

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

El cost d'oportunitat del moment actual de la política sanitària

Pere Ibern

Centre de Recerca en Economia i Salut. Universitat Pompeu Fabra (CRES-UPF). Barcelona.

Introducció

En la mesura que el recursos són escassos, els humans decidim dedicar-los a allò que més ens satisfà d'acord amb les restriccions amb les quals ens trobem. Hi ha decisions de caire individual i decisions col·lectives. Les decisions individuals sobre la salut tenen a veure amb l'elecció entre els comportaments saludables i els que no ho són, entre l'ús i l'abús dels serveis de salut i entre conductes de risc o conductes prudents en relació amb la pròpia salut. Darrere de tot plegat hi ha efectes moderadors com l'entorn socioeconòmic i geogràfic i una valoració diferencial en el temps sobre els beneficis que comporta adoptar certs comportaments. És conegut que valorem més aquelles activitats que ens reporten un benefici tangible a curt termini en comptes d'aquelles que ens són incertes a llarg termini. Amb tot aquest bagatge prenem decisions individuals. I del conjunt de decisions individuals en resulten determinats nivells de salut a nivell agregat que es relacionen amb aquests comportaments saludables. Per un moment deixem de banda el factor genètic.

Les decisions col·lectives tenen a veure en primer lloc amb com donem resposta social als problemes de cobertura de riscos que individualment no som capaços de resoldre. La primera observació elemental és que, en la mesura que el risc d'emmalaltir és incert, ens cal una assegurança; perquè si ho haguéssim de resoldre mitjançant estalvis potser ens quedariem curts, o llargs: no sabem el dia que ens posarem malalts ni què ens costarà. I una assegurança obligatòria fa que, en tota una societat, els sans permetin compensar els malalts en un moment concret. Cadascun dels ciutadans pot estar en un o altre grup al llarg de la vida. Altrament i sense assegurança,

de la malaltia se'n deduiria la pobresa individual i familiar. Per tant, la decisió col·lectiva d'assegurança obligatòria és fonamental. Esdevé crucial recordar-ho i que valorem el que hem assolit. El finançament públic és una decisió afegida que s'ha considerat oportuna al nostre entorn, però les formes de finançament que pot adoptar l'assegurança obligatòria són diverses, públiques i privades.

Més enllà de resoldre els riscos que són individuals, i que hi donem resposta de forma col·lectiva perquè és la més eficient, tenim la capacitat social per dotar-nos d'institucions —de regles de joc— o regulacions sobre factors que determinen la salut, sobre com accedir als serveis, el cost que estem disposats a assumir i la qualitat que n'esperem. És aquest marc institucional el que ens configura un sistema de salut singular i un marc de referència per als ciutadans. Una expressió de com es formula aquest marc institucional prové entre d'altres de la Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya de 1990 o de la Llei de Salut Pública de 2009. Cal assenyalar que han passat 22 anys d'ençà de la regulació dels serveis i que els canvis ocorreguts en més de dues dècades a la medicina, a l'economia i a la societat ens haurien de fer reflexionar sobre la conveniència d'una revisió en profunditat ben aviat.

El canvi regulatori

En la mesura que el govern ha d'assumir la cobertura obligatòria del risc d'emmalaltir de tota la població, requereix d'uns recursos i, per tant, ha de definir el finançament. La quantia de recursos que destinem ve determinada per factors d'inèrcia i alhora per restriccions pròpies de la despesa pública, és a dir, el sistema de finançament autònom. La despesa sanitària pública a Catalunya de l'any 2011 com a proporció de la riquesa generada (PIB) es va mantenir en el 5%, el mateix nivell de fa quatre anys. Hem gastat en sanitat des de la Generalitat 9.770 milions, però també altres administracions públiques han afegit un 9,7% addicional. Per tant, la despesa sanitària pública s'ha situat en uns 10.722 milions. Si haguéssim de fer comparacions internacionals, hauríem de fer uns ajustos (comptabilitat SHA) que ens portarien a afegir tres dècimes, atenent al patró d'estudis anteriors. Per tant, posem que la xifra per comparacions

Correspondència: Dr. Pere Ibern
Centre de Recerca en Economia i Salut
Universitat Pompeu Fabra
Edifici Mercè Rodoreda (Campus de la Ciutadella)
C/ Ramon Trias Fargas, 25-27
Adreça electrònica: pere.ibern@upf.edu

internacionals sigui el 5,3% del PIB destinat a despesa sanitària pública. Revisant l'estadística dels 30 països de l'OCDE, podem confirmar que per sota ja només hi tenim Xile, Mèxic, Corea, Hongria i Israel. I res més. Té sentit això? No hi ha cap altre país europeu excepte Hongria. Qualsevol persona pot entendre el desgavell en què ens trobem. Sabem que a major nivell de renda hi ha una expectativa de majors recursos públics per a la salut. I encara que cada país és responsable de decidir quant vol gastar públicament en salut, també pot decidir quin és el nivell impositiu. Doncs bé, aquí tenim impostos directes capdavanters (els segons de l'OCDE, després de Suècia) al mateix temps que una despesa pública a la cua de l'OCDE, una combinació singular. Els resultats de tot plegat s'observaran previsiblement en els propers temps en la salut i el benestar si no som capaços de redreçar la situació i dir prou al dèficit fiscal continuat, que el 2009 ha representat el 8,4% del PIB. Les mancances en els recursos sanitaris cal buscar-les objectivament en el marc constitucional actual i esdevé erroni atribuir-ho a altres causes.

El talent, l'esforç i la seva compensació acurada

La regulació dels recursos humans al sector salut esdevé una peça clau. Hem de ser capaços de poder legislar sobre la qüestió; les conseqüències de la deixadesa poden ser molt pitjors a la llarga que la pròpia manca de recursos econòmics. A Catalunya hi ha hagut un creixement sostingut del nombre de metges amb formació de pregrau a l'estranger sobre el total de metges col·legiats; el 2010 es va situar en el 16,9% (augment de 6 punts percentuals en 4 anys)¹. Per altra banda i el mateix any, tan sols el 34,9% dels nous col·legiats MIR a Barcelona eren catalans. Aquest resultat és fruit d'una regulació i un regulador que permeten que es produeixin aquests desajustos notables. Els nostres ciutadans motivats per la carrera de medicina no poden estudiar al seu país i ens ha calgut resoldre la demanda amb metges provinents d'altres països. Hem tocat sostre. Per una part, hem de convenir que cal promoure l'educació mèdica de qualitat i, per l'altra, la formació mèdica s'ha de poder fer a «cost complet» i en un nombre de places acotades per aquells que vinguin de fora.

I si la primera qüestió és fer possible que els ciutadans puguin estudiar medicina, en el marc de la demanda necessària, la qüestió següent és que, quan acaben, el país ha de ser capaç d'oferir unes condicions de treball atractives per atraure i retenir a tots aquells que s'acaben de formar. La importància de disposar del nombre acurat de professionals de qualitat és la condició prèvia per a desenvolupar polítiques sanitàries exitoses. Si no som capaços d'oferir una retribució competitiva, els mercats de treball avui dia ja són globals i no podem pensar com

abans. Haurem fet un esforç de formació que no es convertirà en valor per a la societat que ha fet la inversió.

Ens trobem davant un degoteig de problemes en aquest àmbit que no som capaços d'observar amb precisió perquè tenen efectes a llarg termini. Uns efectes importants que malauradament no som capaços d'afrontar a curt termini perquè no tenim les eines ni la capacitat de decisió i regulació.

La palanca organitzativa

La retòrica que ha presidit l'esquema organitzatiu de la sanitat catalana durant les darreres dues dècades ha estat la d'un equilibri públic-privat. Una realitat on es concertava, fonamentalment en entitats privades no lucratives, més de dues terceres parts del total. Ara bé, fa dos anys aquesta proporció es va capgirar. El sector concertat va passar a ser el 38% de l'activitat, les empreses públiques i consorcis el 25% i l'Institut Català de la Salut (ICS) el 37%. El primer missatge per aquells que encara pensen en un model sanitari català amb un pes majoritari d'hospitals concertats, és que han de reconèixer que ja no és així; durant la darrera legislatura es van revertir completament les proporcions.

Com hem arribat fins aquí? Doncs mitjançant estratègies al marge de la política sanitària. La primera, mitjançant la llei de finances públiques de Catalunya (article 71.4 i següents) i, alhora, una interpretació singular de les normes SEC-95 que fixen la comptabilitat pública, i la segona mitjançant els canvis al codi civil català (llibre III). La consideració com fundacions públiques d'entitats que fins ara eren de dret privat ha estat la porta del darrere per fer desaparèixer entitats creades per la societat des de fa segles.

Quines implicacions té això? Doncs moltes i molt importants per al futur del sistema sanitari. La primera de totes és que la importància del contracte, del *concert*, com a mecanisme que regula l'assignació de recursos, a hores d'ara s'ha esvaït i resta com residual; només afecta una quarta part del total. Mentre que l'assignació presupostària pública és o serà la majoritària. La segona, i més important encara, és que ha desaparegut o anirà desapareixent l'autonomia de gestió com la coneixíem, la capacitat d'adaptació i flexibilitat als entorns locals i la referència al dret privat en el conjunt d'activitats desenvolupades.

Esdevé més necessària que mai una reflexió aprofundida sobre l'organització dels serveis de salut. Les recents propostes que reformulen l'ICS cap a empreses descentralitzades d'atenció primària i d'hospitals se situen al marge de les tendències internacionals. Actualment, des de l'OCDE s'ha confirmat la necessitat de promoure la integració assistencial i això significa capgirar els models organitzatius que tenim, basats en nivells, per

tal d'orientar-los cap al servei centrat en el pacient. Un canvi organitzatiu que aprofundeixi en aquesta orientació és el que ens cal ara. I precisament és el que ens duria cap un nou horitzó en termes d'accés, cost i qualitat. Tenim alguns exemples que ja s'han desenvolupat exitosament al país en aquest sentit com a fruit de la prova pilot de compra de base poblacional iniciada el 2002. Només cal aprendre la lliçó i millorar-la.

Les variacions en la utilització

La mitjana anual de visites per pacient a l'atenció primària és de 8,4². Dues tercers parts de les visites les fan els metges, la resta infermeres. I sabem que el nombre de visites varia en funció de l'edat, variable que aproxima la morbiditat. Però destaco: la mitjana de visites per entitat proveïdora mostra diferències que van des de 3,6 a 8,0 en els menors de 15 anys i de 6,6 a 10,4 en els majors de 14 anys. En el cas dels adults, les diferències no estan relacionades amb l'edat: mitjanes baixes corresponen a pacients amb mitjana d'edat alta i viceversa. Vist això, em pregunto si no es relacionen amb l'edat, aleshores què està succeint? Un tracte diferent des de l'oferta, dóna lloc a una utilització diferent? Malgrat ens falten peces per encaixar en aquest trencaclosques, cal assenyalar que existeixen variacions importants en la utilització dels serveis i que, en certa proporció, tenen a veure amb els proveïdors. Per tant, és possible corregir excessos d'utilització que no aporten valor a la salut si som capaços d'introduir els incentius acurats, una qüestió que sistemàticament s'ha dilatat en el temps.

Una paraula clau tan sols

Si algú em pregunta quina és la paraula clau que hauria de resumir qualsevol estratègia de millora de la salut dels catalans i només en pogués dir una, aleshores sense embuts diria: incentius. És a dir, canviar allò que ens motiva a prendre una decisió o fer una acció en l'àmbit de la salut per tal de millorar-la. Canviar els motius pels quals preferim determinades alternatives que creen poc valor cap a d'altres que en creen més, prioritzar-les.

Ens caldria canviar incentius en molts àmbits, el primer de tots en els ciutadans i la seva preocupació per la salut. Això vol dir hàbits saludables i compliment terapèutic, per exemple. Caldria canviar-los en els professionals sanitaris: que la presa de decisions clíniques s'orientés cap a maximitzar la capacitat de benefici en cada pacient. Canviar els incentius dels proveïdors: contractes fermes i amenaces creïbles davant incompliments. I també el regulador, justament modificant el marc per fer aquests incentius possibles.

És evident que això no es resol en un paràgraf i volia posar solament l'èmfasi en la paraula per situar-la en

l'agenda del moment. Si els recursos es mostren més escassos que mai, no podem mantenir indefinidament la mateixa estructura d'incentius en el sistema. O la canviem o el sistema actual té tots els incentius per corcar-se tot sol.

Massa gent contraposa amb lleugeresa els incentius que provenen d'estat i mercat (privatització) com dues forces excloents davant una reforma sanitària. Segons el senderi ideològic de cadascú, s'enroca en una o altra opció i no surt d'aquí. Malauradament, aquesta forma de pensar oblida el professionalisme³, al que Freidson atribueix "*la tercera lògica*", més enllà de l'estat i el mercat. Qualsevol reforma sanitària que es plantegi al marge de la lògica del professionalisme restarà sense suport ampli. Un professionalisme entès més enllà de l'autonomia, considerant principis de comportament com els que Paul Starr i Paul Friedson han proposat:

- 1) altruisme: cal esperar dels professionals que en la resolució dels conflictes entre els seus interessos i els dels pacients es decantin a favor dels pacients
- 2) compromís de millora: cal esperar dels professionals l'aprenentatge i contribució als nous coneixements i la seva incorporació a la pràctica i
- 3) supervisió mútua; atesa l'especialització en el coneixement, els professionals cal que avaluin el treball dels seus col·legues per protegir els pacients davant errors potencials.

Aquesta perspectiva professionalista ens hauria d'obligar a reflexionar més enllà dels debats estèrils sovintejats. Fer les coses bé, i fer bé aquelles que cal fer, és la primera de les exigències i això obliga a un marc ètic professional que cal refermar.

El temps passa inexorablement i, malgrat les immediateses, en cada moment sembrem la llavor del futur. Les opcions que escollim són les que més capaços som d'observar (i criticar). La meua impressió és que, ara més que mai, el més important és allò que estem deixant de tenir en compte en el marc de la política sanitària catalana. La llavor que no estem sembrant. Aquesta llavor pot tenir un cost molt gran, que no serem capaços d'estimar amb precisió perquè ningú comptabilitzarà allò que ens estem perdent, el cost d'oportunitat.

En aquest article he dit que el marc constitucional ens ha ofert un espai per a una política sanitària catalana esquivada, amb uns recursos insuficients i amb unes limitacions que impossibiliten un sistema de salut modern i de qualitat. Ens cal un canvi regulatori i un canvi organitzatiu de gran abast per tal de superar les mancances i les decisions dilatades en el temps. La retòrica de la insuficiència de recursos o la del públic-privat han tocat fons. Si ja fa 7 anys ho anunciava⁴, la delicadesa del moment és màxima. El cost d'oportunitat de deixar passar

els dies sense afrontar la situació augmenta considerablement.

Les bases d'aquestes noves regles de joc ens cal generar-les de bell nou amb tots els riscos que això comporta. Tenim dues opcions. Malgrat la crisi econòmica, l'aplicació a data d'avui del concert econòmic podria permetre un augment de fins el 35% en la despesa pública per càpita a sanitat però dins l'esquema regulatori actual. Aquesta és tan sols una referència, en cap cas una prescripció per incrementar la despesa. Només enfocant els recursos cap a on es genera valor tindrà sentit augmentar-la. L'altra opció, un canvi d'abast polític profund que ens permeti desconnectar amb aquesta realitat que ens constreny, és la que hauria de donar resposta a les aspiracions de millor salut dels catalans mitjançant una nova regulació i nous recursos. Això serà possible

si es generen els consensos bàsics en política sanitària, finançament i organització. Altrament, sense acords amplis podríem trobar-nos enmig del no-res.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Col·legi Oficial de Metges de Barcelona. Informe Anual 2010. Servei d'Informació Col·legial. 2011 juny; Número extraordinari:1-56.
2. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Informe de l'activitat notificada al registre del conjunt mínim bàsic de dades d'Atenció Primària (CMBD-AP). Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2011. Accés el 14 de març de 2012. Disponible a: http://www10.gencat.cat/catsalut/archivos/cmbd/informe_CMBD-AP_2010.pdf
3. Blumenthal D. The vital role of professionalism in health care reform. *Health Aff (Millwood)*. Spring. 1994;13(1):252-6.
4. Ibern P. D'on no n'hi ha, no en pot rajar. Repensant l'atenció i el finançament sanitaris. *Annals de Medicina*. 2004;87(4):149-51.