los hospitales en el entorno de su región sanitaria, la participación de los profesionales en las decisiones evaluadoras del sistema de objetivos y, finalmente, la contención de costes por medio de medidas de microgestión.

6.2.6. SERVICIOS CORPORATIVOS

El centro corporativo del ICS está compuesto por:

- Gerencia.
- Dirección de organización, recursos humanos y asuntos económicos. Incluye cuatro unidades que tienen como ámbito de responsabilidad:
 - La gestión económica administrativa.
 - La gestión de recursos humanos.
 - El control de gestión y la planificación estratégica.
 - La organización y los sistemas de información.
- División hospitalaria.
- División de atención primaria. Incluye:
 - Las cuatro subdivisiones de atención primaria.
- Asesoría jurídica.
- Gabinete de comunicación.
- Atención al usuario.
- Secretaría técnica.
- Centro de reconocimiento y evaluación médica.

FIGURA 6.11. Estructura corporativa del ICS.



© Anuari 1996, Institut Català de la Salut [1997, p. 17].

El centro corporativo del grupo ICS tiene como misión fundamental dar soporte al conjunto de unidades de provisión que tienen responsabilidades descentralizadas.

El centro corporativo se orienta como un instrumento de fijación de la dirección estratégica del grupo, marcando las políticas generales y liderando el proceso de cambio en el cual el ICS se encuentra inmerso desde que la LOSC lo situó en un plan de igualdad con el resto de los proveedores del sistema público asistencial.

6.2.7. LÍNEAS DE ACTUACIÓN DE CALIDAD

La calidad técnica de la asistencia que ofrecen los centros del ICS constituye uno de los activos de la organización y un indudable punto fuerte que los sitúa en una posición de liderato respecto a los competidores.

En los últimos años han aumentado significativamente las expectativas de los ciudadanos que, además de la calidad técnica, piden una atención personalizada

que cubra plenamente sus necesidades. En este sentido, las mejoras que se han logrado durante los últimos años han consolidado las estructuras existentes de los programas de calidad en todos los hospitales y se han realizado proyectos de mejora en áreas clínicas y de satisfacción de los pacientes.

El conjunto de hospitales ha iniciado cerca de 325 acciones de mejora, entre las que hay que destacar las relacionadas con la coordinación de la atención primaria y de las consultas externas. Como nuevos temas importantes hay que destacar la acogida y la información al paciente y a la familia en las áreas de urgencias y la mejora de la gestión de las listas de espera.

Los centros que constituyen el grupo ICS tienen como misión la docencia, la formación y la investigación. Estos objetivos forman parte esencial de la cultura del grupo. La investigación es una actividad esencial que desarrollan los centros del ICS. Tanto en los centros hospitalarios como en los centros de atención primaria hay unidades de investigación acreditadas por el Departament de Sanitat i Seguretat Social.

Además, hay cinco unidades de investigación integradas en la Red Estatal de Unidades de Investigación. Recientemente se ha abierto una nueva etapa marcada por la necesidad de una adecuada gestión, promoción, difusión y potenciación de la investigación, a la que se ha respondido con la creación de fundaciones en los centros hospitalarios. En el ámbito de la formación de pregraduación, el ICS ofrece en sus centros hospitalarios y de atención primaria formación de la licenciatura en Medicina general y de las carreras de Enfermería y de Asistencia social. Cada año unos 300 licenciados en Medicina general se titulan en centros del ICS. En el ámbito de la formación de postgraduación, el ICS colabora con la formación de médicos y comadronas internas residentes —MIR y CIR—. La formación continuada se lleva a cabo en la práctica diaria a través de las sesiones clínicas, teóricas y bibliográficas y con los programas de actividades específicas de formación de cada centro.

6.3. INSTITUT D'ESTUDIS DE LA SALUT

El Institut d'Estudis de la Salut —IES—, creado por el Decreto de 25 de febrero de 1980, convalidado por la Ley 2/1981, de 22 de abril y posteriormente modificado por el Decreto 324/1990, de 21 de diciembre, es un organismo autónomo de la Generalitat de Catalunya adscrito al Departament de Sanitat i Seguretat Social, responsable de la formación de los profesionales que trabajan en el sistema sanitario, y de la investigación sanitaria en Catalunya.

De acuerdo con estas funciones y responsabilidades desarrolla actividades docentes, de investigación educativa en ciencias de la salud y de debate técnico, así como actividades en el ámbito nacional e internacional.

El IES tiene como misión identificar las necesidades de formación e investigación en ciencias de la salud del sistema sanitario y de las políticas sanitarias y fomentar la implementación de las posibles respuestas. Asesorar y dar soporte a las instituciones sanitarias en los ámbitos de la formación y el desarrollo de su personal y ser una herramienta de carácter intersectorial facilitadora de los cambios de la cultura del trabajo fundamentalmente de la innovación educativa.

Sus funciones, sin perjuicio de aquellas otras atribuidas a diferentes órganos y entidades de la Generalitat, son las siguientes¹⁰:

1. Formar, reciclar y perfeccionar de manera continuada los profesionales sanitarios y no sanitarios del campo de la salud y de la gestión y la administración sanitarias desde una perspectiva interdisciplinaria.
2. Asesorar los departamentos de la Generalitat y el Servei Català de la Salut en todos los asuntos que le sean consultados.
3. Dar soporte a las políticas sanitarias a través de la realización de actividades formativas y de investigación.
4. Explorar y aplicar nuevas metodologías pedagógicas y evaluadoras para los diferentes niveles de formación —pregraduación, postgraduación y formación continuada— de los profesionales sanitarios.
5. Colaborar con las instituciones responsables de la formación de pregraduación y postgraduación de los profesionales sanitarios.
6. Fomentar la creación de interrelaciones en el ámbito del desarrollo profesional.
7. Fomentar la capacidad de prestar cuentas a la sociedad de las organizaciones por medio del desarrollo de sistemas evaluadores.
8. Asesorar en la fijación de la política de investigación y en el establecimiento de prioridades con relación a la investigación en materia de salud.
9. Fomentar y coordinar programas de investigación y estudios en ciencias de la salud.

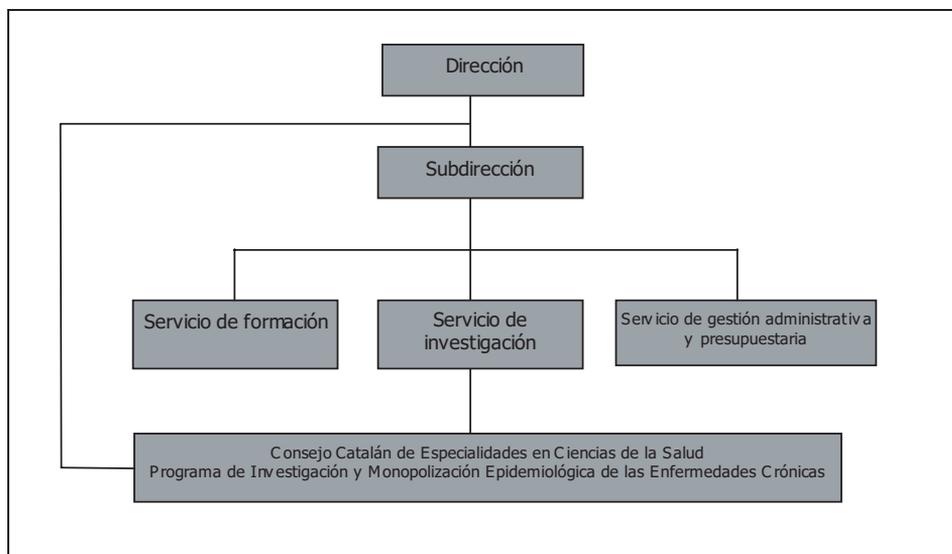
10 Siguiendo parcialmente la Memòria del Departament de Sanitat i Seguretat Social 1997 [1998, p. 148].

10. Planificar y promover la investigación en relación con los problemas y las necesidades de salud de la población de Catalunya.
11. Fomentar estudios y investigaciones en el ámbito de la formación de los profesionales sanitarios —especialistas en ciencias de la salud—.
12. Estudiar las tendencias en las enfermedades cardiovasculares en Catalunya.

Para cumplir con esta misión y las funciones descritas, el IES desarrolla anualmente diversas acciones en el ámbito de la formación, de la investigación educativa, de la evaluación del personal sanitario y en la definición de las competencias profesionales.

Los ámbitos prioritarios del programa anual incluyen actividades docentes para el desarrollo profesional y de las organizaciones —formación de los formadores—, la salud mental y las drogodependencias, la salud pública, la atención primaria de salud, la atención sociosanitaria, la mejora de la calidad asistencial, la formación de postgraduación, la mejora de la comunicación y relación asistencial de los profesionales sanitarios con los usuarios y pacientes, y la formación en investigación, entre otros.

FIGURA 6.12. Organigrama del IES.



Además, el IES, proporciona asesoramiento docente a los centros sanitarios para la planificación, organización y evaluación de sus programas formativos.

Con respecto a la evaluación de las competencias profesionales, se han desarrollado diversos proyectos evaluadores de los profesionales en pregraduación —medicina y enfermería—, postgraduación —medicina interna, medicina familiar y comunitaria, pediatría, neonatología y comadronas— y en el diseño de un modelo de evaluación para el incentivo y promoción de los profesionales en los centros sanitarios, juntamente con el área de Recursos Humanos del Servei Català de la Salut.

En relación con la definición de las competencias profesionales, el Consell Català d'Especialitats en Ciències de la Salut —CCECS— realizó diversos estudios, entre ellos se destaca la elaboración de un documento sobre las competencias del personal de enfermería, el desarrollo sobre la habilidad o áreas de capacitación específica y el estudio sobre geriatría, entre de otros.

Para cumplir con el objetivo de innovación que pretende, el IES mantiene relaciones con instituciones internacionales para incorporar los avances científicos en los ámbitos de su competencia. Las actividades desarrolladas por el Programa de Investigación y Monitorización Epidemiológica de las Enfermedades Crónicas, en el examen encuesta de salud y por el Registro de Infarto Agudo de Miocardio, que forma parte de un programa conjunto de diversos países —Proyecto MONICA—.

6.3.1. ACTIVIDADES DE FORMACIÓN Y DOCENCIA

La principal misión del Servicio de Formación es promover la formación continuada entre los profesionales del ámbito sanitario. La formación se entiende en el sentido de facilitar el aprendizaje desde la propia experiencia, de manera que potencia la idea de que cada centro o institución organiza sus actividades en función de las posibilidades de aprovechar los propios recursos y de aprender a organizarse para facilitar el aprendizaje. El Servicio de Formación, en este sentido, desarrolla formación específica para los docentes y responsables de formación, y desarrolla actividades en los ámbitos que son más innovadores y tienen relación con la mejoría de la práctica profesional —comunicación, educación sanitaria y mejoría de la calidad—.

Por otro lado, se sigue llevando a cabo aquellas actividades solicitadas por las diferentes unidades del Departament de Sanitat i Seguretat Social y del Servei Català de la Salut con el objetivo de transmitir a los profesionales los mensajes

que se desprenden de las diversas políticas desarrolladas, como es el caso de Salud Mental, Atención Primaria de Salud, el órgano Técnico de Drogodependencias, y los programas de la SIDA y de Vida a los Años. El IES participa en un abanico de iniciativas con el objetivo de mejorar la formación de postgraduación, y en este marco tiene la responsabilidad de determinadas actividades. Junto con el área de Recursos Humanos del Servei Català de la Salut inició un proceso de visitas a los gerentes y directores médicos de los centros acreditados de las regiones sanitarias.

El IES proporciona soporte al Programa Común Complementario que se ha iniciado en su fase piloto y que incluye cuatro centros acreditados y dos unidades docentes de medicina familiar y comunitaria. Con relación a la tarea de tutoría en la formación de postgraduación, se han encaminado dos tipos de actuaciones. Una de ellas consiste en sesiones de trabajo para los tutores de los hospitales acreditados para la formación de postgraduación que cubre toda Catalunya. La otra consiste en la organización de seminarios destinados a los tutores que ya han participado en la realización de la 1ª edición del Programa de desarrollo docente para tutores. El IES está representado en la Comisión Permanente de la Red de Comisiones de Docencia y Asesores.

6.3.2. EVALUACIÓN DE LAS COMPETENCIAS PROFESIONALES

En relación con las funciones y responsabilidades del IES en la formación y reciclamiento del personal sanitario, y después de haber detectado vacíos en los diferentes niveles de la formación de pregraduación, postgraduación y formación continuada de los médicos, se iniciaron en 1994, en colaboración con instituciones extranjeras expertas, un conjunto de acciones para definir las competencias de los médicos en los niveles citados y diseñar instrumentos de evaluación.

Los diversos proyectos iniciados se han realizado con la colaboración de las instituciones catalanas responsables de la formación de pregraduación —Facultades de Medicina y Escuelas de Enfermería— y postgraduación —sociedades científicas de la Academia de Ciencias Médicas de Catalunya y de Baleares—. El objetivo genérico de todos los proyectos realizados es dar información sobre la formación recibida por los profesionales tanto en pregraduación como en postgraduación, para que se puedan introducir los cambios necesarios. Para desarrollar estos proyectos, el IES está colaborando con el Centre d'Evaluation des Sciences de la Santé —CESSUL— de l'Université du Laval —Québec—, con los comités de expertos de las sociedades catalanas

de Medicina Interna, de Medicina Familiar y Comunitaria, de Pediatría y de la Escuela de Comadronas. Por otro lado, expertos catalanes del Grupo de Formación y Evaluación de las Competencias Clínicas están colaborando con instituciones internacionales —Educational Comision for Foreign Medical Graduates— en el desarrollo de proyectos de otros países —Italia—.

Otro ámbito de formación y de evaluación de personal sanitario es el de personal de atención sanitaria inmediata y se ha publicado el Decreto 225/1996, de 12 de junio, que regula su formación y prevé la evaluación por el IES del personal de las ambulancias. Respecto a estos profesionales se ha editado una Guía de Formación y se ha previsto la realización de exámenes de evaluación.

6.3.3. RELACIONES EXTERNAS

El IES tiene suscritos convenios de colaboración con la Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud de la cual es centro colaborador. El IES continua colaborando en el desarrollo de las tecnologías para la evaluación de la competencia profesional de los médicos con el National Board of Medical Examiners —NBME— y el Educational Comision for Foreign Medical Graduates —ECFMG—. A parte de las relaciones externas ya citadas, el IES continua manteniendo contactos con la Association for Medical Education in Europe —AMEE—.

El IES, también, tiene firmado convenios con la Facultad de Medicina de la Universidad de Calgary —Alberta, Canadá— y a través del Departament de Sanitat y con el Centre d’Evaluation des Sciences de la Santé —CESSUL— de l’Université du Laval —Québec—.

También se destaca las relaciones internacionales del Programa de Investigación y Monitorización de las Enfermedades Crónicas para el Proyecto MONICA.

6.4. EMPRESAS PÚBLICAS DEL SCS

El Servei Català de la Salut, para gestionar y administrar los servicios y las prestaciones del sistema sanitario público puede emplear diversas formas de gestión —directa, indirecta o compartida—, que le permiten avanzar en la incorporación de mecanismos de gestión empresarial adecuados al carácter prestacional de la Administración Sanitaria, y avanzar también en la puesta en funcionamiento de nuevas estructuras organizativas que garanticen la calidad de

los servicios e introduzcan a la vez una mayor eficacia y eficiencia en el sistema sanitario catalán a través de la competitividad entre los proveedores. De acuerdo con la LOSE y la Ley del Estatuto de la Empresa Pública Catalana, se han creado nueve empresas públicas adscritas al SCS o bien participadas por éste. Tres de estas nueve empresas que se mencionan se crean a raíz de los traspasos en materia sanitaria de los servicios y los recursos de las diputaciones de Girona, Lleida y Tarragona, que el Parlamento de Catalunya ratificó en junio de 1992 —Institut d'Assistència Sanitària, Gestió de Serveis Sanitaris y Gestió i Prestació de Serveis de Salut—, respectivamente. Sus funciones, establecidas en los estatutos, son¹¹:

1. Prestar servicios de atención sanitaria y de salud mental, y también de promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la atención sociosanitaria a la población.
2. Llevar a cabo programas institucionales en materia de protección de la salud, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria y sociosanitaria y rehabilitación.
3. Desarrollar programas de investigación en el ámbito de la salud y colaborar con las universidades y el resto de las instituciones competentes en materia de docencia e investigación.

Estas son las nueve empresas adscritas al Servei Català de la Salut:

1. Institut de Diagnòstic per la Imatge.
2. Energètica d'Instal·lacions Sanitàries, SA.
3. Gestió de Serveis Sanitaris.
4. Gestió i Prestació de Serveis de Salut.
5. Institut d'Assistència Sanitària.
6. Sistema d'Emergències Mèdiques, SA.
7. Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica.
8. Institut Català d'Oncologia.
9. Serveis Sanitaris de Referència—Centre de Transfusió i Banc de Teixits.

6.4.1. INSTITUT DE DIAGNÒSTIC PER LA IMATGE

Los objetivos prioritarios del Institut de Diagnòstic per la Imatge —IDI— son la gestión, la administración y la ejecución de los servicios de diagnóstico

11 Siguiendo la Memòria d'activitat 1996 del Servei Català de la Salut [1997, p. 129].

de alta tecnología mediante la utilización de diversas técnicas de diagnóstico por la imagen. Sus funciones principales son las siguientes¹²:

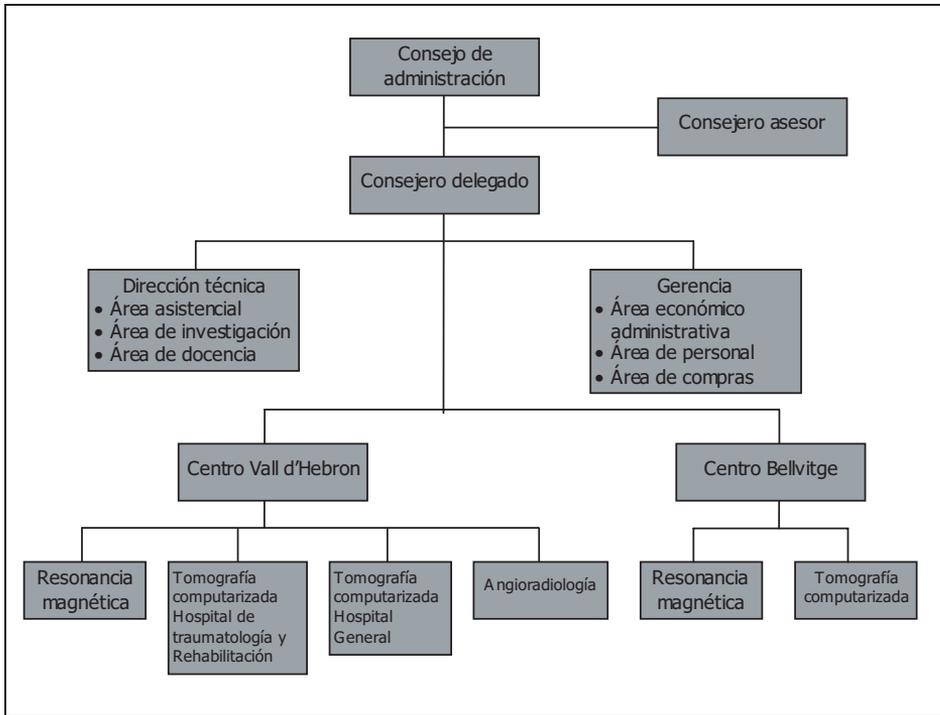
1. Prestar asistencia a los ciudadanos por medio de la utilización de técnicas de diagnóstico por la imagen.
2. Desarrollar programas de investigación, colaborar con la universidad y otras instituciones competentes en materia de docencia y de investigación.
3. Colaborar con las Administraciones Públicas con competencia sanitaria en la elaboración de estudios relacionados con la tecnología por la imagen.
4. Llevar a cabo todas las actuaciones que sean necesarias para el cumplimiento de sus objetivos y de sus funciones.

El Institut de Diagnòstic per la Imatge fue la primera empresa pública del SCS y fue creada por medio del Acuerdo del Gobierno de la Generalitat de Catalunya de 21 de diciembre de 1990 bajo la denominación de «Centre de Resonància Magnètica de la Ciutat Sanitària Vall d'Hebron», posteriormente se autoriza el SCS a modificar la denominación y sus estatutos y, así, pasa a denominarse Institut de Diagnòstic per la Imatge.

Con la ampliación del ámbito de actuación del IDI fuera del área metropolitana de Barcelona, con objetivo de acercar la alta tecnología diagnóstica al resto del territorio catalán, de acuerdo con los criterios de equidad y accesibilidad que contiene la LOSC, se ha puesto en funcionamiento la Unidad de Resonancia Magnética del Hospital Arnau de Vilanova de Lleida y la Unidad de Resonancia Magnética del Hospital Joan XXIII de Tarragona.

12 Siguiendo parcialmente la Memòria 1996 del Institut de Diagnòstic per la Imatge [1997, p. 7].

FIGURA 6.13. Organigrama del IDI.



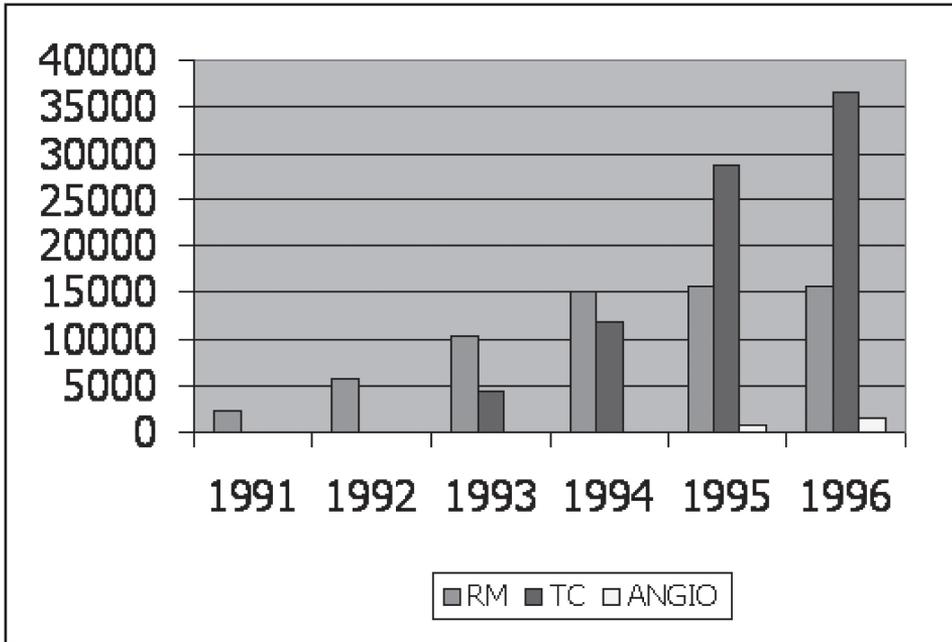
© Memòria 1996 del Institut de Diagnòstic per la Imatge [1997, p. 10].

6.4.1.1. ACTIVIDAD ASISTENCIAL DEL IDI

Resonancia magnética

En 1996 las unidades de resonancia magnética —RM— pasaron por la renovación de los aparatos de los centros IDI Bellvitge e IDI Vall d'Hebron. Esta renovación permitió al IDI seguir trabajando con tecnología punta en un campo en constante y rápida evolución tecnológica. También representó un esfuerzo por parte de los dos centros, que han tenido que coordinar sus acciones para que el tiempo de paro forzoso no repercutiera excesivamente sobre la presión asistencial —lo cual se ha conseguido aumentando la carga de trabajo, especialmente los sábados—.

FIGURA 6.14. Número total de exploraciones por año.



© Memòria 1996 del Institut de Diagnòstic per la Imatge [1997, p. 18].

En la figura 6.14 referente al número total de exploraciones se puede observar, a pesar de que la máquina del Centro Bellvitge no trabajó entre el 12 de agosto y el 30 de septiembre de 1996 y de que la máquina del Centro Vall d'Hebron estuvo parada a partir del 2 de diciembre de 1996, que el número total de exploraciones es equivalente al que se alcanzó en 1995 —15.619 exploraciones en 1996 frente a 15.587 exploraciones en 1995—. La figura 6.14 muestra una clara saturación de las pruebas de RM en los tres últimos años. Con el cambio de máquinas se espera sobrepasar este límite en los próximos años.

Tomografía computarizada

Las cuatro unidades de tomografía computarizada —TC, tres del Centro Vall d'Hebron y una del Centro Bellvitge— han consolidado su actividad asistencial por encima de la media de exploraciones previstas. Si en el año 1995 el número total de exploraciones fue de 28.788, en el año 1996 se ha realizado un total de 36.502, lo que representa un 26,8% más de actividad y da una media de 3.042 exploraciones mensuales.

Radiología vascular e intervencionista

La radiología vascular e intervencionista amplió su horario de trabajo y actualmente ofrece dos turnos y urgencias. El número total de exploraciones en 1996 ha sido de 1.435, y en 1997 entró en el campo de la angiorradiología y neurorradiología intervencionistas. En la figura 6.14 se muestra el número total de exploraciones de RM, TC y angiorradiología correspondientes al ejercicio 1996 junto con los valores desde el inicio de la actividad. Con los datos obtenidos durante 1996 se ha podido evaluar el coste real de todas las pruebas de la cartera de servicios. Los datos de 1996, correspondientes a campos con suficiente experiencia, como RM y TC, han confirmado los ya obtenidos en el ejercicio anterior.

Fue muy importante la valoración en el campo de la angiorradiología, tanto diagnóstica como terapéutica, que de entrada representaba una gran incógnita por la falta de datos al respecto y la diversidad de pruebas existentes. Este banco de datos sobre el coste de las pruebas de RM, TC y angiorradiología se ha puesto a disposición de la Administración, y así se cumple una de las misiones fundacionales del Institut de Diagnòstic per la Imatge.

Actividad de investigación

La actividad de investigación ha seguido con las líneas de trabajo en imagen, en espectroscopia y en tratamiento de la imagen. Las fuentes de subvención han sido, algunas, externas. De esta manera se ha seguido con la participación de dos becas: una del Fondo de Investigación Sanitaria —FIS— de la Seguridad Social, y la otra de la Comisión Interministerial de Ciencia y Tecnología —CICYT—, hasta el año 1999. También se han conseguido cuatro subvenciones de laboratorios para investigación integrada en programas internacionales de RM en imagen. Por otra parte, el IDI concede una subvención para investigación que permite básicamente mantener a una becaria bioquímica dedicada a la investigación en espectroscopia y que se encarga de la espectroscopia en la Unidad de RM del Centro Bellvitge.

Actividad docente

Por las diferentes unidades del IDI han pasado los médicos residentes de los departamentos de radiología de los hospitales universitarios con los que los centros están relacionados. También se han formado médicos, especialmente de Ibero América, ya que los centros del IDI son centros de referencia de diversas casas comerciales para la formación de médicos especialistas. Asimismo, se han

formado técnicos y diplomados en enfermería. El IDI se incorporó en 1996 al convenio entre la escuela de formación de técnicos especialistas en radiología de la Escola Bonanova y el Hospital Vall d'Hebron, de manera que personal del Centro Vall d'Hebron realiza tareas docentes en la Escola Bonanova y parte de las prácticas de los estudiantes tanto de RM como de TC se realizan en el Centro Vall d'Hebron. Un gran paso ha sido la equiparación de los médicos especialistas del Centro Vall d'Hebron con los médicos adjuntos del departamento de radiología a efectos de la vinculación a cargos docentes dentro de la Universidad Autónoma de Barcelona. A parte de las tareas habituales de participación en las sesiones clínicas y en los distintos cursos de doctorado, todos los años se realiza una nueva edición del Curso de Introducción Biofísica a la Resonancia Magnética. La participación en congresos internacionales y el gran número de publicaciones expresa plenamente que el IDI, como empresa pública, está logrando muy satisfactoriamente los objetivos asistenciales, de investigación y docencia para los que fue fundado.

6.4.2. ENERGÈTICA D'INSTAL·LACIONS SANITÀRIES, SA

El propósito social de la empresa Energètica d'Instal·lacions Sanitàries, SA —EISSA— es el establecimiento de programas, la ejecución de proyectos y la realización de actuaciones de todo tipo destinadas a mejorar la eficiencia energética de los centros sanitarios que configuran el Servei Català de la Salut.

EISSA es una empresa participada, al 50%, por el SCS y por el Institut Català d'Energia, con naturaleza de sociedad mercantil con personalidad jurídica propia y su actuación se ajusta al derecho privado.

EISSA se rige por las disposiciones aplicables a las sociedades anónimas con las peculiaridades que se establecen en el capítulo 4 de la Ley 4/1985, de 29 de marzo, del estatuto de la empresa pública catalana. Los órganos de gobierno de EISSA son el Consejo de Administración y el consejero delegado, que tiene bajo su dirección un técnico y, para los temas económicos y jurídicos cuenta con soporte externo.

6.4.3. GESTIÓ DE SERVEIS SANITARIS

La empresa Gestió de Serveis Sanitaris gestiona diversos centros y servicios.

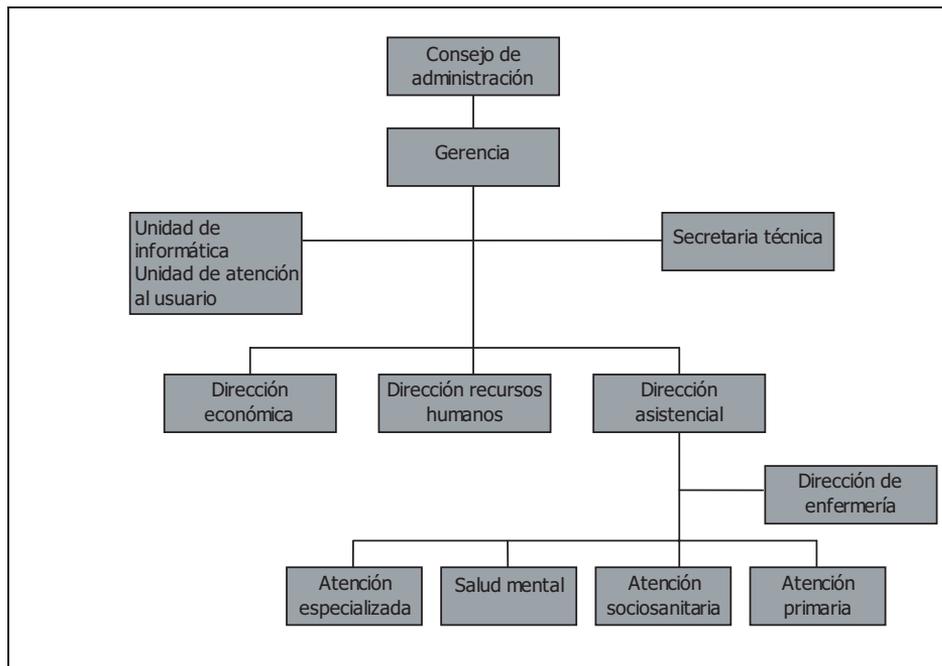
En el ámbito de la atención especializada gestiona el Hospital de Santa Maria de Lleida y realiza el soporte especializado en la atención primaria de salud.

Concretamente, a partir de 1996 se ha incrementado el soporte en las siguientes especialidades¹³:

- Oftalmología.
- Otorrinolaringología.
- Cirugía.

Con relación a la atención de la salud mental, gestiona la Unidad de Hospitalización de Agudos de Psiquiatría del Hospital de Santa Maria, con 48 camas, el Centro de Día de Salud Mental de Lleida y los centros de salud mental de Lleida, Tremp —que da cobertura a Vielha—, Tàrrega y Balaguer/les Borges Blanques.

FIGURA 6.15. Organigrama de Gestió de Serveis Sanitaris.



© Memòria d'activitat 1996 del Servei Català de la Salut [1997, p. 135].

En el mes de abril de 1996 se iniciaron las obras de remodelación del antiguo hospital psiquiátrico que concluyeron antes del verano de 1997 permitiendo

13 Siguiendo parcialmente la Memòria d'activitat 1996 del Servei Català de la Salut [1997, p. 135].

disponer de unas instalaciones completamente renovadas con 32 camas de agudos, 10 de subagudos, 4 de desintoxicación para drogodependencias y 10 plazas de hospital de día.

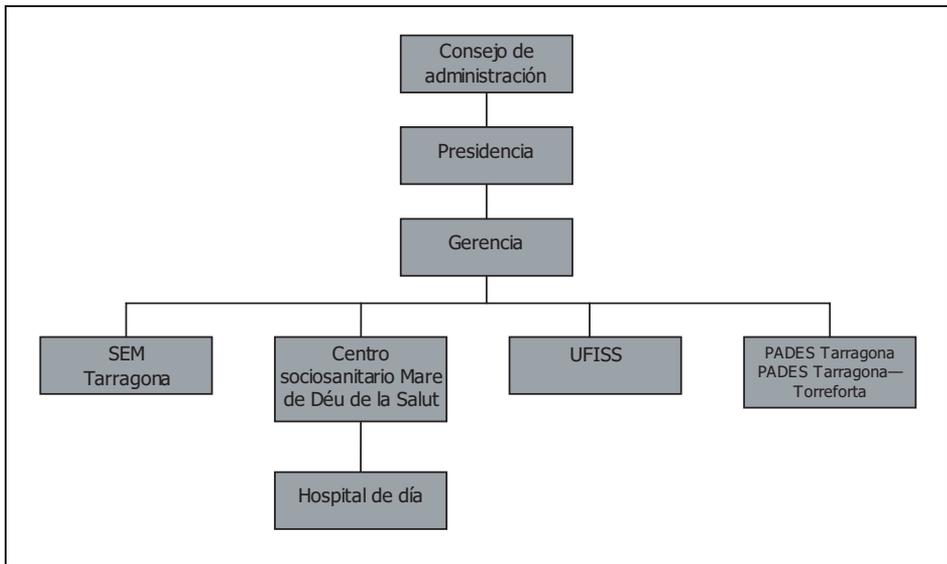
En el ámbito de las drogadicciones, Gestió de Serveis Sanitaris gestiona un centro de atención y seguimiento ambulatorio y una unidad de desintoxicación hospitalaria.

Con relación a la atención primaria de salud, en el mes de julio de 1996, se agregó en la empresa el Centro de Planificación Familiar Balàfia que hasta estos momentos era municipal.

6.4.4. GESTIÓ I PRESTACIÓ DE SERVEIS DE SALUT

La empresa Gestió i Prestació de Serveis de Salut gestiona las 57 camas del Hospital Mare de Déu de la Salut, que es un centro hospitalario dedicado a la atención sociosanitaria.

FIGURA 6.16. Organigrama de Gestió i Prestació de Serveis de Salut.



© Memòria d'activitat 1996 del Servei Català de la Salut [1997, p. 138].

De las 57 camas que tiene el centro, 39 son de larga estancia, 15 son de convalecencia y 3 de SIDA. También tiene 20 plazas de hospital de día.

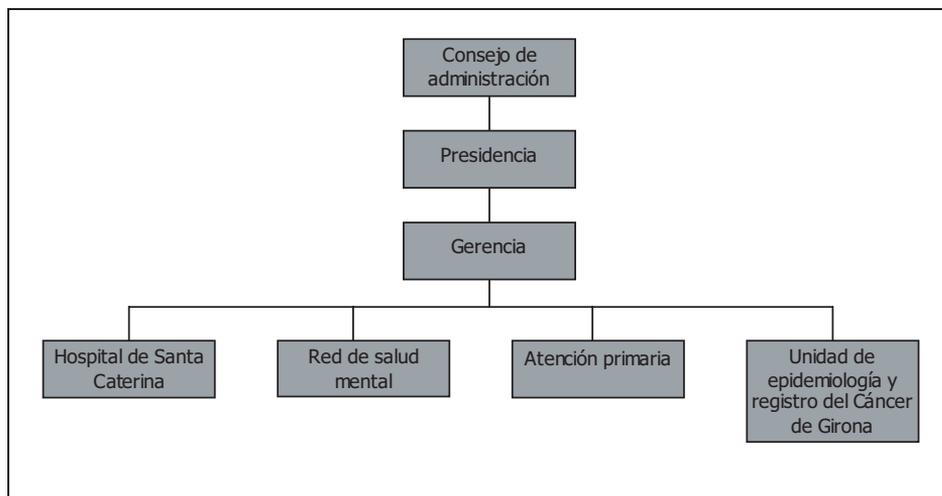
En 1996 se firmó un convenio de colaboración entre la Asamblea Provincial de la Cruz Roja de Tarragona, dentro del ámbito de la prestación de servicios

asistenciales primarios de emergencia, según el acuerdo contractual vigente entre la empresa pública Sistema d'Emergències Mèdiques, SA y la empresa Gestió i Prestació de Serveis de Salut.

6.4.5. INSTITUT D'ASSISTÈNCIA SANITÀRIA

En 1996 se configuró el Institut d'Assistència Sanitària —IAS— como empresa sanitaria que proporciona respuesta a las necesidades de salud de la población y se organiza eficazmente de acuerdo con la diversidad de ámbitos donde actúa. En este sentido, se aprobó el Documento marco para la reforma organizacional del IAS.

FIGURA 6.17. Organigrama del IAS.



© Memòria d'activitat 1996 del Servei Català de la Salut [1997, p. 141].

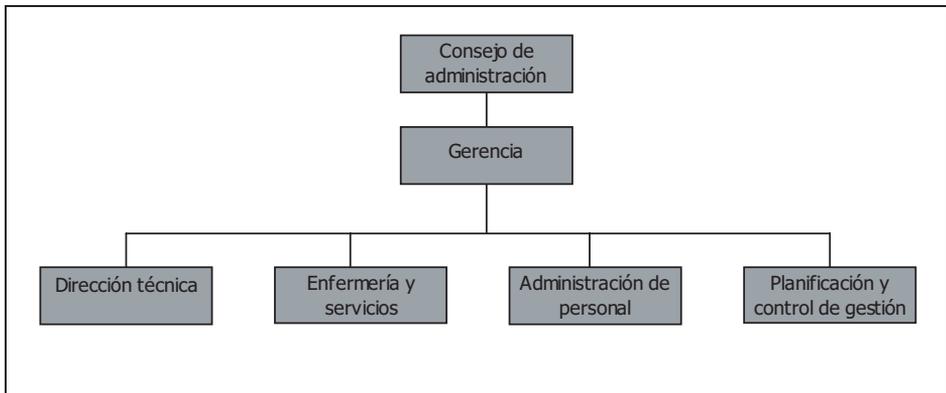
El 1996 se colocó en funcionamiento la División de Atención Primaria y se han abierto el Centro de Salud Mental y Centro de Día del Baix Empordà y el Centro de Atención Primaria Hostalric. También se fusionaron los servicios que integran el parque hospitalario del IAS, formado por la unión del Hospital Santa Caterina y el Hospital Psiquiátrico de Salt.

En la empresa se potencia la vía de formación y docencia con la incorporación del MIR de psiquiatría, la definición del modelo de funcionamiento de la Comisión de Docencia y Formación y con la extensión de las actividades formativas al conjunto de la plantilla.

6.4.6. SISTEMA D'EMERGÈNCIES MÈDIQUES, SA

La empresa pública Sistema d'Emergències Mèdiques, SA —SEMSA—, de acuerdo con sus estatutos, tiene como objetivo primordial la atención de las emergencias médicas por medio de la gestión y el control de los recursos personales, materiales y económicos disponibles para garantizar en todo momento la atención prehospitalaria, el transporte asistido y el ingreso en el centro adecuado de enfermos críticos.

FIGURA 6.18. Organigrama de SEMSA.



© Memòria d'activitat 1996 del Servei Català de la Salut [1997, p. 145].

Para el cumplimiento de su objetivo, funcionalmente la estructura de SEMSA es la siguiente¹⁴:

1. Servicios centrales, donde se sitúan las direcciones operativas y administrativas de la sociedad.
2. El Centro coordinador, en funcionamiento las 24 horas del día, cuenta con un equipo de médicos y enfermeros en presencia física permanente que atiende y filtra personalmente las demandas de asistencia médica, coordina los recursos sanitarios disponibles, activa el medio móvil medicalizado que por sus características se adapta mejor a las necesidades asistenciales de cada uno de los casos que se presentan y, al mismo tiempo realiza el seguimiento a las 24 horas de todos los traslados interhospitalarios de enfermos críticos que se hayan realizado.

14 Siguiendo la Memòria 1996 de Sistema d'Emergències Mèdiques, SA [1997, p. 15].

3. Las Bases asistenciales, ubicadas mayoritariamente en centros hospitalarios de la red hospitalaria de utilización pública —XHUP—, están distribuidos en diferentes puntos estratégicos de la geografía de Catalunya, en función de la demanda asistencial de cada zona.

Toda base asistencial está dotada de los siguientes recursos:

- Equipo asistencial: está formado por un médico, un enfermero y un auxiliar sanitario conductor/piloto.
- Medio móvil —terrestre o aéreo—: provisto de las características técnicas, la dotación y el equipamiento necesario para garantizar la aplicación de soporte vital básico y/o avanzado a los enfermos y accidentados en estado crítico.

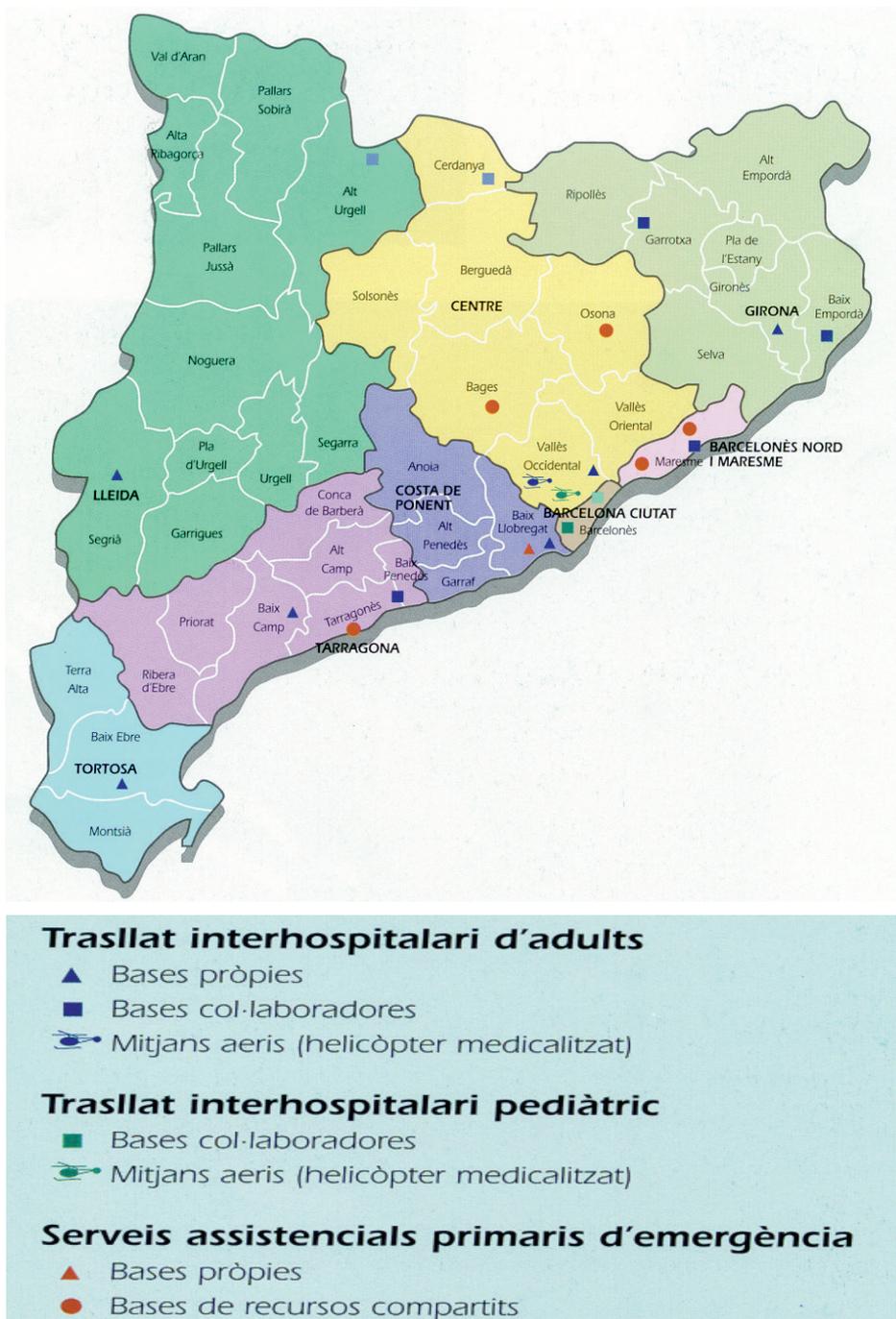
En todos los servicios asistenciales de emergencia en que participa SEMSA a través de las diversas bases asistenciales, cuentan con el soporte médico del Centro Coordinador de Emergencias Médicas, equipado con un sistema de comunicaciones por radio y telefonía que permite establecer comunicación permanente con los diferentes alertadores del sistema —Bomberos, Protección Civil, etc.—, con los centros hospitalarios, con las bases asistenciales y con las unidades móviles.

El despliegue territorial de las bases asistenciales de qué dispone esta empresa pública, permite cubrir prácticamente el 100% de las demandas de servicios de traslado interhospitalario de enfermos críticos, al mismo tiempo que da cobertura de servicios asistenciales primarios de emergencia a aproximadamente el 32% de la población de Catalunya, exceptuando la ciudad de Barcelona —27%— que dispone de su propio servicio coordinador de urgencias médicas.

TABLA 6.15. SEMSA, bases de actuación en las RS, 1996.

Centro coordinador	Barcelona Ciutat	
Traslado interhospitalario de adultos	Lleida	Hospital de Lleida Arnau de Vilanova Sant Hospital de la Seu d'Urgell — Hospital de Puigcerdà
	Tarragona	Hospital de Sant Joan, Reus Hospital de Sant Pau i Santa Tecla [Servei Comarcal d'Urgències del Vendrell]
	Tortosa	Hospital de Tortosa Verge de la Cinta
	Girona	Hospital de Girona Doctor Josep Trueta Hospital de Sant Jaume, Olot Hospital de Palamós ¹
	Costa de Ponent	Ciutat Sanitària i Universitària de Bellvitge
	Barcelonès Nord i Maresme	Hospital de Sant Jaume, Calella ¹
	Centre	Consorti Hospitalari del Parc Taulí, Sabadell Helisuperfície/Hospital General de Catalunya, Sant Cugat del Vallès ²
Traslado interhospitalario pediátrico	Barcelona Ciutat	Hospital Casa de Maternitat—Hospital Sant Joan de Déu Hospital Maternoinfantil Vall d'Hebron Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
	Centre	Helisuperfície/Hospital General de Catalunya, Sant Cugat del Vallès ² Hospital General de Catalunya
Servicios asistenciales primarios	Tarragona	Gestió i Prestació de Serveis de Salut
	Costa de Ponent	Ciutat Sanitària i Universitària de Bellvitge
	Barcelonès Nord i Maresme	Hospital de Sant Jaume, Calella Hospital de Badalona Germans Trias i Pujol
	Centre	Hospital General de Vic Centre Hospitalari i Cardiològic de Manresa
<p>1. Bases que solamente operan en verano. 2. Bases por medios aéreos.</p>		

FIGURA 6.19. Ubicació de les bases assistencials.



6.4.6.1. ACTIVIDADES DEL SEMSA

Las líneas de actuación que componen el servicio integral de emergencias médicas que la empresa pública Sistema d'Emergències Mèdiques, SA ha ofrecido a la población de Catalunya durante el ejercicio de 1996 han sido las siguientes¹⁵:

Coordinación de los recursos sanitarios disponibles

Es un servicio que presta la empresa pública Sistema d'Emergències Mèdiques, SA de acuerdo con sus Estatutos, y comprende la coordinación de la información de los recursos hospitalarios y extrahospitalarios disponibles para garantizar en todo momento la asistencia de emergencia con la máxima celeridad posible.

Desde el inicio de la actividad del SEMSA como plan piloto en el año 1985 y hasta diciembre de 1996, constituido como empresa pública desde el abril de 1993 por el Acuerdo del Gobierno de la Generalitat de Catalunya del 14 de diciembre de 1992, se han coordinado más de 78.000 servicios de emergencia, se han prestado más de 55.000 servicios de traslado interhospitalario de adultos, más de 1.000 servicios de traslado interhospitalario pediátrico y más de 20.000 servicios primarios de emergencia.

Traslado interhospitalario de enfermos críticos adultos

Este servicio comprende el traslado medicalizado de aquellos enfermos críticos que, según criterio médico, requieren el traslado asistido hacia una unidad de curas intensivas o unidad de reanimación, desde un centro hospitalario a otro centro hospitalario con capacidad para asumir el nivel de gravedad y características del paciente.

Traslado interhospitalario de neonatos y enfermos pediátricos

Este servicio comprende el traslado medicalizado, adecuado para pacientes críticos tributarios de atención en una Unidad o Servicio de Neonatología o Pediatría, desde un centro hospitalario a otro.

Las demandas de servicios de traslado de enfermos críticos, sean adultos o pediátricos, son motivadas habitualmente por las siguientes circunstancias:

15 Siguiendo parcialmente la Memòria 1996 de Sistema d'Emergències Mèdiques, SA [1997, p. 20].

1. Pacientes que requieren tratamiento en una unidad de curas intensivas o unidad de neonatología o pediatría, y que proceden de un hospital con dotación y/o nivel no suficiente para la resolución del caso.
2. Pacientes procedentes de una unidad de curas intensivas que por motivos diagnósticos precisen de una tecnología no disponible en ese hospital.
3. Pacientes procedentes de un centro hospitalario con unidad de críticos, que no pueden ser asumidos por falta de camas.

Servicios asistenciales primarios de emergencia

Este servicio consiste en la asistencia a los accidentados y enfermos críticos en el mismo lugar donde se produce el accidente o la emergencia médica.

Comprende la valoración médica inicial, la estabilización del enfermo, la aplicación, si fuera necesario, de soporte vital básico y/o avanzado, y si el estado del enfermo lo requiere, la prescripción de traslado medicalizado al centro hospitalario más adecuado, teniendo en cuenta el tiempo de acceso, el nivel de gravedad y la patología de los enfermos, el nivel técnico y tecnológico del centro hospitalario receptor y la disponibilidad de camas.

Asistencia protocolizada en accidentes de múltiples víctimas

En todas aquellas zonas en que el Sistema d'Emergències Mèdiques, SA tiene una base asistencial, dicha empresa pública tiene asignada la asistencia a todos los accidentes de múltiples víctimas —AMV— que se produzcan.

Cuando se produce un suceso de estas dimensiones, el centro coordinador de SEMSA juega un papel importante dado que no únicamente activa la unidad asistencial que se encuentra en el lugar más cercano al siniestro, sino que activa si así lo considera necesario otras unidades ubicadas en bases más alejadas, a la vez que se comunica con todas las instituciones involucradas en estos acontecimientos y que son: Gerencia de Protección Civil de la Generalitat; Protección Civil del Estado; Bomberos de la Generalitat; Cruz Roja; Fuerzas y cuerpos de seguridad y Centros hospitalarios.

Dispositivos sanitarios de riesgo previsible

Estos dispositivos comprenden la colaboración y/o participación directa con otras entidades públicas o privadas en la coordinación de actuaciones sanitarias con el objetivo de dotar a la población de Catalunya de dispositivos sanitarios preventivos del riesgo en situaciones de grandes concentraciones humanas.

Actividad científica y de formación

Los profesionales de SEMSA realizan múltiples actividades científicas y de formación continuada, a la vez que participan en congresos y sesiones monográficas relacionadas con la medicina de emergencia.

El objetivo del plan de formación es conseguir el mayor grado posible de polivalencia del personal que colabora con la empresa, a través de una formación integral que permite a los profesionales conocer globalmente toda la actividad que se realiza. Se intenta, por un lado, incentivar la participación y el compromiso de los profesionales en la actividad que prestan y, por otro lado, conseguir flexibilidad de adaptación y eficiencia en las tareas que desarrollan.

6.4.6.2. CALIDAD ASISTENCIAL

SEMSA trabaja para garantizar la prestación de servicios de medicina de emergencia de alta especificidad y calidad con el objetivo de contribuir en la disminución de la mortalidad y morbilidad inherentes a las situaciones de emergencia.

Para conseguir una evaluación más directa y continuada de la actividad asistencial que realizan todos los equipos asistenciales que prestan servicios, SEMSA ha puesto en funcionamiento un proceso de implementación de un nuevo sistema de seguimiento y control de calidad más descentralizado, a través de una mayor implicación e interrelación de los responsables de las bases asistenciales.

El sistema que SEMSA tiene establecido con todos sus proveedores y colaboradores sanitarios exige una serie de estándares cualitativos que han de cumplirse en la prestación de los servicios y de los cuales se hace una valoración continuada realizada por los departamentos técnicos de esta empresa pública.

6.4.7. AGÈNCIA D'AVALUACIÓ DE TECNOLOGIA MÈDICA**6.4.7.1. MARCO LEGAL**

La Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica —AATM— es una empresa pública sin ánimo de lucro, adscrita al Servei Català de la Salut —SCS—, creada en mayo de 1994, por el Acuerdo del Gobierno de la Generalitat de Catalunya —DOGC núm. 1016, de 4.7.1994—. La AATM inició sus actividades como empresa el día 1 de enero de 1995.

La misión de la AATM es dar soporte a la toma de decisiones para que la introducción, adopción, difusión y utilización de las tecnologías médicas —TM— se hagan de acuerdo con los criterios de eficacia, seguridad, efectividad y eficiencia demostrados científicamente.

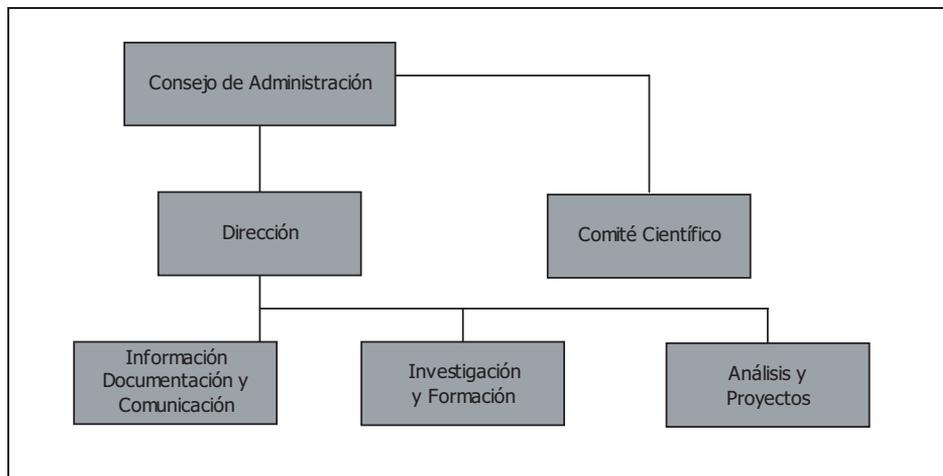
Por tecnologías médicas se entiende todo tipo de equipamientos, dispositivos, procedimientos preventivos, diagnósticos, terapéuticos y rehabilitadores, sistemas organizativos y de soporte utilizados en la atención sanitaria, excluyendo los medicamentos farmacéuticos, [Plan de salud de Catalunya 1996—1998, 1997, p. 46; Memòria 1996 Agència d’Avaluació de Tecnologia Mèdica, 1997, p. 79].

La AATM desarrolla sus actuaciones en el ámbito del Departament de Sanitat i Seguretat Social —DSSS—, del Servei Català de la Salut, de los centros sanitarios públicos y privados, además de otras administraciones y organizaciones sanitarias, entre diversos sectores.

6.4.7.2. ESTRUCTURA ORGANIZATIVA

La AATM se estructura fundamentalmente de esta manera, —Consejo de Administración, Comité Científico, Dirección y tres áreas funcionales, la de Análisis y Proyectos, la de Investigación y Formación y la de Información, Documentación y Comunicación—. La figura 6.20 muestra el organigrama de la AATM de forma esquematizada.

FIGURA 6.20. Organigrama de la AATM.



6.4.7.3. MÉTODO DE TRABAJO

El proceso global de evaluación de tecnologías médicas —ETM— consta de diferentes fases o etapas, en cada una de las cuales, como se verá a continuación, la participación y colaboración de los profesionales de la investigación y de la práctica clínica es considerada por la AATM como un elemento clave que contribuye a garantizar la calidad científica de los productos de la AATM, a la vez que hace extensivo el compromiso de mejorar la salud y la calidad de vida de la población a todos los actores del sistema.

La AATM combina metodologías diferentes en función, fundamentalmente, de la pregunta que debe responderse, del tipo de TM y/o el problema de salud a evaluar, de los objetivos concretos de cada estudio, del tipo de peticionario, y del tiempo y recursos disponibles. El proceso de evaluación consta de las siguientes fases¹⁶:

1. Identificación y priorización de las TM que necesitan ser evaluadas.

La identificación de las tecnologías, o binomios tecnología— condición clínica, que necesitan evaluación, puede hacerse de forma preactiva, reactiva o mixta. Hay que considerar con detenimiento en este punto de inicio si la pregunta «política» puede traducirse adecuadamente en una «pregunta de investigación», lo cual implica enmarcarla desde el punto de vista de evidencia científica, de herramientas metodológicas y de medida del efecto.

En el seno de la AATM, la identificación de TM que necesitan evaluación parte de las prioridades contenidas en el Plan de Salud de Catalunya, de la valoración de las necesidades de evaluación efectuada por los miembros de su Comité Científico, y de la selección que hace el propio equipo, con criterios de disponibilidad de tiempo y recursos, siendo la propuesta de proyectos a realizar priorizada y aprobada por el Consejo de Administración, que tiene en cuenta a la vez criterios de incertidumbre hacia la TM, de impacto epidemiológico y/o económico, de variación en la práctica clínica, y de expectativa social, entre otros.

El proceso también puede iniciarse a petición del Departamento de Sanidad, del Servicio Catalán de la Salud, de centros sanitarios

16 Siguiendo parcialmente Memòria 1996 de la Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica [1997, p. 20].

- públicos o privados, de las entidades de seguros, y de la industria biomédica. Es así como los diferentes profesionales hacen llegar sus propuestas de evaluación a través de los centros o sociedades científicas que consultan la AATM.
2. Revisión y/o producción de evidencia científica. Toda posible área de conocimiento relacionada con la tecnología o condición clínica susceptible de evaluación debe ser sistemáticamente revisada, —investigación clínica, datos epidemiológicos, entre otros—. Una vez obtenida la información acerca de la eficacia, seguridad y efectividad, hay que clasificarla según la calidad de la evidencia aplicando la escala de calidad. Cuando se revisa la evidencia científica disponible puede resultar que no haya suficiente o que esta no sea concluyente. En este caso, es necesario estimular la producción de datos primarios en el entorno. Los profesionales sanitarios catalanes también participan en la producción de evidencia científica mediante el desarrollo de proyectos de investigación específicos.
 3. Análisis del contexto —aspectos legales, éticos, de organización, sociológicos, económicos—. Antes de emitir las conclusiones y/o recomendaciones, es necesario contextualizar la información obtenida, y enmarcarla en el ámbito del sistema sanitario catalán y/o del peticionario concreto en cada caso.
 4. Recomendaciones para la toma de decisiones. Las conclusiones obtenidas al aplicar el proceso de evaluación se especifican en recomendaciones o en el diseño de estrategias dirigidas a los responsables de tomar decisiones en el marco del sistema sanitario. Es importante recordar en este punto que antes de proceder a emitir y diseminar las recomendaciones, los informes de evaluación de la Agencia se somete tanto a un proceso de revisión interna como de revisión externa, contando una vez más con la participación de los profesionales sanitarios catalanes, procedentes del ámbito de la práctica clínica, que aportan así su experiencia y conocimientos, y forman parte activa del proceso multidisciplinario e integrador de la evaluación.
 5. Diseminación y, cuando sea posible, implementación de los resultados de la ETM. El producto de la ETM se difunde de forma activa, utilizando un formato en cada caso, un lenguaje y un medio de comunicación adecuado a las características del grupo destinatario

principal de la información. El siguiente paso es la implementación, entendida como una actividad que comporta el despliegue y la instauración de las actuaciones y medios necesarios para aplicar los resultados que se ha obtenido del proceso de ETM, a través del diseño de estrategias específicas con un presupuesto concreto.

6. Análisis del impacto de la ETM. Finalmente, el análisis del impacto de los diferentes productos de la ETM en el proceso de toma de decisiones constituye una fase muy importante del proceso global de evaluación, que permite medir la capacidad de inducir cambios positivos en las actitudes, en la práctica clínica y en la mejoría de resultados. Tanto desde el punto de vista de salud como de calidad de vida. Ello permite realizar una evaluación continuada del eventual éxito de las estrategias de diseminación e implementación y, lo que es más importante, monitorear la utilidad de la ETM para los responsables de la toma de decisiones.

6.4.7.4. ACTIVIDADES DE LA AATM

La AATM realiza diversos tipos de actuación, tanto por demanda externa como por iniciativa propia.

Por demanda externa

Hasta la fecha, la Agencia tiene tipificados 4 productos, — Informe de evaluación, Consulta específica, Consulta rápida, y Servicio de respuesta inmediata—.

1. Informe de evaluación. Se trata del documento resultante de un proceso de evaluación donde se han considerado todos los parámetros y variables que caracterizan este proceso —identificación de la prioridad a evaluar, producción y/o análisis y síntesis de datos científicos, económicos, de infraestructura, de aspectos éticos y legales— dentro del contexto sanitario analizado y orientado a las necesidades del peticionario concreto.
2. Consulta específica. Se trata de un documento de menor envergadura y complejidad, que se realiza y entrega en un período de tiempo menor al correspondiente a la realización de un informe de evaluación propiamente dicho. El contenido de información básico de este documento sirve al peticionario para tomar una decisión

científicamente fundamentada y en el plazo en el que necesita hacerlo.

3. Consulta rápida. Se trata de informes cortos que dan respuesta de manera rápida y precisa a consultas muy concretas, mayoritariamente sobre normativa técnica y disposiciones legales relativas a tecnologías médicas y también sobre la distribución y difusión de determinadas tecnologías.
4. Servicio de respuesta inmediata —SRI—. Este servicio da respuesta a consultas puntuales, bien personalmente, por teléfono o mediante una breve carta.

La AATM realiza además de estos productos y servicios, a petición tanto del Departament de Sanitat i Seguretat Social como del Servei Català de la Salut, informes técnicos relativos a los procesos de autorización administrativa, consulta previa y contratación de servicios e inversión en equipamientos. Se trata de documentos técnicos destinados a informar acerca del proceso que siguen los expedientes de autorización administrativa y/o consulta previa de los establecimientos sanitarios y sociosanitarios, o bien la contratación de servicios e inversión en equipamientos. La demanda externa puede llegar de los ámbitos siguientes —se cita en primer lugar el de las instituciones públicas—:

- Departamento de Sanidad y Seguridad Social.
- Servei Catalán de la Salut —servicios centrales y servicios periféricos—.
- Instituto Catalán de la Salud —ICS—: servicios centrales, división hospitalaria y de atención primaria.
- Instituto de Estudios de la Salud —IES—.
- Centros hospitalarios del ICS.
- Departamentos de la Generalitat de Catalunya.
- Centros hospitalarios no del ICS —XHUP y no XHUP—.
- Consorcios hospitalarios.
- Ciudadano particular.
- Entidades de seguro libre de asistencia médico—farmacéutica.
- Industria del sector sanitario —SS—, laboratorios, fabricantes, distribuidores.
- Sociedades científicas.
- Centros extrahospitalarios.
- Colegios oficiales.
- Fundaciones.
- Centros de Formación.

- Consultorios.
- Otros, —incluye las agencias de evaluación, ministerios de sanidad y otras instituciones del sector sanitario de fuera de Catalunya—.

Por iniciativa propia

La Agencia realiza informes técnicos de evaluación que hacen referencia, principalmente, a incertidumbres relativas a técnicas y procedimientos médicos y quirúrgicos y/o condiciones clínicas específicas, que pueden haber sido identificadas y propuestas por su comité científico o bien estar relacionadas con las prioridades contenidas en el Pla de Salut de Catalunya. También pueden haber sido identificadas por el propio equipo de la AATM, considerando el contexto sanitario internacional. Estos informes técnicos de evaluación se editan en catalán y castellano, y contienen un resumen en inglés. La AATM edita también un boletín informativo en catalán, castellano e inglés. Ambos tipos de documentación se distribuyen de forma gratuita, al igual que los ejemplares adicionales solicitados.

6.4.8. SERVEIS SANITARIS DE REFERÈNCIA—CENTRE DE TRANSFUSIÓ I BANC DE TEIXITS

La empresa Serveis Sanitaris de Referència—Centre de Transfusió i Banc de Teixits —SSRCTBT— se creó por medio del Acuerdo del Gobierno de la Generalitat de Catalunya del 7 de marzo de 1995, pero no fue hasta el 11 de enero del 1996 cuando empezó sus actividades productivas en la promoción de la donación, el análisis de sangre y plasma sanguíneo y en el suministro de productos hemoderivados en el sector asignado por el DSSS.

Serveis Sanitaris de Referència—Centre de Transfusió i Banc de Teixits ha cubierto el servicio de transfusión de los Hospitales de la Vall d'Hebron. Igualmente ha desarrollado su actividad en las especialidades de inmunohematología y criobiología —banco de tejidos—.

Por otro lado, ha supervisado el cumplimiento de la normativa sobre evaluación de la calidad de los bancos de sangre de su sector y ha colaborado en los estudios encomendados por el SCS en relación con la hemodonación y transfusión sanguínea. Con la actividad desarrollada en 1996, se ha llegado en la cifra de 11.066 unidades de sangre con la colaboración de las asociaciones de donantes y la red de delegados, lo que ha permitido un adecuado suministro a los 36 hospitales asignados. También se ha podido facilitar los excedentes de productos

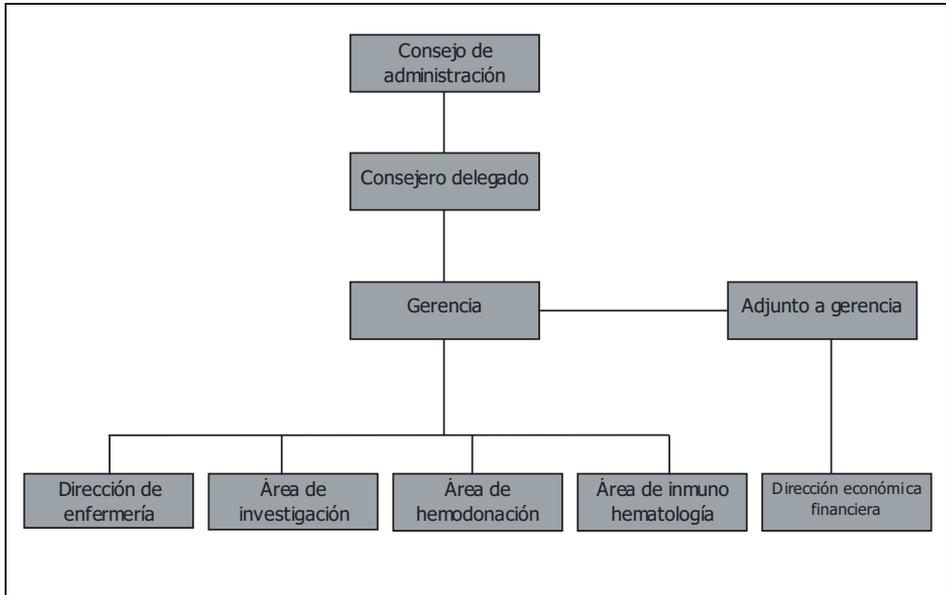
sanguíneos a otras comunidades autónomas que todavía son deficitarias. El plasma excedente —8.520 litros, en 1996—, debidamente transformado por la industria en hemoderivados —albúmina, gammaglobulinas y factor VIII—, se ha distribuido en los hospitales del ICS.

Se destaca el carácter de referencia del área de inmunohematología, que canaliza las determinaciones complejas, no solamente del sector asignado sino en otros lugares de España. Con relación al banco de tejidos, se destaca el aumento en la obtención de células progenitoras de sangre periférica, así como de las córneas procesadas. El área de transfusión, por medio de los diversos comités de transfusión de los hospitales, estableció diferentes protocolos de actuación que se han traducido en una reducción importante en el consumo de plasma fresco y plaquetas, así como en una estabilización del consumo de los concentrados de hematíe.

Los objetivos globales de SSRCTBT son los siguientes¹⁷:

1. Obtención de las donaciones de sangre previstas de acuerdo con las previsiones establecidas —Equipo móvil y Banco fijo—.
2. Suministrar de productos derivados sanguíneos los centros del sector asignados y producción de plasma par la fabricación de productos farmacéuticos hemoderivados.
3. Proveer el sector asignado de los servicios necesarios en el ámbito de la medicina transfusional, inmunohematología y transplante de tejidos.
4. Ampliación del ámbito de suministro de productos y servicios.
5. Colaboración en la mejoría de la calidad transfusional en el sector asignado para que se utilicen los productos estrictamente necesarios con la máxima calidad y controlar las potenciales reacciones desfavorables.
6. Adaptar los procedimientos y técnicas del Centro a las nuevas demandas generadas por los avances científicos.
7. Desarrollar nuevos proyectos de investigación consolidando la presencia del Centro en los diferentes ámbitos científicos.
8. Adecuar la organización administrativa basada en la contabilidad presupuestaria hacia un modelo empresarial utilizando los mecanismos de gestión de la empresa privada y la contabilidad financiera.

17 Siguiendo la Memòria de Serveis Sanitaris de Referència—Centre de Transfusió i Banc de Teixits 1996 [1997, p. 19].

FIGURA 6.21. Organigrama del SSRCTBT.

© Memòria de Serveis Sanitaris de Referència—Centre de Transfusió i Banc de Teixits 1996 [1997, p. 37].

6.5. REGIÓ SANITÀRIA LLEIDA

6.5.1. DESCRIPCIÓN, TERRITORIO Y POBLACIÓN

El ámbito territorial actual de la Regió Sanitària Lleida —RSL— se establece con la aplicación del Decreto 114/1994, de 3 de mayo, de delimitación de las regiones sanitarias y de los sectores sanitarios del Servei Català de la Salut —SCS— y la última orden de 28 de diciembre de 1995 de modificación de la ordenación territorial de diversas áreas básicas de salud.

La entrada en vigor de esta orden, con relación a la RSL, supone una pequeña disminución de la población del año 1996, frente a la población del año 1995. En concreto el ámbito territorial que comprende el municipio de Passanant, que hasta entonces formaba parte del Àrea Bàsica de Salut Tàrrega, pasa a formar parte del Àrea Bàsica de Salut Montblanc y, por tanto, de la Regió Sanitària Tarragona. Eso supone una disminución de la población en 194 habitantes, pertenecientes al municipio de Passanant.

TABLA 6.16. Datos estructurales genéricos de la RSL.

Datos estructurales		Definición parámetro	Fuente
Población	338.337	Núm. habitantes	Censo de población 1991
Extensión	12.027,6	Km ²	Anuario estadístico Catalunya 1991
Densidad de población	29,4	Habitantes/ Km ²	Anuario estadístico Catalunya 1991
División territorial	11	Sectores sanitarios	Decreto 114/94
Renta per cápita	1.228,40	PTA por habitante (renta disponible)	Anuario estadístico Catalunya 1992
Esperanza de vida	75,4 —81,5	Años para hombre/mujer	Registro de mortalidad de Catalunya. DSSS
Tasa de mortalidad	10,2	Defunciones por 1.000 habitantes	Registro de mortalidad de Catalunya. DSSS
Tasa de natalidad	8,92	Nacimientos por 1.000 habitantes	Registro de mortalidad de Catalunya. DSSS

© Memòria d'activitat 1996 de la Regió Sanitària Lleida [1997, p. 27].

La pirámide de edad de la población de la RSL es sensiblemente más envejecida que el resto de Catalunya [Pla de salut de Catalunya 1993—1995, p. 37]. La población de más de 65 años representa en la RSL el 18,2% de los efectivos poblacionales frente al 14,3% de Catalunya [Pla de salut de Catalunya 1996—1998, p. 37].

TABLA 6.17. Población de la RSL por edades.

Años	Hombres	Mujeres	Total
< 15	29.325	27.641	56.966
15—29	38.868	37.100	75.968
30—44	34.212	32.686	66.898
45—64	37.711	39.073	76.784
> 65	28.121	33.600	61.721
Total	168.237	170.100	338.337

© Memòria d'activitat 1996 de la Regió Sanitària Lleida [1997, p. 28].

El movimiento natural de la población en la RSL ha estado negativo [-1.207 personas con relación al padrón de 1986] con una tasa de decrecimiento negativo de 0,7/1.000 h, todo y que, gracias a un saldo migratorio estimado positivo de 2.613 personas, se produce un incremento de efectivos poblacionales de 1.406 personas en relación con el padrón de 1986.

En relación con la población catalana, la población de la RSL representa el 5,5% del total [5,9% del total al padrón de 1986]. Hecho que contrasta notablemente con el 37,6% que representa cuanto al territorio de la RSL en relación con el total de Catalunya.

6.5.2. SECTORES SANITARIOS Y ABS

La Ley 15/1990, de 9 de julio, de ordenación sanitaria de Catalunya —LOSC— optó con relación a la organización del Servei Català de la Salut —SCS— por una descentralización de los servicios que cuenta con una estructura organizativa desconcentrada, a través de las regiones sanitarias. Las regiones sanitarias se estructuran en Sectores Sanitarios —SS—, órganos desconcentrados, por medio de los cuales se desarrollan las actividades de prevención de la enfermedad, promoción de la salud, salud pública y la asistencia sanitaria en su nivel de atención primaria, así como las especialidades médicas de soporte y de referencia de ésta, coordinadamente con el nivel de la atención hospitalaria.

El ámbito territorial de los sectores se fija con el Decreto 114/1994, de 3 de mayo, de delimitación de las regiones sanitarias y de los sectores sanitarios del SCS, estableciendo 11 SS y una dirección operativa en la RSL. La delimitación de los SS se corresponde, como norma general, con las comarcas, de manera que la RSL está formada por los sectores:

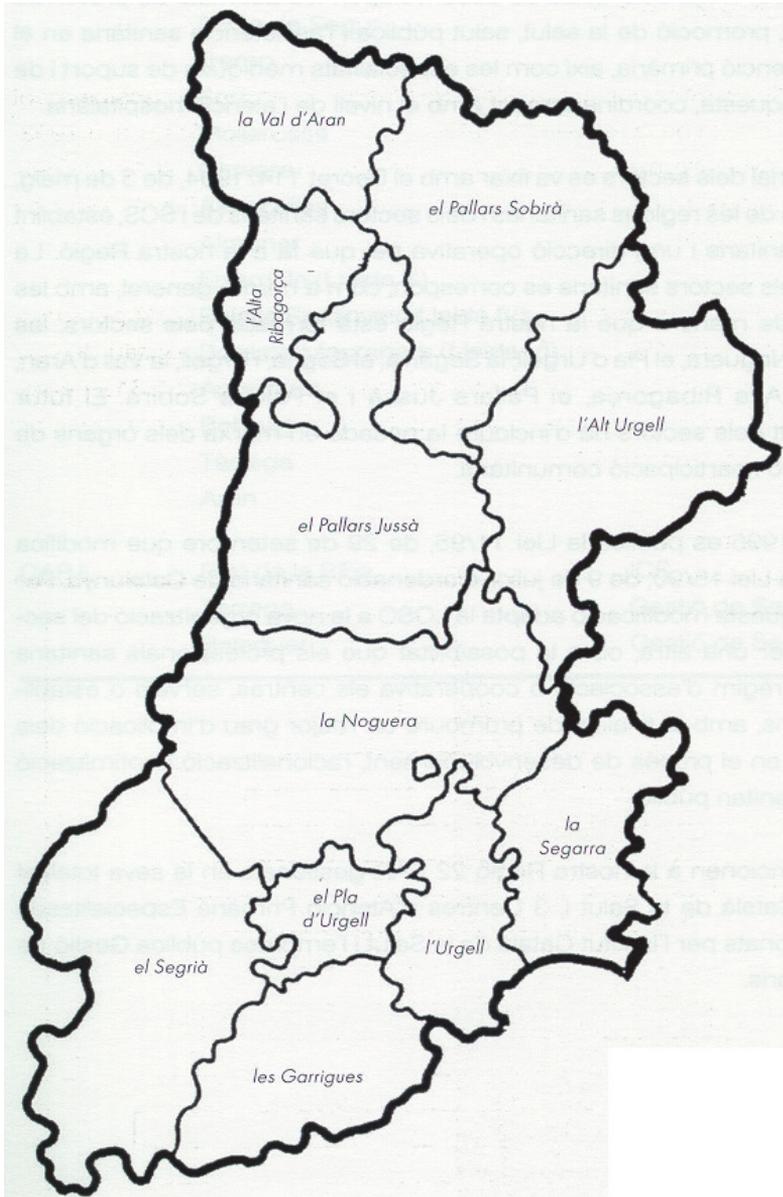
- Les Garrigues.
- La Noguera.
- El Pla d'Urgell.
- La Segarra.
- El Segrià.
- L'Urgel.
- La Vall d'Aran.
- L'Alt Urgell.
- L'Alta Ribagorça.
- El Pallars Jussà.
- El Pallars Sobirà.

Durante el año 1995 se publicó la Ley 11/1995, de 29 de septiembre que modifica parcialmente la Ley 15/1990, de 9 de julio, de ordenación sanitaria de Catalunya.

Por un lado esta modificación adapta la LOSC a la nueva organización del SS, por otro, abre la posibilidad que los profesionales sanitarios gestionen, en régimen de

asociación o cooperativa los centros, servicios o establecimientos sanitarios, con la finalidad de promover un mayor grado de implicación de los profesionales en el proceso de desarrollo, racionalización y optimización del sistema sanitario público.

FIGURA 6.22. Mapa de la RSL.



En 1996 funcionaron en la RSL 22 Equipos de Atención Primaria —EAP—, gestionados en su totalidad por el Institut Català de la Salut —ICS—, 3 Centros de Atención Primaria Especializada —CAP II—, gestionados por el ICS y la empresa pública Gestió de Serveis Sanitaris.

TABLA 6.18. Implantación de las ABS en la RSL.

Centros		Entidad proveedora
CAP	Oliana, Seu d'Urgell, El Pont de Suert, Les Borges Blanques, La Granadella, Artesa de Segre, Balaguer, Ponts, Almacelles, Pobra de Segur, Tremp, Sort, Mollerussa, Cervera, Almenar, Eixample [Lleida III], Balàfia—Pardinyes [Lleida IV], Aran, Bordeta—Magreners [Lleida VI], Agramunt, Bellpuig, Tàrraga.	ICS
CAP II	Prat de la Riba.	ICS
CAP II	Tàrraga, Balaguer.	Gestió de Serveis Sanitaris

Fuente: Elaboración propia a partir de la Memòria d'activitat 1996 de la Regió Sanitària Lleida [1997].

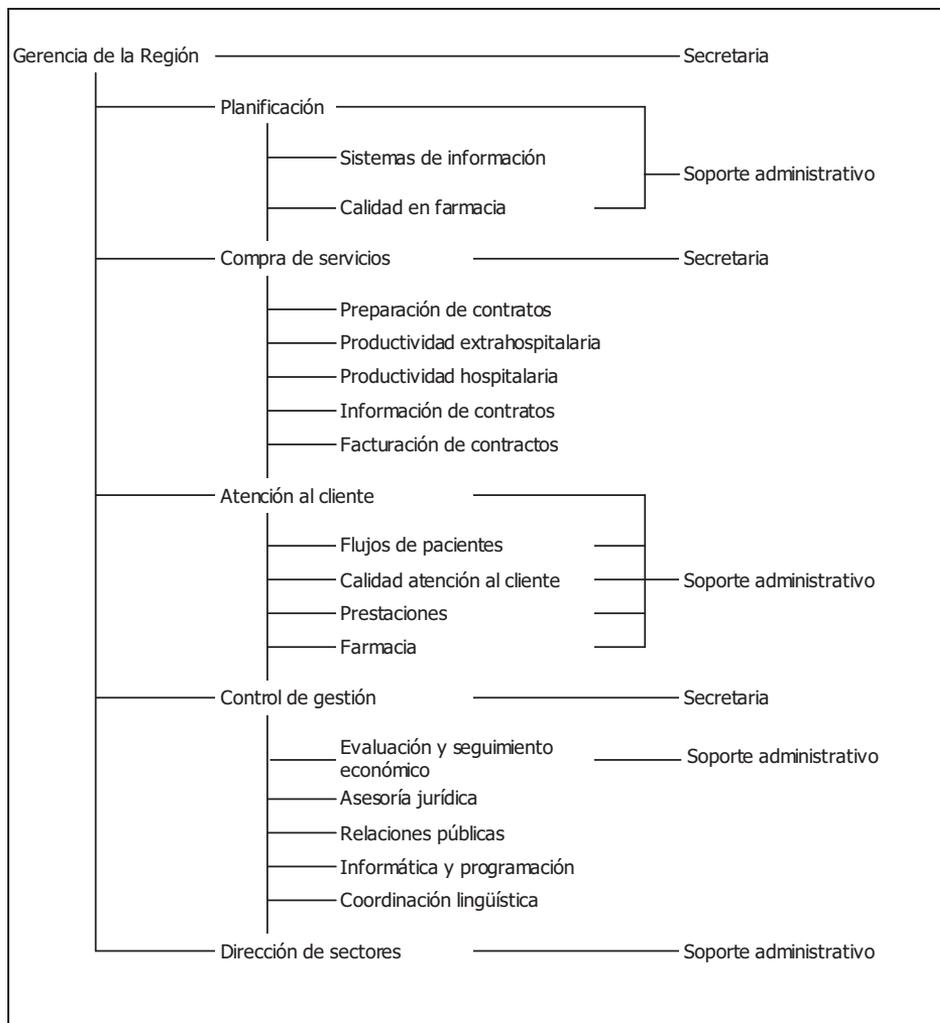
6.5.3. ESTRUCTURA CORPORATIVA

La LOSC establece que los órganos de dirección y gestión de las Regiones Sanitarias son el Consejo de Dirección, los gerentes y los órganos u organismos, los servicios y las unidades que se constituyen por reglamentación y, así mismo, que el Consejo de Salud es el órgano de participación en la RS —artículo 24 de la LOSC en anexo—.

Con relación a las unidades, el Comité Directivo del SCS acordó —en consecución de las funciones encomendadas a las regiones sanitarias— prever cinco ámbitos funcionales. En la RSL, ateniéndose a sus propias características, estos ámbitos funcionales se agruparon en las siguientes unidades:

- Planificación.
- Compra de servicios.
- Atención al cliente.
- Control de gestión.
- Dirección de sectores.

FIGURA 6.23. Organigrama funcional de la RSL.



© Memòria d'activitat 1996 de la Regió Sanitària Lleida [1997, p. 45].

6.6. REGIÓ SANITÀRIA TARRAGONA

6.6.1. DESCRIPCIÓN, TERRITORIO Y POBLACIÓN

La Regió Sanitària Tarragona —RST— está situada en la parte sudoeste de Catalunya, con una extensión de 3.863,6 km². Actualmente comprende 7 comarcas, 4 de las cuales son interiores:

- L'Alt Camp.
- La Conca de Barberà.
- El Priorat.
- La Ribera d'Ebre.

Y tres son litorales, con 85 Km de franja costera:

- El Baix Camp.
- El Baix Penedès.
- El Tarragonès.

La población total de la RST es de 408.684 habitantes, según el censo de población de 1991, y está formada por dos tipos de población bien diferenciadas. Por un lado, las comarcas de la Conca de Barberà, del Priorat y de la Ribera d'Ebre tienen una población rural y muy envejecida, con una densidad baja y un decrecimiento de la población. Por otro lado, las comarcas costeras tienen una población joven, y durante los meses de verano experimentan un fuerte incremento de la población.

Entre 1986 y 1991 se produce en la RST un incremento de población del 4,35% superior al experimentado en Catalunya durante el mismo período —1,3%—. Este incremento no se produjo de forma homogénea en todo el territorio de la RST. Así, mientras que las comarcas de la Conca de Barberà, el Priorat y la Ribera d'Ebre perdieron población durante este período, el l'Alt Camp ha tenido un ligero crecimiento demográfico, que ha estado importante en el Baix Camp y en el Tarragonès y ha supuesto un fuerte crecimiento en el Baix Penedès.

Con una densidad media de población de 105,8 habitantes por km², existe una gran divergencia entre las comarcas costeras —el Tarragonès: 461,8 h/ km²— y las del interior —el Priorat: 19,1 h/ km²—.

Como en el resto de Catalunya, la población se concentra en unos pocos núcleos urbanos —el 48,4% de la población vive en las ciudades de Reus: 87.670 habitantes y Tarragona: 110.153 habitantes—. Las comarcas del Baix Camp y del Tarragonès concentran el 70,3% de la población. La estructura de la población de la RST refleja el proceso de reducción de la natalidad y la tendencia al envejecimiento. El número de nacimientos registrados en el territorio de la RST en los últimos años se encuentra estabilizado en un número que oscila entorno a los 4.000 por año.

Por la proporción de población joven —19,44% menos de 14 años—, adulta —66,14% entre 15 y 64 años— y mayor —14,42% de más de 65 años—, la RST puede ser considerada como una región de tipología intermedia como la de

Girona, entre las regiones de Lleida, Tortosa y Barcelona —regiones envejecidas— y las regiones de Costa de Ponent y Barcelonès Nord i Maresme —regiones jóvenes—.

En los próximos años se prevé que los cambios demográficos que se producirán serán más importantes con relación a su composición por edades que con su crecimiento. Estos cambios en la estructura de la población causarán las modificaciones más importantes en las demandas de prestaciones asociadas con la edad. Se prevén incrementos ligeros de la población, excepto en la Conca de Barberà, el Priorat y en la Ribera d'Ebre, y se incrementan los indicadores de envejecimiento de la población en todas las comarcas pero especialmente en estas tres anteriores, donde más de la cuarta parte de sus habitantes tendrán más de 65 años.

Con relación a la ocupación y según los datos del censo de población de 1991, la principal rama de actividad de la RST es la de servicios, con más del 50% de los ocupados, seguida de la industria, con poco más del 25%, del sector primario —agricultura, ganadería y pesca—, con el 12,27% y de la construcción, con el 11,51%.

6.6.2. SECTORES SANITARIOS Y ABS

De acuerdo con el que establece la LOSC, la RST se ordena en subunidades territoriales integradas, conformadas cada una por un conjunto de áreas básicas de salud —ABS—, con una estructura desconcentrada de dirección, gestión y participación comunitaria. Estas subunidades se denominan sectores sanitarios —SS— y la RST está formada por los siguientes:

- L'Alt Camp.
- El Baix Penedès.
- La Conca de Barberà.
- El Tarragonès.
- El Baix Camp.
- El Priorat.
- La Ribera d'Ebre.

TABLA 6.19. Ordenación territorial de la RST.

Dirección operativa 2				
SS	Alt Camp	Baix Penedès	Conca de Barberà	Tarragonès
ABS	Alt Camp Est, Alt Camp Oest Valls urbà.	Baix Penedès interior, El Vendrell.	Montblanc, Sta. Coloma, Queralt.	Constatí, El Morell, Salou, Tarragona—1, Tarragona—2, Tarragona—3, Tarragona—4, Tarragona—5, Tarragona—6, Tarragona—7, Torredembarra, Villa—seca.
Dirección operativa 3				
SS	Baix Camp		Priorat	Ribera d'Ebre
ABS	Les Borges del Camp, Cambrils, Mont—roig del Camp, Reus—1, Reus—2, Reus—3, Reus—4, Reus—5, Riudoms, Vandellòs i L'Hospitalet de l'Infant.		Carnudella del Montsant Falset.	Flix, Móra la Nova, Móra d'Ebre.

Fuente: Elaboración propia a partir de la Memòria d'activitat 1996 de la Regió Sanitària Tarragona [1997].

Estos SS se estructuran en dos direcciones operativas: la 2, que incluye los sectores del Alt Camp, el Baix Penedès, la Conca de Barberà y el Tarragonès, y la 3, que comprende los sectores del Baix Camp, el Priorat y la Ribera d'Ebre. En el momento de su despliegue, y para desarrollar las funciones que tienen encomendadas, se han definido dos unidades funcionales dependientes del director del sector: el ámbito del Análisis y Programación y el ámbito del Servicio al Cliente.

FIGURA 6.24. Mapa de la RST.



6.6.3. ESTRUCTURA CORPORATIVA

La RST tiene una estructura organizativa formada por cinco unidades funcionales:

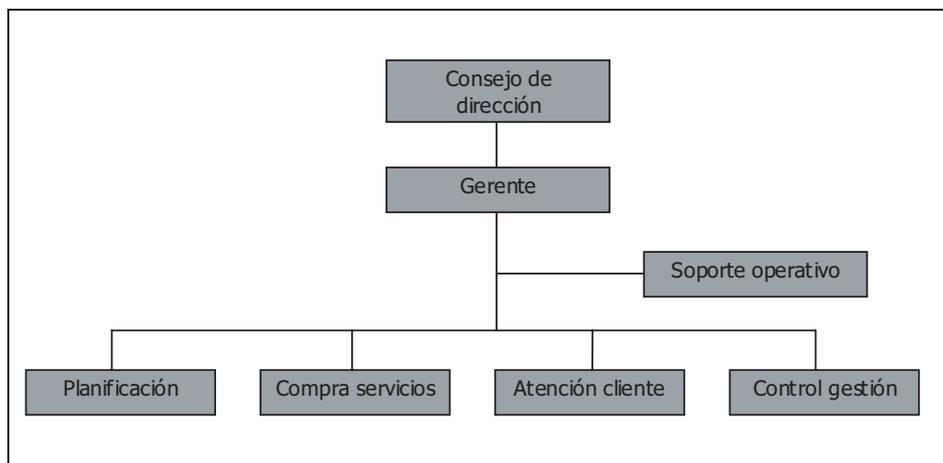
- Planificación.
- Compra de Servicios.
- Atención al Cliente.
- Control de Gestió.
- Soporte Operativo.

Delante de cada una de estas unidades existe un responsable. Este equipo de gerencia incorpora también orientación en las diferentes líneas de servicios:

- Atención primaria de salud.
- Atención especializada y hospitalización de agudos.
- Atención sociosanitaria.
- Atención de la salud mental.

Desde la gerencia de la RST y con la coordinación de estos ámbitos por parte del responsable de la Unidad de Compra de Servicios, en cada línea de servicios existe un responsable, la misión principal del cual es ejercer de interlocutor de la RST en su ámbito concreto.

FIGURA 6.25. Organigrama de la RST.



6.7. REGIÓ SANITÀRIA TORTOSA

6.7.1. DESCRIPCIÓN, TERRITORIO Y POBLACIÓN

La Regió Sanitària Tortosa —RSTO— comprende las comarcas más meridionales de Catalunya, según la delimitación de las regiones sanitarias establecida por el Decreto 114/1994, de 3 de mayo, y que son las siguientes:

- Baix Ebre.
- Montsià.
- Terra Alta.

La superficie total de la RSTO representa el 7,6% del total de Catalunya, mientras que el total de población es solamente el 2,2%. En cuanto a la densidad de población, la media de las tres comarcas está muy por debajo de la media de Catalunya que es 190 habitantes por km². El Baix Ebre y el Montsià tienen una densidad de población similar, destaca por debajo la Terra Alta, con unos niveles más característicos de las comarcas del interior.

TABLA 6.20. Densidad de población de la RSTO.

	Baix Ebre	Montsià	Terra Alta	Total
Población	64.645	54.307	12.945	131.897
Extensión en Km ²	987,9	708,7	740	2.436,6
Densidad de población	65,4	76,6	17,5	54,1

© Memòria d'activitat 1996 de la Regió Sanitària Tortosa [1997, p. 27].

En relación con la distribución municipal, de los 38 municipios que comprende el territorio de la RSTO, solo 4 sobrepasan los 10.000 habitantes y que agregan casi la mitad de la población —el 49,81%—, y 3 que sobrepasan los 5.000 habitantes, con el 14,06% de la población. El núcleo de población más frecuente es el que reúne entre 501 y 2.000 habitantes, con 17 municipios —el 44,74%—.

Con relación a la evolución demográfica de la población, la tendencia del crecimiento natural es negativa para las tres comarcas en el período de 1986 a 1994. En cambio el saldo migratorio interior tiene valores positivos —en el caso de la Terra Alta esta tendencia positiva no se produce hasta 1992—.

TABLA 6.21. Evolución demográfica de la RSTO.

Tasa bruta de crecimiento natural	1991	1992	1993	1994
Baix Ebre	-2,52	-2,18	-2,13	-3,88
Montsià	-0,97	-1,43	-2,38	-2,66
Terra Alta	-5,80	-3,34	-9,04	-4,86

© Memòria d'activitat 1996 de la Regió Sanitària Tortosa [1997, p. 28].

En cuanto a los movimientos migratorios exteriores, la mayoría de inmigrantes extranjeros, en el período 1992—1994, provienen de África —35,80%—, seguidos de los provenientes de países europeos de la Unión Europea —27,16%— y del resto de Europa —23,25%— [Memòria d'activitat 1996 de la Regió Sanitària Tortosa, 1997, p. 28].

El Institut d'Estadística de Catalunya estima que en 1994 la población de las comarcas de la RSTO se situaba entorno de 132.179 habitantes, lo que supone un mínimo crecimiento total del 0,21% de la población respecto al censo de 1991.

TABLA 6.22. Población por grupo, edad y sexo. RSTO.

Grupo de edad	Hombres	Mujeres	Total
0—14	11.931	10.987	22.918
15—29	14.615	13.740	28.355
30—44	12.457	12.325	24.782
45—64	15.389	15.874	31.263
> 65	11.013	13.566	24.576

© Memòria d'activitat 1996 de la Regió Sanitària Tortosa [1997, p. 29].

La población entre 0—14 años representa el 17,37% de la población total, mientras que la población mayor de 65 años representa el 18,63%. Por sexos, el 49,59% de la población son hombres y el 50,41%, mujeres. El número de hombres es más elevado en los grupos de edades hasta los 29 años, esta diferencia se equilibra en el grupo de 30—44 años, en cambio, en el grupo de mayores de 65 años existe una diferencia de 3,6 puntos favorable al grupo de mujeres. Con relación a la pirámide de población, ésta refleja claramente el proceso de envejecimiento de la población y de reducción de la natalidad.

En cuanto a los sectores de ocupación, en la comarca del Baix Ebre existe un predominio del sector servicios, con el 46,18% de la población

ocupada, mientras que en el Montsià es del 37,5%. El sector de la agricultura, ganadería y pesca, ocupa el primer lugar en la comarca de la Terra Alta, con el 39,79% de la población ocupada, el Montsià se encuentra en el segundo lugar, con el 25,74%, y el Baix Ebre en el tercero, con el 17,96%. En total, la población dedicada a este sector representa el 12,94% de la población que se dedica en toda Catalunya. En los sectores de la construcción y la industria los porcentajes de población ocupada son muy similar en las tres comarcas. Con relación a los datos económicos, la renta per cápita de las comarcas de la RSTO es inferior al del total de Catalunya y también al de la provincia de Tarragona.

TABLA 6.23. Renta bruta familiar disponible, RSTO.

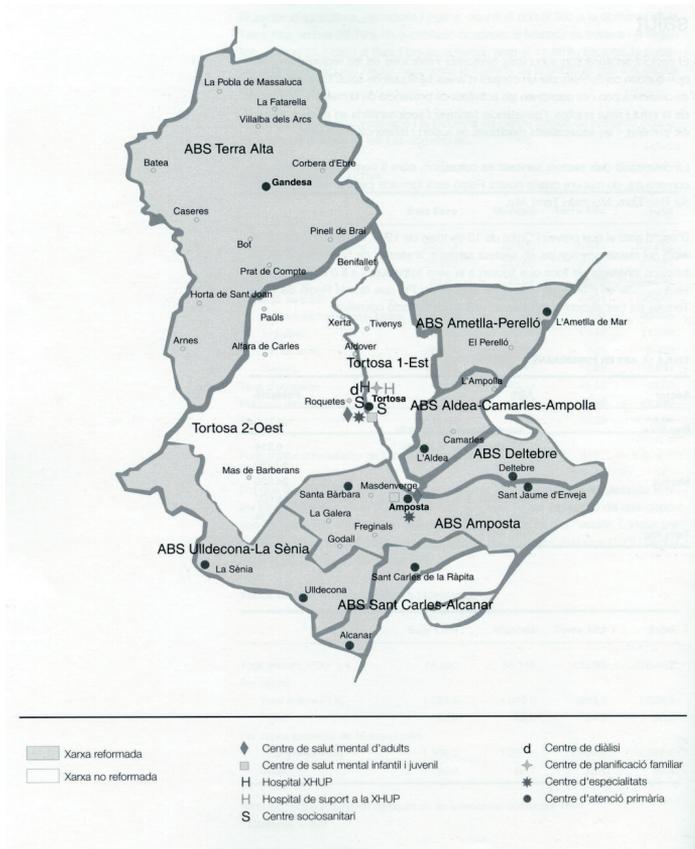
	Baix Ebre	Montsià	Terra Alta	Total
Total [millones Ptas.]	68.490	55.119	12.089	135.698
Per cápita [miles Ptas.]	1.059,5	1.015,0	933,9	1.028,8

© Memòria d'activitat 1996 de la Regió Sanitària Tortosa [1997, p. 30].

6.7.2. SECTORES SANITARIOS Y ABS

Los SS son subunidades territoriales integrados en las RS y son formados por un conjunto de áreas básicas de salud. En su ámbito se desarrollan y se coordinan las actividades de prevención de la enfermedad, promoción de la salud y salud pública, la asistencia sanitaria y sociosanitaria en el nivel de atención primaria, y las especialidades médicas de soporte y referencia de ésta.

FIGURA 6.26. Mapa de la RSTO.



© Memòria d'activitat 1996 de la Regió Sanitària Tortosa [1997, p. 32].

La delimitación de los sectores sanitarios se corresponde, como norma general, con las comarcas, de manera que la RSTO está formada por tres sectores sanitarios:

- Baix Ebre.
- Montsià.
- Terra Alta.

De acuerdo con el que prevé la Orden de 10 de mayo de 1994, la Resolución de 12 de mayo del mismo año agrupa los sectores sanitarios, a efectos de la acumulación de las funciones inherentes a los lugares que figuran en su estructura y con objetivo de agilizar su puesta en marcha, en direcciones operativas.

Con relación a la RSTO los tres sectores se agrupan en una única dirección operativa.

TABLA 6.24. ABS en funcionamiento, por sectores RSTO.

SS	ABS
Baix Ebre	L'Aldea, Camarles, l'Ampolla, L'Ametlla de Mar, el Perelló, Deltebre.
Montsià	Amposta, Sant Carles de la Ràpita, Alcanar, Uldecona, La Sénia.
Terra Alta	Terra Alta

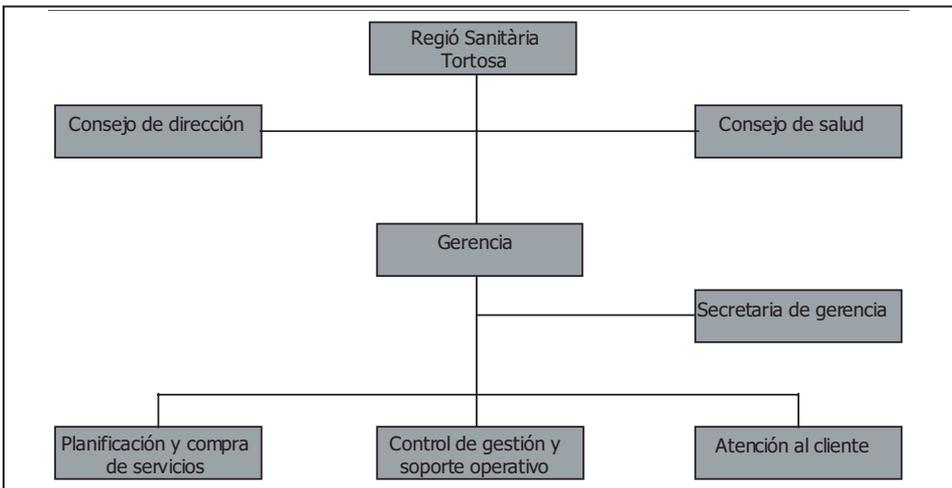
© Memòria d'activitat 1996 de la Regió Sanitària Tortosa [1997, p. 31].

6.7.3. ESTRUCTURA CORPORATIVA

La LOSC establece que los órganos de dirección y gestión de las Regiones Sanitarias son el Consejo de Dirección, los gerentes y los órganos u organismos, los servicios y las unidades que se constituyen por reglamentación y, así mismo, que el Consejo de Salud es el órgano de participación en la RS —artículo 24 de la LOSC en anexo—.

Con relación a las unidades, el Comité Directivo del SCS acordó —en consecución de las funciones encomendadas a las regiones sanitarias— prever cinco ámbitos funcionales de actuación:

- Planificación.
- Compra de servicios.
- Atención al cliente.
- Control de gestión.
- Soporte operativo.

FIGURA 6.27. Organigrama de la RSTO.

© Memòria d'activitat 1996 de la Regió Sanitària Tortosa [1997, p. 41].

En la RSTO, ateniéndose a sus propias características, estos ámbitos funcionales se agruparon en tres unidades:

- Planificación y Compra de Servicios.
- Atención al Cliente.
- Control de Gestión y Soporte Operativo.

6.8. REGIÓ SANITÀRIA GIRONA

6.8.1. DESCRIPCIÓN, TERRITORIO Y POBLACIÓN

El ámbito territorial de la Regió Sanitària Girona —RSG— fue establecido por el Decreto 114/1994, de 3 de mayo, de delimitación de las regiones sanitarias y de los sectores sanitarios del Servei Català de la Salut —SCS—, y comprende los siguientes sectores sanitarios:

- Gironès.
- Selva.
- Pla de l'Estany.
- Baix Empordà.
- Alt Empordà.
- Garrotxa.
- Ripollès.

Estos sectores sanitarios prácticamente coinciden con las comarcas de los mismos nombres, con excepción de algunos municipios limítrofes, que están adscritos a las áreas básicas de salud del sector sanitario vecino.

Hasta la entrada en vigor del comentado Decreto, la RSG incluía también la parte de la Cerdanya correspondiente a la provincia de Girona, y a efectos de gestión se mantuvo este ámbito hasta finales del año 1994.

La población total de aquel ámbito era de 509.628 personas, según los datos del censo de 1991.

En el período 1981—1991 se produjo una tasa de crecimiento demográfico del 9,2%, muy superior a la del conjunto de Catalunya —1,7%—.

El crecimiento vegetativo anual, equivalente a la diferencia entre la tasa de natalidad y la tasa de mortalidad, solamente explicaba una quinta parte de este crecimiento. El resto del crecimiento se ha de atribuir a un saldo migratorio positivo.

TABLA 6.25. Pirámide poblacional, censo de 1991 de la RSG.

Grupo de edad	Número de personas			Proporción sobre la población		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
0—14	47.240	44.502	91.742	9,47%	8,92%	18,40%
15—29	59.597	57.231	116.858	11,95%	11,48%	23,43%
30—44	53.752	51.393	105.145	10,78%	10,31%	21,08%
45—64	53.659	54.279	107.938	10,76%	10,88%	21,64%
> 65	33.254	43.810	77.064	6,67%	8,78%	15,45%
Total	247.502	251.215	498.717	49,63%	50,37%	100,00%

© Memòria d'activitat 1996 de la Regió Sanitària Girona [1997, p. 28].

La distribución de la población por grupos de edades y sexo se estrecha en los grupos más jóvenes e se ensancha en los de mayor edad. Comparativamente la proporción de mayores de 65 años —15,5%— es superior a la global de Catalunya —14,3%—. La distribución de la población de la RSG es bastante dispersa, quedando claro en la densidad de la población —190 habitantes por Km²—, y en el gran número de municipios que comprende —209—, 100 de los cuales son de menos de 500 habitantes.

TABLA 6.26. Indicadores sociodemográficos de la RSG.

	RSG	Catalunya	Girona/Catalunya
Extensión	5.517	31.895,3 Km ²	17,30%
Población	519.368	6.090.040 Habitantes	8,53%
Densidad población	94,1	190,9 Habitantes/ Km ²	
Menores de 15 años	15,66	15 %	
Mayores de 65 años	16,83	16 %	
Población activa	241,9	2.663,6 Personas	8,40%
Renta per cápita	1.524,5	1.363,3 Miles PTA	

© Memòria d'activitat 1997 de la Regió Sanitària Girona [1998, p. 26].

6.8.2. SECTORES SANITARIOS Y ABS

El eje vertebrador del sistema sanitario es el área básica de salud —ABS—, unidad territorial elemental donde se presta la atención primaria de salud de acceso directo de la población —LOSC, artículo 41 en anexo—.

Las ABS se delimitan según factores geográficos, demográficos, sociales, epidemiológicos y de vías de comunicación homogéneas.

Cada ABS cuenta, como mínimo, con un centro de atención primaria —CAP— y se ha de coordinar con todos los servicios sanitarios y sociosanitarios de atención primaria en su ámbito, como también con los servicios jerarquizados de especialidades y los hospitales que tengan asignados.

TABLA 6.27. Distribución territorial de la RSG.

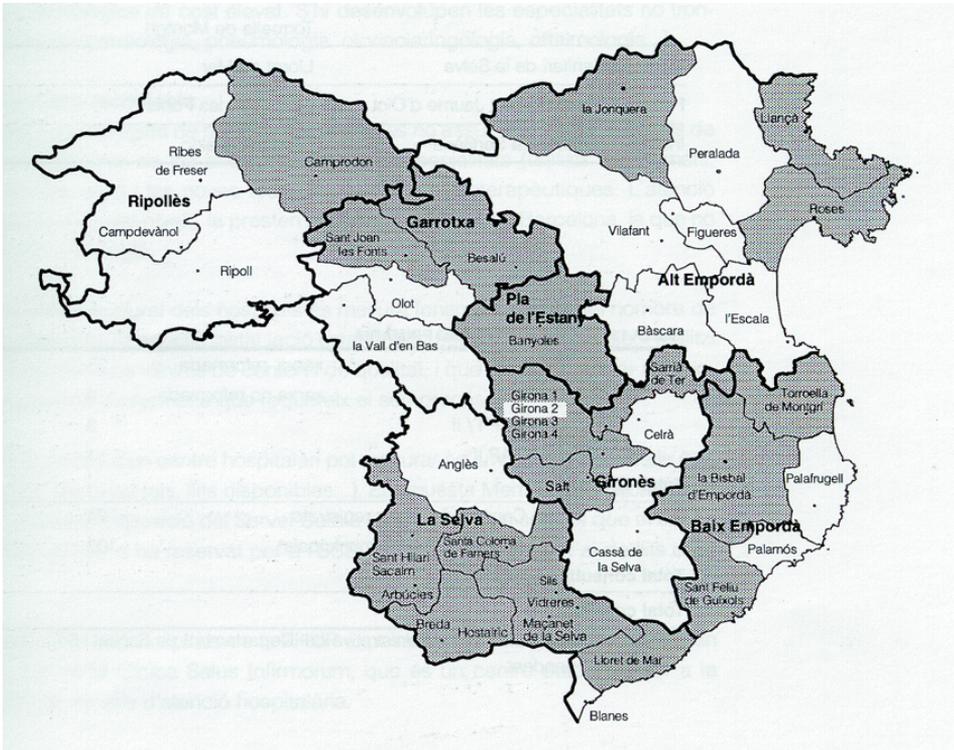
Dirección operativa	Sector Sanitario	Área básica de salud
Dirección operativa 5	Baix Empordà	La Bisbal d'Empordà, Palafrugell, Palamós, Sant Feliu de Guíxols, Torroella de Montgrí.
	Gironès	Cassà de la Selva, Celrà, Girona 1, Girona 2, Girona 3, Girona 4, Salt, Sarrià de Ter.
	Pla de l'Estany	Banyoles
	Selva	Anglès, Arbúcies—Sant Hilari Sacalm, Blanes, Breda—Hostalric, Lloret de Mar, Santa Coloma de Farners, Sils—Vidreres—Maçanet de la Selva.
Dirección operativa 6	Alt Empordà	Bàscara, L'Escala, Figueres, La Jonquera, Llançà, Peralada, Roses, Vilafant.
	Garrotxa	Besalú, Olot, Sant Joan les Fonts, La Vall d'en Bas.
	Ripollès	Camprodon, Ribes de Freser—Campdevànol, Ripoll.

Fuente: Elaboración propia a partir de la Memòria d'activitat 1996 de la Regió Sanitària Girona [1997].

Las funciones de la ABS se desarrollan cuando se crea el equipo de atención primaria —EAP—, formado por un conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios, que actúan de manera integrada, por medio del trabajo en equipo. La región sanitaria se ha de ordenar en subunidades territoriales denominados sectores sanitarios —SS—.

El ámbito territorial de los sectores fue establecido por el Decreto 114/1994, de 3 de mayo, de delimitación de las regiones sanitarias y de los sectores sanitarios del SCS, y prácticamente coinciden con los territorios de las comarcas.

FIGURA 6.28. Mapa de la RSG.



© Memòria d'activitat 1996 de la Regió Sanitària Girona [1997, p. 33].

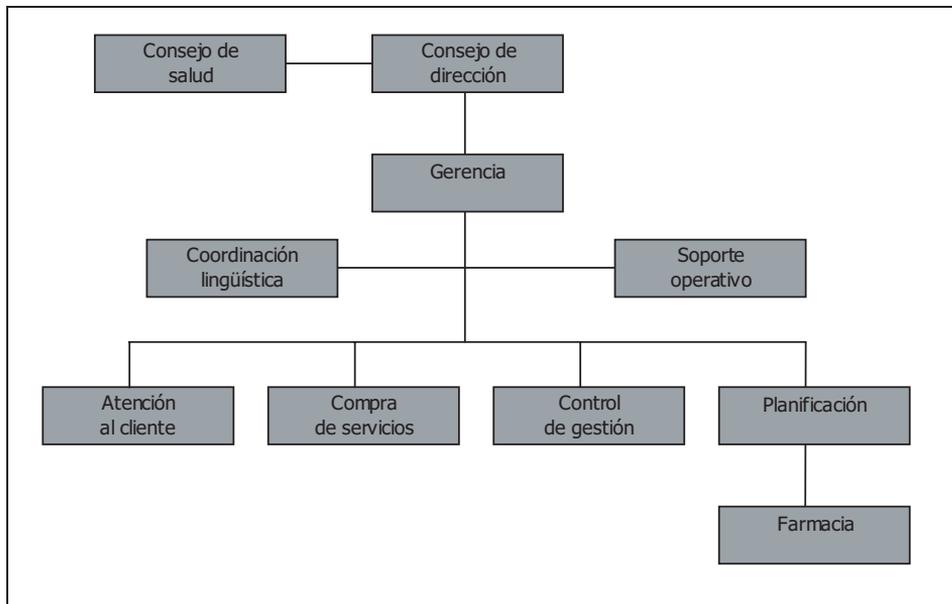
6.8.3. ESTRUCTURA CORPORATIVA

La RSG se estructura, de acuerdo con el artículo 24 y siguientes de la LOSC —en anexo—, en diversos órganos de dirección y gestión y un órgano de participación.

El gerente asume la dirección y la gestión de la Regió Sanitària, como también la representación plena del Consejo de Dirección con relación a la ejecución de los acuerdos que esta adopte.

El gerente tiene el soporte de las unidades que se ven en el organigrama.

FIGURA 6.29. Organigrama de la RSG.



© Memòria d'activitat 1996 de la Regió Sanitària Girona [1997, p. 46].

6.9. REGIÓ SANITÀRIA COSTA DE PONENT

6.9.1. DESCRIPCIÓN, TERRITORIO Y POBLACIÓN

La Regió Sanitària Costa de Ponent —RSCP— está formada por siete sectores sanitarios, que son los siguientes:

- Barcelonès Sud l'Hospitalet de Llobregat
- Baix Llobregat Centre—Nord
- Baix Llobregat Font Santa
- Baix Llobregat Delta—Litoral
- Garraf
- Alt Penedès
- Anoia

La distribución demográfica de la RSCP es la siguiente:

TABLA 6.28. Distribución demográfica de la RSCP.

Extensión	2.089	Km ²
Población	1.115.098	Habitantes
Población activa	411.335	Habitantes
Tasa de natalidad	9,12	Por mil habitantes
Tasa de mortalidad	7,16	Por mil habitantes
Esperanza de vida	Hombres Mujeres	74,1 años 81,7 años

© Memòria d'activitat 1996 Regió Sanitària Costa de Ponent [1997, p. 29].

TABLA 6.29. Habitantes por grupos de edad, censo 1991 de la SCP.

Sector sanitario	0 — 14	15 — 64	> 65	Total
Anoia	15.648	53.330	11.632	80.610
Barc. Sud l'Hospitalet de Llobregat	46.648	194.827	31.103	272.578
Baix Llobregat Font Santa	29.291	122.757	18.637	170.685
Baix Llobregat Centre—Nord	31.867	109.046	17.689	158.602
Baix Llobregat Delta—Litoral	61.824	201.743	25.737	289.304
Garraf	15.033	53.691	10.616	79.340
Alt Penedès	11.514	41.954	10.511	63.979
Total RSCP	211.825	777.348	125.925	1.115.098

© Memòria d'activitat 1996 Regió Sanitària Costa de Ponent [1997, p. 30].

TABLA 6.30. Distribución territorial de la RSCP.

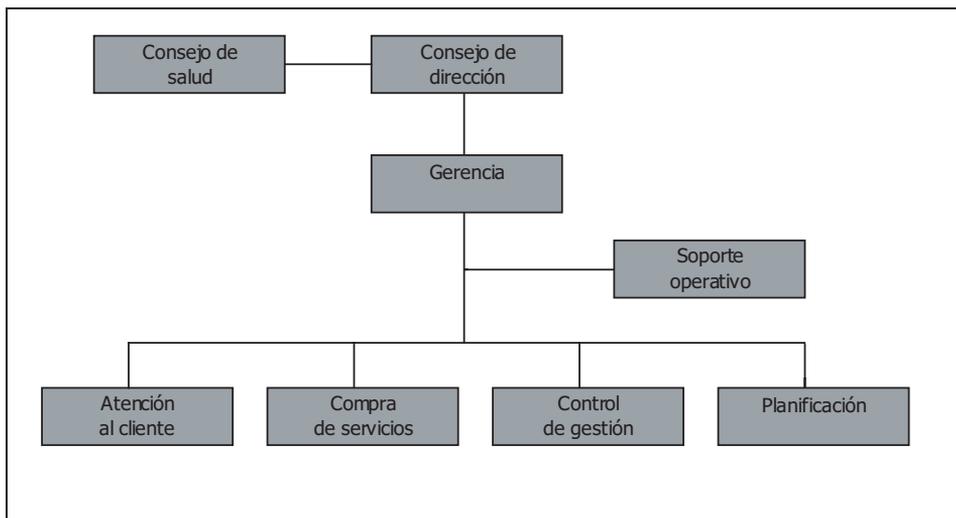
SS	ABS	SS	ABS
Anoia	Vilanova del Camí, Sta Margarida de Montbui, Anoia Rural, Piera, Igualada Urbà, Capellades, Calaf.	Baix Llobregat Font Santa	Cornellà 1, Cornellà 2, Cornellà 3, Cornellà 4, Espluges 1, Espluges 2, Sant Just Desvern, Sant Joan Despí 1, Sant Joan Despí 2.
Barcelonès Sud L'Hospitalet de Llobregat	L'Hospitalet 1, L'Hospitalet 2, L'Hospitalet 3, L'Hospitalet 4, L'Hospitalet 5, L'Hospitalet 6, L'Hospitalet 7, L'Hospitalet 8, L'Hospitalet 9, L'Hospitalet 10, L'Hospitalet 11, L'Hospitalet 12, L'Hospitalet 13.	Baix Llobregat Centre—Nord	Molins de Rei, Vallirana, Martorell, Esparreguera, Olesa de Montserrat, Sant Andreu de la Barca, Sant Feliu de Llobregat 1, Sant Feliu de Llobregat 2.
Baix Llobregat Delta—Litoral	El Prat 1, El Prat 2, El Prat 3, Sant Boi 1, Sant Boi 2, Sant Boi 3, Sant Boi 4, Sant Vicenç dels Horts, Viladecans 1, Viladecans 2, Castelldefels, Gavà 1, Gavà 2.	Garraf	Garraf Rural, Sitges, Vilanova i la Gertrú 1, Vilanova i la Gertrú 2.
		Alt Penedès	Penedès Rural, Vilafranca del Penedès, Sant Sadurní d'Anoia.

Fuente: Elaboración propia a partir de la Memòria d'activitat 1996 Regió Sanitària Costa de Ponent [1997].

6.9.3. ESTRUCTURA CORPORATIVA

La RSCP tiene totalmente desplegada la estructura funcional, tanto con relación a los servicios centrales como con la estructura del territorio.

FIGURA 6.31. Organigrama de la RSCP.



Fuente: Elaboración propia a partir de la Memòria d'activitat 1996 Regió Sanitària Costa de Ponent [1997].

6.10. REGIÓ SANITÀRIA BARCELONÈS NORD I MARESME

6.10.1. DESCRIPCIÓN, TERRITORIO Y POBLACIÓN

La Regió Sanitària Barcelonès Nord i Maresme —RSBNM— es la responsable del funcionamiento del sistema sanitario público en el territorio delimitado por las ciudades de Badalona, Sant Adrià de Besòs y Santa Coloma de Gramenet —Barcelonès Nord— y la comarca del Maresme.

TABLA 6.31. Resumen de las características de la RSBNM.

Datos estructurales		Definición parámetro	
Población	Barcelonès Nord	367.523	Número de habitantes
	Maresme	318.891	
	Total	686.414	
Extensión	Barcelonès Nord	32,44	Km ²
	Maresme	397,10	
	Total	429,50	
Densidad de población	Barcelonès Nord	11.329,3	Habitantes por Km ²
	Maresme	803,0	
	Total	1.589,1	
División territorial		2	Número de comarcas
Tasa de mortalidad		6,95	Defunciones por mil habitantes
Tasa de natalidad		9,61	Nacimientos por mil habitantes

© Memòria d'activitat 1996 RSBNM [1997, p. 31].

En la RSBNM residen oficialmente, según datos del censo de 1996, 686.414 habitantes. La estructura de la población es bastante joven, independiente de apreciarse una caída de la natalidad desde el año 1975, igual al resto de Catalunya.

6.10.2. SECTORES SANITARIOS Y ABS

6.10.2.1. SECTOR SANITARI BARCELONÈS NORD

Este SS está formado por el conjunto de tres municipios:

- Badalona.
- Sant Adrià de Besòs.
- Santa Coloma de Gramenet.

Según el censo de 1991, tienen un total de 386.016 habitantes. Durante el período de expansión demográfica este sector experimenta un incremento muy intenso de su población.

El municipio de Santa Coloma de Gramenet, por ejemplo, pasó de tener 32.950 habitantes en el año 1950 a tener 137.579 en el año 1975. Esta masiva inmigración es la responsable de la característica más destacada desde el punto de vista demográfico —la juventud de su población—.

El carácter preferentemente industrial de la inmigración hizo que la crisis económica afectase especialmente este sector, de forma que algunos municipios presentan, desde el año 1977, saldos migratorios negativos.

Según datos del censo de 1991:

- El 10,28% de la población del Barcelonès Nord tiene más de 64 años.
- El Barcelonès Nord es un de los SS con una población de las más jóvenes de Catalunya. Tiene un índice de envejecimiento del 0,52, que contrasta con el 0,80 de Catalunya.
- La tasa de natalidad —9,05/1.000 habitantes— y la global de fertilidad —33,80/1.000 habitantes— del Barcelonès Nord, que hasta ahora eran superiores a los de Catalunya, ya es superada por los datos globales catalanes —9,3/1.000 habitantes y 36,5/1.000 habitantes— respectivamente.
- La densidad de la población es extremadamente elevada —11.329 habitantes/km²—.

TABLA 6.32. Evolución demográfica de los municipios del Barcelonès Nord.

Municipio	Población			Crecimiento absoluto		
	1986	1991	1996	86/91	91/96	86/96
Badalona	225.016	218.725	210.987	-6.291	-7.738	-14.029
Sant Adrià de Besòs	34.735	34.154	33.361	-581	-793	-1.374
Santa Coloma	135.258	133.138	123.175	-2.120	-9.963	-12.083
Total SS	395.009	386.017	367.523	-8.992	-18.494	-27.486

TABLA 6.33. Distribución territorial del SS Barcelonès Nord.

Sector sanitario	ABS
Barcelonès Nord	Badalona 1, Badalona 2, Badalona 3, Badalona 4, Badalona 5, Badalona 6, Badalona 7A, Badalona 7B, Badalona 8, Badalona 9, Badalona 10, Badalona 11, Badalona 12, Sant Adrià 1, Sant Adrià 2, Santa Coloma de Gramenet 1, Santa Coloma de Gramenet 2, Santa Coloma de Gramenet 3, Santa Coloma de Gramenet 4, Santa Coloma de Gramenet 5, Santa Coloma de Gramenet 6.

Fuente: Elaboración propia a partir de Memòria d'activitat 1996 Regió Sanitària Barcelonès Nord i Maresme [1997].

6.10.2.2. SECTOR SANITARI EL MARESME

El SS El Maresme comprende la comarca geográfica del Maresme y el municipio de Fogars de Tordera. La capital es Mataró. En la evolución de la población del Maresme desde el año 1950 hasta hoy se distingue claramente dos fases: una primera, de fuerte expansión demográfica —año 1950 hasta 1975— y una segunda —desde el 1975 hasta la actualidad— de crecimiento más moderado, si bien las dos etapas tienen niveles de crecimiento superiores a los de Catalunya.

El saldo inmigratorio entre el 1950 y el 1986 se calcula en unas 108.000 personas. Este fenómeno ha tenido un efecto rejuvenecedor sobre la pirámide de población y explica, en parte, unas tasas de natalidad superiores a la media catalana.

Los rasgos más característicos de la población del Maresme, referidos en el censo del año 1991, son los siguientes:

- El 19,9% de la población tiene de 0 a 14 años, los mayores de 65 años representan el 12,32%.
- El índice de envejecimiento es del 0,62, por debajo del 0,80 de Catalunya.
- La relación de dependencia global —47,52— es ligeramente superior a la media catalana —47,22—, fundamentalmente por la relación superior de dependencia juvenil, ya que la senil es inferior.
- Las tasas de natalidad —10,5/1.000 habitantes— y global de fertilidad —40,2/1.000 habitantes— son más altas en el Maresme que en Catalunya —9,3 y 36,5/1.000 habitantes— respectivamente.

La evolución del censo en El Maresme durante los últimos diez años muestra un aumento de 49.096 habitantes, cifra que supone un incremento del 18%.

El precio de la vivienda en Barcelona, las obras viarias realizadas y las que se encuentran en fase de ejecución podrían justificar el mantenimiento de la

tendencia actual que no parece, ahora, haber llegado al limite. Esto puede suponer, para el año 2000, una población de más de 360.000 habitantes.

TABLA 6.34. Evolución demográfica del SS El Maresme.

SS Maresme	Población			Crecimiento absoluto		
	1986	1991	1996	86/91	91/96	86/96
Total SS	269.795	293.500	318.891	23.705	25.788	49.493

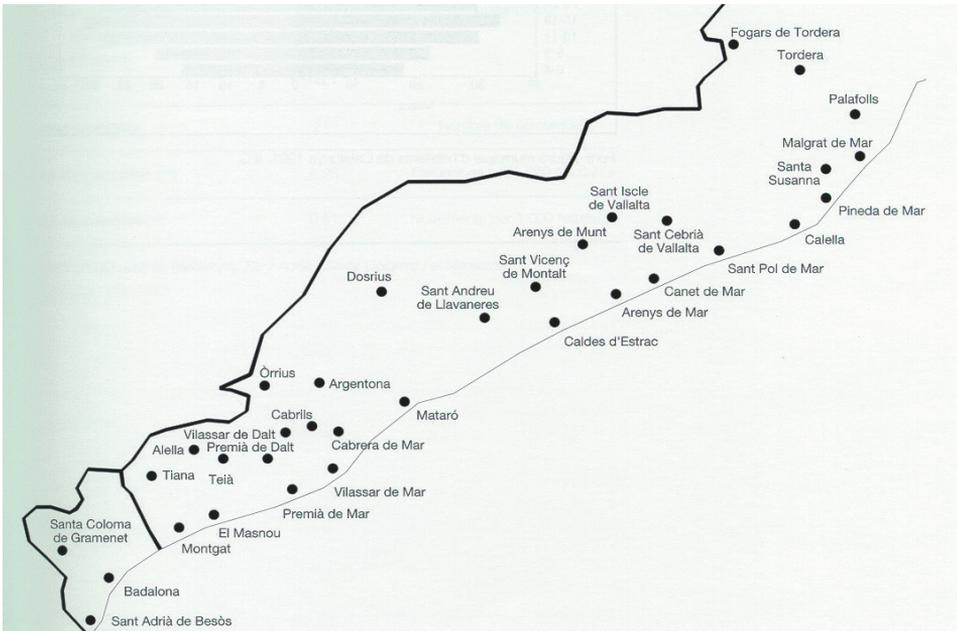
Fuente: Elaboración propia a partir Memòria d'activitat 1996 Regió Sanitària Barcelonès Nord i Maresme [1997].

TABLA 6.35. Distribución territorial del SS El Maresme.

Sector sanitario	ABS
El Maresme	Arenys de Mar, Sant Andreu de Llavaneres, Argentona, Calella, Pineda de Mar, Canet de Mar, Malgrat de Mar, Tordera, Premià, El Masnou, Mongat, Vilassar de Dalt, Vilassar de Mar, Mataró 1, Mataró 2, Mataró 3, Mataró 4, Mataró 5, Mataró 6, Mataró 7.

Fuente: Elaboración propia a partir de Memòria d'activitat 1996 Regió Sanitària Barcelonès Nord i Maresme [1997].

FIGURA 6.32. Mapa de la RSBNM.



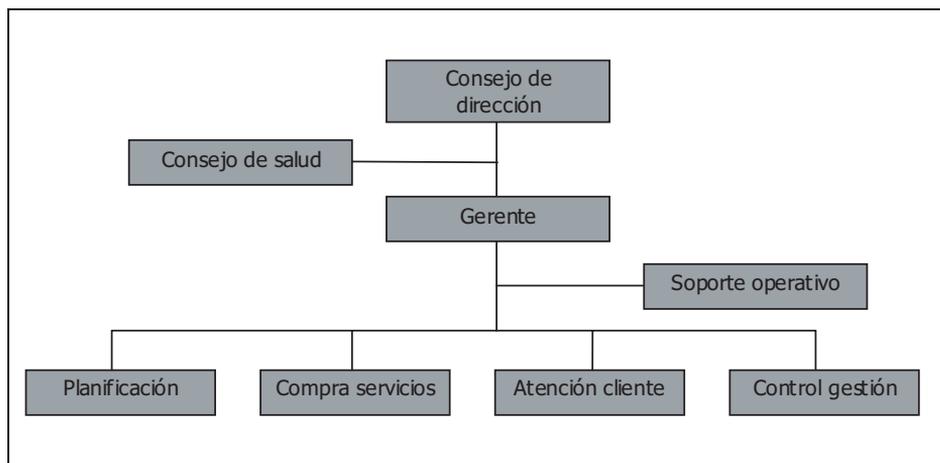
© Memòria d'activitat 1996 Regió Sanitària Barcelonès Nord i Maresme [1997, p. 29].

6.10.3. ESTRUCTURA CORPORATIVA

La RS es el primer nivel territorial de la estructura organizativa del Servei Català de la Salut. De esta manera se acerca la gestión al ciudadano y se aumenta la eficiencia de la organización. Una muestra de este acercamiento a la comunidad es la participación de ésta, por primera vez, en la estructura directiva de la RS. La LOSC reserva al SS el papel de órgano de descentralización de la estructura organizativa del SCS. La Regió Sanitària Barcelonès Nord i Maresme está formada por dos sectores sanitarios: Barcelonès Nord y El Maresme.

El gerente de la RS asume la dirección y la gestión. Es el responsable de ejecutar las políticas propuestas desde la dirección del SCS, y también los acuerdos adoptados por el Consejo de Dirección de la Región. Uno de los resultados del proceso de despliegue territorial del SCS fue la determinación de las funciones básicas adscritas a las RS, según los diferentes ámbitos de responsabilidad y de los recursos humanos de la región, y que son las siguientes, ya descritas anteriormente: Planificación; Compra de servicios; Atención al cliente; Control de gestión y Soporte operativo.

FIGURA 6.33. Organigrama de la RSBNM.



6.11. REGIÓ SANITÀRIA CENTRE

6.11.1. DESCRIPCIÓN, TERRITORIO Y POBLACIÓN

La Regió Sanitària Centre —RSC— comprende básicamente las comarcas del Solsonès, la Cerdanya, el Berguedà, el Bages, Osona, el Vallès Oriental y el Vallès Occidental. Según los datos del censo de 1991, la RSC tiene un total de 1.243.508 habitantes y una extensión de 6.577 km². Actualmente constituye el 20,5% de la población total de Catalunya y es la segunda región en número de habitantes. La densidad de población de la RSC es de 189 habitantes por km² —187,5 en Catalunya— y la distribución entre las diferentes comarcas y sectores es muy variada —los sectores sanitarios Bages, Berguedà, Cerdanya y Solsonès son los que tienen una densidad de población menor por causa de las comarcas de los Pirineos que los integran, en el otro extremo se sitúa el Sector Sanitari Sabadell con una densidad de 1.418 habitantes por km², formado básicamente por poblaciones urbanas—.

TABLA 6.36. Datos sociodemográficos de la RSC por SS.

	Sabadell	Terrassa, Rubí y Sant Cugat	Osona y Vallès Oriental	Bages, Berguedà, Cerdanya y Solsonès	Total
Habitantes	385.815	262.698	377.786	217.209	1.243.508
0—14 años	77.953	52.445	74.292	36.269	240.959
15—64 años	266.577	179.235	257.015	142.892	845.719
> 65 años	41.285	31.018	46.479	38.048	156.830
Índice de dependencia	44,73	46,57	46,99	52,01	47,04
Índice de envejecimiento	52,96	59,14	62,56	104,90	65,09
Densidad	2.189	1.056	179	55	189
Crecimiento 1986—1991	1,29	1,53	1,41	0,13	1,16
Natalidad	9,56	10,70	10,38	7,98	9,78
Mortalidad	6,65	7,06	7,24	10,01	7,50

© Memòria d'activitat 1996 de la Regió Sanitària Centre [1997, p. 27].

Las poblaciones de los sectores que integran la RSC muestran diferencias muy notables, los sectores que incluyen las comarcas rurales del Solsonès, la Cerdanya, el Bages, el Berguedà y Osona son las que presentan una población más envejecida. Los sectores que comprenden las comarcas del Vallès Oriental y del Vallès Occidental son los que presentan las poblaciones más jóvenes. La RSC

tiene un índice de envejecimiento del 65%, donde destacan los sectores Bages, Berguedà, Cerdanya y Solsonès con un índice mayor, y el Sector Sanitari Sabadell con índice menor.

El índice de dependencia global de la población de la RSC es del 47%. Los sectores que se diferencian más son los del Bages, Berguedà, Cerdanya y Solsonès con un 52%, ya que su población está más envejecida.

El crecimiento de la población de la RSC durante el período 1986—1991 ha sido bajo. La tasa de crecimiento anual, condicionada por la natalidad, mortalidad y movimientos migratorios, ha sido del 1,16% durante estos años. La tasa de natalidad de la RSC en el 1994 es de 9,78 nacidos vivos por 1.000 habitantes, lo que supone una disminución respecto a la de los años anteriores. La distribución entre los sectores se modifica respecto de los años anteriores, ya que el Sector Sanitari Sabadell, con una población más joven, presenta una natalidad más baja que Osona y el Vallès Oriental. Los sectores sanitarios Bages, Berguedà, Cerdanya y Solsonès presentan la tasa de natalidad más baja.

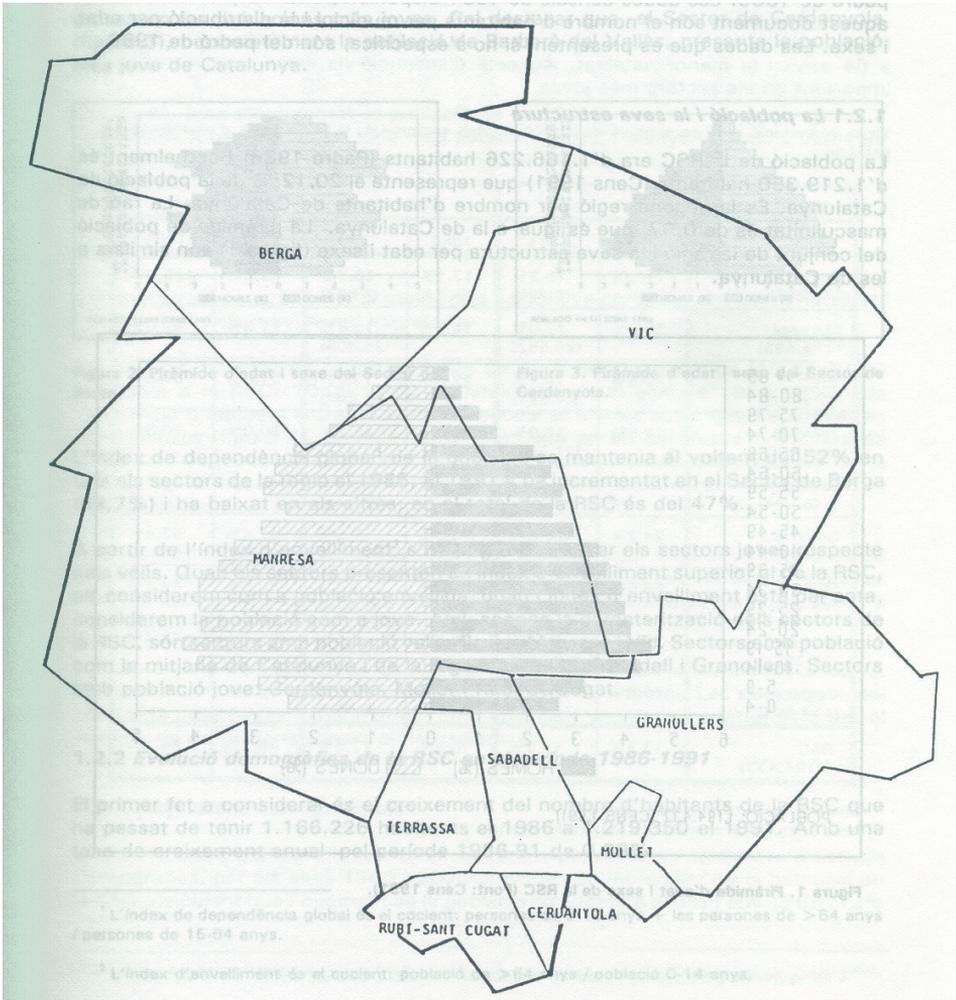
La tasa bruta de mortalidad de la RSC, obtenida a partir del período 1989—1993, es de 7,50 muertos por 1.000 habitantes, inferior a la de Catalunya, que es de 8,53. Los sectores formados por comarcas rurales son los que presentan unas tasas superiores, por causa del envejecimiento de la población.

El crecimiento vegetativo es positivo en el conjunto de la RSC. Solamente los sectores Bages, Berguedà, Cerdanya y Solsonès tienen un crecimiento vegetativo negativo. La pirámide de edades de la RSC refleja claramente su estructura. La fuerte bajada de la natalidad en estos últimos años produce una disminución importante de la base de la pirámide.

6.11.2. SECTORES SANITARIOS Y ABS

La RSC sufrió una modificación en su delimitación territorial de acuerdo con el Decreto 114/1994, de 3 de mayo, de delimitación de las RS y de los SS del SCS. Se han incorporado las ABS de la Cerdanya y del Solsonès, las cuales pertenecían a la RSG y a la RSL, respectivamente.

FIGURA 6.34. Mapa de la RSC.



6.11.2.1 SS BAGES, BERGADÀ, Cerdanya y Solsonès

Este sector está compuesto por las comarcas del Bages, el Bergadà, la Cerdanya y el Solsonès, con un total de 100 municipios y 19 ABS.

TABLA 6.37. ABS de los SS Bages, Bergadà, Cerdanya y Solsonès.

Comarcas	ABS
Bages	Artés, Cardona, Montserrat, Manresa 1, Manresa 2, Manresa 3, Manresa 4, Moià, Navàs—Balsareny, Sallent, Navarres—Sant Fruitos de Bages, Sant Joan de Vilatorrada, Sant Vicenç de Castellet, Súria.
Bergadà	Bergadà Centre, Baix Bergadà, Alt Bergadà.
Solsonès	Solsonès.
Cerdanya	Cerdanya.

Fuente: Elaboración propia a partir de la Memòria d'activitat 1996 de la Regió Sanitària Centre [1997].

6.11.2.2. SS OSONA Y VALLÈS ORIENTAL

Este sector está formado por las comarcas de Osona y del Vallès Oriental, con un total de 92 municipios y 23 ABS.

TABLA 6.38. ABS de los SS Osona y Vallès Oriental.

Comarcas	ABS
Vallès Oriental	Caldes de Montbui, Cardedeu, La Garriga, Montornès—Montmeló, Sant Celoni, Granollers 1, Granollers 2, Granollers 3, Granollers 4, Vall del Tenes, Martorelles, Parets del Vallès, La Lagosta, Mollet del Vallès.
Osona	Centelles, Manlleu, Lluçanès, Sant Hipòlit de Voltregà, Sant Quirze de Besora, Santa Eugènia de Berga, Tona, La Vall del Ges, Vic.

Fuente: Elaboración propia a partir de la Memòria d'activitat 1996 de la Regió Sanitària Centre [1997].

6.11.2.3. SS TERRASSA, RUBÍ Y SANT CUGAT

El sector se sitúa dentro de la comarca del Vallès Occidental y está formada por 7 municipios y 9 ABS.

TABLA 6.39. ABS de los SS Terrassa, Rubí y Sant Cugat.

Comarcas	ABS
Vallès Occidental	Terrassa A, Terrassa B, Terrassa C, Terrassa D, Terrassa E, Terrassa F, Rubí 1, Rubí 2, Sant Cugat.

Fuente: Elaboración propia a partir de la Memòria d'activitat 1996 de la Regió Sanitària Centre [1997].

6.11.2.4. SS SABADELL

Este Sector también está situado dentro de la comarca del Vallès Occidental y está formado por 13 municipios y 18 ABS.

TABLA 6.40. ABS de los SS Sabadell.

Comarcas	ABS
Vallès Occidental	Castellar del Vallès, Sabadell 1—A, Sabadell 1—B, Sabadell 2, Sabadell 3—A, Sabadell 3—B, Sabadell 4—A, Sabadell 4—B, Sabadell 5, Sabadell 6, Sabadell 7, Santa Perpètua de Mogoda, Cerdanyola 1, Cerdanyola 2, Ripollet, Barberà del Vallès, Cuitat Badia, Montcada i Reixac.

Fuente: Elaboración propia a partir de la Memòria d'activitat 1996 de la Regió Sanitària Centre [1997].

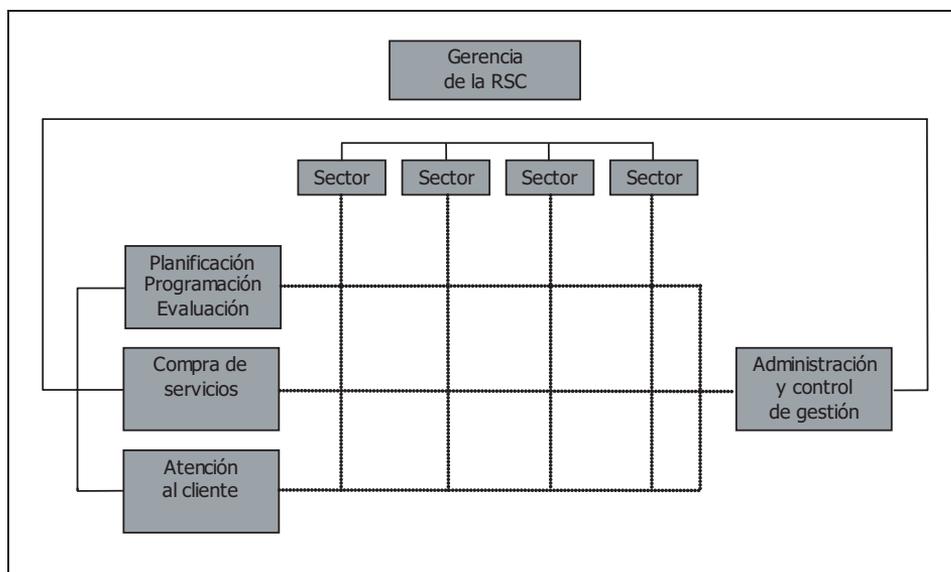
6.11.3. ESTRUCTURA CORPORATIVA

Durante el año de 1996 y por causa de la pérdida de efectivos humanos, por motivos diversos, pero básicamente por el ajuste presupuestario y de plantillas se tuvo que reorientar el modo de funcionamiento de la RSC.

Con relación a los SS, continúan sus trabajos en el territorio aprovechando su proximidad con los proveedores y los ciudadanos y del conocimiento del entorno, pero a la vez, buscando la máxima coordinación con los servicios centrales de la RSC.

Una gran parte de los problemas del día a día se pueden resolver dentro del SS, que ha de proporcionar respuestas a los problemas que se presentan y al mismo tiempo planificar y estudiar las líneas de futuro junto con los servicios centrales de la región, bajo coordinación y supervisión de la gerencia.

FIGURA 6.35. Organigrama de la RSC.



© Memòria d'activitat 1996 de la Regió Sanitària Centre [1997, p. 44].

6.12. REGIÓ SANITÀRIA BARCELONA CIUTAT

6.12.1. DESCRIPCIÓN, TERRITORIO Y POBLACIÓN

Barcelona concentra entorno del 30% de la población de Catalunya. Ubicada en una superficie de 99 km², presenta una población de 1.508.805 habitantes, según datos del padrón municipal de 1997. Eso supone una densidad de población aproximadamente de 15.230 habitantes por km². Las características más destacables en los cambios demográficos de Barcelona en los últimos años son la tendencia al decrecimiento de la población —del año 1981 al 1996 se observa una disminución de más de 100.000 habitantes—, como también la tendencia al envejecimiento, ya que el número de personas mayores de 65 años supera el número de jóvenes menores de 15 años.

TABLA 6.41. Datos sociodemográficos de Barcelona.

Datos estructurales		Definición parámetro
Población	1.508.805	Número de habitantes
Extensión	99,07	Km ²
Densidad de población	15.230	Habitantes por Km ²
División territorial	1	Número de comarcas
Renta per cápita	1.403.265	PTA por habitante [renta disponible]
Esperanza de vida	73,5—81,5	Años para hombre—mujer
Tasa de mortalidad	10,5	Defunciones por 1.000 habitantes
Tasa de natalidad	7,9	Nacimientos por 1.000 habitantes

© Consorci Sanitari de Barcelona. Recull de dades 1997 [1997, p. 2].

TABLA 6.42. Pirámide de edades.

Años	Hombres	Mujeres	Total
< 15	121.726	115.102	236.828
15—29	193.718	186.946	380.664
30—44	158.996	169.558	328.554
45—64	193.872	218.143	412.015
> 65	107.676	177.805	285.481
Total	775.988	867.554	1.643.542

© Memòria d'activitat 1996 Regió Sanitària Barcelona Ciutat [1997, p. 24].

6.12.2. SECTORES SANITARIOS Y ABS

La RSBC está dividida en 10 SS, que son los siguientes:

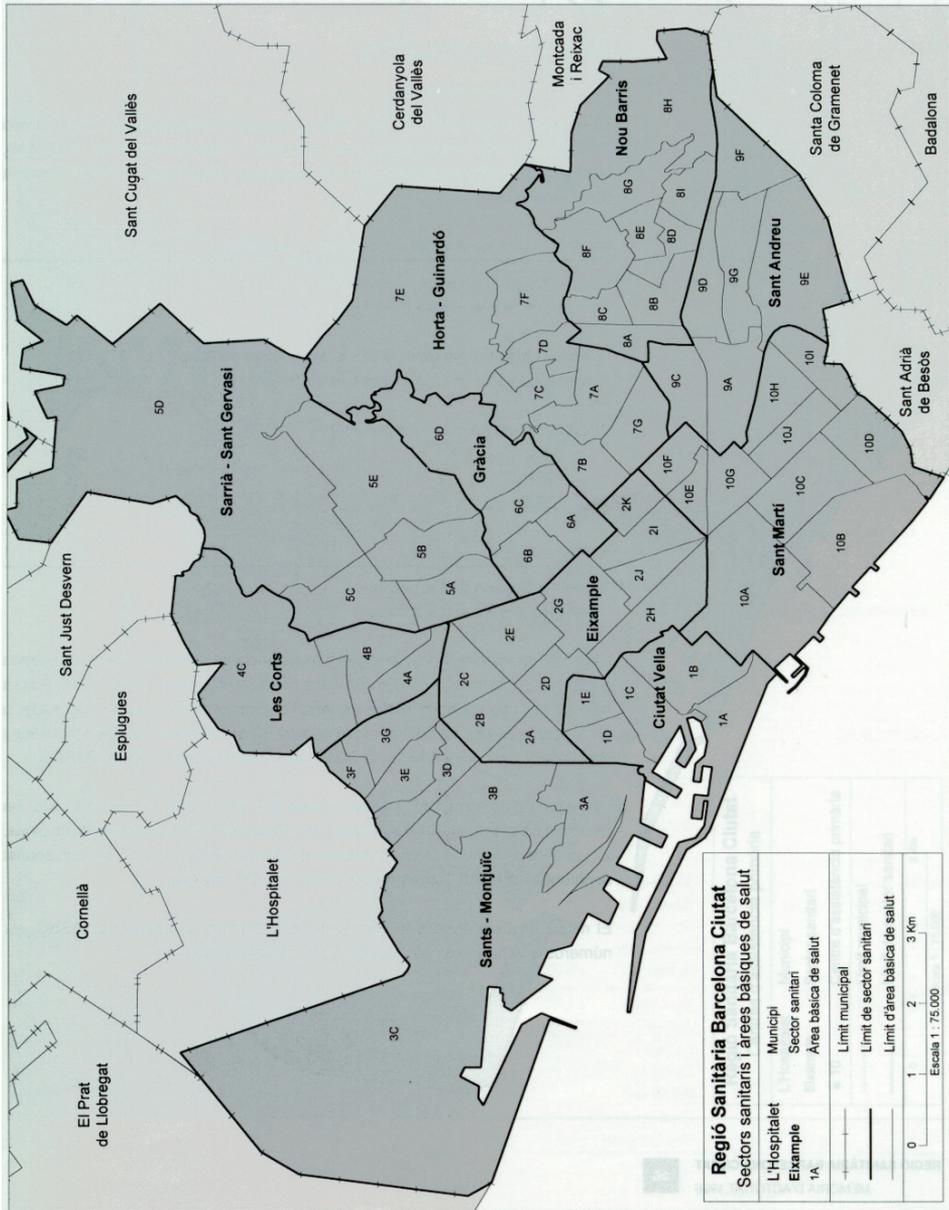
- Ciutat Vella.
- Eixample.
- Sants—Montjuïc.
- Les Corts.
- Sarrià—Sant Gervasi.
- Gràcia.
- Horta—Guinardó.
- Nou Barris.
- Sant Andreu.
- Sant Martí.

TABLA 6.43. Sectores sanitarios y ABS de la RSBC.

SS	ABS
Ciutat Vella	1A, 1B, 1C, 1D, 1E.
Eixample	2A, 2B, 2C, 2D, 2E, 2G, 2H, 2I, 2J, 2K.
Sants—Montjuïc	3A, 3B, 3C, 3D, 3E, 3F, 3G.
Les Corts	4A, 4B, 4C.
Sarrià—Sant Gervasi	5A, 5B, 5C, 5D, 5E.
Gràcia	6A, 6B, 6C, 6D.
Horta—Guinardó	7A, 7B, 7C, 7D, 7E, 7F, 7G.
Nou Barris	8A, 8B, 8C, 8D, 8E, 8F, 8G, 8H, 8I.
Sant Andreu	9A, 9C, 9D, 9E, 9F, 9G.
Sant Martí	10A, 10B, 10C, 10D, 10G, 10H, 10I, 10J.

Fuente: Elaboración propia a partir de la Memòria d'activitat 1996 Regió Sanitària Barcelona Ciutat [1997].

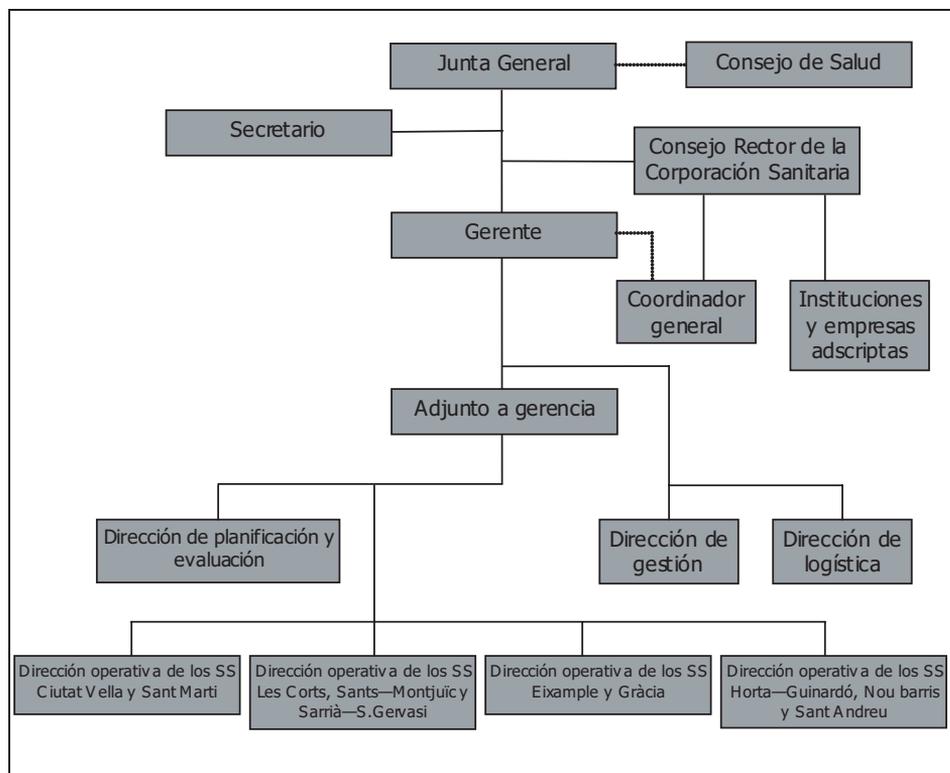
FIGURA 6.36. Mapa de la RSBC.



6.12.3. ESTRUCTURA CORPORATIVA

En la ciudad de Barcelona desde el mes de marzo de 1997, el Consorci Sanitari de Barcelona, ente público constituido por la Generalitat de Catalunya y el Ayuntamiento de Barcelona, adscrito al Servei Català de la Salut asume las funciones de dirección y coordinación de la gestión de los centros, los servicios y los establecimientos de protección de la salud y de atención sanitaria y sociosanitaria en el ámbito de la Regió Sanitària Barcelona Ciutat y se estructura en los órganos que determinan sus estatutos. La Junta General es el órgano de gobierno superior del Consorci y ejerce las funciones que el artículo 26 de la Ley 15/1990, de 9 de julio, y las disposiciones concordatarias, atribuyen al Consejo de Dirección de las Regiones Sanitarias, en el ámbito de la ciudad de Barcelona.

FIGURA 6.37. Organigrama de la RSBC.



6.13. HOSPITALES DE ALTA TECNOLOGÍA

6.13.1. HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU

6.13.1.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Durante los primeros años del siglo XXI, y con la vista puesta en un nuevo milenio, abrió las puertas un nuevo Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Fue la tercera construcción de nueva planta destinada a recoger el testimonio de la continuidad asistencial más antigua de Europa. El futuro hospital se emplazó en el mismo recinto del actual. El proyecto previó acoger alrededor de unas setecientas camas, proporcionando gran importancia al desarrollo de la actividad ambulatoria, de acuerdo con las previsiones futuras de utilización de los hospitales. En cinco niveles, el edificio se distribuye en tres naves separadas por partes interiores, que garantizaron la luminosidad. Las obras se iniciaron con la construcción de un aparcamiento con más de mil plazas. La misión del nuevo edificio fue colaborar a superar el alto nivel asistencial de la institución, un propósito que ha marcado los dos grandes momentos históricos del hospital: La entrada del siglo XX, con la adopción del conjunto arquitectónico proyectado por Lluís Domènech i Montaner —para ejecutar la voluntad testamentaria del banquero Pau Gil i Serra— y, la entrada del siglo XV, con la construcción del Hospital de la Santa Creu, como consecuencia del acuerdo de los dirigentes municipales y eclesiásticos de Barcelona para fusionar las deficientes casas de enfermos existentes y dar lugar a un sólido proyecto de hospital general que, durante quinientos años —hasta la obertura del Clínic, en 1907—, fue el único de la ciudad. Pero se tiene que hacer un paso atrás. La historia hospitalaria de Barcelona se puede remontar probablemente hasta el siglo IX, con un Hospital o Casa de Mesells, dedicado a Santa Margarida, para leprosos, situado fuera de la ciudad y dirigido seguramente por una orden mixta formada por clérigos y laicos.

Con todo, es a partir del cambio de milenio que se puede recomponer el hilo histórico con claridad. En el año 985, Barcelona es destruida por las tropas de al—Mansür. Superados los temores militaristas, la reconstrucción de la ciudad enlaza con un período de recuperación económica. Se construye la catedral románica y, a su lado, en la bajada de la Canonja, se encuentra el Hospital de Guitart, una pequeña casa que este barcelonés dona al hospital. Durante el siglo

XI recibe propiedades, fincas, legados y donaciones para su mantenimiento. Entre los donantes está el obispo Deodat y el conde Ramon Berenguer I y su esposa Elisabet. Fue conocido también como Hospital de la Canonja, como Casa de Hospital de la Seu o como de la Santa Creu i Santa Eulàlia. En el año 1218, cuando se crea la «Orde de la Mercè», el Rey Jaume I la concede a este hospital.

En medio del siglo XII otro ciudadano vinculado a Ramon Berenguer IV, es el origen del Hospital de Marcús, situado en la plaza que todavía tiene el nombre de Bernat Marcús y donde está la capilla de este hospital, que se mantuvo con la llegada del fundador y con donaciones de barceloneses. Durante el siglo XIV vive tiempos difíciles. En 1335, una orden del Vaticano concedía indulgencias a aquellos que la socorriesen. Finalmente, el municipio se hace cargo. Los consejeros de la ciudad también regentaron y administraron el Hospital del Almoina, o de Santa Marta, fundado en 1308 por el ciudadano Pere Desvilar en el suburbio llamado de Vilanova. Disponía de buenas rentas y hacía diligencias periódicas. Por otro lado, Pere Vilar, canónigo de la Catedral, fundó en el raval —y que después fue el Monasterio de los Jerónimos— un pequeño albergue que acogía muy pocos enfermos. Su principal servicio era la maternidad, acogía niños abandonados en las buhardillas hasta que les encontraba una nodriza. Era conocido como Hospital del Pere Vilar o de Sant Macià. Había, todavía, dos casas más: Un hospital poco documentado al lado del Monestir d'Agustins de Santa Eulàlia del Camp, y el Hospital de Colom —que sucede el Hospital de Guitart—, que es el precedente físico directo del Hospital de la Santa Creu.

El canónigo Joan Colom, que fue tesorero de Jaume I, construye el hospital donde ya había unas casas de enfermos dispersas. Dóvalo de rentas en vida y al morir en el año 1229 la institución queda bajo la administración del obispo y del capitolio de la catedral. En el año 1236 se dictan las primeras ordenaciones para el hospital que fueron encontradas. La situación al final del siglo XIV, la definen una asistencia y unas instalaciones de pésima calidad, y hasta el año 1401 no llega la solución: El 1 de febrero, el Consell de Cent —el gobierno de la ciudad— aprueba una moción para intentar reunir los hospitales en uno sólo. El 15 de marzo, en la Sala del Trentenari y en el Palau Episcopal se celebran dos reuniones simultáneas: Por un lado, los consejeros, y por otro, el obispo y el capitolio. Se consigue un acuerdo: Constituir el Hospital o Casa de la Santa Creu, con cuatro de los seis hospitales, y hacerlo en los terrenos de la antigua casa de Colón, en la calle que hoy se conoce como Carrer de l'Hospital. En aquel verano, el capitolio es incorporado en el Hospital de Santa Margarida, y el Prior de Santa Eulàlia del Camp también se agrega a él. En el 5 de

septiembre, el Papa Benet XIII —el Papa Luna— firma un documento en Avinyó aprobando la fusión.

La gestión de la institución queda encomendada a dos canónigos y a dos prohombres, que son renovados, por mitad a cada dos años, en el día de la Santa Creu, en el mes de mayo. Este es el origen de la Molt Il.lustre Administració —MIA—, que perdura hasta hoy, con un único cambio substancial por la incorporación de la Generalitat en 1990 en las mismas condiciones que el Ayuntamiento y la Iglesia. Volviendo al 1401, en el 13 de febrero se inician los trabajos de construcción y en el 17 de abril se colocan las primeras cuatro piedras, con la presencia del Rey Martí I, la Reina Maria de Luna, Jaume de Prades —en representación del príncipe Martí el Jove, de Sicilia—, el obispo Joan Ermengol y los consejeros. En una primera fase, las obras se prolongan hasta el 1450. Durante los siglos XVI y XVII se construyen la nave de poniente, las dos escaleras monumentales y el gran alabrado de hierro de forja que valla el patio a medio día.

Arquitectónicamente, el Hospital de la Santa Creu sigue una estructura similar a la de los palacios señoriales medievales catalanes, que definen un perímetro cuadrado con cuatro naves y un patio central, como será también el Hospital de Santa Maria de Lleida.

Las técnicas constructoras son las propias de la arquitectura civil gótica de Catalunya —los arcos, las vueltas de cruce— como el Saló del Tinell, las Drassanes, el Saló de Llotja o la Capella de Santa Agata. El edificio se encargó a Guillem Abiell, maestre de obras de las iglesias del Pi, del Carme, de Montsió y de Sant Jaume. El sustento del hospital proviene, de los privilegios que le otorgan reyes y papas, como la autorización de hacer colectas por las iglesias en los días festivos, el derecho a postular, indulgencias, protección real, franquicias, el derecho a recibir los bienes de los muertos intestados en el hospital sin descendencia legítima, o poder colectar a toque de campana, privilegio que se usó hasta los inicios del siglo XIX unos recaudadores conocidos como «baciners de la Creu».

El Rey Felipe II, en el año 1587, concede un nuevo privilegio a la Santa Creu como confirmación de una autorización militar anterior [1579]: Los administradores del hospital decidirán donde han de hacer sus representaciones los comediantes de paso por la ciudad, una vez aprobadas las piezas por el obispo o por la Inquisición. De esta manera, con el que pagaban a la compañía los asistentes, se obtenían recursos. En el año 1596 se contrata la construcción de la Casa de las Comèdies en los terrenos de una casa y de un huerto delante de la

puerta de los Ollers, actual «Carrer de los Escudellers». —Durante el siglo XVIII, el teatro se amplía y tiene que ser reconstruido por causa de un incendio, hecho que se repite en 1915, tres años antes de ser vendido—.

Durante el siglo XVII, se destacan los trabajos de construcción. Por un lado, en 1638 la nave de poniente es destruida por un gran incendio, pero se vuelve a levantar en el año siguiente gracias a la colaboración de los barceloneses. Por otro, el 25 de marzo de 1629 se inicia la edificación de la Casa de Convalescència —en la actualidad, sede de la Biblioteca de Catalunya— con el legado que Lucrècia de Gualba, señora de la Batllòria, destinó a las obras de piedad. El incendio de 1638 y el cerco de la ciudad entre 1651 y 1652 lentizan los trabajos, pero nuevos legados hacen que la obra quede terminada en 1680. —La Casa de Convalescència fue conocida también como Hospital de Sant Pau, en honor de Pau Ferran, que hizo uno de los legados—.

Por causa del Decreto de Nueva Planta, en 1716, con el traslado de la universidad a Cervera, el hospital recibe el castigo del ayuntamiento, de la actividad docente —este hecho a las horas tendría su aspecto positivo por la desvinculación de la rigidez de la enseñanza oficial—.

Cuando en 1764, impulsado por Pere Virgili, se inaugura el Reial Col·legi de Cirurgia al lado de la Casa de Convalescència, el Hospital de la Santa Creu entra en el camino de la docencia práctica, de la incorporación del saber médico europeo y de la equidad entre Medicina y Cirugía, en una tradición en que los cirujanos eran considerados poco más que barberos. Los profesores del Colegio eran, por tanto, cirujanos de un hospital por donde pasaban unos cuatro mil enfermos al año, aunque solamente se atendiesen los casos quirúrgicos. La asistencia a los enfermos la hacían normalmente hombres y mujeres voluntarios, pero con la lógica discontinuidad.

En el año 1784 Jaume Sayols, un vendedor de ropa, con nuevos compañeros, se ofrece a cuidar de los enfermos haciendo vida de pobreza en comunidad. En 1791 reciben la constitución como Pia Societat de Hermanos de la Caritat de la Santa Creu. A principio del siglo XIX, después de un intento que no cuajó de unas monjas Paulas Francesas, surge una Congregació de Germanes Hospitalàries.

Con la ocupación napoleónica [1808—1814], el hospital acogió los soldados franceses heridos más los enfermos de la ciudad, situación que se complicó en 1809 con una epidemia de varicela. En la segunda mitad del siglo, tres epidemias de cólera y una de fiebre amarilla obligaron a atender los enfermos en espacios habilitados como el Seminari, la Casa de Convalescència o el Convent de las Penedides.

Desde el año 1401 hasta el final del siglo XIX, la población de Barcelona se había multiplicado por quince, pasando de los treinta y cinco mil habitantes a los más de quinientos treinta mil. El hospital se había quedado pequeño y se había envejecido. En el invierno, los enfermos se helaban en las inmensas naves góticas y, en el verano, el olor de cuatro hileras de camas era insoportable. Esta penuria, no obstante, contrastaba con un momento de gran inquietud innovadora entre el cuerpo facultativo. La facultad de Medicina había vuelto a Barcelona en 1843, y en el entorno de la facultad y del hospital se originó una generación dispuesta a construir una Medicina científica. En un clima de regeneracionismo cultural y político, estos médicos viven la celebración en Barcelona del Congreso Médico de 1888. Son los doctores Giné, y Partagàs, los introductores de la Dermatología, la Psiquiatría, la Farmacología y la Antisepsia; Bartomeu Robert, defensor de la culturalización del médico; Jaume Pi i Sunyer, seguidor de las tesis de Claude Bernard, y Miquel Angel Fargas, creador de la escuela ginecológica catalana.

La evolución de esta generación había de vivir un punto de inflexión histórica, por dos factores determinantes. El primero: La apertura del Hospital Clínic, en 1906 se traslada la facultad de Medicina, y el segundo: El inicio de la construcción, en 1902, en unos terrenos al pie del Guinardó, de un centro para el cual se habían proyectado 48 pabellones. Es el Hospital de Sant Pau. Pero, para asistir al nacimiento de este proyecto, se tiene que cambiar de escenario e ir hasta el mes de septiembre de 1892. Cuatro años antes de morir, el banquero Pau Gil i Serra, establecido en París, hace testamento y dispone que, una vez liquidada la banca familiar, se dedique la mitad de los dineros que queden para «la fundación de un Hospital Civil que con el nombre de San Pablo se construirá en la ciudad de Barcelona». El testamento tiene anexo un conjunto de instrucciones donde se precisa que el objetivo es el de acoger a los desgraciados, que el hospital se ha de construir de acuerdo con los mejores de París y que los dineros se han de destinar solamente a la construcción del edificio, y que después ha de ser cedido a quien preste la asistencia [La Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública de Catalunya. Història d'una diversitat, 1994, p. 40].

Siguiendo otra de las disposiciones testamentarias, se convoca un concurso de proyectos. Dos tribunales han de decidir la adjudicación. Por un lado, un tribunal de arquitectos, en abril de 1900, escoge con reservas un proyecto de Josep Domènech i Estapà. Por otro, un tribunal de médicos desestima todos los proyectos presentados. El 19 de junio de 1901, los albaceas y la junta del Hospital de la Santa Creu, que han llegado a un acuerdo para hacer un plan general para los dos hospitales unidos, encargan un nuevo proyecto a Lluís

Domènech i Montaner. Este hecho genera que Domènech i Estapà empiece, en el año siguiente, una polémica en los periódicos. Una comisión de abogados dictaminó que no existía la obligación de dar el premio si ninguno de los proyectos presentados reunía las condiciones necesarias. Además, para el acuerdo de los dos hospitales, se había cambiado de solar, de Sarrià a Can Xifré, el actual emplazamiento, cedido por su propietario al Hospital de la Santa Creu en el año 1889, y al lado del cual en el año siguiente el hospital había adquirido otros terrenos. Los albaceas de Pau Gil agregan más terrenos en el cambio con los de Sarrià.

El 15 de enero de 1902 se coloca la primera piedra. La obra, en una primera fase, se considera acabada en el año 1912. Los fondos del legado Gil se habían agotado. En 36.000 metros cuadrados, se incluía el Pabellón de la Administración [1905—1910], que permite la entrada al conjunto, dos pequeños pabellones de reconocimiento, seis pabellones de hospitalización y el edificio central de operaciones. En abril de 1913, el Hospital de la Santa Creu recibe los terrenos y los pabellones construidos, y adquiere el resto del terreno —en total, 145.470 metros cuadrados—. Hoy, el Sant Pau está plenamente integrado en la trama Cerdà, respecto de la cual define una disposición en diagonal, por bien que en un principio se quiso un hospital «higiénico», situado «fuera de las aglomeraciones urbanas, pero no tan lejos que comprometiera su utilidad». Este fue uno de los motivos de escoger el actual emplazamiento, cerca de donde pasaba el tranvía eléctrico de Horta, y también por la leve inclinación del solar, que facilitaba los desagües.

Para la definición funcional del edificio se estudian centros hospitalarios de 131 ciudades diferentes Domènech i Montaner partió del modelo pabellonario de hospital, una tradición constructiva iniciada en la segunda mitad del siglo XVIII tomando como referencia los hospitales militares de campaña, y que abraza desde el Stone—House de Plymouth [1756—1764] hasta el Johns Hopkins de Baltimore [1876—1889]. Sin duda, es el modelo en que pensaba Pau Gil cuando establecía que «las grandes escaleras, patios, galerías, para los convalecientes, laboratorios, capilla, etc., sean en todo conformes con las más bien realizadas en los hospitales de París» [La Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública de Catalunya. Història d'una diversitat, 1994, p. 41], donde había muestras notables como el Lariboisière [1838—1854] o el nuevo Hôtel—Dieu [1866—1878]. La gran innovación de Domènech i Montaner fue aportar la solución de la concentración subterránea, emplazando en los subterráneos el entramado de servicios y comunicaciones, los pasillos entre bloques y las dependencias

multitudinarias y de más uso. De esta manera, ofrecía una respuesta propia a la polémica entre hospital compacto y hospital pabellonario.

Estéticamente, el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau es de una arquitectura de gran calidad y, como se ha dicho, una de las últimas propuestas sólidas amparadas en los supuestos creativos del Modernismo. El recurso a las vueltas catalanas de ladrillo plano para el tejado y cubiertas, y la ornamentación de estilo floral sobre cerámica de Valencia o vidriada y en mosaico, son algunos de los acentos de un estilo anteclásico. Lluís Domènech dirigió un equipo de arquitectos —entre los cuales había su hijo Pere, que le sucede una vez muerto, en el año 1923— y artistas plásticos. Además del legado Gil —unos tres millones de pesetas en aquellos tiempos—, las obras de Sant Pau son posibles gracias a nuevas aportaciones particulares y a la adquisición del edificio de la Santa Creu por parte del Ayuntamiento, que lo compra por cinco millones de pesetas —la mitad de los cuales con suplemento de carácter benéfico— y que instituye una subvención anual de 150.000 pesetas para colaborar en su mantenimiento. Con los dineros de la venta se construyen la iglesia y los dos edificios anexos. Es la generosidad de familias acomodadas lo que permite, entre 1914 y 1935, la construcción de otros nueve pabellones. También la participación popular ha colaborado, con actos como el celebrado en 29 de junio de 1928, en el que diez mil niños barceloneses acudieron con la recaudación de la «Festa de la Guardiola» en el solar que había de acoger el pabellón de Oncología. Allí, se lanzaron las huchas vacías en los fundamentos con valor de primera piedra. En el año siguiente, la captación recogió 300.000 pesetas que, junto con una donación anónima, servirán para comprar un gramo de radio y un aparato de Radioterapia. Mientras duraron las obras, la actividad continuó en el Hospital de la Santa Creu, que se había vendido en el año 1921, pero que no se había de entregar hasta que se completase el traslado. Aquella generación de médicos, articulada por vuelta del 1888, había evolucionado o dado paso a una generación neocentista, que matizaba el positivismo materialista.

Entre el Primero Congreso Universitario Catalán, celebrado en 1903, y la publicación de las conclusiones del Segundo Congreso en 1918, se consolida la separación entre el ensañamiento universitario — establecido en el Clínic— y la enseñanza libre, impartido sobretodo en las escuelas de especialidades del Santa Creu, con una larga tradición docente. Aquel nuevo Hospital de la Santa Creu i Sant Pau se forjaba, por tanto, con un espíritu innovador, opuesto al inmovilismo oficial, conectado con los últimos conocimientos europeos. Es así como empieza el desglosamiento de ramas y la adopción de nuevas especialidades. Lluís

Barraquer i Roviralta introduce la Neurología científica. Su hermano Josep Anton crea la escuela catalana de Oftalmología. Antoni Raventós i Avinyó impulsa la Neurocirugía. Enric Ribas i Ribas obtiene prestigio internacional con la Cirugía biliopancreática. Josep Maria Vilardell introduce el injerto óseo—periostio en la artrodesis.

Esta actividad innovadora contrastaba con una cierta lentitud en la hora de trasladarse, escalonadamente, a lo largo de trece años. El Dr. Torras i Pujalt, dos colaboradores y después un residente fueron los primeros en traer algunos enfermos, con la ayuda de las hermanas, en 30 de junio de 1916. En el año 1920, el doctor Joan Freixas i Freixas, un histórico de la casa y de la docencia práctica—el año 1886 ya impartía lecciones en la cabecera de los enfermos—, ocupa con cuatro médicos más, el tercer pabellón habilitado. El 1925 se traslada Medicina infantil y, durante 1929, el resto de los servicios. El 16 de enero de 1930, fecha en que deja de funcionar el hospital viejo, el Rey Alfonso XIII inaugura el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. En aquellos momentos, cuenta con todas las especialidades médicas y quirúrgicas.

En el año 1932 se aprueba el Estatuto de Autonomía de Catalunya y en junio de 1933, en aplicación del artículo siete, se crea la Universitat Autònoma de Barcelona. El 26 de julio de 1936 la junta administrativa del Hospital acuerda el cambio de título antiguo de Hospital de la Santa Creu i Sant Pau por el de Hospital General de Catalunya. Después de la Guerra Civil, la economía del centro hospitalario se encontró fuertemente afectada y la Universitat de Barcelona fue reincorporada al conjunto de la enseñanza estatal española. En el año 1967 fue reconocida oficialmente la escuela del profesor Antoni Puigvert, que dirigía desde el año 1951—y en octubre de 1968 se establece la Universitat Autònoma dentro del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau—.

En el año 1955, los hermanos de la Pia Societat dejan de prestar servicio y son substituidos por las monjas. En esta época, se fue dejando de separar los enfermos por sexos y se empieza a agrupar por patologías, de manera que se deja de duplicar servicios. Hasta entonces, tal como se entra en el conjunto hospitalario, los pabellones de la derecha acogían hombres y los de la izquierda, mujeres. A lo largo de las décadas de los cincuenta y sesenta, se viven cambios en las especialidades. Se crean los servicios del Aparato respiratorio—que substituye Tisiología—, Broncología—que, fusionada con la anterior, forman la Broncopneumología—, Endocrinología, los departamentos de Regulación de líquidos y de Cirugía experimental, la unidad de Enfermedades coronarias y la Escuela de Cardio—angiología.

El 30 de junio de 1965, la Molt Il·lustre Administració acuerda nombrar un director general para el hospital, hecho que se hace efectivo el 27 de enero de 1966. Este nombramiento, pionero en la época, representó un cambio en la filosofía de la Administración, que empezó a gestionar el centro de forma empresarial. A finales de los años sesenta se produce una transformación radical en el camino de la profesionalización de la asistencia, un hecho que afecta el cuerpo médico y también el de enfermería —las monjas fueron siendo substituidas por personal titulado—. Se firma el primer convenio con la Seguridad Social. Se incorporan nuevas dotaciones tecnológicas y se aplican avances científicos importantes. Se abre un importante servicio de Urgencias —octubre de 1967—. Con relación a la docencia, como se ha dicho, se recupera la vinculación con la reconstituida Universitat Autònoma de Barcelona [1968], se acogen tres cursos de pregraduación en Medicina con unos cuatrocientos estudiantes, ciento cincuenta residentes y unos ochenta becarios extranjeros de una veintena de países diferentes, se hacen cursos de postgrado y se acoge también la Escuela Universitaria de Enfermería.

En la actualidad, el centro se define dentro de la Red Hospitalaria de Utilización Pública —XHUP— como un hospital de nivel C —alta tecnología o de superespecialidades—, capaz de afrontar problemas de máxima complejidad con la más alta calidad asistencial. Sant Pau dispone de una gran experiencia en programas de trasplantes —se hizo el primer trasplante de médula ósea de España, en 1976, y el primer autotrasplante, en 1984—. Aquel mismo año, se hacía el primer trasplante de corazón del Estado. El programa de trasplante de fémur, para el tratamiento de los tumores óseos, trabaja activamente. De entre los implantes, destacan los intraoculares de cristal artificial, para las cataratas, el implante coclear, para ciertas sorderas, o la restauración de la mama amputada por cáncer. En cuanto a la Oncología, el hospital fue el primer a poner en marcha esta especialidad, con la cual colaboran todos los otros servicios y que cuenta con una notable dotación tecnológica—radioterapia, braquiterapia, acelerador lineal y bombas de cobalto—. Otras áreas de excelencia del centro son la cirugía de alta especialización, la incorporación de las técnicas diagnósticas más sofisticadas o los programas obstétricos —embarazo de alto riesgo, fecundación in vitro y diagnóstico preembarazo de enfermedades genéticas—. Con relación a la investigación, se desarrollan numerosas líneas de investigación—Biomecánica, Neuropsicofarmacología, Virología, Endocrinología experimental, etc.— y se participa en programas epidemiológicos de la Generalitat, como el Cronicat o el Monica—Catalonia. En el año 1978, se crea en el Sant Pau el primer servicio de Sugerencias y Reclamaciones del Estado, y en el año siguiente fue

el primer hospital a publicar una Carta de derechos de los usuarios de la sanidad, que después abandonó en favor del texto común de la Generalitat, en el cual participa. Por otro lado, desde el año 1981, funciona un programa de calidad asistencial, con una metodología de autoevaluación del trabajo de los profesionales para el control de aspectos de riesgo.

6.13.1.2. MISIÓN

En 1401 con la constitución del hospital se definió como misión: *servir a los pobres y peregrinos según la caridad cristiana*. En 1997 como primer paso para hacer posible una gestión estratégica del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, se redefine su misión: *La misión del Hospital de la Santa Creu i Santa Pau es ser un hospital abierto a la sociedad y a su entorno sanitario, centrado en el cliente, competitivo y dinámico*. Los objetivos institucionales son:

1. El principal valor de la institución es la capacidad de dar un servicio de calidad a los ciudadanos.
2. El hospital se siente responsable de la salud de la población de referencia y, por tanto, asegurará todas las modalidades asistenciales con medios internos y/o externos, en colaboración con la red asistencial.
3. Como hospital de referencia, el hospital desarrolla selectivamente productos integrados y excelentes dirigidos a un ámbito territorial más amplio.
4. Como hospital general básico, el mercado natural es Barcelona ciudad y principalmente los distritos de entorno del hospital.
5. El núcleo de la actividad del hospital es la asistencia, conjuntamente con las líneas de investigación y docencia.
6. La organización será competitiva, abierta y dinámica, donde la información y orientación al cliente serán factores claves.
7. Los valores centrales del hospital son la excelencia en el servicio, en el trato y accesibilidad de la población.
8. El hospital se define como un centro de conocimiento.

6.13.1.3. ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN

El Hospital de la Santa Creu i Sant Pau como institución de prestación de servicios sanitarios tiene el más alto nivel de la XHUP, con más de 600 años de

historia es un Hospital emblemático para Barcelona y Catalunya y su calidad en todos los ámbitos le ha proporcionado prestigio en el ámbito internacional.

- *Área de influencia:* Gràcia, Horta—Guinardó, Sant Martí, Dreta de l'Eixample y Sant Andreu.
- *Tipología:* Hospital de alta tecnología.
- *Número de camas:* 723.
- *Servicios:* Todas las especialidades.
- *Áreas de investigación:*

Área 1: Investigación cardiovascular.

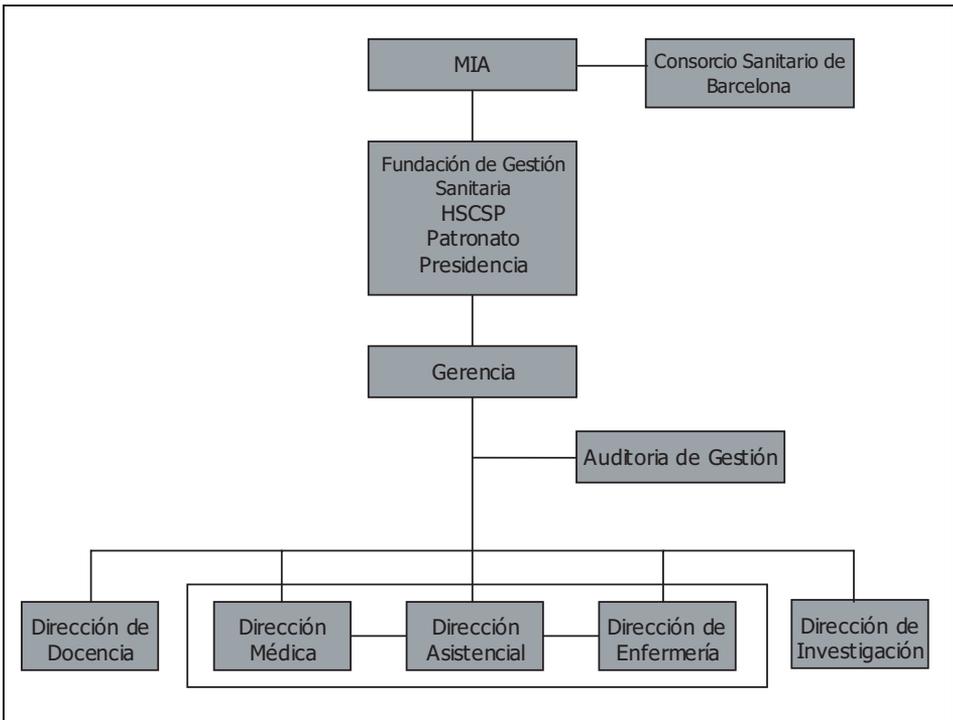
Área 2: Investigación oncología y oncohematología.

Área 3: Investigación neurociencias.

Área 4: Investigación clínica—diagnostica.

Área 5: Investigación fármaco y terapéutica.

FIGURA 6.38. Organigrama del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.



6.13.2. FUNDACIÓ PUIGVERT, IUNA

6.13.2.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

La Fundació Puigvert, fiel al espíritu de su impulsor, se distinguió desde su constitución en el año 1961, y más sólidamente todavía desde la inauguración de las instalaciones actuales en julio de 1966, por su carácter pionero. Esta característica le ha servido para contar con un alto prestigio internacional, tanto por la calidad asistencial como por las líneas de docencia e investigación. El Institut d'Urologia, Nefrologia i Andrologia —IUNA— fue el primer hospital privado que establece un concierto con la Seguridad Social, en agosto de 1967. Desde entonces, el centro ha compaginado la asistencia particular con la participación en el sistema sanitario público.

En el marco de la XHUP, el IUNA se inscribe como hospital de alta tecnología, integrado en la oferta médica y universitaria del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. La singularidad del hospital se caracteriza por su especialización en los campos de la Urología, la Nefrología y la Andrología, disciplinas que ha desarrollado notablemente o que, como en el caso de las dos últimas, ha contribuido a hacer nacer y prestigiar internacionalmente. Su equipo médico, que combina la superespecialización con el trabajo en equipos multidisciplinarios, ha sido y es un factor determinante de su personalidad.

El núcleo originario de esta institución se encuentra en el año 1943, cuando el profesor Antoni Puigvert crea, dentro de su clínica privada, el Institut d'Urologia. Ya de entrada cuenta con una doble función asistencial y docente, con 12 de las 38 camas y 3 de los 6 consultorios dedicados a enfermos de posibilidades económicas limitadas, y con una buena dotación tecnológica —un moderno aparato de radiología, equipos endoscópicos y una zona de anatomía patológica—.

Las ideas fundamentales del centro actual ya estaban en el primer proyecto. Para la enseñanza, se habilitó una amplia sala de operaciones como anfiteatro para el seguimiento de las intervenciones y Puigvert aportó una importante biblioteca y filmoteca quirúrgicas, y un archivo de historias clínicas desde 1928. Esto fue un punto de referencia único en la Urología española.

El primero Institut contaba con un equipo de dedicación plena, donde Puigvert implantó el principio de la formación continuada. Desde 1944, sistemáticamente, se hacían sesiones con todos los médicos para analizar los casos clínicos de interés y todos los que necesitaban cirugía. Se establecía, así, un

mayor control de calidad. En el año 1946 se inicia formalmente la actividad docente con el primer Curso monográfico de Urología, todavía vigente y del cual se han celebrado ya 47 ediciones. En esta época, el profesor Puigvert viajaba constantemente a Suramérica, donde impartía cursos, presentaba ponencias, operaba enfermos y recibía honores y distinciones.

En 1951, Antoni Puigvert consigue la plaza de jefe del servicio de Urología del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, donde ejercía desde 1933. Tres años después, la Molt Il.lustre Administració del Hospital autoriza el traslado del Institut d'Urologia al Pabellón de la Assumpció, que se amplía para acoger las secciones de urografía, laboratorios y endoscopia, la biblioteca y el archivo clínico. Se implantan las sesiones clínicas y se inician las primeras publicaciones propias. Aquel mismo año 1954 se diseña un plan de estudios de la especialidad y se crean dos plazas de residente—becario.

El Institut d'Urologia del Sant Pau fue el primero de España a ofrecer un programa de formación reglada de la enseñanza de especialización para postgraduados. Con los trabajos sobre urografía intravenosa y la aplicación de las primeras técnicas de diagnóstico por la imagen, Puigvert impulsó el surgimiento de la Nefrología, partiendo de la base que debía considerar como un conjunto los riñones y las vías excretoras. En el año 1955, el Institut abre el primer consultorio de la especialidad, y en 1960 se construye la «Aula Serés», se amplía el plan académico a tres años, y se convocan tres plazas para residentes—becarios.

El año 1961 es una fecha decisiva en tres sentidos. Por un lado, se crea la sección de Andrología. Por otro, se establece un convenio entre el profesor y el Sant Pau para volver a ampliar el Pabellón y para construir dos nuevos edificios. Y, en tercer lugar, se constituye la «Fundació Puigvert», como entidad particular de carácter benéfico y docente. Puigvert vende su clínica de la calle de Provença, acordando un pago avanzado con una entrega aplazada. En el año 1963 comienzan las obras de la actual sede del Institut—Fundació. La actividad hospitalaria, paralelamente, experimenta un aumento considerable. En el año 1964, con 62 camas y 6 consultorios, se amplía el equipamiento técnico. Se construye una sección de hemodiálisis con tres riñones artificiales de placas. El plan de especialización de Urología pasa a durar cuatro años y admite cuatro residentes por año. En 1965 se constituye el primer servicio de Nefrología en España, se define el plan de especialización y se convoca, en el año siguiente, la primera plaza de residente. En julio de 1966 se inaugura oficialmente los nuevos edificios. Seguidamente, se pone en marcha el nuevo

bloque quirúrgico —uno de los primeros con circuito interno de televisión— y se abre la clínica y la consulta particular. El personal de la Clínica Puigvert se integra en la Fundació y los médicos trasladan su actividad privada, cediendo a la entidad un porcentaje de los sus honorarios. En aquel diciembre, el centro ofrece 75 camas de uso público y 65 de uso privado, dispone de cuatro salas de radiología, dos de endoscopia, cuatro laboratorios —Hematología, Bioquímica, Microbiología y Anatomía patológica—, tres salas de operaciones y una central de esterilización. Trabajan 147 laborales, 24 médicos con contrato de servicios y 20 residentes—becarios. Su presupuesto anual es de 47 millones de pesetas, lejos todavía de los más de 4.000 millones actuales.

En el año 1967, con una gran visión de futuro, se firma un convenio con el Instituto Nacional de Previsión —INP—. Aquel mismo verano, por otro lado, la universidad reconoce el trabajo docente de la Fundació y declara el Institut escuela de especialización para postgraduados —adscrita actualmente en la Universitat Autònoma de Barcelona—. El interés por la infertilidad masculina había dado lugar a un grupo de trabajo con una gran experiencia, se habían integrado disciplinas y se había establecido contacto con equipos de investigación básica. En enero de 1968, el Institut crea el primer servicio de Andrología del mundo. Como en el caso de la Nefrología, se diseñó un plan de especialización y se convocó la primera plaza de residente, en el año 1969. En el año siguiente se impulsa la creación del Comité Internacional de Andrología —CIDA— y en 1976 se celebró en Barcelona el primer congreso internacional de esta disciplina. En el año 1981, el CIDA se descompone en favor de la Sociedad Internacional de Andrología.

Entre 1968 y 1970 se transforman camas privadas en camas públicas, por causa del gran crecimiento de la demanda de este sector y también por la dificultad que comportaba en aquel momento la atracción de pacientes privados a un centro hospitalario.

En el año 1971 se funda la revista *Anales de la Fundación Puigvert* que, desde 1982, lleva el nombre de *Actas de la Fundación Puigvert*. Aquel mismo año se incorpora al cuerpo facultativo un psicólogo clínico, para paliar el sufrimiento emocional de los pacientes que siguen programas de hemodiálisis crónica y para la preparación de las cirugías de tipo mutilante. En la actualidad, en el centro funciona un servicio de Psicología clínica.

El nombre actual de Institut d'Urologia, Nefrologia i Andrologia —IUNA— fecha del 1972, año en que también se instituye la Medalla Francisco Díaz, padre de la Urología, un premio valorado internacionalmente. Es importante destacar

el esfuerzo realizado en informatización —el primer ordenador central es de 1972— y en los sistemas de información asistencial —en el año 1978 se crea el servicio de documentación médica—.

Otra línea de transformación es el paso del cuerpo facultativo a un régimen de contratación laboral, mayoritariamente con dedicación exclusiva, y el establecimiento de un sistema retributivo ligado a la experiencia y la capacidad profesional de los médicos —el que, en la actualidad, se conoce como «carrera profesional»—.

Entre 1977 y 1979 se superan las dificultades financieras del momento con una ampliación de la dotación fundacional. En el año 1985, como consecuencia de la crisis general de la financiación de la sanidad pública en Catalunya, la Fundació elabora un plan estratégico para el período 1986—1992. El plan promueve una más clara diferenciación entre la actividad de los sectores público y privado. Se adquirieron locales próximos y se instalan servicios diversos, entre los cuales destaca un área de enfermos crónicos para la hemodiálisis con dos zonas de ocho riñones artificiales. El plan impulsa una fuerte inversión tecnológica entre 1987 y 1990. Un primer litotriptor por ondas de choque y un segundo equipo instalado en una unidad móvil —la primera de Europa—, una fuente láser, un angiógrafo, ecógrafos, autoanalizadores, un nuevo ordenador central, el cableado informático del edificio, también un nuevo bloque quirúrgico y una unidad de Reanimación con 12 camas monitorizadas.

En el año 1985, el profesor Puigvert renuncia al cargo de presidente de la Fundació para dar el relevo a los miembros de su equipo. En 17 de mayo de 1990 muere en su hospital, donde perdura una estructura organizativa y funcional propia, que fue fijada en el año 1988 en un documento nombrado Marco de referencia institucional, en que se definen la misión, la cultura y los principios de la institución.

6.13.2.2. ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN

- *Área de influencia:* Catalunya.
- *Tipología:* Hospital de alta tecnología.
- *Número de camas:* 165.
- *Servicios:* Urología. Nefrología. Andrología y Uroradiología.

6.13.3. HOSPITAL CLÍNIC I PROVINCIAL DE BARCELONA

6.13.3.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

El proyecto de un nuevo hospital universitario en la Barcelona del último tercio del siglo XIX, que avanzaba con grandes dificultades, sumase al empujón que impulsaba la ciudad desde el entusiasmo de la Exposición Universal de 1888. Se aprovecha la presencia de la Reina Regenta y de su comitiva, y el 17 de mayo de aquel año, en nombre de la reina, el ministro de Fomento coloca la primera piedra. La facultad de Medicina y el nuevo hospital no abren sus puertas hasta los años 1906 y 1907, respectivamente. Después de unas primeras gestiones infructuosas, en 1879 el claustro de la facultad aprueba y presenta al rector de la Universitat de Barcelona un dictamen sobre la necesidad de un nuevo edificio, tanto para la mejoría de la enseñanza como para la mejoría asistencial de la población, que contaba únicamente con las 800 camas de un antiguo y saturado Hospital de la Santa Creu. También, los universitarios querrían superar las limitaciones que el patronato de la Santa Creu ponía para el ejercicio docente. Se escogen las dos manzanas del Eixample que existía entre las calles de Casanova, de Provença, de Villarroel y de Còrsega. Se estudian diferentes modelos arquitectónicos —radial, cruzado, rectangular, poligonal— y la facultad opta por una disposición lineal doble, con pabellones paralelos y enlazados por galerías interiores, de acuerdo con los dictados de la Academia Francesa y el referente del Hospital Civil de Montpellier.

En enero de 1880, la dirección general de Instrucción Pública encarga el estudio económico y el proyecto del edificio, del cual se encarga Bartrolí, un arquitecto de la Diputación Provincial de Barcelona. En el año siguiente, el proyecto recibe el visto bueno de la junta Consultiva de Caminos, Canales y Puertos y de la Real Academia de San Fernando. En 26 de enero de 1882, el ministro de Fomento aprueba el proyecto. Después de la colocación de la primera piedra [1888], las obras no se inician hasta el 25 de junio de 1895, por problemas económicos.

La Diputación y el Ayuntamiento habían aportado dineros para la compra de los terrenos. La dirección de obra se encomienda a Josep Domènech i Estapà, arquitecto y catedrático universitario, autor o coautor de otros edificios públicos como el Palacio de justicia, la prisión Modelo, la Academia de las Ciencias o la sede de Catalana de Gas. Se levantan doce pabellones con capacidad para 500 camas, dos de ellos se quedan insolados para enfermedades infecciosas y los diez

restantes, cinco y cinco, se reparten entre hombres y mujeres para la Medicina general y Cirugía. Se hacen ocho anfiteatros operatorios semicirculares, con luz natural —vertical y lateral—, emplazados en los patios entre pabellones, al lado cada uno de una sala de hospitalización de enfermos quirúrgicos. De entre las instalaciones destacaban las de terapéutica física —una de las mejores del continente—, hidroterapia, electroterapia, rayos X y neumoterapia, entre otras novedades funcionales como los ascensores eléctricos.

El 26 de julio de 1906, un real decreto nombra una junta administrativa, formada por cuatro miembros designados por el gobierno, un delegado del rector de la Universidad, un diputado provincial y un regidor del Ayuntamiento. La junta, actuando siempre en nombre del Estado, ha de confeccionar los presupuestos, dirigir los servicios administrativos y gestionar las aportaciones estatales, provinciales, municipales y particulares. El Estado es el propietario del edificio y se ocupa de la subvención de 200 camas. La Diputación y el Ayuntamiento son titulares de los terrenos. La Diputación, también, toma el acuerdo de utilizar el hospital como establecimiento provincial —una falta que arrastraba desde la Ley de Beneficencia de 1849— y asume los costes del equipamiento hospitalario. El 2 de octubre de 1906 se inauguran las clases en la nueva facultad. Desde el Carrer del Carme, los estudiantes se trasladan en un tipo de desfile festivo, compuesto por una decena de coches cargados de muebles y material diverso.

Entre los impulsores de esta puesta en marcha está el doctor Joaquim Bonet i Amigó, catedrático de Obstetricia, que fue rector de la Universidad entre 1905 y 1913. Y también el doctor Valentí Carulla i Margenat, catedrático de Terapéutica física, que fue presidente de la junta administrativa durante diecisiete años —más adelante también fue rector— y que hizo un trabajo de organización de los servicios, de mejoría del centro y de obtención de recursos. Finalmente, en el 1 de enero de 1907 entra en funcionamiento el hospital. Entre las primeras actividades científicas del centro, se celebra el Congreso de Electrología y Radiología [1910]. Como depósito judicial y centro de asistencia a presos y detenidos, el Clínic se encuentra involucrado en los principales acontecimientos de agitación social de la época, como la «Setmana Tràgica» [1909], la bomba en el «Café Pompeia» [1920] o el multitudinario entierro de Francesc Comas, un compañero de Salvador Seguí —por el cual se había prohibido el entierro público—, en marzo de 1923. De la gestión interna del hospital y de la asistencia, se ocupaba la «Reverenda Comunitat de les Germanes de la Caritat de Santa Anna».

Durante los años de la Primera Guerra Mundial [1914—1918] se manifiesta la dificultad para ajustar los gastos y los ingresos. Las asignaciones del Estado —340.000 pesetas—, de la Diputación —200.000 pesetas— y del Ayuntamiento —135.000 pesetas— se habían de complementar con más de 300.000 pesetas anuales, provenientes de recaudaciones extraordinarias. De las 700 camas del hospital, los costes de unas trescientas dependían de la caridad de particulares. También, la junta adelanta dineros que después había de recibir del Estado con mucha demora, para poder abordar obras y mejoras. Estos dineros, junto con disposiciones testamentarias, permiten la construcción de cuatro salas para incurables y dos salas más para afectados por tuberculosis, mantenidos por dos benefactores particulares. Se incorporan, también, nuevos servicios como la clínica de dermatología, un dispensario de ginecología y de enfermedades del pecho, nuevas instalaciones de electroterapia y radioterapia, un dispensario de enfermedades digestivas, un dispensario odontológico y un laboratorio clínico.

La actividad del Hospital Clínic a lo largo de la Guerra Civil [1936—1939] fue muy intensa, tanto los días posteriores a la sublevación militar como durante los combates del mayo de 1937 o las ofensivas aéreas sobre la ciudad. Después de la guerra, los catedráticos que se habían comprometido políticamente hubieron de exiliarse o de mantenerse en una semiclandestinidad profesional. Sus plazas fueron cubiertas por concurso estatal, con titulares que ocupaban la plaza temporalmente para después irse a Madrid. Esta realidad acentuó la separación del Clínic respecto al modelo que podía representar el Sant Pau, con jefes de servicio de tradición barcelonesa.

En el año 1952, con una gran dificultad acumulada, un decreto gubernamental cambia la estructura jurídica del centro y le convierte definitivamente en Hospital Clínic i Provincial. La financiación de la institución queda repartida entre la Diputación —un 42%— el Ministerio de Educación Nacional —un 22%— el Ministerio de la Gobernación —un 22%— y el Ayuntamiento de Barcelona —un 14%—, mientras que este último no tenía representación en el nuevo Patronato. Un patronato que preside el gobernador civil —la Dirección General de Sanidad dependía del Ministerio de Gobernación—. Y que tenía como vocales el presidente de la Diputación y el rector de la Universidad, y que dividía las funciones directivas entre una junta administrativa —el presidente de la cual era nombrado por la Diputación—, y una junta de clínicas, presidida por el decano de la facultad de Medicina, para los aspectos docentes y facultativos. Por otro lado, un decreto del 10 de octubre de aquel año asigna al hospital la asistencia de los enfermos pobres de la provincia. En el año 1957, para el cincuentenario del

hospital, se inaugura el nuevo anfiteatro. En el año 1963 la sexta flota norteamericana entrega como donativo un pulmón artificial. Hasta finales de los años sesenta se mantiene una estructura de funcionamiento por cátedras, entendidas como clínicas independientes, cada una con sus especialidades duplicadas. La junta de clínicas —los catedráticos— dan entrada a médicos hospitalarios elegidos democráticamente, que introducen elementos de renovación. En el año 1972 se presenta un libro blanco del hospital, como plan de futuro de un centro que había de asumir una plantilla jerarquizada. Se crean siete subdivisiones —Medicina, Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Pediatría, especialidades médicas, servicios comunes y laboratorios— y se mantienen las clínicas regidas por catedráticos, pero con las especialidades repartidas entre ellos y sin duplicidades. Estas especialidades pasan a servicios y, más adelante, cátedras de especialidad.

Paralelamente, desde 1969, el colectivo de médicos internos y residentes reclaman la obtención de contratos laborales. En el año 1975, a este movimiento, se agrega la demanda de estabilidad y de mejoras salariales para el conjunto del personal. Mientras tanto el hospital firmaba un convenio con la Seguridad Social [1973].

En el año 1975 se produce también una nueva transformación en los órganos de gobierno, como primer centro hospitalario español que se abre a la participación de los diferentes sectores. La junta administrativa pasa a tener quince vocales, divididos en tres tercios: Los representantes de los diferentes estamentos de la plantilla del hospital, los representantes de los organismos oficiales competentes en sanidad —el Ayuntamiento, la Delegación Provincial de Sanidad, el Ministerio de Trabajo— y los de los usuarios. Estos vocales son, respectivamente, ratificados, nombrados y designados por el presidente de la Diputación.

En 1978, una donación privada permite la instalación de un servicio de Neumología, que es inaugurado el 30 de septiembre de aquel año por Josep Tarradellas, presidente de la Generalitat. Una orden ministerial, del 18 de marzo de 1983, modifica el reglamento de régimen interno del centro, crea la figura del gerente y regula las funciones de los diferentes servicios administrativos. Por otro lado, aquel año la situación de los edificios del hospital presentaba problemas de control de acceso y de circulación, de seguridad, de dispersión de unidades y de insuficiencia o falta de servicios básicos. Para conseguir los mínimos espacios por camas, el centro tenía una falta de diecinueve mil metros cuadrados. Por ésto se adquiere un terreno en las calles Casanova y Rosselló, para acoger las consultas externas, la escuela de enfermería, los archivos y los aparcamientos. Con esta compra se planteó

una reordenación importante, se unifica la entrada del público en la Calle de Villarroel, se construyen salidas de emergencias, se habilitan pasadizos de uso público, se renuevan áreas de hospitalización, se agrupan quirófanos y unidades de curas intensivas, se agrupan laboratorios y se acercan a los usuarios las salas de extracciones y se centralizan las admisiones, entre otras medidas. En 1984, también, empiezan las obras de la facultad de Medicina, lo que motivó la necesidad de trasladar las dependencias situadas en el área docente, las consultas de rehabilitación —trasladadas a un local primero cedido y después adquirido por el hospital en 1987—, las consultas de psiquiatría —trasladadas del centro— y la sala de autopsias, construida de nuevo. En la junta del patronato del 19 de junio de 1984, se acuerda la reestructuración de la junta de clínicas, la cual sé efectiva en el octubre de 1986. También se conoce el decreto del 10 de junio de 1984 de la Diputación, del cambio de la junta administrativa.

A partir de la segunda mitad de los años ochenta, el Clínic refuerza el proceso de transformación con la reestructuración de su plantilla médica [1985], con la implantación de un plan general [1988] y con la redacción de un proyecto de empresa [1989], que define los principios para el desarrollo armónico y de calidad de las tres competencias fundamentales del centro —asistencia, docencia e investigación—.

Este documento planteaba el reto de la institución: «Hacer del Hospital Clínic i Provincial de Barcelona un hospital de vanguardia, símbolo de la contribución catalana a la medicina europea» [La Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública de Catalunya. Història d'una diversitat, 1994, p. 78].

A principios de los años noventa, los objetivos de cambio fueron tomando forma, se ha habilitado una entrada directa al Centro de Diagnóstico y Tratamiento por el Carrer de Còrsega y se han renovado cerca de treinta salas de hospitalización [1993]. Desde 1992 se trabaja en la coordinación del grupo Corporación Sanitaria, que engloba otros centros como el Hospital Casa de Maternidad y la unidad integrada del Hospital de Sant Joan de Déu.

6.13.3.2. ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN

El Hospital se está estructurando según el modelo denominado de organización enfocada al paciente en forma de Institutos y Centros a fin de realizar una asistencia lo más personalizada posible, de avanzar hacia una gestión descentralizada y de implantar progresivamente el modelo de «gestión clínica»

con responsabilidades crecientes de los profesionales sanitarios en la gestión de recursos. En el Proyecto Prisma, después de un estudio exhaustivo, se perfiló en el enfoque organizativo siguiente:

- Junto con la Unidad Integrada con el Hospital Sant Joan de Déu, se crean los Institutos Clínicos de:
 - Aparato Respiratorio.
 - Aparato Locomotor.
 - Enfermedades Cardiovasculares.
 - Enfermedades Digestivas.
 - Enfermedades del Sistema Nervioso.
 - Ginecología—Obstetricia y Neonatología.
 - Hematología y Oncología.
 - Nefrología y Urología.
 - Oftalmología.
 - Psiquiatría.

Los cuales atienden a grupos homogéneos de pacientes. La organización se completa con el Centro de Especialidades que agrupa los servicios no dependientes de un Instituto y aglutina patologías de elevada prevalencia en la comunidad; el Servicio de Urgencias; dos Centros, de Diagnóstico Biomédico y de Diagnóstico por la Imagen; las Áreas de Atención Primaria y Sociosanitaria —Gesclínic— y, por último, las Unidades de Coordinación Asistencial y de Recursos y servicios Comunes necesarias.

Con la nueva organización se busca implantar la gestión clínica, transfiriendo responsabilidad de funcionamiento y presupuesto a cada Instituto o Centro.

- *Área de influencia:* Barcelonès.
- *Tipología:* Hospital de alta tecnología.
- *Número de camas:* 855.
- *Servicios:* Todas las especialidades.
- *Áreas de investigación:*

Área 1: Genética. Reproducción. Metabolismo y Oncogénesis.

Área 2: Bases celulares y moleculares de la respuesta inmune y autoinmunidad. Enfermedades infecciosas y SIDA.

Área 3: Fisiopatología y tratamiento de las enfermedades hematológicas.

Área 4: Fisiopatología y tratamiento de las enfermedades hepáticas, pancreáticas y gastroenterológicas.

Área 5: Fisiopatología de la hipertensión, arteriosclerosis y enfermedades cardiovasculares.

Área 6: Fisiopatología y tratamiento de las enfermedades respiratorias.

Área 7: Neurociencias.

Área 8: Epidemiología y Salud Pública.

Área 9: Bioanalítica médica.

Área 10: Farmacología y toxicología.

Área 11: Neuroquímica.

Área 12: Patología molecular y terapéutica.

6.13.4. HOSPITAL DE SANT JOAN DE DÉU

6.13.4.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Ubicado sobre el límite municipal de Barcelona y Esplugues de Llobregat, se inaugura el día 3 de febrero de 1973 el actual Hospital de Sant Joan de Déu, un centro de primer orden en la atención maternal y pediátrica. Recoge toda la tradición del primer hospital infantil fundado en España, en el año 1867, por Benet Menni, un milanés que fue enviado para refundar la orden de los Hospitalarios, una organización confesional que cuenta en la actualidad con más de doscientos centros repartidos entre cerca de una cincuentena de países —instituciones médico/quirúrgicas, psiquiátricas, geriátricas y de educación especial y de acogida de indigentes—. El fundador de la orden, el portugués Juan Ciudad, conocido como Joan de Déu, había instaurado en 1539 el hospital de Granada, donde se origina la comunidad de sus seguidores. En el año 1597 dos hermanos llegan a Barcelona, con la intención primera de integrarse en el Hospital de la Santa Creu y, después, de abrir un asilo de convalecientes en la Rambla. En 1598, por problemas con los consejeros de la ciudad, abandonan el establecimiento y lo integran en la Casa de Misericòrdia. En España, sin embargo, la orden se había extendido y contaba con diversos centros.

A partir de 1835, pero, como consecuencia de las disposiciones gubernamentales de exclaustración, la congregación se fue extinguiendo por causa de la prohibición de tener nuevos novicios. En el año 1850 muere el último prior general de la orden en el Estado. Doce años más tarde, el general de la orden en Europa central, el hermano Alfieri, intenta la recuperación. En Girona y en Barcelona propone a los hermanos de la Caridad, de los dos hospitales generales, que se integren en su orden, pero las gestiones no

prosperan. Con todo, establece contacto con miembros de la sociedad barcelonesa, vinculados al Hospital de la Santa Creu y en las acciones benéficas —Josep Blanquet, capellán de la Casa de Convalescència; Nonit Plandolit, adinerado comerciante, y una junta de señores, de entre los cuales destacaba Dorotea Chopitea, que tiene también un papel decisivo en la construcción del Hospital del Sagrat Cor y del Hospital de Sant Rafael—. En 1865, por medio de Francesc Bramon, un catalán integrado en la orden, se intenta el primer proceso fallido de implantación. Dos años más tarde, la orden envía a Barcelona el hermano Menni. Se instala en el Hospital de la Santa Creu donde ve la necesidad de un centro para niños enfermos, escrofulosos, raquíuticos o disminuidos físicos. Plandolit pone los dineros para alquilar una antigua casa de comensales en la esquina de las calles Muntaner y Rosselló, entonces, situada en el término de Gràcia. El gobierno civil aprueba el reglamento en el mes de noviembre —la orden aparece camuflada como una «sociedad filantrópica extranjera»—. Así nace el Hospital de la Puríssima Concepció. De esta manera, pues, en 1867 se abre el primer centro monográfico infantil, con una dotación de una decena de camas. En el año siguiente se traza ya un plan de expansión pensando en un pabellón para 50 niños, con enfermería, farmacia, sala de recuperación, baños, gimnasio, escuela, camas para urgencias y espacio para doce hermanos y doce novicios. Sin duda, el establecimiento había creado mayor demanda. En 1869, en nombre de Plandolit, se compra la casa, y en 1870 se empieza una de las tradiciones de la institución, la enseñanza de la música como forma de preparación profesional de los niños ingresados. Después de un paréntesis, durante la república federal, en que los hermanos tienen que huir a Francia, entra en funcionamiento, a finales de 1875, la ampliación proyectada.

En el año 1877, un fuerte endeudamiento contraído en los negocios por Nonit Plandolit obliga a vender el edificio y tener que buscar uno nuevo. La casa ya acogía, entonces, alrededor de un centenar de niños. El solar escogido fue nombrado Prat d'en Rull, al lado de la carretera de Sarrià, dentro del término de las Corts. En 1881 se hace el traslado a la casa de la finca, que se convierte en el Asilo de la Puríssima Concepció de les Corts.

En el 26 de febrero del año siguiente se pone la primera piedra de lo que había de ser un edificio suficiente para la creciente demanda. Las obras fundamentales se terminan en el año 1908.

Se albergaban unos doscientos cincuenta niños entre cinco y dieciséis años, distribuidos en cuatro grupos —los inválidos, los escrofulosos, los tiñosos, que

estaban aislados por el carácter contagioso de la enfermedad, y los ciegos, que se habían incorporado en el centro en el año 1887. Se les daba escolaridad y, a los mayores, se les enseñaba un oficio en las oficinas de sastrería o zapatería. A los ciegos se les encaminaba prioritariamente a la música, y en buena parte se les ocupaba como profesores de música en hospitales de la orden, no se admitían niños con trastornos mentales nerviosos, ni los afectados por la tuberculosis pulmonar o enfermedades agudas infecciosas—.

Hasta los años treinta, el establecimiento se puede describir como hacía su médico director, Joaquim de Riba de Sanz —«desde el punto de vista médico, la Casa tiene la organización de hospital y sanatorio. Existen enfermerías de medicina y de cirugía, salas de aislamiento para enfermedades infecciosas y para enfermos graves, sala de curaciones, farmacia, laboratorios de análisis clínicos, sala de rayos X, sala para especialidades [ojos, nariz, garganta y oreja, dentista] y departamento de operaciones»— [La Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública de Catalunya. Història d'una diversitat, 1994, p. 126].

La estancia de los niños era gratuita y los únicos ingresos de la institución provenían de la caridad privada que obtenían los hermanos que andaban «de casa en casa y de puerta en puerta pidiendo limosna, no sólo por Barcelona, sino que también por toda Catalunya».

En el año 1923 la institución adquiere la finca Bona Vista en Calafell, con una masía y terrenos de cultivo, y en el año siguiente se estrena como colonia de verano. Al lado de la playa se construye un pabellón de fusta desmontable, apto para doce camas.

En 1926 se compra una finca en la orilla del mar y se empiezan las obras para un pabellón, con capacidad para cien camas, que se inaugura en el mes de mayo de 1929 por el Rey Alfonso XIII y la Reina Victoria Eugenia. A parte de acoger los niños acogidos en el verano, de acuerdo con los principios de la helioterapia, el sanatorio se había de destinar permanentemente a los afectados de tuberculosis ósea —en Barcelona, solamente había el Sanatorio Marítim de Sant Josep, para niñas y mujeres—. La obra fue posible gracias a la caridad recogida repartiendo el folleto «Limosna de Amor», escrito por Amàlia Porqué, en el legado testamentario que hace en favor del hospital la señora Josepa Sanpere, y finalmente, los dineros obtenidos por la expropiación de una parte del terreno de las Corts para hacer pasar la calle Diagonal.

Efectivamente, en el año 1927, la Reina inaugura ya el acceso desde la nueva avenida, y en 1930, entraba en funcionamiento un nuevo cuerpo en aquella

esquina. Aquel mismo año, los hermanos reciben la herencia de Francesc March i Muntada, con la misión de hacer un sanatorio para niños, preferentemente en Manresa. Con capacidad para 30 niños, se abre en el mes de junio de 1932. Desde 1993, el centro continúa en activo formando parte del consorcio del Hospital General de Manresa.

A parte de unos incidentes sin consecuencias durante la «Setmana Tràgica» [1909], el Asilo Hospital de Sant Joan de Déu no vive ningún otro conflicto hasta el julio de 1936, en que los hermanos tienen que abandonar el centro. Los supervivientes se reintegran en el enero de 1939 y emprenden la reconstrucción de las partes deterioradas durante la guerra, especialmente las dedicadas al culto. Empieza entonces un período de cambio, y el centro se fue orientando hacia la atención pediátrica general, complementando el internamiento con el refuerzo de los consultorios externos para las familias con pocos recursos. Funcionalmente, este proceso comporta la reordenación del edificio, con la reducción proporcional del espacio para la hospitalización en favor de los espacios de diagnóstico y tratamiento.

El año 1954 es la fecha clave de este proceso. La campaña benéfica de Radio Nacional de España en Barcelona, impulsada por Dalmau i Viñas, dos clásicos de la radio de la época, posibilita la transformación en un verdadero hospital infantil —el que era un asilo/hospital con una atención prioritaria para las enfermedades crónicas—. Hasta entonces se había hecho una buena especialización en enfermedades osteoarticulares, tanto las infecciosas como las congénitas y las traumáticas. Con los dineros de la campaña radiofónica se inician las obras —un auditorio para las sesiones científicas, nuevos dispensarios, espacios quirúrgicos, servicios de recuperación funcional, etc.— y se adquieren nuevos instrumentos. Se abre, como tal, un servicio de Pediatría, uno de Urología infantil, uno de Cardiología y uno de Oftalmología, que adquirió un gran prestigio en el tratamiento del estrabismo. Con lo referente a los servicios existentes, como los de Neurología y de Odontología, experimentan mejoras tecnológicas, o como el de Otorrinolaringología, que instaló innovadores microscopios para la audiocirugía.

En el año 1963 se constituyó un servicio de Psiquiatría y Psicología infantil, con un equipo de treinta personas especializadas en psicometría, psicoterapia, trabajo social, logopedia y tratamiento de patologías del lenguaje —dislexia, dislalia—.

En el año 1964, la Sociedad Catalana de Pediatría promueve una encuesta entre todos los médicos pediatras comarcales. Una de las conclusiones de esta

encuesta fue el descubrimiento de «zonas sanitarias cero». La primera zona incluía Badalona, Sant Adrià, Santa Coloma de Gramenet, Montcada i Reixac y el distrito X de Barcelona. Para una población de 470.222 personas, solamente había las 39 camas pediátricas del Hospital del Mar.

La segunda zona comprendía una población de 521.140 personas y afectaba a dos distritos de Barcelona —Poble Sec y Sants— y las poblaciones de l'Hospitalet, el Prat y Esplugues de Llobregat. Incluyendo todos las camas de Cirugía y Maternidad de las clínicas privadas —106 camas— no había una sola cama para hospitalizar un niño. Una conclusión evidente fue la necesidad de promover hospitales infantiles y secciones pediátricas en los hospitales generales.

Sant Joan de Déu había de crecer. Se debatía entre continuar en las Corts, en una zona que se urbanizaba rápidamente y que encajearía el centro, o trasladarse a la actual ubicación de Finestrelles, opción que favorecía los resultados del estudio. También, se situaría en un núcleo de comunicaciones de gran futuro, con la autopista y el segundo cinturón enfrente. El hecho de ser un edificio elevado y aislado también era importante. Se planeó, entonces, un centro todo nuevo apto para trescientas camas, y ampliable hasta cuatrocientas. El 30 de junio de 1969 empiezan las obras. Después de la venta del solar de las Corts, para la realización del nuevo proyecto faltaban unos cien millones de la época. Se resuelve hacer una intensa acción informativa y de relaciones públicas para la obtención de los recursos —anuncios en los diarios, paneles, carteles, publicidad radiofónica, conferencias, torneos deportivos, subastas de obras de arte, etc.—, junto con una nueva acción de Radio Nacional de España. A finales de 1972 se abren los consultorios y los laboratorios, y se trasladan los primeros niños para la hospitalización. El día 3 de febrero de 1973 se inaugura oficialmente el nuevo Sant Joan de Déu. Y en 1974 se abre la clínica maternal, donde el centro incorporaba los servicios obstétricos y ginecológicos, y se ampliaba el universo asistencial desde el nacimiento hasta los dieciocho años.

Con el nuevo centro nace también una importante institución —la Associació de Voluntaris de Sant Joan de Déu—, que desde 1973 funciona con unos estatutos que la reconocen como una entidad civil y aconfesional. Actualmente cuenta con 200 asociados. La acción del voluntariado, integrada en los equipos asistenciales, aporta servicios complementarios, destinados a una mejoría cualitativa de la asistencia al niño y a su familia, en los aspectos humanos. El voluntariado ofrece compañía, distracción, servicios de soporte

a la familia, actividades lúdico—recreativas por medio de la biblioteca ambulante, ludoteca, concursos, etc., favoreciendo una estancia activa y con elementos positivos.

En el año 1976 la orden crea la obra benéfica de ayuda social destinada a la atención de aquellos pacientes que no disponen de seguro público ni de medios particulares. En 1979, en el barrio viejo de Barcelona, la orden abre el Albergue de Sant Joan de Déu, en coordinación con los servicios sociales de la ciudad, para acoger transeúntes. En la actualidad dispone de una unidad de Curas paliativas para enfermos del SIDA. Con relación a los aspectos docentes, el nuevo conjunto ofrece una amplia instalación educativa. Se incorpora la escuela de ayudantes técnicos sanitarios, que funcionaba ya en las Corts desde 1962 y que se transforma en la Escuela Universitaria de Enfermería [1979], masculina y femenina, adscrita a la Universitat de Barcelona. En 1973 se pone en marcha la Escuela Profesional de Pediatría y Puericultura, y en el año siguiente, la Escuela Profesional de Otorrinolaringología. Se imparten también clases de quinto curso de Medicina, en las especialidades Pediatría, Ginecología y Obstetricia. También se participa en programas de postgraduación para médicos internos y residentes —MIR—, en las especialidades de Pediatría, Obstetricia, Cirugía pediátrica, Bioquímica y Microbiología —en 1993 se firma un acuerdo con la Universitat de Barcelona, por el cual se reconoce el centro oficialmente como hospital universitario—.

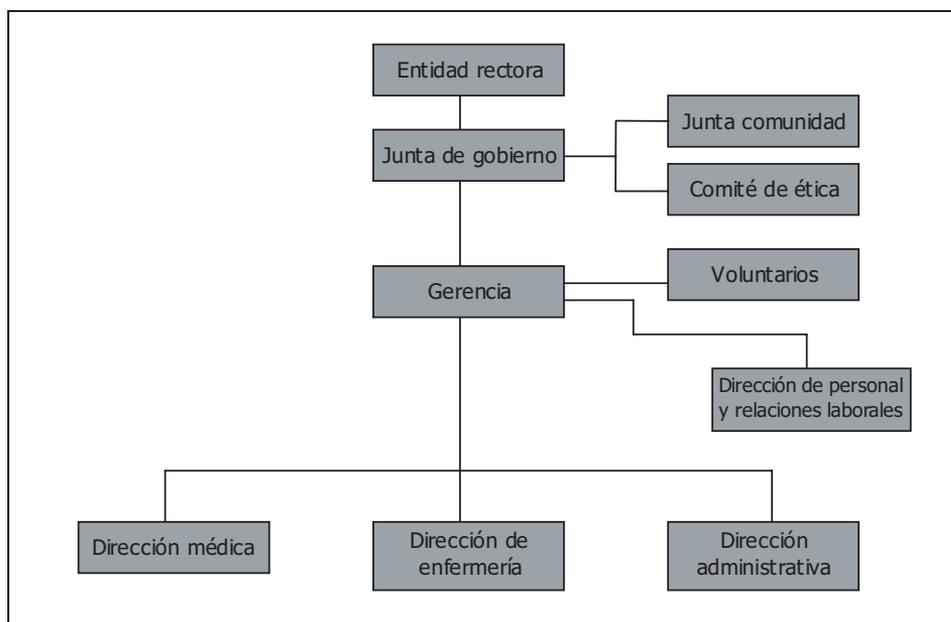
El hospital emprende un proceso de jerarquización de servicios y de equiparación salarial con las instituciones cerradas de la Seguridad Social desde el 1978. Por otro lado, la incorporación de nuevos servicios, técnicas y especialidades —hasta las cuarenta actuales—ha estado notable —se reestructura el servicio de Urgencias [1977—1984], se crea el servicio de Planificación familiar [1980], se introduce en el centro el primer aparato de hemodiálisis [1983], se define un plan de control de calidad [1984], se abren los hospitales de día de Psiquiatría y Oncología [1990], y se crea la primera unidad de Curas paliativas pediátricas [1991]—.

En el año 1981 se crea el comité de ética del hospital, compuesto por catorce profesionales de los diferentes sectores del centro, que ha tenido un carácter pionero y que ha emitido importantes protocolos sobre temas como la adopción, la transfusión sanguínea en enfermos que la rechazan por creencias religiosas, los criterios de muerte cerebral de un niño para efectos de una posible donación de órganos, el consejo diagnóstico y el diagnóstico prenatal, entre otros.

6.13.4.2. ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN

En marzo de 1992 con la firma de un acuerdo entre la Generalitat, el Hospital Clínic y el Hospital Sant Joan de Déu se constituyó la Unidad Integrada de la Corporació Sanitària Clínic con objeto de actuar de forma coordinada y conjunta en las áreas de pediatría y cirugía pediátrica, de modo que pasaron a integrarse los servicios de Pediatría y Cirugía Pediátrica de ambos centros, realizándose este conjunto de actividades en las dependencias del Hospital Sant Joan de Déu.

FIGURA 6.39. Organigrama del Hospital Sant Joan de Déu.



© Memòria Hospital Sant Joan de Déu 1997 [1998, p. 11].

En 1996 se traspasó al Hospital Sant Joan de Déu la cirugía cardíaca extracorpórea infantil, que desde la firma del acuerdo se venía realizando en el Hospital Clínic.

- *Área de influencia:* Baix Llobregat, Barcelonès.
- *Tipología:* Hospital de alta tecnología.
- *Número de camas:* 363.
- *Servicios:* Pediatría y sus especialidades médicas y quirúrgicas. Ginecología y Obstetricia. Neonatología. Unidad de Curas intensivas pediátrica. Psiquiatría. Psicología infantil.

6.13.5. HOSPITALES DE LA VALL D'HEBRON

El conjunto sanitario de la Vall d'Hebron es el área de servicios asistenciales de mayores dimensiones de Catalunya. Cuenta con más de mil cuatrocientas camas, atiende más de doscientas veinte mil urgencias anuales, ingresan —también anualmente— más de cincuenta mil personas y trabajan más de seis mil quinientos profesionales.

En la actualidad, forman parte tres centros hospitalarios: El Hospital General, el Hospital de Traumatología i Rehabilitació y el Hospital Materno—infantil. A estos tres se tiene que sumar, también, el Hospital Quirúrgic Adrià que está ubicado en un otro punto de la ciudad, pero, trabajan en coordinación.

Por otro lado, en el mismo entorno conviven otros servicios como el Banc de Sang y el Institut Català de la Salut —ICS—, ampliamente modernizado en 1992, una Unidad de Anatomía Patológica, Microbiología y Parasitología, de uso común, un centro de atención primaria del ICS, y otros servicios especializados como los de Farmacología clínica, Medicina preventiva o Medicina legal.

Desde el punto de vista docente, se ofrece formación de pregraduación y de postgraduación para los estudios de la Facultat de Medicina de la Universitat Autònoma de Barcelona —UAB— y dispone, desde 1966, de una Escuela Universitaria de Enfermería propia.

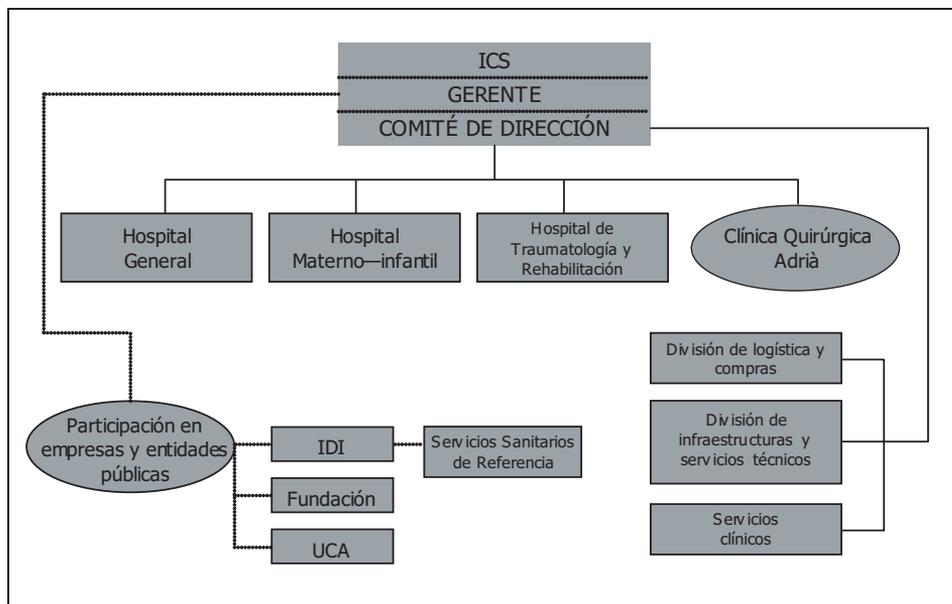
6.13.5.1. ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN

Los Hospitales Vall d'Hebron como instituciones de prestación de servicios sanitarios pertenecientes al ICS tienen el más alto nivel de la XHUP. En este entorno con un alto grado de complejidad requiere unos esfuerzos de innovación y transformación por los cuales está pasando el Vall d'Hebron.

El nuevo modelo organizativo que se está desarrollando tiene un fuerte carácter descentralizador que debe permitir:

- Esclarecer y ordenar las diferentes líneas de prestación de servicios/ gestión dentro de los Hospitales Vall d'Hebron.
- Establecer un marco de asociación estable con otros proveedores sanitarios.
- Consolidar un entorno de trabajo más ágil y flexible para realizar proyectos de mejora de resultados.

FIGURA 6.40. Organigrama general de los Hospitales de la Vall d’Hebron.



© Memòria 1997 Hospitals Vall d’Hebron [1998, p. 8].

6.13.5.2. HOSPITAL GENERAL VALL D’HEBRON

Antecedentes históricos

Históricamente, el conjunto se inicia con el Hospital General Vall d’Hebron, un centro de máximo nivel asistencial, dotado de todas las especialidades médicas y quirúrgicas —hasta que se traspasa a los hospitales monográficos— y de los más avanzados medios tecnológicos.

Fue inaugurado el día 5 de octubre de 1955, por el general Francisco Franco, y por el ministro de Trabajo, impulsor de las obras del Seguro de Enfermedad, José Antonio Girón de Velasco.

La construcción se prolongó entre el agosto del 1948 y el noviembre del 1954. Según el folleto que se distribuyó para la inauguración, para construir este edificio de 13 plantas de altura se hicieron servir cuatro millones de ladrillos agujereados, dos millones de ladrillos macizos y dos millones trescientas mil unidades de plaqueta. También daba otras cifras: 1.975 ventanas de carpintería metálica, 2.760 puertas de diversas maderas y 1.388 radiadores.

Entre las innovaciones para el bienestar se puede destacar la red general de megafonía para transmitir música o programas de radio en las habitaciones. En

general, las plantas se distribuyen en tres habitaciones de cuatro camas, tres habitaciones de seis camas y cinco habitaciones dobles. Toda la ingeniería del centro, desde el monta literas hasta la central de mantenimiento de las instalaciones, se hizo también de acuerdo con las últimas novedades.

Arquitectónicamente, la residencia sanitaria —que recibía este nombre en oposición a la connotación negativa que tenía el término «hospital», ligado a beneficencia— define un modelo, junto con los otros centros del Estado.

Es el que se nombraba «la época del ladrillo» para la utilización de este material en las fachadas de obra vista. Son construcciones de gran solidez. El centro empieza a funcionar, de hecho, durante la primavera del 1955.

De acuerdo con la cobertura que ofrecía el Seguro Obligatorio de Enfermedad —SOE—, su planteamiento asistencial era eminentemente quirúrgico y funcionaba como centro abierto, es decir que, a parte de los cinco médicos de guardia de veinticuatro horas que atendían las urgencias, el resto de los facultativos eran médicos de ambulatorio —un término forjado también en esta época— que operaban en la residencia e iban a pasar visita a sus enfermos.

Hasta entonces el SOE atendía sus afiliados en clínicas concertadas. Sus residencias se definieron por imitación del modelo de la medicina privada, pero con unos núcleos de decisión muy centralizados y con un funcionamiento extremadamente burocratizado.

A partir del año 1966, coincidiendo con la entrada en vigor de la nueva Ley de Seguridad Social, la entonces residencia cambia a Ciudad Sanitaria. Se construyen tres nuevos centros monográficos, dedicados a Traumatología, Pediatría y a Obstetricia y Ginecología, como prolongación física del Hospital General. Es el origen de los actuales Hospital de Traumatología i Rehabilitació, y Hospital Materno—infantil. Los efectos de la inmigración y de la altísima natalidad favorecieron estos nuevos centros.

Durante los años sesenta se incorporan ya los primeros equipos quirúrgicos para atender urgencias de cirugía y los tres primeros médicos internistas.

En el año 1968 se emprende la jerarquización del departamento de Medicina interna, a cargo del doctor Agustí Pedro i Pons, que terminaba de jubilarse de su cátedra universitaria. Se desarrollan los servicios de Medicina interna y también las especialidades médicas.

Cuando fallece el profesor Pedro i Pons, en 1971, el doctor Joaquim Tornos asumió la jefatura del departamento. En el mismo año, el Hospital General se incorpora en la Universitat Autònoma de Barcelona —UAB— como centro universitario, y se empieza a perfilar una estructura organizativa que da como

resultado de actual servicio de Medicina interna y especialidades médicas.

Por otro lado, en 1970, se jerarquizan los servicios quirúrgicos. El doctor Àngel Díez—Gascón es entonces el jefe de departamento. Se incluyen los servicios de Cirugía cardíaca, Oftalmología, Urología, Otorrinolaringología, Angiología y Cirugía vascular, Cirugía maxilofacial y Anestesiología.

En el año 1972, se incorporan al departamento de Cirugía los jefes de Cirugía de urgencia, como jefes del servicio de Cirugía general. —La especialidad de Neurocirugía funcionaba como escuela profesional y no dependía del departamento—.

- *Área de influencia:* Barcelonès.
- *Tipología:* Hospital de alta tecnología.
- *Número de camas:* 721.
- *Servicios:* Todas las especialidades y Unidad de tratamiento de grandes quemados.

6.13.5.3. HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA I REHABILITACIÓ VALL D'HEBRON

Antecedentes históricos

El Hospital de Rehabilitació i Traumatologia —después se cambió la orden de las especialidades en el nombre— se inaugura en el 13 de junio de 1967. El incremento de los accidentes de tránsito y de trabajo fue el origen de este centro especializado que, desde el primer momento, contó con todos los servicios quirúrgicos y de rehabilitación necesarios. Los profesionales habían estado formados en Europa o en los Estados Unidos de América, o provenían de centros barceloneses de larga tradición, como el Sagrat Cor o el Clínic.

También desde su inicio contó con una plantilla jerarquizada. El centro adquirió un gran prestigio en la atención de lesiones medulares —en aquellos momentos, solamente el Institut Guttmann, inaugurado en 1965, se había especializado— y de parálisis cerebrales. Entre las patologías atendidas, desde el inicio, se debe destacar el tratamiento de las secuelas de la poliomielitis y también el tratamiento quirúrgico de la escoliosis, en que el hospital se destacó.

Después, la Cirugía ortopédica del centro evoluciona hacia la implantación de prótesis de cadera y de rodilla. Este camino hace un salto cualitativo con la introducción de las artroscopias. También, desde la apertura del hospital, se introduce la técnica de la osteosíntesis para el tratamiento de fracturas, una técnica desarrollada en Suiza.

Con relación a los servicios centrales, el centro dispone de unidades de Curas intensivas, de un completo gimnasio de fisioterapia, de terapia ocupacional, de una novedosa unidad de postoperatorio y de un equipo de anestesistas, que con el tiempo han creado la actual Clínica del Dolor, que proporciona soporte a toda la Ciutat Sanitària, tanto para los enfermos ambulatorios como para los ingresados. Algunos servicios ocuparon temporalmente las instalaciones del Hospital de Traumatologia i Rehabilitació, como la Nefrología, la Neurología o el departamento de Cirugía plástica, que todavía mantiene una sección, y Quemados —que ha estado hasta 1975, año en que se traslada al Hospital General, después de su ampliación—.

- *Àrea de influència:* Barcelonès.
- *Tipologia:* Hospital de alta tecnologia.
- *Número de camas:* 281.
- *Servicios:* Neurotraumatología. Traumatología y Ortopedia. Cirugía ortopédica. Cirugía plástica. Urología. Rehabilitación y Unidad de Curas intensivas.

6.13.5.4. HOSPITAL MATERNO—INFANTIL VALL D'HEBRON

Antecedentes históricos

En dos bloques diferenciados, el Hospital Maternal y la Clínica Infantil iniciaron sus actividades en el mes de mayo de 1966, pero fueron inaugurados el 13 de junio de 1967, en un contexto social de crecimiento migratorio y demográfico espectacular. Al principio de los años setenta se atendía una media de ochenta partos diarios. Los dos centros se unieron en 1988 para dar lugar al actual hospital universitario Materno—infantil. Este proceso de fusión motiva la necesidad de unas importantes obras —para remodelar y ampliar—, que han redefinido prácticamente la totalidad de sus espacios y que han ampliado el conjunto con tres plantas subterráneas, que acogerían, entre otros, la ampliación de las Urgencias, un nuevo bloque quirúrgico, Hospital de día, unidad de Curas intensivas, esterilización, cocina, vestuarios, archivo de historias clínicas y diagnóstico por la imagen. Con las obras se amplían para tres los espacios destinados a Consultas externas, que se quedan más amplios y confortables. Se potencia, en la nueva superficie, una gran importancia a las zonas de hospitales de día, para que los pacientes puedan recibir el tratamiento sin haber de quedarse por la noche en el hospital. También se dotan con unos espacios amplios el vestíbulo de entrada —donde se tiene quioscos de flores, prensa y

regalos—, y los puntos de información, de atención al usuario y de trabajo social. También se remodelan las habitaciones, que se hacen para dos personas y con baño.

Con lo referente a las patologías, el centro evolucionó desde las infecciones clásicas —como la poliomielitis, el sarampión o la deshidratación— a nuevas enfermedades —la drogadicción, el SIDA— y a nuevos tratamientos, como los trasplantes. Entre las líneas en que se avanzó notablemente figuran el tratamiento del cáncer, los trasplantes, la atención global al fenómeno reproductor como la asistencia en la concepción, el diagnóstico prenatal y el embarazo de alto riesgo. Las unidades de Curas intensivas del hospital, tanto la neonatológica como la pediátrica, son de las mejores dotadas de Catalunya. Históricamente, el hospital marcó hitos en el Estado español como los de la primera hemodiálisis pediátrica [1970], el primer trasplante de riñón pediátrico [1981] y el primer trasplante de hígado [1985].

El centro cuenta, por otro lado, con un programa de calidad asistencial, que desarrolla actividades —tanto para los usuarios como para los profesionales— y trabajos en comisiones especializadas sobre aspectos como los tumores, las infecciones o los aspectos éticos de los ensayos clínicos. Otro de los programas del hospital es el de acogida, que gestiona visitas no asistenciales y coordina los voluntarios —entre otros, Cruz Roja, asociaciones de padres de niños oncológicos y diabéticos—.

Volviendo al conjunto de la Ciutat Sanitària, simultáneamente a la entrada en funcionamiento de los centros monográficos, se empezaba a forjar la siguiente generación de facultativos. La primera promoción de médicos internos y residentes —MIR— de la Vall d'Hebron es del 1968, donde se consolida como segundo centro de todo el Estado después de la clínica Puerta del Hierro. El programa MIR, dotado por la Seguridad Social, significó la regulación de la obtención de la especialización, en la línea de los países occidentales. Paralelamente, desde 1966, se había puesto en marcha la Escuela de Enfermería. Hasta entonces la residencia contaba con una comunidad religiosa y un grupo de enfermeras internas, responsables de planta, que vivían en el centro.

La Enfermería de la Vall d'Hebron implantó el horario de doce horas en turnos de tres días alternados en la semana y con los domingos salteados. El colectivo impulsó, también, una definición propia de enfermería que, entre otras cosas, decía: «Se debe conceptualizar la Enfermería como una profesión de soporte para las personas, con tal de conseguir que se puedan valer por sí

mismas, conseguir la autosuficiencia, independiente de las posibles deficiencias físicas o psicológicas. La enfermera ha de enseñar y ayudar a la persona a tener cuidado de ella misma, a ser independiente. Tener cuidado de la persona se ha de basar en considerarla como un ser biopsicosocial con la capacidad de marcarse objetivos, tomar decisiones, y con el derecho y el deber de escoger, de acuerdo con sus ideas y su propia escala de valores» [La Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública de Catalunya. Història d'una diversitat, 1994, p. 110]. Este personal sanitario joven participó en las primeras plazas de los MIR [1971] y de enfermería [1972] en el Estado. Se producen despidos y se expedientan trabajadores que, posteriormente, serían readmitidos. Algunas de las mejoras obtenidas por la Enfermería, por ejemplo, fueron el reconocimiento del total del salario durante las bajas por enfermedad o la apertura de la guardería para el personal femenino, que actualmente continua en funcionamiento y para todo el personal.

En el año 1975 entra en servicio una nueva parcela del edificio del Hospital General, que se prolonga por uno de los extremos. En la ampliación se ubicó el servicio de Anatomía patológica, antes de disponer de un pabellón propio [1978]. Finalmente se destinaron tres plantas para las Consultas externas, dos para la unidad de Curas intensivas —UCI—, dos más para Nefrología, trasplantes renales y diálisis, una para Cirugía plástica, y una para la unidad de Quemados, un servicio de referencia para toda Catalunya.

En el año 1991 se pone en marcha la nueva ampliación de Urgencias, con una superficie de cuatro mil metros cuadrados. Esta obra fue el inicio de un ambicioso proceso de reformas, concretado en las unidades de hospitalización, donde se transformaron las habitaciones en dobles dotadas con baño. Con la transición democrática, se produce de forma tácita un cambio de nombre. Todos hablaban ya de la Vall d'Hebron. A partir de las transferencias sanitarias, y de la creación del Institut Català de la Salut [1983], los hospitales consolidan y amplían sus líneas de calidad.

Desde el punto de vista médico y quirúrgico, las aportaciones de sus profesionales son numerosas, ya con el inicio de la práctica de la Cirugía arterial directa, en el año 1970, para la corrección de la patología obliterante y aneurística. El Hospital General implanta programas de trasplante de riñón, de hígado —también se hace el primer multiorgánico de hígado y riñón, de España, en mayo de 1994—, de córnea, de médula ósea y de pulmón —se hizo el primer trasplante unipulmonar del Estado, en agosto de 1990—. El Servicio de Cardiología, un de los introductores de la Hemodinámica, cuenta con una

importante unidad de Enfermedades coronarias. También destacan los avances en Neurocirugía y en Oftalmología.

Desde la dirección de Investigación y Docencia de la Vall d'Hebron se desarrollan diversos proyectos sobre enfermedades y tratamientos —cáncer, espina bífida, trasplantes pediátricos, inmunodeficiencias, hepatitis vírales, infecciones, trastornos del sueño, etc.—, o aspectos sanitarios diversos, como el proceso de atención de enfermería, la metodología diagnóstica o la transferencia de resultados entre laboratorios, entre otros. Independiente de ser hospitales de alta tecnología, los centros y sus profesionales tienen una vocación amplia, de atención a todos los niveles de patologías.

El interés por la prevención ha llevado al inicio de una línea de colaboración con la atención primaria de salud. La actividad asistencial del centro evolucionó notablemente con el aumento de la calidad de los hospitales comarcales, que hacen que un buen número de los pacientes que llegan en la Vall d'Hebron, los derivados de estos centros, acceda con diagnósticos preestablecidos.

En el año 1992, como en el resto de los hospitales del ICS, los de la Vall d'Hebron firman el primer contrato con el Servei Català de la Salut —SCS—, significando un paso decisivo hacia un modelo de gestión más empresarial y la mayor vinculación entre los ingresos y la facturación real por los servicios prestados.

- *Área de influencia:* Barcelonès.
- *Tipología:* Hospital de alta tecnología.
- *Número de camas:* 386.
- *Servicios:* Oncohematología. Pediatría. Especialidades médico—quirúrgicas pediátricas. Ginecología. Obstetricia. Unidad de Curas intensivas pediátricas. Neonatología y Nefrología.

6.13.6. CIUTAT SANITÀRIA I UNIVERSITÀRIA DE BELLVITGE

6.13.6.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

El conjunto asistencial de la Ciutat Sanitària i Universitària de Bellvitge, además de otros edificios, la componen dos centros hospitalarios de máximo nivel, el Institut Català d'Oncologia y el Hospital Prínceps d'Espanya, inaugurado en el 8 de noviembre de 1972 por los, entonces príncipes, Juan Carlos de Borbón y Sofía de Grecia.

El gran crecimiento demográfico de la década de los sesenta, motivado por el movimiento inmigratorio, y la insuficiencia de oferta sanitaria en la zona motiva la construcción.

El objetivo de la Ciutat Sanitària i Universitària de Bellvitge es proporcionar asistencia a su población, con calidad y con integración en el entorno social. Son objetivos de la ciutat sanitària, desenvolver de una manera continua procedimientos y técnicas que permitan garantizar la actualización permanente, y al mismo tiempo, reforzar su posición singular y diferenciada en el desarrollo de servicios especializados.

Entre los conceptos claves de la filosofía de la institución, están la implantación de la calidad integral y la definición de su oferta a partir de los criterios propios de una organización pública moderna, desde el ajuste presupuestario hasta el incremento de la eficiencia y de la competitividad de sus centros, comprometidos con el refuerzo constante de la función docente e investigadora.

6.13.6.2. MISIÓN

La finalidad de la Ciutat Sanitària i Universitària de Bellvitge es proporcionar servicios de asistencia sanitaria a su población, con calidad e integración en el entorno social. Ha de desarrollar de una manera continua procedimientos y técnicas que permitan garantizar su permanente actualización y reforzar su posición singular y diferenciada en la prestación y la evolución de servicios terciarios.

La calidad integral como concepto y la agilidad como objetivo prioritario serán elementos claves que marcarán las actuaciones de la Ciutat Sanitària, que adaptará su oferta de acuerdo con los objetivos que le atribuyen como organización pública.

El equilibrio presupuestario y el desarrollo de sistemas que permitan incrementar la eficiencia y aumentar la competitividad son acciones de las cuales dependerá el nivel de desarrollo de la Ciutat Sanitària i Universitària de Bellvitge, que buscará un permanente refuerzo de la función docente e investigadora. La creación de un valor diferencial y de pertenencia a una organización que quiere ser excelente será uno de los puntos que han de caracterizar las decisiones de actuación del personal y la elección del centro por parte de los pacientes.

6.13.6.3. ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN

La CSUB es una institución hospitalaria pública que pertenece al ICS y está acreditada como centro de alta tecnología —Grupo 4—. Está compuesta por diferentes edificios, el Hospital Prínceps d’Espanya; la antigua Escuela de Enfermería, compartido con la Universidad —Fundació Josep Finestres y Clínica Odontológica— ambos edificios están situados dentro del recinto urbanizado; el edificio del Hospital Duran i Reynals, compartido con el Institut Català d’Oncologia, Institut de Recerca Oncològica, el Institut de Diagnòstic per la Imatge y una base de SEMSA, este edificio está situado en el kilómetro 2,7 de la autovía de Castelldefels.

La mayor parte de los servicios de hospitalización están situados en el edificio del Hospital Prínceps d’Espanya, el bloque quirúrgico, las unidades de cuidados intensivos y enfermos críticos, las consultas externas, las urgencias y la mayor parte de los servicios centrales y de soporte. El resto de los servicios y unidades de apoyo, como también de las consultas externas, están distribuidos entre la antigua Escuela de Enfermería y el Hospital Duran i Reynals.

- *Área de influencia:* Regió Sanitària Costa de Ponent, Tarragona, Tortosa y Lleida.
- *Tipología:* Hospital de alta tecnología.
- *Número de camas:* 960.
- *Servicios:* Todas las especialidades.
- *Áreas de investigación:*

Área 1: Neurobiología.

Área 2: Cáncer.

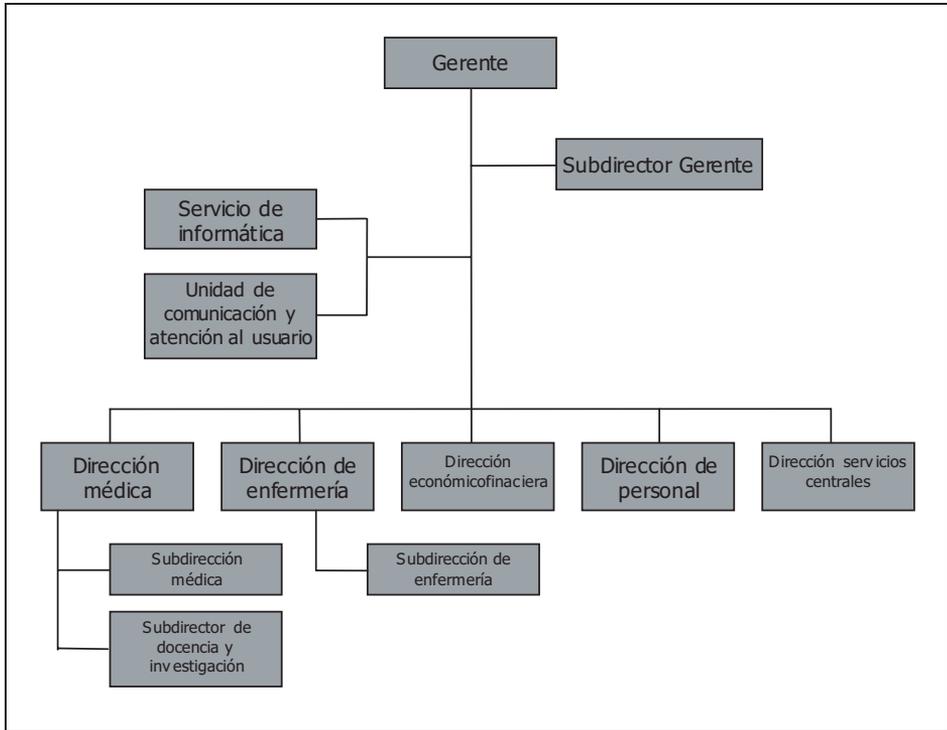
Área 3: Patología infecciosa.

Área 4: Trasplante e inmunidad.

Área 5: Metabolismo, nutrición, crecimiento celular y arteriosclerosis.

Área 6: Genética humana.

Área 7: Enfermedades crónicas, degenerativas e inflamatorias.

FIGURA 6.41. Organigrama de la CSU de Bellvitge.

© Memòria 1997 Ciutat Sanitària i Universitària de Bellvitge [1998, p.23].

6.13.6.4. HOSPITAL PRÍNCEPS D'ESPANYA

Antecedentes històrics

El proyecto del Hospital Prínceps d'Espanya nace, por lo que consta, de una conversación. En el mes de enero de 1968, el ministro de Trabajo había asistido a la inauguración del ambulatorio de la Torrassa, en l'Hospitalet. El doctor Solanich, alcalde de la ciudad en aquellos momentos, le manifiesta la necesidad de disponer de una «residencia» para atender las necesidades de una población local que llegaba ya a las 160.000 personas. El ministro se muestra de acuerdo siempre y cuando tuviesen los terrenos.

Con relación al nombre del centro, en un principio se había de denominar Verge de Montserrat. En una visita de la princesa Sofía al Hospital Francisco Franco de Madrid, la actual Reina pregunta al doctor Bartolomé, que fue el primer director del Bellvitge, que nombre tendría el nuevo hospital. Aquel interés fue interpretado como una propuesta y de ahí surge el nombre actual.

En el octubre de 1969 se compran por 78 millones de pesetas de la época las catorce hectáreas para la obra. La naturaleza de los terrenos complica y retarda los trabajos de fundamentación. Pero en dos años, un tiempo récord, en que se hacen turnos de día y noche, se completan los trabajos —en el mes de enero de 1970 se anuncia oficialmente la construcción y en el enero de 1972 la Seguridad Social acepta el edificio como hospital universitario—. El proyecto preveía una residencia de 25 plantas con 1.200 camas para 22 especialidades hospitalarias. Entretanto se hacen mejoras no previstas en el proyecto inicial, como la división de las unidades de Curas intensivas en «boxes» individuales o la ampliación de los espacios para la cocina y lavandería.

El hospital es resultado de los planteamientos emprendidos por el Instituto Nacional de Previsión —INP—, a partir de la Ley de Seguridad Social del año 1966. Bellvitge es un centro emblemático de la arquitectura de aquella época, de la cual forman también parte el Hospital de Traumatología i Rehabilitació y el Materno—infantil de la Vall d'Hebron.

El edificio consta de tres bloques altos de veinte, trece y nueve plantas respectivamente, unidas por un núcleo común de comunicaciones verticales, de la cual derivan tres brazos para las Consultas externas, Urgencias y servicios de hostelería. El personal del centro tenía procedencias diversas, de hospitales barceloneses o de fuera, pero en buena parte procedían de la generación más joven de la Vall d'Hebron. En un principio, la organización de las especialidades se hace creando servicios médicos—quirúrgicos mixtos, dirigidos por los responsables de Cirugía, disciplina a la cual se dio preeminencia como símbolo de eficacia asistencial. Esta opción se fue modificando. En el verano de 1975, los profesionales del centro se suman a la reivindicación de una sanidad hospitalaria pública, que se impulsaba desde el movimiento progresista. Los médicos vinculados a estas opciones eran contrarios al mantenimiento, por parte de los facultativos de la sanidad pública, de una clientela privada propia. Los médicos internos y residentes —MIR— eran los impulsores de estas reivindicaciones. Bellvitge, muy sensibilizado por un entorno obrero comprometido en la transformación política, se transforma en un centro delantero de un proceso en que conviviera las reclamaciones laborales y la lucha contra la dictadura. La dirección tomó medidas represivas, con médicos expedientados y expulsados, que después con la democratización serían readmitidos.

Actualmente, el Hospital Prínceps de Espanya consolidó un proceso de calidad asistencial. Cuenta con 25 quirófanos y 35 camas para enfermos críticos. Entre las líneas de excelencia del centro destacan los trasplantes.

Con relación a los trasplantes renales, se practican una media de 70 anuales, con una supervivencia del injerto superior al 90% en los cinco años, lo que sitúa el hospital entre los mejores de Europa. Este programa de trasplante renal empieza en el año 1980 y, desde entonces, se han hecho más de mil doscientos. En el mes de febrero de 1984 se realiza el primer trasplante hepático del Estado y, en estos momentos, se hacen una media superior a los treinta anuales. Y con referencia a los trasplantes de corazón, entre 1991 y 1993, se han hecho 35 intervenciones. Por otro lado, el servicio de Cirugía cardíaca ha practicado 7.770 intervenciones extracorpóreas entre 1974 y 1993 —12.565 intervenciones de corazón y 15 casos de asistencia ventricular mecánica—. La dotación tecnológica del hospital es otro de los factores de su calidad. La litotricia extracorpórea, la neurofisiología, la electrofisiología cardíaca o la angiografía digital, entre otros, son ejemplos de su alta tecnificación. También la informática, desarrollada en el propio centro, ha adquirido una gran importancia, con más de quince aplicaciones en funcionamiento, desde la estadística asistencial hasta la gestión de quirófanos. Con relación a los aspectos docentes, el campus de Bellvitge, con 3.000 estudiantes, está destinado a ser uno de los polos de estudios universitarios de Ciencias de la Salud de la Universitat de Barcelona, con enseñanzas de Medicina, Odontología, Podología, Enfermería y Salud Pública. La Ciutat Sanitària, también, está acreditada para impartir docencia de todas las especialidades para facultativos residentes desde 1972, al mismo tiempo que se han estado haciendo trabajos de investigación aplicada. Desde 1985, el hospital desarrolla investigación epidemiológica, clínica y experimental acreditada con el Fondo de Investigación Sanitaria de la Seguridad Social —FISS— y constituye la unidad de Investigación experimental, con tres áreas de actividad—quirófanos, laboratorio y estabulario—. En el año 1988, por otro lado, se crea la Fundación August Pi i Sunyer, para difundir y promover la investigación biomédica. La dinamización cultural del hospital, donde hasta existió una compañía de teatro estable —el Teatre Hospitalari Experimental—, se consolida notablemente con la puesta en funcionamiento, desde diciembre de 1989, de una galería de exposiciones que recibe el nombre de Bellvitge—Art, como servicio abierto a la ciudad. Cada año, también, se convoca un concurso de fotografías y de diseño infantil. El Hospital cuenta también con una biblioteca de préstamo de libros a los pacientes ingresados y familiares.

6.13.6.5. INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA

Antecedentes históricos

El Institut Català d'Oncologia —ICO— es una empresa pública creada por el Acuerdo del Gobierno de la Generalitat de Catalunya del 7 de febrero de 1995. El ICO es un centro de atención oncológica integral que nace como resultado de un proyecto de integración de las diferentes estrategias de lucha contra el cáncer en una sola institución, desde la investigación, epidemiología y la prevención hasta la oncología médica radioterápica, la hematología clínica o las curas paliativas. Sus orígenes se sitúan en la atención oncológica realizada en la Ciutat Sanitària i Universitària de Bellvitge y en la consolidación del servicio de oncología en muchos hospitales de Catalunya y, de los pioneros se destaca el Servei d'Oncologia de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, que fue creado en 1928.

Los objetivos básicos del ICO son los siguientes¹⁸:

1. Ser el centro asistencial de referencia para el tratamiento de los pacientes diagnosticados con cáncer de la Región Sanitaria Costa de Ponent.
2. Actuar como centro de referencia para la realización de las técnicas terapéuticas de alta complejidad.
3. Asesorar el DSSS y el SCS en los ámbitos de la epidemiología, la prevención y el control del cáncer en Catalunya.

El Institut Català d'Oncologia está formado por dos áreas principales:

- La de epidemiología, prevención y control del cáncer.
- La de asistencial e investigación clínica.

Las áreas de investigación del ICO son las siguientes:

Área 1: Epidemiología y registro del cáncer.

Área 2: Física y protección radiológica.

Área 3: Hematología clínica.

Área 4: Oncología médica.

Área 5: Oncología radioterápica.

Área 6: Prevención y control del cáncer.

Con relación a la actividad asistencial, el ICO dispone de 126 camas de hospitalización, hospital de día, unidad de terapia intensiva para el trasplante de

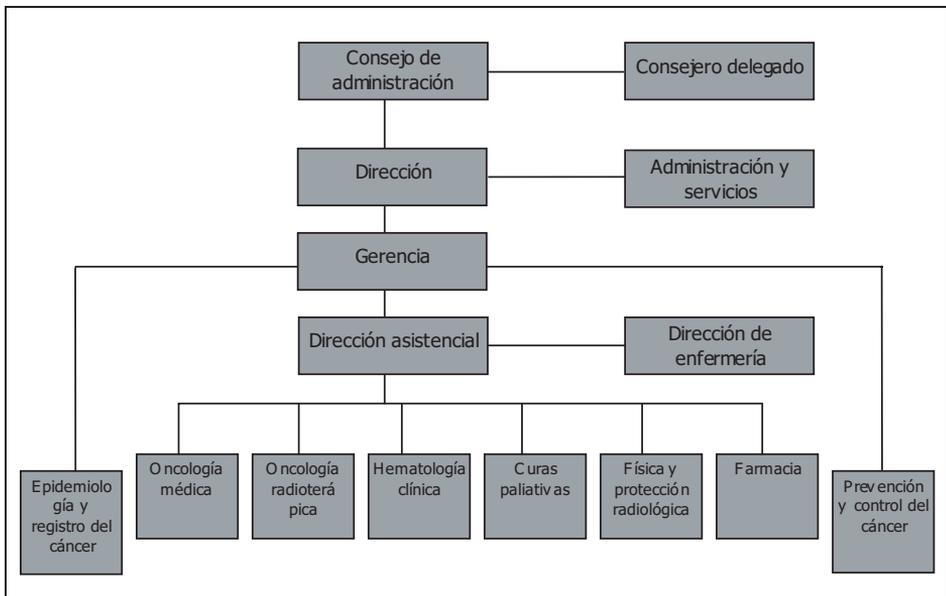
18 Siguiendo parcialmente los objetivos básicos del ICO en la Memòria 1996 del Institut Català d'Oncologia [1997, p. 9].

células progenitoras hematopoéticas, aparatos de alta energía para el tratamiento con radioterapia y braquiterapia.

El ICO tiene como misión contribuir en la lucha contra el cáncer en Catalunya, por medio de la integración de las diferentes estrategias de tratamiento oncológico con la investigación epidemiológica, clínica, la prevención del cáncer y la docencia. Por tanto, los objetivos del ICO son en definitiva, investigar, prevenir, cuidar y mantener. Para conseguir estos objetivos, tiene personalidad jurídica propia por medio de su configuración como empresa pública. En 1996 se consolidó la oferta asistencial del Institut Català d'Oncologia, ya que la mitad de las unidades de hospitalización fueron abiertas durante el año 1995.

De forma global, el Institut Català d'Oncologia es visitado por unos 3.000 pacientes nuevos cada año, esto quiere decir, 1 de cada 8 pacientes diagnosticados de cáncer en Catalunya. Como corresponde a la tendencia actual de la atención oncológica, buena parte de esta atención se realiza en régimen ambulatorio, tanto en radioterapia como en hospital de día o consulta externa.

FIGURA 6.42. Organigrama del ICO.



6.13.7. HOSPITAL UNIVERSITARI GERMANS TRIAS I PUJOL

6.13.7.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Construido entre 1972 y 1979, fue concebido para acoger 1.200 camas, contaba con una estructura mixta, horizontal y vertical, que definía dos entes entendidos como los dos hospitales, el general y el materno—infantil, de una «ciudad sanitaria» arquitectónicamente compacta. Es el actual Hospital de Badalona Germans Trias i Pujol.

Hijos de la ciudad, los hermanos Trias y Pujol, Joaquim [1887—1964] y Antoni [1891—1970], fueron dos destacados cirujanos y catedráticos, responsables de la organización y dirección de los estudios de Medicina de la primera Universitat Autònoma de Barcelona, y de la Escuela de Enfermería de la Generalitat Republicana.

Para muchos badaloneses los hermanos Trias y Pujol son conocidos por el nombre de la línea que separa la parte alta de los valles de Canyet y de Pomar: Can Ruti —este nombre proviene de la antigua masía que fue propiedad de la familia Urrútia, desde principios del siglo XVIII. La leyenda habla que Joan Urrútia, en 1714, terminado el sitio de la ciudad sale de Barcelona y deja galopar su caballo hasta que se para delante de una masada, que compró y donde se afincó—. Este emplazamiento, lejos del núcleo urbano, fue uno de los factores condicionantes de la realidad del centro.

Oficialmente, el centro abrió sus puertas el 14 de abril de 1983, con 166 camas repartidas mayoritariamente entre tres grandes servicios: Medicina interna, Cirugía general y digestiva, y Traumatología y Cirugía ortopédica. Como unidades menores se dotan también camas para Neumología, Oncología médica, Hematología y Medicina intensiva. El año siguiente se pone en servicio la unidad de Urgencias. La situación económica del sector hospitalario en aquellos años dificulta el desarrollo integral y armónico de su estructura asistencial y administrativa, y este hecho fue la causa de un cierto descontento entre los usuarios iniciales. Independientemente de esto, cuatro años después de la apertura del hospital funcionaban ya una treintena de servicios. En enero de 1987 se pone en marcha los servicios de Cardiología, Neurología y Neurocirugía, y en 23 de noviembre de 1987 se inauguraba la unidad pediátrica del hospital con los servicios de Pediatría, Cirugía pediátrica y la unidad neonatal. Dos meses antes se habían trasladado al centro los recursos del Hospital Maternal de Santa Coloma de Gramenet.

Con eso, se llegó a las 401 camas, y en los años siguientes el crecimiento de la hospitalización continuó hasta llegar a las 545 camas, el día 1 de octubre de 1990.

Entre las ofertas asistenciales del centro se destacan los hospitales de día para los tratamientos oncológicos y del SIDA, y las unidades de desintoxicación, de trastornos de la alimentación y las de trasplantes renales —desde 1985—, de páncreas y de córneas. La incorporación de los aparatos de alta tecnología fue una de las líneas de avance del centro. Además del aparato de tomografía axial computarizada —TAC—, durante el 1993 se ponen en marcha el acelerador lineal y un simulador para el servicio de Radioterapia, y una gammacámara—con habitaciones aisladas— para Medicina nuclear.

El hospital se consolidó como centro docente, tanto en formación de pregrado como de postgrado. En 1985 se incorporan, con poco tiempo de diferencia, la primera promoción de médicos internos residentes —MIR— y estudiantes de tercer curso de la facultad de Medicina de la Universitat Autònoma —UAB—. El año siguiente se acreditó definitivamente el programa MIR, que imparte 29 especialidades. El 19 de marzo de 1990 el centro se consolida como hospital universitario con la firma del convenio entre la UAB y el Institut Català de la Salut. También es fluida la colaboración del centro con las escuelas de Enfermería y de Fisioterapia de Santa Coloma de Gramenet.

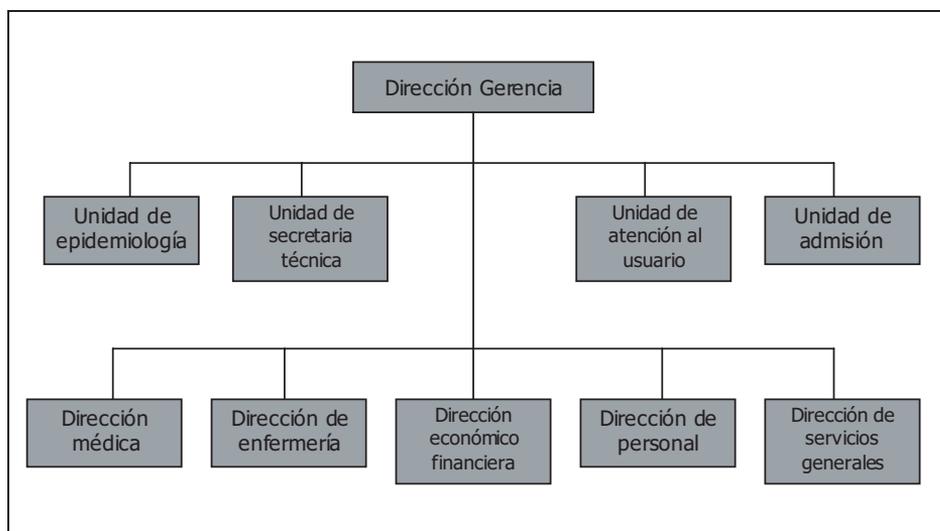
La unidad de Investigación del hospital, creada en 1988, fue acreditada por el Departament de Sanitat i Seguretat Social en 1991 y reconocida por el Ministerio de Sanidad y Consumo en 1992. Se estructura en dos áreas: el Centro de Experimentación Animal y el Centro de Investigaciones Sanitarias, que cuentan con una estructura común de los servicios asistenciales, la epidemiología clínica y la biblioteca central.

Algunas de las líneas de excelencia de la investigación del centro son los trabajos sobre autoinmunidad, fisiopatología respiratoria, neoplasias, nutrición clínica o enfermedades infecciosas. En diciembre de 1993, en el ámbito del servicio de Microbiología se abrió el primer laboratorio de retrovirología de Catalunya —el segundo de España—, en que se investiga sobre el virus del SIDA. Esta nueva dotación fue fruto de un convenio de colaboración entre la Fundación Privada de Lucha contra el SIDA, la Fundación «la Caixa» y el Departament de Sanitat i Seguretat Social.

6.13.7.2. ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN

El HUGTiP es un hospital del ICS acreditado como centro de alta tecnología —Grupo 4—. Tiene también la acreditación de la Unitat d’Investigació por el programa de la Red Estatal de Unidades de Investigación —REUNI—.

FIGURA 6.43. Organigrama del HUGTiP.



© Memòria general 1996 HUGTiP [1998, p. 13].

El hospital está inmerso en un cambio cultural propiciando la introducción de la dirección por objetivos como instrumento de trabajo participativo.

- *Área de influencia:* Barcelonès y Maresme.
- *Tipología:* Hospital de alta tecnología.
- *Número de camas:* 573.
- *Servicios:* Todas las especialidades, excepto la cirugía cardíaca.
- *Áreas de investigación:*

Área 1: Tolerancia y autoinmunidad.

Área 2: Nutrición artificial y fisiopatología digestiva.

Área 3: Biología molecular del cáncer.

Área 4: Microbacterias e infección respiratoria.

Área 5: SIDA y VIH.

Área 6: Fisiopatología cardiorrespiratoria.

Área 7: Epidemiología clínica y molecular.

Área 8: Leucemia y diferenciación hematopoéticas.

Área 9: Enfermedades tromboembólicas.

Área 10: Modelos experimentales de la enfermedad animal.

Área 11: Fisiopatología de la enfermedad inflamatoria idiopática.

Área 12: Trastornos de la alimentación.

Área 13: Fisiopatología del dolor.

Área 14: Fisiopatología de la insuficiencia renal y de la hipertensión.

Área 15: Metodología diagnóstica y práctica clínica.

Área 16: Nuevos procedimientos en cirugía ortopédica.

Área 17: Enfermedades infecciosas y microbiología clínica.

Área 18: Patología intraestructural.

Área 19: Epidemiología de la infección por VIH—SIDA.

Área 20: Inmunología de la piel.

7 RESULTADOS DEL ESTUDIO EMPÍRICO

En el presente capítulo describiremos los resultados del trabajo empírico realizado. Estos resultados se han agrupado en diferentes fases de acuerdo con las cuatro hipótesis formuladas¹. Las fases son las siguientes:

1. Comparación interna o individualizada entre todos los actores del Sistema Sanitario Público Catalán. Para estudiar la producción científica y la competitividad entre ellos se han comparado sus resultados de actividad científica, número de otras publicaciones número de personal de nivel superior y valor del presupuesto económico.
2. Comparación interna o individualizada entre las Regiones Sanitarias del Servei Català de la Salut. Para este estudio se analizó la aportación científica que hacen las regiones sanitarias al sistema, comparando su actividad científica y número de otras publicaciones.
3. Comparación interna o individualizada entre las Empresas Públicas del Servei Català de la Salut. Para este estudio se analizó la aportación de actividad científica, el número de otras publicaciones, número de personal de nivel superior y el presupuesto económico.
4. Comparación interna o individualizada entre los hospitales de alta tecnología —Grupo 4— del SI. Conjuntamente estos actores dominan la producción científica del SI—SSPC, además, mantienen un alto grado de rivalidad y competitividad. Para este estudio se analizó la aportación de actividad científica, presupuesto económico,

¹ Como en el capítulo 3, pp. 107—131, de este estudio, se han descrito ampliamente las variables, el periodo de tiempo analizado, las fuentes documentales, las técnicas de análisis utilizadas, el marco teórico, las hipótesis, los objetivos y la metodología de la investigación empírica los obviaremos ahora para no caer en repeticiones innecesarias.

número de camas, número de personal de nivel superior, número de MIR, número de alumnos de medicina, número de publicaciones SCI y su factor de impacto, número de otras publicaciones, número de tesis doctorales, número de proyectos de investigación, número de ensayos clínicos y el número de transplantes que hacen cada uno de los hospitales de alta tecnología del sistema.

5. Análisis de los datos cualitativos de la encuesta hecha a los actores del SI—PSC, estos datos corresponden a las preguntas de la parte 4 de la encuesta.

En cada apartado del capítulo se describen los resultados de cada fase del trabajo y su interpretación para verificar nuestras hipótesis y en el último apartado presentamos la conclusión de todo el trabajo empírico.

Se han excluido del estudio empírico las Empresas Públicas Energética d'Instal·lacions Sanitàries, S.A., Gestió de Serveis Sanitaris, Gestió i Prestació de Serveis de Salut y el Institut d'Assistència Sanitària por los motivos de escasa actividad de I+D y actividad científica divulgadora y por pertenencia, las últimas tres, a hospitales no incluidos en el Grupo 4.

7.1. FASE 1. ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE TODOS LOS ACTORES DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO CATALÁN

Las hipótesis a contrastar en esta fase son las siguientes:

- 1.1. El valor del presupuesto económico se relaciona significativamente con el número de publicaciones y de actividad científica que generan los actores del sistema.
- 1.2. El número de personal de nivel superior se relaciona significativamente con el número de publicaciones y de actividad científica que generan los actores del sistema.

TABLA 7.1. Resumen de las variables analizadas en esta fase.

Variable	Descripción de la variable
<u>Presupuesto económico</u>	Se obtuvo a partir del presupuesto anual asignado a los actores del estudio.
<u>Personal de nivel superior</u>	Se obtuvo a partir del total de profesionales de nivel superior de la plantilla de cada uno de los actores.
<u>Actividad científica</u>	Se obtuvo a partir de la suma de la actividad científica divulgadora, participación u organización de congresos nacionales e internacionales, simposios, cursos, jornadas, conferencias, actos, seminarios y otros [no se incluye en esta variable las publicaciones SCI u otras publicaciones que producen los actores del sistema y que son analizadas por separado].
<u>Publicaciones de libros, capítulos de libros y demás publicaciones —otras publicaciones—</u>	Se obtuvo a partir del número de publicaciones efectuadas por los actores del estudio [se incluye en esta variable todas las demás publicaciones producidas por los actores del SI—SSPC excluyendo las publicaciones SCI].

Fuente: Elaboración propia.

7.1.1. RESULTADO Y DESCRIPCIÓN DE LAS TABLAS

Resultados de la generación de publicaciones y de actividad científica de todos los actores del sistema.

TABLA 7.2. Resultados del presupuesto económico y del número de personal de nivel superior de todos los actores.

Actor	Presupuesto económico	% sobre el total	Personal de nivel superior	% sobre el total
RSL	28.106.056.830	1,8	884	2,9
RST	39.727.530.490	2,5	1049	3,5
RSTO	11.531.624.900	0,7	345	1,1
RSG	43.186.086.350	2,8	1258	4,1
RSCP	103.483.312.200	6,7	2982	9,8
RSBNM	57.364.925.400	3,7	1609	5,3
RSC	101.558.607.500	6,5	3600	11,8
RSBC	200.003.487.700	12,9	5870	19,3
IDI	1.588.521.975	0,10	42	0,14
SEMSA	316.183.755	0,02	39	0,13
AATM	181.595.294	0,01	10	0,03
ICO	3.500.000.000	0,22	80	0,26
SSRCTBT	1.407.386.332	0,09	18	0,06
SCS	603.378.930.232	38,9	574	1,9
ICS	210.480.414.000	13,6	8173	26,9
IES	471.984.645	0,03	17	0,06
CSUB	23.608.228.000	1,5	698	2,3
HUGTIP	13.024.180.000	0,8	241	0,8
HC	40.525.502.000	1,9	757	2,5
HSJD	7.787.701.000	0,5	224	0,7
HSCSP	21.650.800.000	1,4	525	1,7
CSUVH	45.192.332.000	2,9	1335	4,4
FP	4.500.000.000	0,3	70	0,2
TOTAL	1.562.575.390.603	100,00	30400	100,00

Fuente: Encuesta, preguntas 1 y 4. Número de respuestas: 46.

Del total del presupuesto económico de los actores estudiados destaca el SCS con el 38,9% seguido por el ICS con el 13,6% del total del presupuesto. En cuanto al personal de nivel superior se destaca el ICS con el 26,9% seguido por la RSBC con el 19,3%.

TABLA 7.3. Resultados de la actividad científica y de las publicaciones generadas por los actores del sistema.

Actor	Actividad científica	% sobre el total	Otras publicaciones	% sobre el total
RSL	23	0,3	4	0,2
RST	8	0,1	4	0,2
RSTO	25	0,4	7	0,4
RSG	18	0,3	9	0,5
RSCP	17	0,2	8	0,5
RSBNM	54	0,8	5	0,3
RSC	8	0,1	2	0,1
RSBC	17	0,2	3	0,2
IDI	951	14,6	29	1,7
SEMSA	58	0,9	16	1,0
AATM	114	1,8	13	0,8
ICO	678	10,4	109	6,5
SSRCTBT	57	0,9	13	0,8
SCS	8	0,1	225	13,5
ICS	5	0,1	187	11,2
IES	114	1,8	8	0,5
CSUB	744	11,4	103	6,2
HUGTIP	761	11,7	105	6,3
HC	530	8,1	361	21,7
HSJD	485	7,4	134	8,0
HSCSP	463	7,1	113	6,8
CSUVH	1079	16,6	103	6,2
FP	275	4,2	106	6,4
TOTAL	6492	100,0	1667	100,0

Fuente: Encuesta, preguntas 6 y 14. Número de respuestas: 46.

Del total de la actividad científica se destacan los hospitales de la Vall d'Hebron con el 16,6% seguidos por el IDI con el 14,6% y del total de otras publicaciones se destaca el hospital Clínic con el 21,7% seguido por el SCS con el 13,5%.

TABLA 7.4. Resultados de la actividad científica por presupuesto y personal de nivel superior.

Actor	Actividad científica	Presupuesto económico*	AC / presupuesto	Personal de nivel superior	AC / personal nivel superior
RSL	23	28106	0,000818	884	0,026018
RST	8	39728	0,000201	1049	0,007626
RSTO	25	11532	0,002168	345	0,072464
RSG	18	43186	0,000417	1258	0,014308
RSCP	17	103483	0,000164	2982	0,005701
RSBNM	54	57365	0.000941	1609	0,033561
RSC	8	101559	0,000079	3600	0,002222
RSBC	17	200003	0,000085	5870	0,002896
IDI	951	1589	0,598670	42	22,64286
SEMSA	58	316	0,183438	39	1,487179
AATM	114	182	0,627770	10	11,40000
ICO	678	3500	0,193714	80	8,475000
SSRCTBT	57	1407	0,040501	18	3,166667
SCS	5	603379	0,000008	574	0,008711
ICS	8	210480	0,000038	8173	0,000979
IES	114	472	0,241533	17	6,705882
CSUB	744	23608	0,031514	698	1,065903
HUGTIP	761	13024	0,058430	241	3,157676
HC	530	28752	0,013078	757	0,700132
HSJD	485	7788	0,062278	224	2,165179
HSCSP	463	21651	0,021385	525	0,881905
CSUVH	1079	45192	0,023876	1335	0,808240
FP	275	4500	0,061111	70	3,928571

* Presupuesto económico expresado en millones de pesetas.

Fuente: Encuesta, preguntas 6, 4 y 1. Número de respuestas: 69.

En esta tabla se observa que el mayor número de actividad científica tienen los hospitales de la Vall d'Hebron, el mayor presupuesto el SCS y el mayor número de personal de nivel superior el ICS. Con relación al índice actividad científica—presupuesto la AATM tiene el mayor índice y con relación al índice actividad científica—personal de nivel superior el IDI tiene el mayor índice.

TABLA 7.5. Resultados de otras publicaciones por presupuesto y personal de nivel superior.

Actor	Otras publicaciones	Presupuesto económico*	OP / presupuesto	Personal de nivel superior	OP / personal nivel superior
RSL	4	28106	0,000142	884	0,004525
RST	4	39728	0,000101	1049	0,003813
RSTO	7	11532	0,000607	345	0,020290
RSG	9	43186	0,000208	1258	0,007154
RSCP	8	103483	0,000077	2982	0,002683
RSBNM	5	57365	0.000087	1609	0,003108
RSC	2	101559	0,000020	3600	0,000556
RSBC	3	200003	0,000015	5870	0,000511
IDI	29	1589	0,018256	42	0,690476
SEMSA	16	316	0,050603	39	0,410256
AATM	13	182	0,071588	10	1,300000
ICO	109	3500	0,031143	80	1,362500
SSRCTBT	13	1407	0,009237	18	0,722222
SCS	225	603379	0,000373	574	0,391986
ICS	187	210480	0,000888	8173	0,022880
IES	8	472	0,016950	17	0,470558
CSUB	103	23608	0,004363	698	0,147564
HUGTIP	105	13024	0,008062	241	0,435685
HC	361	28752	0,008908	757	0,476882
HSJD	134	7788	0,017207	224	0,598214
HSCSP	113	21651	0,005219	525	0,215238
CSUVH	103	45192	0,002279	1335	0,077154
FP	106	4500	0,023556	70	1,514286

* Presupuesto económico expresado en millones de pesetas.

Fuente: Encuesta, preguntas 14, 4 y 1. Número de respuestas: 69.

En esta tabla se observa que el mayor número de otras publicaciones tiene el hospital Clínic, el mayor presupuesto el SCS y el mayor número de personal de nivel superior el ICS. Con relación al índice otras publicaciones—presupuesto la AATM tiene el mayor índice y con relación al índice otras publicaciones—personal de nivel superior la Fundació Puigvert tiene el mayor índice.

TABLA 7.6. Estadístico de las variables de todos los actores.

Variable	Media	Desviación típica
Actividad científica	282,26	348,02
Otras publicaciones	72,48	91,19
Personal de nivel superior	1321,74	2052,38
Presupuesto económico	6,79E+10	1,31E+11

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta.

En esta tabla se observa que la desviación típica es mayor que la media para todas las variables significando que hay una fuerte dispersión entre el mínimo y el máximo estadístico de cada variable y que existe una acentuada heterogeneidad entre los grupos de actores estudiados.

TABLA 7.7. Análisis de Regresión Lineal de actividad científica.

Medidas Variables predictoras	R Correlación de Pearson	R ² Coeficiente de determinación	R ² corregida	Significación del cambio en F
Personal de nivel superior	0,329	0,108	0,065	0,126
Presupuesto económico	0,310	0,096	0,053	0,150

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta.

En esta tabla se observa que para el modelo propuesto el coeficiente 0,108 indica que por cada unidad de cambio en personal de nivel superior se produce un cambio de 0,108 unidades [10,8%] en la actividad científica con la significación del 0,126 [87,4%] y el coeficiente 0,096 indica que por cada unidad de cambio en el presupuesto económico se produce un cambio de 0,096 unidades [9,6%] en la actividad científica con la significación del 0,150 [85,0%].

Como se puede comprobar los resultados estadísticos muestran unos valores de R² corregida muy próximos a cero por lo que se puede concluir que existe poca relación del presupuesto económico global y del personal de nivel superior de los actores con la actividad científica y también que la significación del modelo alrededor del 85% es baja.

En otras palabras, el presupuesto económico global y el personal de nivel superior están destinados a todas las actividades que éste desarrolla en el

cumplimiento de sus funciones dentro del sistema, por lo que no se puede determinar que exista una relación directa entre actividad científica—personal de nivel superior y actividad científica—presupuesto económico. Interviniendo otros factores explicativos en la producción de actividad científica que presentan los diversos actores.

TABLA 7.8. Análisis de Regresión Lineal de otras publicaciones.

Medidas Variables predictoras	R Correlación de Pearson	R ² Coeficiente de determinación	R ² corregida	Significación del cambio en F
Personal de nivel superior	0,036	0,01	-0,046	0,871
Presupuesto económico	0,338	0,114	0,072	0,115

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta.

En esta tabla se observa que para el modelo propuesto el coeficiente 0,01 indica que por cada unidad de cambio en personal de nivel superior se produce un cambio de 0,01 unidades [1,0%] de otras publicaciones con una muy poca significación del 0,871 [12,9%] y el coeficiente 0,114 indica que por cada unidad de presupuesto económico se produce un cambio de 0,114 unidades [11,4%] en otras publicaciones con la significación del 0,115 [88,5%].

Como se puede comprobar los resultados estadísticos muestran unos valores de R² muy próximos a cero por lo que se puede concluir que existe poca relación del presupuesto económico global y del personal de nivel superior de los actores con otras publicaciones. El valor de la R² corregida negativo indica una relación inversa entre otras publicaciones—personal de nivel superior, por lo tanto la no—validez de la hipótesis.

En otras palabras, el hecho de que el actor tenga una mayor plantilla de personal de nivel superior no hace prever que tenga un mayor número de otras publicaciones.

7.1.2. INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS

Los resultados de las diferentes tablas presentan una tendencia común no confirmando el grupo de hipótesis de partida. El presupuesto económico global no se relaciona de forma significativa con el número de actividad científica y otras publicaciones que producen los actores del SI—SSPC. También el número

de personal de nivel superior no se relaciona de forma significativa con el número de actividad científica y otras publicaciones. Las diferencias entre los resultados son significativas, la desviación típica es mayor que la media para todas las variables lo que significa que existe una fuerte dispersión entre el mínimo y el máximo estadístico existiendo una gran heterogeneidad entre todos los actores. La tabla 7.9. muestra el resumen de los resultados de esta fase.

TABLA 7.9. Resultados del estudio de la Fase 1.

Variable \ Actor	SCS	ICS	CSUVH	HC	AATM	IDI	FP
> presupuesto económico	X						
> plantilla PNS		X					
> nº actividad científica			X				
> nº otras publicaciones				X			
> AC / presupuesto económico					X		
> AC / plantilla PNS						X	
> OP / presupuesto					X		
> OP / plantilla PNS							X

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta.

En primer lugar se ha constatado como la AATM que tiene el menor presupuesto económico y la menor plantilla de personal de nivel superior, que podría constituir barreras en su aportación científica al SI—SSPC, se encuentra con el mayor índice de actividad científica—presupuesto económico y el mayor índice de otras publicaciones—presupuesto económico en comparación con los demás actores del sistema. Por lo tanto, la AATM es el actor que con relación al presupuesto económico que dispone es el que mayor número actividad científica y otras publicaciones produce.

En segundo lugar, se ha constatado que la CSUVH y el Hospital Clínic son los dos hospitales de alta tecnología que más aportación de actividad científica y otras publicaciones hacen al sistema. El IDI tiene el mayor índice actividad científica—personal de nivel superior y la Fundació Puigvert tiene el mayor índice otras publicaciones—personal de nivel superior.

En conclusión, el objetivo de este apartado ha sido comprobar individualmente el comportamiento diferenciado de los actores dentro del SI—SSPC. Este comportamiento es consecuencia de los condicionantes y de la política de la propia existencia del sistema. La manera en que se ha mostrado este comportamiento diferenciado ha sido a través de la aplicación de los dos grupos de hipótesis en los dos ámbitos de aportación de los actores al sistema.

7.2. FASE 2. ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE EL ACTOR REGIONES SANITARIAS DEL SERVEI CATALÀ DE LA SALUT

Las hipótesis a contrastar en esta fase son las siguientes:

- 2.1. Los resultados de aportación de la actividad científica de las Regiones Sanitarias serán significativamente diferentes.
- 2.2. Un mayor número de personal de nivel superior fomenta la actividad científica.
- 2.3. Un mayor presupuesto proporciona un resultado de la actividad científica significativamente superior.

TABLA 7.10. Resumen de las variables analizadas en esta fase.

Variable	Descripción de la variable
<u>Presupuesto económico</u>	Se obtuvo a partir del presupuesto anual asignado a los actores del estudio.
<u>Personal de nivel superior</u>	Se obtuvo a partir del total de profesionales de nivel superior de la plantilla de cada uno de los actores.
<u>Actividad científica</u>	Se obtuvo a partir de la suma de la actividad científica divulgadora, participación u organización de congresos nacionales e internacionales, simposios, cursos, jornadas, conferencias, actos, seminarios y otros [no se incluye en esta variable las publicaciones SCI u otras publicaciones que producen los actores del sistema y que son analizadas por separado].
<u>Publicaciones de libros, capítulos de libros y demás publicaciones —otras publicaciones—</u>	Se obtuvo a partir del número de publicaciones efectuadas por los actores del estudio [se incluye en esta variable todas las demás publicaciones producidas por los actores del SI—SSPC excluyendo las publicaciones SCI].

7.2.1. RESULTADO Y DESCRIPCIÓN DE LAS TABLAS

Resultados de la aportación de actividad científica y de número de otras publicaciones de las Regiones Sanitarias.

TABLA 7.11. Resultados de la actividad científica y número de otras publicaciones de cada región sanitaria.

Región sanitaria	Nº actividad científica	% sobre el total	Nº de otras publicaciones	% sobre el total
RSL	23	13,5	4	9,5
RST	8	4,7	4	9,5
RSTO	25	14,7	7	16,7
RSG	18	10,6	9	21,4
RSCP	17	10,0	8	19,0
RSBNM	54	31,8	5	11,9
RSC	8	4,7	2	4,8
RSBC	17	10,0	3	7,1
TOTAL	170	100,0	42	100,0

Fuente: Encuesta, preguntas 6 y 14. Número de respuestas: 16.

Del total de actividad científica de las regiones sanitarias se destaca la RSBNM con el 31,8% de la actividad científica realizada por todas las regiones sanitarias, seguida por la RSTO con el 14,7%. Las RST y RSC fueron las que realizaron una menor aportación de actividad científica el 4,7% del total respectivamente.

Del total de publicaciones se destaca la RSG con el 21,4% y la RSCP con el 19,0%. Las RSBC y RSC fueron las que menos publicaron con el 7,1% y el 4,8% de las publicaciones respectivamente.

TABLA 7.12. Resultados del presupuesto económico destinado a cada región sanitaria.

Región sanitaria	Presupuesto económico	% sobre el total	Personal nivel superior	% sobre el total
RSL	28.106.057.000	4,8	884	5,0
RST	39.727.529.000	6,8	1049	6,0
RSTO	11.531.624.000	2,0	345	2,0
RSG	43.186.085.000	7,4	1258	7,1
RSCP	103.483.310.000	17,7	2982	16,9
RSBNM	57.364.926.000	9,8	1609	9,1
RSC	101.558.600.000	17,4	3600	20,5
RSBC	200.003.480.000	34,2	5870	33,4
TOTAL	584.961.611.000	100,0	17597	100,0

Fuente: Encuesta, preguntas 4 y 1. Número de respuestas: 16.

Del total de personal de nivel superior de las regiones sanitarias la RSBC tiene la mayor plantilla con 33,4% del personal, seguida por la RSC con el 20,5% del personal. Las RSL y RSTO tienen las menores plantillas de personal de nivel superior con el 5,0% y el 2,0% respectivamente. Del total del presupuesto económico la RSBC recibe el 34,2% seguida de la RSCP con el 17,7% del presupuesto económico. Las RSL y RSTO reciben el menor presupuesto económico con el 4,8% y el 2,0% respectivamente.

TABLA 7.13. Otros datos de las regiones sanitarias.

Región sanitaria	Renta per cápita	Área geográfica	Población	Hospitales 1—2—3*	Hospitales 4*
RSL	12,7%	35,9%	5,0%	11,5%	0,0%
RST	11,8%	11,5%	6,1%	9,8%	0,0%
RSTO	13,1%	7,3%	2,0%	1,6%	0,0%
RSG	12,8%	16,5%	7,4%	13,1%	0,0%
RSCP	11,8%	6,2%	16,5%	13,1%	30,0%
RSBNM	11,8%	2,6%	20,3%	8,2%	10,0%
RSC	11,8%	19,7%	18,4%	23,0%	0,0%
RSBC	14,5%	0,3%	24,3%	19,7%	60,0%

* Clasificación de los hospitales de la XHUP, Grupos 1,2,3,4.

Fuente: Elaboración propia a partir de la bibliografía seleccionada.

TABLA 7.14. Resultados de la actividad científica por presupuesto y personal de nivel superior.

Región sanitaria	Actividad científica	Presupuesto económico*	AC / presupuesto	Personal de nivel superior	AC / personal de nivel superior
RSL	23	28106	0,000818	884	0,026018
RST	8	39728	0,000201	1049	0,007626
RSTO	25	11532	0,002168	345	0,072464
RSG	18	43186	0,000417	1258	0,014308
RSCP	17	103483	0,000164	2982	0,005701
RSBNM	54	57365	0,000941	1609	0,033561
RSC	8	101559	0,000079	3600	0,002222
RSBC	17	200003	0,000085	5870	0,002896

* Presupuesto económico expresado en millones de pesetas.

Fuente: Encuesta, preguntas 6, 4 y 1. Número de respuestas: 24.

En esta tabla se observa que el mayor número de actividad científica lo tiene RSBNM, el mayor presupuesto la RSBC y el mayor número de personal de nivel superior también la RSBC. Con relación al índice actividad científica—presupuesto la RSTO tiene el mayor índice y también con relación al índice actividad científica—personal de nivel superior la RSTO tiene el mayor índice.

TABLA 7.15. Resultados de otras publicaciones por presupuesto y personal de nivel superior.

Región sanitaria	Otras publicaciones	Presupuesto económico*	OP / presupuesto	Personal de nivel superior	OP / personal de nivel superior
RSL	4	28106	0,000142	884	0,004525
RST	4	39728	0,000101	1049	0,003813
RSTO	7	11532	0,000607	345	0,020290
RSG	9	43186	0,000208	1258	0,007154
RSCP	8	103483	0,000077	2982	0,002683
RSBNM	5	57365	0,000087	1609	0,003108
RSC	2	101559	0,000020	3600	0,000556
RSBC	3	200003	0,000015	5870	0,000511

* Presupuesto económico expresado en millones de pesetas.

Fuente: Encuesta, preguntas 14, 4 y 1. Número de respuestas: 24.

En esta tabla se observa que el mayor número de otras publicaciones lo tiene RSG, el mayor presupuesto la RSBC y el mayor número de personal de nivel superior también la RSBC.

superior también la RSBC. Con relación al índice otras publicaciones—presupuesto la RSTO tiene el mayor índice y también con relación al índice otras publicaciones—personal de nivel superior la RSTO tiene el mayor índice.

TABLA 7.16. Comparación de los estadísticos de las variables de las regiones sanitarias con todos los actores.

Variable	Media de las Regiones Sanitarias	Media de todos los actores	Desviación típica de las Regiones Sanitarias	Desviación típica de todos los actores
Actividad científica	21,25	282,26	14,58	348,02
Otras publicaciones	5,25	72,48	2,49	91,19
Personal de nivel superior	2199,63	1321,74	1842,93	2052,38
Presupuesto económico	7,31E+10	6,79E+10	6,08E+10	1,31E+11

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta.

En esta tabla se observa la media y desviación típica de las variables de las Regiones Sanitarias y para todas las variables, excepción de otras publicaciones, la desviación típica es menor que la media significando que existe una mayor homogeneidad entre las Regiones Sanitarias. Con relación a la comparación de las Regiones Sanitarias con todos los actores se observa que la media y desviación típica de las Regiones Sanitarias es menor significando que para todas las variables estudiadas las Regiones Sanitarias tienen una baja aportación al SI—SSPC.

TABLA 7.17. Análisis de Regresión Lineal de actividad científica.

Medidas Variables predictoras	R Correlación de Pearson	R ² Coeficiente de determinación	R ² corregida	Significación del cambio en F
Personal de nivel superior	0,254	0,065	-0,91	0,544
Presupuesto económico	0,214	0,046	-0,113	0,610

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta.

En esta tabla se observa que para el modelo propuesto el coeficiente 0,065 indica que por cada unidad de cambio en personal de nivel superior se produce un cambio de 0,065 unidades [6,5%] en la actividad científica con la significación del 0,544 [45,6%] y el coeficiente 0,046 indica que por cada unidad de cambio en el presupuesto económico se produce un cambio de 0,046 unidades [4,6%] en otras publicaciones con la significación del 0,610 [39,0%].

Como se puede comprobar los resultados estadísticos muestran unos valores de R^2 muy próximos a cero por lo que se puede concluir que existe poca relación del presupuesto económico global y del personal de nivel superior de los actores con la actividad científica de las regiones sanitarias, por lo que no se puede determinar que exista una relación directa entre actividad científica—personal de nivel superior y actividad científica—presupuesto económico. Interviniendo otros factores explicativos en la producción de actividad científica que presentan los diversos actores.

El valor de la R^2 corregida negativo para los dos casos indica una relación inversa entre actividad científica—personal de nivel superior y actividad científica—presupuesto económico, por lo tanto la no—validez de las hipótesis. En otras palabras, el hecho de que las regiones sanitarias tengan una mayor plantilla de personal de nivel superior y un mayor presupuesto económico no hace prever que desarrollen un mayor número de actividad científica.

TABLA 7.18. Análisis de Regresión Lineal de otras publicaciones.

Medidas Variables predictoras	R Correlación de Pearson	R^2 Coeficiente de determinación	R^2 corregida	Significación del cambio en F
Personal de nivel superior	0,442	0,195	0,061	0,273
Presupuesto económico	0,389	0,151	0,009	0,341

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta.

En esta tabla se observa que para el modelo propuesto el coeficiente 0,195 indica que por cada unidad de cambio en personal de nivel superior se produce un cambio de 0,195 [19,5%] en otras publicaciones con la significación de 0,273 [72,7%] y el coeficiente 0,151 indica que por cada unidad de cambio en el presupuesto económico se produce un cambio de 0,151 unidades [15,1%] en otras publicaciones con la significación del 0,341 [65,9%].

Como se puede comprobar los resultados estadísticos muestran unos valores de R^2 muy próximos a cero por lo que se puede concluir que existe poca relación del presupuesto económico global y del personal de nivel superior de los actores con otras publicaciones, por lo que no se puede determinar que exista una relación directa entre otras publicaciones—personal de nivel superior y otras publicaciones—presupuesto económico. Interviniendo otros factores explicativos en la producción de otras publicaciones que presentan los diversos actores.

En otras palabras, el hecho de que el actor tenga una mayor plantilla de personal de nivel superior y un mayor presupuesto económico no hace prever que tenga un mayor número de otras publicaciones.

7.2.2. INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS

El objetivo de la contrastación de este segundo grupo de hipótesis ha sido analizar el comportamiento diferenciado de las regiones sanitarias del SCS dentro del SI—SSPC.

Por lo tanto, más que validar o no las hipótesis se ha tratado de observar como ha sido el comportamiento de las regiones sanitarias. La tabla 7.19 muestra el resumen de los resultados de esta fase.

TABLA 7.19. Resultados del estudio de la Fase 2.

Región sanitaria Variable	RSBC	RSTO	RSBNM	RSG
> presupuesto económico	X			
> personal de nivel superior	X			
> n° actividad científica			X	
> n° otras publicaciones				X
> AC / presupuesto económico		X		
> AC / personal de nivel superior		X		
> OP / presupuesto		X		
> OP / personal de nivel superior		X		

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta.

En primer lugar se ha constatado como la RSTO que tiene el menor presupuesto económico y la menor plantilla de personal de nivel superior, que podría constituir barreras en su aportación científica al SI—SSPC, se encuentra con el mayor índice de actividad científica—presupuesto económico y el mayor índice de otras publicaciones—presupuesto económico en comparación con las demás regiones sanitarias. Por lo tanto, la RSTO es la región sanitaria que con relación al presupuesto económico que dispone es la que mayor actividad científica y otras publicaciones produce.

En segundo lugar, se ha constatado que la RSBNM es la que más aportación de actividad científica hace al sistema y la RSG es la que más aporta al sistema otras publicaciones. La RSTO tiene el mayor índice los dos grupos de hipótesis 2.2 y 2.3 y para las dos variables estudiadas.

Los resultados obtenidos confirman la primera hipótesis 2.1 y como en la Fase 1 los resultados de todas las tablas presentan una tendencia común no confirmando las dos hipótesis siguientes 2.2 y 2.3. El presupuesto económico global no se relaciona de forma significativa con el número de actividad científica y otras publicaciones que producen las regiones sanitarias del SI—SSPC. También el número de personal de nivel superior no se relaciona de forma significativa con el número de actividad científica y otras publicaciones. Las diferencias entre los resultados son menos significativas que en la fase anterior, la desviación típica, con excepción del presupuesto económico, es menor que la media para todas las variables lo que significa que existe una dispersión pequeña entre el mínimo y el máximo estadístico existiendo una gran homogeneidad en la aportación de las regiones sanitarias al sistema en comparación al conjunto total de los actores.

En tercer lugar, se ha constatado con la comparación de las medias de la actividad científica [21,25] y de otras publicaciones [5,25] de las regiones sanitarias con la media de todos los actores [282,26] y [72,48], respectivamente, que las regiones sanitarias no están ubicadas en el polo científico o tecnológico del SI—SSPC. En conclusión, el objetivo de este apartado ha sido comprobar individualmente el comportamiento diferenciado de las regiones sanitarias dentro del SI—SSPC.

7.3. FASE 3. ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE LAS EMPRESAS PÚBLICAS DEL SERVEI CATALÀ DE LA SALUT

Las hipótesis a contrastar en esta fase son las siguientes:

- 3.1. El valor del presupuesto económico se relaciona significativamente con los resultados de la actividad científica y con el número de otras publicaciones de las empresas.
- 3.2. El número de personal de nivel superior se relaciona significativamente con los resultados de la actividad científica y con el número de otras publicaciones de las empresas.

TABLA 7.20. Resumen de las variables analizadas en esta fase.

Variable	Descripción de la variable
<u>Presupuesto económico</u>	Se obtuvo a partir del presupuesto anual asignado a los actores del estudio.
<u>Personal de nivel superior</u>	Se obtuvo a partir del total de profesionales de nivel superior de la plantilla de cada uno de los actores.
<u>Actividad científica</u>	Se obtuvo a partir de la suma de la actividad científica divulgadora, participación u organización de congresos nacionales e internacionales, simposios, cursos, jornadas, conferencias, actos, seminarios y otros [no se incluye en esta variable las publicaciones SCI u otras publicaciones que producen los actores del sistema y que son analizadas por separado].
<u>Publicaciones de libros, capítulos de libros y demás publicaciones —otras publicaciones—</u>	Se obtuvo a partir del número de publicaciones efectuadas por los actores del estudio [se incluye en esta variable todas las demás publicaciones producidas por los actores del SI—SSPC excluyendo las publicaciones SCI].

Fuente: Elaboración propia.

7.3.1. RESULTADO Y DESCRIPCIÓN DE LAS TABLAS

Resultados del presupuesto económico y del personal de nivel superior de las empresas públicas.

TABLA 7.21. Resultados del presupuesto económico y del número de personal de nivel superior de las empresas públicas.

Empresa pública	Presupuesto económico	% sobre el total	Personal de nivel superior	% sobre el total
IDI	1.588.521.975	45,5	42	38,5
SEMSA	316.183.755	9,1	39	35,8
AATM	181.595.294	5,2	10	9,2
SSRCTBT	1.407.386.332	40,3	18	16,5
TOTAL	3.493.687.356	100,0	109	100,0

Fuente: Encuesta, preguntas 4 y 1. Número de respuestas: 8.

Del total del presupuesto de las empresas públicas del SCS estudiadas se destaca el IDI con el 42,7% seguido del SSRCTBT con el 42,3%. Del total de personal de nivel superior de las empresas públicas se destaca también el IDI con el 38,5% seguido por SEMSA con el 35,8%.

TABLA 7.22. Resultados de la actividad científica y del número de otras publicaciones de las empresas públicas.

Empresa pública	Actividad científica	% sobre el total	Otras publicaciones	% sobre el total
IDI	951	80,6	29	40,8
SEMSA	58	4,9	16	22,5
AATM	114	9,7	13	18,3
SSRCTBT	57	4,8	13	18,3
TOTAL	1180	100,0	71	100,0

Fuente: Encuesta, preguntas 6 y 14. Número de respuestas: 8.

Del total de la actividad científica generada por las empresas públicas del SCS estudiadas se destaca el IDI con el 82,2% seguido por la AATM con el 9,9%. Del total de publicaciones generadas por las empresas públicas se destaca también el IDI con el 40,8% seguido por el SEMSA con el 22,5%.

TABLA 7.23. Resultados de la actividad científica por presupuesto y personal de nivel superior.

Empresa pública	Actividad científica	Presupuesto económico*	AC / presupuesto	Personal de nivel superior	AC / personal de nivel superior
IDI	951	1589	0,598670	42	22,64286
SEMSA	58	316	0,183438	39	1,487179
AATM	114	182	0,627770	10	11,40000
SSRCTBT	57	1407	0,040501	18	3,166767
* Presupuesto económico expresado en millones de pesetas.					

Fuente: Encuesta, preguntas 6, 4 y 1. Número de respuestas: 12.

En esta tabla se observa que el mayor número de actividad científica, el mayor presupuesto y el mayor número de personal de nivel superior tiene el IDI. Con relación al índice actividad científica—presupuesto es la AATM que tiene el mayor índice y con relación al índice actividad científica—personal de nivel superior el IDI tiene el mayor índice.

TABLA 7.24. Resultados de otras publicaciones por presupuesto y personal de nivel superior.

Empresa pública	Otras publicaciones	Presupuesto económico*	OP / presupuesto	Personal de nivel superior	OP / personal de nivel superior
IDI	29	1589	0,018256	42	0,690476
SEMSA	16	316	0,050603	39	0,410256
AATM	13	182	0,071588	10	1,300000
SSRCTBT	13	1407	0,009237	18	0,722222
* Presupuesto económico expresado en millones de pesetas.					

Fuente: Encuesta, preguntas 14, 4 y 1. Número de respuestas: 12.

En esta tabla se observa que el mayor número de otras publicaciones, el mayor presupuesto y el mayor número de personal de nivel superior tiene el IDI. Con relación al índice otras publicaciones—presupuesto y al índice otras publicaciones—personal de nivel superior es la AATM que tiene el mayor índice en ambos casos.

TABLA 7.25. Comparación de los estadísticos de las variables de las empresas públicas con todos los actores.

Variable	Media de las empresas públicas	Media de todos los actores	Desviación típica de las empresas públicas	Desviación típica de todos los actores
Actividad científica	295,0	282,26	438,14	348,02
Otras publicaciones	17,75	72,48	2,49	91,19
Personal de nivel superior	27,25	1321,74	7,63	2052,38
Presupuesto económico	8,73E+10	6,79E+10	7,27E+10	1,31E+11

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta.

En esta tabla se observa la media de las variables actividad científica y presupuesto económico de las empresas públicas son mayores que la media de todos los actores y en las variables otras publicaciones y personal de nivel superior la media de las empresas públicas son menores que la media de todos los actores. Con relación a la desviación típica para todas las variables, excepción de la actividad científica, la desviación típica de las empresas públicas es menor que la de todos los actores.

TABLA 7.26. Análisis de Regresión Lineal de actividad científica.

Medidas Variables predictoras	R Correlación de Pearson	R ² Coeficiente de determinación	R ² corregida	Significación del cambio en F
Personal de nivel superior	0,592	0,351	0,026	0,408
Presupuesto económico	0,627	0,393	0,090	0,373

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta.

En esta tabla se observa que para el modelo propuesto el coeficiente 0,351 indica que por cada unidad de cambio en personal de nivel superior se produce un cambio de 0,351 unidades [35,1%] en la actividad científica con la significación del 0,408 [59,2%] y el coeficiente 0,393 indica que por cada unidad de cambio en el presupuesto económico se produce un cambio de 0,393 unidades [39,3%] en

otras publicaciones con la significación del 0,373 [62,7%]. Como se puede comprobar los resultados estadísticos muestran unos valores de R^2 superiores a cero aunque no muestren una fuerte relación entre las variables sí que son significativamente superiores a los obtenidos en las fases anteriores del estudio. Podemos concluir, independientemente de la significación del cambio en F alrededor del 0,400 [60%], que a una mayor plantilla de personal de nivel superior y a un mayor presupuesto económico hace prever una mayor producción de actividad científica en las empresas públicas.

TABLA 7.27. Análisis de Regresión Lineal de otras publicaciones.

Medidas Variables predictoras	R Correlación de Pearson	R^2 Coeficiente de determinación	R^2 corregida	Significación del cambio en F
Personal de nivel superior	0,755	0,570	0,355	0,245
Presupuesto económico	0,587	0,344	0,017	0,413

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta.

En esta tabla se observa que para el modelo propuesto el coeficiente 0,570 indica que por cada unidad de cambio en personal de nivel superior se produce un cambio de 0,570 [57,0%] en otras publicaciones con la significación del 0,245 [75,5%] y el coeficiente 0,344 indica que por cada unidad de cambio en el presupuesto económico se produce un cambio de 0,344 unidades [34,4%] en otras publicaciones con la significación del 0,413 [58,7%]. Como se puede comprobar los resultados estadísticos muestran unos valores de R^2 superiores a cero aunque no muestren una fuerte relación entre las variables, nuevamente sí que son significativamente superiores a los obtenidos en las fases anteriores del estudio. Podemos concluir, que para las empresas públicas el hecho de tener una mayor plantilla de personal de nivel superior hace prever un mayor número de otras publicaciones.

7.3.2. INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS

Esta tercera fase de análisis ha tenido como objetivo analizar el comportamiento y la aportación que hacen las empresas públicas del SCS al SI—SSPC.

Los resultados obtenidos confirman las hipótesis de partida. Por un lado el IDI tiene el mayor presupuesto económico y el mayor número de personal de nivel superior y a su vez produce el mayor número de actividad científica y de otras publicaciones. Por otro lado, como ya se había visto anteriormente es la AATM que tiene los mayores índices de actividad científica—presupuesto, otras publicaciones—presupuesto y otras publicaciones—personal de nivel superior. La tabla 7.28 muestra el resumen de los resultados de esta fase.

TABLA 7.28. Resultados del estudio de la Fase 3.

Variable	Empresa pública	IDI	AATM
> presupuesto económico		X	
> personal de nivel superior		X	
> n° actividad científica		X	
> n° otras publicaciones		X	
> AC / presupuesto económico			X
> AC / personal de nivel superior		X	
> OP / presupuesto			X
> OP / personal de nivel superior			X

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta.

Respecto a la dispersión de los resultados, existe una gran heterogeneidad con relación a la actividad científica quedando en evidencia que el IDI produce más actividad científica en comparación con las otras empresas públicas que presentan una mayor homogeneidad entre sí.

En relación con otras publicaciones y personal de nivel superior la desviación típica es menor que la media para los dos casos existiendo una mayor homogeneidad para estas variables.

La comparación de la media de las variables de las empresas públicas con las de todos los actores confirma la pertenencia, de manera individualizada, de las empresas públicas en los polos de ciencia y tecnología del SI—SSPC.

En conclusión, podemos interpretar los resultados obtenidos en el sentido de verificación de las hipótesis formuladas en el caso específico de las cuatro empresas públicas estudiadas y ubicarlas en los polos del sistema.

7.4. FASE 4. ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE LOS HOSPITALES DE ALTA TECNOLOGÍA —GRUPO 4— DEL SI—SSPC

Las hipótesis a contrastar en esta fase son las siguientes:

- 4.1. La generación de ciencia y de actividad científica de cada uno de los hospitales es significativamente diferente.
- 4.2. El número de personal de nivel superior se relaciona significativamente con los resultados científicos de los hospitales.
- 4.3. El valor del presupuesto se relaciona significativamente con los resultados de la actividad científica de los hospitales.

TABLA 7.29. Resumen de las variables analizadas en esta fase.

Variable	Descripción de la variable
<u>Presupuesto económico</u>	Se obtuvo a partir del presupuesto anual asignado a los actores del estudio.
<u>Personal de nivel superior</u>	Se obtuvo a partir del total de profesionales de nivel superior de la plantilla de cada uno de los actores.
<u>Actividad científica</u>	Se obtuvo a partir de la suma de la actividad científica divulgadora, participación u organización de congresos nacionales e internacionales, simposios, cursos, jornadas, conferencias, actos, seminarios y otros [no se incluye en esta variable las publicaciones SCI u otras publicaciones que producen los actores del sistema y que son analizadas por separado].
<u>Publicaciones de libros, capítulos de libros y demás publicaciones —otras publicaciones—</u>	Se obtuvo a partir del número de publicaciones efectuadas por los actores del estudio [se incluye en esta variable todas las demás publicaciones producidas por los actores del SI—SSPC excluyendo las publicaciones SCI].

Fuente: Elaboración propia.

TABLA 7.30. Continuación de las variables analizadas en esta fase.

Variable	Descripción de la variable
<u>Alumnos de medicina</u>	Se obtuvo a partir del número de alumnos de graduación de la facultad de medicina admitidos por los hospitales del Grupo 4.
<u>Camas</u>	Se obtuvo a partir del número de camas que poseen los hospitales del Grupo 4.
<u>Ensayos clínicos</u>	Se obtuvo a partir del número de ensayos clínicos realizados por los hospitales del Grupo 4.
<u>Factor de impactos de las publicaciones SCI</u>	Se obtuvo a partir del factor de impacto de las publicaciones del Science Citation Index—Journal Citation Reports de los hospitales del Grupo 4.
<u>Médicos interno residente —MIR—</u>	Se obtuvo a partir del número de MIR admitidos por los hospitales del Grupo 4.
<u>Proyectos de investigación</u>	Se obtuvo a partir del número de proyectos de investigación desarrollados por los hospitales del Grupo 4.
<u>Publicaciones de artículos inéditos con factor de impacto —publicaciones SCI—</u>	Se obtuvo a partir del número de publicaciones SCI—JCR efectuadas por los hospitales del Grupo 4 [solamente se incluye en esta variable los artículos inéditos con factor de impacto del SCI—JCR].
<u>Tesis doctorales</u>	Se obtuvo a partir del número de tesis leídas y aprobadas, dirigidas por miembros de los actores del sistema.
<u>Trasplantes</u>	Se obtuvo a partir del número total de trasplantes realizados por los hospitales del Grupo 4.

Fuente: Elaboración propia.

7.4.1. RESULTADO Y DESCRIPCIÓN DE LAS TABLAS

Resultados de la generación de ciencia y de la actividad científica de los Hospitales del Grupo 4.

TABLA 7.31. Resultados del número de publicaciones SCI y factor de impacto de esas publicaciones.

Hospital	Publicaciones SCI	% sobre el total	Factor de impacto SCI	% sobre el total
CSUB	186	12,9	3,33	22,4
HUGTIP	254	17,6	1,15	7,7
HC	387	26,7	3,16	21,2
HSCSP	139	9,6	2,76	18,5
CSUVH	383	26,5	1,20	8,1
ICO	98	6,8	3,29	22,1
TOTAL	1447	100,0	14,89	100,0

Fuente: Encuesta, preguntas 13 y 10. Número de respuestas: 12.

Del total de publicaciones SCI se destaca el hospital Clínic y los hospitales de la Vall d'Hebron con el 26,7% y el 26,5% respectivamente. En el factor de impacto de las publicaciones SCI se destaca el hospital de Bellvitge y el ICO con el 22,4% y el 22,1% respectivamente.

TABLA 7.32. Resultados del número de personal de nivel superior, de MIR y de alumnos de medicina.

Hospital	Personal nivel superior	% sobre el total	Nº de MIR	% sobre el total	Nº de alumnos medicina	% sobre el total
CSUB	698	17,8	197	15,0	322	13,4
HUGTIP	241	6,1	154	11,7	247	10,3
HC	757	19,3	256	19,5	225	9,4
HSJD	224	5,7	51	3,9	405	16,8
HSCSP	525	13,4	201	15,3	350	14,5
CSUVH	1335	34,0	423	32,2	857	35,6
FP	70	1,8	30	2,3	—	—
ICO	80	2,0	—	—	—	—
TOTAL	3930	100,0	1312	100,0	2406	100,0

Fuente: Encuesta, preguntas 1, 11 y 7. Número de respuestas: 21.

Del total de personal de nivel superior se destacan los hospitales de la Vall d'Hebron con el 34,0% seguido del hospital Clínic con el 19,3% del personal.

También del total de los MIR se destacan los hospitales de la Vall d'Hebron con el 32,2% seguido del hospital Clínic con el 19,5% y, en el total de alumnos

de medicina también se destacan los hospitales de la Vall d'Hebron con el 35,6% seguido del hospital de Sant Pau con el 14,5%.

TABLA 7.33. Resultados del número de ensayos clínicos y de trasplantes realizados por cada hospital.

Hospital	Nº de ensayos clínicos	% sobre el total	Nº de trasplantes	% sobre el total
CSUB	53	9,0	184	17,5
HUGTiP	73	12,4	225	21,4
HC	145	24,6	329	31,3
HSJD	9	1,5	8	0,8
HSCSP	147	25,0	111	10,6
CSUVH	117	19,9	120	11,4
FP	20	3,4	73	7,0
ICO	25	4,2	—	—
TOTAL	589	100,0	1050	100,0

Fuente: Encuesta, preguntas 9 y 16. Número de respuestas: 15.

Del total de ensayos clínicos realizados se destaca el hospital de Sant Pau seguido del hospital Clínic con el 25,0% y el 24,6% respectivamente. En cuanto al número de trasplantes se destaca el hospital Clínic con el 31,3% del total seguido del hospital Germans Trias i Pujol con el 21,4%.

TABLA 7.34. Resultados del número de otras publicaciones y de tesis doctorales generadas por los hospitales.

Hospital	Nº de otras publicaciones	% sobre el total	Nº de tesis doctorales	% sobre el total
CSUB	103	9,1	10	8,8
HUGTiP	105	9,3	7	6,2
HC	361	31,8	44	38,9
HSJD	134	11,8	3	2,7
HSCSP	113	10,0	22	19,5
CSUVH	103	9,1	20	17,7
FP	106	9,3	3	2,7
ICO	109	9,6	4	3,5
TOTAL	1134	100,0	113	100,0

Fuente: Encuesta, preguntas 14 y 15. Número de respuestas: 16.

Del total de otras publicaciones se destaca el hospital Clínic con el 31,8% del total seguido del hospital Sant Joan de Déu con el 11,8%. Del total de tesis doctorales dirigidas por médicos de cada hospital también se destaca el hospital Clínic con el 38,9% del total, seguido del hospital de Sant Pau con el 19,5%.

TABLA 7.35. Resultados del número de actividad científica y de proyectos de investigación producidos por los hospitales.

Hospital	Nº de actividad científica	% sobre el total	Nº de proyectos de investigación	% sobre el total
CSUB	744	15,4	40	9,3
HUGTiP	761	15,7	15	3,5
HC	530	10,9	26	6,1
HSJD	485	10,0	6	1,4
HSCSP	463	9,6	60	14,0
CSUVH	908	18,7	248	57,8
FP	275	5,7	7	1,6
ICO	678	14,0	27	6,3
TOTAL	4844	100,0	429	100,0

Fuente: Encuesta, preguntas 6 y 12. Número de respuestas: 16.

Del total de la actividad científica producida por los hospitales se destacan los hospitales de la Vall d'Hebron con el 18,7% seguido por el hospital Germans Trias i Pujol con el 15,7%. Del total de proyectos de investigación producidos por los hospitales se destacan los hospitales de la Vall d'Hebron con el 57,8% seguido por el hospital de Sant Pau con el 14,0%.

TABLA 7.36. Resultados del presupuesto económico y del número de camas de cada unos de los hospitales.

Hospital	Presupuesto económico	% sobre el total	Nº de camas	% sobre el total
CSUB	23.608.228.000	15,9	859	16,8
HUGTiP	13.024.180.000	8,8	573	11,2
HC	28.751.891.000	19,4	855	16,7
HSJD	7.787.701.000	5,3	363	7,1
HSCSP	21.650.800.000	14,6	740	14,5
CSUVH	45.192.332.000	30,5	1443	28,2
FP	4.500.000.000	3,0	165	3,2
ICO	3.500.000.000	2,4	118	2,3
TOTAL	148.015.132.000	100,0	5116	100,0

Fuente: Encuesta, preguntas 4 y 8. Número de respuestas: 16.

Del total del presupuesto económico destinado a los hospitales se destacan los hospitales de la Vall d'Hebron con el 30,5% seguidos por el hospital Clínic con el 19,4%. Del total de las camas hospitalarias se destacan los hospitales de la Vall d'Hebron con el 28,2% seguidos por el hospital de Bellvitge con el 16,8%.

TABLA 7.37. Resultados de todas las variables de los hospitales.

Variable	Hospital	CSUB %	HUGTIP %	HC %	HSJD %	HSCSP %	CSUVH %	FP %	ICO %	TOTAL
Presupuesto		15,9	8,8	19,4	5,3	14,6	30,5	3,0	2,4	100,0
Nº de camas		16,8	11,2	16,7	7,1	14,5	28,2	3,2	2,3	100,0
Recurso humanos nivel superior		17,8	6,1	19,3	5,7	13,4	34,0	1,8	2,0	100,0
Nº de MIR		15,0	11,7	19,5	3,9	15,3	32,2	2,3	—	100,0
Nº alumnos de medicina		13,4	10,3	9,4	16,8	14,5	35,6	—	—	100,0
Publicaciones SCI		12,9	17,6	26,7	—	9,6	26,5	—	6,8	100,0
Factor de impacto SCI		22,4	7,7	21,2	—	18,5	8,1	—	22,1	100,0
Nº otras publicaciones		9,1	9,3	31,8	11,8	10,0	9,1	9,3	9,6	100,0
Nº de tesis doctorales		8,8	6,2	38,9	2,7	19,5	17,7	2,7	3,5	100,0
Nº actividad científica		15,4	15,7	10,9	10,0	9,6	18,7	5,7	14,0	100,0
Nº proyectos investigación		9,3	3,5	6,1	1,4	14,0	57,8	1,6	6,3	100,0
Nº de ensayos clínicos		9,0	12,4	24,6	1,5	25,0	19,9	3,4	4,2	100,0
Nº de trasplantes		17,5	21,4	31,3	0,8	10,6	11,4	7,0	—	100,0

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta.

En esta tabla se observa que los hospitales de la Vall d'Hebron tienen el mayor presupuesto, número de camas, personal de nivel superior, MIR, alumnos de medicina, número de actividad científica y número de proyectos de investigación.

El hospital Clínic hace el mayor número de trasplantes, publica más artículos SCI, otras publicaciones y también produce el mayor número de tesis doctorales. Bellvitge posee el mayor factor de impacto de las publicaciones SCI y Sant Pau produce el mayor número de ensayos clínicos.

TABLA 7.38. Resultados de las publicaciones SCI y otras publicaciones por personal de nivel superior.

Hospital	Personal de nivel superior	Publicaciones SCI	PSCI/PNS	Otras publicaciones	OP/PNS
CSUB	698	186	0,266	103	0,148
HUGTiP	241	254	1,054	105	0,436
HC	757	387	0,511	361	0,477
HSJD	224	—	—	134	0,598
HSCSP	525	139	0,265	113	0,215
CSUVH	1335	383	0,287	103	0,077
FP	70	—	—	106	1,514
ICO	80	98	1,225	109	1,363

Fuente: Encuesta, preguntas 1, 13 y 14. Número de respuestas: 22.

En esta tabla se observa que el hospital Clínic publica el mayor número de artículos SCI pero el mayor índice de publicaciones—personal de nivel superior tiene el ICO. También en otras publicaciones el hospital Clínic produce el mayor número pero el mayor índice publicaciones—personal de nivel superior tiene la Fundació Puigvert.

TABLA 7.39. Resultados de las publicaciones SCI y otras publicaciones por el presupuesto.

Hospital	Presupuesto económico*	Publicaciones SCI	PSCI /PRESUP.	Otras publicaciones	OP/PRESUP.
CSUB	23608	186	0,0079	103	0,0044
HUGTiP	13024	254	0,0195	105	0,0081
HC	28752	387	0,0135	361	0,0126
HSJD	7788	—	—	134	0,0172
HSCSP	21651	139	0,0064	113	0,0052
CSUVH	45192	383	0,0085	103	0,0023
FP	4500	—	—	106	0,0236
ICO	3500	98	0,0280	109	0,0311

* Presupuesto económico expresado en millones de pesetas.

Fuente: Encuesta, preguntas 4, 13 y 14. Número de respuestas: 22.

En relación con el presupuesto quien más publica es en los dos casos estudiados, artículos SCI y otras publicaciones el ICO.

TABLA 7.40. Resultados de la actividad científica y tesis doctorales por el personal de nivel superior.

Hospital	Personal nivel superior	Actividad científica	AC/PNS	Tesis doctorales	TD/PNS
CSUB	698	744	1,07	10	0,0143
HUGTIP	241	761	3,16	7	0,0290
HC	757	530	0,70	44	0,0581
HSJD	224	485	2,17	3	0,0134
HSCSP	525	463	0,88	22	0,0419
CSUVH	1335	908	0,68	20	0,0150
FP	70	275	3,93	3	0,0429
ICO	80	678	8,48	4	0,0500

Fuente: Encuesta, preguntas 1, 6 y 15. Número de respuestas: 24.

En esta tabla se observa que los hospitales de la Vall d'Hebron producen el mayor número de actividad científica pero el mejor índice actividad científica—personal de nivel superior tiene el ICO. Con relación a la producción de tesis doctorales el hospital Clínic supera a los demás hospitales, tanto por el número de tesis doctorales producida como por el índice tesis doctorales—personal de nivel superior.

TABLA 7.41. Resultados de la actividad científica y tesis doctorales por el presupuesto.

Hospital	Presupuesto económico*	Actividad científica	AC/PRESUP.	Tesis doctorales	TD/PRESUP.
CSUB	23608	744	0,0315	10	0,00042
HUGTIP	13024	761	0,0584	7	0,00054
HC	28752	530	0,0184	44	0,00153
HSJD	7788	485	0,0623	3	0,00039
HSCSP	21651	463	0,0214	22	0,00102
CSUVH	45192	908	0,0201	20	0,00044
FP	4500	275	0,0611	3	0,00067
ICO	3500	678	0,1937	4	0,00114

* Presupuesto económico expresado en millones de pesetas.

Fuente: Encuesta, preguntas 4, 6 y 15. Número de respuestas: 24.

Con relación al presupuesto el mayor índice actividad científica—presupuesto tiene con diferencia el ICO y el mayor índice tesis doctorales—presupuesto tiene el hospital Clínic.

TABLA 7.42. Resultados de los trasplantes y las camas por el personal de nivel superior.

Hospital	Total personal nivel superior	Trasplantes	TR/PNS	Camas	CA/PNS
CSUB	698	184	0,264	859	33,82
HUGTiP	241	225	0,934	573	54,04
HC	757	329	0,435	855	37,98
HSJD	224	8	0,036	363	34,77
HSCSP	525	111	0,211	740	41,24
CSUVH	1335	120	0,090	1443	33,85
FP	70	73	1,043	165	64,29
ICO	80	—	—	118	43,75

Fuente: Encuesta, preguntas 1, 16 y 8. Número de respuestas: 23.

En esta tabla se observa que el hospital Clínic hace el mayor número de trasplantes de los hospitales del Grupo 4, pero el mayor índice trasplante—personal de nivel superior lo tiene la Fundació Puigvert. Con relación a las camas los hospitales de la Vall d'Hebron tienen el mayor número pero el mayor índice camas—personal de nivel superior tiene la Fundació Puigvert y el menor índice lo tiene el Bellvitge.

TABLA 7.43. Resultados de los trasplantes y las camas por el presupuesto.

Hospital	Presupuesto económico*	Trasplantes	TR/PRESUP.	Camas	CA/PRESUP.
CSUB	23608	184	0,0078	859	0,0364
HUGTiP	13024	225	0,0173	573	0,0440
HC	28752	329	0,0114	855	0,0297
HSJD	7788	8	0,0010	363	0,0466
HSCSP	21651	111	0,0051	740	0,0342
CSUVH	45192	120	0,0027	1443	0,0320
FP	4500	73	0,0162	165	0,0367
ICO	3500	—	—	118	0,0337

* Presupuesto económico expresado en millones de pesetas.

Fuente: Encuesta, preguntas 4, 16 y 8. Número de respuestas: 23.

Con relación al presupuesto el mayor índice trasplantes—presupuesto lo tiene el hospital Germans Trias i Pujol y el menor lo tiene el hospital Sant Joan de Déu.

En relación con las camas el mayor índice camas—presupuesto lo tiene el hospital Sant Joan de Déu y el menor índice lo tiene el hospital Clínic.

TABLA 7.44. Resultados de los proyectos de investigación y ensayos clínicos por el personal de nivel superior.

Hospital	Personal nivel superior	Proyectos de investigación	PI/PNS	Ensayos clínicos	EC/PNS
CSUB	698	40	0,0573	53	0,0759
HUGTIP	241	15	0,0622	73	0,3029
HC	757	26	0,0343	145	0,1915
HSJD	224	6	0,0268	9	0,0402
HSCSP	525	60	0,1143	147	0,2800
CSUVH	1335	248	0,1858	117	0,0876
FP	70	7	0,1000	20	0,2857
ICO	80	27	0,3375	25	0,3125

Fuente: Encuesta, preguntas 1, 12 y 9. Número de respuestas: 24.

En esta tabla se observa que los hospitales de la Vall d'Hebron producen el mayor número de proyectos de investigación el mayor índice proyecto de investigación—personal de nivel superior lo tiene el ICO.

Con relación a los ensayos clínicos es el hospital de Sant Pau el que produce el mayor número pero es de nuevo el ICO el que tiene el mayor índice ensayos clínicos—personal de nivel superior.

TABLA 7.45. Resultados de los proyectos de investigación y ensayos clínicos por el presupuesto.

Hospital	Presupuesto económico*	Proyectos de investigación	PI/PRESUP.	Ensayos clínicos	EC/PRESUP.
CSUB	23608	40	0,0017	53	0,0022
HUGTiP	13024	15	0,0012	73	0,0056
HC	28752	26	0,0009	145	0,0050
HSJD	7788	6	0,0008	9	0,0012
HSCSP	21651	60	0,0028	147	0,0068
CSUVH	45192	248	0,0055	117	0,0026
FP	4500	7	0,0016	20	0,0044
ICO	3500	27	0,0077	25	0,0071

* Presupuesto económico expresado en millones de pesetas.

Fuente: Encuesta, preguntas 4, 12 y 9. Número de respuestas: 24.

Con relación al presupuesto el mayor índice proyecto de investigación—presupuesto lo tiene el ICO y en relación ensayos clínicos—presupuesto el mayor índice lo tiene el hospital de Sant Pau.

TABLA 7.46. Resultados de los MIR y alumnos de medicina por el personal de nivel superior.

Hospital	Personal nivel superior	MIR	MIR/PNS	Alumnos medicina	AM/PNS
CSUB	698	197	0,282	322	0,461
HUGTiP	241	154	0,639	247	1,025
HC	757	256	0,338	225	0,297
HSJD	224	51	0,228	405	1,808
HSCSP	525	201	0,383	350	0,667
CSUVH	1335	423	0,317	857	0,642
FP	70	30	0,429	—	—
ICO	80	—	—	—	—

Fuente: Encuesta, preguntas 1, 11 y 7. Número de respuestas: 21.

En esta tabla se observa que el mayor número de MIR tienen los hospitales de la Vall d'Hebron y el mayor índice MIR—personal de nivel superior lo tiene el hospital Germans Trias i Pujol. Con relación a los alumnos de medicina los hospitales de la Vall d'Hebron también tienen el mayor número pero el mayor índice alumnos de medicina—personal de nivel superior lo tiene el hospital Sant Joan de Déu.

TABLA 7.47. Resultados de los MIR y alumnos de medicina por el presupuesto.

Hospital	Presupuesto económico*	MIR	MIR/PRESUP.	Alumnos medicina	AM/PRESUP.
CSUB	23608	197	0,0083	322	0,0136
HUGTIP	13024	154	0,0118	274	0,0190
HC	28752	256	0,0089	225	0,0078
HSJD	7788	51	0,0065	405	0,0520
HSCSP	21651	201	0,0093	350	0,0162
CSUVH	45192	423	0,0094	857	0,0190
FP	4500	30	0,0067	—	—
ICO	3500	—	—	—	—

* Presupuesto económico expresado en millones de pesetas.

Fuente: Encuesta, preguntas 4, 11 y 7. Número de respuestas: 21.

Con relación a MIR—presupuesto el mayor índice lo tiene el hospital Germans Trias i Pujol y en relación con el índice alumnos de medicina—presupuesto el mayor índice lo tiene el hospital Sant Joan de Déu.

TABLA 7.48. Estadístico de las variables de los hospitales.

Variable	Media	Desviación típica
Actividad científica	605,50	203,50
Presupuesto	1,85E+10	1,42E+10
Personal de nivel superior	491,25	432,11
MIR	187,43	132,28
Alumnos de medicina	401,00	233,02
Otras publicaciones	141,75	89,17
Publicaciones SCI	241,17	122,90
Tesis doctorales	14,13	14,18
Ensayos clínicos	73,63	56,32
Trasplantes	150,00	105,94
Proyectos de investigación	53,63	80,55
Camas	639,50	435,61

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta.

En esta tabla se observa que para todas las variables con excepción de presupuesto económico, tesis doctorales y proyectos de investigación, la media es mayor que la desviación típica.

TABLA 7.49. Comparación de los estadísticos de las variables de los hospitales con todos los actores.

Variable	Media de los hospitales	Media de todos los actores	Desviación típica de los hospitales	Desviación típica de todos los actores
Actividad científica	605,50	282,26	203,50	348,02
Otras publicaciones	141,75	72,48	89,17	91,19
Personal de nivel superior	491,25	1321,74	432,11	2052,38
Presupuesto económico	1,85E+10	6,79E+10	1,42+10	1,31E+11

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta.

En esta tabla se observa que la media de la actividad científica y otras publicaciones de los hospitales es mayor que la de todos los actores y su desviación es menor que la media de la variable de los hospitales y menor que la desviación típica de todos los actores.

Con relación al personal de nivel superior y el presupuesto económico la media de los hospitales es menor que la media de todos los actores y su desviación típica es menor que la media de la variable de los hospitales y menor que la desviación típica de todos los actores, por lo que se puede afirmar que el conjunto de los hospitales de alta tecnología presenta una mayor homogeneidad en sus actividades.

En otras palabras, los hospitales producen más actividad científica y otras publicaciones con menor número de personal de nivel superior y menor presupuesto económico y con mas homogeneidad en comparación con todos los actores del sistema.

TABLA 7.50. Análisis de Regresión Lineal de actividad científica.

Medidas Variables predictoras	R Correlación de Pearson	R ² Coeficiente de determinación	R ² corregida	Significación del cambio en F
MIR	0,746	0,556	0,467	0,054
Personal de nivel superior	0,588	0,345	0,236	0,126
Presupuesto económico	0,569	0,324	0,211	0,141

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta.

En esta tabla se observa que para el modelo propuesto el coeficiente 0,556 indica que por cada unidad de cambio en MIR se produce un cambio de 0,556 unidades [55,6%] en la actividad científica con la significación del 0,054 [94,6%]. El coeficiente 0,345 indica que por cada unidad de cambio en personal de nivel superior se produce un cambio de 0,345 unidades [34,5%] en la actividad científica con la significación del 0,126 [87,4%] y el coeficiente 0,324 indica que por cada unidad de cambio en el presupuesto económico se produce un cambio de 0,324 unidades [32,4%] en la actividad científica con la significación del 0,141 [85,9%].

TABLA 7.51. Análisis de Regresión Lineal de camas.

Medidas Variables predictoras	R Correlación de Pearson	R ² Coeficiente de determinación	R ² corregida	Significación del cambio en F
MIR	0,986	0,972	0,966	0,000
Personal de nivel superior	0,978	0,957	0,950	0,000
Presupuesto económico	0,988	0,976	0,971	0,000

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta.

En esta tabla se observa que para el modelo propuesto el coeficiente 0,972 indica que por cada unidad de cambio en MIR se produce un cambio de 0,972 unidades [97,2%] en el número de camas con la significación del 0,000 [100,0%].

El coeficiente 0,957 indica que por cada unidad de cambio en personal de nivel superior se produce un cambio de 0,957 unidades [95,7%] en el número

de camas con la significación del 0,000 [100,0%] y el coeficiente 0,976 indica que por cada unidad de cambio en el presupuesto económico se produce un cambio de 0,976 unidades [97,6%] en el número de camas con la significación del 0,000 [100,0%].

TABLA 7.52. Análisis de Regresión Lineal ensayos clínicos.

Medidas Variables predictoras	R Correlación de Pearson	R ² Coeficiente de determinación	R ² corregida	Significación del cambio en F
MIR	0,734	0,538	0,446	0,061
Personal de nivel superior	0,668	0,446	0,354	0,070
Presupuesto económico	0,747	0,557	0,484	0,033

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta.

En esta tabla se observa que para el modelo propuesto el coeficiente 0,538 indica que por cada unidad de cambio en MIR se produce un cambio de 0,538 unidades [53,8%] en el número de ensayos clínicos con la significación del 0,061 [93,9%].

El coeficiente 0,446 indica que por cada unidad de cambio en personal de nivel superior se produce un cambio de 0,446 unidades [44,6%] en el número de ensayos clínicos con la significación del 0,070 [93,0%] y el coeficiente 0,557 indica que por cada unidad de cambio en el presupuesto económico se produce un cambio de 0,557 unidades [55,7%] en el número de ensayos clínicos con la significación del 0,033 [96,7%].

TABLA 7.53. Análisis de Regresión Lineal de proyectos de investigación.

Medidas Variables predictoras	R Correlación de Pearson	R ² Coeficiente de determinación	R ² corregida	Significación del cambio en F
MIR	0,862	0,743	0,691	0,013
Personal de nivel superior	0,850	0,722	0,676	0,008
Presupuesto económico	0,826	0,682	0,629	0,012

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta.

En esta tabla se observa que para el modelo propuesto el coeficiente 0,743 indica que por cada unidad de cambio en MIR se produce un cambio de 0,743 unidades [74,3%] en el número de proyectos de investigación con la significación del 0,013 [98,7%].

El coeficiente 0,722 indica que por cada unidad de cambio en personal de nivel superior se produce un cambio de 0,722 unidades [72,2%] en el número de proyectos de investigación con la significación del 0,008 [99,9%] y el coeficiente 0,682 indica que por cada unidad de cambio en el presupuesto económico se produce un cambio de 0,682 unidades [68,2%] en el número de proyectos de investigación con la significación del 0,012 [98,8%].

TABLA 7.54. Análisis de Regresión Lineal de trasplantes.

Medidas Variables predictoras	R Correlación de Pearson	R ² Coeficiente de determinación	R ² corregida	Significación del cambio en F
MIR	0,404	0,163	-0,004	0,368
Personal de nivel superior	0,291	0,084	-0,099	0,527
Presupuesto económico	0,370	0,137	-0,036	0,414

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta.

En esta tabla se observa que para el modelo propuesto el coeficiente 0,163 indica que por cada unidad de cambio en MIR se produce un cambio de 0,163 unidades [16,3%] en el número de trasplantes con la significación del 0,368 [63,2%]. El coeficiente 0,084 indica que por cada unidad de cambio en personal de nivel superior se produce un cambio de 0,084 unidades [8,4%] en el número de trasplantes con la significación del 0,527 [47,3%] y el coeficiente 0,137 indica que por cada unidad de cambio en el presupuesto económico se produce un cambio de 0,137 unidades [13,7%] en el número de trasplantes con la significación del 0,414 [58,6%].

Como se puede comprobar los resultados estadísticos muestran unos valores de R² corregida negativo para los tres casos indicando una relación inversa entre trasplantes—MIR, trasplantes—personal de nivel superior y trasplantes—presupuesto económico, por lo tanto la no—validez de la hipótesis.

En otras palabras, el hecho de que los hospitales tengan una mayor plantilla de MIR, de personal de nivel superior y un mayor presupuesto económico no hace prever que realicen un mayor número de trasplantes.

TABLA 7.55. Análisis de Regresión Lineal de tesis doctorales.

Medidas Variables predictoras	R Correlación de Pearson	R ² Coeficiente de determinación	R ² corregida	Significación del cambio en F
MIR	0,602	0,363	0,235	0,152
Personal de nivel superior	0,604	0,365	0,259	0,113
Presupuesto económico	0,660	0,436	0,342	0,075

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta.

En esta tabla se observa que para el modelo propuesto el coeficiente 0,363 indica que por cada unidad de cambio en MIR se produce un cambio de 0,363 unidades [36,3%] en el número de tesis doctorales con la significación del 0,152 [84,8%].

El coeficiente 0,365 indica que por cada unidad de cambio en personal de nivel superior se produce un cambio de 0,365 unidades [36,5%] en el número de tesis doctorales con la significación del 0,113 [88,7%] y el coeficiente 0,436 indica que por cada unidad de cambio en el presupuesto económico se produce un cambio de 0,436 unidades [43,6%] en el número de tesis doctorales con la significación del 0,075 [92,5%].

TABLA 7.56. Análisis de Regresión Lineal de número de alumnos de medicina.

Medidas Variables predictoras	R Correlación de Pearson	R ² Coeficiente de determinación	R ² corregida	Significación del cambio en F
MIR	0,685	0,470	0,337	0,133
Personal de nivel superior	0,746	0,557	0,446	0,088
Presupuesto económico	0,695	0,483	0,353	0,126

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta.

En esta tabla se observa que para el modelo propuesto el coeficiente 0,470 indica que por cada unidad de cambio en MIR se produce un cambio de 0,470 unidades [47,0%] en el número de alumnos de medicina con la significación del 0,133 [86,7%].

El coeficiente 0,557 indica que por cada unidad de cambio en personal de nivel superior se produce un cambio de 0,557 unidades [55,7%] en el número de alumnos de medicina con la significación del 0,088 [91,2%] y el coeficiente 0,483 indica que por cada unidad de cambio en el presupuesto económico se produce un cambio de 0,483 unidades [48,3%] en el número de alumnos de medicina con la significación del 0,126 [87,4%].

TABLA 7.57. Análisis de Regresión Lineal de otras publicaciones.

Medidas Variables predictoras	R Correlación de Pearson	R ² Coeficiente de determinación	R ² corregida	Significación del cambio en F
MIR	0,173	0,030	-0,164	0,711
Personal de nivel superior	0,209	0,044	-0,116	0,619
Presupuesto económico	0,248	0,061	-0,095	0,554

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta.

En esta tabla se observa que para el modelo propuesto el coeficiente 0,030 indica que por cada unidad de cambio en MIR se produce un cambio de 0,030 unidades [3,0%] en el número de otras publicaciones con la significación del 0,711 [28,9%]. El coeficiente 0,044 indica que por cada unidad de cambio en personal de nivel superior se produce un cambio de 0,044 unidades [4,4%] en el número de otras publicaciones con la significación del 0,619 [38,1%] y el coeficiente 0,061 indica que por cada unidad de cambio en el presupuesto económico se produce un cambio de 0,061 unidades [6,1%] en el número de otras publicaciones con la significación del 0,061 [44,6%].

Como se puede comprobar los resultados estadísticos muestran unos valores de R² corregida negativo para los tres casos indicando una relación inversa de otras publicaciones—MIR, otras publicaciones—personal de nivel superior y otras publicaciones—presupuesto económico, por lo tanto la no—validez de la hipótesis.

En otras palabras, el hecho de que los hospitales tengan una mayor plantilla de MIR, de personal de nivel superior y un mayor presupuesto económico no hace prever que produzcan un mayor número de otras publicaciones.

TABLA 7.58. Análisis de Regresión Lineal de otras publicaciones.

Medidas Variables predictoras	R Correlación de Pearson	R ² Coeficiente de determinación	R ² corregida	Significación del cambio en F
Actividad científica	0,196	0,038	-0,122	0,642

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta.

En esta tabla se observa que para el modelo propuesto el coeficiente 0,038 indica que por cada unidad de cambio en actividad científica se produce un cambio de 0,038 unidades [3,8%] en el número de otras publicaciones con la significación del 0,642 [35,8%].

Como se puede comprobar el resultado estadístico muestra un valor de R² corregida negativo para este nuevo modelo indicando una relación inversa de otras publicaciones—actividad científica, por lo tanto la no—validez de la hipótesis.

En otras palabras, el hecho de que los hospitales produzcan un mayor número de actividad científica no hace prever que publiquen un mayor número de otras publicaciones.

TABLA 7.59. Análisis de Regresión Lineal de publicaciones SCI.

Medidas Variables predictoras	R Correlación de Pearson	R ² Coeficiente de determinación	R ² corregida	Significación del cambio en F
MIR	0,687	0,472	0,297	0,200
Personal de nivel superior	0,733	0,537	0,421	0,098
Presupuesto económico	0,775	0,600	0,500	0,070

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta.

En esta tabla se observa que para el modelo propuesto el coeficiente 0,472 indica que por cada unidad de cambio en MIR se produce un cambio de 0,472 unidades [47,2%] en el número de publicaciones SCI con la significación del 0,200 [80,0%]. El coeficiente 0,537 indica que por cada unidad de cambio en personal de nivel superior se produce un cambio de 0,537 unidades [53,7%] en el número de publicaciones SCI con la significación del 0,098 [90,2%] y el coeficiente 0,600 indica que por cada unidad de cambio en el presupuesto económico se

produce un cambio de 0,600 unidades [60,0%] en el número de publicaciones SCI con la significación del 0,070 [93,0%].

TABLA 7.60. Análisis de Regresión Lineal del factor de impacto de las publicaciones SCI.

Medidas Variables predictoras	R Correlación de Pearson	R ² Coeficiente de determinación	R ² corregida	Significación del cambio en F
MIR	0,338	0,114	-0,181	0,578
Personal de nivel superior	0,313	0,098	-0,127	0,545
Presupuesto económico	0,367	0,135	-0,082	0,474

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta.

En esta tabla se observa que para el modelo propuesto el coeficiente 0,114 indica que por cada unidad de cambio en MIR se produce un cambio de 0,114 unidades [11,4%] en el factor de impacto de las publicaciones SCI con la significación del 0,578 [42,2%]. El coeficiente 0,098 indica que por cada unidad de cambio en personal de nivel superior se produce un cambio de 0,098 unidades [9,8%] en el factor de impacto de las publicaciones SCI con la significación del 0,545 [45,5%] y el coeficiente 0,135 indica que por cada unidad de cambio en el presupuesto económico se produce un cambio de 0,135 unidades [13,5%] en el factor de impacto de las publicaciones SCI con la significación del 0,474 [52,6%].

Como se puede comprobar los resultados estadísticos muestran unos valores de R² corregida negativo para los tres casos indicando una relación inversa al factor de impacto—MIR, factor de impacto—personal de nivel superior y factor de impacto—presupuesto económico, por lo tanto la no—validez de la hipótesis.

En otras palabras, el hecho de que los hospitales tengan una mayor plantilla de MIR, de personal de nivel superior y un mayor presupuesto económico no hace prever que el factor de impacto de las publicaciones SCI sea mayor.

TABLA 7.61. Análisis de Regresión Lineal del factor de impacto de las publicaciones SCI.

Medidas Variables predictoras	R Correlación de Pearson	R ² Coeficiente de determinación	R ² corregida	Significación del cambio en F
Publicaciones SCI	0,459	0,210	0,013	0,360

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta.

En esta tabla se observa que para el modelo propuesto el coeficiente 0,210 indica que por cada unidad de cambio en las publicaciones SCI se produce un cambio de 0,210 unidades [21,0%] en el factor de impacto de las publicaciones SCI con la significación del 0,360 [64,0%].

Como se puede comprobar el resultado estadístico muestra un valor de R² corregida muy próximo a cero por lo que se puede concluir que existe poca relación del número de publicaciones SCI con el factor de impacto de esas publicaciones y también que la significación del modelo alrededor del 60% es baja.

En otras palabras, un mayor número de publicaciones SCI no hace prever un mayor factor de impacto para esas publicaciones.

7.4.2. INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS

El objetivo de esta cuarta fase de análisis ha sido el de analizar la aportación que hacen al SI—SSPC los hospitales de alta tecnología.

Los resultados de las diferentes tablas presentan una tendencia común no confirmando la primera hipótesis de partida.

Respecto a la dispersión de los valores de las variables estudiadas, con excepción de tesis doctorales [Clínic con 38,9%] y proyectos de investigación [Vall d'Hebron con 57,8%], todas las variables presentan una desviación típica inferior a la media demostrando que existe una gran homogeneidad en las actividades que realizan los hospitales del Grupo 4.

La tabla 7.62 muestra un resumen de las variables estudiadas.

TABLA 7.62. Resultados de las variables del estudio de la Fase 4.

Variable \ Hospital	CSUVH	HC	CSUB	HSCSP
> presupuesto económico	X			
> plantilla personal de nivel superior	X			
> n° actividad científica	X			
> n° de MIR	X			
> n° de camas	X			
> n° proyectos de investigación	X			
> n° alumnos de medicina	X			
> n° publicaciones SCI		X		
> n° otras publicaciones		X		
> n° tesis doctorales		X		
> n° de trasplantes		X		
> factor de impacto de las publicaciones SCI			X	
> n° ensayos clínicos				X

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta.

TABLA 7.63. Resultado de los índices del estudio de la Fase 4.

Variable \ Hospital	HC	HSCSP	ICO	FP	HUGTIP	HSJD
> PSCI/PNS			X			
> OP/PNS				X		
> PSCI/presupuesto			X			
> OP/presupuesto			X			
> AC/PNS			X			
> TD/PNS	X					
> AC/presupuesto			X			
> TD/presupuesto	X					
> TR/PNS				X		
> CA/PNS				X		
> TR/presupuesto					X	
> CA/presupuesto						X
> PI/PNS			X			
> EC/PNS			X			
> PI/presupuesto			X			
> EC/presupuesto		X				
> MIR/PNS					X	
> AM/PNS						X
> MIR/presupuesto					X	
> AM/presupuesto						X

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta.

El análisis de la tabla 7.63 permite averiguar que corresponde al ICO el 40% [8 de 20] de los índices estudiados, a la Fundació Puigvert el 15% [3 de 20], al HUGTIP el 15% [3 de 20], al HSJD el 15% [3 de 20], al Clínic el 10% [2 de 20] y al HSCSP el 5% [1 de 20].

Este estudio ha tenido como objetivo ver que hospitales dedican más medios a las actividades de investigación y docencia del sistema. Queda claro que los mayores hospitales que tienen las mayores producciones en números absolutos no son los que dedican más medio para la consecución de estas actividades.

Con relación a la segunda y tercera hipótesis planteada, la tabla 7.64 muestra que excluyendo las tres variables señaladas, donde la R^2 corregida es negativa indicando la existencia de una relación inversa a la planteada, por lo tanto

invalidando las hipótesis, las demás validan las hipótesis con una significación que varía del 0,200 al 0,000 [80,0 al 100,0%], por lo tanto a un mayor presupuesto económico y a una mayor plantilla de personal de nivel superior se hace prever una mayor actividad de los hospitales de alta tecnología con relación a las variables estudiadas.

TABLA 7.64. Resultados de la Regresión Lineal.

Variable dependiente	MIR				Personal de nivel superior				Presupuesto			
Variable independiente	R ²	R ² %	F	F %	R ²	R ² %	F	F %	R ²	R ² %	F	F %
Actividad científica	0,556	55,6	0,054	94,6	0,345	34,5	0,126	87,4	0,324	32,4	0,141	85,9
Camas	0,972	97,2	0,000	100,0	0,957	95,7	0,000	100,0	0,976	97,6	0,000	100,0
Ensayos clínicos	0,538	53,8	0,061	93,9	0,446	44,6	0,070	93,0	0,557	55,7	0,033	96,7
Proyectos de investigación	0,743	74,3	0,013	98,7	0,722	72,2	0,008	99,9	0,682	68,2	0,012	98,8
Trasplantes	0,163	16,3	0,368	63,2	0,084	8,4	0,527	47,3	0,137	13,7	0,414	58,6
Tesis doctorales	0,363	36,3	0,152	84,8	0,365	36,5	0,113	88,7	0,436	43,6	0,075	92,5
Alumnos medicina	0,470	47,0	0,133	86,7	0,557	55,7	0,088	91,2	0,483	48,3	0,126	87,4
Otras publicaciones	0,030	3,0	0,711	28,9	0,044	4,4	0,619	38,1	0,061	6,1	0,554	44,6
Publicaciones SCI	0,472	47,2	0,200	80,0	0,537	53,7	0,098	90,2	0,600	60,0	0,070	93,0
Factor impacto SCI	0,114	11,4	0,578	42,2	0,098	9,8	0,545	45,5	0,135	13,5	0,474	52,6

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta.

Otras observaciones que pueden detectarse son la máxima diferencia entre la comparación de los estadísticos de las variables estudiadas comunes a todos los actores, donde más de una vez la media de actividad científica y otras publicaciones de los hospitales es mayor que la media de todos los actores y la desviación típica de los hospitales es menor que la media y menor que la desviación típica de todos los actores demostrando una gran homogeneidad global de los hospitales en relación con todos los actores.

En conclusión, tal como se desprende del desarrollo teórico hecho en este trabajo, los hospitales de alta tecnología son los actores que más aportan al sistema tanto en actividad científica y otras publicaciones como en publicaciones SCI, docencia y demás variables específicas estudiadas y, por lo tanto, están

ubicados en los polos científico y tecnológico del SI—SSPC con gran diferencia en relación con los demás actores estudiados del sistema.

7.5. FASE 5. ANÁLISIS DE LOS DATOS CUALITATIVOS DE LA ENCUESTA HECHA A LOS ACTORES DEL SI—SSPC

Los objetivos a contrastar en esta fase son los siguientes:

- 5.1. Determinación de la intensidad y el tipo de relación que mantienen los actores del SI—SSPC.
- 5.2. Determinación de la incidencia y situación actual de los recursos generadores de éxito [descritos en el capítulo 3 del estudio] en el SI—SSPC.
- 5.3. Determinación de otros factores responsables de la actividad científica—innovadora de los actores del SI—SSPC.
- 5.4. Establecer una tipología que permita definir el papel de los actores en el SI—SSPC.

En esta fase se ha analizado las preguntas de la parte 4 de la encuesta —la encuesta hecha a los actores del SI—SSPC se encuentra en el anexo 3— que recoge los datos sobre las relaciones de enlace y cooperación que mantienen los actores del SI—SSPC entre sí y su intensidad.

7.5.1. RESULTADO Y DESCRIPCIÓN DE LAS TABLAS

Los encuestados consideran que, en general, existe un número medio—bajo de relaciones de cooperación entre los actores del SI—SSPC, asimismo opinan que por parte del comprador—financiador [SCS] se debería fomentar la creación de medios para que se diera esas relaciones en el sistema y sancionar las no—relaciones que mantienen algunos de los actores sea por competencia a favor de la creatividad en las tareas de investigación científica y producción de innovaciones o por la competencia que mantienen por los subsidios que aporta el SCS a los actores del sistema. La tabla 7.65 resume la intensidad y las relaciones que existen en el sistema.

TABLA 7.65. Relaciones existentes entre los actores del SI—SSPC.

	FP	CSUVH	HSCSP	HSJD	HCPB	HGTIP	CSUB	IES	ICS	SCS	SSRCTBT	ICO	AATM	SEMSA	IDI	RSBC	RSC	RSBNM	RSCP	RSG	RSTO	RST	RSL	
RSL	0	0	0	0	0	0	0	1	2	2	0	0	1	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	-
RST	0	0	0	0	0	0	0	1	2	2	0	0	1	2	0	2	2	2	2	2	2	2	-	
RSTO	0	0	0	0	0	0	0	1	2	2	0	0	1	2	0	2	2	2	2	2	2	2	-	
RSG	0	0	0	0	0	0	0	1	2	2	0	0	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	-	
RSCP	0	0	0	2	0	0	2	1	2	2	0	2	1	2	2	2	2	2	2	2	-			
RSBNM	0	0	0	0	0	2	0	1	2	2	0	0	1	2	2	2	2	2	-					
RSC	0	0	0	0	0	0	0	1	2	2	0	0	1	2	0	2	-							
RSBC	2	2	2	0	2	0	0	1	2	2	2	0	1	2	2	-								
IDI	0	2	0	0	0	2	2	1	2	2	0	2	0	2	-									
SEMSA	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	0	2	0	-										
AATM	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	2	-											
ICO	1	1	1	1	2	1	1	1	2	2	2	-												
SSRCTBT	0	2	0	0	0	0	0	1	2	2	-													
SCS	2	2	2	2	2	2	2	2	2	-														
ICS	2	2	2	2	2	2	2	2	-															
IES	1	1	1	1	1	1	1	-																
CSUB	0	0	0	0	2	0	-																	
HGTIP	0	0	0	0	0	-																		
HCPB	0	0	0	0	-																			
HSJD	0	0	0	-																				
HSCSP	0	0	-																					
CSUVH	0	-																						
FP	-																							

Los valores corresponden a la pregunta 18 de la Encuesta:
 0 = No tiene relación formal.
 1 = Tiene relación esporádica o de tipo personal.
 2 = Mantiene relación de cooperación formal.

Fuente: Encuesta, pregunta 18. Número de respuestas: 23.

En esta tabla se observa que las 263 posibles relaciones entre los actores del SI—SSPC se configuran de la siguiente manera [clasificación subjetiva según la Encuesta, pregunta 18]:

- El 42,2% [111/263] de esas relaciones son de tipo 0 [no existe relación formal] entre los actores del SI—SSPC. Se observa que estas relaciones están concentradas en dos grandes grupos que son por una parte las regiones sanitarias y los hospitales de alta tecnología que no tienen relación entre sí. Asimismo, este tipo de relación aparece en algunas de las empresas públicas del SCS que no mantienen relaciones con los demás actores que están fuera de su entorno hospitalario y que son básicamente el IDI, ICO y SSRCTBT.

- El 16,0% [42/263] de esas relaciones son de tipo 1 [tiene relación esporádica o de tipo personal] entre los actores del SI—SSPC. Se observa que estas relaciones se establecen con dos actores en concreto, la AATM y el IES. Estos actores tienen en el sistema, hoy, un papel poco definido, el IES es contactado por los demás actores cuando éstos necesitan una acreditación de sus programas de entrenamiento [cursos, seminarios, etc.] para poder recibir las subvenciones del SCS y la AATM es el actor que tiene el menor presupuesto y su actividad es cuestionada por la mayoría de los entrevistados.
- El 41,8% [110/263] de estas relaciones son de tipo 2 [mantiene relación de cooperación formal]. Nuevamente se observa que estas relaciones están concentradas en tres de los actores y que son las regiones sanitarias [relaciones que mantienen entre ellas] el SCS [relaciones que mantienen todos los actores con el planificador—comprador y proveedor del SSPC] y el ICS [mayor proveedor del SSPC].

En la siguiente tabla se resume las relaciones existentes en el SI—SSPC que según la Encuesta [clasificación subjetiva según la Encuesta, pregunta 18] se dividen en tres tipos 0, 1 y 2, suman un total posible de 263 relaciones y quedan clasificadas de la siguiente forma: relación tipo 0 = 42,2% [111/263], relación tipo 1 = 16,0% [42/263] y relación tipo 2 = 41,8% [110/263].

TABLA 7.66. Resumen de las relaciones del SI—SSPC.

Tipo de relación	Número	%
Tipo 0	111	42,2
Tipo 1	42	16,0
Tipo 2	110	41,8
Total	263	100,0

Fuente: Encuesta, pregunta 18. Número de respuestas: 23.

En la siguiente tabla se tabula las respuestas de la pregunta número 20 de la Encuesta que intenta determinar la situación o incidencia de los factores de éxito [descritos en el capítulo tres del estudio] en el SI—SSPC.

En esta tabla se observa [clasificación subjetiva según la Encuesta, pregunta 20] la unanimidad de los encuestados a la hora de contestar sobre el factor Flexibilidad del sector y/o de los actores.

En la opinión de los entrevistados no existe ningún tipo de flexibilidad en el sistema, los actores que tienen personal sanitario en régimen estatutario son los más incisivos en recalcar que este tipo de Recursos Humanos imposibilita cualquier tentativa de flexibilización del trabajo o de la propia institución.

También en relación con la gestión de la innovación y la red cooperativa los encuestados, en su mayoría, coinciden en afirmar que no existe gestión de la innovación y red cooperativa o que estos factores tienen una baja incidencia en el SI—SSPC.

La tabla 7.67 recoge las respuestas de la pregunta 20 de la Encuesta en la opinión de los entrevistados y resume la incidencia de los factores de éxito en el SI—SSPC.

TABLA 7.67. Situación/incidencia de los factores de éxito en el SI—SSPC.

Factor de éxito Número de la entrevista	Disponibilidad de información	Conocimientos acumulados	Red cooperativa	Flexibilidad	Gestión de la innovación
1	2	3	2	0	2
3	2	3	2	0	2
5	2	2	1	1	1
6	2	2	1	0	0
7	2	3	1	0	1
8	1	2	0	0	0
10	1	2	0	0	0
11	1	3	1	0	0
12	2	2	1	0	1
14	2	2	1	1	2
15	3	3	2	2	1
16	1	3	0	0	0
17	1	2	0	0	0
18	2	2	1	0	0
19	2	2	1	0	1
20	1	3	0	0	0
21	1	2	0	0	0
22	2	2	2	1	2
23	3	3	0	0	2
24	2	3	2	1	2
25	2	2	2	0	1
26	2	2	2	0	1
28	3	3	2	2	2
29	1	2	0	0	0
30	1	3	1	0	0
31	3	3	1	0	1
32	3	3	1	0	1
33	1	3	0	0	0
34	3	3	0	0	0
35	2	3	0	0	0
36	3	3	2	2	2
37	2	2	1	1	1
38	2	2	0	0	0
39	3	3	2	0	2
40	2	2	1	0	0
41	1	3	1	0	1
42	1	2	0	0	0
43	3	3	0	0	0
44	2	2	0	0	0
47	2	2	1	1	1
49	1	2	1	0	0
51	1	3	0	0	0

Situación o incidencia del factor de éxito en su entorno:
0 = no existe # 1 = baja # 2 = media # 3 = alta
Número de la entrevista: orden de la lista alfabética de las entrevistas,
capítulo 3 del estudio.

Fuente: Encuesta, pregunta 20. Número de respuestas: 23.

En esta tabla se observa que los factores de éxito del SI—SSPC se configuran de la siguiente forma [clasificación subjetiva según la Encuesta, pregunta 20]:

- Factor de éxito disponibilidad de información. De los 42 entrevistados 21,5% [9/42] considera que este factor tiene una incidencia de tipo 3; 45,2% [19/42] considera que este factor tiene una incidencia de tipo 2 y 33,3% [14/42] considera que este factor tiene una incidencia de tipo 1. Como se puede comprobar los encuestados son unánimes en afirmar que este factor de éxito tiene alguna incidencia en el sistema pues ninguno de ellos contestó que este factor no existiera en el SI—SSPC, incidencia de tipo 0.

En la opinión de los entrevistados lo que falta en el sistema son unos estándares para que la información o una parte de la información sea homogénea, todos los actores generan una gran cantidad de datos y de información que no puede ser comparada con la de otros actores por la falta de esos estándares mínimos. También como ya comentamos existe la Central de Balanços del SCS que anualmente recoge unas informaciones y hace un informe que esta accesible solamente al gerente de cada institución. Esta información esta estandarizada pero como es información privilegiada nosotros no tuvimos acceso a ella para agregarla y analizarla en este estudio.

- Factor de éxito conocimientos acumulados. De los 42 entrevistados 50,0% [21/42] considera que este factor tiene una incidencia de tipo 3 y 50,0% [21/42] considera que este factor tiene una incidencia de tipo 2. Como se puede comprobar, nuevamente, los encuestados son unánimes en afirmar que este factor de éxito tiene una incidencia considerable en el SI—SSPC.

La historia hospitalaria catalana es rica y esta tradición aporta a los actores unos conocimientos acumulados importantes. El hospital de la Santa Creu i Sant Pau es una prueba de esto, con más de 600 años de existencia es hoy uno de los 10 hospitales de alta tecnología del SI—SSPC.

- Factor de éxito red cooperativa. De los 42 entrevistados 23,8% [10/42] considera que este factor tiene una incidencia de tipo 2; 38,1% [16/42] de los entrevistados considera que este factor tiene una incidencia de tipo 1 y 38,1% [16/42] considera que este factor tiene una incidencia de tipo 0. Como se puede comprobar más de la mitad de los encuestados tienen la opinión de que este factor no existe o si existe que tiene una

incidencia muy baja en el SI—SSPC. También es importante resaltar que ninguno de los entrevistados consideró que este factor tuviera una incidencia de tipo 3 en el SI—SSPC.

En la opinión de los entrevistados existe más competencia que posible red de cooperación entre los actores del SI—SSPC y que esa competencia tiene mucho que ver con los subsidios que tiene la estructura del SI—SSPC. Los entrevistados opinan que esta competencia por los subsidios desaparecerá con la desaparición de ese «vicio» creado en el seno del sistema y es cuando puede surgir, dependiendo de la política adoptada por el SCS, una red de cooperación entre todos los actores y donde, en teoría, todos serían beneficiados.

- Factor de éxito flexibilidad. De los 42 entrevistados 7,1% [3/42] considera que este factor tiene una incidencia de tipo 2; 14,3% [6/42] considera que este factor tiene una incidencia de tipo 1 y 78,6% [33/42] considera que este factor tiene una incidencia de tipo 0. Como se puede comprobar 33 de los entrevistados tienen la opinión de que no existe flexibilidad alguna en el SI—SSPC.

Los entrevistados consideran que el causador de la no—existencia de este factor de éxito en el sistema es la gran cantidad de personal sanitario en régimen estatutario que imposibilita cualquier iniciativa en este sentido y que cualquier medida política en esta dirección podría causar alarma social [por citar algunas medidas, estas podrían ser de tipo jubilación anticipada, creación de más empresas públicas con personal sanitario a régimen laboral, etc.].

- Factor de éxito gestión de la innovación. De los 42 entrevistados 21,5% [9/42] considera que este factor tiene una incidencia de tipo 2; 28,5% [12/42] considera que este factor tiene una incidencia de tipo 1 y 50,0% [21/42] considera que este factor tiene una incidencia de tipo 0. Como se puede comprobar la mitad de los entrevistados consideran que no existe una gestión de la innovación y de la I+D y de las nuevas tecnologías en el SI—SSPC.

En la opinión de los entrevistados, cuando se habla de innovación, de nuevas tecnologías, de nuevos aparatos, etc., estas demandas parten de los jefes de equipos, ningún de los actores entrevistados tiene en su estructura funcional un sector o una persona que trate de estos temas de manera global para toda la entidad. En los presupuestos anuales, del actor, se destina alguna partida para estos temas siempre

y cuando exista una demanda por parte de alguno de los jefes de equipo, en lo caso de los hospitales de alta tecnología, o de algún jefe de sector o de área en los demás casos.

La siguiente tabla contiene un resumen numérico de los factores de éxito abordados hasta el momento.

TABLA 7.68. Resumen de los factores de éxito del SI—SSPC.

Factor de éxito	Tipo de incidencia	Número de respuestas	%
Disponibilidad de información	0	0	0,0
	1	14	33,3
	2	19	45,2
	3	9	21,5
Total	—	42	100,0
Conocimientos acumulados	0	0	0,0
	1	0	0,0
	2	21	50,0
	3	21	50,0
Total	—	42	100,0
Red cooperativa	0	16	38,1
	1	16	38,1
	2	10	23,8
	3	0	0,0
Total	—	42	100,0
Flexibilidad	0	33	78,6
	1	6	14,3
	2	3	7,1
	3	0	0,0
Total	—	42	100,0
Gestión de la innovación	0	21	50,0
	1	12	28,5
	2	9	21,5
	3	0	0,0
Total	—	42	100,0

Fuente: Encuesta, pregunta 20. Número de respuestas: 42.

En relación con a la pregunta 19 de la Encuesta la respuesta fue que la mayoría de los actores del SI—SSPC mantiene algún tipo de relación de colaboración o convenio internacional. De los 23 encuestados 60,9% [14/23] mantienen alguna relación con otros actores de fuera del SI—SSPC, que en su mayoría son convenios de colaboración internacional, sea con la OMS, proyectos europeos o colaboración con el tercer mundo.

En relación con a la pregunta 21 de la Encuesta los entrevistados consideran que existe un hueco en relación con la información del sistema hacia el usuario, asimismo, opinan que deberían acelerarse el proceso de implantación de la tarjeta de identificación magnética que posibilitará crear una base de datos con el historial clínico de los pacientes, que no existe una red informática común en el sistema que permita a todo momento poderse acceder desde cualquier centro sanitario para consultar, entre otros, la historia clínica del paciente. Estas líneas propuestas ya están recogidas en el documento «Catalunya en Xarxa: Pla Estratègic per la Societat de la Informació» publicado por el *Comissionat per a la Societat de la Informació* en abril de 1999 y que en el capítulo 02.6 Sanitat i Qualitat de Vida propone lo siguiente:

«Catalunya en Xarxa persigue mejorar la calidad de la atención a los pacientes por medio del uso de las Tecnologías de la Sociedad de la Información y la incorporación a las rutinas sanitarias de la digitalización de los diferentes procesos, como puede ser la historia clínica, la calidad clínica asociada a la calidad de gestión y los sistemas de gestión globales».

«El nuevo paradigma de las Salud se fundamenta en una Medicina basada en la evidencia, en la auto—información del usuario, la sostenibilidad, la eficacia y la permeabilización de los profesionales en las nuevas tecnologías y en el cambio».

«El objetivo de la aplicación de las iniciativas propuestas es conseguir un cambio en el papel de los diferentes agentes y el conocimiento de estos agentes. El enfermo ha estado hasta ahora una suma de informaciones dispersas y compartimentadas, mientras que el conocimiento médico y sanitario del enfermo en el futuro será global y transparente, y permitirá a todos los agentes compartir diagnósticos sobre los diferentes registros del enfermo, cosa que ha de repercutir en un mejor diagnóstico y tratamiento, y en una mejor calidad del servicio para el enfermo».

«La intercomunicación telemática entre los diferentes agentes sanitarios exige un cambio de modalidad en la comunicación, una comunicación ciudadano—servicio diferente a la de ahora, a partir de la tarjeta sanitaria, que pasará de ser una tarjeta con datos meramente administrativos a ser una tarjeta de acceso a la historia clínica. Esta línea estratégica conseguirá, fundamentalmente, la Intranet global sociosanitaria de Catalunya».

«Las iniciativas que darán forma a esta línea de acción son las siguientes:

- La Intranet Sanitaria.
- La creación de una Agencia de Información Sanitaria.
- La Tarjeta electrónica sanitaria y la historia clínica digital.
- La historia clínica digital.
- Formación y reciclaje en Tecnologías de la Información para los agentes sanitarios».

Como se puede comprobar la opinión de los encuestados no difiere mucho de las líneas estratégicas del documento *Catalunya en Xarxa*, asimismo, este documento es desconocido por la casi totalidad de los actores entrevistados, donde se percibe que no existe unos canales de información y comunicación o las relaciones entre los actores.

En relación con a la pregunta 17 de la Encuesta, 100% [23/23] de los entrevistados consideran que el éxito en la producción científica global del actor [cantidad y calidad de la investigación científica, publicación de artículos inéditos o publicaciones SCI, el factor de impacto de esas publicaciones, publicaciones de libros, tesis doctorales, proyectos de investigación, ensayos clínicos, etc.] depende fundamentalmente de los jefes de equipos —en el caso de los hospitales de alta tecnología—, de los directores —en el caso de las empresas públicas— y de los gerentes —en el caso de las regiones sanitarias—. La persona que ocupa uno de estos puestos de trabajo es la que tiene la condición de impulsar o frenar la producción científica global del actor y esta condición depende básicamente del carácter innovador y dinámico de esa persona. Como se puede comprobar en las anteriores fases de análisis del trabajo empírico existe una diferencia importante cuanto a la producción científica global de los actores dentro de un mismo grupo.

En relación con la pregunta 21 de la Encuesta, los entrevistados consideran que, en general, la LOSC no ha sido completamente implantada en Catalunya. La ley tiene unos artículos por cumplir y lo primero que debería hacer el gobierno es decidir si se sigue o si se modifica la ley para que la realidad diaria del sistema no se vea a margen de ésta [por citar algunos ejemplos de pendencia de la ley, la reforma de la asistencia primaria que estaba prevista para terminar en 1996 todavía no ha sido finalizada, la separación de funciones de planificación—compra de las de provisión de servicios sanitarios no es una realidad en el sistema, el SCS como planificador comprador único es a la vez proveedor del sistema, etc.].

Por otra parte, en la entrevistas que mantuvimos con los altos cargos del DSSS, del SCS, del ICS y con el Secretario de Gobierno de la Generalitat y de Relaciones con el Parlament, estos son unánimes en afirmar que cualquier acción en este sentido, de modificación de la ley, tiene un alto coste político, que no existe un consenso en el Parlamento de Catalunya sobre este asunto y que el gobierno no tiene la percepción de que el sistema funcione a margen de la ley.

En la entrevista con el Dr. Josep Maria Via i Redons, Secretario de Gobierno y mentor de la LOSC, este nos hablaba que la LOSC en su momento fue una ley innovadora, que consiguió aglutinar todos los sectores del entorno sanitario catalán y siguiendo las directrices de la LGS organizó lo que hoy se conoce internacionalmente como «Modelo sanitario catalán» que se exporta a varios países de Sudamérica y leste de Europa.

También nos comentaba el Dr. Via que el modelo sanitario catalán no es perfecto y que tiene algunos puntos donde se puede mejorar mucho, pero que esto cuesta dinero y que este dinero no se consigue, fácilmente, hacer llegar en el presupuesto anual para el sector sanitario, que el camino es largo y que día a día se trabaja para mejorar esos punto. Él comentó que esto es verdadero en el sentido de que nunca había visto manifestaciones y acampadas en la plaza Sant Jaume por motivos del mal funcionamiento del sistema, listas de espera, reforma de la primaria, etc., y que la plaza es un termómetro de la sociedad catalana, y que quien habla de listas de espera, etc., es por que no tiene más que hablar de un sistema muy bueno y que mejora día a día.

Finalmente en relación con la pregunta 23 de la Encuesta los entrevistados tienen una opinión muy diversa, 33,3% [14/42] de los encuestados opinan que si a la pregunta de la viabilidad de la exportación hacia otros países del modelo sanitario catalán, 23,8% [10/42] de los encuestados opinan que no a la pregunta 23, que el modelo sanitario catalán es una realidad por la tradición histórica de la sociedad civil de Catalunya y que es muy difícil encontrar en el tercer mundo un país con características semejantes a la de Catalunya y 42,9% [18/42] de los encuestados opinan que el modelo sanitario catalán es exportable siempre y cuando el país que lo adopte sepa adaptarlo a su realidad histórica y cultural.

Esta pregunta puede parecer en un primero momento fuera de contexto en el estudio hasta ahora presentado, pero tiene una especial relevancia personal para el autor del estudio, visto que en Brasil el actual sistema sanitario pasa por una ola de reformas y que la Generalitat de Catalunya ha mantenido contactos con el gobierno brasileño, así como con varios otros gobiernos de Sudamérica a través del Bando Mundial, para estudiar la posibilidad de implantación en Brasil —y en otros países sudamericanos— del modelo sanitario catalán.

7.6. CONCLUSIONES DEL CAPÍTULO

Un enfoque como el propuesto², basado en elementos agrupados en los entornos científico, tecnológico, productivo y financiero —capítulo 3 de este estudio— y en las relaciones entre dichos elementos, promovidas mediante los actores caracterizados a lo largo del trabajo y los factores de éxito o instrumentos de fomento de esas relaciones, es válido para analizar el Sistema de Innovación, tanto a escala nacional como regional, desde una concepción de la innovación como fenómeno interactivo. Dicho enfoque permite identificar las fortalezas y debilidades del Sistema y proponer actuaciones de políticas de innovación correctoras o impulsoras.

Retomando los objetivos y las primicias generales de este estudio, —explicadas en el resumen y detalladas en el capítulo 3— y que son los siguientes:

- Realizar un inventario de los actores que desempeñan algún papel en el SI—SSPC.
- Establecer una tipología de los actores que permita definir su papel en el modelo de SI—SSPC.
- Analizar para cada grupo de actores las actividades que realizan en el SI—SSPC.

El primero de los objetivos está ampliamente descrito en el capítulo 6, el tercero de los objetivos está estudiado en el capítulo 7, por tanto, queda el segundo de los objetivos del estudio por ser cumplido y es posible ahora establecer una tipología de actor que permite su clasificación de acuerdo con la función que desempeña en el SI—SSPC.

Los grupos de actores identificados en el caso SSPC y con el modelo de sistema de innovación propuesto, son los siguientes:

El entorno científico:

- Hospitales del Grupo 4 o de alta tecnología.
- Grupo ICS.

Entorno tecnológico:

- Hospitales del Grupo 4 o de alta tecnología.

2 Recordamos que Fernández y Conesa [1996, p. 27] explican que se podría incluir también el *entorno de los usuarios* formado por las personas que finalmente demandan productos o servicios que incorporan tecnología. La consideración de este quinto entorno en el ámbito de los usuarios debe ir introduciéndose a medida que se vaya desarrollando y organizando suficientemente a través de entidades locales, sindicatos, organizaciones de consumidores, ayuntamientos, ONGs, etc.

- Grupo ICS.
- Empresas públicas del SCS.

Entorno productivo:

- Hospitales del Grupo 4 o de alta tecnología.
- Grupo ICS.
- Empresas públicas del SCS.

Entorno financiero:

- SCS.
- Regiones sanitarias del SCS.
- Grupo ICS.

Se han identificado 23 actores que han sido adscritos a algunos de los grupos referidos, cada uno de los cuales se caracteriza por los objetivos que persigue, los elementos que relaciona, los instrumentos de relación utilizados y las actividades desarrolladas.

En el **entorno científico** donde mayoritariamente se producen conocimientos científicos, los actores analizados ejercen su función de dinamización sobre los propios elementos de dicho entorno y con una gran competencia entre ellos. Destacan en solitario los hospitales de alta tecnología —los hospitales de alta tecnología no ICS y los hospitales de alta tecnología del Grupo ICS— por su mayor efecto movilizador y su importante aportación científica al SSPC aunque, en muchos casos la escasez de medios y la falta de apoyo institucional —que deriva y proporciona que este potencial dinamizador vaya hacia la *investigación sumergida*— impide que realicen un papel más activo.

En el **entorno tecnológico** donde se desarrollan las tecnologías, nuevamente se destacan los hospitales de alta tecnología —ICS y no ICS— que conforman un grupo muy homogéneo, pero sin duda constituyen junto con algunas empresas públicas —IDI y SSRCTBT— la única vía del sistema hacia la innovación tecnológica. En sus actividades de I+D no se aprecian los componentes movilizadores de investigación cooperativa con los demás actores del sistema. Las empresas públicas del entorno tecnológico —IES y AATM— con mayor implicación en áreas de formación de personal de los demás actores y de información técnica —especialmente la AATM— tienen un carácter difusor amplio.

En el **entorno productivo** donde se producen bienes y servicios, los actores implicados —hospitales de alta tecnología y empresas públicas— son los mismos que generan la tecnología y la investigación científica del sistema favoreciendo de esa manera los procesos de innovación del sistema, lo que nuevamente queda evidente es

la falta de los componentes movilizados o factores de éxito como puede ser la red cooperativa y la gestión de la innovación en el ámbito del sistema.

En el *entorno financiero* que es el que ofrece recursos económicos a los demás entornos encontramos el SCS como comprador—planificador y a la vez proveedor del sistema y las regiones sanitarias como actores descentralizados del SCS en la totalidad del territorio catalán. El ICS también juega un papel decisivo en este entorno —teniendo su presupuesto aprobado directamente por el Parlament de Catalunya— como mayor proveedor de servicios sanitarios del sistema independiente de recibir los traspaso financiero desde el SCS. En general, este entorno realiza un papel —papel de presión hacia los demás actores— muy escaso como comprador único de los servicios sanitario del sistema, presión esta que podría fomentar los componentes movilizados y los factores de éxito para que se extendiesen en las escasas relaciones desarrolladas por los actores del sistema.

La distribución geográfica de los actores del SI—SSPC es muy desigual. La región metropolitana de Barcelona concentra el 78,2% [18/23] de los actores del sistema estudiados lo que pone en riesgo la equidad territorial y posibilidad de acceso de los usuarios a todos los servicios sanitarios principalmente a los de alta tecnología, independiente del trabajo que ha hecho el SCS para que esta realidad no se acentuara, los hospitales del Grupo 1 son el ejemplo de este esfuerzo del SCS en la equidad y accesibilidad del SI—SSPC.

En conjunto el perfil de los actores muestra un SI—SSPC débilmente articulado que puede disponer de su entorno científico para participar en los procesos de innovación que hoy se precisan, pero que todavía dispone de unos entornos que no se relacionan, limitando la difusión de la información y los procesos de innovación. Asimismo, el sistema está limitado y desequilibrado, pues los actores se concentran en la ciudad de Barcelona, y se encuentra poco maduro al encontrarse muy condicionado por el papel de la administración —las subvenciones— y por la ausencia de los elementos dinamizadores o factores de éxito que podrían jugar un papel decisivo en el impulso del sector hacia el SI.

Analizando de manera más detallada las relaciones de los hospitales de alta tecnología [por ser el actor que más I+D aporta al sistema] vemos que las relaciones existentes entre éstos actores son muy escasas como ya se a dicho anteriormente y, se expresan en la figura 7.1:

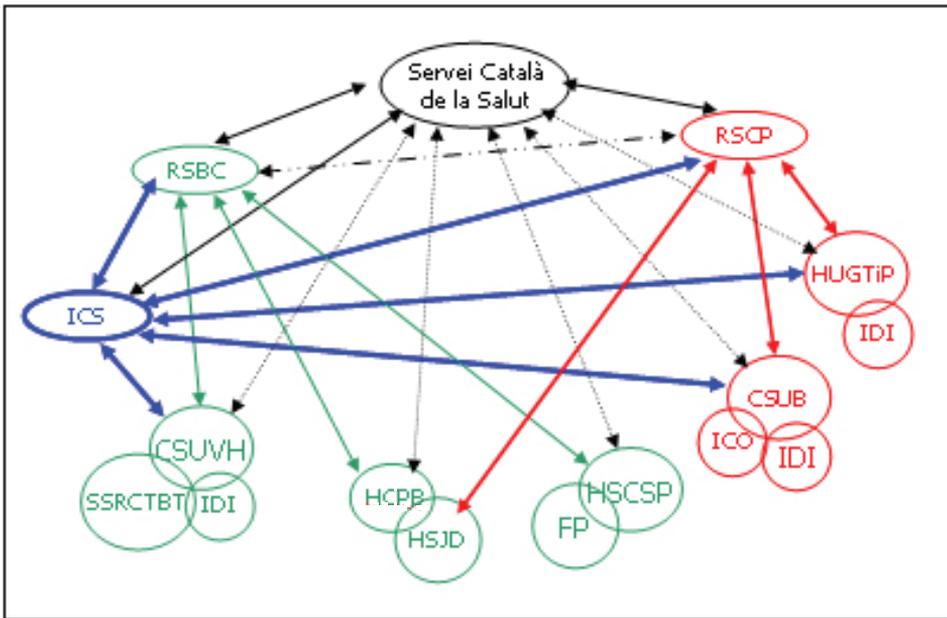
El SCS —flechas de color negro— mantiene relaciones directas con las regiones sanitarias RSBC y RSCP y con el ICS. También mantiene relaciones de manera más informal, pues las relaciones normales deberían darse a través de la región sanitaria —flechas de color negro punteadas— con todos los hospitales del Grupo 4.

El ICS mantiene relaciones con sus hospitales —flechas de color azul— y también mantiene relaciones con el SCS —flecha de color negro— y con las regiones sanitarias —flechas de color azul— donde están ubicados sus hospitales.

La RSBC mantiene relaciones —flechas de color verde— con los hospitales del Grupo 4 ubicados en su territorio. También mantiene relaciones con el SCS —flecha de color negro—, con la RSCP —flecha de color negro trazo/punto— y con el ICS —flecha de color azul—.

La RSCP mantiene relaciones —flechas de color rojo— con los hospitales del Grupo 4 ubicados en su territorio. También mantiene relaciones con el SCS —flecha de color negro—, con la RSCP —flecha de color negro trazo/punto— y con el ICS —flecha de color azul—.

FIGURA 7.1. Relaciones existentes.



Fuente: Elaboración propia.

Pero las relaciones que deberían existir, además de las que hemos comentado, se dibujan en la figura 7.1 y son las siguientes:

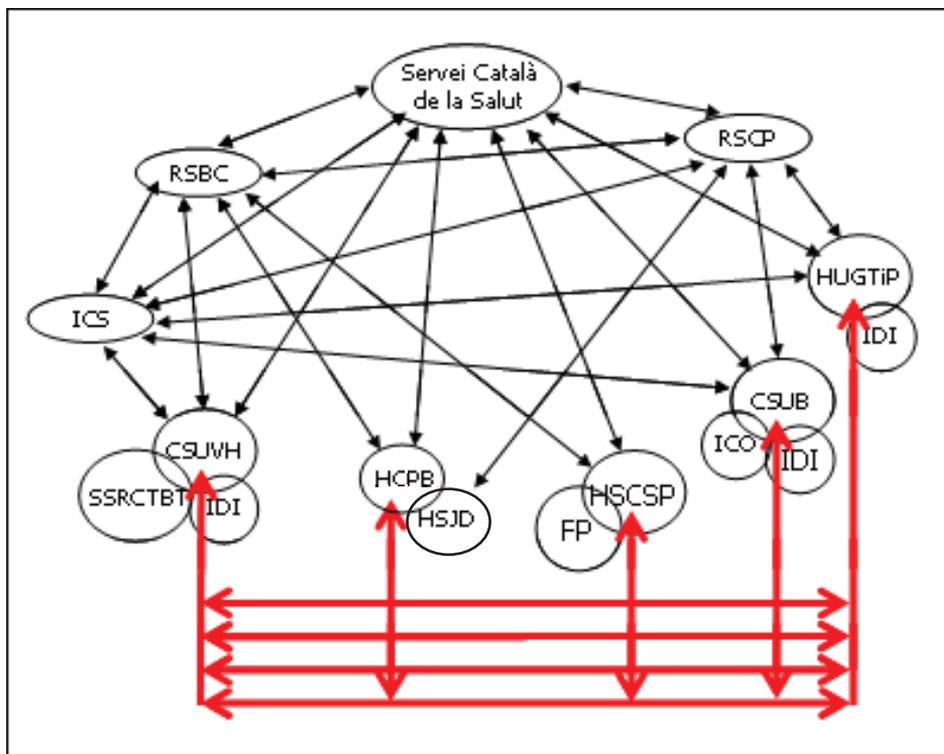
Las flechas de color naranja intentan dibujar una estructura matricial de relación—cooperación entre los hospitales de alta tecnología del SI—SSPC.

Las relaciones existentes entre estos actores son muy informales y dependen más de las relaciones personales de los médicos, jefes de equipos y gerentes de

uno u otro centro que de las relaciones instituciones de cooperación que pudiera existir.

Las relaciones que sí son formales, son las expresadas por los círculos que se superponen entre sí. La CSUVH tiene relaciones fuertes con el IDI y con SSRCTBT, pues son dos EP que nacieron de la estructura de la CSUVH y están ubicadas en su entorno hospitalario. El IDI está en fase de firmar convenios o contratos de cooperación y trabajo con el HUGTiP y con la CSUB. El HC tiene firmado convenio y contrato de cooperación y trabajo con el HSJD.

FIGURA 7.2. Relaciones que deberían existir.



Fuente: Elaboración propia.

El HSCSP tiene firmado convenio y contrato de cooperación y trabajo con la FP. La CSUB tiene firmado convenio y contrato de cooperación fuerte con el ICO, pues éste es una EP que nació de la CSUB y está ubicado en su entorno hospitalario. El HUGTiP está por firmar el convenio y contrato de cooperación y trabajo con el IDI.

En conclusión, las relaciones matriciales de cooperación entre los hospitales de alta tecnología no existen o en caso de existir alguna relación, éstas son personales e informales. Si estas relaciones existiesen, a falta de estudios económicos detallados de los costes de las estructuras verticalizadas, se puede decir que se podría horizontalizar estructuras que hoy están duplicadas, triplicadas o verticalizadas en cada entorno hospitalario y de esa manera tender a reducir costes y adecuar las plazas o camas de alta tecnología a las necesidades reales del SSPC.

Las EP como el SSRCTBT, ICO y el IDI tienen como misión ser referencia para toda Catalunya, son por lo tanto empresas que podrían asumir las estructuras de los hospitales de alta tecnología que están ubicados en un radio de distancia pequeño, excepción del HUGTiP los demás están ubicados en Barcelona y su área metropolitana.

El DSSS ha impulsado y potenciado la constitución y creación de diversas fundaciones para la gestión económica y administrativa de la investigación científica, vinculadas a los hospitales de alta tecnología gestionados por el ICS. También han constituido fundaciones los hospitales HC y HSCSP.

La tabla 7.69 muestra una comparación entre los principales indicadores de los hospitales de alta tecnología del SSPC.

TABLA 7.69. Comparación entre los principales indicadores asistenciales de los hospitales de alta tecnología 1997.

Hospital Indicador	ICO	FP	CSUB	HUGTiP	HC	HSJD	HSCSP	CSUVH ¹
Número de ingresos	3838	5426	26085	18110	36793	19083	27097	53904
Número de altas	3832	5349	26158	18141	34874	10898	27097	55726
Número de camas	118	165	847	565	852	335	723	1443
Estancia media	8,99	6,92	11,2	10,4	7,59	5,24	9,08	8,04
Ocupación %	81,50	70,15	95	91	89,80	80,54	93,30	86,67
Rotación enfermo/cama	32,51	38,23	31	32	43,23	59,08	37,5	37
Urgencias	165	16398	100158	98633	134427	103068	123287	220167
Intervenciones quirúrgicas	11596	4000	21434	9404	17424	11153	17278	42557
1. Incluye el Hospital General Vall d'Hebron, Hospital Maternoinfantil de la Vall d'Hebron y el Hospital de Traumatología i Rehabilitació Vall d'Hebron.								

En esta tabla se percibe, por el porcentual de ocupación, la existencia de un exceso de plazas o camas de alta tecnología en el SSPC, y los hospitales de alta tecnología no tienen interés en horizontalizar las estructuras pues de esa manera algunos de ellos podrían perder la clasificación de pertenecientes al Grupo 4 y perderían así las subvenciones que aporta el SCS a esos centros.

8 CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES, LÍMITES Y FUTURAS INVESTIGACIONES

8.1. CONCLUSIONES DEL TRABAJO

El presente trabajo planteó como objetivo genérico el estudio del Sistema de Innovación en el Sector Sanitario Público Catalán —**por lo tanto, en éste trabajo no se estudió el sector sanitario privado catalán que representa alrededor de un 20% del total del sector. Tampoco se estudió en este trabajo los consorcios participados por el SCS, o las relaciones que el SSPC pueda tener con otros sectores del *cluster de la salud* o con los demás sectores de la economía catalana**— a través del análisis de la estructura propuesta por la Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya. Para cubrir este objetivo el trabajo se dividió en dos partes.

En la primera parte, que abarca los capítulos primero y segundo se revisaron diversos enfoques conceptuales con el fin de describir un marco teórico que ayude a explicar el Sistema de Innovación. En ésta parte se pretendieron dos objetivos: en primer lugar, analizar las aportaciones conceptuales explicativas del fenómeno de la Innovación y en segundo lugar, analizar las diversas perspectivas teóricas sobre el Sistema Nacional de Innovación, las conclusiones se encuentran al final de cada uno de los capítulos.

En la segunda parte, en los capítulos tercero, cuarto, quinto, sexto y séptimo se concentraron los objetivos específicos del trabajo y su contrastación empírica. Con relación al capítulo cuarto, las conclusiones se encuentran al final del capítulo.

Es conveniente ahora sistematizar las conclusiones de los capítulos quinto, sexto y séptimo.

(1) Respecto a la historia hospitalaria catalana. Del estudio hecho se derivan, según nuestro punto de vista, las siguientes conclusiones:

Históricamente, y más significativamente desde principio de siglo, la sociedad civil catalana demostró con sus iniciativas a través del desarrollo de un conjunto de centros y de servicios sanitarios nacidos de la iniciativa de diversas entidades benéficas asistenciales, de las corporaciones locales, de las mutualidades, de la Iglesia y de las sociedades cooperativas que organizaron una sólida red de hospitales comarcales en un conjunto de instituciones públicas y privadas.

Un testimonio evidente es la Figura 5.1 que muestra las Ordenaciones del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau en el año 1707. Otro testimonio es la Figura 5.2 que publica la Conselleria de Sanitat en el año 1933.

En esta época en Catalunya ya había un plan de regionalización sanitaria basado en la estructura comarcal, uno de los puntos de diferenciación de la sociedad catalana.

Nuestro trabajo se situó en esta revisión de la historia y en esta explicación anterior porque pensamos que el modelo actual de la sanidad catalana está estrechamente vinculado con el pasado y el MS—80, el DMS—83, el PRH, la XHUP, etc. no habrían sido posibles sin esta historia protagonizada por la sociedad civil catalana.

(2) Respecto a la LOSC. Del estudio hecho se derivan, según nuestro punto de vista, las siguientes conclusiones:

Cuando en 1981 la Generalitat recibió las primeras trasferencias sanitarias, las camas de enfermos graves correspondientes a la Seguridad Social sólo representaban un 30% de todas la oferta de camas en Catalunya. Esto significaba que había 0,77 camas de titularidad pública por mil habitantes, mientras que en el resto del Estado la proporción era de 1,91 camas por mil habitantes.

La autonomía en la gestión de servicios comienza con la elaboración del Mapa Sanitario de Catalunya [1981], que permite conocer con detalle la realidad sanitaria y constituye el primer instrumento de planificación. Las conclusiones de este primer periodo plantean la necesidad de definir un sistema sanitario que aproveche todas las infraestructuras existentes, mediante contratos y conciertos con entidades públicas y privadas, con el objetivo de complementar los recursos sanitarios y asistenciales públicos.

En 1981 se aprobó la orden de acreditación, que establecía los requisitos de estructura y de funcionamiento que debían cumplir los centros sanitarios que firmaban un concierto con el DSSS para la prestación de asistencia sanitaria pública.

En 1983 se crea el ICS como entidad gestora de los centros y servicios de la Seguridad Social en Catalunya.

En 1985 se crea la XHUP, integrada por todos los centros—independientemente de su titularidad jurídica— que prestan asistencia sanitaria a los titulares y beneficiarios de la Seguridad Social. También en 1985 se inicia la reforma de la atención primaria, que pone en funcionamiento los EAP, estos equipos también realizan tareas de prevención y de educación sanitaria en sus ABSs.

La existencia de la realidad histórica basada en un sistema mixto y el cambio cultural que se introdujo durante los años ochenta concluyen con una clara definición estratégica: considerar a la administración sanitaria como financiadora y compradora de servicios, disociándola de su papel de gestora directa de la producción.

Como paso intermedio se creó en 1989 la Dirección General de Recursos Económicos del Sistema Sanitario, responsable de la compra de los servicios sanitarios de provisión pública.

En 1990 se aprobó la LOSC, los rasgos característicos de la LOSC se concretan en los siguientes puntos:

- Se crea el SCS como ente público responsable de la prestación de los servicios sanitarios de cobertura pública de Catalunya.
- La atención integral de la salud, que incluye la promoción, prevención, curación y rehabilitación, es un derecho universal exigible para todos los ciudadanos residentes en Catalunya.
- Se potencia una descentralización de los servicios sanitarios que permita superar las desigualdades sociales y territoriales.
- Se configura un mercado de competencia planificada y regulada, mediante la separación de las funciones de financiación y de provisión de servicios y potenciando un proceso de diversificación de proveedores.
- La provisión de los servicios requiere un sistema sanitario mixto, tradicional en Catalunya, que permitió aprovechar todos los recursos existentes, ya sean públicos o privados.
- La Administración y la organización sanitaria deben tender a la racionalización, la eficacia, la simplificación y la eficiencia.
- Se debe promover la diversidad de fórmulas de gestión —directa, indirecta o compartida— y se debe abrir a los profesionales de la atención primaria la posibilidad de gestión de los centros.
- Los centros del sistema sanitario público se deben orientar hacia una concepción de empresas productivas de servicios, definiendo

unos objetivos que permitan el control por resultados y con una gestión empresarial.

La modificación parcial de la LOSC se produjo básicamente por la obligada adecuación del régimen de contratación del SCS a la legislación básica del Estado y por la necesidad de regular con más precisión algunos aspectos como el procedimiento a seguir para la constitución de organismos que dependen del SCS, la formación de consorcios o las normas ordenadas para el establecimiento de fórmulas destinadas a la gestión de servicios sanitarios que se fundamentan en entidades de base asociativa de profesionales sanitarios.

No obstante, a partir del análisis, de las encuestas y de las entrevistas realizadas a lo largo del estudio del SI—SSPC podemos concluir que:

El SCS como ente financiador—asegurador único de la sanidad pública catalana participa en la provisión de los servicios sanitarios a través de los consorcios, empresas públicas y participa en los patronatos o juntas directivas de los hospitales de la XHUP. Por lo tanto, unos de los principios básicos de la LOSC de separación de las funciones de planificación y compra de las de provisión de servicios sanitarios no se cumplen, en otras palabras el SCS es al mismo tiempo financiador—proveedor de los servicios sanitarios en el SSPC.

El IES es un organismo autónomo y tendría que considerarse como instrumento de soporte al DSSS, del SCS y del ICS en materia de formación de los profesionales sanitarios y no—sanitarios del campo de la salud y coordinar y potenciar la investigación en ciencias de la salud —artículos 69, 70 y 71 de la LOSC—, está considerado por los demás actores como órgano certificador de las actividades científicas realizadas por éstos para poder recibir las subvenciones correspondientes que sin esta certificación no son liberadas por el DSSS.

También el IES está traspasando a otros agentes las funciones de formación de los profesionales sanitarios y no—sanitarios del sistema.

Con relación al Pla de serveis que pretende ser la cartera de servicios cubiertos por el financiador—asegurado—evaluador único—SCS— y que regulará todos los contratos de prestación de servicios de los proveedores con el SCS, todavía no ha sido implantado.

La Enquesta de Salut de Catalunya —ESCA—, que es uno de los puntos clave del Pla de salut y por consiguiente de la LOSC, pues es una de las principales herramientas de detección de las necesidades, definición de los objetivos y establecimiento de las prioridades para conseguir a través de actividades e intervenciones sanitarias los objetivos de salud propuestos por el Pla de salut, fue hecha por primera y última vez en 1994.

(3) Respecto al entorno económico. Del estudio hecho se derivan, según nuestro punto de vista, las siguientes conclusiones:

Para la financiación de los servicios sanitarios, la Generalitat recibe de los recursos procedentes de la participación de Catalunya en el presupuesto estatal del Insalud, del propio sistema de financiación general de las comunidades autónomas y de las diputaciones que transfirieron servicios sanitarios a la Generalitat.

El DSSS transfiere al SCS los importes para financiar la provisión de servicios sanitarios públicos que prestan los centros de la red sanitaria de utilización pública, ya sean concertados o del ICS.

El SCS dedica su presupuesto mayoritariamente a los siguientes grupos de gasto: la concertación de servicios sanitarios con entidades proveedoras —39%—, la financiación de los servicios del ICS —34%—, el gasto en prescripción farmacéutica —21%— y los gastos de aportaciones de capital —2%—.

No obstante, a partir del análisis, de las encuestas y de las entrevistas realizadas a lo largo del estudio del SI—SSPC podemos concluir que:

El sector sanitario español y catalán están altamente politizados y legislatura tras legislatura sirven como moneda de cambio en los pactos parlamentarios de los distintos gobiernos.

El último modelo de financiación sanitaria pactado para el periodo 1998—2001 previene que Catalunya tendrá una ganancia del 5,71% sobre el modelo anterior.

(4) Respecto al Pla de salut de Catalunya. Del estudio hecho se derivan, según nuestro punto de vista, las siguientes conclusiones:

Las necesidades de salud de los ciudadanos se detectan a través del PSC, que se configura como el instrumento fundamental de planificación sanitaria de la Generalitat de Catalunya. El PSC permitió introducir un cambio importante de orientación al incidir en la planificación por objetivos de salud por encima de una actuación según los recursos disponibles.

El PSC, que se actualiza cada tres años y que se evalúa anualmente, incorpora los objetivos de salud para todo el mundo para el año 2000 de la Organización Mundial de la Salud y se elabora con la participación de equipos multidisciplinares integrados por profesionales de la salud, gestores sanitarios, representantes de la Administración y de las instituciones sanitarias, y con la participación comunitaria.

Para conocer con más fiabilidad las necesidades de salud específicas de cada grupo de población y para hacer más eficaces las intervenciones programadas, los trabajos se inician a partir de las regiones y de los sectores sanitarios, los órganos más cercanos a la población.

Las principales líneas de intervención del PSC son las siguientes:

- Importancia de las actividades preventivas.
- Profundización en la información y educación sanitarias.
- Promoción de los hábitos saludables.
- Vigilancia epidemiológica.
- Mejoría en la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales.
- Consenso clínico para abordar los problemas de salud.
- Promoción de la formación continuada y de la investigación de los profesionales.
- Importancia de la evaluación.
- Aumento de satisfacción de los usuarios a través de la mejoría de los servicios y de la facilidad para acceder a ellos.

No obstante, a partir del análisis, de las encuestas y de las entrevistas realizadas a lo largo del estudio del SI—SSPC podemos concluir que:

El Pla de salut de Catalunya es considerado por muchos actores como un documento de estantería y herramienta de marketing para la Generalitat. El periodo trienal de vigencia del plan es muy pequeño, no se puede plantear objetivos de salud a cada tres años.

Son demasiados los 263 objetivos de salud propuestos por el plan 1993—1995 y carecen de una metodología para su inclusión en el plan.

Los objetivos de salud del plan 1996—1998 son de continuidad del anterior plan y en el plan que está por ser presentado los objetivos siguen siendo de continuidad del primer. Objetivos éstos que la OMS había planteado como los de «salud para todos en el año 2000».

El plan de salud no elaboró ningún documento con los costes de cada uno de los objetivos de salud, tampoco creó el calendario y sistematización de las herramientas para la evaluación de esos objetivos incluyendo también el coste económico de esas acciones.

El plan no involucra a los actores del sistema en la investigación científica para la consecución de los objetivos de salud propuestos.

(5) Respecto al SCS. Del estudio hecho se derivan, según nuestro punto de vista, las siguientes conclusiones:

El sistema sanitario de Catalunya se organiza alrededor del SCS, creado como ente público de carácter institucional.

Para garantizar la prestación de los servicios sanitarios a los ciudadanos, el SCS está constituido por todos los recursos sanitarios públicos y de cobertura

pública, que forman la red sanitaria de utilización pública de Catalunya. Para cumplir esta misión y para velar por la equidad, la calidad y la eficiencia de los servicios, el SCS pone al servicio de la red sanitaria su organización corporativa.

La organización corporativa del SCS se constituye en tres niveles: los servicios matrices y la estructura territorial, las empresas públicas y los órganos colegiales de dirección y participación comunitaria.

Para acercar los servicios sanitarios a la población y conseguir una mayor equidad en el acceso al sistema sanitario, el SCS fue estructurado de forma descentralizada a través de las regiones sanitarias, los sectores sanitarios y las áreas básicas de la salud.

Catalunya queda dividida en ocho regiones sanitarias delimitadas a partir de factores geográficos, socioeconómicos y demográficos, teniendo en cuenta la ordenación comarcal del territorio. Las regiones sanitarias despliegan su actividad en los ámbitos de la planificación, de la compra de servicios, de los sistemas de gestión y de la atención al cliente.

Las regiones sanitarias cuentan con una dotación de recursos sanitarios de atención primaria y de atención especializada y hospitalaria para atender las necesidades de la población. 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, asistencia sociosanitaria en el nivel de atención primaria y de las especialidades médicas. Los sectores sanitarios están constituidos por la agrupación de áreas básicas de salud, unas unidades territoriales formadas por barrios o distritos en las áreas urbanas y por uno o más municipios en el ámbito rural, con una población entre 5.000 y 25.000 habitantes, que pueden llegar a 40.000 en las ciudades. Actualmente existen 338 áreas básicas de salud.

La red sanitaria de utilización pública ofrece diferentes servicios esenciales: la atención primaria, la atención hospitalaria, la atención sociosanitaria, la atención psiquiátrica y la atención farmacéutica, juntamente con otros recursos más específicos y con un conjunto de prestaciones complementarias.

Atención primaria. Con más de 300 centros de atención primaria —CAP— y más de 650 consultorios locales, la atención primaria es el nivel asistencial básico, el más cercano a la población y, por tanto, el más utilizado. La atención primaria se encuentra inmersa en un profundo proceso de reforma, con más dedicación de los profesionales a la atención a los usuarios y con actuaciones de prevención y promoción de la salud. Esta reforma gira en torno a la implantación en las áreas básicas de salud de los equipos de atención primaria, integrados por profesionales

sanitarios y no sanitarios. La atención primaria de la salud cubre los servicios de medicina general, de pediatría, la atención de enfermería y las urgencias, tanto en régimen ambulatorio como a domicilio. Progresivamente se están incorporando profesionales en odontología y en asistencia social. La atención especializada se puede prestar en las consultas de especialidades médicas de los centros de atención primaria o bien en los centros hospitalarios que están integrados en esta actividad.

Atención hospitalaria. Los hospitales de Catalunya que contratan la prestación de servicios con el SCS configuran la red hospitalaria de utilización pública —XHUP—. Los centros hospitalarios de esta red fueron clasificados en cuatro grupos: hospital general básico y hospital aislado, hospital general básico, hospital de referencia y hospital de alta tecnología. Los hospitales generales básicos tienen la tecnología asistencial necesaria para atender aquellas patologías que no requieren un grado de especialización importante ni un equipamiento sofisticado. Se considera que cubren entre un setenta y un ochenta por ciento de la demanda que genera la atención hospitalaria. Los hospitales de referencia dan respuesta a casi todos los problemas de salud, excepto aquellos casos de baja prevalencia que requieren recursos tecnológicos de alto nivel. Los hospitales de alta tecnología disponen de las técnicas diagnósticas y terapéuticas más modernas y atienden a los pacientes que no pueden ser tratados en los hospitales de referencia.

Atención sociosanitaria. Los recursos sociosanitarios se destinan a la atención de personas con enfermedades crónicas invalidantes o enfermedades terminales y a la asistencia a personas mayores con alguna enfermedad. El SCS cuenta con casi 5.000 plazas de internamiento para pacientes de larga estancia, convalecientes, para curas paliativas y para enfermos de SIDA. Además hay unas 500 plazas de hospitalización de día concertadas y funcionan equipos de atención domiciliaria y unidades interdisciplinarias de atención especial —geriátricas, de curas paliativas, de demencias, para el aparato respiratorio—. Son los PADES —programas de atención domiciliaria, equipos de apoyo— y las UFISS —unidades funcionales interdisciplinarias sociosanitarias—.

Atención psiquiátrica y salud mental. Los diversos centros y servicios que constituyen la red de atención psiquiátrica y salud mental se estructuran en tres líneas básicas: apoyo a la atención primaria, atención hospitalaria especializada y centros de rehabilitación —centros de día y pisos asistidos—. En total son más de 4.500 camas y más de 1.000 plazas en centros y hospitales de día.

Otros recursos de atención sanitaria. Los centros de atención a las drogodependencias, los centros de planificación familiar, los bancos de sangre, los centros de trasplantes, los programas de promoción de la salud y de prevención

de enfermedades, los traslados sanitarios, las prestaciones complementarias y las oficinas de atención farmacéutica son servicios que completan la red sanitaria pública de Catalunya.

A estos servicios se añaden otras prestaciones asistenciales. Se trata, entre otros, de los servicios de diagnóstico por la imagen, los laboratorios de análisis clínicos, los laboratorios de medicina nuclear, los servicios de rehabilitación, la oxigenoterapia y los tratamientos respiratorios a domicilio, los servicios de litotricia y los servicios de diálisis.

No obstante, a partir del análisis, de las encuestas y de las entrevistas realizadas a lo largo del estudio del SI—SSPC podemos concluir que:

El SCS como ya hablamos anteriormente tiene las funciones de planificador—comprador—evaluador y proveedor de servicios sanitarios en el SSPC.

El SCS no fomenta la cooperación entre los actores del SSPC, en nuestro entender en el futuro del SCS deberá promover la cooperación y castigar la no—cooperación entre los actores del SSPC como medio para mejorar la eficiencia y eficacia del mismo e intentar reducir costes con la horizontalización de las estructuras sanitarias.

El SCS debería haber concluido la Reforma de la Atención Primaria en 1996 y todavía hoy no está concluida.

El SCS no mantiene una línea de comunicación directa con cada usuario del sistema.

El SCS creó la Central de Balanços con la finalidad de prestar un servicio de soporte a los centros sanitarios del SCS y que consiste en la realización de informes de análisis comparativa económico—financiera de los centros a partir de información facilitada por los propios centros. El objetivo principal de la CB es facilitar la toma de decisiones de los centros sanitarios a partir del conocimiento de la situación del sector. Pero toda esa información conjunta del sector es totalmente privilegiada y hasta hoy no se hizo público ningún informe de la CB.

Algunos actores en un primer momento tuvieron recelos con la CB por no tener claro su finalidad, a partir de esa confidencialidad de la información que garantizó el SCS ya existe un movimiento reivindicativo de una Central de Resultados que vaya más allá del análisis puramente económico—financiero y proporcione una información más completa del sector, también reivindicamos que se haga público un resumen o toda la información de la CB para que la sociedad pueda tener acceso a esa información privilegiada, en nuestro caso para estudiarla.

El SCS no posee una red de información homogénea implantada entre los centros sanitarios públicos y concertados.

La implantación de la tarjeta de identificación magnética—TIS Tarjeta individual sanitaria— todavía no es una realidad, en algunas Regiones sanitarias la cifra no alcanza el 70%, imposibilitando la creación de la base de datos de los usuarios asegurados por el SCS.

(6) Respecto al ICS. Del estudio hecho se derivan, según nuestro punto de vista, las siguientes conclusiones:

El ICS es la entidad que gestiona directamente los centros sanitarios de titularidad pública, es decir, aquellos centros propios de la Seguridad Social, en algunos casos, centros propios de la Generalitat de Catalunya.

Actualmente cuenta con 11 hospitales, cerca de 300 centros de atención primaria y más de 150 servicios de atención primaria—centros de atención especializada, centros de rehabilitación, programas de atención a la mujer, atención domiciliaria, etc.—.

No obstante, a partir del análisis, de las encuestas y de las entrevistas realizadas a lo largo del estudio del SI—SSPC podemos concluir que:

El ICS está pasando por en proceso de transformación y de redefinición de su papel como gran proveedor público de servicios sanitarios dentro del SSPC.

El ICS encuentra el SCS como comprador y competencia en la provisión de servicios sanitarios, esta duplicidad de papel que asume el SCS no es bien vista por algunos de los actores del sistema.

El ICS tampoco fomenta la relación de cooperación entre sus hospitales del Grupo 4. También en el futuro el ICS deberá promover la cooperación y castigar la no—cooperación entre los hospitales como medio para mejorar la eficiencia y eficacia de los mismos e intentar reducir costes con la horizontalización de las estructuras hospitalarias de alta tecnología.

(7) Respecto a las Empresas Públicas del SCS. Del estudio hecho se derivan, según nuestro punto de vista, las siguientes conclusiones:

Los cambios definidos para el sistema sanitario de Catalunya —separando la financiación y la provisión— exigen, tanto para los proveedores de servicios como para el SCS, la adopción de un nuevo modelo de funcionamiento más de acuerdo con el modelo empresarial y que supere el sistema tradicional de la Administración Pública. Este cambio se produjo tanto en la dirección estratégica como en la gestión económica.

En un mercado de competencia planificada, los centros proveedores están obligados a ser eficientes para poder ofrecer la mejor relación calidad—coste, ya que en un proceso de diversificación de proveedores y en una época de limitación de recursos, se busca la máxima eficiencia en la utilización de esos recursos.

Uno de los aspectos más innovadores de la legislación sanitaria de Catalunya fue la introducción de la diversidad de fórmulas de gestión —directa, indirecta y compartida— que puede emplear el SCS para administrar los servicios y las prestaciones del sistema. En este entorno, el SCS participó en la creación de consorcios de gestión de centros, cedió la gestión de algunos de ellos y constituyó diversas empresas públicas. También facilitó la constitución de equipos de profesionales que asumen directamente la gestión de los centros.

No obstante, a partir del análisis, de las encuestas y de las entrevistas realizadas a lo largo del estudio del SI—SSPC podemos concluir que:

La mayoría de las EP nacen del ICS cambiando la estructura estatutaria de éste por una estructura laboral para facilitar la gestión y buscar la eficiencia y eficacia en la utilización de los recursos. Las EP son proveedores del SSPC comprobándose más una vez que los cambios planteados con la aprobación de la LOSC de separación de las funciones de financiación y compra de las de provisión de servicios sanitarios no se verifican en la realidad del sector pues estas empresas son del SCS asegurador—financiador único del sistema.

Las EP no fomentan la red cooperativa, la flexibilidad y el intercambio de información en el SI—SSPC, la AATM, el IDI, el ICO, SSRCTBT, EISSA y SEMSA no mantienen relación de trabajo o de cooperación con todos los actores estudiados y las EP GSS, GPSS y el IAS están ubicados en unos entornos hospitalarios del Grupo 2 en las Regiones sanitarias de Lleida, Tarragona y Girona respectivamente.

No existe en las EP una unidad central de gestión de la innovación y de las nuevas tecnologías, tampoco existe un cargo técnico responsable de estas gestiones, por ejemplo, un Ingeniero Especialista en Organización de Empresas. Todas las demandas de inversiones en nuevas tecnologías parten de los jefes de equipos, directores o responsables de sección y no existe una coordinación general por no existir esa estructura. Esa coordinación general es hecha por los responsables de la EP de cerrar el presupuesto anual y dependiendo de los recursos económicos negociados con el SCS y con el ICS y destinados a inversiones se atiende o no las demandas.

El motor de la I+D en las EP está directamente ligado al cargo de gerente o director general y el éxito o suceso en la investigación y demás actividades

científicas y docentes en las diferentes áreas de investigación y docencia de las EP depende directamente de ese profesional.

(8) Respetto a los hospitales del Grupo 4. Del estudio hecho se derivan, según nuestro punto de vista, las siguientes conclusiones:

Los hospitales del Grupo 4 son integrantes de la XHUP y se caracterizan por ser hospitales de alta tecnología definidos como aquellos que asumen las patologías de baja incidencia no asumibles por los demás hospitales de los Grupos 1—2—3 de la XHUP y disponen de las llamadas supraespecialidades y de las nuevas tecnologías diagnosticoterapéuticas. Totalizan 10 hospitales, 6 ubicados en la RSBC, 1 en la RSBNM y los otros 3 en la RSCP. De los 10 hospitales 6 pertenecen al ICS [CSUVH, CSUB, ICO y HUGTiP] y los otros 4 [HC, HSJD, HSCSP y FP] son concertados por el SCS que está en negociaciones para entrar a formar parte del patronato del Clínic y del patronato del HSCSP.

No obstante, a partir del análisis, de las encuestas y de las entrevistas realizadas a lo largo del estudio del SI—SSPC podemos concluir que:

Existe un corporativismo médico muy fuerte en éstos hospitales, dificultando la gestión administrativa del propio hospital y la gestión económico financiera de la investigación científica.

Existe una investigación científica y determinados ensayos clínicos que no salen a la luz en la gestión de las fundaciones o del propio hospital —llamada investigación sumergida o investigación negra¹—, que son gestionadas por los propios médicos en convenios con laboratorios e industrias del sector, además de consumir horas de trabajo, equipamientos y fungibles del hospital como si fueran para bajas de pacientes los beneficios económicos y científicos que pudieran existir no son compartidos con la comunidad científica del centro hospitalario, pues muchas veces son de interés de la industria y laboratorios patrocinadores de esa investigación sumergida.

Estos casos de investigación sumergida son gestionados por la «mafia médica²» que existe en estos grandes centros hospitalarios de alta tecnología perjudicando de sobremanera los intereses colectivos y la imagen de los hospitales del Grupo 4 y de

1 Estas expresiones —investigación sumergida y investigación negra— fueron aportadas al trabajo por cuatro personas entrevistadas en los hospitales de Grupo 4.

2 También esta expresión —mafia médica— fue aportada por cuatro de las personas entrevistadas en los hospitales del Grupo 4.

la propia sociedad civil que en última instancia y a través de los impuestos proporciona los presupuestos económicos de estos centros sanitarios.

No existe en los hospitales una unidad central de gestión de la innovación y de las nuevas tecnologías, tampoco existe un cargo técnico responsable de estas gestiones, por ejemplo, un Ingeniero Especialista en Organización de Empresas. Todas las demandas de inversiones en nuevas tecnologías parten de los jefes de equipos y no existe una coordinación general por no existir esa estructura. Esa coordinación general es hecha por los responsables del hospital de cerrar el presupuesto anual y dependiendo de los recursos económicos negociados con el SCS y con el ICS y destinados a inversiones se atiende o no la demanda de los jefes de equipos.

Queda evidente la importancia del cargo «jefe de equipo» que es el motor de la I+D en los hospitales de alta tecnología y el éxito o suceso en la investigación y demás actividades científicas y docentes en las diferentes áreas de investigación y docencia de los hospitales de alta tecnología depende directamente de ese profesional.

8.2. RESUMEN DE LAS CONCLUSIONES

HISTORIA HOSPITALARIA CATALANA

Puntos fuertes

- Organización de la sociedad civil catalana.
- Sólida red de hospitales comarcales.
- Organizaciones con más de 600 años.

Puntos débiles

- Falta de inversiones por parte del Estado en Catalunya.

LOSC

Puntos fuertes

- Asume el mandato de la LGS.
- Mapa sanitario de Catalunya, 1981.
- Orden de acreditación, 1981.
- Creación del ICS, 1983.
- Creación de la XHUP, 1985.
- Aprobación de la LOSC, 1990.
- Creación del SCS.
- Separación de funciones de planificación—compra y provisión de servicios sanitarios.
- Reforma de la LOSC, 1995.

Puntos débiles

- Camas de la SS representaban un 30% de toda la oferta.
- Catalunya 0,77 camas por 1000 habitantes, resto del Estado 1,91 camas por 1000 habitantes.
- La ley está desfasada en relación con la realidad del sector.
- El SCS es a la vez planificador—comprador y proveedor de servicios sanitarios.

ENTORNO ECONÓMICO

Puntos fuertes

- Catalunya recibirá el 5,71% a más sobre el modelo anterior en el periodo 1998—2001.

Puntos débiles

- El sector sanitario está altamente politizado y sirve de moneda de cambio en los pactos parlamentarios de los distintos gobiernos.

PLA DE SALUT

Puntos fuertes

- Instrumento indicativo y marco de referencia para todas las actuaciones públicas en el ámbito de la salud.
- Incorpora los objetivos de salud para todo el mundo para el año 2000 de la OMS.
- Plantea 263 objetivos de salud para Catalunya en el año 2000.
- Elaborado con la participación de equipos multidisciplinarios.
- Los trabajos se inician a partir de las regiones sanitarias y de los sectores sanitarios.

Puntos débiles

- Falta de criterios en la elección de los objetivos de salud.
- Período trienal de vigencia del plan.
- No plantea el coste económico para la consecución de los objetivos de salud.
- No elaboró el calendario de las herramientas de evaluación de los objetivos de salud y tampoco el coste económico de esas acciones.
- No involucra los actores del SI en la investigación científica para la consecución de los objetivos de salud.

SCS

Puntos fuertes

- Ente institucional que garantiza la prestación de los servicios sanitarios públicos a todos los ciudadanos.
- Planificador—evaluador—comprador de los servicios sanitarios del SSPC.
- Estructura descentralizada a través de las regiones sanitarias.
- Creación de las empresas públicas que pasan del régimen estatutario al régimen laboral.
- Creación de la Central de Balances.

Puntos débiles

- Proveedor de servicios sanitarios al SSPC.
- No fomenta la red cooperativa dentro del SI—SSPC.
- No ha concluido la reforma de la atención primaria.
- No—creación de una Central de Resultados.
- Los informes de la Central de Balances no son públicos.
- No existe una red de información homogénea entre los centros sanitarios públicos y concertados.
- No ha concluido la implantación de la tarjeta individual sanitaria.

ICS

Puntos fuertes

- Mayor proveedor de servicios sanitarios del SSPC.
- Gestiona centros de la Seguridad Social y de la Generalitat de Catalunya.
- Cuenta con 11 hospitales, 300 centros de atención primaria y 150 servicios de atención primaria.

Puntos débiles

- No termina de pasar por el proceso global de transformación a proveedor del sistema.
- Competencia en la provisión de servicios sanitarios con el SCS.
- No fomenta la cooperación entre sus hospitales de alta tecnología.
- No existe una red de información homogénea entre sus hospitales de alta tecnología.

EMPRESAS PÚBLICAS

Puntos fuertes

- Empresas públicas proveedoras de servicios sanitarios que pasan del régimen estatutario al régimen laboral.
- Algunas empresas públicas tienen como misión ser referencia para toda Catalunya.

Puntos débiles

- Las empresas públicas son empresas del SCS y proveedoras de servicios sanitarios al SSPC.
- No fomentan la red cooperativa dentro del SI—SSPC.
- No se relacionan con todos los actores del SI—SSPC.
- Algunas empresas públicas no tienen una misión definida dentro del SI—SSPC.
- No cumplen con la misión de ser referencia para toda Catalunya.
- No existe de manera formal gestión de la innovación y de las nuevas tecnologías.

8.3. RECOMENDACIONES

Se presentan a continuación algunas recomendaciones sobre las políticas de fomento, que podría adoptar la Administración Pública—más particularmente el DSSS o el SCS— para lograr mejores resultados en la innovación tecnológica del SI—SSPC.

Se indica el objetivo, sin entrar detalladamente en su aplicación que en cada caso y para cada actor debe adaptarse a sus peculiaridades. En términos generales, se considera que todos los actores han de buscar el equilibrio entre los diferentes entornos, cada uno adoptando el patrón más adecuado a sus necesidades.

(a) Medidas para fortalecer y orientar el entorno científico.

- Orientación de las actividades: Se trata de fomentar las actividades orientadas a satisfacer demandas concretas del entorno social y económico en contraposición a las actividades de interés personal de los investigadores.
- Equipos multidisciplinares: Participación en las actividades de investigación de equipos multidisciplinares y elementos de distintos entornos, que aporten soluciones conjuntas para dar solución a problemas sociales y económicos.

(b) Medidas para fortalecer el entorno tecnológico.

- Desarrollo de unidades de dinamización del entorno tecnológico: En los actores donde el entorno tecnológico es apreciable, convendría dinamizar sus elementos para que contribuyan a responder a las necesidades de tecnología del entorno productivo y que aprovechen los recursos del entorno científico próximo, en buena medida la Fundaciones creadas por los hospitales de alta tecnología para gestionar la I+D tienen este objetivo.

(c) Medidas para dinamizar y mejorar la capacidad de adopción del entorno productivo

- La globalización de la economía y la rápida introducción de las nuevas tecnologías de la información y las comunicaciones en los procesos productivos y de servicios exige una adaptación periódica de los conocimientos del personal médico y técnico del SI—SSPC a las nuevas tecnologías. Sin embargo, los cursos que imparten los

propios actores no parecen responder adecuadamente a las necesidades de los profesionales. En buena medida este objetivo esta propuesto en el documento «Catalunya en Xarxa» ya comentado anteriormente.

(d) Medidas para desarrollar el entorno financiero.

- Implantación de unidades de evaluación técnico—financiera de los contratos de prestación de servicios que tiene firmados los proveedores de servicios sanitarios con el SCS. La escasa capacidad evaluadora que tiene el SCS y las Regiones sanitarias para evaluar la calidad y eficiencia de los contratos firmados con los proveedores de servicios sanitarios se considera un freno para el desarrollo de la transparencia, eficiencia, eficacia y calidad de esos servicios, por ello, la creación de unidades de ese tipo y la incorporación a las mismas de técnicos con formación tecnológica avanzada y con capacidad para establecer acuerdos de asesoría tecnológica con otros agentes del sistema, podría contribuir a reducir esta incertidumbre.

8.4. LÍMITES

Somos conscientes de los límites de nuestro estudio. Límites que afectan a dos ámbitos bien diferenciados. Por un lado, aquellos que de no haber habrían dado un mayor apoyo a las conclusiones explícitas y de otro, aquellos que tendrán que desaparecer para continuar con nuevas investigaciones.

En el primer grupo podemos incluir aquellas limitaciones que hacen referencia a la disponibilidad limitada de información. En primer lugar, *el período de tiempo estudiado*. La dificultad para conseguir la información o en algunos casos la inexistencia de información no ha permitido la incorporación de datos relativos a los años anteriores al período considerado.

Por otro lado, en el momento de la recogida de los datos no estaba disponible aún la información referente al año de 1998. Pero es evidente que una serie temporal más larga que la de los dos años estudiados, hubiera dado un mayor apoyo a las conclusiones obtenidas.

En segundo lugar, *la identificación del Sistema de Innovación*. La realidad es que el SI—SSPC no tiene un reconocimiento como entidad diferenciada en las estadísticas y estudios oficiales. Las actividades del SI son clasificadas de manera dispersa y los propios límites de aquellas resultan ambiguos.

Por tanto, la determinación de los diferentes ámbitos del actor y de las variables estudiadas han sido hechas a partir de fuentes de información secundaria y de nuestro propio criterio a la espera de una contrastación tanto con la propia realidad innovadora de los actores como con el futuro de la investigación.

Otra limitación importante es la referente al hecho de no haber en este estudio ninguna plantilla de costes o ninguna comparación económica y financiera más profunda entre los diferentes actores y su producción científica—innovadora.

8.5. FUTURAS INVESTIGACIONES

El presente trabajo pretende ser una primera aproximación al estudio del Sistema de Innovación en el Sector Sanitario Público Catalán subrayando algunos de sus elementos que desde nuestro punto de vista son más significativos. El trabajo deja abierta más cuestiones de las que intenta responder, pues todavía son escasos los estudios en los que se analizan las interacciones que tienen lugar en los procesos de innovación tecnológica en el SI—SSPC. Aspectos como el establecimiento y el análisis de indicadores de interacción o la evaluación de acuerdos de cooperación, por citar solo algunos. Las futuras investigaciones que quedan abiertas tienen que estar relacionadas con la previsible evolución de esta forma organizativa. Esta evolución viene determinada por una serie de interrogantes que el SI—SSPC tiene planteados. Pensamos que esos interrogantes pueden resumirse en los siguientes:

- En primer lugar, el origen del SI—SSPC.
- En segundo lugar, el conflicto de intereses entre los diferentes actores que participan del SI—SSPC.
- En tercer lugar, la dirección o monitorización del SI—SSPC.
- En cuarto y último lugar, la inserción de las actividades del SI—SSPC en la comunidad catalana.

Dentro del ámbito estricto del desarrollo del SI—SSPC una primera cuestión de interés hace referencia a su origen y por tanto a su capacidad de reproducción y desarrollo. Esta cuestión que ha sido vista en el presente trabajo resulta de difícil solución. La mera existencia de determinados factores como son la tradición hospitalaria catalana, la existencia de instituciones seculares, los conocimientos acumulados o el creciente índice de financiación del sistema no sirve de explicación satisfactoria del origen del SI—SSPC.

Más bien se tiene que hablar de una serie de condiciones mínimas pero no suficientes a partir de las cuales los actores han aprovechado nuevas oportunidades

que han aparecido en el sector, dentro de un contexto social y cultural determinado. En este sentido se tendría que hablar de la ausencia de factores inhibidores y no tanto de la existencia de factores determinantes de su origen. Con todo, dado su carácter idiosincrásico resulta compleja su reproducción a partir de la creación planificada de ciertas condiciones. Desde esta perspectiva las acciones posibles por parte de las instituciones competentes —importadoras y exportadoras del SI—SSPC— tendrían que tratar de eliminar los factores inhibidores o en todo caso, de coordinar y potenciar los procesos una vez iniciados hacia sistemas innovadores más que tratar de reproducir más o menos artificialmente los sistemas en nuevas localizaciones.

Un segundo problema hace referencia a la divergencia de los intereses entre los actores participantes del sistema. El funcionamiento óptimo del sistema requiere unos comportamientos determinados por parte de los actores miembros. Lo que no queda tan claro es la identificación de los intereses específicos de un actor y los del sistema. Lo que puede darse es que determinados esfuerzos individuales —publicidad, investigaciones, etc.— pueden ser apropiados parcial o totalmente por los otros actores del sistema. Determinados actores pueden ver una relación asimétrica con el sistema y optar por una protección de sus recursos específicos, cuestionando el funcionamiento básico del sistema. Así se pueden detectar posibles conflictos entre intereses y estrategias individuales y las del conjunto del sistema. La resolución de estos conflictos puede marcar el futuro del propio sistema. Si no se produce una relación correcta puede producirse una tendencia hacia el desequilibrio geográfico y total del sistema.

Otro problema que presenta el SI—SSPC es su dirección o monitorización. Hemos descrito el desarrollo de estos sistemas y su caracterización se ha mostrado eficiente en la mejora incremental y continua de los procesos, productos y servicios y para el aprovechamiento de determinadas oportunidades. Pero tenemos que preguntarnos si su reversa no será su dificultad para aprovechar aquellas oportunidades que signifiquen cambios estructurales del propio sistema. El propio funcionamiento del sistema limita la visión a largo plazo. No queda clara la capacidad del sistema para adaptarse a nuevas situaciones como son las nuevas formas de gestión compartida de la innovación, nuevas tecnologías, nuevas formas organizativas y de cooperación, red integral y compartida de información o cambios drásticos en la financiación del sistema y en las demandas de los usuarios que pueden exigir cambios organizativos y productivos profundos —envejecimiento de la población, nuevas enfermedades, disminución de la natalidad, etc—.

Los problemas enumerados anteriormente describen un futuro complejo para el SI—SSPC. Su resolución, desde nuestro punto de vista, puede seguir dos vías alternativas. Una sería la tendencia a la modificación y adecuación de la LOSC a la realidad del sector y la segunda pasaría por un replanteamiento del papel a jugar en el sistema por los diferentes actores.

El proceso de modificación y adecuación de la LOSC a la realidad del sector tiene un coste político elevado. Este proceso necesitaría de un acuerdo parlamentario amplio de todas las formaciones políticas con representación en el Parlament de Catalunya. Este proceso también podría crear fracturas internas dentro del sistema en relación con los actores ante la nueva estructura creada y su nueva manera de organización.

La segunda alternativa significaría un cambio o intensificación del papel de determinadas instituciones. Las instituciones públicas y concertadas que vienen jugando un papel de coordinación e incentivación de determinados esfuerzos tendrían que asumir unas mayores competencias. Se trataría de crear la red cooperativa, la gestión de la innovación y de las nuevas tecnologías para todo el sistema, la red de información estándar, homogénea y compartida y la flexibilidad de los actores hacia este nuevo modelo participativo. En definitiva se trataría de crear una agencia o centro estratégico con cierto grado de poder sobre los actores.

Las líneas futuras de investigación están implícitas en los apartados anteriores. Lo que ha quedado claro a lo largo del presente trabajo es el papel que puede desarrollar el SI—SSPC en la creación y configuración de nuevas estructuras y nuevas relaciones entre sus actores. Pero la idea a desarrollar ahora sería la de ver si el entramado de relaciones existentes y que constituyen el SI—SSPC se puede considerar como un paso intermedio a partir del cual los actores asumen un nivel de madurez y conciencia de que los factores de éxito del SI son imprescindibles para la evolución del sistema o si por el contrario tuviese que profundizarse en los factores de éxito potenciando aún más su comprensión por parte de los actores del sistema.

Los aspectos tratados en este trabajo pueden constituir un punto de partida para intentar resolver la cuestión planteada. De esta manera las líneas futuras de investigación podrían plantearse en los siguientes términos:

- Aproximación a las causas explicativas de las diferencias de resultados entre los miembros del SI—SSPC de la misma actividad productiva.

En el presente trabajo se ha considerado que los actores que pertenecen al SI—SSPC tienen un cierto grado de homogeneidad. Este hecho no impide la

existencia de diferencias entre los resultados de los actores. Tendrían que analizarse estas diferencias a partir de la estrategia de diferenciación de los actores respecto al resto de los miembros del SI—SSPC. El objetivo sería estudiar si el desarrollo a largo plazo del sistema compensa los beneficios a corto de determinadas estrategias individuales.

- Construir un marco explicativo del comportamiento de los actores de forma que pueda hacerse una evaluación de cada caso concreto.

En el presente trabajo se ha evidenciado como el desarrollo de los diversos actores en sus actividades productivas es imprescindible para el funcionamiento del sistema, pero también que cada caso concreto puede presentar un modelo diferenciado. Tendría que trabajarse en la formulación de estrategias de desarrollo del SI—SSPC para permitir su especialización y mejoría de su eficacia y eficiencia. Un tema interesante dentro de este apartado sería analizar los posibles acuerdos de cooperación entre los actores del sistema.

- Construir un marco explicativo del funcionamiento del SI—SSPC incorporando los elementos presentes en este trabajo de manera que se pueda evaluar cada caso concreto.

En el presente trabajo se ha vinculado un elemento estructural del SI—SSPC como es la producción de información por parte de sus actores. Ahora bien, la propia caracterización de los casos descritos ha permitido identificar una serie adicional de elementos: el grado de concentración geográfica, el papel jugado por los subsidios en el sistema, el corporativismo de algunas clases profesionales y, por último, las propias relaciones formales e informales entre los profesionales e instituciones del SI—SSPC. Un estudio sistemático de estos elementos puede permitir la construcción de un marco teórico explicativo del éxito o fracaso de cada caso concreto.

En definitiva consideramos que el presente trabajo supone empezar un camino para el estudio de la forma organizativa del SI en el SSPC, arrojando luz sobre algunos factores explicativos de su constitución y evolución hasta la actualidad. También, queda claro la necesidad de profundizar en el camino iniciado para obtener conclusiones que den solución a las numerosas cuestiones aún no resueltas y que el propio trabajo nos ha aportado.

BIBLIOGRAFÍA SELECCIONADA

ABEL, B.S. [1989]. The rise and decline of early HMOs: some international experiences. *Milbank Memorial Found Quarterly*, núm. 66, pp. 694—719.

ABEL, B.S. [1992]. Cost containment and new priorities in the European Community. *Milbank Memorial Found Quarterly*, núm. 70, pp. 393—416.

ADLER, N.E. et al. [1993]. Socioeconomic inequalities in health. No easy solution. *Journal of the American Medical Association*, núm. 269, pp. 3140—3145.

ANDERSEN, E.S. & LUNDVALL, B.A. [1988]. Small national systems of innovation facing technological revolutions. An interpretative framework?. In: Freeman, C. & Lundvall, B.A. Small countries facing the technological revolution. London and New York. *Pinter Publishers*.

ANGELL, M. [1993]. Privilege and health. What is the connection? *New England Journal of Medicine*, núm. 329, pp. 126—127.

ANUARI 1996, INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT [1997]. Barcelona. Generalitat de Catalunya. *Institut Català de la Salut*, pp. 10—22.

ARROJO, E. [1991]. Informe para la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud. Anexo III al Informe.

ARTHUR ANDERSEN [1996]. Los nuevos retos del sector público ante la Unión Monetaria Europea. Los problemas de la sanidad. *Cinco Dias*, núm. 8, pp. 199—240.

ASPECTOS DE POLÍTICA SANITARIA [1997]. The IPTS REPORT. Sevilla. *Instituto de Prospectiva Tecnológica*. Versión Española, núm. 17, pp. 7—39.

BARCELÓ, M.R. [1993]. Innovació tecnològica i indústria a Catalunya. Barcelona. *Hogar del Libro S.A.* Institut Català de Tecnologia, pp. 19—73.

BELL, G. & CALLON, M. [1994]. Réseaux technico—économiques et politiques scientifique et technologique. *STI Revue*, núm. 14. Paris. OCDE, pp. 67—126.

BECATTINI, G. [1992]. El distrito industrial marshalliano como concepto socioeconómico. En F. PYKE; G. BECATTINI y W. SENGENBERGER [Eds]. *Los distritos industriales y las pequeñas empresas*. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Colección Economía y Sociología. Vol. I, pp. 61—79.

BOGLIND, A. [1989]. Strukturalism och funktionalism. In: Mason, P. [Ed.] [1989]. *Moderna samhällsteorier: Traditioner, riktningar, teoretiker*. Stockholm. *Bokförlaget Prisma*.

BRUSCO, S. [1993]. Pequeñas empresas y prestación de servicios reales. En F. PYKE y W. SENGENBERGER [Eds]. *Los distritos industriales y las pequeñas empresas*. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Colección Economía y Sociología. Vol. III, pp. 235—258.

CALLON, M. [1990]. Réseaux technico—économiques et irréversibilité. En: Boyer, R. *Figures de l'irréversibilité en économie*. Paris. *Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales*.

CALLON, M. et al. [1992]. The management and evaluation of technological programs and the dynamics of techno—economic networks: The case of the AFME. *Research Policy*, núm. 21, pp. 215—236.

CASTELLS, M. [1989]. Nuevas tecnologías y desarrollo regional. *ES*, núm. 2, pp. 11—21.

CATALUNYA UN MODEL HOSPITALARI [1993]. Barcelona. *Departament de Sanitat i Seguretat Social*. Barcelona. Generalitat de Catalunya, pp. 3—15.

CATALUÑA, UN MODELO PARA LA SANIDAD PUBLICA [1997]. Barcelona. *Servei Català de la Salut*. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social, pp. 3—23.

CLAVERA, J.M. & MATAS, A.P. [1993]. Estudi del valor afegit del sector de la sanitat i la seva relació amb altres branques d'activitat a Catalunya. *Col.lecció Els Llibres dels Fulls Econòmics 05*. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Barcelona, pp. 7—83.

COCHRANE, A.L. et al. [1978]. Health service input and mortality output in developed countries. *Journal Epidemiology Commission Health*, núm. 32, pp. 200—205.

COMISIÓN DE ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD [1991]. Informe y Recomendaciones. Madrid. *Edita Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema de Salud*, pp. 5—64.

COMISIÓN DE ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD [1991]. Sucinta descripción del Sistema y evaluación

del mismo. Apéndice al Informe de la Comisión. Madrid. *Edita Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema de Salud*, pp. 5—38.

CUERVO, J.L. et al. [1994]. Gestión de hospitales. Nuevos instrumentos y tendencias. Barcelona. *Ediciones Vicens Vives S.A.*

D'IRIBARNE, A. [1990]. La gestion de l'organisation et des ressources humaines comme facteur strategique de la production et de la diffusion de l'innovation. *Revue d'Economie Industrielle*, núm. 51, pp. 166—183.

DEVER, G.E.A. [1976]. An epidemiological model for health analysis. *Social Industry Research*, núm. 2, p. 465.

DIARI OFICIAL DE LA GENERALITAT DE CATALUNYA [1980]. Decreto de 25 de febrer de 1980, de creació de l'Institut d'Estudis de la Salut. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, núm. 48 del 05/03/1980, pp. 766—767.

DIARI OFICIAL DE LA GENERALITAT DE CATALUNYA [1991]. Decreto 324/1990. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, núm. 1393 del 14/01/1991, pp. 111—112.

DIARI OFICIAL DE LA GENERALITAT DE CATALUNYA [1994]. Decreto 13/1994. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, núm. 1852 del 28/01/1994, p. 553.

DIEZ, J.M. [1992]. Métodos de análisis causal. *Centro de Investigaciones Sociológicas*. Cuadernos Metodológicos, núm. 3, pp. 6—33.

DOSI, G. [1988]. Sources, procedures, and microeconomic effects of innovation. *Journal of Economic Literature*, núm. 26. September, pp. 1120—1171.

DOSI, G. et al. [Eds] [1988]. Technical Change and Economic Theory. London. *Frances Pinter*.

EDDY, M. & BILLING, J. [1988]. The quality of medical evidence: implications for quality of care. *Health Affairs*, núm. I, pp. 19—32.

EDQUIST, C. & LUNDVALL, B.A. [1992]. Comparing the Danish and Swedish Systems of Innovation. In: NELSON, R.R. [Ed.] [1993]. National systems of innovation. A comparative analysis. New York. *Published by Oxford University Press, Inc.*, pp. 265—298.

EDQUIST, C. [1985]. Capitalism, Socialism and Technology: A Comparative Study of Cuba and Jamaica. London. *Zed Books*, p. 11.

EL ESTADO DEL BIENESTAR [1996]. ESADE. *Col.lecció Textos i Documents 14*. Barcelona. Generalitat de Catalunya. Departament de la Presidència.

EL REpte ACTUAL DE LA XARXA HOSPITALÀRIA D'UTILITZACIÓ PÚBLICA: LA QUALITAT ES COSA DE TOTS [1994]. Barcelona. *Col.lecció*

Monografies dels Fulls Econòmics 05. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social, pp. 15—109.

EL SECTOR DE LA SANITAT COM A SECTOR DE SERVEIS [1992]. Barcelona. *Col.lecció Monografies dels Fulls Econòmics 03*. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social, pp. 11—105.

EL SECTOR ECONÒMIC DE LA SANITAT I MAASTRICH [1993]. Barcelona. *Col.lecció Monografies dels Fulls Econòmics 04*. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social, pp. 17—82.

ELOLA, F.J.S. [1991]. Crisis y reforma de la asistencia sanitaria pública en España. Madrid. *Fondo de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social*, pp. 39—51:124—137.

ELOLA, F.J.S. [1994]. Sistema Nacional de Salud: evaluación de su eficacia y alternativas de reforma. Barcelona. *SG Editores S.A.*, pp. 39—51:124—137.

ENCUESTA DE SALUD DE CATALUNYA 1994 [1996]. Servei Català de la Salut. Barcelona. Generalitat de Catalunya. *Departament de Sanitat i Seguretat Social*, pp. 2—145.

ENQUESTA DE SALUT DE CATALUNYA [1998]. Els catalans parlen de la seva salut. Conèixer 1. Barcelona. *Servei Català de la Salut*. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya, pp. 5—52.

ENQUESTA DE SALUT DE CATALUNYA 1994 [1996]. Pla de salut, ESCA 1994. Barcelona. *Servei Català de la Salut*. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya, pp. 1—195.

ERGAS, H. [1984]. Why do some countries innovate more than others? Bruselas. *Center for European Policy Studies*. Paper, núm. 5.

ERGAS, H. [1986]. Does technology policy matter? Bruselas. *Center for European Policy Studies*. Paper, núm. 29.

ERNST & YOUNG [1996]. Innovación en la gestión Empresarial. Tendencias estratégicas y herramientas de gestión sanitaria. *Cuadernos de Cinco Dias*, núm. 8, pp. 183—208.

ESCORSA, P. & MARTINEZ DEL REY, V. [1994]. La detección del avance de la tecnología mediante mapas. *Boletín de Estudios Económicos*. Vol. XLIX, núm. 152. Bilbao. Universidad Comercial de Deusto, pp. 257—265.

ESCORSA, P. & SOLÉ, F. [1988]. La innovació tecnològica a Catalunya. Fundació Jaume Bofill. Barcelona. *Edicions La Magrana*, pp. 18—39.

ESCORSA, P. & VALLS, J. [1996]. Tecnologia i innovació a l'empresa. Direcció i gestió. Barcelona. *Edicions UPC*, pp. 15—42.

ESCORSA, P. & VALLS, J. [1997]. Tecnología e innovación en la empresa. Dirección y gestión. Barcelona. *Edicions UPC*, pp. 15—43.

ESCORSA, P. & VALLS, J.P. [1992]. La recerca i la tecnologia. Barcelona. Generalitat de Catalunya. *Departament d'Indústria i Energia*, pp. 10—54.

ESCORSA, P. [1996a]. Aprendizaje organizativo y tecnológico: Tres casos de empresas españolas. *Coloquio Internacional de Aprendizaje Tecnológico, Innovación y Política Industrial*. México D.F. Universidad Autónoma Metropolitana, pp. 2—15.

ESCORSA, P. [1996b]. Grupos estratégicos —clusters— y sistemas nacionales de innovación. La Habana. *IBERGECYT 96*, pp. 2—18.

FARMER, M.K. & MATTHEWS, M.L. [1991]. Cultural Difference and Subjective Rationality: Where Sociology Connects with the Economics of Technological Choice. In: HODGSON, G.M. & SCREPANTI, E. (Eds.). *Rethinking economics. Markets, technology and economic evolution*. Gower House. Croft Road. Aldershot. Hants. *Published by Edward Elgar Publishing Limited*, pp. 103—116.

FEINSTEIN, J.S. [1993]. The relationship between socioeconomic status and health: a review of the literature. *Milbank Memorial Found Quarterly*, núm. 71, pp. 279—322.

FERNÁNDEZ, I.L. & CONESA, F.C. [1996]. Estructuras de interfaz en el sistema español de innovación. Su papel en la difusión de tecnología. Comunidades Europeas CCE. Comisión Interministerial de Ciencia y Tecnología CICYT. Valencia. *CTT. Universidad Politécnica de Valencia*, pp. 27—182.

FERNÁNDEZ, J.M.D. [1996]. Nuevas tendencias en los sistemas de salud europeos. Bilbao. *Boletín de Estudios Económicos*. Vol. LI, núm. 159, pp. 423—434.

FRANKS, P. et al. [1993]. Health insurance and mortality. Evidence from a national cohort. *Journal of the American Medical Association*, núm. 270, pp. 737—741.

FREEMAN, C. & LUNDVALL, B.A. [Eds.][1988]. *Small Countries Facing the Technological Revolution*. London. *Frances Pinter*, pp. 3—15.

FREEMAN, C. & PEREZ, C. [1988]. Structural crises of adjustment: business cycles and investment behaviour. In: DOSI, G. et al. [1988] *Technical change and economic theory*. London. *Frances Pinter*, pp. 38—66.

FREEMAN, C. [1987]. *Technology Policy and Economic Performance: Lessons from Japan*. London. *Frances Pinter*, p.1.

FREEMAN, C. [1988]. Japan: a new national system of innovation? In: DOSI, G. et al. [1988]. *Technical change and economic theory*. London. *Frances Pinter*, pp. 330—348.

FUCHS, V.R. [1984]. The rationing of health care. *New England Journal of Medicine*, núm. 311, pp. 1572—1573.

GARCÍA, M.F. [1997]. Socioestadística. Introducción a la estadística en sociología. 2ª edición ampliada. Madrid. Alianza Editorial, pp. 23—42:45—62:85—420.

GIDDENS, A. [1984]. *The Constitution of Society: Outline of the Theory of Structuration*. Cambridge. *Polity Press*.

GINESTAL, J. [1993]. Los incentivos en sanidad: algunas reflexiones para el caso español. *Hacienda Pública Española. Monografías I*, pp. 101—107.

GOMEZ, L.M. [1996]. Management como campo de investigación. *Seminario sobre Avances de la investigación en Dirección de Empresas*. Ponencia—Marco. Madrid. Universidad Carlos III, p. 1.

GOULD, S.J. [1987]. The panda's thumb of technology. *Natural History*, núm. 1, pp. 14—23.

GUILLEN, M.F. [1992]. Análisis de regresión múltiple. *Centro de Investigaciones Sociológicas*. Cuadernos Metodológicos, núm. 4, pp. 7—88.

HODGSON, G.M. & SCREPANTI, E. [Eds.] [1991]. *Rethinking Economics. Markets, Technology and Economic Evolution*. Gower House. Croft Road. Aldershot. Hants. *Published by Edward Elgar Publishing Limited*, pp. 103—137.

HODGSON, G.M. [1988]. Economics and Institutions: A Manifesto for a Modern Institutional Economics. Philadelphia. *University of Pennsylvania Press*, pp. 119—126.

HUSENMAN, S. & SULLA, E. [1995]. Relaciones organizativas en el Servei Català de la Salut. *Col.lecció Informes dels Fulls Econòmics 07*. Barcelona. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social, pp. 3—25.

IBERN, P. [1992]. La compra colectiva de servicios en los sistemas nacionales de salud. *XI Jornadas de Economía de la Salud. Libro de Ponencias*. Valencia. Generalitat Valenciana, pp. 77—86.

IVEY, J.B. [1994]. Reforma de l'atenció sanitària als Estats Units: Llei d'assistència mèdica del president Clinton. *Fulls Econòmics del Sistema Sanitari*. Barcelona. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Servei Català de la Salut, núm. 21. Gener—Març, pp. 8—12.

KAMIEN, M.I. & SCHWARTZ, N.L. [1982]. Estructura de mercado e innovación. Madrid. *Alianza Editorial*.

KAPLAN, G.A. & SALONEN, J.T. [1992]. Condiciones socioeconómicas durante la infancia y prevención de cardiopatía isquémica durante las edades medias de la vida. *British Medical Journal*. Versión Española, núm. 7, pp. 16—21.

KATZENSTEIN, P.T. [1985]. *Small States in World Markets: Industrial Policy in Europe*. Ithaca. N.Y. *Cornell University Press*.

KLINE, S.J. & ROSENBERG, N. [1986]. An overview of innovation. In: LANDAU & ROSENBERG [Eds.]. *The positive sum strategy*. Washington. *National Academy Press*.

KLINE, S.J. [1985]. Innovation is not a linear process. *Research Management*. July—August.

KNUST, A.E. et al. [1988]. Medical care and regional mortality differences within countries of the European community. *European Journal of Public Health*, núm. 4, pp. 233—245.

LA ECONOMIA CATALANA ANTE EL CAMBIO DE SIGLO [1994]. Barcelona. Banco Bilbao Vizcaya. Generalitat de Catalunya. *Departament d'Economia i Finances*, pp. 311—340.

LA REFORMA DEL L'ATENCIÓ PRIMÀRIA DE SALUT A CATALUNYA. RECULL NORMATIU. [1992]. Barcelona. *Servei Català de la Salut*. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social, pp. 3—428.

LA SANITAT A CATALUNYA. [1995]. Barcelona. Generalitat de Catalunya. *Departament de Sanitat i Seguretat Social*, pp. 3—17.

LA TRANSICIÓ DELS SERVEIS SANITARIS PÚBLICS UNIVERSALS ALS SISTEMES NACIONALS D'ASSEGURANÇA [1993]. Barcelona. *Col.lecció Informes de Fulls Econòmics 05*. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social, pp. 2—23.

LA XARXA HOSPITALÀRIA D'UTILITZACIÓ PÚBLICA DE CATALUNYA. HISTÒRIA D'UNA DIVERSITAT [1994]. Barcelona. Generalitat de Catalunya. *Departament de Sanitat i Seguretat Social*, pp. 23—29:36—187.

LA XARXA HOSPITALÀRIA D'UTILITZACIÓ PÚBLICA EN EL MARC DEL SERVEI CATALÀ DE LA SALUT: FINANÇAMENT I GESTIÓ. [1991]. Barcelona. *Col.lecció Monografies dels Fulls Econòmics 02*. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social, pp. 5—34.

LALONDE, M. [1975]. A new perspective on the health of Canadians: a working document. Ottawa. *Information Canada*.

LEY GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL [1974]. Texto Refundido. Decreto 2065/1974, de 30 de mayo. Estudio crítico por PEREDA, A. & DESDENTADO, A. Madrid. *Ministerio de Trabajo*.

LEY GENERAL DE SANIDAD [1987]. Ley 14/1986, de 25 de abril y Ley Orgánica de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública. Ley 3/1986, de 14 de abril. Madrid. Edición Anotada. *Ministerio de Sanidad y Consumo*.

LÓPEZ, G.C. [1991]. El informe abril de reforma de la asistencia sanitaria. *Papeles de Economía Española*, pp. 99—105.

LÓPEZ, G.C. & PUIG, J.J. [1993]. La «Health Security Act» del Presidente Clinton. Comentarios a la Reforma Sanitaria de los EEUU. *Cuadernos de Información Económica*. Madrid. Fundación Fondo para la Investigación Económica y Social, núms. 80—81, Noviembre—Diciembre, pp. 277—294.

LUNDEVALL, B.A. [1988]. Innovation as an interactive process: from user—producer interaction to the national system of innovation. In: DOSI, G. et al [1988]. *Technical Change and Economic Theory*. London. *Pinter Publisher*, pp. 349—369.

LUNDEVALL, B.A. [Ed.] [1992]. *National Systems of Innovation. Towards a Theory of Innovation and Interactive Learning*. London. *Pinter Publisher*, pp. 1—19.

LLEI D'ORDENACIÓ SANITÀRIA DE CATALUNYA [1992]. Reimpresió de la 1ª edició, 1990. Barcelona. Generalitat de Catalunya. *Departament de Sanitat i Seguretat Social*, pp. 25—77.

MARCH, I.C. [1994]. Tesis Doctoral. Aproximación Comparativa al Fenómeno Tecnopole: Una Visión Actual. Universitat de València. Facultat de Ciències Econòmiques i Empresariales, pp. 19—31.

McGUIRE, A. et al. [1992]. What is appropriate size for a nation's health care sector? En: *Economía y salud del sistema sanitario español*. Santander. Universidad Internacional Menéndez Pelayo.

McKELVEY, M. [1991]. How do national systems of innovation differ? A critical analysis of Porter, Freeman, Lundvall and Nelson. In: HODGSON, G.M. & SCREPANTI, E. [Eds.]. *Rethinking economics. Markets, technology and economic evolution*. Gower House. Croft Road. Aldershot. Hants. *Published by Edward Elgar Publishing Limited*, pp. 117—137.

McKENBACH, J.P. [1991]. Health care expenditure on mortality from amenable conditions in the European community. *Journal Health Politics Policy and Law*, núm. 19, pp. 245—256.

McKINLAY, J.A. et al. [1989]. A review of the evidence concerning the impact of medical measures on recent mortality and morbidity in the United States. *International Journal Health Service*, núm.19, pp. 181—208.

McKINSEY & COMPANY, [1992]. El Servicio Catalán de la Salud y la nueva organización de la asistencia sanitaria pública en Catalunya. *Col.lecció Informes de Fulls Econòmics 01*. Barcelona. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social, pp. 2—15.

MEMÒRIA 1996 AGÈNCIA D'AVALUACIÓ DE TECNOLOGIA MÈDICA [1997]. Barcelona. *Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica*, pp. 71—103.

MEMÒRIA 1996 CIUTAT SANITÀRIA I UNIVERSITÀRIA DE BELLVITGE [1997]. L'Hospitalet de Llobregat. Institut Català de la Salut. *Ciutat Sanitària i Universitària de Bellvitge*. Vol. 1, pp. 13—247.

MEMÒRIA 1996 CIUTAT SANITÀRIA I UNIVERSITÀRIA DE BELLVITGE [1997]. L'Hospitalet de Llobregat. Institut Català de la Salut. *Ciutat Sanitària i Universitària de Bellvitge*. Vol. 2, pp. 15—170.

MEMÒRIA 1996 CORPORACIÓ SANITÀRIA CLÍNICA [1997]. Activitat. Barcelona. *Corporació Sanitària Clínic*, pp. 11—292.

MEMÒRIA 1996 CORPORACIÓ SANITÀRIA CLÍNICA [1997]. Barcelona. *Corporació Sanitària Clínic*, pp. 10—229.

MEMÒRIA 1996 CORPORACIÓ SANITÀRIA CLÍNICA [1997]. Fundació Clínic per a la Recerca Biomèdica. Barcelona. *Corporació Sanitària Clínic*, pp. 14 —194.

MEMÒRIA 1996 DE SERVEIS SANITARIS DE REFERÈNCIA—CENTRE DE TRANSFUSIÓ I BANC DE TEIXITS [1997]. Barcelona. *Serveis Sanitaris de Referència —Centre de Transfusió i Banc de Teixits*, pp. 7—37.

MEMÒRIA 1996 DE SISTEMA D'EMERGÈNCIES MÈDIQUES, SA [1997]. Barcelona. Servei Català de la Salut. *Sistema d'Emergències Mèdiques, SA*, pp. 1—23.

MEMÒRIA 1996 DEL INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA [1997]. Barcelona. *Institut Català d'Oncologia*, pp. 9—131.

MEMÒRIA 1996 DEL INSTITUT DE DIAGNÒSTIC PER LA IMATGE [1997]. Barcelona. Servei Català de la Salut. *Institut de Diagnòstic per la Imatge*, pp. 7—58.

MEMÒRIA 1996 HOSPITAL SANT JOAN DE DÉU [1997]. Barcelona. *Hospital Sant Joan de Déu*, pp. 3—159.

MEMÒRIA 1996 HOSPITALS VALLD'HEBRON [1997]. Barcelona. Generalitat de Catalunya. Institut Català de la Salut. *Hospitals Vall d'Hebron*, pp. 6—39.

MEMÒRIA 1996 UNITAT MIXTADA D'INVESTIGACIÓ [1997]. L'Hospitalet de Llobregat. Institut Català de la Salut. *Ciutat Sanitària i Universitària de Bellvitge*, pp. 17—123.

MEMÒRIA 1996—1997 FUNDACIÓ DE GESTIÓ SANITÀRIA DE L'HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU [1998]. Barcelona. *Fundació de Gestió de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau*, pp. 4—106.

MEMÒRIA 1996—1997 INSTITUT DE RECERCA DE L'HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU [1998]. Barcelona. *Institut de Recerca de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau*, pp. 10—130.

MEMÒRIA 1997 AGÈNCIA D'AVALUACIÓ DE TECNOLOGIA MÈDICA [1998]. Barcelona. *Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica*, pp. 15—77.

MEMÒRIA 1997 CIUTAT SANITÀRIA I UNIVERSITÀRIA DE BELLVITGE [1998]. L'Hospitalet de Llobregat. Institut Català de la Salut. *Ciutat Sanitària i Universitària de Bellvitge*. Vol. 1, pp. 19—284.

MEMÒRIA 1997 CORPORACIÓ SANITÀRIA CLÍNICA [1998]. Activitat Docent. Barcelona. *Corporació Sanitària Clínic*, pp. 11—54.

MEMÒRIA 1997 CORPORACIÓ SANITÀRIA CLÍNICA [1998]. Barcelona. *Corporació Sanitària Clínic*, pp. 18—91.

MEMÒRIA 1997 DE SERVEIS SANITARIS DE REFERÈNCIA—CENTRE DE TRANSFUSIÓ I BANC DE TEIXITS [1998]. Barcelona. *Serveis Sanitaris de Referència —Centre de Transfusió i Banc de Teixits*, pp. 6—33.

MEMÒRIA 1997 DE SISTEMA D'EMERGÈNCIES MÈDIQUES, SA [1998]. Barcelona. Servei Català de la Salut. *Sistema d'Emergències Mèdiques, SA*, pp. 9—56.

MEMÒRIA 1997 DEL INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA [1998]. Barcelona. *Institut Català d'Oncologia*, pp. 8—127.

MEMÒRIA 1997 DEL INSTITUT DE DIAGNÒSTIC PER LA IMATGE [1998]. Barcelona. Servei Català de la Salut. *Institut de Diagnòstic per la Imatge*, pp. 5—56.

MEMÒRIA 1997 FUNDACIÓ CLÍNICA—IDIBAPS [1998]. Barcelona. *Corporació Sanitària Clínic*, pp. 6—18.

MEMÒRIA 1997 HOSPITAL SANT JOAN DE DÉU [1998]. Barcelona. *Hospital Sant Joan de Déu*, pp. 7—203.

MEMÒRIA 1997 HOSPITALS VALL D'HEBRON [1998]. Barcelona. Generalitat de Catalunya. Institut Català de la Salut. *Hospitals Vall d'Hebron*, pp. 6—43.

MEMÒRIA 1997 UNITAT MIXTA D'INVESTIGACIÓ [1998]. L'Hospitalet de Llobregat. Institut Català de la Salut. *Ciutat Sanitària i Universitària de Bellvitge*. Vol. 3, pp. 17—137.

MEMÒRIA D'ACTIVITAT 1996 DE LA REGIÓ SANITÀRIA BARCELONA CIUTAT [1997]. Barcelona. Generalitat de Catalunya.

Departament de Sanitat i Seguretat Social. Servei Català de la Salut. *Regió Sanitària Barcelona Ciutat*, pp. 23—51.

MEMÒRIA D'ACTIVITAT 1996 DE LA REGIÓ SANITÀRIA BARCELONÈS NORD I MARESME [1997]. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Servei Català de la Salut. *Regió Sanitària Barcelonès Nord i Maresme*, pp. 29—51.

MEMÒRIA D'ACTIVITAT 1996 DE LA REGIÓ SANITÀRIA CENTRE [1997]. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Servei Català de la Salut. *Regió Sanitària Centre*, pp. 27—44.

MEMÒRIA D'ACTIVITAT 1996 DE LA REGIÓ SANITÀRIA COSTA DE Ponent [1997]. L'Hospitalet de Llobregat. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Servei Català de la Salut. *Regió Sanitària Costa de Ponent*, pp. 29—55.

MEMÒRIA D'ACTIVITAT 1996 DE LA REGIÓ SANITÀRIA GIRONA [1997]. Bonmatí. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Servei Català de la Salut. *Regió Sanitària Girona*, pp. 27—46.

MEMÒRIA D'ACTIVITAT 1996 DE LA REGIÓ SANITÀRIA LLEIDA [1997]. Lleida. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Servei Català de la Salut. *Regió Sanitària Lleida*, pp. 25—45.

MEMÒRIA D'ACTIVITAT 1996 DE LA REGIÓ SANITÀRIA TARRAGONA [1997]. Falset. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Servei Català de la Salut. *Regió Sanitària Tarragona*, pp. 16—38.

MEMÒRIA D'ACTIVITAT 1996 DE LA REGIÓ SANITÀRIA TORTOSA [1997]. Tortosa. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Servei Català de la Salut. *Regió Sanitària Tortosa*, pp. 27—41.

MEMÒRIA D'ACTIVITAT 1996 DEL SERVEI CATALÀ DE LA SALUT [1997]. Barcelona. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. *Servei Català de la Salut*, pp. 11—34:127—158.

MEMÒRIA D'ACTIVITAT 1996 HOSPITAL UNIVERSITARI GERMANS TRIAS I PUJOL [1998]. Memòria General. Badalona. Hospital Universtari Germans Trias i Pujol. Vol. 1, pp. 3—74.

MEMÒRIA D'ACTIVITAT 1996 HOSPITAL UNIVERSITARI GERMANS TRIAS I PUJOL [1998]. Memòria Científica. Badalona. Hospital Universtari Germans Trias i Pujol. Vol. 2, pp. 3—122.

MEMÒRIA D'ACTIVITAT 1997 DE LA REGIÓ SANITÀRIA BARCELONA CIUTAT [1998]. Barcelona. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Servei Català de la Salut. *Regió Sanitària Barcelona Ciutat*, pp. 15—66.

MEMÒRIA D'ACTIVITAT 1997 DE LA REGIÓ SANITÀRIA BARCELONÈS NORD I MARESME [1998]. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Servei Català de la Salut. *Regió Sanitària Barcelonès Nord i Maresme*, pp. 25—81.

MEMÒRIA D'ACTIVITAT 1997 DE LA REGIÓ SANITÀRIA CENTRE [1998]. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Servei Català de la Salut. *Regió Sanitària Centre*, pp. 27—67.

MEMÒRIA D'ACTIVITAT 1997 DE LA REGIÓ SANITÀRIA COSTA DE PONENT [1998]. L'Hospitalet de Llobregat. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Servei Català de la Salut. *Regió Sanitària Costa de Ponent*, pp. 25—74.

MEMÒRIA D'ACTIVITAT 1997 DE LA REGIÓ SANITÀRIA GIRONA [1998]. Girona. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Servei Català de la Salut. *Regió Sanitària Girona*, pp. 25—91.

MEMÒRIA D'ACTIVITAT 1997 DE LA REGIÓ SANITÀRIA LLEIDA [1998]. Lleida. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Servei Català de la Salut. *Regió Sanitària Lleida*, pp. 20—65.

MEMÒRIA D'ACTIVITAT 1997 DE LA REGIÓ SANITÀRIA TARRAGONA [1998]. Falset. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Servei Català de la Salut. *Regió Sanitària Tarragona*, pp. 25—65.

MEMÒRIA D'ACTIVITAT 1997 DE LA REGIÓ SANITÀRIA TORTOSA [1998]. Tortosa. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Servei Català de la Salut. *Regió Sanitària Tortosa*, pp. 25—82.

MEMÒRIA D'ACTIVITAT 1997 DEL SERVEI CATALÀ DE LA SALUT [1998]. Barcelona. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. *Servei Català de la Salut*, pp. 11—158.

MEMÒRIA DEL DEPARTAMENT DE SANITAT I SEGURETAT SOCIAL 1996 [1997]. Barcelona. Generalitat de Catalunya. *Departament de Sanitat i Seguretat Social*, pp. 75—224:300—360.

MEMÒRIA DEL DEPARTAMENT DE SANITAT I SEGURETAT SOCIAL 1997 [1998]. Barcelona. Generalitat de Catalunya. *Departament de Sanitat i Seguretat Social*, pp. 59—215:309—348.

MENEU, R. & ORTUN, V. (Coord.) [1996]. Política y gestión sanitaria: La agenda explícita. Barcelona. Asociación de Economía de la Salud. *SG Editores*.

MOLINA, F.J.M. [1997]. Sistemas Productivos Descentralizados: Factor Territorial y Estrategias Empresariales. Tesis Doctoral. Castellón. Universitat Jaume I. *Departamento de Administración de Empresas y Marketing*, pp. 3—373.

MONITOR COMPANY [1992]. Els avantatges competitius de Catalunya. Barcelona. Generalitat de Catalunya. *Departament de la Presidència*, pp. 128—152.

MORCILLO, P. [1991]. La dimensión estratégica de la tecnología. Barcelona. *Ariel Economía*, pp. 23—84.

MOREU, F. [1993]. Una nueva manera de entender la gestión en la sanidad. *Presupuesto y Gasto Público*, núm. 10. Monográfico Económico y Gestión Sanitaria en España. Aportaciones para el debate. Ministerio de Economía y Hacienda. Madrid.

MORIN, J. & SEURAT, R. [1989]. Le management des ressources technologiques. Les Editions d'Organisation. Paris.

MUÑOZ de BUSTILLO, R.L. et al. [1995]. Crisis y futuro del estado de bienestar. Madrid. *Alianza Editorial S.A.*

MUÑOZ, S. [1975]. La sanidad pública en España. Evolución histórica y situación actual. *Alianza Editorial S.A.* Madrid.

N.E.R.A. [1997]. El sistema sanitario español: alternativas para su reforma. Madrid. *National Economic Research Associates*, pp. 171—190.

NAVARRO, V. [1991]. Comentarios sobre el informe de la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud. *Salud 2000*, núm. 33, pp. 7—19.

NAVARRO, V. [1993]. Les reformes sanitàries de Clinton i la seva possible rellevància a Espanya. *Revista Econòmica de Catalunya*. Barcelona, núm. 24. Desembre, pp. 16—25.

NELSON, R.R. & ROSENBERG, N. [1993]. Technical Innovation and National Systems. In: NELSON, R.R. [1993]. National systems of innovation. A comparative analysis. New York. *Published by Oxford University Press, Inc.*, pp. 3—20

NELSON, R.R. & WINTER, S.G. [1982]. An Evolutionary Theory of Economic Change. Cambridge. *Harvard University Press*.

NELSON, R.R. [1981]. Research on productivity growth and productivity differences: dead ends and new departures. *Journal of Economic Literature*, núm. 29, pp. 1029—1064.

NELSON, R.R. [1987]. Understanding technical change as an evolutionary process. Amsterdam. *North Holland Publishing Company*, pp. 7—12.

NELSON, R.R. [1988]. Institutions Supporting Technical Change in the United States. In: DOSI, G. et al [1988]. *Technical Change and Economic Theory*. London. *Pinter Publisher*, pp. 312—329.

NELSON, R.R. [Ed.] [1993]. National systems of innovation. A comparative analysis. New York. *Published by Oxford University Press, Inc.*, pp. 3—20:505—523.

O.C.D.E. [1987]. Financing and delivering health care. Paris. *OCDE*.

O.C.D.E. [1990]. Health care systems in transition. Paris. *OCDE*.

O.C.D.E. [1992]. The Reforms of Health Care. A Comparative Analysis of Seven OCDE Countries. Chapter 1. Paris. *Health Policy Studies*, núm 2.

O.C.D.E. [1993]. OECD health care systems. Facts and trends [1960—1991]. Paris. *OCDE*.

O.M.S. [1978]. Atención primaria de la salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Ginebra. *O.M.S.*

ORTUN, V.R. & LÓPEZ, G.C. [1993]. La reforma sanitaria española: radicalismo selectivo. *Hacienda Pública Española. Monografías I*, pp. 15—31.

ORTUN, V.R. [1994]. El sector de la sanidad. En: La economía catalana ante el cambio de siglo. Barcelona. Banco Bilbao Vizcaya. Generalitat de Catalunya. *Departament d'Economia i Finances*, pp. 311—340.

PEREZ, C. [1985]. Microelectronics, long waves and world structural change: new perspectives of developing countries. *World Development*, pp. 441—463.

PLA DE SALUT DE CATALUNYA 1993—1995 [1993]. Barcelona. Generalitat de Catalunya. *Departament de Sanitat i Seguretat Social*, pp. 19—59.

PLA DE SALUT DE CATALUNYA 1996—1998 [1997]. Barcelona. Generalitat de Catalunya. *Departament de Sanitat i Seguretat Social*, pp. 15—32:228—235.

PLA DE SALUT DE LA REGIÓ SANITÀRIA CENTRE 1993—1995 [1993]. Terrassa. Generalitat de Catalunya. *Departament de Sanitat i Seguretat Social*. Servei Català de la Salut. Regió Sanitària Centre, p. 15.

PLANIFICACIÓN HOSPITALARIA: NUEVOS PAPELES, NUEVOS INSTRUMENTOS [1994]. Servei Català de la Salut. Col·lecció Quaderns del Pla de Salut 03. Barcelona. Generalitat de Catalunya. *Departament de Sanitat i Seguretat Social*, pp. 9—37.

PORTER, M.E. [1990]. The competitive advantage of nations. London. *Mc Millan*, pp. 73—93.

PUIG, J.P. [1993]. Creixement, ocupació i tecnologia en el sector hospitalari. *Col·lecció Els Llibres dels Fulls Econòmics 06*. Barcelona. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social.

RIVERA, J.L. & OSENDE, C.R. [1996]. El hospital del siglo XXI. *Harvard Deusto Business Review*. Ediciones Deusto S.A., núm. 76, pp. 59—65.

ROSENBERG, N. [1982]. Inside the black box: Technology and economics. Cambridge. *Cambridge University Press*.

ROSENBERG, N. [1990]. Les perspectives econòmiques per a indústria d'alta tecnologia. I.C.T. *Quaderns de Tecnologia*, núm. 2.

RUIZ, B. [1997]. Elements bàsics de la gestió. Mòdul 1. Barcelona. *Col·legi Oficial de Metges de Barcelona*. Centre d'Estudis Col·legials, pp. 1—12.

RUIZ, G.M. & MANDADO, P.E. [1989]. La innovación tecnológica y su gestión. Colección Productiva. Barcelona. *Editorial Marcombo*, pp. 14—17.

SALTMAN, R.B. [1994]. Estudi comparatiu de les perspectives de la reforma del sistema sanitari als Estats Units. *Fulls Econòmics del Sistema Sanitari*. Barcelona. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Servei Català de la Salut, núm. 21. Gener—Març, pp. 18—21.

SÁNCHEZ, G.G. [1992]. Los procesos de innovación y los mercados. *Alta Dirección*, núm. 163, pp. 277—282.

SARRIA, A. & SENDRA, J.M. [1993]. Diferencias regionales en la utilización hospitalaria. *Gazeta Sanitaria*, núm. 7, pp. 63—69.

SENGENBERGER, W. & PYKE, F. [1993]. Distritos industriales y generación económica local: Cuestiones de investigación y de política. En F. PYKE y W. SENGENBERGER [Eds]. *Los distritos industriales y las pequeñas empresas*. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Colección Economía y Sociología. Vol. III, pp. 27—62.

SCHEIBER, G.J. et al. [1992]. Health expenditure performance: an international comparison and data update. *Health Care Financing Review*, núm. 13, pp. 1—15.

SCHMOOKLER, J. [1966]. Invention and economic growth. Cambridge. *Harvard University Press*.

SCHMOOKLER, J. [1972]. Patents, invention and economic change. Cambridge. *Harvard University Press*.

SCHUMPETER, J.A. [1934(1912)]. The Theory of Economic Development. Cambridge. *Harvard University Press*.

SCHUMPETER, J.A. [1939]. Business cycles: A theoretical, historical and statistical analysis of the capitalism process. New York. *McGraw Hill*.

SCHUMPETER, J.A. [1942]. *Capitalism, Socialism and Democracy*. New York. *Harper & Row*.

SMITH, K. [1995]. Les interactions dans les systèmes de connaissances: justifications, conséquences au plan de l'action gouvernementale et méthodes empiriques. *STI Revue*. núm. 16. Paris. OCDE, pp. 75—114.

SPAGNOLO, E. [1993]. Análisis y comentario en torno al Informe Abril Martorel. *Medicina Clínica*, núm. 100, pp. 258—263.

STOHR, W.B. [1993]. Local synergy as an explanation for innovation in peripheral areas. *Congreso Internacional «A periferia europea ante o novo século»*. Santiago de Compostela, 20 sep. a 02 oct. 1993.

SURIS, M.J. [1989]. La empresa industrial española ante la innovación tecnológica. Barcelona. *ESADE*, pp. 57 y ss.

SWEENEY, G. [1993]. Innovación y difusión tecnológica: el cambio en los paradigmas de desarrollo y la economía valenciana. *Ponencia II Congrés d'Economia Valenciana*. Castelló, 28—30 abril, p. 73.

TEMES, J.L.M. & GIL, J.R. [1997]. Sistema nacional de salud. Madrid. *McGraw—Hill Interamericana de España S.A.*, pp. 1—32:110—112.

TRANSFERENCIAS A LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS EN MATERIA DE SANIDAD [1989]. Serie: normas y disposiciones legales. Madrid. *Ministerio de Sanidad y Consumo*.

VALLBONA, C. [1994]. La proposta de reforma sanitària als Estats Units: impacte en els centres acadèmics. *Fulls Econòmics del Sistema Sanitari*. Barcelona. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Servei Català de la Salut, núm. 21. Gener—Març, pp. 13—17.

VALLS, J.P. [1988]. Tesi Doctoral. La innovació tecnològica a les petites i mitjanes empreses: estratègies, comportament innovador i metodologies d'anàlisi i avaluació. Les aliances i acords internacionals entre empreses. Terrassa. ETSEIT—UPC, pp. 18—44.

WENNERBERG, J.E. [1987]. The paradox of appropriate care. *Journal of the American Medical Association*, núm. 258, pp. 2568—2569.

ANEXO 1

LLEI D'ORDENACIÓ SANITÀRIA DE CATALUNYA

Texto —traducido al castellano— de la Ley 15/1990, de 9 de julio, de Ordenación Sanitaria de Catalunya, aprobada por el Pleno del Parlamento el día 14 de junio de 1990 [BOPC núm. 187 de 6 de julio de 1990] y publicada en el Diario Oficial de la Generalidad de Catalunya núm. 1.324 de 30 de julio de 1990.

LEY

15/1990, de 9 de julio, de ordenación sanitaria de Catalunya

El Presidente de la Generalidad de Catalunya

Sea notorio a todos los ciudadanos que el Parlamento de Catalunya ha aprobado y yo, en nombre el Rey y de acuerdo con el que establece el artículo 33.2 del Estatuto de Autonomía de Catalunya, promulgo la siguiente:

LEY

- I. Conseguir una ordenación sanitaria basada en la racionalización y la coordinación de los recursos existentes que permitan una mayor y más eficaz atención a la salud de los ciudadanos ha estado una vieja aspiración de la sociedad catalana que se ha plasmado en diversos textos legales. Ya en el año 1934, el Parlamento de Catalunya dicta la

- Ley de Bases para la Organización de los Servicios de Sanidad y Asistencia Social, que establecía un sistema sanitario mixto configurado por servicios de titularidad pública y privada, bajo la dirección y la organización de la Generalidad, y la Ley de Coordinación y de Control Sanitario Público, que instituía las fórmulas de coordinación entre en los diferentes organismos, instituciones y autoridades sanitarias, a los efectos del mejor desarrollo de los servicios y del encadenamiento de las funciones sanitarias. Hasta el año 1983 el Parlamento no vuelve a abordar la organización de los servicios sanitarios, cuando promulga la Ley 12/1983, del 14 de julio, de Administración Institucional de la Sanidad, y de la Asistencia y de los Servicios Sociales de Catalunya, que crea el Instituto Catalán de la Salud como entidad gestora de los servicios y las prestaciones sanitarias propias de la Generalidad y de los transferidos de la Seguridad Social, con tal de desplegar las competencias que la Constitución y el Estatuto de Autonomía atribuyen a la Generalidad de Catalunya y ejecutar los servicios y las funciones que le habían sido traspasados, siempre, avanzando al establecimiento del modelo sanitario que con carácter básico había de fijar el Estado.
- II. La Ley 14/1986, del 25 de abril, General de Sanidad, para hacer efectivo el derecho constitucional de protección de la salud, establece las bases de un modelo de ordenación sanitaria que se basa en la creación del Sistema Nacional de Salud, configurado por el conjunto de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, debidamente coordinados, los cuales integran funcionalmente todos los centros, los servicios y los establecimientos sanitarios de la propia Comunidad, las Corporaciones Locales y cualesquiera otras Administraciones territoriales intracomunitarias, bajo la responsabilidad de la Comunidad Autónoma. En el marco de este modelo sanitario, la presente Ley tiene por objetivo la ordenación del sistema sanitario público de Catalunya, de acuerdo con los principios de universalización, integración de servicios, simplificación, racionalización, eficacia y eficiencia de la organización sanitaria, concepción integral de la salud, descentralización y desconcentración de la gestión, sectorización de la atención sanitaria y participación comunitaria. A los efectos de esta ordenación, se crea un ente público, el Servicio Catalán de la Salud, configurado por todos los centros, los

servicios y los establecimientos sanitarios públicos y de cobertura pública de Catalunya, al cual corresponden, además de las funciones de gestión y administración de los centros, los servicios y las prestaciones del sistema sanitario público, las funciones de ordenación, planificación, programación y evaluación sanitarias, sociosanitarias y de salud pública, y también la distribución de los recursos económicos efectos a su financiación, que se ejercerán de acuerdo con las directrices y las prioridades establecidas en el Plan de Salud de Catalunya y en los criterios generales de la planificación sanitaria que determina el Departamento de Sanidad y Seguridad Social. Se pretende de esa manera superar determinadas deficiencias de la organización sanitaria, como es la desvinculación entre las actuaciones en materia de ordenación y planificación y las de gestión de los servicios sanitarios, atribuidos hasta ahora a órganos diferentes, siempre asignado a un organismo único que las desarrolle bajo una dirección única, con objetivo de conseguir una adecuada coordinación en las materias pertinentes, del todo aconsejable, por otro lado, teniendo en cuenta su estrecha interrelación. El Servicio Catalán de la Salud es un ente instrumental creado para el ejercicio de competencias y funciones, la responsabilidad de las cuales corresponde a la Administración de la Generalidad en la cartera del Departamento de Sanidad y Seguridad Social que, entre otras facultades, tiene la dirección, la vigilancia y la tutela, también el control, la inspección y la evaluación de las sus actividades.

- III. Un de los aspectos de más novedad de esta Ley, que la diferencia notablemente de las leyes de creación de los Servicios de Salud de otras Comunidades Autónomas, está en la diversidad de fórmulas de gestión —directa, indirecta o compartida— que el Servicio Catalán de la Salud puede emplear a efectos de la gestión y administración de los servicios y las prestaciones del sistema sanitario público. De esta manera, se pretende avanzar en la incorporación de mecanismos de gestión empresarial, condicionados con el carácter prestacional de la administración sanitaria, no obstante su naturaleza pública.
- IIIV. Desde el punto de vista organizativo, el Servicio Catalán de la Salud se estructura de forma profundamente desconcentrada a través de las Regiones Sanitarias, que se corresponden con las Áreas de Salud previstas en la Ley General de Sanidad, las cuales se delimitan en

conformidad con los factores geográficos, socioeconómicos, demográficos, etc. de Catalunya, siempre teniendo en cuenta la ordenación territorial que establece el Parlamento, siendo dotadas de una amplia ventaja de competencias propias. Las Regiones Sanitarias se ordenan en Sectores Sanitarios, órganos igualmente desconcentrados, por medio de los cuales se desarrollan las actividades de prevención de la enfermedad, promoción de la salud, salud pública, y la asistencia sanitaria y sociosanitaria en su nivel de atención primaria, también las especialidades médicas de soporte y referencia de ésta, coordinadamente con el nivel de la atención hospitalaria. A la vez, los Sectores Sanitarios son conformados por un conjunto de Áreas Básicas de Salud, unidades territoriales elementales donde se prestan, por medio del Centro de Atención Primaria, principalmente, y por medio de fórmulas de trabajo en equipo, actuaciones relativas a la salud pública y la promoción, la prevención, la curación y la rehabilitación de la salud individual y colectiva de la población, de manera plenamente integrada y más próxima al usuario. Se instaura, de esta manera, un modelo basado en la concepción integral de la salud, que pone punto final a la tradicional y contradictoria dicotomía entre la salud pública y la asistencia sanitaria.

- V. Respetuosa con las soluciones adoptadas por el legislador de antaño y de acuerdo con la actual configuración del modelo sanitario de Catalunya plasmado en los trabajos de Despliegue del Mapa Sanitario del año 1983, la Ley consolida, mediante la institucionalización por ley de la Red Hospitalaria de Utilización Pública, un sistema sanitario mixto, basado en el aprovechamiento de todos en los recursos, ya sean públicos o privados, con objetivo de conseguir una óptima ordenación hospitalaria que permita la adecuada homogeneización de las prestaciones y la correcta utilización de los recursos humanos y materiales, siguiendo de esa manera la tendencia general de los países desarrollados.
- VI. La ordenación prevista en esta Ley ajusta el ejercicio de las competencias en materia de sanidad al principio constitucional de participación democrática de los interesados, dando de esa manera cumplimiento al mandado establecido en el artículo 17.5 del Estatuto de Autonomía de Catalunya. Este principio de participación comunitaria, que impregna la totalidad de las estructuras del Servicio

Catalán de la Salud, se instrumenta por medio de la representación de las Corporaciones Locales en los órganos colegiados de dirección de las Regiones Sanitarias, conforme las previsiones contenidas en la legislación básica del Estado, y en los órganos de participación establecidos en todos sus niveles, en los cuales también tienen representación las entidades que en el ámbito de la sanidad son representativas del tejido social de Catalunya.

- VII. Se establece el Plan de Salud como instrumento principal de la planificación sanitaria en la cual se contemplan las líneas directivas y de despliegue de las actividades, en los programas y en los recursos del sistema sanitario de Catalunya, y al cual tendrá que ajustarse en su actuación en la administración sanitaria. Finalmente, la Ley regula las competencias de los entes comarcales y de los municipios en esta materia, completando de esa manera la ordenación sanitaria de Catalunya.
- VIII. Obviamente, la implantación de este nuevo modelo tendrá que llevarse a término de una manera gradual y progresiva a fin de asegurar plenamente el éxito de la reforma que se propone, la cual tiene su reflejo en las disposiciones transitorias de la Ley, que previenen el período que ha de transcurrir hasta la plena adjudicación de las competencias del Servicio Catalán de la Salud, que se irán completando a medida que se procedan a la integración o adscripción funcional de los centros, en los servicios y en los establecimientos sanitarios de titularidad de las Corporaciones Locales y otras Administraciones territoriales intracomunitarias y la integración de los servicios y las funciones actualmente adscritas al Departamento de Sanidad y Seguridad Social y al Instituto Catalán de la Salud. En definitiva, la aplicación del modelo que esta Ley configura permite avanzar en la distribución adecuada de los recursos sanitarios optimización de los medios económicos que se destinan, en la coordinación de todo el dispositivo de cobertura pública, el acotamiento y la participación de los usuarios en la toma de decisiones y la mejoría de la calidad de los servicios sanitarios, con objetivo último y esencial de promover, proteger, restaurar, rehabilitar y mejorar la salud de los ciudadanos de Catalunya.

TÍTULO 1

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1

Objeto

La presente Ley tiene por objeto la ordenación del sistema sanitario de Catalunya, y la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud previsto en el artículo 43 y concordatarios de la Constitución Española dentro del territorio de la Generalidad, en el marco de las competencias que le atribuyen el artículo 9, apartados 11 y 19, y el artículo 17 del Estatuto de Autonomía.

Artículo 2

Principios informadores

La protección de la salud, la ordenación y la organización del sistema sanitario de Catalunya, en los términos establecidos en esta Ley, se ajusta a los siguientes principios informadores:

- a) Concepción integral e integrada del sistema sanitario de Catalunya, haciendo especial énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.
- b) Descentralización y desconcentración de la gestión.
- c) Universalización para todos los ciudadanos residentes en Catalunya de los servicios sanitarios de carácter individual o colectivo.
- d) Participación comunitaria en la formulación de la política sanitaria y en el control de su ejecución.
- e) Racionalización, eficacia, simplificación y eficiencia de la organización sanitaria.
- f) Equidad y superación de las desigualdades territoriales o sociales para la prestación de los servicios sanitarios.
- g) Sectorización de la atención sanitaria.
- h) Promoción del interés individual, familiar y social por la salud a través de medios, entre otros, de una adecuada educación sanitaria en Catalunya y una correcta información sobre los recursos sanitarios existentes.
- i) Control sanitario del medio ambiente.

TÍTULO 2

DEL SERVICIO CATALÁN DE LA SALUD

Artículo 3

Objetivo

Para llevar a término una adecuada organización y ordenación del sistema sanitario de Catalunya, se crea el Servicio Catalán de la Salud, que tiene como objetivo último el mantenimiento y la mejoría del nivel de salud de la población, por medio del desarrollo de las funciones que le son encomendadas. Es configurado por todos los recursos sanitarios públicos y de cobertura pública de Catalunya, en los términos que prevé el artículo 5.

Artículo 4

Naturaleza

1. El Servicio Catalán de la Salud es un ente público de carácter institucional, dotado de personalidad jurídica propia y plena capacidad para el cumplimiento de sus finalidades, ubicado al Departamento de Sanidad y Seguridad Social, que se rige por los preceptos de esta Ley y sus disposiciones complementarias de desarrollo.
2. En el ejercicio de sus funciones de gestión, el Servicio Catalán de la Salud, y la totalidad de los organismos dotados de personalidad que de él dependen, si no es el caso, disfrutaran de la reserva de números y de los beneficios, las excepciones y las franquicias de cualesquiera naturaleza que la legislación atribuye a la Administración de la Generalidad y a las entidades gestoras de la Seguridad Social.

Artículo 5

Recursos

Configuran el Servicio Catalán de la Salud:

- a) Los centros, los servicios y los establecimientos de protección de la salud y de atención sanitaria y sociosanitaria de la Generalidad, incluyendo los transferidos de la Seguridad Social y de la

- Administración institucional de la sanidad nacional, que se integren a todos los efectos.
- b) Los centros, los servicios y los establecimientos de protección de la salud y de atención sanitaria y sociosanitaria de las Diputaciones catalanas, de los Ayuntamientos y de otras entidades locales de Catalunya, que se integren o adscriban funcionalmente, en los términos que prevean las normas de transferencia o los respectivos convenios suscritos a estos efectos, según corresponda.
 - c) Los centros, los servicios y los establecimientos de protección de la salud y de atención sanitaria y sociosanitaria de las fundaciones benéfico—asistenciales vinculadas a las Administraciones públicas, y aquellas no incluidas en los párrafos anteriores, con preferencia sin ánimo de lucro, por medio de los cuales sea imprescindible satisfacer necesidades del sistema sanitario público al amparo de los pertinentes convenios, que se adscriben funcionalmente.

Artículo 6

Finalidades

1. Son finalidades del Servicio Catalán de la Salud:
 - a) La adecuada distribución de los recursos sanitarios en todo el territorio, teniendo en cuenta las características socioeconómicas, sanitarias y poblacionales de Catalunya.
 - b) La óptima distribución de los medios económicos para la financiación de los servicios y las prestaciones que configuran el sistema sanitario público y de cobertura pública.
 - c) La coordinación de todo el dispositivo sanitario público y de cobertura pública y la mejor utilización de los recursos disponibles.
 - d) La integración de las actuaciones existentes relativas a la protección y la mejora de la salud de la población.
 - e) La prestación de los servicios de promoción y protección de la salud, de prevención de la enfermedad, de asistencia sanitaria y sociosanitaria y de rehabilitación, de carácter individual o colectivo, y su extensión progresiva a todos los ciudadanos.
 - f) La humanización de los servicios sanitarios, manteniendo el máximo respeto a la dignidad de la persona y la libertad individual.

- g) La mejora y el cambio progresivo a la calidad y la modernización de los servicios.
 - h) El estímulo y la sostenibilidad de la investigación científica en el ámbito de la salud.
 - i) La actualización armónica, eficiente y coordinada del sistema sanitario público de Catalunya, tanto de los equipamientos como de los medios técnicos y personales.
2. El Servicio Catalán de la Salud cuenta con una organización adecuada que permite:
- a) Una atención integral de la salud, comprendida tanto en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad como en las acciones curativas y rehabilitadoras necesarias, siempre colaborando en la reinserción social.
 - b) Garantizar la salud como un derecho inalienable de la población catalana y el acceso a ampararse, a través de la estructura del Servicio Catalán de la Salud, que ha de ofrecer en condiciones un inescrupuloso respeto a la intimidad personal y la libertad individual del usuario del Servicio Catalán de la Salud, siempre garantizando la confidencialidad de la información relacionada con los servicios sanitarios que se presten, sin ningún tipo de discriminación por razones de raza, sexo, religión, opinión, o cualesquiera otra condición o circunstancia personal o social.
 - c) Que todas las Regiones Sanitarias, los Sectores Sanitarios, las Áreas Básicas de Salud y todos los establecimientos sanitarios en que se estructura el Servicio Catalán de la Salud dispongan de la información pertinente sobre los derechos y los deberes que asisten a sus usuarios como tales y le hagan llegar a éstos, siempre reconociendo la libre elección de médico, dentro de las posibilidades que ofrece el sistema sanitario de utilización pública.
 - d) Que cuando cualquier usuario del Servicio Catalán de la Salud crea objetivamente que sus derechos han estado vulnerados o agredidos durante la asistencia que ha recibido, o querría recibir dentro del Servicio Catalán de la Salud, pueda hacer la denuncia oportuna a la Unidad de Admisiones y Atención al Usuario que cada Región Sanitaria dispone para este fin.
 - e) Una actuación con criterios de planificación y evaluación continuada sobre la base de sistemas de información actualizada, objetiva y programada.

- f) La inmediatez en la prestación sanitaria urgente. Una descentralización y desconcentración de funciones, con el objetivo de la gestión territorial de los recursos sanitarios.
- g) La participación comunitaria a través de las diferentes entidades representativas: territoriales, sociales y profesionales.

Artículo 7

Funciones

1. Para la consecución de sus finalidades, el Servicio Catalán de la Salud, en el marco de las directrices y las prioridades de la política de protección de la salud y de asistencia sanitaria y sociosanitaria y los criterios generales de la planificación sanitaria, desarrolla las siguientes funciones:
 - a) La ordenación, la planificación, la programación, la evaluación y la inspección sanitaria, sociosanitaria y de salud pública.
 - b) La distribución de los recursos económicos para la financiación de los servicios y las prestaciones que configuran el sistema sanitario público y de cobertura pública.
 - c) La gestión y la administración de los centros, los servicios y los establecimientos de protección de la salud y de atención sanitaria y sociosanitaria integrados en el Servicio Catalán de la Salud, y de los servicios administrativos que conforman su estructura, siempre potenciando la autonomía de gestión de los centros sanitarios.
 - d) La gestión y la ejecución de las actuaciones y los programas institucionales en materia de promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria y sociosanitaria y rehabilitación.
 - e) La gestión de los servicios y las prestaciones del sistema sanitario público de Catalunya.
 - f) El establecimiento de directrices generales y criterios de actuación vinculados a los centros, a los servicios y a los establecimientos adscritos funcionalmente al Servicio Catalán de la Salud, en lo referente a su coordinación con el dispositivo sanitario público.
 - g) El establecimiento, la gestión y la actualización de acuerdos, convenios y conciertos con entidades no administradas por la Generalidad de Catalunya.

- h) Cualquiera otra función pública sanitaria no establecida en las letras anteriores.
2. Para el ejercicio de las funciones a que se refieren los epígrafes c], d] y e] del apartado anterior, el Servicio Catalán de la Salud puede:
- Primero. Desarrollar dichas funciones directamente, por medio de los órganos o los organismos que sean competentes o puede crearse a este efecto, si fuera necesario.
- Segundo. Establecer acuerdos, convenios, conciertos o fórmulas de gestión integrada o compartida con entidades públicas o privadas.
- Tercero. Formar consorcios de naturaleza pública con entidades públicas o privadas sin ánimo de lucro, con intereses comunes o concurrentes, que podrán dotarse de organismos instrumentales, si es necesario.
- Cuarto. Crear o participar en cualesquiera otras entidades admitidas en derecho, cuando así convenga en la gestión y en la ejecución de los servicios o en las actuaciones.
3. La constitución de organismos bajo su dependencia, la formación de consorcios y la creación por parte del Servicio Catalán de la Salud de cualesquiera otras entidades admitidas en derecho o su participación en éstos han de ser autorizadas por el Consejo Ejecutivo de la Generalidad.

Artículo 8

Actividades

En el desarrollo de las funciones que le encomienden, el Servicio Catalán de la Salud, directamente o, si fuera necesario, por medio de cualquiera de las fórmulas previstas en el artículo 7, apartado 2, lleva a término las siguientes actividades:

- a) Educación sanitaria, promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- b) Atención primaria integral de la salud.
- c) Atención especializada, ambulatoria, domiciliaria y hospitalaria.
- d) Atención sociosanitaria.
- e) Atención de rehabilitación.
- f) Desarrollo de los programas de atención a los grupos de población de mayor riesgo y de los programas específicos de protección delante

- de factores de riesgo, así como de los dirigidos a la prevención de deficiencias congénitas o adquiridas.
- g) Atención psiquiátrica y promoción, protección y mejora de la salud mental.
 - h) Orientación y planificación familiar.
 - i) Promoción, protección y mejora de la salud bucodental, haciendo especial énfasis en los aspectos preventivos, siempre incorporando progresivamente las prestaciones asistenciales fundamentales.
 - j) Promoción, protección y mejora de la salud laboral.
 - k) Prestación de productos farmacéuticos, terapéuticos, diagnósticos y auxiliares.
 - l) Control sanitario y prevención de los riesgos para la salud derivados de la contaminación del medio ambiente: aire, agua y sol.
 - m) Control sanitario de los establecimientos públicos y los lugares del hábitat y convivencia humana.
 - n) Política sanitaria mortuoria.
 - o) Control sanitario y prevención de los riesgos para la salud derivados de los productos alimentarios.
 - p) Promoción y mejora de las actividades de veterinaria de salud pública, especialmente para la higiene de los alimentos.
 - q) Control sanitario y prevención de riesgos para la salud derivados de las sustancias susceptibles de generar dependencia.
 - r) Recogida, difusión y control de la información epidemiológica.
 - s) Promoción de la salud en la actividad física deportiva no profesional.
 - t) Evaluación, control y mejora de la calidad de los servicios sanitarios.
 - u) Cualesquiera otra actividad relacionada con el mantenimiento y la mejora de la salud.

El ejercicio de las competencias l], m] y n] se ha de llevar a término sin perjuicio de lo que prevé el artículo 68 de esta Ley.

TÍTULO 3

COMPETENCIAS DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA GENERALIDAD

Artículo 9

Consejo Ejecutivo

Corresponden al Consejo Ejecutivo de la Generalidad, en los términos establecidos en el artículo 1 de esta Ley, las siguientes competencias:

- a) La aprobación del Plan de Salud de Catalunya.
- b) La aprobación de la estructura orgánica del Servicio Catalán de la Salud, llevado desde sus unidades inferiores.
- c) La aprobación del proyecto de presupuesto del Servicio Catalán de la Salud.
- d) El acuerdo de nombramiento y de cesamiento del Director del Servicio Catalán de la Salud.
- e) El acuerdo de constitución de organismos dependientes del Servicio Catalán de la Salud.
- f) La autorización de la formación de consorcios y la creación, por parte del Servicio Catalán de la Salud, de cualesquiera otras entidades admitidas en derecho o su participación en éstas.
- g) La creación de los organismos de investigación que se considere importantes con tal de programar, estimular, desarrollar, coordinar, gestionar, financiar y evaluar la investigación en ciencias de la salud.
- h) Dictar la normativa del régimen estatutario del personal de las diferentes Administraciones públicas de Catalunya con competencias sanitarias, de acuerdo con lo que prevé la Ley 14/1986, del 25 de abril, General de Sanidad.
- i) Todas aquellas otras que le atribuyen el ordenamiento vigente.

Artículo 10

Departamento de Sanidad y Seguridad Social

Corresponden al Departamento de Sanidad y Seguridad Social, en relación con la ordenación sanitaria que establece esta Ley, las siguientes competencias:

- a) La determinación de los criterios, las directrices y las prioridades de la política de protección de la salud y de asistencia sanitaria y sociosanitaria.

- b) La determinación de los criterios generales de la planificación sanitaria y la ordenación territorial de los recursos humanos.
- c) La dirección, la vigilancia y la tutela del Servicio Catalán de la Salud.
- d) El control, la inspección y la evaluación de las actividades del Servicio Catalán de la Salud.
- e) La presentación al Consejo Ejecutivo de la propuesta del Plan de Salud de Catalunya.
- f) Coordinar los programas de investigación y recursos públicos de cualesquiera procedencia, a los efectos de conseguir la máxima productividad de las inversiones.
- g) La presentación al Consejo Ejecutivo de la propuesta de la estructura organizativa del Servicio Catalán de la Salud, y la aprobación de la estructura de sus unidades inferiores.
- h) La presentación al Consejo Ejecutivo de la propuesta de constitución de organismos, la formación de consorcios y la creación, por parte del Servicio Catalán de la Salud, de cualesquiera otras entidades admitidas en derecho o su participación en éstas.
- i) La formación del anteproyecto de presupuesto del Servicio Catalán de la Salud, basado en la propuesta acordada por su Consejo de Dirección.
- j) La aprobación de los precios y las tarifas para la prestación y la concertación de servicios, así como su modificación y revisión, sin perjuicio de la autonomía de gestión de los centros sanitarios.
- k) La autorización de la creación, la modificación, el traslado y el cierre de los centros, los servicios y los establecimientos sanitarios y sociosanitarios, si fuera necesario, y la verificación de sus registros, catalogación y acreditación, si es el caso.
- l) Los registros y las autorizaciones sanitarias obligatorias de cualesquiera tipos de instalaciones, establecimientos, actividades, servicios o artículos directamente o indirectamente relacionados con el uso o el consumo humano.
- m) El acuerdo de nombramiento y de cesamiento de los vocales del Consejo Catalán de la Salud y del Consejo de Dirección del Servicio Catalán de la Salud, en los casos y en la forma previstas en esta Ley.
- n) EL acuerdo de nombramiento y de cesamiento de los miembros de los Consejos de Salud de las Regiones Sanitarias, así como de sus respectivos presidentes.

- o) EL acuerdo de nombramiento y de cesamiento de los miembros de los Consejos de Dirección de las Regiones Sanitarias, así como de sus respectivos presidentes y vicepresidentes.
- p) El acuerdo de nombramiento y de cesamiento de los gerentes de las Regiones Sanitarias.
- q) EL acuerdo de nombramiento y de cesamiento de los miembros de los Consejos de Participación de los Sectores Sanitarios, así como de sus respectivos presidentes.
- r) La autorización del reglamento o de funcionamiento interno del Consejo Catalán de la Salud y de los Consejos de Salud de las Regiones Sanitarias.
- s) Todas aquellas otras que le atribuye el ordenamiento vigente.

Artículo 11

Departamento de Economía y Finanzas

Corresponden al Departamento de Economía y Finanzas, en relación con el Servicio Catalán de la Salud, las siguientes competencias:

- a) Proponer al Consejo Ejecutivo el anteproyecto de presupuesto del Servicio Catalán de la Salud, que le ha de ser presentado por el Departamento de Sanidad y Seguridad Social, a los efectos de su aprobación e inclusión en el proyecto de presupuesto de la Generalidad.
- b) Conocer aquellos actos de control, inspección y evaluación de la gestión del Servicio Catalán de la Salud que tengan contenido económico.
- c) Informar, con carácter previo, sobre las actuaciones que impliquen compromisos de gastos con cargo a los presupuestos de ejercicios futuros.

TÍTULO 4

ESTRUCTURA Y ORDENACIÓN DEL SERVICIO CATALÁN DE LA SALUD

CAPÍTULO 1

ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN CENTRAL

Artículo 12

Órganos de dirección y participación

1. El Servicio Catalán de la Salud se estructura en los siguientes órganos centrales:
 - 1.1. De dirección y gestión:
 - a) El Consejo de Dirección.
 - b) El Director.
 - c) Los órganos u organismos y los servicios y las unidades que se establecen por reglamento.
 - 1.2. De participación.
 - a) El Consejo Catalán de la Salud.

Sección 1

El Consejo de Dirección

Artículo 13

Composición

1. El Consejo de Dirección, órgano superior de gobierno y dirección del Servicio Catalán de la Salud, está formado por:
 - a) El Consejero de Sanidad y Seguridad Social, que no es el Presidente, y como tal tiene la representación institucional.
 - b) El Secretario General del Departamento de Sanidad y Seguridad Social, que no es el Vicepresidente primero.
 - c) El Director del Servicio Catalán de la Salud, que no es el Vicepresidente segundo.
 - d) Diecisiete vocales con la siguiente distribución: Uno en representación del Departamento de Economía y Finanzas. Cuatro en representación

de las Regiones Sanitarias y el mismo número en representación del Departamento de Sanidad y Seguridad Social. Dos en representación de los Consejos Comarcales de Catalunya. Dos en representación de los Ayuntamientos de Catalunya. Dos en representación de las organizaciones sindicales más representativas de Catalunya. Dos en representación de las organizaciones empresariales más representativas de Catalunya. Los vocales del Consejo de Dirección son nombrados y cesados del cargo por el Consejero de Sanidad y Seguridad Social, a propuesta de cada una de las representaciones que lo componen. El nombramiento se hace por un período máximo de cuatro años, sin perjuicio que los interesados puedan ser reelegidos sucesivamente, siempre que dispongan de la representación requerida.

2. Las vacantes que se produzcan se han de cubrir en la forma y la proporción previstas en el apartado anterior.
3. La condición de miembro del Consejo de Dirección es incompatible con cualesquiera vinculación con empresas o entidades relacionadas con el suministro o la dotación de material sanitario, de productos farmacéuticos, y de otros relacionados con la sanidad, así como con todo tipo de prestación de servicios o de relación laboral en activo en centros, establecimientos o empresas que presten servicios en régimen de concierto o convenio con el Servicio Catalán de la Salud, o por medio de cualesquiera otra fórmula de gestión indirecta de las previstas en el artículo 7, apartado 2.

Artículo 14

Funciones

1. Corresponden al Consejo de Dirección las siguientes funciones:
 - a) Fijar los criterios de actuación del Servicio Catalán de la Salud, de acuerdo con las directrices del Departamento de Sanidad y Seguridad Social y del Consejo Ejecutivo, en el marco de la política sanitaria de la Generalidad, y establecer los criterios generales de coordinación de todo el dispositivo sanitario público y de cobertura pública, especialmente en las actividades que llevan a término las Regiones Sanitarias.
 - b) Elaborar el anteproyecto del Plan de Salud de Catalunya.

- c) Aprobar las propuestas generales en materia de ordenación y planificación sanitaria, sociosanitaria y de salud pública, de acuerdo con las previsiones del Plan de Salud de Catalunya.
- d) Aprobar las propuestas de programas de actuación y de inversiones generales del Servicio Catalán de la Salud.
- e) Aprobar la propuesta del anteproyecto de presupuesto de ingresos y gastos anuales del Servicio Catalán de la Salud y presentarla al Departamento de Sanidad y Seguridad Social para que la incorporen al anteproyecto general de éste y le proporcionen el trámite establecido en la Ley de Finanzas Públicas de Catalunya.
- f) Aprobar el estado de cuentas y los documentos relativos a la gestión económica y contable del Servicio Catalán de la Salud y presentarlos al Departamento de Sanidad y Seguridad Social.
- g) Fijar los criterios generales, y establecer y actualizar los acuerdos, los convenios y los conciertos para la prestación de los servicios, teniendo en cuenta, con carácter previo, la utilización óptima de los recursos sanitarios públicos.
- h) Aprobar los planes de salud de las diferentes Regiones y Sectores Sanitarios, de acuerdo con las normas, las directrices y los programas del Consejo Ejecutivo y del Plan de Salud de Catalunya.
- i) Acordar el establecimiento de fórmulas de gestión integrada o compartida con entidades públicas o privadas.
- j) Establecer las directrices generales y los criterios de actuación a que se refiere el artículo 7, apartado 1, epígrafe f], y planificar con criterios de racionalización los recursos sanitarios en Catalunya de acuerdo con las directrices del Consejo Ejecutivo, así como las medidas necesarias para la mejor prestación de los servicios que gestiona.
- k) Proponer al Departamento de Sanidad y Seguridad Social los precios y las tarifas para la prestación y la concertación de servicios, así como su modificación y revisión.
- l) Proponer al Departamento de Sanidad y Seguridad Social, a los efectos de su presentación al Consejo Ejecutivo de la Generalidad, la constitución de organismos, la formación de consorcios y la creación, por parte del Servicio Catalán de la Salud, de cualesquiera otras entidades admitidas en derecho o su participación en éstas.
- m) Aprobar las propuestas de normativa en las materias sometidas al ámbito de competencia del Servicio Catalán de la Salud, y presentarlas

- al Departamento de Sanidad y Seguridad Social con objetivo de su tramitación.
- n) Proponer al Departamento de Sanidad y Seguridad Social la relación de plazas de trabajo del Servicio Catalán de la Salud.
 - o) Proponer al Departamento de Sanidad y Seguridad Social el nombramiento y el cesamiento de los gerentes de las Regiones Sanitarias.
 - p) Aprobar, si es necesario, la Memoria anual del Servicio Catalán de la Salud.
 - q) Acordar la delegación de funciones a que hace referencia el artículo 22, apartado 3.
 - r) Autorizar la delegación de funciones prevista en el artículo 17.
 - s) Aprobar el reglamento—marco de funcionamiento interno de los Consejos de Dirección de las Regiones Sanitarias.
 - t) Cualesquiera otras no asignadas a los restantes órganos del Servicio Catalán de la Salud que le puedan corresponder por ley o por reglamento.
2. Los acuerdos se han de adoptar por mayoría simple, excepto aquellos a que se refiere los epígrafes a] y e] del apartado anterior, que se han de acordar por mayoría de los dos tercios de los miembros del Consejo de Dirección. También, en lo referente al apartado a], es suficiente la mayoría absoluta si, transcurrido un mes, no se consigue la mayoría cualificada de dos tercios. En lo referente al apartado e], en el caso de no se conseguir acuerdo por mayoría de los dos tercios, la propuesta del anteproyecto de presupuesto es remitida igualmente al Departamento de Sanidad y Seguridad Social para que dentro del plazo legal, pueda seguir el curso que corresponda, haciendo constar como anexo el sentido del voto de cada uno de los miembros del Consejo de Dirección.

Artículo 15

Régimen de funcionamiento

1. El Consejo de Dirección se ha de reunir en sesión ordinaria como mínimo una vez cada dos meses, y, también, en caso de urgencia a criterio del Presidente o cuando lo soliciten un mínimo de cinco miembros, con

- tal de decidir sobre las cuestiones que estos soliciten. Desde la solicitud hasta la reunión no puede transcurrir un plazo superior a quince días.
2. La convocatoria, que corresponde al Presidente, se ha de hacer por escrito, con antelación suficiente o dentro del plazo establecido en el apartado anterior, y de acuerdo con la orden del día que recoge los puntos a tratar en cada sesión, que es elaborado por el Secretario con el visto bueno del Presidente. Para la inclusión de un nuevo punto en la orden del día el Consejo tiene que aceptar tratarlo por mayoría absoluta.
 3. El Consejo de Dirección ha de aprobar su reglamento de funcionamiento interno, que se ha de ajustar al que prevé esta Ley y las normas que la desarrollen.

Sección 2

El Director

Artículo 16

Naturaleza

1. El Director asume la dirección y la gestión del Servicio Catalán de la Salud, así como la representación plena del Consejo de Dirección del ente en relación con la ejecución de los acuerdos adoptados por éste, sin perjuicio de lo que prevé el artículo 28.
Su nombramiento y su cesamiento se han de acordar por el Consejo Ejecutivo de la Generalidad, a propuesta del Consejero de Sanidad y Seguridad Social.
2. El cargo de Director se desarrolla en régimen de dedicación exclusiva, y a su titular le son aplicables las mismas causas específicas de incompatibilidad que prevé el artículo 13, apartado 3.

Artículo 17

Funciones

1. Corresponden al Director las siguientes funciones:
 - a) Cumplir y hacer cumplir las disposiciones que regulen la actuación del Servicio Catalán de la Salud y los acuerdos adoptados por el Consejo de Dirección en las materias que son de su competencia.

- b) Someter a aprobación del Consejo de Dirección las propuestas generales de ordenación y planificación sanitaria, sociosanitaria y de salud pública; los proyectos relativos a programas de actuación y de inversiones generales; la propuesta del anteproyecto de presupuesto, el estado de cuentas y los documentos relativos a la gestión económica y contable; los criterios generales y el establecimiento y la actualización de acuerdos, convenios y conciertos para la prestación de los servicios; el establecimiento de fórmulas de gestión integrada o compartida con entidades públicas y privadas, especialmente sin ánimo de lucro; las directrices generales y los criterios de actuación vinculadas a los centros, los servicios y los establecimientos adscritos funcionalmente al Servicio Catalán de la Salud, con relación a su coordinación con el dispositivo sanitario público, y la Memoria anual del Servicio.
- c) Proponer al Consejo de Dirección propuestas relativas a la fijación de los precios y las tarifas para la prestación y la concertación de servicios, la constitución de organismos, la formación de consorcios y la creación, por parte del Servicio Catalán de la Salud, de cualesquiera otras entidades admitidas en derecho o su participación en éstas, y la normativa en las materias sometidas al ámbito de competencia de este ente, a los efectos de su posterior tramitación, si fuera necesario.
- d) Impulsar, coordinar, inspeccionar y evaluar los órganos del Servicio Catalán de la Salud, sin perjuicio de las facultades del Departamento de Sanidad y Seguridad Social en estas materias.
- e) Dictar las instrucciones y las circulares relativas al funcionamiento y la organización interna del Servicio Catalán de la Salud, sin perjuicio de las facultades del Consejo de Dirección.
- f) Actuar como órgano de contratación del Servicio Catalán de la Salud.
- g) Autorizar los gastos y proponer los pagos del Servicio Catalán de la Salud.
- h) Asumir la dirección del personal del Servicio Catalán de la Salud.
- i) Proponer al Consejo de Dirección las propuestas relativas a la relación de plazas de trabajo del Servicio Catalán de la Salud.
- j) Tener la representación legal del Servicio Catalán de la Salud en todo tipo de actuaciones, salvo lo que dispone el artículo 61.

2. El Director puede delegar en los gerentes de las Regiones Sanitarias funciones específicas con relación a su respectivo ámbito de actuación, con la autorización previa del Consejo de Dirección del Servicio Catalán de la Salud.

Sección 3

El Consejo Catalán de la Salud

Artículo 18

Composición

1. El Consejo Catalán de la Salud es el órgano central de participación comunitaria en el sistema sanitario público de Catalunya.
2. El Consejo Catalán de la Salud está compuesto por los siguientes miembros:
 - a) Nueve vocales en representación de la Generalidad, uno de los cuáles actúa como secretario.
 - b) Cuatro en representación de los Consejos Comarcales de Catalunya.
 - c) Cuatro en representación de los Ayuntamientos de Catalunya.
 - d) Cuatro en representación de las organizaciones sindicales más representativas de Catalunya.
 - e) Tres en representación de las organizaciones sindicales más representativas en el ámbito sanitario de Catalunya.
 - f) Cuatro en representación de las organizaciones empresariales más representativas de Catalunya.
 - g) Tres en representación de las corporaciones empresariales más representativas en el ámbito sanitario de Catalunya.
 - h) Tres en representación de las organizaciones de consumidores y usuarios más representativas de Catalunya.
 - i) Tres en representación de las corporaciones profesionales sanitarias de Catalunya.
 - j) Dos en representación de las universidades catalanas.
 - k) Uno en representación de las entidades científicas.
1. El titular del Departamento de Sanidad y Seguridad Social tiene la presidencia del Consejo, que puede delegar en el Director del Servicio Catalán de la Salud, y no computa como vocal representante de la Generalidad.

2. Los miembros del Consejo Catalán de la Salud son nombrados y cesados del cargo por el Consejero de Sanidad y Seguridad Social, a propuesta de cada una de las representaciones que lo componen. El nombramiento se hace por un período máximo de cuatro años, sin perjuicio que los interesados puedan ser reelegidos sucesivamente, siempre que dispongan de la representación requerida.
3. Por reglamento, se ha de fijar el sistema para la designación de los representantes de los Consejos Comarcales y de los Ayuntamientos en el Consejo Catalán de la Salud, los cuáles han de ser escogidos entre los representantes de las corporaciones locales que forman parte de los Consejos de Salud de las Regiones Sanitarias.

Artículo 19

Funciones

1. El Consejo Catalán de la Salud ejerce funciones de asesoramiento, consulta, seguimiento y supervisión y, entre éstas, las siguientes:
 - a) Asesorar al Consejo de Dirección del Servicio Catalán de la Salud en todos los asuntos relacionados con la atención sanitaria, sociosanitaria y la protección de la salud, y formulará propuestas.
 - b) Velar para que las actuaciones de todos los servicios, los centros y los establecimientos sanitarios que satisfacen necesidades del sistema sanitario público catalán se adecuen a la normativa sanitaria correspondiente y se desarrollen de acuerdo con las necesidades sociales y con las posibilidades económicas del sector público.
 - c) Informar, con carácter previo a su aprobación, sobre el anteproyecto del Plan de Salud de Catalunya.
 - d) Conocer la propuesta del anteproyecto de presupuesto del Servicio Catalán de la Salud e informar sobre ésta, antes de su aprobación.
 - e) Conocer la Memoria anual del Servicio Catalán de la Salud e informar sobre ésta, antes de su aprobación.
 - f) Realizar cualesquiera otras tareas que le sean atribuidas por ley o por reglamento.
2. El Servicio Catalán de la Salud ha de facilitar al Consejo la documentación y los medios materiales y personales necesarios para el cumplimiento de las funciones encomendadas.

Artículo 20

Régimen de organización y funcionamiento

1. El Consejo Catalán de la Salud se ha de reunir, como mínimo, una vez cada dos meses, y cuando acuerde su Presidente, que ha de tramitar las convocatorias oportunas con exposición de los asuntos a tratar, bien a iniciativa propia, bien a solicitud de una cuarta parte de los miembros que lo componen.
2. Las resoluciones o los acuerdos se han de adoptar por mayoría simple de los miembros presentes, y el Presidente ha de dirimir los empates.
3. El Consejo Catalán de la Salud ha de aprobar su reglamento de funcionamiento interno, el cual ha de ser autorizado por el Departamento de Sanidad y Seguridad Social y se ha de ajustar a las previsiones contenidas en esta Ley y en las disposiciones que por reglamento se establezcan. En todo caso, el sistema de funcionamiento y de actuación ha de hacer posible que las posiciones minoritarias sean suficientemente recogidas y puedan ser conocidas y ponderadas.
4. El Consejo Catalán de la Salud puede crear las comisiones específicas y los grupos de trabajo que considera necesario para el desarrollo adecuado de sus funciones.

CAPÍTULO 2

DE LA REGIÓN SANITARIA

Artículo 21

Naturaleza

1. El Servicio Catalán de la Salud se ordena en demarcaciones territoriales denominadas Regiones Sanitarias, que equivalen a las Áreas de Salud previstas en la Ley General de Sanidad, las cuales se delimitan atendiendo a factores geográficos socioeconómicos, demográficos, laborales, epidemiológicos, culturales, climáticos, de vías y medios de comunicación homogéneos, así como de instalaciones sanitarias existentes, siempre teniendo en cuenta la ordenación territorial de Catalunya. Las Regiones Sanitarias han de contar con una dotación de recursos sanitarios de atención primaria integral de la salud y de

atención especializada y hospitalaria suficiente y adecuada para atender las necesidades de la población comprendida dentro de su territorio respectivo, sin perjuicio de la existencia de centros, servicios y establecimientos sanitarios públicos o de cobertura pública que, por razón de su alto nivel de especialización, tengan asignado un ámbito de influencia supraregional.

2. Las Regiones Sanitarias constituyen órganos desconcentrados de gestión del sistema sanitario público de Catalunya y les corresponde el desarrollo de las funciones atribuidas como propias o que les sean delegados por los órganos centrales del Servicio Catalán de la Salud.

Artículo 22

Funciones

1. De acuerdo con los criterios generales establecidos por el Consejo de Dirección del Servicio Catalán de la Salud, las Regiones Sanitarias han de desarrollar, dentro de su específico ámbito territorial de actuación, las siguientes funciones propias:
 - a) La distribución de los recursos económicos relacionados con la financiación de los servicios y las prestaciones que configuran el sistema sanitario público y de cobertura pública.
 - b) La gestión y la administración de los centros, los servicios y los establecimientos sanitarios y sociosanitarios integrados en el Servicio Catalán de la Salud, y de los servicios administrativos que conforman su estructura.
 - c) La gestión y la ejecución de las actuaciones y los programas institucionales en materia de promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria y sociosanitaria, y rehabilitación, de acuerdo con el Plan de Salud de la Región.
 - d) La gestión de los servicios y las prestaciones del sistema sanitario público de Catalunya.
 - e) La gestión de los acuerdos, los convenios y los conciertos suscritos para la prestación de los servicios.
 - f) El control de la aplicación de las directrices generales y los criterios de actuación a que se refiere el artículo 7, apartado 1, epígrafe f].

2. Para el ejercicio de las funciones a que se refieren los epígrafes b], c] y d] del apartado anterior, se puede utilizar cualesquiera de las fórmulas previstas en el artículo 7, apartado 2 de esta Ley.
3. Además de las funciones propias que les encomiendan, las Regiones Sanitarias han de desarrollar las funciones en materia de ordenación, planificación, programación y evaluación sanitaria, sociosanitaria y de salud pública, y de establecimiento y actualización de acuerdos, convenios y conciertos para la prestación de los servicios que, en relación con su respectivo ámbito territorial, les sean delegadas específicamente por el Consejo de Dirección del Servicio Catalán de la Salud.
4. Las actividades que llevan a término las Regiones Sanitarias al amparo de lo previsto en los apartados anteriores han de ser debidamente coordinadas por el Consejo de Dirección del Servicio Catalán de la Salud, el cual ha de adoptar en cada momento las medidas que considera más oportunas a este efecto, en el ámbito de sus propias competencias.

Artículo 23

Objetivos

En el marco de las finalidades atribuidas al Servicio Catalán de la Salud, las Regiones Sanitarias han de tener especial énfasis en conseguir:

- a) Una organización sanitaria eficiente y cerca del usuario.
- b) La participación efectiva de la comunidad en las actuaciones y los programas sanitarios.
- c) Una organización integrada de los servicios de promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad y atención primaria en el ámbito comunitario.
- d) La potenciación del trabajo en equipo en el marco de la atención primaria de salud.
- e) La continuidad adecuada entre la atención primaria y la atención especializada y hospitalaria.
- f) La correlación adecuada entre los servicios sanitarios, sociosanitarios y sociales.
- g) La coordinación óptima de las actuaciones de la Región Sanitaria con las funciones de control sanitario propias de los Ayuntamientos.
- h) La aproximación y la accesibilidad de los servicios a toda la población.

Artículo 24

Estructura

La Región Sanitaria se estructura en los siguientes órganos:

1.1 De dirección y gestión

- a) El Consejo de Dirección.
- b) El Gerente.
- c) Los órganos u organismos y los servicios y las unidades que se establezcan por reglamento.

1.2. De participación

- a) El Consejo de Salud.

Sección 1

El Consejo de Dirección de la Región Sanitaria

Artículo 25

Composición

1. El Consejo de Dirección, órgano superior de gobierno de la Región Sanitaria, está formado por:
 - a) Seis representantes del Departamento de Sanidad y Seguridad Social.
 - b) Dos representantes de los Consejos Comarcales del territorio de la Región correspondiente.
 - c) Dos representantes de los Ayuntamientos del territorio de la Región correspondiente.
2. Los miembros del Consejo de Dirección de la Región Sanitaria son nombrados y cesados del cargo por el Consejero de Sanidad y Seguridad Social, a propuesta de cada una de las representaciones que lo componen. El nombramiento se hace por un período máximo de cuatro años, sin perjuicio que los interesados puedan ser reelegidos sucesivamente, siempre que dispongan de la representación requerida.
3. Por reglamento, se ha de fijar el sistema para la designación de los representantes de los Consejos Comarcales y de los Ayuntamientos en el Consejo de Dirección de la Región Sanitaria, los cuáles han de ser

escogidos entre los representantes de las Corporaciones Locales que forman parte del Consejo de Salud de la Región.

4. El Presidente del Consejo, que tiene la representación institucional del Servicio Catalán de la Salud en el ámbito territorial de la Región Sanitaria, es nombrado por el Consejero de Sanidad y Seguridad Social entre los representantes del Departamento que forman parte.
5. El Vicepresidente es nombrado por el Consejero de Sanidad y Seguridad Social, a propuesta y entre los representantes de las Corporaciones Locales.
6. Con relación a los miembros del Consejo de Dirección de la Región Sanitaria, rigen las mismas normas de incompatibilidad que establece el artículo 13, apartado 3.
7. A las sesiones del Consejo de Dirección asisten, con voz pero sin voto, el Gerente de la Región Sanitaria y, así mismo, un técnico superior de la Región escogido por el Presidente, que actúa como Secretario.

Artículo 26

Funciones

1. Corresponde al Consejo de Dirección de la Región Sanitaria el desarrollo de las siguientes funciones:
 - a) Formular programas de actuación de la Región Sanitaria, de acuerdo con las directrices establecidas por el Consejo de Dirección del Servicio Catalán de la Salud.
 - b) Formular el anteproyecto del Plan de Salud de la Región Sanitaria.
 - c) Formular el proyecto del plan de inversiones de la Región Sanitaria.
 - d) Aprobar la propuesta del anteproyecto de presupuesto de ingresos y gastos anuales de la Región Sanitaria y presentarlo al Consejo de Dirección del Servicio Catalán de la Salud, por medio del Director, a los efectos de su tramitación.
 - e) Aprobar y proponer al Consejo de Dirección del Servicio Catalán de la Salud, por medio del Director, el estado de cuentas y los documentos relativos a la gestión económica y contable de la Región Sanitaria.
 - f) Proponer al Consejo de Dirección del Servicio Catalán de la Salud, por medio de su Director, el establecimiento y la actualización de acuerdos, convenios y conciertos para la prestación de los servicios,

- sin perjuicio del que prevé el epígrafe k], y el establecimiento de fórmulas de gestión integrada o compartida con entidades públicas o privadas.
- g) Proponer propuestas al Consejo de Dirección del Servicio Catalán de la Salud, a través de su Director, cuanto a la constitución de organismos, la formación de consorcios y la creación, por parte del Servicio Catalán de la Salud, de cualesquiera otras entidades admitidas en derecho o su participación en éstas, de acuerdo con lo que prevé el artículo 7, apartado 2.
 - h) Proponer al Consejo de Dirección del Servicio Catalán de la Salud, por medio del Director, propuestas relativas a la relación de plazas de trabajo de la Región Sanitaria, a los efectos de su posterior tramitación
 - i) Aprobar, si necesario, la Memoria anual de la Región Sanitaria.
 - j) Proponer al Departamento de Sanidad y Seguridad Social el representante de la Región Sanitaria en el Consejo de Dirección del Servicio Catalán de la Salud.
 - k) Aquellas funciones que en materia de ordenación, planificación, programación y evaluación sanitaria, sociosanitaria y de salud pública, y de establecimiento y actualización de acuerdos, convenios y conciertos para la prestación de los servicios le sean delegadas específicamente por el Consejo de Dirección del Servicio Catalán de la Salud, de acuerdo con lo que prevé el artículo 22, apartado 3, y cualesquiera otras no atribuidas de manera expresa a los restantes órganos de la Región Sanitaria que le puedan corresponder por ley o por reglamento.
2. Los acuerdos se han de adoptar por mayoría absoluta, excepto aquellos a que se refiere el epígrafe b] del apartado anterior, que se han de acordar por mayoría de los dos tercios de los miembros del Consejo de Dirección. También es suficiente la mayoría absoluta si, transcurrido un mes desde la sesión en que no se consigue la mayoría de los dos tercios, no se llegue a un acuerdo por mayoría cualificada.

Artículo 27

Régimen de funcionamiento

1. El Consejo de Dirección se ha de reunir, como mínimo, una vez cada dos meses y, también, en caso de urgencia a juicio del Presidente o cuando soliciten el cuarenta por ciento de sus componentes.
2. Para la convocatoria y la fijación del orden del día se han de seguir las normas establecidos por el artículo 15, apartado 2.
3. El Consejo de Dirección de la Región Sanitaria ha de aprobar sus normas de régimen interno con sujeción al reglamento—marco que ha de establecer el Consejo de Dirección del Servicio Catalán de la Salud.

Sección 2

El Gerente de la Región Sanitaria

Artículo 28

Naturaleza

1. El Gerente asume la dirección y la gestión de la respectiva Región Sanitaria, así como la representación plena del Consejo de Dirección en relación con la ejecución de los acuerdos que este adopte. Su nombramiento y cesamiento lo acuerda el Consejero de Sanidad y Seguridad Social, a propuesta del Consejo de Dirección del Servicio Catalán de la Salud.
2. El cargo de Gerente se desarrolla en régimen de dedicación exclusiva, y a su titular le son aplicables las mismas causas específicas de incompatibilidad que prevé el artículo 13, apartado 3.

Artículo 29

Funciones

Corresponde al Gerente el ejercicio de las siguientes funciones:

- a) Cumplir y hacer cumplir las disposiciones que regulan la actuación del Servicio Catalán de la Salud en el marco de la Región Sanitaria, y

- los acuerdos adoptados por el Consejo de Dirección de la Región en las materias que son de su competencia.
- b) Gestionar los acuerdos, los convenios y los conciertos suscritos para la prestación de los servicios.
 - c) Controlar la aplicación de las directrices generales y los criterios de actuación a que se refiere el artículo 7, apartado 1, epígrafe f], y dar cuenta de su incumplimiento al Director del Servicio Catalán de la Salud.
 - d) Someter a la aprobación del Consejo de Dirección de la Región Sanitaria los proyectos relativos a los programas de actuación y de inversiones, la propuesta del anteproyecto de presupuesto, el estado de cuentas y los documentos relativos a la gestión económica y contable, y la Memoria anual de la Región.
 - e) Así mismo, puede proponer propuestas al Consejo de Dirección de la Región Sanitaria en relación con el establecimiento y la actualización de acuerdos, convenios y conciertos para la prestación de servicios, el establecimiento de fórmulas de gestión integrada o compartida con entidades públicas o privadas, la creación de organismos, la formación de consorcios y la creación, por parte del Servicio Catalán de la Salud, de cualesquiera otras entidades admitidas en derecho o su participación en éstas.
 - f) Impulsar, coordinar, inspeccionar y evaluar los servicios y las unidades de la Región Sanitaria, sin perjuicio de las facultades de los órganos centrales del Servicio Catalán de la Salud y del Departamento de Sanidad y Seguridad Social.
 - g) Dictar las instrucciones y las circulares internas relativas al funcionamiento y la organización de la Región Sanitaria, sin perjuicio de las facultades de los órganos centrales del Servicio Catalán de la Salud y del Consejo de Dirección de la Región.
 - h) Autorizar los gastos y proponer los pagos de la Región Sanitaria.
 - i) Gestionar el personal adscrito a la Región Sanitaria, elaborar las propuestas relativas a la relación de plazas de trabajo y presentarlas al Consejo de Dirección para su posterior tramitación.
 - j) Aquellas funciones que le sean delegadas expresamente por el Director del Servicio Catalán de la Salud, de acuerdo con lo que dispone el artículo 17.2.

Sección 3

El Consejo de Salud

Artículo 30

Composición

1. El Consejo de Salud de la Región Sanitaria es el órgano de participación comunitaria en las demarcaciones territoriales del Servicio Catalán de la Salud y se compone de los siguientes miembros:
 - a) Cuatro representantes de la Generalidad de Catalunya, uno de los cuáles no es el Presidente.
 - b) Dos representantes de los Consejos Comarcales del territorio de la Región correspondiente.
 - c) Dos representantes de los Ayuntamientos del territorio de la Región correspondiente.
 - d) Dos representantes de las organizaciones sindicales más representativas en el ámbito territorial de la Región.
 - e) Dos representantes de las organizaciones empresariales más representativas en el ámbito territorial de la Región.
 - f) Un representante de las asociaciones de consumidores y usuarios más representativas en el ámbito territorial de la Región.
 - g) Un representante de las corporaciones sanitarias profesionales.Actúa como secretario uno de los miembros del Consejo de Salud.
2. Los miembros del Consejo de Salud de la Región Sanitaria son nombrados y cesados del cargo por el Consejero de Sanidad y Seguridad Social, a propuesta de cada una de las representaciones que lo componen. El nombramiento se hace por un período máximo de cuatro años, sin perjuicio que los interesados puedan ser reelegidos sucesivamente, siempre que dispongan de la representación requerida.
3. Por reglamento, se ha de fijar el sistema de designación de los representantes de los Consejos Comarcales y de los Ayuntamientos en el Consejo de Salud de la Región Sanitaria.

Artículo 31

Funciones

1. Corresponde al Consejo de Salud, en su calidad de órgano de asesoramiento, consulta, seguimiento y supervisión de la actividad de la respectiva Región, ejercer las siguientes funciones:
 - a) Asesorar y formular propuestas al Consejo de Dirección de la Región en los asuntos relacionados con la protección de la salud y la atención sanitaria en su territorio.
 - b) Verificar que las actuaciones en la Región Sanitaria se adecuen a la normativa sanitaria y se desarrollen de acuerdo con las necesidades sociales y las posibilidades económicas del sector público.
 - c) Promover la participación de la comunidad en los centros y los establecimientos sanitarios.
 - d) Conocer el anteproyecto del Plan de Salud de la Región e informar sobre este, antes de su aprobación.
 - e) Conocer el anteproyecto de presupuesto de la Región Sanitaria e informar sobre éste, antes de su aprobación.
 - f) Conocer la Memoria anual de la Región Sanitaria e informar sobre ésta, incluyendo los resultados económicos y sanitarios de la Región, antes de su aprobación.
 - g) Cualesquiera otras que le sean atribuidas por ley o por reglamento.
2. La Región Sanitaria ha de facilitar al Consejo la documentación y los medios materiales y personales necesarios para el cumplimiento de las funciones encomendadas.

Artículo 32

Régimen y funcionamiento

1. El Consejo de Salud se ha de reunir, como mínimo, una vez cada seis meses, y cuando acuerde su Presidente, el cual ha de tramitar la convocatoria oportuna, con exposición de los asuntos a tratar, bien, a iniciativa propia, bien, a solicitud de una cuarta parte de los miembros que lo componen, con tal de decidir sobre las cuestiones que éstos soliciten.

2. Las resoluciones o los acuerdos se han de adoptar por mayoría simple de los miembros presentes, y el Presidente ha de dirimir los empates.
3. El Consejo de Salud de la Región Sanitaria ha de aprobar su reglamento de funcionamiento interno, el cual ha de ser autorizado por el Departamento de Sanidad y Seguridad Social. En todo caso, se ha de tener en cuenta el que dispone el artículo 20, apartado 3 de esta Ley en relación con las posiciones minoritarias que puedan producirse en el seno del Consejo de Salud.
4. El Consejo de Salud de la Región Sanitaria puede crear las comisiones específicas y los grupos de trabajo que considere necesario con vista al desarrollo adecuado de sus funciones.

CAPÍTULO 3

ORDENACIÓN SANITARIA TERRITORIAL

Sección 1

El Sector Sanitario

Artículo 33

Naturaleza y funciones

1. La Región Sanitaria se ordena en subunidades territoriales integradas, que son conformadas para un conjunto de Áreas Básicas de Salud, y cuentan con una estructura desconcentrada de dirección, gestión y participación comunitaria, denominados Sectores Sanitarios.
2. En el ámbito del Sector Sanitario se desarrollan y se coordinan las actividades de prevención de la enfermedad, promoción de la salud y salud pública, la asistencia sanitaria y sociosanitaria en su nivel de atención primaria, y las especialidades médicas de soporte y referentes a ésta. Así mismo, cada Sector tiene asignado un hospital de referencia entre los incluidos dentro la Red Hospitalaria de Utilización Pública, a fin de garantizar la adecuada atención hospitalaria de la población comprendida en su territorio.
3. La Región Sanitaria, por medio de la estructura de dirección y gestión del Sector Sanitario, gestiona directamente los Equipos de Atención Primaria de las Áreas Básicas de Salud correspondientes, y los servicios

jerarquizados de especialidades médicas de soporte y referencia de aquellas, sin perjuicio del que prevé el artículo 7, apartado 2, y coordina las actividades de prevención de la enfermedad, promoción de la salud y salud pública, y también los recursos sanitarios, hospitalarios y extrahospitalarios, y sociosanitarios públicos y de cobertura pública situados en el ámbito territorial específico del Sector.

Artículo 34

El Consejo de Dirección

1. El Consejo de Dirección, órgano de gobierno del Sector Sanitario, está formado por:
 - 1.1. Tres representantes del Departamento de Sanidad, que son:
 - a) El Director del Sector, que no es el presidente.
 - b) El Director Médico del Sector.
 - c) El Director de Enfermería del Sector.
 - 1.2. Dos representantes de las corporaciones locales, que son:
 - a) Un representante del Consejo o de los Consejos Comarcales del territorio del Sector correspondiente.
 - b) Un representante del Ayuntamiento o de los Ayuntamientos del Sector correspondiente.
2. Cuando los asuntos a tratar por el Consejo de Dirección afecten unidades funcionales del Sector Sanitario al frente de las cuáles existan un responsable, éste ha de asistir la reunión, con voz pero sin voto.
3. Los miembros del Consejo de Dirección del Sector Sanitario son nombrados y cesados del cargo por el Consejero de Sanidad y Seguridad Social, a propuesta de las representaciones que lo componen. El nombramiento se hace por un período máximo de cuatro años, sin perjuicio de que los interesados puedan ser reelegidos sucesivamente, siempre que dispongan de la representación requerida.
4. Por reglamento, se ha de fijar el sistema para la designación de los representantes de los Consejos Comarcales y de los Ayuntamientos en el Consejo de Dirección del Sector Sanitario.
5. Con relación a los miembros del Consejo de Dirección del Sector Sanitario, rigen las mismas normas de incompatibilidad que contemplan el artículo 13, apartado 3.

Artículo 35

Funciones

1. Corresponde al Consejo de Dirección del Sector Sanitario el desarrollo de las siguientes funciones:
 - a) Elaborar el Plan de Salud en el ámbito territorial del Sector.
 - b) Analizar los objetivos del Sector y hacer un seguimiento, adaptando los programas de actuación sociosanitaria a los referidos objetivos.
 - c) Analizar la propuesta de presupuesto del Sector y dar la conformidad a los efectos de su posterior tramitación.
 - d) Aprobar la Memoria anual del Sector.
 - e) Evaluar de forma continuada la calidad de la asistencia prestada por los centros, los servicios y los establecimientos adscritos al Sector y establecer las medidas oportunas con tal de mejorar su funcionamiento.
 - f) Estudiar y establecer las medidas adecuadas con tal de mejorar la organización y el funcionamiento interno de las diferentes unidades que conforman el Sector Sanitario.
 - g) Definir la política de personal del Sector, de acuerdo con las directrices establecidas por los órganos competentes del Servicio Catalán de la Salud.
2. Los acuerdos del Consejo de Dirección se han de adoptar por mayoría absoluta de los miembros que lo componen.

Artículo 36

Régimen de funcionamiento

1. El Consejo de Dirección se ha de reunir, como mínimo, una vez cada dos meses y, también, en caso de urgencia a juicio del Presidente, o cuando lo soliciten dos de sus miembros.
2. Para la convocatoria y la fijación del orden del día se habrán de seguir las normas establecidas por el artículo 15, apartado 2.
3. El Consejo de Dirección del Sector Sanitario ha de aprobar su reglamento de funcionamiento interno con subordinación al reglamento—marco que ha de establecer el Consejo de Dirección del Servicio Catalán de la Salud.

Artículo 37

El Director del Sector

1. El Director del Sector es la máxima autoridad del Sector Sanitario y depende jerárquicamente y funcionalmente del Gerente de la Región Sanitaria.
2. Son funciones del Director del Sector:
 - a) Asumir la representación del Sector Sanitario.
 - b) Promover la consecución de los objetivos asignados al Sector Sanitario, con plena responsabilidad sobre la programación, la gestión, la dirección y la evaluación de las actividades del Sector.
 - c) Gestionar y coordinar los centros, los servicios, los establecimientos y los recursos adscritos al Sector.
 - d) Elaborar periódicamente los informes oportunos sobre la actividad del Sector Sanitario.
 - e) Tomar nota de su gestión a los órganos competentes del Servicio Catalán de la Salud, como también de todas aquellas cuestiones que, en relación con ésta, le sean solicitadas.
 - f) Presentar la propuesta de presupuesto y la Memoria anual del Sector al Consejo de Dirección.
3. Para el desarrollo de sus funciones, el Director del Sector dispone de las siguientes unidades funcionales, que de él dependen directamente:
 - a) La Unidad Médica.
 - b) La Unidad de Enfermería.
 - c) La Unidad de Admisiones y Atención al Usuario.

Por reglamento, se han de establecer aquellas otras unidades funcionales que sean necesarias para la gestión y la administración correctas del Sector Sanitario.

4. Al frente de cada una de estas unidades habrá un director, que no es el responsable.

Artículo 38

El Consejo de Participación

El Consejo de Participación, órgano de asesoramiento, consulta y participación comunitaria, ha de informar, asesorar y formular propuestas a los órganos de dirección del Sector Sanitario sobre cualesquiera cuestiones relativas a las

actividades que se desarrollan en el ámbito del Sector, su adecuación a la normativa sanitaria y a las necesidades sociales de la población, y ha de impulsar la participación de la comunidad en los centros y en los establecimientos sanitarios.

Artículo 39

Composición

1. El Consejo de Participación del Sector Sanitario tiene la siguiente composición:
 - a) Cuatro representantes del Departamento de Sanidad y Seguridad Social, uno de los cuáles no es el Presidente.
 - b) Dos representantes de las organizaciones sindicales más representativas en el ámbito del Sector correspondiente.
 - c) Dos representantes de las asociaciones de consumidores y usuarios más representativas en el ámbito del Sector correspondiente.
2. Los miembros del Consejo de Participación son nombrados y cesados del cargo por el Consejero de Sanidad y Seguridad Social, a propuesta de cada una de las representaciones que lo componen. El nombramiento se hace por un período de cuatro años, sin perjuicio de que los interesados puedan ser reelegidos sucesivamente, siempre que dispongan de la representación requerida.
3. Por reglamento se ha de fijar el sistema para la designación de los representantes de las asociaciones de consumidores y de usuarios más representativas.

Artículo 40

Régimen de funcionamiento

1. El Consejo de Participación del Sector Sanitario se ha de reunir, como mínimo, una vez cada seis meses, y cuando acuerde su Presidente, el cual ha de tramitar la convocatoria oportuna, con exposición de los asuntos a tratar, bien, a iniciativa propia, bien, a solicitud de una cuarta parte de los miembros que lo componen.
2. Las resoluciones o los acuerdos se han de adoptar por mayoría simple de los miembros presentes y el Presidente ha de dirimir los empates.

3. El Consejo de Participación del Sector Sanitario ha de aprobar su reglamento de funcionamiento interno, el cual ha de ser autorizado por el Departamento de Sanidad y Seguridad Social.
4. El Consejo de Participación puede crear las comisiones específicas y los grupos de trabajo que considere necesarios con vista al desarrollo adecuado de sus funciones.

Sección 2

La Área Básica de Salud

Artículo 41

Naturaleza y funciones

1. La Área Básica de Salud es la unidad territorial elemental donde se presta la atención primaria de la salud de acceso directo de la población, y que constituye el eje vertebrador del sistema sanitario en el ámbito de la cual desarrolla sus actividades el Equipo de Atención Primaria.
2. El Equipo de Atención Primaria es el conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios, con actuación en el Área Básica de Salud, que desarrolla de manera integrada, por medio del trabajo en equipo, actuaciones relativas a la salud pública y la promoción, la prevención, la curación y la rehabilitación de la salud individual y colectiva de la población del Área Básica. Estas actividades se realizan principalmente en el marco de una estructura física y funcional denominada Centro de Atención Primaria. Integran el Equipo de Atención Primaria:
 - 2.1. Personal sanitario.
 - 2.0.1. Personal médico: Médicos generales de atención primaria. Pediatras puericultores de atención primaria. Odontólogos estomatólogos de atención primaria.
 - 2.0.2. Personal auxiliar sanitario: Ayudantes técnicos sanitarios diplomados en enfermería de atención primaria. Auxiliares de clínica de atención primaria.
 - 2.0.3. Asistentes sociales de atención primaria.
 - 2.0.4. Aquellos profesionales sanitarios o vinculados a la sanidad que se determinan en función de las necesidades asistenciales del área.

- 2.2. Personal no sanitario.
- 2.3. Los funcionarios sanitarios locales de los cuerpos de médicos y practicantes titulares, que se han de incorporar al Equipo de Atención Primaria en los términos que prevé la normativa vigente.
3. Para desarrollar una mejor atención integral se ha de potenciar que los Equipos de Atención primaria se coordinen con los recursos sociales de las Administraciones locales existentes.

Artículo 42

Delimitación y coordinación

1. Las Áreas Básicas de Salud se delimitan atendiendo factores geográficos, demográficos, sociales, epidemiológicos y de vías de comunicación homogéneas, y cuentan, como mínimo, con un centro de Atención Primaria.
2. En el ámbito de cada Área Básica de Salud se han de coordinar todos los servicios sanitarios y sociosanitarios de atención primaria de titularidad pública o privada con tal de conseguir una homogeneidad de los objetivos y un máximo aprovechamiento de los recursos.
3. Las Áreas Básicas de Salud integrados en un mismo Sector Sanitario se han de coordinar entre ellas con la finalidad de conseguir los objetivos funcionales y asistenciales adecuados y, así mismo, con los servicios jerarquizados de especialidades del Sector y los hospitales que éste tenga asignados.

CAPÍTULO 4

ORDENACIÓN FUNCIONAL HOSPITALARIA:

LA RED HOSPITALARIA DE UTILIZACIÓN PÚBLICA

Artículo 43

Composición

1. A los efectos de conseguir una óptima ordenación hospitalaria, que permita la homogeneización adecuada de las prestaciones y la utilización correcta de los recursos humanos y materiales con relación

a este nivel de la asistencia, los centros y los establecimientos hospitalarios integrados en el Servicio Catalán de la Salud, y también aquellos otros que satisfactoriamente rellenen regularmente las necesidades del sistema sanitario público de Catalunya por medio de los convenios pertinentes, constituyen la Red Hospitalaria de Utilización Pública como instrumento destinado a la prestación de la asistencia sanitaria pública a aquellos pacientes que necesiten atención hospitalaria aguda.

2. El Servicio Catalán de la Salud, solamente con carácter excepcional y por un tiempo limitado, puede establecer convenios con los centros hospitalarios que no pertenecen a la Red para la atención de enfermos agudos de cobertura pública, en aquellos supuestos de que los hospitales de la Red no sean suficientes.

Artículo 44

Requisitos, procedimiento para la inclusión y la exclusión, niveles y área de influencia

1. Por reglamento, se han de fijar los criterios de acreditación, los requisitos, las condiciones y el procedimiento para la inclusión y la exclusión de los centros y los establecimientos en la Red Hospitalaria de Utilización Pública, y también los diferentes niveles en que éstos se clasifican, atendiendo su grado de especialización y el tipo de prestaciones sanitarias que ha de cubrir.
2. El Servicio Catalán de la Salud, de acuerdo con las previsiones del Plan de Salud de Catalunya, ha de asignar el nivel que corresponda a cada uno de los centros y los establecimientos incluidos en la Red y, en función de esto, determinar su ámbito de influencia específica, que ha de cubrir uno o más Sectores Sanitarios y, si es necesario, una o más Regiones Sanitarias.
3. Por reglamento, se han de fijar los criterios con tal de garantizar el nivel de calidad asistencial de los centros y la eficacia y la eficiencia de la gestión económica de estos.

Artículo 45

Efectos de la inclusión

La pertenencia de los centros y de los establecimientos hospitalarios a la Red Hospitalaria de Utilización Pública comporta:

- a) El desarrollo, además de las tareas estrictamente asistenciales, de funciones de promoción de la salud y educación sanitaria de la población, medicina preventiva, investigación clínica y epidemiológica, y docencia, de acuerdo con los programas del Servicio Catalán de la Salud y de la Región Sanitaria específica, y también la participación en las funciones de información sanitaria y estadística.
- b) El encuadramiento a las previsiones que en materia de gestión y compatibilidad prevé los artículos 54 y 55 de esta Ley, y a las normas de acreditación de centros, servicios y establecimientos hospitalarios que se establecen por reglamento.
- c) La sumisión a los controles y a las inspecciones periódicas y esporádicas que se efectúen con tal de verificar el cumplimiento de las normas de carácter sanitario, administrativo, económico y de estructura que sean aplicables, y también las directrices generales y los criterios de actuación a que se refiere el artículo 7, apartado 1, epígrafe f].

Artículo 46

Adscripción funcional

1. Los centros y establecimientos de la Red Hospitalaria de Utilización Pública no integrados en el Servicio Catalán de la Salud se adscriben funcionalmente a los efectos de la coordinación adecuada de todo el dispositivo hospitalario de cobertura pública. A estos efectos, el Servicio Catalán de la Salud puede fijar directrices y criterios de actuación que son vinculantes con relación a los precitados centros y establecimientos.
2. La adscripción funcional al Servicio Catalán de la Salud de los centros y los establecimientos incluidos dentro de la Red implica que las entidades y los organismos que tienen la titularidad y la gestión continúen manteniéndolas a todos los efectos.

Artículo 47

Integración de especialidades

Con tal de optimizar los recursos del sistema sanitario público, por reglamento se han de establecer los mecanismos oportunos que permitan la adscripción de las especialidades médicas que se desarrollan a nivel extrahospitalario los centros y los establecimientos de la Red, excepto aquellas que para su entidad y sus características sirven de soporte y referencia a la atención primaria de salud.

Artículo 48

Red de hospitales para crónicos

A fin de posibilitar una ordenación adecuada del dispositivo hospitalario público de atención al enfermo crónico, el Consejo Ejecutivo de la Generalidad puede crear una red de hospitales para crónicos, que se ha de ajustar a las previsiones contenidas en este Capítulo.

CAPÍTULO 5

MEDIOS PERSONALES

Artículo 49

Personal

1. El personal del Servicio Catalán de la Salud está formado por:
 - a) Los funcionarios y otro personal de la Generalidad que presten servicios al Servicio Catalán de la Salud.
 - b) El personal transferido para la gestión y la ejecución de las funciones y los servicios de la Seguridad Social en Catalunya.
 - c) El personal transferido de los cuerpos técnicos del Estado al servicio de la sanidad local.
 - d) El personal procedente de las corporaciones locales y otras entidades que se integren, en los términos y las condiciones previstas, según corresponda, en la norma de transferencia o en los convenios de integración respectivos.

- e) El personal que se incorpore de acuerdo con la normativa vigente, a la cual está sujeto el Servicio Catalán de la Salud.
2. La clasificación y el régimen jurídico del personal del Servicio Catalán de la Salud se han de regir por las disposiciones que respectivamente le sean aplicables atendiendo su procedencia y la naturaleza de su relación de ocupación.
3. En el proceso de selección de personal y de provisión de plazas de trabajo de las Administraciones de Catalunya responsables en materia sanitaria se han de tener en cuenta el conocimiento del catalán por parte de este personal, de acuerdo con la legislación aplicable.
4. El ejercicio de las tareas del personal sanitario ha de organizarse de forma que se estimule el personal en la valoración del estado de salud de la población y se disminuyan las necesidades de atenciones reparadoras de las enfermedades.

CAPÍTULO 6

MEDIOS MATERIALES Y RÉGIMEN PATRIMONIAL

Artículo 50

Bienes y derechos

1. Se adscriben al Servicio Catalán de la Salud:
 - a) Los bienes y los derechos de toda clase de que es titular la Generalidad de Catalunya efectos a los servicios de salud y asistencia sanitaria.
 - b) Los bienes y los derechos de toda clase efectos a la gestión y la asistencia sanitaria transferidos de la Seguridad Social. A este respecto se ha de tener en cuenta todo lo que prevé la Disposición Adicional Séptima de la Ley General de Sanidad.
 - c) Los bienes y los derechos de las entidades municipales, comarcales y provinciales que sean adscritos de acuerdo con los términos y los plazos establecidos por esta Ley o previstos, según corresponda, en la norma de transferencia o en los convenios de integración respectivos.
 - d) Todos los bienes y los derechos de los consorcios, las sociedades, incluidas las mercantiles de capital mayoritariamente público, y las fundaciones públicas, que sean adscritas de acuerdo con los términos establecidos en la Ley.

2. Constituyen el patrimonio propio del Servicio Catalán de la Salud todos aquellos bienes y derechos que adquiriera o recibiera por cualesquiera título.

Artículo 51

Régimen patrimonial

1. El Servicio Catalán de la Salud ha de establecer la compatibilidad y los registros correspondientes que permitan conocer en todo momento el carácter de los sus bienes y derechos, propios adscritos, y también su titularidad y destinación, sin perjuicio de las competencias de los otros entes y organismos en la materia.
2. Los bienes y los derechos que la Generalidad adscriba al Servicio Catalán de la Salud han de revertir a ésta en las mismas condiciones que tengan al producirse la adscripción, en el supuesto que este ente se extinguiere o sufriese una modificación que afecte la naturaleza de sus funciones, y siempre que la modificación tenga incidencia en los citados bienes y derechos.
3. Los bienes y los derechos adscritos al Servicio Catalán de la Salud tienen la misma consideración de que disponían en el momento de la adscripción.
4. El patrimonio del Servicio Catalán de la Salud efecto al desarrollo de sus funciones tiene la consideración de dominio público como patrimonio efecto a un servicio público, y como tal dispone de las excepciones en la orden tributaria que corresponden a los bienes de la naturaleza citada, además de lo que prevé el artículo 4, apartado 2.
5. Se entiende implícita la utilidad pública en relación con la expropiación de inmuebles con relación a las obras y los servicios del Servicio Catalán de la Salud.
6. En todo aquello que no se ha previsto en este Capítulo, son aplicables a los bienes y los derechos del Servicio Catalán de la Salud las previsiones contenidas en la Ley de Patrimonio de la Generalidad.

CAPÍTULO 7

RÉGIMEN FINANCIERO, PRESUPUESTARIO Y CONTABLE

Artículo 52

Régimen financiero

1. El Servicio Catalán de la Salud se financia con:
 - a) Los recursos que le puedan corresponder por la participación de la Generalidad en los presupuestos de la Seguridad Social efectos a los servicios y prestaciones sanitarias.
 - b) Los recursos ajenos a la Seguridad Social que le puedan ser asignados con cargo a los presupuestos de la Generalidad de Catalunya.
 - c) Las aportaciones que tengan que realizar las corporaciones locales con cargo a su presupuesto.
 - d) Los rendimientos procedentes de los bienes y los derechos propios y que tenga adscritos.
 - e) Los ingresos ordinarios que estén autorizado a recibir, de acuerdo con la normativa vigente.
 - f) Las subvenciones, las donaciones y cualesquiera otra aportación voluntaria de entidades y particulares.
2. Los centros, los servicios y los establecimientos integrados o adscritos funcionalmente al Servicio Catalán de la Salud no pueden recibir ingresos derivados de las prestaciones sanitarias gratuitas establecidas con carácter general en la legislación vigente.

Artículo 53

Presupuesto

1. El presupuesto del Servicio Catalán de la Salud se ha de regir por lo que establece esta Ley y han de actuar como supletorios, para todo aquello que no haya sido previsto, la Ley de Finanzas Públicas de Catalunya y las sucesivas leyes de presupuestos de la Generalidad.
2. El presupuesto a que se refiere el apartado anterior se ha de orientar de acuerdo con las previsiones contenidas en el Plan de Salud de Catalunya y ha de incluir el desdoblamiento adecuado por Regiones Sanitarias.

3. El presupuesto del Servicio Catalán de la Salud se ha de incluir, de acuerdo con el artículo 49 del Estatuto de Autonomía de Catalunya, en el presupuesto único de la Generalidad, de una manera perfectamente diferenciada, y se ha de reflejar en los estados de ingresos, separadamente de los restantes, los que afecta la Seguridad Social.
4. El Plan de Compatibilidad aplicable al Servicio Catalán de la Salud ha de tener la estructura que se establezca en virtud del artículo 79 de la Ley de Finanzas Públicas de Catalunya.
5. El Servicio Catalán de la Salud ha de presentar un presupuesto—resumen clasificado por artículos. Esta clasificación constituye el nivel de vinculación de los créditos presupuestarios.
6. De acuerdo con la normativa aplicable las modificaciones presupuestarias, se pueden acordar transferencias de créditos dentro del presupuesto del Servicio Catalán de la Salud. Por reglamento, se han de determinar los órganos que son competentes para acordar las referidas transferencias.

Artículo 54

Gestión

1. Los centros y los establecimientos a que hace referencia el artículo 5 de esta Ley han de contar con un sistema integral de gestión que permita implantar una dirección por objetivos y un control por resultados, delimitar claramente las responsabilidades de dirección y de gestión, y establecer un adecuado control en la evaluación de los diferentes parámetros que influyen, de manera preponderante, en los costes y calidad de la asistencia.
2. De acuerdo con lo que se establezca por reglamento, los precitados centros y establecimientos han de conferir y remitir al Servicio Catalán de la Salud periódicamente
 - a) Los indicadores sanitarios y económicos, han de ser comunes para todos ellos.
 - b) La valoración económica de las actividades que desarrollen.

Artículo 55

Compatibilidad

Los centros y los establecimientos a que hace referencia el artículo 5 se han de ajustar a los criterios que en materia de compatibilidad se establecen por reglamento.

Artículo 56

Intervención

La Intervención General de la Generalidad ejerce sus funciones en el ámbito del Servicio Catalán de la Salud de conformidad con lo que dispone la Ley de Finanzas Públicas de Catalunya, la Ley del Estatuto de la Función Interventora, el Reglamento para su aplicación y las disposiciones que se desarrollen.

Artículo 57

Tesorería

La Tesorería General de la Generalidad tiene a su cargo la función de tesorería del Servicio Catalán de la Salud, y centraliza los recursos correspondientes al ente precitado, tanto los propios como los procedentes de la Seguridad Social o de otras entidades.

Artículo 58

Por reglamento se han de establecer:

- a) La estructura orgánica de dirección, gestión y administración de los centros y los establecimientos de protección de la salud y de atención sanitaria y sociosanitaria integrados en el Servicio Catalán de la Salud, que permitan la implantación de una dirección participativa por objetivos y un control por resultados.
- b) Los sistemas para formar personal especialista en dirección, gestión y administración sanitarias.

CAPÍTULO 8

RÉGIMEN DE IMPUGNACIÓN DE LOS ACTOS, RESPONSABILIDAD,

REPRESENTACIÓN Y DEFENSA EN JUICIO

Artículo 59

Régimen de impugnación de los actos

1. Contra los actos administrativos del Servicio Catalán de la Salud los interesados pueden interponer los recursos que correspondan en los mismos casos, términos y formas previstos por la legislación sobre procedimiento administrativo.
2. De acuerdo con lo que ha previsto el apartado anterior, los actos dictados por los órganos centrales de dirección y gestión del Servicio Catalán de la Salud pueden ser objeto de recurso de alzada delante el Consejero de Sanidad y Seguridad Social, y de los órganos de dirección y gestión de las Regiones Sanitarias, delante el Director del Servicio Catalán de la Salud. Las resoluciones dictadas en alzada agotan, en ambos casos, la vía administrativa.
3. Las reclamaciones previas a la vía jurisdiccional civil se han de dirigirse al Consejo de Dirección del Servicio Catalán de la Salud, al cual corresponda su resolución.
4. Las reclamaciones previas a la vía jurisdiccional laboral han de dirigirse al Director del Servicio Catalán de la Salud o a los gerentes de las Regiones Sanitarias, en el ámbito de sus respectivas competencias.
5. Los actos del Servicio Catalán de la Salud relativos a los servicios y las prestaciones sanitarias de la Seguridad Social son impugnables en los mismos supuestos y con los mismos requisitos que la legislación general establezca por lo que se refiere a las entidades gestores de la Seguridad Social.

Artículo 60

Responsabilidad

El régimen de responsabilidad del Servicio Catalán de la Salud y de las autoridades y los funcionarios que le prestan sus servicios se exigen en los mismos términos y supuestos que para la Administración de la Generalidad y de acuerdo con las disposiciones general de aplicación en la materia.

Artículo 61

Representación y defensa en juicio

1. La representación y la defensa en juicio del Servicio Catalán de la Salud corresponden al Gabinete Jurídico Central de la Generalidad, adscrito al Departamento de Presidencia o, si este lo autoriza, a los abogados de plantilla o que sean contratados a este efecto por aquel ente, que han de ser colegiados en ejercicio y haber estado debidamente apoderados. Todo esto, sin perjuicio que las precitadas funciones de representación y defensa en juicio puedan ser encomendadas, en casos aislados, a uno o más abogados colegiados en ejercicio, teniendo en cuenta que en ellos no se produzcan las circunstancias señaladas, de acuerdo con lo que prevé el artículo 447 de la Ley Orgánica del Poder Judicial.
2. Sin perjuicio del que se prevé en el apartado anterior, en los supuestos de resarcimiento de gastos por atención sanitaria prestada a no—beneficiarios del sistema sanitario público, o cuando existieran terceros responsables que tengan de hacerse cargo de la asistencia, legalmente o contractualmente, el Servicio Catalán de la Salud puede contratar, de acuerdo con la normativa vigente, los servicios de abogados, ya actúen de forma individual o colectiva, o de personas jurídicas dotadas de servicios jurídicos dentro su misma organización, que realizan todas las gestiones conducentes al cobro, sea en fase prejudicial o judicial, el cual caso la representación y la defensa en juicio del citado ente corresponda a los referidos abogados o, si fuera necesario, a aquellos otros que están vinculados de forma estable a las personas jurídicas contratadas, que han de ser colegiados en ejercicio y estar debidamente apoderados.

TÍTULO 5

EL PLAN DE SALUD DE CATALUNYA

Artículo 62

Naturaleza

1. Las líneas directivas y de despliegue de las actividades, los programas y los recursos del Servicio Catalán de la Salud para conseguir sus finalidades constituyen el Plan de Salud de Catalunya. El Plan de Salud es el instrumento indicativo y el marco de referencia para todas las actuaciones públicas en la materia, en el ámbito de la Generalidad de Catalunya.
2. El Plan de Salud de Catalunya es aprobado por el Consejo Ejecutivo de la Generalidad, a propuesta del Consejero de Sanidad y Seguridad Social, teniendo en cuenta los objetivos de la política socioeconómica y de bienestar social de la Generalidad de Catalunya.
3. El Plan de Salud de Catalunya tiene un período de vigencia trienal.

Artículo 63

Contenido

El Plan de Salud de Catalunya ha de incluir:

- a) Una valoración de la situación inicial, con el análisis de los recursos personales, materiales y económicos detallados, del estado de salud, de los servicios y de los programas prestados, y de la ordenación sanitaria y jurídico—administrativa existente.
- b) Los objetivos y niveles a conseguir con relación a:
 - I. Indicadores de salud y enfermedad.
 - II. Promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención sanitaria y sociosanitaria y rehabilitación.
 - III. Homogeneización y equilibrio entre Regiones Sanitarias.
 - IV. Disposición y habilitación de centros, servicios y establecimientos.
 - V. Personal, organización administrativa, información y estadística.
 - VI. Eficacia, calidad, satisfacción de los usuarios y coste.

- c) El conjunto de los servicios, los programas y las actuaciones a desplegar, generales y por Regiones Sanitarias.
- d) Las previsiones económicas y de financiación, generales y por Regiones Sanitarias.
- e) Los mecanismos de evaluación de la aplicación y el seguimiento del Plan.

Artículo 64

Procedimiento

1. El Departamento de Sanidad y Seguridad Social ha de formular los criterios generales de la planificación sanitaria, y ha de fijar los objetivos, los índices y los niveles básicos a conseguir en las materias objeto de inclusión en el Plan de Salud de Catalunya. Así mismo, ha de establecer la metodología y el plazo para la elaboración del Plan de Salud.
2. La Región Sanitaria, por medio de su Consejo de Dirección, ha de formular el anteproyecto del Plan de Salud correspondiente a su ámbito territorial y de actividades, escuchados los Consejos Comarcales y basado en los respectivos planes de salud de las Regiones y de los Sectores Sanitarios que conforman la Región, que ha de tramitar al Consejo de Dirección del Servicio Catalán de la Salud.
3. El Plan sanitario correspondiente a los servicios y las prestaciones comunes y generales son elaborados por el Consejo de Dirección del Servicio Catalán de la Salud, el cual ahora junta los Planes de Salud de las Regiones y comprueba su adecuación a los criterios generales de planificación sanitaria; las recomendaciones y las sugerencias que se derivan son tramitadas en las respectivas Regiones Sanitarias.
4. El Departamento de Sanidad y Seguridad Social ha de integrar los diferentes planes juntamente con el plan de actuaciones del mismo Departamento, ha de resolver las cuestiones pendientes, y adecuar el conjunto del Plan a las previsiones de la política sanitaria y económica.
5. El Plan de Salud de Catalunya, una vez aprobado por el Consejo Ejecutivo de la Generalidad, ha de ser remitido al Parlamento de Catalunya en el plazo máximo de treinta días para que sea conocido.

TÍTULO 6

COMPETENCIAS DE LOS CONSEJOS COMARCALES Y LOS AYUNTAMIENTOS

CAPÍTULO 1

COMPETENCIAS DE LOS CONSEJOS COMARCALES

Artículo 65

Participación

Los Consejos Comarcales participan en los órganos del Servicio Catalán de la Salud de la manera prevista por esta Ley.

Artículo 66

Competencias

1. En el marco del sistema sanitario público de Catalunya, los Consejos Comarcales son competentes para:
 - a) Coordinar los servicios sanitarios municipales entre ellos y estos con los de la Generalidad, garantizando una prestación integral en su ámbito respectivo.
 - b) Hacer actividades y prestar servicios sanitarios de interés supramunicipal, especialmente los referentes al control sanitario del medio ambiente, la salubridad pública, la epidemiología y la salud pública en general.
 - c) Participar en la planificación sanitaria de la Generalidad de acuerdo con lo que prevé el artículo 64.2.
 - d) Proporcionar soporte informativo y estadístico a la Administración sanitaria de la Generalidad con relación al desarrollo de sus funciones.
 - e) Participar activamente en el Consejo de Dirección del Servicio Catalán de la Salud y también en el Consejo de Dirección de la Región Sanitaria correspondiente.
2. Para el desarrollo de las funciones a que se refiere el apartado anterior, los Consejos Comarcales pueden solicitar el soporte técnico del personal y de los medios de las Regiones Sanitarias en la demarcación de las

cuales estén comprendidos. El personal sanitario del Servicio Catalán de la Salud que presta soporte a los Consejos Comarcales en la realización de las referidas funciones tiene la consideración, solamente a estos efectos, de personal al servicio de los Consejos Comarcales.

3. A demás de las competencias señaladas, las comarcas han de ejercer aquellas otras que el Consejo Ejecutivo de la Generalidad y los municipios las deleguen o asignen de acuerdo con el que establece la legislación sobre régimen local.

CAPÍTULO 2

COMPETENCIAS DE LOS AYUNTAMIENTOS

Artículo 67

Participación

Los Ayuntamientos participan en los órganos del Servicio Catalán de la Salud de la manera prevista por esta Ley.

Artículo 68

Competencias

1. En el marco del sistema sanitario público de Catalunya, los Ayuntamientos son competentes para:
 - a) Prestar los servicios mínimos obligatorios establecidos por la legislación que regula el régimen municipal por lo que se refiere a los servicios de salud y otros regulados en esta Ley.
 - b) Prestar los servicios necesarios para dar cumplimiento a las siguientes responsabilidades mínimas en relación con el obligado cumplimiento de las normas y los planes sanitarios relativos al:
 - I. Control sanitario del medio ambiente: contaminación atmosférica, reservas de aguas, saneamiento de aguas residuales, residuos urbanos e industriales.
 - II. Control sanitario de industrias, actividades y servicios, transportes, ruidos y vibraciones.
 - III. Control sanitario de edificios y lugares de hábitat y de convivencia humana, especialmente de los centros de

alimentación, peluquerías, saunas y centros de higiene personal, hoteles y centros residenciales, escuelas, campamentos turísticos y áreas de actividad físico—deportiva y de recreo.

- IV. Control sanitario de la distribución y el suministro de alimentos, bebidas y otros productos, directamente o indirectamente relacionados con el uso y el consumo humano, así como de sus medios de transporte.
 - V. Control sanitario de los cementerios y la política sanitaria mortuoria.
- c) Promover, en el marco de las legislaciones sectoriales, aquellas actividades y prestar los servicios sanitarios necesarios con tal de satisfacer las necesidades y las aspiraciones de su comunidad de vecinos y en particular:
- I. La defensa de los consumidores y los usuarios de la sanidad.
 - II. La participación en la gestión de la atención primaria de la salud.
 - III. La protección de la sanidad ambiental.
 - IV. La protección de la salubridad pública.
- d) Realizar actividades complementarias de las que sean propias de otras Administraciones públicas en las materias objeto de esta Ley y, en particular, con relación a la educación sanitaria, al hábitat, a la protección del medio y del deporte en los términos establecidos en la legislación que regula el régimen municipal.
- e) Prestar los servicios relacionados con las materias objeto de esta Ley derivadas del ejercicio de las competencias que en ellas puedan delegar la Generalidad de Catalunya según los términos establecidos en la legislación que regula el régimen municipal.
2. Para el desarrollo de las funciones a que se refiere el apartado anterior, los Ayuntamientos pueden solicitar el soporte técnico del personal y de los medios de las Regiones y los Sectores Sanitarios en la demarcación de los cuales se encuentran comprendidos. El personal sanitario del Servicio Catalán de la Salud que presta soporte a los Ayuntamientos en la realización de las referidas funciones tiene la consideración, solamente a estos efectos, de personal al servicio de los Ayuntamientos.

TÍTULO 7

INSTITUTO DE ESTUDIOS DE LA SALUD

CAPÍTULO 1

DOCENCIA E INVESTIGACIÓN SANITARIA

Artículo 69

Principios generales

1. Toda estructura asistencial del sistema sanitario de Catalunya ha de poder ser utilizada para la docencia de pregraduación, postgraduación y continuada de los profesionales sanitarios.
2. Con tal de conseguir una mejor adecuación en la formación de los recursos humanos necesarios para el funcionamiento del sistema sanitario en Catalunya, el Consejo Ejecutivo ha de velar por la actuación coordinada de sus departamentos en la formación de los profesionales de la salud pública, para que se integren en las estructuras de los servicios del sistema sanitario de Catalunya.
3. Los centros universitarios o con función universitaria han de ser programados con relación a la docencia y la investigación de manera coordinada entre las universidades y las Administraciones públicas de Catalunya, de acuerdo con sus respectivas competencias, estableciendo en los correspondientes conciertos el sistema de participación de las universidades de Catalunya en sus órganos de gobierno.
4. Las Administraciones públicas de Catalunya han de fomentar, dentro del sistema sanitario de Catalunya, las actividades de investigación sanitaria como elemento fundamental para su progreso.

CAPÍTULO 2

DEL INSTITUTO DE ESTUDIOS DE LA SALUD

Artículo 70

Naturaleza

1. EL Instituto de Estudios de la Salud es el organismo de soporte a los Departamentos de la Generalidad y del Servicio Catalán de

- la Salud en materia de formación e investigación en ciencias de la Salud.
2. Este Instituto se configura como un organismo autónomo administrativo de la Generalidad de Catalunya, adscrito al Departamento de Sanidad y Seguridad Social.
 3. La estructura, la organización y el régimen de funcionamiento del Instituto de Estudios de la Salud se ha de establecer por decreto del Consejo Ejecutivo, el cual ha de garantizar la participación de los diferentes Departamentos de la Generalidad y de los organismos y de las instituciones públicas implicadas en el ámbito objeto de la actividad del Instituto dentro de sus órganos.
 4. El Instituto de Estudios de la Salud ha de contar, en todo caso, con una Junta de Gobierno y un Director, que es nombrado por decreto del Consejo Ejecutivo, a propuesta del Consejero de Sanidad y Seguridad Social.

Artículo 71

Funciones

1. Corresponde al Instituto de Estudios de la Salud, sin perjuicio de las competencias atribuidas a los otros órganos de la Generalidad y entidades, el desarrollo de las siguientes funciones:
 - a) Asesorar en la fijación de la política de investigación y en el establecimiento de prioridades con relación a la investigación en materia de salud.
 - b) Llevar a término o coordinar, si necesario, programas de investigación y estudios en ciencias de la salud.
 - c) Planificar y promover la investigación en relación con los problemas y las necesidades de salud de la población de Catalunya.
Con tal finalidad, el Instituto de Estudios de la Salud ha de promover programas de formación con tal de cubrir las necesidades de investigación.
 - d) Formar, reciclar y perfeccionar de manera continuada los profesionales sanitarios y no sanitarios del campo de la salud y de la gestión y la administración sanitarias desde una perspectiva interdisciplinaria.

- Esta función ha de tender a desarrollarse de manera descentralizada, aglutinando sus actividades a los sitios de trabajo de los profesionales, sanitarios y no sanitarios.
- e) Asesorar los Departamentos de la Generalidad y del Servicio Catalán de la Salud en todos aquellos asuntos que le sean consultados.
2. El Instituto de Estudios de la Salud ha de desarrollar sus funciones en colaboración con las universidades catalanas y las restantes instituciones docentes y entidades con competencias en estas materias, con la finalidad de optimizar la formación de pregraduación y postgraduación de todos los profesionales de la salud.

Artículo 72

Régimen financiero

El Instituto de Estudios de la Salud se sostiene de los siguientes recursos:

- a) Aportaciones de la Generalidad, por medio del Departamento de Sanidad y Seguridad Social.
- b) Aportaciones de las entidades que hayan establecido convenios con el Instituto.
- c) Subvenciones de otras entidades, organismos o particulares.
- d) Tasas, rendimientos de las publicaciones del Instituto y otras actividades retribuidas del Instituto.

DISPOSICIONES ADICIONALES

Primera

1. La Administración de la Generalidad asume las competencias ejercidas por las Diputaciones catalanas en materia sanitaria en los términos establecidos por la Ley 5/1987, del 24 de abril, de Régimen Provisional de las Competencias de las Diputaciones Provinciales, y las normas dictadas en su despliegue.
También, corresponde a las Diputaciones la cooperación y la asistencia económica, jurídica y técnica a los municipios y a las comarcas en esta materia.
2. La transferencia de los servicios y los establecimientos de protección de la salud y de atención sanitaria y sociosanitaria de titularidad de las

Diputaciones se han de hacer de acuerdo con lo previsto para las disposiciones a que se refiere el apartado anterior y la legislación vigente.

Segunda

Los organismos funcionales que se crean de conformidad con lo que prevé el artículo 7, apartado 2 primer de esta Ley han de estar sometidos a las previsiones contenidas en los Capítulos 5, 6, 7 y 8 del Título 4, con relación a su régimen de personal, patrimonial, financiero, presupuestario, contable, de impugnación de los actos y representación y defensa en juicio, y en los mismos términos que se establezcan.

Tercera

El Consejo Ejecutivo de la Generalidad puede constituir consorcios de naturaleza pública con otras entidades públicas o privadas sin ánimo de lucro para la consecución de finalidades asistenciales, docentes o de investigación en materia de salud, que sean comunes o concurrentes, en cualesquiera supuestos diferentes a los que se refieren los artículos 7, apartado 2, y 22, apartado 2, de esta Ley. Estos consorcios podrán dotarse de organismos instrumentales, de acuerdo con sus estatutos.

Cuarta

En función de los recursos económicos disponibles y teniendo en cuenta las previsiones del Decreto 84/1985, del 21 de marzo, de medidas para la reforma de la atención primaria de la salud en Catalunya, así como de la normativa que lo complementa y lo desarrolla, el Departamento de Sanidad y Seguridad Social ha de completar el proceso de reforma hasta llegar a cubrir la totalidad de la población en un plazo de seis años a partir de la entrada en vigor de esta Ley.

Quinta

En un plazo de cinco años, contados a partir de la entrada en vigor de esta Ley, se ha de proceder a desarrollar el despliegue gradual y armónico de los

recursos institucionales sociosanitarios, de acuerdo con los barómetros internacionalmente reconocidos, desarrollado un modelo de atención y de organización específica para las personas grandes con enfermedad, con enfermedades crónicas invalidantes y enfermedades terminales, y creando una red de atención sociosanitaria y su financiación y concertación progresivos adecuados a las características de los usuarios y del sector.

Sexta

La integración de la asistencia psiquiátrica en el sistema de cobertura pública del Servicio Catalán de la Salud se ha de realizar de acuerdo con los principios de ordenación y planificación contenidos en el Plan de ordenación de la red de asistencia psiquiátrica y salud mental de Catalunya, elaborado por la Oficina Técnica de la Comisión Mixta de Planificación de la Asistencia Psiquiátrica Generalidad—Diputaciones, y con especial atención a la psiquiatría infantil y la psicogeriatría.

Séptima

El Departamento de Sanidad y Seguridad Social ha de adoptar las medidas pertinentes con tal de desarrollar los objetivos fijados por los órganos competentes en materia de salud laboral, especialmente con relación a la información sanitaria relativa a las enfermedades profesionales, control de patologías del trabajo e introducción de programas de promoción de la salud en el seno de las empresas.

Octava

En un plazo de tres años contados a partir de la entrada en vigor de esta Ley se ha de proceder a ordenar los servicios y los establecimientos de orientación y planificación familiar en un único dispositivo de cobertura pública, de acuerdo con los convenios pertinentes suscrito entre el Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalidad y los Ayuntamientos. Este servicio, que se ha de realizar desde el Sector Sanitario y para todo el territorio de Catalunya, comprende actividades de prevención, asistencia y proyección comunitaria.

Novena

La universalización de la asistencia pública a toda la población de Catalunya se ha de hacer efectiva en un plazo máximo de seis meses contados a partir de la entrada en vigor de esta Ley, en los términos y las condiciones que por reglamento se establecen.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Primera

1. En el plazo de dos años contados a partir de la entrada en vigor de esta Ley, el Consejo Ejecutivo de la Generalidad y las corporaciones locales, excepto las Diputaciones, que actualmente disponen de servicios y establecimientos de protección de la salud y de atención sanitaria y sociosanitaria han de suscribir los convenios pertinentes para la integración o la adscripción funcional de estos servicios y establecimientos en el Servicio Catalán de la Salud, por medio de la Región Sanitaria correspondiente. Los referidos convenios han de prever el plazo para la integración o la adscripción, las aportaciones de la corporación local a la financiación de los servicios y los establecimientos de que se trate y, si es necesario, la fórmula con que se han de gestionar, entre las establecidas por el artículo 7, apartado 2, y pueden preservar el mantenimiento de su titularidad por la corporación.
2. En todo caso, y mientras no entre en vigor el sistema definitivo de financiación de la Generalidad de Catalunya, las corporaciones locales a que hace referencia el apartado anterior han de contribuir con medios suficientes a la financiación de sus servicios y establecimientos que se integran al Servicio Catalán de la Salud en una cantidad no inferior a la asignada en los respectivos presupuestos, que se han de actualizar anualmente, excepción hecha de las cuantías que puedan proceder de conciertos con la Administración sanitaria de Catalunya.
3. El Servicio Catalán de la Salud y las Regiones Sanitarias no se entienden constituidos plenamente con relación al ejercicio de las funciones de gestión y administración de recursos sanitarios hasta

que no se hayan realizado efectivamente las transferencias de las corporaciones locales a que se refieren los apartados anteriores, y en la medida que estas se vayan realizando, si no es el caso. En estos supuestos, las corporaciones locales continúan teniendo entretanto la titularidad y asumiendo la dirección y la gestión, a todos los efectos, de los servicios, los centros y los establecimientos sanitarios de que disponen a la entrada en vigor de esta Ley, sin perjuicio de la coordinación funcional de todo el dispositivo sanitario público.

Segunda

1. El Servicio Catalán de la Salud ha de asumir gradualmente el ejercicio de las funciones que le son encomendadas por esta Ley, empezando por aquellas a que se refieren los epígrafes a], b], f] y g] del artículo 7, apartado 1. Con esta finalidad, el Consejo Ejecutivo de la Generalidad ha de integrar o adscribir, si es necesario, al Servicio Catalán de la Salud los órganos y los servicios del Departamento de Sanidad y Seguridad Social y del Instituto Catalán de la Salud que desarrollan aquellas funciones, así como sus medios materiales, personales y presupuestarios.
2. Así mismo, las Regiones Sanitarias han de asumir de manera gradual las funciones que esta Ley les encomienda, empezando por aquellas a que hace referencia los epígrafes a], e] y f] del artículo 22, apartado 1. A este efecto, el Consejo Ejecutivo de la Generalidad ha de integrar o adscribir, si es necesario, a las Regiones Sanitarias los órganos y los servicios del Departamento de Sanidad y Seguridad Social y del Instituto Catalán de la Salud que desarrollan las funciones anteriormente citadas, así como sus medios materiales, personales y presupuestarios.
3. El que prevé los apartados anteriores se ha de hacer efectivo en el plazo máximo de un año, contado a partir de la entrada en vigor de esta Ley. En todo caso, la puesta en funcionamiento del Servicio Catalán de la Salud y las Regiones Sanitarias ha de coincidir con el inicio de un ejercicio presupuestario.
4. Las funciones del Servicio Catalán de la Salud y de las Regiones Sanitarias a que hace referencia los epígrafes c], d] y e] del artículo 7, apartado 1, y los epígrafes b], c] y d] del artículo 22, apartado 1,

respectivamente, las han de ir asumiendo progresivamente, a medida que el Consejo Ejecutivo, por Decreto, los vaya asignando de manera gradual los recursos sanitarios que se mencionan en el artículo 5, epígrafe a] y, también, se vayan haciendo efectivas las transferencias de las corporaciones locales de acuerdo con lo que prevé esta Ley. Simultáneamente, se han de ir adscribiendo al Servicio Catalán de la Salud y a las Regiones Sanitarias el personal, los bienes, los derechos y las obligaciones correspondientes, en los términos que prevean los pertinentes decretos y convenios, y hasta su definitiva consolidación, que ha de coincidir con la integración de los centros, los servicios, los establecimientos, los programas y las actuaciones del Instituto Catalán de la Salud y las corporaciones locales, si no es el caso. En todo caso, ambos procesos de transferencias se han de programar de manera que se garantice la gestión adecuada de los centros, los servicios, los establecimientos, los programas y las actuaciones sanitarias.

Tercera

En el momento en que asume la función a que se refiere el epígrafe g] del artículo 7, apartado 1, el Servicio Catalán de la Salud se ha de subrogar en los contratos, los conciertos y los convenios de asistencia sanitaria que tenga establecidos el Instituto Catalán de la Salud.

Cuarta

1. Mientras el Servicio Catalán de la Salud y las Regiones Sanitarias no asuman el desarrollo de sus funciones, estas las continuarán realizando los órganos y los servicios correspondientes del Departamento de Sanidad y Seguridad Social y del Instituto Catalán de la Salud.
2. Los órganos de participación en el control y la vigilancia de la gestión del Instituto Catalán de la Salud continúan en el ejercicio de sus funciones y competencias mientras no se constituyan los órganos de participación correlativas previstos por esta Ley.

Quinta

1. El personal adscrito al Servicio Catalán de la Salud y a los organismos que de él dependen mantiene su nombramiento y el régimen retributivo específico que tenga reconocidos en el momento de la adscripción efectiva al Servicio, sin perjuicio del que prevé las disposiciones que respectivamente le sean de aplicación, de acuerdo con el artículo 49 de esta Ley.
2. Salvo lo que prevé el apartado anterior, el Consejo Ejecutivo de la Generalidad ha de adoptar las medidas pertinentes tendentes a la homologación entre los diferentes colectivos que integran el Servicio Catalán de la Salud y los organismos que de él dependen.
3. El Consejo Ejecutivo ha de tender progresivamente a la equiparación de las condiciones laborales y profesionales del personal que forma parte del Servicio Catalán de la Salud y de aquellos que trabajen en los centros de la Red Hospitalaria de Utilización Pública, en un plazo de tres años, contados a partir de la entrada en vigor de esta Ley.

Sexta

Mientras no se promulgue la legislación específica a que se refiere la disposición adicional sexta de la Ley de la Función Pública de la Administración de la Generalidad, el personal regulado en el Estatuto Jurídico del Personal Médico de la Seguridad Social, en el Estatuto de Personal Sanitario no Facultativo de las instituciones sanitarias de la Seguridad Social, en el Estatuto de Personal no Sanitario al Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, y también el personal de los cuerpos y las escuelas sanitarias y los asesores médicos que fueren transferidos a la Generalidad juntamente con los servicios y las funciones de asistencia sanitaria de la Seguridad Social, continúan siendo regidos por la legislación que le sea aplicable en cada momento.

Séptima

Mientras el Consejo Ejecutivo de la Generalidad, por decreto, no haya establecido la estructura, la organización y el régimen de funcionamiento del Instituto de Estudios de la Salud, este organismo continúa siendo regido por lo que prevé el Decreto del 25 de febrero de 1980, convalidado por la Ley 2/1981, del 22 de abril.

Octava

Transitoriamente, las Regiones Sanitarias quedan delimitadas por los ámbitos territoriales correspondientes a las áreas de gestión del Instituto Catalán de la Salud, ordenadas por el Decreto 572/1983, de 15 de diciembre, excepto de la Región Sanitaria de Barcelona Ciudad que comprende, también, el ámbito del área de gestión del Vall d'Hebron.

Novena

Mientras no se produzca a hacer efectivo el traspaso de los centros y los servicios sanitarios de las Diputaciones catalanas a la Generalidad de Catalunya en los términos previstos a la Disposición Adicional Primera de esta Ley las Diputaciones tienen dos representantes en el seno del Consejo Catalán de la Salud y uno en los Consejos de Salud de las diferentes Regiones Sanitarias.

DISPOSICIONES DEROGATORIAS**Única**

1. En la medida que el Servicio Catalán de la Salud y las Regiones Sanitarias, si fuera necesario, asuman las funciones establecidas por esta Ley quedan derogados, en lo que se oponen, los artículos 2.1 a), 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13 en el que hace referencia al Instituto Catalán de la Salud, y las Disposiciones Transitorias Primera, Tercera y Cuarta, en el que afecta a los servicios sanitarios, de la Ley de Administración Institucional de la Sanidad, y de la Asistencia y los Servicios Sociales de Catalunya, así como las disposiciones de rango igual o inferior que contradigan lo que establece esta Ley.
2. Queda derogado el Decreto del 25 de febrero de 1980, de creación de del Instituto de Estudios de la Salud, convalidado por la Ley 2/1981, del 22 de abril, salvando lo que prevé la Disposición Transitoria Séptima.

DISPOSICIONES FINALES

Primera

1. Se autoriza el Consejo Ejecutivo de la Generalidad para que modifique el ámbito territorial y la delimitación de las Regiones Sanitarias y para que realice las adaptaciones oportunas, atendiendo los factores que determina el artículo 21, teniendo en cuenta la ordenación territorial de Catalunya vigente en cada momento. También puede modificar su denominación.
2. Mientras coexistan las Regiones Sanitarias y las Áreas de Gestión del Instituto Catalán de la Salud, de acuerdo con lo que prevé la Disposición Transitoria Segunda, se ha de procurar que las respectivas gerencias coincidan en una sola persona, con la finalidad de facilitar la coordinación adecuada de funciones. En este supuesto, el desarrollo de ambas funciones no se considera incompatible a los efectos de lo que prevé el artículo 28, apartado 2.
3. El Consejo Ejecutivo de la Generalidad dispone de un plazo máximo de seis meses para adaptar las Regiones Sanitarias a las regiones que resulten de la división del territorio de Catalunya que el Parlamento de Catalunya ha de aprobar de conformidad con la Disposición Adicional Segunda de la Ley 5/1987, de 4 de abril.

Segunda

El Plan de Salud de Catalunya se ha de elaborar en el plazo de un año, a partir de la entrada en vigor de esta Ley.

Tercera

Se autoriza el Consejo Ejecutivo para que dicte las normas de carácter general y reglamentarias necesarias para desarrollar y aplicar esta Ley.

ANEXO 2

MODIFICACIÓN PARCIAL DE LA LLEI D'ORDENACIÓ SANITÀRIA DE CATALUNYA

Texto —traducido al castellano— de modificación parcial de la Ley 15/1990, de 9 de julio, de ordenación sanitaria de Catalunya. Diario Oficial de la Generalidad de Catalunya, núm. 2116 del 18 de octubre de 1995, páginas 7538 a 7540.

Disposiciones

Presidencia de la Generalidad de Catalunya

LEY

11/1995, de 29 de septiembre, de modificación parcial de la Ley 15/1990, de 9 de julio, de ordenación sanitaria de Catalunya.

El Presidente de la Generalidad de Catalunya

Sea notorio a todos los ciudadanos que el Parlamento de Catalunya ha aprobado y yo, en nombre del Rey y de acuerdo con lo que establece el artículo 33.2 del Estatuto de Autonomía de Catalunya, promulgo la siguiente:

LEY

La Ley 15/1990 del 9 de julio, ordena el sistema sanitario de Catalunya y establece la regulación general de todas las acciones relacionadas para hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido por los artículos 43 y concordatarios de la Constitución Española dentro del territorio de la Generalidad, en el marco de las competencias que le atribuye el artículo 9 apartados 11 y 19, y el artículo 17 del Estatuto de Autonomía.

El nuevo modelo de ordenación sanitaria que confiere dicha Ley se basa en los principios de universalización e integración de los servicios, simplificación, eficacia y eficiencia de la organización sanitaria, descentralización y desconcentración de la gestión y participación comunitaria, entre otros, se realizará a través del Servicio Catalán de la Salud, ente público de naturaleza institucional, adscrito al Departamento de Sanidad y Seguridad Social, que se rige por las previsiones de la misma Ley y por las normas dictadas para hacer el despliegue. Le corresponden las funciones de ordenación, planificación, programación y evaluación sanitarias, sociosanitarias y de salud pública y la distribución de los recursos económicos efectos a la financiación del sistema sanitario público, como también las funciones de gestión y administración de los centros, siempre respetando su autonomía, los servicios y las prestaciones de este sistema, que el Servicio Catalán de la Salud puede ejecutar directamente o a través de cualesquiera fórmulas de gestión indirecta o compartida admitidas en derecho.

Con esta configuración de ente público el legislador evita de configurar el Servicio Catalán de la Salud como un organismo autónomo de carácter administrativo, con la voluntad de incluirle en la categoría de los entes públicos que, con carácter general, han de ajustar su actividad al derecho privado, categoría más adecuada a su condición de entidad configurada por todos los centros, servicios y establecimientos sanitarios públicos o privados de cobertura pública [artículo 5 de la Ley] y a la diversidad de fórmulas de gestión directa, indirecta o compartida que el Servicio Catalán de la Salud puede utilizar a los efectos de la gestión y de la administración de los servicios y de las prestaciones del sistema sanitario público [artículo 7.2 del texto legal].

Es por este motivo que, en aplicación del artículo 4 de la Ley 15/1990, del 9 de julio, el Decreto 26/1991, del 18 de febrero, primero, y posteriormente el Decreto 131/1994, del 30 de mayo, para concretar el régimen jurídico del Servicio Catalán de la Salud, han establecido en el artículo 1.1 que, por lo que hace a las

relaciones jurídicas externas, el Servicio Catalán de la Salud somete, con carácter general al derecho privado, sujeción que se mantiene plenamente en la nueva redacción del artículo 4 de la Ley 11/1995, en coherencia con el planteamiento anterior, que no tiene otras alteraciones que las derivadas de la obligada adecuación del régimen de contratación del Servicio Catalán de la Salud ante la legislación básica del Estado como consecuencia de la reciente entrada en vigor de la Ley 13/1995, del 18 de mayo, de contratos de las administraciones públicas.

De esa manera, la experiencia conseguida en el proceso de consolidación del Servicio Catalán de la Salud ha hecho necesario regular con más precisión el procedimiento a seguir para la constitución de organismos que de él dependan, la formación de consorcios y la creación, o la participación del Servicio Catalán de la Salud en éstos, o de cualesquiera otras entidades admitidas en derecho.

Al mismo tiempo, es necesario incorporar al texto de la Ley, a efectos de seguridad jurídica, la nueva organización funcional de los sectores sanitarios establecida al amparo de lo que establece la disposición 21ª de la Ley 16/1993, del 28 de diciembre, de presupuestos de la Generalidad de Catalunya para el año 1994, y reservar, con vista a una mayor economía, celeridad y eficacia, el régimen de impugnación de los actos dictados por el Servicio Catalán de la Salud.

Finalmente, se completa la Ley con la inclusión de diversas normas orientadas al establecimiento de fórmulas para la gestión de los centros, los servicios y los establecimientos sanitarios y sociosanitarios que hagan posible un mayor grado de implicación de los profesionales en el proceso de desarrollo del sistema sanitario, que garanticen al Servicio Catalán de la Salud el acceso a la información poblacional necesaria para hacer efectiva, entre otras finalidades, la universalización de la atención sanitaria pública a todos los ciudadanos y, en último término, que permita al Instituto Catalán de la Salud la realización de todos los actos y negocios jurídicos que sean necesario para el desarrollo adecuado de las funciones que este organismo tiene atribuidas, de acuerdo con el régimen jurídico que le es aplicable.

En esta misma línea, esta Ley impone al Gobierno de la Generalidad a establecer los sistemas de evaluación y control periódico de los diferentes centros proveedores de servicios sanitarios y sociosanitarios a verificarar su grado de eficacia, eficiencia y calidad.

Artículo 1

Se modifica el artículo 4 de la Ley 15/1990, del 9 de julio, que queda redactada en los siguientes términos:

1. El Servicio Catalán de la Salud es un ente público de naturaleza institucional, dotado de personalidad jurídica propia y plena capacidad para el cumplimiento de sus finalidades, que queda adscrito al Departamento de Sanidad y Seguridad Social y se rige por los preceptos de esta Ley y sus disposiciones complementarias de desarrollo. Por lo que hace a sus relaciones jurídicas externas, se somete, en términos generales, al derecho privado.
2. No obstante lo que dispone el apartado 1, el Servicio Catalán de la Salud se somete al derecho público en las siguientes materias:
 - a) Las relaciones del Servicio Catalán de la Salud con el Departamento de Sanidad y Seguridad Social y con las demás administraciones públicas.
 - b) El régimen patrimonial del Servicio Catalán de la Salud, que se ajusta a las previsiones del artículo 51 de esta Ley.
 - c) El régimen financiero, presupuestario y contable del Servicio Catalán de la Salud, que se rige por lo que establece el capítulo VII del título IV de esta Ley. Son aplicables en particular a la intervención del Servicio Catalán de la Salud las disposiciones de los artículos 63 al 71 del texto referente a la Ley de Finanzas Públicas de Catalunya, aprobado por el Decreto legislativo 9/1994, del 13 de julio, y las correlativas de la Ley 16/1984, del 20 de marzo, del estatuto de la función interventora. Todo esto, sin perjuicio de las especialidades que se establezcan por reglamento.
 - d) El régimen de impugnación de los actos y de responsabilidad del Servicio Catalán de la Salud, que se rige por los artículos 59 y 60 de esta Ley.
 - e) Las relaciones de las personas que disponen del derecho a la asistencia sanitaria pública con el Servicio Catalán de la Salud.

La contratación del Servicio Catalán de la Salud se ha de ajustar a las previsiones de la legislación sobre contratos de las administraciones públicas. De todos modos, los contratos de gestión del Servicio Catalán de la Salud, sanitarios y sociosanitarios en régimen de concierto se rigen por sus normas específicas.

El régimen de personal del Servicio Catalán de la Salud se somete a las disposiciones contenidas en esta Ley y a las restantes normas de aplicación específica.

En el ejercicio de sus funciones, el Servicio Catalán de la Salud y la totalidad de los organismos dotados de personalidad que de él

dependen, si no es el caso, disponen de la reserva de nombres y de los beneficios, las excepciones y las franquicias de cualesquiera naturaleza que la legislación atribuye a la Administración de la Generalidad y a las entidades públicas encargadas de la gestión de la Seguridad Social.

Artículo 2

Se modifica el apartado 3 del artículo 7 de la Ley 15/1990, del 9 de julio, que queda redactada de la siguiente manera:

3. El Consejo Ejecutivo puede acordar la constitución de organismos, la formación de consorcios y la creación o la participación del Servicio Catalán de la Salud en cualesquiera otras entidades admitidas en derecho, a los efectos de los que establece el apartado 2 de este artículo. En particular puede crear cualesquiera empresa pública de las previstas en la Ley 4/1985, del 29 de marzo, del estatuto de la empresa pública catalana.

Artículo 3

Se modifica el apartado 1 del artículo 34 de la Ley 15/1990, del 9 de julio, que queda redactada en los siguientes términos:

1. El Consejo de Dirección, órgano de gobierno del Sector Sanitario, está formado por:
 - 1.1. Tres representantes del Departamento de Sanidad y Seguridad Social, que son el Director del Sector y los responsables de los ámbitos de Análisis y Programación y de Servicio al Cliente o, si no existe, los de las unidades funcionales que los substituyan.
 - 1.2. Dos representantes de las corporaciones locales, que son:
 - a) Un representante del Consejo o los Consejos Comarcales del territorio del Sector correspondiente.
 - b) Un representante del Ayuntamiento o de los Ayuntamientos del Sector correspondiente.

Artículo 4

Se modifica el apartado 3 del artículo 37 de la Ley 15/1990, del 9 de julio, que queda redactada de la siguiente manera:

3. Para el desarrollo de sus funciones, el Director del Sector dispone de las siguientes unidades funcionales, que de él dependen directamente:

3.1. *Ámbito de Análisis y Programación.*

3.2. *Ámbito de Servicio al Cliente.*

El consejero de Sanidad y Seguridad Social, por medio de una disposición motivada y con consulta previa a los Consejos de Dirección de los Sectores Sanitarios afectados, puede rehacer estas unidades o sustituirlas por otras, o establecer aquellas otras unidades funcionales que sean necesarias para el desarrollo correcto de las actuaciones encomendadas al Sector Sanitario.

Artículo 5

Se modifican los apartados 2 y 3 del artículo 59 de la Ley 15/1990, del 9 de julio, que quedan redactados como sigue:

2. De acuerdo con lo que existe previsto en el apartado anterior, los actos dictados por los órganos centrales de dirección y gestión del Servicio Catalán de la Salud pueden ser objeto de recurso ordinario delante el consejero de Sanidad y Seguridad Social, y los de los órganos de dirección y gestión de las Regiones Sanitarias, delante el Director del Servicio Catalán de la Salud. Las resoluciones de los recursos ordinarios agotan, en ambos casos, la vía administrativa.

3. Las reclamaciones previas a la vía jurisdiccional civil se han de dirigir al Director del Servicio Catalán de la Salud, al cual corresponde su resolución.

Artículo 6

Se agrega al artículo 60 de la Ley 15/1990, del 9 de julio, un apartado 2, con la siguiente redacción:

2. Los procedimientos de responsabilidad patrimonial a que se refiere el capítulo I del título X de la Ley 30/1992, del 26 de noviembre, de régimen jurídico de las administraciones públicas y del procedimiento

administrativo común, han de ser resueltos por el Director del Servicio Catalán de la Salud.

Artículo 7

Se agrega una disposición adicional décima a la Ley 15/1990, del 9 de julio, con la siguiente redacción:

De acuerdo con lo que establecen los artículos 7, apartado 2, y 22, apartados 2 y 3, de esta Ley, el Servicio Catalán de la Salud y, si fuera necesario, las Regiones Sanitarias pueden establecer contratos para la gestión de los centros, servicios y establecimientos de protección de la salud y de atención sanitaria y sociosanitaria, que han de ser acreditados a este efecto, como entidades de base asociativa legalmente constituidas, con personalidad jurídica propia, totalmente o mayoritariamente por profesionales sanitarios, con prioridad los que se encuentran comprendidos en cualesquiera de los colectivos de personal a que se refiere el artículo 49, apartado 1, en los términos y con las condiciones previstas por la legislación vigente, con la finalidad de promover un mayor grado de implicación de los profesionales en el proceso de desarrollo, racionalización y optimización del sistema sanitario público.

En estos supuestos, cuando se trate de profesionales comprendidos en el artículo 49.1 que constituyen las entidades comentadas y pasen a prestar sus servicios, permanecen en el cuerpo o en la categoría de origen en la situación de excedencia voluntaria a que se refiere el artículo 71, apartado 2 de la Ley 17/1985, del 23 de julio, de función pública de la Administración de la Generalidad, según la redacción dada por la ley 9/ 1994, del 29 de junio, de reforma de la legislación relativa a la función pública de la Generalidad de Catalunya.

No obstante eso, durante un período de tres años desde la declaración de la nueva situación, el Departamento de Sanidad y Seguridad Social o el organismo de procedencia han de adoptar las medidas adecuadas para facilitar la reincorporación de este personal al lugar de trabajo que ocupaba, cuando lo soliciten y la plaza de trabajo se encuentre desocupada. En caso de que la plaza haya estado suprimida o no haya estado hecha su provisión definitiva, el Departamento de Sanidad y Seguridad Social o el organismo de procedencia han de garantizar, durante el período comentado, el reingreso a una plaza de trabajo del cuerpo o la categoría de origen, del mismo nivel y en la misma localidad.

Artículo 8

Se agrega una disposición adicional décima primera a la Ley 15/1990, del 9 de julio, con la siguiente redacción:

Tomando como marco de referencia la legislación sobre contratos de las administraciones públicas, el Consejo Ejecutivo ha de regular por medio de un decreto los requisitos, el alcance, el procedimiento y los sistemas de selección para el establecimiento de los contratos de gestión de los servicios sanitarios y sociosanitarios en régimen de concierto, que se han de ajustar con carácter general a los principios de publicidad y concurrencia, teniendo en cuenta las previsiones del Plan de Salud de Catalunya y las normas específicas de ordenación de estos servicios.

Artículo 9

Se agrega una disposición adicional décima segunda a la Ley 15/1990, del 9 de julio, con la siguiente redacción:

Se han de establecer por reglamento los sistemas que permitan la evaluación y el control periódicos de los centros, servicios y establecimientos gestionados por el Instituto Catalán de la Salud, como también de los diferentes contratos de gestión de servicios sanitarios y sociosanitarios formalizados por el Servicio Catalán de la Salud con cualesquiera entidades públicas o privadas, con tal de verificar el grado de eficacia, eficiencia y calidad de estos servicios y fijar los criterios más adecuados para su contratación en años sucesivos.

Artículo 10

Se agrega una disposición adicional décima tercera a la Ley 15/1990, del 9 de julio, con la siguiente redacción:

Las administraciones públicas de Catalunya, y los organismos y las entidades que de ellas dependen, han de colaborar con el Servicio Catalán de la Salud facilitándole la información poblacional necesaria, de identidad y de residencia, de sus ámbitos territoriales o funcionales respectivos, en un soporte que permita el tratamiento automatizado, para la constitución de las bases de datos correspondientes de los usuarios del sistema sanitario público, las cuales pueden ser utilizadas exclusivamente para la consecución de las finalidades que éste ente tiene asignadas. La utilización de estos datos se ha de sujetar a las disposiciones de la Ley orgánica 5/1992, del 29 de octubre.

Artículo 11

Se modifica la disposición adicional vigésima cuarta de la Ley 17/1985, del 23 de julio, de la función pública de la Administración de la Generalidad, según la redacción dada por la Ley 9/1994, del 29 de junio, de reforma de la legislación relativa a la función pública de la Generalidad de Catalunya, que queda redactada en los siguientes términos:

1. El personal de nueva incorporación a las entidades del Servicio Catalán de la Salud creadas de conformidad con el artículo 7.2 de la Ley 15/1990, del 9 de julio, de ordenación sanitaria de Catalunya, se rigen por las normas del derecho laboral.
2. Las entidades a que se refiere el apartado 1 han de ofrecer al personal funcionario de la Administración de la Generalidad y al personal estatutario de la Seguridad Social que los haya estado adscrito la incorporación en su plantilla de personal laboral. Esta oferta se ha de realizar en un plazo de cinco años, contados a partir de la constitución de la entidad respectiva, de acuerdo con las previsiones presupuestarias. La incorporación comporta el reconocimiento de la antigüedad que corresponde al interesado, el cual, además, respeta el cuerpo o la categoría de origen en la situación de excedencia voluntaria por incompatibilidad regulada por los artículos 71.2.c] de esta Ley 29.3.a] de la Ley del Estatuto 30/1984, del 2 de agosto, de medidas para la reforma de la función pública, con la asignación previa, si es necesario, del grado personal. No obstante eso, durante un período de tres años desde la declaración de la nueva situación, el Departamento de Sanidad y Seguridad Social o el Instituto Catalán de la Salud han de adoptar las medidas adecuadas para facilitar la reincorporación del interesado a la plaza de trabajo que ocupaba. En caso de que la plaza haya estado extinguida o no haya estado hecha la provisión definitiva, el Departamento o el organismo de procedencia han de garantizar, durante el período comentado, el reingreso a una plaza de trabajo del cuerpo o la categoría de origen, del mismo nivel y en la misma localidad.
3. El personal funcionario o estatutario a que se refiere el apartado 2 que no opte por incorporarse a la plantilla laboral de la entidad correspondiente en el momento que le sea ofertado, se ha de reincorporar al local de origen o, si eso no es posible, a una otra plaza

del Departamento de Sanidad y Seguridad Social o del Instituto Catalán de la Salud del mismo cuerpo o la misma categoría, en cualquier caso se ha de respetar, si es necesario, lo que dispone el artículo 55. Esta plaza ha de estar ubicada en la misma localidad que la plaza ocupada originariamente, salvo que, por inexistencia de plazas, eso no sea posible, supuesto en el cual se aplican los mecanismos de redistribución de efectivos o las otras medidas de racionalización de la organización administrativa reguladas por esta Ley.

Artículo 12

Se agrega una disposición adicional décima cuarta a la Ley 15/1990, del 9 de julio, con la siguiente redacción:

1. El Consorcio Sanitario de Barcelona, ente de carácter asociativo con personalidad jurídica propia, integrado por la Generalidad de Catalunya y el Ayuntamiento de Barcelona, permanece adscrito funcionalmente al Servicio Catalán de la Salud. En ningún caso la representación de la Generalidad de Catalunya en la Junta General del Consorcio puede ser inferior al 51 por ciento de los sus miembros.
2. Las funciones previstas para las Regiones Sanitarias, por lo que hace a la ciudad de Barcelona, son directamente asumidas por el Consorcio Sanitario de Barcelona.
3. El Consejo Ejecutivo ha de dictar las normas que hagan efectivas las previsiones de los apartados anteriores.

Artículo 13

Se agrega una disposición adicional décima quinta a la Ley 15/1990, del 9 de julio, con la siguiente redacción:

1. El nombramiento en propiedad, con destinación definitiva o provisional, o en régimen de interinidad como funcionario del cuerpo de farmacéuticos titulares del ámbito de la Generalidad de Catalunya no comporta el derecho a la titularidad de una nueva oficina de farmacia en la demarcación oficial farmacéutica correspondiente. Esta previsión es aplicable tanto a lo que hace a los titulares únicos

de una oficina de farmacia como a aquellos que son titulares en régimen de copropiedad.

2. Los funcionarios con nombramiento en propiedad o en régimen de interinos como funcionarios del cuerpo de farmacéuticos titulares afectados por esta disposición llevan a término sus funciones en materia de salud pública en el marco de la estructura del departamento de Sanidad y Seguridad Social. A estos efectos, el Gobierno de la Generalidad ha de propiciar las modificaciones pertinentes en las relaciones de plazas de trabajo del Departamento de Sanidad y Seguridad Social.
3. A los efectos del primer concurso de méritos para la provisión de plazas de trabajo de farmacéuticos titulares de la Generalidad de Catalunya que se convoque, no son aplicables las normas presentes a los farmacéuticos titulares con destinación provisional que concursen y accedan de forma definitiva a la misma plaza que ocupaban de manera provisional.

Artículo 14

Se agrega un apartado 5 a la disposición transitoria segunda de la Ley 15/1990, del 9 de julio, con la siguiente redacción:

5. Mientras mantenga su naturaleza como entidad gestora de la Seguridad Social, el Instituto Catalán de la Salud puede realizar todos los actos y negocios jurídicos necesarios para el desarrollo adecuado de sus funciones de acuerdo con el régimen jurídico que le es aplicable, bajo las directrices generales del Servicio Catalán de la Salud.

DISPOSICIÓN DEROGATORIA

Quedan derogadas todas las normas que se oponen al que se establece en esta Ley.

DISPOSICIÓN FINAL

Se autoriza el Gobierno de la Generalidad para que dicte las normas de carácter general y reglamentarias necesarias para desarrollar y aplicar esta Ley.

EL SECTOR SANITARIO PÚBLICO DE CATALUNYA COMO SISTEMA DE INNOVACIÓN

Este estudio forma parte de los trabajos de la Tesis Doctoral de Pelayo Munhoz Olea, dirigida por el Dr. Pere Escorsa Castells del Departament d'Organització d'Empreses de la Universitat Politècnica de Catalunya

CONTENIDO DEL CUESTIONARIO

Parte 1: Identificación del encuestado

Parte 2: Resumen del estudio

Parte 3: Datos cuantitativos de la empresa

Parte 4: Datos cualitativos de la empresa

Datos de la persona responsable de la cumplimentación de la encuesta

Nombre completo:

Cargo que ocupa en la empresa:

Empresa:

Dirección:

Teléfono y Fax:

Web y correo electrónico:

La encuesta se tratará de modo estrictamente confidencial. No se publicarán ni facilitarán datos individualizados.

Identificación de la encuesta (no rellenar):

RESUMEN DEL ESTUDIO

Los últimos estudios sobre las relaciones entre la economía y tecnología han puesto en evidencia que el modo de funcionamiento del *Sistema de Innovación* —SI— tiene una influencia decisiva en el desarrollo y en la articulación socioeconómica de un país o región. Por ello, la mayoría de los países han intentado caracterizar su SI y conocer a fondo su funcionamiento, con objeto de poder diseñar de manera eficaz sus políticas científica, tecnológica, industrial y de mercado. En este estudio realizamos un análisis de la estructura sanitaria conformada por la aprobación por el pleno del Parlament, el día 14 de junio de 1990, de la *Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya* —LOSC—, que regula, estructura y organiza el *Sistema Sanitario Público de Catalunya* —SSPC—, para lo cual se ha utilizado un enfoque interactivo de los procesos de innovación. Este enfoque permite analizar los procesos a escala regional y nacional, como si se tratara de sistemas. Asimismo, se ha considerado que la innovación y su difusión son dos aspectos de un mismo proceso y no dos actividades distintas. En este contexto se define el SI por el conjunto de sus actores y estructuras, que asumen funciones específicas en el proceso de producción, transmisión y almacenamiento de conocimientos, y se caracteriza por su capacidad de interacción, mediante la articulación de sus actores, para la producción de conocimientos y para su difusión y utilización. Se considera, además, que los actores del SI se agrupan, de acuerdo con su actividad principal dentro del proceso de innovación, en entornos: *El entorno científico*, en el que mayoritariamente se producen conocimientos científicos; *El entorno tecnológico*, en el que se desarrollan las tecnologías; *El entorno productivo*, que produce bienes y servicios, aportando un valor añadido y el *Entorno financiero*, que ofrece recursos financieros a los demás entornos para el desarrollo de sus actividades y, en el sector sanitario, el que gestiona los fondos públicos aportados por el presupuesto del Estado. El estudio se compone de dos grandes partes: La primera, de carácter conceptual, presenta de forma breve un resumen del abordaje teórico de la *Innovación* y de los *Sistemas Nacionales de Innovación*, introduciendo una serie de conceptos básicos que constituyen el fundamento en el que se asientan los SI. La mayoría de los conceptos y elementos presentados en esta primera parte pueden ser definidos de varias formas. No obstante, las definiciones y especificaciones que aquí aparecen se estiman más pertinentes para abordar el tema que nos ocupa en la tesis. La segunda parte, abarca el resto del estudio, se describen los actores del SSPC regulados por la LOSC, se analizan estos actores a través de un contenido empírico que proviene del trabajo de campo llevado a cabo —por medio de visitas, entrevistas personales y datos de la encuesta hecha y de las Memorias de Actividad cedidas por las personas entrevistadas—, a todos los actores del SSPC lo que nos permite caracterizarlos en los entornos del SI, de acuerdo con la metodología propuesta. Las conclusiones que de este análisis se extraen se plasman en el último de los capítulos del estudio.

PARTE 3: DATOS CUANTITATIVOS DE LA EMPRESA

Esta parte está destinada a recoger información útil para estimar el tamaño de su Empresa (llamaremos de Empresa a todos los actores que forman parte del Sistema Sanitario Público de Catalunya), medido desde el punto de vista de los recursos humanos y presupuestarios de los que dispone para su funcionamiento.

1. Número de personal de nivel superior.

1996	1997

2. Número de personal de nivel técnico.

1996	1997

3. Número de personal administrativo.

1996	1997

4. Presupuesto económico anual.

1996	1997

5. Origen del presupuesto económico anual.

	1996	1997
Cantidad procedente del SCS		
Cantidad procedente del ICS		
Cantidad procedente de ayudas y subvenciones		
Cantidad procedente de otras fuentes		

A continuación pretendemos obtener datos sobre la producción científica, tecnológica e innovadora de la Empresa, (las preguntas están destinadas al colectivo de Empresas del Sistema Sanitario Público Catalán, si su Empresa no desarrolla determinada actividad o no tiene alguno de los datos pedidos, por favor pase a la siguiente pregunta).

6. Número de la actividad científica de la Empresa, (se entiende por actividad científica la suma de la actividad científica divulgadora en que participa la Empresa, como puede ser: participación u organización de congresos nacionales e internacionales, simposiums, cursos, jornadas, conferencias, actos, seminarios y otros).

1996	1997

7. Número de alumnos de graduación de la facultad de medicina que acceden anualmente a la Empresa.

1996	1997

8. Número total de camas que tiene la Empresa.

1996	1997

9. Número de ensayos clínicos realizados por la Empresa.

1996	1997

10. Factor de impacto de las publicaciones SCI (Science Citation Index—Journal Citation Reports).

1996	1997

11. Número de MIR en la Empresa (médico interno residente).

1996	1997

12. Número de proyectos de investigación desarrollados por la Empresa.

1996	1997

13. Número de publicaciones SCI (número de publicaciones de artículos inéditos con factor de impacto SCI—JCR).

1996	1997

14. Número de otras publicaciones (número de publicaciones no—SCI/JCR, como pueden ser capítulos de libros, libros).

1996	1997

15. Número de tesis doctorales leídas o dirigidas por profesionales de la Empresa.

1996	1997

16. Número de trasplantes efectuados por la Empresa.

1996	1997

17. Señale otros posibles factores que usted consideraría como importantes para la producción de actividad de innovación, investigación en la Empresa.

PARTE 4: DATOS CUALITATIVOS DE LA EMPRESA

En este apartado pretendemos recoger datos sobre las relaciones de enlace y cooperación que mantiene su Empresa con las demás Empresas del Sistema Sanitario Publico Catalán y, en la medida de lo posible, de qué tipo es esta relación.

18. De las Empresas enumeradas abajo, ¿Con cuál de ellas su Empresa mantiene relación y de que tipo es esta relación? [tache el cuadro que corresponda, puede marcar más de uno].

Empresas del SSPC	No tiene relación formal	Tiene relación esporádica o de tipo personal	Mantiene relación de cooperación formal
RSL			
RST			
RSTO			
RSG			
RSCP			
RSBNM			
RSC			
RSBC			
IDI			
SEMSA			
AATM			
ICO			
SSRCTBT			
SCS			
ICS			
IES			
CSUB			
HGTiP			
HCPB			
HSJD			
HSCSP			
CSUVH			
FP			

19. Si la Empresa mantiene relaciones con otros actores del SI—SSPC que no están en la lista o de fuera del SI—SSPC, por favor indique cuales Empresas y que tipo de relación mantiene:

20. De su opinión sobre cuál es la situación/incidencia de los siguientes factores de interacción en su entorno [tache el cuadro que corresponda].

	Situación/incidencia del factor en su entorno			
	no existe [0]	baja [1]	media [2]	alta [3]
Disponibilidad de información				
Conocimientos acumulados				
Red cooperativa [con las demás Empresas del SSPC]				
Flexibilidad				
Gestión de la innovación				

21. Señale otros posibles factores que usted consideraría necesarios:

22. Señale otros posibles instrumentos de política de interacción que usted consideraría necesarios:

23. Explique en esta hoja su opinión sobre la viabilidad de exportación del SSPC hacia otros países que tienen una realidad histórica diferente a la de Catalunya.

Muchas gracias por haber rellenado la encuesta y por habernos concedido la entrevista.

Por favor enviar la encuesta rellenada y si es posible con algún tipo de material que nos permita conocerlos mejor [memoria anual, catálogo, prospecto, etc.] a la dirección:

Pelayo Munhoz Olea

Calle Mossèn Àngel Rodamilans, 206 – 2º 2ª

08222 Terrassa [Barcelona]

Tel: 937859298

Fax: 937859298

E-mail: pelayo@oe.upc.es

Índice de siglas utilizadas en la encuesta:

AATM	Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica
CSUB	Ciutat Sanitària i Universitària de Bellvitge
CSUVH	Ciutat Sanitària i Universitària Vall d'Hebron
FP	Fundació Puigvert
HCPB	Hospital Clínic i Provincial de Barcelona
HSCSP	Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
HSJD	Hospital Sant Joan de Déu
HUGTiP	Hospital Universitari Germans Trias i Pujol
ICO	Institut Català d'Oncologia
ICS	Institut Català de la Salut
IDI	Institut de Diagnòstic per la Imatge
IES	Institut d'Estudis de la Salut
JCR	Journal Citation Reports
LOSC	Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya
MIR	Médecino interno residente
RSBC	Regió Sanitària Barcelona Ciutat
RSBNM	Regió Sanitària Barcelonès Nord i Maresme
RSC	Regió Sanitària Centre
RSCP	Regió Sanitària Costa de Ponent
RSG	Regió Sanitària Girona
RSL	Regió Sanitària Lleida
RST	Regió Sanitària Tarragona
RSTO	Regió Sanitària Tortosa
SCI	Science Citation Index
SCS	Servei Català de la Salut
SEMSA	Sistema d'Emergències Mèdiques S.A.
SI	Sistema de Innovació
SSPC	Sector Sanitario Público de Catalunya
SSRCTBT	Serveis Sanitaris de Referència Centre de Transfusió i Banc de Teixits

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 0.1. Los clusters de futuro de la economía catalana	26
FIGURA 1.1. El entorno de la innovación.....	40
FIGURA 1.2. La secuencia que conduce a la competitividad.....	41
FIGURA 1.3. Modelo de innovación promovido por la tecnología.....	47
FIGURA 1.4. Modelo de innovación determinado por el mercado.....	48
FIGURA 1.5. Modelo de Kline	50
FIGURA 2.1. Representación de un sistema nacional de innovación.....	73
FIGURA 2.2. Representación del sistema español de innovación.....	76
FIGURA 3.1. Representación actual del sistema de innovación en el sector sanitario catalán	81
FIGURA 3.2. Recursos generadores del éxito del SI.....	85
FIGURA 3.3. Objetivo de la tesis	89
FIGURA 4.1. Modelos de seguridad social	112
FIGURA 4.2. Modelo Beveridge.....	113
FIGURA 4.3. Modelo Bismarch.....	113
FIGURA 5.1. Ordenaciones del Hospital General de la Santa Creu de Barcelona, año 1707.....	146
FIGURA 5.2. Mapa del primer plan de regionalización sanitaria basado en la estructura comarcal, año 1933.....	153
FIGURA 5.3. Desarrollo del modelo sanitario	160
FIGURA 5.4. Estructura global del sistema sanitario público catalán	166
FIGURA 5.5. Modelo sanitario que configura la LOSC	168
FIGURA 5.6. Organización del sistema sanitario en Catalunya.....	169
FIGURA 5.7. Esquema general de asistencia sanitaria en Catalunya	170
FIGURA 5.8. Situación de partida y visión futura del sistema asistencial público catalán	171

FIGURA 5.9. Distribución de funciones de la sanidad pública en Catalunya	172
FIGURA 5.10. Planificación y desarrollo del Plan de Salud	183
FIGURA 5.11. Elementos de referencia para la planificación de los planes de Salud.....	188
FIGURA 6.1. Planificación del desarrollo de la asistencia sanitaria pública.....	193
FIGURA 6.2. Mercado de asistencia sanitaria pública.....	194
FIGURA 6.3. Competencia en el marco de la asistencia sanitaria pública	195
FIGURA 6.4. Estructura económica consolidada SCS/ICS, 1997	204
FIGURA 6.5. Estructura funcional del presupuesto SCS/ICS, 1997.....	204
FIGURA 6.6. Organigrama funcional del SCS	208
FIGURA 6.7. Regiones sanitarias del SCS, 1997	210
FIGURA 6.8. Sistema de información	212
FIGURA 6.9. Proceso para la contratación de servicios.....	213
FIGURA 6.10. Implicaciones globales: SCS, proveedores y su interrelación	214
FIGURA 6.11. Estructura corporativa del ICS.....	222
FIGURA 6.12. Organigrama del IES	225
FIGURA 6.13. Organigrama del IDI	231
FIGURA 6.14. Número total de exploraciones por año	232
FIGURA 6.15. Organigrama de Gestió de Serveis Sanitaris	235
FIGURA 6.16. Organigrama de Gestió i Prestació de Serveis de Salut.....	236
FIGURA 6.17. Organigrama del IAS	237
FIGURA 6.18. Organigrama de SEMSA.....	238
FIGURA 6.19. Ubicación de las bases asistenciales	241
FIGURA 6.20. Organigrama de la AATM	245
FIGURA 6.21. Organigrama de SSRCTBT.....	252
FIGURA 6.22. Mapa de la RSL.....	255
FIGURA 6.23. Organigrama de la RSL	257
FIGURA 6.24. Mapa de la RST.....	260
FIGURA 6.25. Organigrama de la RST	261
FIGURA 6.26. Mapa de la RSTO	265
FIGURA 6.27. Organigrama de la RSTO.....	266
FIGURA 6.28. Mapa de la RSG	270
FIGURA 6.29. Organigrama de la RSG	271
FIGURA 6.30. Mapa de la RSCP	273
FIGURA 6.31. Organigrama de la RSCP	274
FIGURA 6.32. Mapa de la RSBNM	278
FIGURA 6.33. Organigrama de la RSBNM.....	279

FIGURA 6.34. Mapa de la RSC.....	282
FIGURA 6.35. Organigrama de la RSC.....	285
FIGURA 6.36. Mapa de la RSBC.....	288
FIGURA 6.37. Organigrama de la RSBC.....	289
FIGURA 6.38. Organigrama del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.....	300
FIGURA 6.39. Organigrama del Hospital Sant Joan de Déu.....	317
FIGURA 6.40. Organigrama general de los Hospitales de la Vall d'Hebron.....	319
FIGURA 6.41. Organigrama de la CSU de Bellvitge.....	328
FIGURA 6.42. Organigrama del ICO.....	332
FIGURA 6.43. Organigrama del HUGTiP.....	335
FIGURA 7.1. Relaciones existentes.....	400
FIGURA 7.2. Relaciones que deberían existir.....	401

ÍNDICE DE SIGLAS

AATM	Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica
ABS	Àrea bàsica de salut
AC	Actividad científica
AISNA	Administración Institucional de la Sanidad Nacional
AM	Alumnos de medicina
AMEE	Association for Medical Education in Europe
AMV	Accidente de múltiples víctimas
BOPC	Bulletí Oficial del Parlament de Catalunya
C	Polo científico
C+T	Ciencia + Tecnología
CA	Camas
CAP	Centre d'atenció primària
CB	Central de Balanços
CCE	Comisión Europea
CDS	Centro Democrático y Social
CE	Constitución Española
CESSUL	Centre d'Evaluation des Scienses de la Santé
CICYT	Comisión Interministerial de Ciencia y Tecnología de España
CIDA	Comité Internacional de Andrología
CIR	Comadrona interna residente
HCPB	Hospital Clínic i Provincial de Barcelona
Cn	Centro generador de ciencia
CSUB	Ciutat Sanitària i Universitària de Bellvitge
CSUVH	Ciutat Sanitària i Universitària Vall d'Hebron
CT	Polo de contacto entre la ciencia y la tecnología
Cti	Transferencia ciencia—tecnología

DAP	Divisió d'atenció primària
DGOPS	Direcció General de Ordenació i Planificació Sanitària
DHSS	Servicio Nacional de Salud Británico
DMS	Desplegament del Mapa Sanitari
DOGC	Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya
DPO	Dirección por objetivos
DSSS	Departament de Sanitat i Seguretat Social
EA	Estatuto de Autonomía
EAP	Equip d'atenció primària
EC	Ensayos clínicos
ECFMG	Educational Commission for Foreign Medical Graduates
EEUU	Estados Unidos de América
EISSA	Energètica d'Instal·lacions Sanitàries S.A.
EP	Empresas públicas
ESCA	Enquesta de salut de Catalunya
ETM	Evaluación de Tecnología Médica
F	Significación del cambio en F
FI	Sistema del factor de impacto
FIS	Fondo de Investigación Sanitaria
FP	Fundació Puigvert
GPSS	Gestió i Prestació de Serveis de Salut
GRD	Grupos relacionados con el diagnóstico
GSS	Gestió de Serveis Sanitaris
HC	Hospital Clínic
HSCSP	Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
HSJD	Hospital Sant Joan de Déu
HUGTïP	Hospital Universitari Germans Trias i Pujol
I+D	Innovación + Desarrollo
IAS	Institut d'Assistència Sanitària
ICO	Institut Català d'Oncologia
ICS	Institut Català de la Salut
IDI	Institut de Diagnòstic per la Imatge
IES	Institut d'Estudis de la Salut
IESE	Instituto de Estudios Superiores de la Empresa
IKE	Grupo de la Aalborg University
INP	Instituto Nacional de Previsión
INSALUD	Instituto Nacional de Salud

INSERSO	Instituto Nacional de Servicio Social
INSS	Instituto Nacional de Seguridad Social
ISO	International Standard Organization
IUNA	Institut d'Urologia, Nefrologia i Andrologia
JCR	Journal Citation Reports
LGS	Ley General de Sanidad
LOSC	Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya
M	Polo de mercado
MIR	Médico interno residente
MITI	Ministerio de Industria y Comercio Internacional
Mk	Segmento de mercado
MS	Mapa sanitari
MS	Mapa Sanitari de Catalunya
MUFACE	Mutualidad de Funcionarios de la Administración Civil del Estado
NBME	National Board of Medical Examiners
NITEC	Núcleo de Gestión de la Innovación Tecnológica
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
OMS	Organización Mundial de la Salud
OP	Otras publicaciones
PADES	Programa d'atenció domiciliària d'equips de suport
Ph.D.	Titular de un doctorado en el campo de las humanidades
PI	Proyectos de investigación
PIB	Producto interior bruto
PMC	Categorías de gestión de pacientes
PNS	Personal de nivel superior
PRESUP	Presupuesto económico
PRH	Plan de Reordenación Hospitalaria
PSC	Pla de Salut de Catalunya
PSCI	Publicaciones Science Citation Index
PSOE	Partido Socialista Obrero Español
PYME	Pequeña y mediana empresa
R	Coefficiente de correlación de Pearson
R2	Coefficiente de determinación
RAP	Reforma de la atención primaria
RD	Real Decreto
RM	Resonancia magnética

RS	Regió sanitària
RSBC	Regió Sanitària Barcelona Ciutat
RSBNM	Regió Sanitària Barcelonès Nord i Maresme
RSC	Regió Sanitària Centre
RSCP	Regió Sanitària Costa de Ponent
RSG	Regió Sanitària Girona
RSL	Regió Sanitària Lleida
RSs	Regiones sanitarias
RST	Regió Sanitària Tarragona
RSTO	Regió Sanitària Tortosa
RSUP	Red sanitaria de utilización pública
SCI	Science Citation Index
SCS	Servei Català de la Salut
SEI	Sistema Español de Innovación
SEMSA	Sistema d'Emergències Mèdiques S.A.
SI	Sistema de Innovación
SIDA	Síndrome de la Inmune Deficiencia Adquirida
SNI	Sistema Nacional de Innovación
SNS	Sistema Nacional de Salud
SOE	Seguro Obligatorio de Enfermedad
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
SRI	Servicio de respuesta inmediata
SRI	Sistema Regional de Innovación
SS	Sector sanitari
SSPC	Sector Sanitario Público de Catalunya
SSRCTBT	Serveis Sanitaris de Referència Centre de Transfusió i Banc de Teixits
T	Polo tecnológico
TR	Trasplantes
TC	Tomografía computarizada
TD	Tesis doctorales
TEP	Programa Tecnología—Economía
TIS	Tarjeta individual sanitaria
TM	Tecnología Médica
Tm	Centro generador de tecnología
TM	Polo que relaciona la tecnología con los mercados
Tmj	Utilización de la tecnología para un mercado

TUE	Tratado de la Unión Europea
UBAS	Unidad Básica de Asistencia Sanitaria
UE	Unión Europea
UFISS	Unitat funcional interdisciplinària sociosanitària
UK	Reino Unido
XHUP	Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública
XSUPC	Xarxa sanitària d'utilització pública de Catalunya

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1.1. Factores de fracaso de la innovación	42
TABLA 3.1. Grupo todos los actores.....	97
TABLA 3.2. Grupo hospitales de alta tecnología	98
TABLA 3.3. Grupo regiones sanitarias.....	99
TABLA 3.4. Grupo empresas públicas	99
TABLA 4.1. Principales indicadores de salud	102
TABLA 4.2. Gasto sanitario	102
TABLA 4.3. Fuentes de financiación de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social —en porcentaje—.....	114
TABLA 4.4. Cobertura sanitaria en España, 1993.....	114
TABLA 5.1. Producto interior bruto y gasto sanitario [1984—1994]	174
TABLA 5.2. Variación interanual del coste de la prestación de servicios sanitarios. Catalunya 1993—1996	177
TABLA 5.3. Anteproyecto de presupuesto 1997 de la Generalitat de Catalunya destinado a las prestaciones sanitarias.....	178
TABLA 5.4. Evolución del presupuesto y del porcentaje de variación interanual para la prestación de los servicios sanitarios de provisión pública de la Generalitat de Catalunya, 1981— 1997	179
TABLA 5.5. Incremento de recursos del nuevo modelo de financiación para las comunidades autónomas	181
TABLA 6.1. Recursos de atención primaria de la red sanitaria de utilización pública de Catalunya, 1996.....	196
TABLA 6.2. Recursos de atención hospitalaria de la XHUP, 1996.....	197
TABLA 6.3. Proveedores de servicios extrahospitalarios de la red de utilización pública de Catalunya, 1996.....	197

TABLA 6.4. Recursos sociosanitarios de la red sanitaria de utilización pública de Catalunya, 1996	198
TABLA 6.5. Recursos sociosanitarios de la red sanitaria de utilización pública de Catalunya, 1996	199
TABLA 6.6. Banco de sangre de la RSUP de Catalunya, 1996.....	199
TABLA 6.7. Centros de salud mental de la red sanitaria de utilización pública de Catalunya, 1996	200
TABLA 6.8. Camas de psiquiatría de la red sanitaria de utilización pública de Catalunya, 1996	200
TABLA 6.9. Hospitales de día de la red sanitaria de utilización pública de Catalunya, 1996	201
TABLA 6.10. Recursos de rehabilitación en salud mental de la red de utilización pública de Catalunya, 1996.....	201
TABLA 6.11. Recursos de prestación farmacéutica, RSUPC 1996	202
TABLA 6.12. Trasplantes en Catalunya en 1997.....	203
TABLA 6.13. Plazas de trabajo de la RSUP de Catalunya, 1996.....	204
TABLA 6.14. Crecimiento % del presupuesto SCS—ICS	204
TABLA 6.15. SEMSA, bases de actuación en las RS, 1996	240
TABLA 6.16. Datos estructurales genéricos de la RSL.....	253
TABLA 6.17. Población de la RSL por edades	253
TABLA 6.18. Implantación de las ABS en la RSL.....	256
TABLA 6.19. Ordenación territorial de la RST.....	260
TABLA 6.20. Densidad de población de la RSTO	262
TABLA 6.21. Evolución demográfica de la RSTO	263
TABLA 6.22. Población por grupo, edad y sexo. RSTO	263
TABLA 6.23. Renta bruta familiar disponible, RSTO.....	264
TABLA 6.24. ABS en funcionamiento, por sectores RSTO.....	266
TABLA 6.25. Pirámide poblacional, censo de 1991 de la RSG	268
TABLA 6.26. Indicadores sociodemográficos de la RSG	268
TABLA 6.27. Distribución territorial de la RSG	269
TABLA 6.28. Distribución demográfica de la RSCP	272
TABLA 6.29. Habitaciones por grupo de edad, censo 1991 de la RSCP...	272
TABLA 6.30. Distribución territorial de la RSCP	274
TABLA 6.31. Resumen de las características de la RSBNM	275
TABLA 6.32. Evolución demográfica de los municipios del Barcelonès Nord	276
TABLA 6.33. Distribución territorial del SS Barcelonès Nord	277
TABLA 6.34. Evolución demográfica del SS El Maresme.....	278

TABLA 6.35. Distribución territorial del SS El Maresme.....	278
TABLA 6.36. Datos sociodemográficos de la RSC por SS	280
TABLA 6.37. ABS de los SS Bages, Bergadà, Cerdanya y Solsonès.....	283
TABLA 6.38. ABS de los SS Osona y Vallès Oriental	283
TABLA 6.39. ABS de los SS Terrassa, Rubí y Sant Cugat	283
TABLA 6.40. ABS del SS Sabadell.....	284
TABLA 6.41. Datos sociodemográficos de Barcelona	286
TABLA 6.42. Pirámide de edades	286
TABLA 6.43. Sectores sanitarios y ABS de la RSBC	287
TABLA 7.1. Resumen de las variables analizadas en esta fase	339
TABLA 7.2. Resultados del presupuesto económico y del número de personal de nivel superior de todos los actores.....	340
TABLA 7.3. Resultados de la actividad científica y de las publicaciones generadas por los actores del sistema	341
TABLA 7.4. Resultados de la actividad científica por presupuesto y personal de nivel superior	342
TABLA 7.5. Resultados de otras publicaciones por presupuesto y personal de nivel superior	343
TABLA 7.6. Estadístico de las variables de todos los actores	344
TABLA 7.7. Análisis de Regresión Lineal de actividad científica	344
TABLA 7.8. Análisis de Regresión Lineal de otras publicaciones	345
TABLA 7.9. Resultados del estudio de la Fase 1.....	346
TABLA 7.10. Resumen de las variables analizadas en esta fase	347
TABLA 7.11. Resultados de la actividad científica y número de otras publicaciones de cada región sanitaria	348
TABLA 7.12. Resultados del presupuesto económico destinado a cada región Sanitaria	349
TABLA 7.13. Otros datos de las regiones sanitarias	349
TABLA 7.14. Resultados de la actividad científica por presupuesto y personal de nivel superior	350
TABLA 7.15. Resultados de otras publicaciones por presupuesto y personal de nivel superior	350
TABLA 7.16. Comparación de los estadísticos de las variables de las regiones sanitarias con todos los actores	351
TABLA 7.17. Análisis de Regresión Lineal de actividad científica	351
TABLA 7.18. Análisis de Regresión Lineal de otras publicaciones	352
TABLA 7.19. Resultados del estudio de la Fase 2.....	353
TABLA 7.20. Resumen de las variables analizadas en esta fase	355

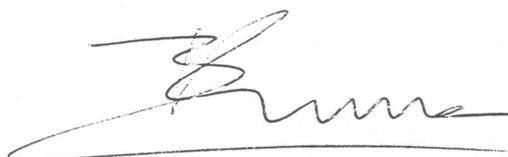
TABLA 7.21. Resultados del presupuesto económico y del número de personal de nivel superior de las empresas públicas	356
TABLA 7.22. Resultados de la actividad científica y del número de otras publicaciones de las empresas públicas	356
TABLA 7.23. Resultados de la actividad científica por presupuesto y personal de nivel superior	357
TABLA 7.24. Resultados de otras publicaciones por presupuesto y personal de nivel superior	357
TABLA 7.25. Comparación de los estadísticos de las variables de las empresas públicas con todos los actores.....	358
TABLA 7.26. Análisis de Regresión Lineal de actividad científica	358
TABLA 7.27. Análisis de Regresión Lineal de otras publicaciones	359
TABLA 7.28. Resultados del estudio de la Fase 3.....	360
TABLA 7.29. Resumen de las variables analizadas en esta fase	361
TABLA 7.30. Continuación de las variables analizadas en esta fase ...	362
TABLA 7.31. Resultados del número de publicaciones SCI y factor de impacto de esas publicaciones.....	363
TABLA 7.32. Resultados del número de personal de nivel superior, de MIR y de alumnos de medicina.....	363
TABLA 7.33. Resultados del número de ensayos clínicos y de trasplantes realizados por cada hospital.....	364
TABLA 7.34. Resultados del número de otras publicaciones y de tesis doctorales generadas por los hospitales.....	365
TABLA 7.35. Resultados del número de actividad científica y de proyectos de investigación producidos por los hospitales.....	365
TABLA 7.36. Resultados del presupuesto económico y del número de camas de cada uno de los hospitales.....	366
TABLA 7.37. Resultados de todas las variables de los hospitales.....	367
TABLA 7.38. Resultados de las publicaciones SCI y otras publicaciones por personal de nivel superior.....	368
TABLA 7.39. Resultados de las publicaciones SCI y otras publicaciones por el presupuesto	368
TABLA 7.40. Resultados de la actividad científica y tesis doctorales por el personal de nivel superior.....	369
TABLA 7.41. Resultados de la actividad científica y tesis doctorales por el presupuesto.....	369
TABLA 7.42. Resultados de los trasplantes y las camas por el personal de nivel superior	370

TABLA 7.43. Resultados de los trasplantes y las camas por el presupuesto	370
TABLA 7.44. Resultados de los proyectos de investigación y ensayos clínicos por el personal de nivel superior	371
TABLA 7.45. Resultados de los proyectos de investigación y ensayos clínicos por el presupuesto	372
TABLA 7.46. Resultados de los MIR y alumnos de medicina por el personal de nivel superior	372
TABLA 7.47. Resultados de los MIR y alumnos de medicina por el presupuesto	373
TABLA 7.48. Estadístico de las variables de los hospitales	373
TABLA 7.49. Comparación de los estadísticos de las variables de los hospitales con todos los actores	374
TABLA 7.50. Análisis de Regresión Lineal de actividad científica	375
TABLA 7.51. Análisis de Regresión Lineal de camas	375
TABLA 7.52. Análisis de Regresión Lineal de ensayos clínicos	376
TABLA 7.53. Análisis de Regresión Lineal de proyectos de investigación	376
TABLA 7.54. Análisis de Regresión Lineal de trasplantes	377
TABLA 7.55. Análisis de Regresión Lineal de tesis doctorales	378
TABLA 7.56. Análisis de Regresión Lineal de número de alumnos	378
TABLA 7.57. Análisis de Regresión Lineal de otras publicaciones	379
TABLA 7.58. Análisis de Regresión Lineal de otras publicaciones	380
TABLA 7.59. Análisis de Regresión Lineal de publicaciones SCI	380
TABLA 7.60. Análisis de Regresión Lineal del factor de impacto de las publicaciones SCI	381
TABLA 7.61. Análisis de Regresión Lineal del factor de impacto de las publicaciones SCI	382
TABLA 7.62. Resultados de las variables del estudio de la Fase 4	383
TABLA 7.63. Resultados de los índices del estudio de la Fase 4	384
TABLA 7.64. Resultados de la Regresión Lineal	385
TABLA 7.65. Relaciones existentes entre los actores del SI—SSP	387
TABLA 7.66. Resumen de las relaciones del SI—SSPC	388
TABLA 7.67. Situación/incidencia de los factores de éxito en el SI—SSPC	390
TABLA 7.68. Resumen de los factores de éxito del SI—SSPC	393
TABLA 7.69. Comparación entre los principales indicadores asistenciales de los hospitales de alta tecnología 1997	402

PERE ESCORSA CASTELLS, CATEDRÀTICO DEL
DEPARTAMENT D'ORGANITZACIÓ D'EMPRESES SECCIÓ DE
L'ESCOLA TÈCNICA SUPERIOR D'ENGINYERS INDUSTRIALS
DE TERRASSA,

CERTIFICA: Que el Ingeniero Superior Mecánico D. Pelayo
Munhoz Olea, ha realizado bajo mi dirección,
en la Escola Tècnica Superior d'Enginyers
Industrials de Terrassa, el trabajo que bajo el
título «El sector sanitario público de
Catalunya como sistema de innovación»,
presenta en esta memoria que constituye su
tesis para optar al grado de Doctor.

Y para que conste a los efectos oportunos,
en cumplimiento de la legislación vigente,
presento ante el Departament d'Organització
d'Empreses de la Universitat Politècnica de
Catalunya la referida Tesis, firmando el
presente certificado a diecisiete de noviembre
de mil novecientos y noventa y nueve.



UPC
DEPARTAMENT
D'ORGANITZACIÓ
D'EMPRESES
Escola Tècnica Superior
d'Enginyers Industrials
de Terrassa

Dr. Pere Escorsa Castells

