

Propuestas para la regeneración del carácter público de la sanidad catalana

¿Qué quiere este documento y por qué?

El objetivo de este texto es presentar propuestas políticas y organizativas para regenerar hoy y preservar para el futuro el carácter público de la sanidad en Cataluña.

Han pasados 26 años de la Ley General de Sanidad y de la incorporación a la Unión Europea, y 22 años de la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña (LOSC) y el contexto de la actual crisis económica y financiera, acompañado de políticas recientes aplicadas por los gobiernos de Cataluña y España, representan una efectiva amenaza para nuestro sistema sanitario. Es tan necesario defenderlo como hacer una revisión de la estructura de nuestro sistema sanitario de financiación público basado en impuestos progresivos. Es necesario clarificar, regenerar y consolidar su carácter público y corregir las deficiencias y desequilibrios existentes. Regeneración que se fundamenta en:

a) Los valores que deben dar carácter al sistema: democracia efectiva, universalidad, equidad social y territorial, sostenibilidad, ética pública. Valores de ejercicio medible por su capacidad para generar salud, progreso sostenible, cohesión social y confianza de la ciudadanía y de los profesionales.

b) El equilibrio entre, por un lado, las responsabilidades constitucionales de las administraciones en protección de la salud y atención a la enfermedad, que incluye asistencia a todos los individuos y salud pública, y las responsabilidades de los profesionales y, por otro lado, la aceptación realista, tanto de los condicionantes económico-financieros internacionales, como la selección de las prácticas coste-efectivas desde el punto de vista de la evidencia científica y los resultados en salud y calidad de vida. Es necesario dotar al sistema de herramientas de deliberación ética.

Ámbitos de las reformas que proponemos

Nuestro sistema sanitario debe tener siempre una actitud proactiva afrontando las mejoras convenientes y posibles. Ahora se necesitan efectivas reformas estructurales para superar problemas crónicos que se han ido agravando. Del amplio campo de acciones posibles en este escrito sólo nos referiremos a tres ámbitos de reformas sistémicas:

1. - La ordenación, gobierno y jerarquización de responsabilidades sanitarias

institucionales inter e intra territorios:

- Postulamos un Servicio Nacional de Salud de Cataluña que, en lugar de ser meramente un ente comprador-regateador, como lo es ahora el Servicio Catalán de la Salud, disponga de unos entes activos y responsables de asegurar los principios de *universalización, equidad y superación de desequilibrios territoriales, sociales*¹ y de género.
- Queremos un modelo sanitario catalán comprensible para la ciudadanía, no basado en reglas mercantiles sino en la concreción de responsabilidades y compromisos a corto y largo plazo bajo los principios de *simplificación, racionalización, descentralización y estabilidad presupuestaria*. Para esto, hay que evitar que se tengan que convocar concursos para el adjudicación de servicios de atención primaria y comunitaria como los que ahora se convocan, donde siempre puede ganar no quien ha demostrado hacerlo bien sino el más listo en preparar papeles. Respecto a hospitales de la XHUP², hay que evitar concursos y riesgos de tener que buscar inversores privados por falta de inversiones, mantenimiento o calidad en hospitales concertados de continuidad indispensable.

2. - Las relaciones entre entidades y centros a nivel nacional y en cada territorio:

- Nos es indispensable una atención primaria y comunitaria que, con mayor autonomía de gestión de sus equipos, lidere con fuerza y cohesión la concepción integral e integrada y la sectorización territorial, indispensables también para la eficacia, la eficiencia y la participación comunitaria en el sistema. Hay que darle la vuelta al actual hospitalocentrismo.
- Hay que superar las pugnas entre el "mundo ICS" (Instituto Catalán de la Salud) y el "mundo EPIC" (empresas y consorcios públicos) que, demasiado a menudo, no son de competencia para una mejor calidad o eficiencia. Hay que suprimir esta dualidad que resulta negativa para profesionales y ciudadanos. Por otra parte, la función de integración de la provisión, asignada por la LOSC de 1990 al Servicio Catalán de la Salud, ha quedado totalmente desdibujada.

3. - Los modelos para el control público de la gestión económica y de la ejecución de las políticas de salud, a nivel de sus resultados y de la ética aplicada en la práctica concreta:

¹ Principios escritos en cursiva extraídos de los artículos 3, 5 y 7 de la Ley General de Sanidad, 2 de la Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya y 135 de la Constitución española

² Siglas en catalán de: Red Hospitalaria de Utilización Pública

- No es aceptable no aprovechar las oportunidades que hoy ofrecen los sistemas y tecnologías de la información y la legislación de la UE para dotar a la sanidad catalana de financiación pública de una efectiva transparencia y de un único sistema eficiente de control y evaluación de costes y riesgos vinculado a la obtención de resultados de salud, calidad y productividad de los servicios y económicos, de acuerdo con los contratos programa del sistema público, que deben ser el modelo básico de contratación.
- Hay que frenar la degradación de la ética pública

Reformas que proponemos

Mediante un proceso sucesivo de: pacto político y social, concreción legislativa del pacto, programa temporalizado para cada reforma y ejecución controlada de los correspondientes programas, creemos que hay que llevar a cabo, en los 3 ámbitos señalados, los siguientes 5 bloques de propuestas de reforma³ :

1 El ICS, sus empresas filiales y las entidades del grupo denominado "empresas públicas y consorcios" (estos últimos ya públicos y dependientes de alguna entidad de la Generalitat), si no lo han hecho ya, **pasarán a reconocer explícitamente en sus estatutos su carácter de *medio propio* de la Generalidad** de conformidad con la directiva de la UE y con la LCSP⁴. Progresivamente la totalidad de las entidades con hospitales generales de la XHUP y/o con equipos de atención primaria deberían pasar a ser entidades que sean *medio propio* de la Generalidad y opcionalmente el resto de entidades con centros de internamiento sociosanitario o de salud mental. En el Consejo de gobierno de las entidades que sean o pasen a ser *medio propio* de una entidad de la Generalitat más del 50% de sus miembros serán nombrados por la Generalidad y el resto por los Ayuntamientos o Consejos comarcales y entidades de la sociedad del territorio.

2 El actual Servicio Catalán de la Salud (SCS), la Agencia de Salud Pública de Cataluña (ASPC) y las entidades proveedoras de servicios que sean medio propio de la Generalidad pasarán a constituirse como Servicio Nacional de Salud de Cataluña (SNSC), con las correspondientes y respectivas funciones, bien distribuidas y acotadas, de planificación, financiación, evaluación y

³ Este escrito termina con una nota de los firmantes de las propuestas y contiene dos anexos; en el segundo anexo se explican, precisan o matizan estas propuestas de reforma. Sin considerar todo este conjunto podrían desvirtuarse, y quizás incluso pervertirse, los objetivos del alcance de las reformas que, en este apartado, resumimos

⁴ Respectivamente: Directiva 2004/18/CE de la Unión Europea y artículo 24.6 del Real Decreto Legislativo 3/2011, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Contratos del Sector Público

prestación de los servicios de salud en Cataluña y dependiendo políticamente del Departamento de Salud del Gobierno de la Generalitat quien fijará los objetivos del SNSC y tendrá adscrita la Agencia de Calidad y Evaluación Sanitaria de Cataluña (AQuAS) que también rendirá cuentas al Parlamento. Un SNSC que se concibe como una estructura de estado o de nación con competencias exclusivas en sanidad tal como lo entiende la Unión Europea en relación a sus estados miembros. Esto quiere decir que se establecerá una clara diferencia entre entidades, centros y servicios que forman parte del SNSC y los centros y servicios de entidades que, por no ser medio propio de la Generalidad o de otras administraciones públicas, trabajan para el SNSC. Diferenciación acompañada de medidas y controles para garantizar que no habrá ninguna falta de equidad para la ciudadanía derivada de la diferente naturaleza jurídica de los centros proveedores de servicios y de su diferente vínculo comprometido con el SNSC. El Parlamento de Cataluña debería establecer mediante ley **un doble compromiso de blindar tanto la universalidad**, considerando que toda persona empadronada tiene derecho a la protección a la salud, **como los criterios básicos del modelo de estructura del SNSC** aquí definidos. **Considerando que ambos son estructura de estado** y que como tales, sea cual sea el modelo de vínculo de la nación catalana con España y Europa, sólo son alterables por mayoría cualificada del Parlamento de Cataluña.

3 Modificación de los sistemas de control institucional y ciudadano para el ajuste de desequilibrios territoriales, sociales o económicos **y para la evaluación** de resultados y riesgos. Concretamente:

3.1 Código ético y de sostenibilidad aplicado a todas las entidades del SNCS así como a la totalidad de entidades con centros de primaria e internamiento que trabajen para el SNSC. Aplicado a los respectivos órganos de gobierno, a los profesionales propios y a las empresas o profesionales que contraten. **Código con modelo de transparencia absoluta** y de abordaje de los posibles conflictos de intereses privados individuales o colectivos, de directivos, de profesionales o de usuarios, tanto en y entre entidades sanitarias públicas como respecto a las privadas. Código con criterios y pautas de actuación identificables objetivamente, nada genéricas, evaluadas con independencia, monitorizables y sancionables.

3.2 El Plan de Salud de Cataluña, el Plan de servicios, los contratos-programa actualizados y comprometidos al inicio del ejercicio económico y los sistemas de información integrados constituyen herramientas para la gobernanza y transparencia del Servicio Nacional de Salud de Cataluña, que deberán gestionar o supervisar explícitamente los gobiernos de los Servicios Territoriales de Salud (STS).

3.3 Sistema de información integrado de la sanidad con financiación pública (SIISP), obligatorio para todas las entidades con hospitales y EAP y para aquellas otras concertadas, con interoperabilidad de sus datos y acceso a documentos, con información de la actividad, listas/tiempo de espera, presupuesto y ejecución del mismo con contabilidad general y de costes. Incluye Historia Clínica Compartida en Cataluña y Receta Electrónica (prescripción y también dispensación) preservando la posibilidad de identificación de las personas y reglas precisas en accesos a datos personales. El SIISP debe aportar herramientas para la gestión clínica, generando información clínica y económica *on line* y modelos de comparación estandarizados para el conjunto de los profesionales del sistema público. La interoperabilidad de los sistemas de información a nivel clínico y profesional debe ser la base de las intervenciones integradas sobre los procesos de los pacientes

3.4 En el ámbito del SNSC supresión de cualquier tipo de intervención o control previo, explícito o implícito, **con capacidad de bloqueo de decisiones** que son competencia de los Consejos de gobierno, gerencias o direcciones generales, salvo decisiones con compromisos no laborales de cuantía o temporalidad superior a unos límites que se explicitarán.

3.5 Establecer en la Agencia de Calidad y Evaluación Sanitaria (AQuAS) una sistemática de análisis de la información disponible suficientemente exhaustiva para detectar desequilibrios presentes y riesgos de futuro para la equidad, la estabilidad y la sostenibilidad de cualquier entidad o incumplimientos del código de ética y sostenibilidad. Hará públicos todos sus análisis e informes. Hará las propuestas de ponderación de los parámetros a emplear para la asignación de un presupuesto de base capitativa para la financiación de los servicios asistenciales y de salud pública para la población de cada sector (territorio) de salud. En la selección de las personas para el órgano de gobierno, los directivos y los profesionales de la AQuAS se velará explícitamente por la independencia y rigor del criterio profesional, sentido de la responsabilidad y visión directiva de los seleccionados.

4 Autonomía de gestión de todos los hospitales y centros de atención primaria del Servicio Nacional de Salud de Cataluña (SNSC) y preservación de la capacidad de decisión que es competencia de las direcciones generales y gerencias de los centros. Los responsables centrales y territoriales del SNSC favorecerán el acuerdo de eficiencia para los servicios comunes a emplear, así como la competencia por comparación y el incentivo para la innovación.

5. El SNSC se organizará territorialmente y **se dotará de unos nuevos Servicios Territoriales de Salud (STS)** dependientes directamente del gobierno del SNSC. Los STS serán gobierno **responsable de la equidad** en la

asignación de los recursos económicos y técnicos **y de la *concepción integral e integrada de los servicios de salud*** asistenciales y de salud pública para la población del territorio. Para alcanzar estas responsabilidades y objetivos también será necesario:

5.1. Reforzar la Atención Primaria y Comunitaria, como instrumento básico para la resolución e integración de los circuitos e intervenciones que se realizan para **la ciudadanía del territorio**. Con una dirección general única para todos los equipos de atención primaria del territorio, tan responsable de que este objetivo de integración se haga efectivo y con pautas comunes en la relación entre la atención primaria y el resto de servicios, como respetuosa con la autonomía de gestión de los equipos de profesionales de atención primaria (EAP). Los EAPs de entidades que no pasen a ser medio propio de la Generalidad pasarán a integrarse en una entidad que lo sea del correspondiente territorio del SNSC, al término del concierto o contrato actual del SCS con la entidad para la que trabajaban

5.2. Los gobiernos de los STS deben promover los procesos de optimización de servicios, a través de políticas de coordinación y de fusión entre las empresas públicas para evitar innecesarios costes administrativos y de gestión o los procesos inflacionistas sobre la demanda de servicios especializados, garantizando la transformación innovadora de los hospitales de agudos, trasladando resolución y actividad en la atención primaria y sociosanitaria y evitando las intervenciones de bajo valor, justificadas por la fragmentación de la financiación.

5.3. Programa para la simplificación de la estructura institucional y empresarial del SNSC que tenga como objetivos:

- Revisar la división de Cataluña en territorios de salud ("sectores" en la denominación de la LOSC), considerando un volumen de población adecuada y, como mínimo, en cada territorio, un hospital general que sea o pase a ser medio propio de la Generalidad. Podrían ser entre 7 y 22 STS⁵
- Dar personalidad jurídica a cada entidad STS, como medio propio del SNSC, e integrar los actuales servicios territoriales del SCS y el máximo posible de entidades y centros públicos existentes en el territorio, con un programa para la integración de todos los EAP en una sola entidad, sea el mismo STS u otro como filial de éste. El número total de entidades jurídicas resultantes debería

⁵ Ara tenemos 29 sectores de salud. Indicamos un mínimo de 7, uno por veguería, y un máximo de 22 pasando en Barcelona ciudad de 10 a 4 y en el Alto Pirineo-Aran de 2 a 1. Representaría una media por territorio "sector sanitario" de 340.000 habitantes, 17 Equipos de Atención Primaria, 3 Hospitales de agudos y 6 centros de internamiento de salud mental o sociosanitarios

ser menor al actual. Establecer los estatutos y organigramas correspondientes de las entidades resultantes en cada STS

- Revisar las modalidades contractuales entre las entidades y centros del SNSC así como entre las del SNSC y las que trabajen por SNSC

Han participado y firman este documento:

Ponentes: Montserrat Figarola, Santiago Marimón, Josep Martí. *Otros firmantes:* Mireia Alberny, Lluís Camprubí, Joan Canals, Imma Clarà, Jordi Colomer, Ramon Espasa, Olga Fernandez, Joan Gené, Josep Llop, Amado Martín Zurro, Marius Morlans, Vicente Ortún, Carme Valls, Robert Villaescusa

Nota de los firmantes del documento

Este documento ha sido elaborado a partir de escritos anteriores de personas que participaron a debatir sobre el enunciado del documento y de escritos y debates intercambiados en varias reuniones. Reflexiones que nos ha parecido oportuno cerrar en anunciarse una dinámica para el establecimiento de un Pacto Nacional de Salud en Catalunya. Los firmantes somos los que apoyamos las reformas propuestas y queremos hacer constar que el conjunto de propuestas formuladas en este documento forman parte de un todo indivisible. Ninguna de ellas aplicada individualmente sin las otras es suficiente para regenerar el carácter público de la sanidad catalana (y en algún caso podría dar como resultado incluso el objetivo contrario). El documento tiene dos versiones, una que termina aquí y otra con dos anexos para ayudar a comprender las propuestas. Un primer anexo con una historia que no es "la" historia de nuestro sistema sanitario. Es tan sólo un relato que ayuda a entender la problemática con que nos encontramos sobre el tema objeto del debate. Un segundo anexo con observaciones para ayudar a entender el alcance y motivos de las propuestas de reformas y facilitar que no se desvirtúen. Comprende recomendaciones y precisiones explicativas también para ayudar a entender cómo se podrían instrumentar estas propuestas, sin que estas concreciones representen sean asumidas plenamente por la totalidad de los firmantes de las propuestas⁶.

Ahora está convocada una dinámica de Pacto Nacional de Salud en Catalunya, nosotros pensamos que un "máximo común" siempre es más pequeño cuanto más diversidad hay y que la diversidad de perspectivas entre las entidades que

⁶ Respectivamente localizables en internet como:
"Regeneració caràcter públic sanitat catalana - Propostes i annexos.pdf"
"Regeneració caràcter públic sanitat catalana - Propostes.pdf"

pueden intervenir en el presente Pacto se ha acentuado ahora por la crisis económica y social, pero ya ha ido acentuándose por las diferentes valoraciones que se hacen de los cumplimientos o no de la LOSC. Por eso queremos manifestar también que más importante que un pacto del que podrían resultar unas meras declaraciones de intenciones que no lleven a nada o que, en la práctica, todavía perjudiquen más el carácter público de la sanidad catalana, las entidades participantes deberían explicitar también y de la forma más concreta posible como, en su correspondiente ámbito de representación y responsabilidad, impulsarán o instrumentarán los objetivos del Pacto. El compromiso público, concreto y transparente creemos debería empezar por ahí.

Barcelona, 26-05-2013

Anexos al documento "Propuestas para la regeneración del carácter público de la sanidad catalana" de 26-05-2013

Anexo 1. Una historia que explica la situación actual

1977-80. Generalidad provisional, con Gobierno unitario. Consejero de Sanidad: Ramon Espasa. Criterio aplicado: la sanidad de financiación pública debe seguir contando con todos los recursos con que ya cuenta la Seguridad Social. De ahí la propuesta del Mapa Sanitario de Cataluña de 1980. Cataluña es donde el INP tiene más hospitales concertados, precisamente porque la gran mayoría de los concertados ya existían antes de la sanidad franquista, pero todos los centros de atención primaria son del INP

1982. Nueva Ley de Fundaciones privadas (CIU). Algunos hospitales comarcales concertados que eran "Fundaciones benéficas" no adaptan sus estatutos: reivindican ser hospitales públicos. (Lo harán en años posteriores)

1981-83. Se constituye, entre estos hospitales, el Consorcio Hospitalario de Cataluña (CHC), su presidente y el Consejo formados por alcaldes y concejales de sanidad.

1983. Las actividades asistenciales del INSALUD (anteriormente INP) pasan a Cataluña en el nuevo Instituto Catalán de la Salud (ICS).

1985. Ley del Estatuto de la empresa pública catalana. Comprende "*sociedades mercantiles*" y "*entidades de derecho público sometidas (...) a derecho privado*".

1985. Decreto de formalización de la Red Hospitalaria de Utilización Pública de Cataluña (XHUP) y criterios de acreditación que deben cumplir los centros (no es de entidades). Pasan a formar parte de la XHUP los hospitales del ICS, los vinculados a ayuntamientos, más algunos pocos de mutuas y privados. Los hospitales concertados que no superan la acreditación pasan a ser centros sociosanitarios

1986. Ley General de Sanidad (España). Incluye el criterio y concepto de "*Red integrada de hospitales del sector público*" a la que pueden vincularse "*hospitales generales de sector privado*"

1987. Primeros Consorcios Hospitalarios (Vic y Sabadell) que integran a la Generalitat y a entidades públicas y privadas (fundaciones) mediante consorcios públicos que no se rigen por el derecho administrativo público y su personal continúa rigiéndose por la legislación laboral ordinaria. Apoyo unánime de todos los partidos y sociedad civil. En Sabadell representa pasar de 3 entidades sanitarias formalmente privadas y concertadas a un consorcio público con Consejo formado mayoritariamente por representantes de la Generalidad. A estos consorcios el Ministerio de Sanidad los considera privados como hace con todos los concertados. (Lo sigue haciendo). Personas del mundo de los consorcios empiezan a teorizar que los consorcios se rigen por sus propias normas.

1990. Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña (LOSC) que establece el Servicio Catalán de la Salud (SCS). Pese a lo que se dice en sus artículos 5 y 7 (hoy vigentes) comienza a teorizarse que la LOSC ha establecido la diferenciación de funciones entre un SCS como comprador de servicios y unos centros/entidades prestadores de servicios sanitarios. Interpretación discutida por prestigiosos juristas

1995. Reforma de la LOSC para establecer CAPs que puedan ser gestionados por entidades de Base Asociativa (EBA, que incluye ánimo de lucro).

1999. El alcalde de Reus y presidente del CHC, deja la alcaldía pero no la presidencia del CHC. Para ello se modifican los estatutos del CHC. Comienzan a incorporarse a CHC centros sanitarios no vinculados a ayuntamientos y entidades privadas con ánimo de lucro (EBAS).

2000. Decreto que establece el Sistema sanitario integral de utilización pública de Cataluña (SISCAT), integrado por la XHUP e incorporando los CAPs y la salud mental, pero para éstos, queda pendiente la definición de requerimientos para su incorporación. Sigue hoy pendiente

2006. Se establecen los gobiernos territoriales de salud (GTS), como consorcios públicos, con un alto peso de los ayuntamientos.

2006. Se publica "*Las Prestaciones privadas en las organizaciones sanitarias públicas*", (justificación de Barnaclínic). No se han establecido las normas públicas concretas que lo regulen, solicitadas en las conclusiones del documento

2006. Incorporación de empresas públicas y consorcios (EPIC) sanitarios al Sistema Europeo de Cuentas Económicas Integradas (SEC-95). El CHC (hoy CSC) se posiciona en 2008 en contra de esta medida.

2007. Ley del ICS por la cual "*Se crea el Instituto Catalán de la Salud como entidad de derecho público de la Generalidad, que actúa sujeto al derecho privado, con personalidad jurídica propia (...) de conformidad (... con) el estatuto de la empresa pública catalana*". Ley aprobada por unanimidad del Parlamento (pendiente de hacerse plenamente efectiva)

2007. Nueva ley de contratos del sector público (LCSP). Regula el concepto de "*medio propio y servicios técnicos del poder adjudicador*" para aplicar el criterio y directiva de la UE.

2008. Inicio del programa del ICS para dotar a los CAPs que lo deseen de autonomía de gestión (no autogestión con total independencia decisoria)

2010. La mutua La Aliança vende el hospital del Sagrado Corazón (SISCAT-XHUP) a Capiro (y también una clínica en Sabadell). Capiro, nuevo miembro del SISCAT.

2010. Intento frustrado de fusionar entidades que dependen al 100% de la Generalidad, pero se reforma la Ley del ICS eliminando restricciones para contratar personal laboral (cualquier lugar pasa a poder ser ocupado por funcionarios, estatutarios o laborales).

2011. Ley de acompañamiento del presupuesto que desregula las entidades del sector público de la salud.

2011. Ley "ómnibus" (entre otros similares) que modifica la LOSC, la Ley del ICS y suprime los GTS. No se alteran las relaciones público-concertado, ni la naturaleza del ICS pero sí se le autoriza a prestar servicios privados y se reduce el peso de los ayuntamientos en la sanidad de financiación pública

2011-2012. Recortes drásticos en los presupuestos y concertos. En mayor porcentaje en centros del ICS. Tentativas de "desmantelar" el ICS?

2012. Primer concierto de un CAP (en La Escala) adjudicado a empresa con ánimo de lucro que no es una EBA (Eulen). (Hoy anulado por los tribunales)

2012. Reforma del Código Penal en materia de transparencia

Consecuencias de esta historia:

- Imposible conocer hoy, conforme a ley, qué es el Sistema sanitario público catalán, por su complejidad, pero sobre todo debido al incumplimiento, por parte del propio Departamento de Salud, de la LOSC y los decretos del SISCAT en aspectos sustanciales. Ya hace años que las explicaciones "oficiales" de lo que es nuestro sistema son exclusivamente en PowerPoint © de interpretación discrecional

- Discutible solidez legal de la base del llamado "modelo catalán", es decir, la dicotomía entre un comprador público (SCS) y una provisión (ICS + centros concertados) que se relacionan en términos de mercado
- Desequilibrio inverso del peso sanitario e institucional entre el ICS y los concertados. Mientras el ICS tiene el 10% de los hospitales de la XHUP, su atención primaria atiende cerca del 70% de la población
- Dos constataciones contrapuestas. En el ICS la incompatibilidad entre intervención previa (administrativa) y gestión clínica, sólo salvable con trampas (facturas escondidas) o desatención al acercarse el final del año. En los concertados (públicos o privados) el total oscurantismo ejercido por el SCS mediante una perversa interpretación de la LOPD: considera que los datos de actividad, de calidad asistencial o económicas de los centros sanitarios financiados públicamente son datos privados y, consecuentemente, sólo publicables parcialmente y de forma anónima.
- Confusionismo generalizado a nivel popular, de sectores intelectuales, de medios de comunicación y de profesionales del sistema en terminología básica, y contraponiéndola o equiparándola sin rigor: ICS vs SCS; público = administración, empresa = privado; entidad pública ↔ derecho privado; autogestión - autonomía de gestión - independencia decisoria; sanidad pública - salud pública.
- La definición del carácter de la sanidad catalana más realista parece ser la de "mercado relacional". Las relaciones mutuas dentro del conjunto de directivos y autoridades son el factor más explicativo de su evolución en cuanto a recursos sanitarios y financieros. No se ha planificado ni financiado las prestaciones según necesidades de los territorios ni se han evaluado los resultados.
- Dificultad de una política y de una práctica profesional de la salud integral e integrada a nivel territorial y de su evaluación basada en criterios de ética pública. No coordinación entre niveles asistenciales y centros. Servicios duplicados de dimensión insuficiente. Ausencia de una política de sinergias y servicios comunes.
- Pugna público-privado más polarizada por intereses corporativos o de grupos sociales que por valores ideológicos. Polarización tanto a nivel de profesionales como de instituciones: todos a defender "lo nuestro" al margen de ideologías, sea ICS, sea público concertado o sea estrictamente privado. Esta pugna se ha situado en varios ejes superpuestos: ICS ↔ concertados, izquierda ↔ derecha, personal directivo y médicos ↔ personal de titulaciones medias o inferiores, administrativistas ↔ desreguladores, cuerpo de interventores de la administración ↔ empresas de auditoría

- Si no se modifica la dinámica tradicional en los conciertos entre el SCS y los centros sanitarios (firma cuando ya se ha realizado gran parte de los servicios), la reforma del Código Penal (BOE 28-12-2012) convierte a gerentes y contables de centros considerables públicos en obligados presuntos delincuentes

- Pero quizá lo más grave, desde la defensa del carácter público, hayan sido lo que podemos llamar "goles privatizadores" y las correspondientes valoraciones publicadas. El caso Sagrado Corazón - Capiro en la práctica se ha silenciado entre los defensores de "lo público" y negado por los defensores del "modelo catalán" y, en cambio, el caso la Escala - Eulen ha provocado gran escándalo por considerarse la "primera" entrega de un centro de atención primaria a una empresa con ánimo de lucro, cuando la mayoría de EBAs ya existentes, así como los EAPs cooperativa, también son con ánimo de lucro.