

Vidre i mirall: propostes per afrontar la crisi econòmica a la sanitat

Bones intencions però poca concreció i gosadia

Antoni Sitges-Serra

Hospital del Mar; Universitat Autònoma de Barcelona.

Resum

El document del Fòrum de la Professió Mèdica representa un seriós esforç del col·lectiu mèdic català per contribuir a la regeneració del sistema sanitari en aquests temps de crisi financera, deteriorament moral i desorientació política. Fa un correctíssim èmfasi en la necessitat de promocionar la professionalització dels metges i potenciar la seva autonomia i la seva participació efectiva en la gestió. No encerta, al meu parer, en concretar propostes per a la reorganització dels hospitals, tema al qual vol contribuir el present article.

Introducció

El document del Fòrum de la Professió Mèdica és un text pertinent en un moment en què s'obren molts interrogants sobre la sostenibilitat i raonabilitat del model sanitari vigent. Interrogants que no només afecten el finançament del sistema sinó que van molt més enllà: al terreny dels valors i del cost-efectivitat. Al meu parer, la fallida econòmica ha estat el detonant d'una fallida més profunda que es venia covant des de fa quasi dues dècades, quan la politització del sistema sanitari va començar a desapar-se i, en paral·lel, va anar estenent-se el *burnout* professional¹, preferentment sobre la generació de metges que va aixecar la medicina pública als anys 80 i 90. La pèrdua del nord del sistema sanitari prové en gran part de la seva instrumentalització pels partits polítics — implicats en un procés indeturable d'apropiació dels serveis públics², agreujada per la separació dels metges dels àmbits de decisió— i de la cobdícia i ambició exorbitants de la indústria sanitària. Mentre l'economia podia sostenir la despesa creixent i cada cop més accelerada,

destinada en bona part a comprar l'electorat i promocionar la innovació tecnològica i farmacològica amb la qual s'entretenia els professionals, el sistema funcionava però, àdhuc per als observadors més neutrals, era obvi que s'anava podrint per dintre^{3,4}. Calia un replantejament dels valors que haurien de conformar la sanitat, però no es va produir tot i que el sotrac es veia venir. Fa quatre anys que escrivia en aquestes mateixes pàgines “*el canvi de model —que serà molt ampli i afectarà el conjunt de la sanitat— arribarà. Pot tardar un(a) o dos(dues) consellers(res) més, però arribarà*”⁵. Ja hem arribat on tants vèiem que acabaríem arribant i ara cal posar-se a treballar seriosament. Se'ns acaben les oportunitats.

Hem exhaurit la pròrroga de la qual hem gaudit en els darrers anys i ens hem plantat al final d'un recorregut caracteritzat per tres fenòmens gravíssims: 1) les organitzacions hospitalàries reflecteixen el clientelisme i la mediocritat dels directius polítics i les piràmides burocraticosanitàries, 2) les agències d'avaluació de les innovacions en tecnologia/farmacologia —sense independència i capacitat d'acció— són mers testimonis del desastre i 3) els metges assistencials amb més capacitat de lideratge, més competents i més compromesos amb la medicina pública no tenen ni veu ni vot en un sistema que ha rebutjat no ja la intel·ligència sinó el sentit comú. Dit d'una manera molt més simple i sintètica, el binomi metge-pacient fa temps que va deixar de centrar els objectius de gestió que s'haurien de marcar les organitzacions sanitàries i aquestes han acabat perdent el nord i servint els interessos de les jerarquies, dels professionals no assistencials (la burocràcia), els sindicalistes i l'univers de l'R+D que ha tret un bon pessic d'aquest «*río revuelto*» de generoses mamelles que ha estat la sanitat fins ara.

Què aporta en aquest context el document del Fòrum? Els paràgrafs sobre temes genèrics són els que trobo més encertats. Es reclama amb tota la raó del món que es torni a repensar la professionalitat del metge; en definitiva, es reclama que la relació metge-malalt torni al centre dels objectius institucionals i de l'organització dels diferents dispositius assistencials. El contracte entre el metge i la societat que li fa l'encàrrec de vetllar per la seva salut s'ha de revitalitzar i moralitzar. La progressiva *laboralització* (fitxa, torns, dilució dels deures, pèrdua

Correspondència: Prof. Antoni Sitges-Serra
Hospital del Mar
Passeig Marítim, 25-29
08008 Barcelona
Tel. 932 483 208
Fax 932 483 406
Adreça electrònica: asitges@hospitaldelmar.cat

d'autonomia) i desprofessionalització dels metges no ajuda gens a fomentar la responsabilitat en el càrrec que ocupen ni el respecte que es mereixen. Es reclama, molt justament, que es promoció la responsabilitat del ciutadà envers la seva salut per tal de reduir el consumisme mèdic i l'excés de freqüentació en assistència primària, un dels mals endèmics del nostre sistema.

Reorganització del nivell hospitalari

On el document al meu parer fracassa és en l'àmbit dels hospitals, un dels més deteriorats tant en el terreny organitzatiu com en el terreny moral⁶ i que, d'altra banda, és el que conec millor. Cal agafar el brau per les banyes i no perdre's en un discurs tebi, superficial i sense propostes de canvi substancials. La reforma hospitalària ha de dur-se a terme amb urgència i fonamentalment a tres nivells: 1) als propis hospitals, 2) entre els hospitals i 3) per sobre dels hospitals. Aquí presento algunes propostes:

1) A l'hospital

Cal professionalitzar la gestió, departamentalitzar l'organigrama dels facultatius i aportar transparència, professionalitat i participació: ni gestors polítics ni *lobbies* mèdics autoperpetuats treballant a l'ombra o manegant juntes facultatives ineficients. Eleccions periòdiques. Quatre interlocutors del quadre mèdic, caps de departament (cirurgia, medicina, materno-infantil, serveis de suport) treballant en l'equip directiu de la divisió mèdica. Subordinació de la direcció d'infermeria a la direcció mèdica, per ser coherents amb els mèrits curriculars i per generar una nova dinàmica del procés assistencial més responsable i eficient. Recuperació del treball en equip amb infermeria i amb els treballadors socials. Creació de la figura de metge responsable com a referent i coordinador assistencial de cadascun dels pacients ingressats. Regeneració de la figura del cap de servei, malmesa per la politització i el servilisme; recuperació de la seva figura com a líder, educador i professional competent⁴. Cal potenciar els lideratges naturals, promocionar el respecte entre els professionals i lluitar contra el *mobbing* i el *burnout*. Avançar cap a una major definició de cada centre en funció del seu *know-how* i el nivell tecnològic que li correspongui.

2) Entre els hospitals

Cal crear una clara piràmide assistencial, tecnològica i de competències, preuar la seguretat i l'eficiència per damunt de la proximitat i crear perfils hospitalaris en funció dels lideratges i les capacitats dels professionals. Cal avançar cap a la regionalització de la cirurgia complexa i del politraumatitzat. Cal pactar un terciarisme que reflecteixi una meritocràcia justa, una distribució territorial raonable, i que deixi de banda els personalismes o el

tràfic d'influències. Només així es podran crear unitats assistencials de major envergadura que treballin amb protocols i guies assistencials actualitzats, més segurs i, per tant, molt més cost-eficients. En la meua especialitat de cirurgia general i de l'aparell digestiu —com en moltes d'altres— han quedat sobradament provats els beneficis d'incrementar el volum de cirurgia per cirurgia per a tres procediments com a mínim: gastrectomia, pancreatectomia i tiroïdectomia⁷. Cal, doncs, crear canals de derivació senzills i efectius, de manera que els pacients complexos tinguin igualtat d'oportunitats terapèutiques⁸. Serà precís reconvertir hospitals de primer nivell en centres d'assistència primària (CAP) qualificats o centres sociosanitaris per guanyar eficiència concentrant esforços i fent millor economia d'escala.

3) Per damunt dels hospitals

Cal donar independència d'acció a les agències d'avaluació de la tecnologia i de les innovacions farmacològiques, amb capacitat normativa i executiva⁹. És imprescindible reorientar racionalment l'ús de les denominades tecnologies avançades, que cal desmitificar¹⁰, per tal d'evitar el malbaratament dels recursos i minimitzar-ne la iatrogènia inherent a l'experimentació encoberta i als cribratges innecessaris^{11,12}. La legislació vigent obliga a omplir un munt de papers per fer un estudi comparatiu de fàrmacs que porten anys al mercat i, en canvi, qualsevol cirurgia pot decidir per quin petit forat ha de treure una vesícula biliar o un tros de budell (i obtenir el màxim ressò mediàtic). Cal ser més estricte en el control ètic de les iniciatives individuals en un entorn on la innovació s'ha convertit en un paraula màgica que ha donat llum verda a l'aventurisme quirúrgic¹³ i a la despesa farmacològica incontrolada, sovint dissimulada sota el paraigües dels assaigs clínics promocionals, especialment en oncologia i en les unitats de cures intensives (UCI)¹⁴. Cal que ens prenguem seriosament la limitació de l'esforç terapèutic donant un paper més rellevant i decisiu als comitès d'ètica. Cal crear una agència estatal per a l'estudi de l'impacte mediambiental de la pràctica mèdica tal com l'entenen en l'actualitat¹⁵, que Catalunya podria liderar, inspirada en el model britànic (www.sdu.nhs.uk). La producció massiva de residus sanitaris i la desaparició de la cultura de l'estalvi i el reciclatge demana més atenció en un context en què l'agressió al medi ambient ha esdevingut una preocupació central de les societats suposadament desenvolupades¹⁶.

És precís ajustar les plantilles i definir millor les càrregues laborals. Alguns hospitals haurien de tancar o reduir les portes d'urgències, principalment pel que fa a la cirurgia, de manera que les seves plantilles no s'hauran de construir en funció de les guàrdies, fet que ha engraiat innecessàriament el personal de molts centres.

Docència i recerca

El document no entra a fons en la reforma del sistema MIR que, pel que sembla, no es jutja prioritària. Al meu parer, el sistema està anquilosat i presoner d'èxits pretèrits. Cal reformar-lo introduint la troncalitat, les guàrdies generals per a tots els MIR —independentment de la seva especialitat futura—, crear programes de *fellowship* per a les superespecialitats quirúrgiques i revisar els criteris d'acreditació dels centres. Cal introduir l'examen final com a instrument imprescindible per avaluar la bondat del sistema i per potenciar els hàbits d'estudi durant la residència.

Pel que fa a la recerca científica en l'entorn sanitari, el document em sembla un pèl genèric i potser escrit més des d'un «observatori» que des de la pràctica de la recerca clínica. Hem viscut anys de molta gestió de la recerca i poc impuls creador, de molta burocratització, de dirigisme i d'inversions perdudes en *overheads* disparats i publicacions irrellevants. Cal tornar a donar protagonisme i facilitats a la recerca clínica i translacional de qualitat. Els metges que presten assistència són els que tenen més oportunitats per detectar les necessitats reals dels pacients i definir amb claredat les preguntes més creatives per guiar la recerca. D'altra banda, crec important que els clínics no involucrats en projectes de recerca siguin conscients de l'esforç intel·lectual que han fet molts investigadors per apropar l'exercici de la medicina a les proves científiques. Aquest any es compleix el 20è aniversari de la primera formulació de la medicina basada en proves¹⁷ i encara som lluny d'adoptar uniformement l'hàbit de la discussió racional basada en la recerca disponible. De fet, l'assistència mèdica milloraria enormement si destinéssim una part dels diners que s'inverteixen en recerca i innovació a la implementació dels coneixements sòlids que hem anat adquirint al llarg de les darreres dècades i no pas a adquirir-ne de nous. La proliferació dels parcs de recerca a Catalunya i la inversió massiva en recerca biomèdica s'ha fet en molts llocs sense tenir en compte la degradació gradual de la recerca clínica, semiabandonada pels nous gestors de la recerca en benefici dels aparells administratius i dels investigadors bàsics que generen publicacions més *glamouroses* però, malauradament, sovint desconnectades dels problemes reals.

Conclusió

Ens trobem en un punt crític del desenvolupament de l'estat del benestar i d'un dels seus puntals: l'assistència

mèdica i, més globalment parlant, la gestió de la salut i la malaltia. És obvi que cal introduir canvis profunds en el sistema i que precisem més que mai el concurs de persones que entenguin la naturalesa de la crisi i que tinguin la formació i el coratge de liderar les reformes inevitables. No hi ha dubte que el document del Fòrum de la Profesió Mèdica fa aportacions significatives en aquest context però potser li manquen precisió i gosadia. I no estan els temps per a «*paños calientes*».

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Gervas JJ, Hernández Monsalve LM. Tratamiento de la enfermedad de Tomás. Med Clin (Barc). 1989;93:572-5.
2. Nieto A. El desgobierno de lo público. Barcelona: Ariel; 2008.
3. Hospitales enfermos de política. El País. Suplemento de Salud. Número 6. Septiembre de 2007.
4. Villar J. El hospital enfermo. El País, 11 de noviembre de 2008.
5. Sitges-Serra A. Profesió, política i societat civil en temps confusos. Ann Med. 2008;91:10-2.
6. Sitges-Serra A. Gestión de hospitales: crónica de una crisis anunciada. Rev Salud Pública. 1997;5:129-34.
7. Boudourakis LD, Wang TS, Roman SA, Desai R, Sosa JA. Evolution of the surgeon-volume, patient-outcome relationship. Ann Surg. 2009;250:159-65.
8. Pla R, Pons JMV, González JR, Borrás JM. ¿Influye en el proceso y en los resultados el volumen de procedimientos de cirugía del cáncer? Análisis basado en datos administrativos. Cir Esp. 2004;75:179-88.
9. No Gracias, Farmacritixs Propuestas No Gracias-Farmacritixs. Medicamentos y tecnologías sanitarias en el sistema público de salud: cuarenta medidas para mejorar la equidad; 2011.
10. Mahler H. Health. A demystification of medical technology. Lancet. 1975;2:829-33.
11. Thomas R, McLean, JD. Risk management observations from litigation involving laparoscopic cholecystectomy. Arch Surg. 2006;141:643-8.
12. Welch HG, Schwartz LM, Woloshin S. Overdiagnosed: Making people sick in the pursuit of health. Boston: Beacon Press; 2011.
13. Sitges-Serra A. ¿Tecnología o tecnolatría? ¿A dónde van los cirujanos?. Cir Esp. 2012;90:156-161.
14. Alexander GC. Seeding trials and the subordination of science. Arch Int Med. 2011;171:1107-8.
15. Sitges-Serra A. Ecosurgery. Br J Surg. 2002;89:387-8.
16. Kwakye G, Pronovost PJ, Makary MA. A call to go green in health care by reprocessing medical equipment. Acad Med. 2010;85:398-400.
17. Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. JAMA. 1992;268:2420-5.