

Les reformes han de buscar el benefici per al ciutadà

Joan Gené-Badia¹, Pedro Gallo²

¹ Consorci d'Atenció Primària de Salut de l'Eixample (CAPSE). Institut Català de la Salut. Universitat de Barcelona;

² Departament de Sociologia i Anàlisi de les Organitzacions. Universitat de Barcelona.

Resum

Les accions endegades i proposades per a fer front a les reduccions del pressupost sanitari imposat per la crisi econòmica estan orientades a buscar estalvis i fonts de finançament addicional per seguir fent el mateix. Entenem que la sostenibilitat passa per obrir un debat social que afavoreixi una reforma en profunditat que ens porti a un sistema sanitari centrat en la persona i no en la malaltia.

Introducció

La crisi econòmica està qüestionant la sostenibilitat del nostre estat del benestar. El sistema sanitari ha passat de ser un dels aspectes més valorats pels ciutadans a convertir-se en la quarta preocupació després de l'atur, la crisi econòmica i la classe política¹. En aquest article presentem una valoració de la situació i unes propostes per un debat més sanitari i social.

El context

Alguns experts assenyalen que aquesta crisi és més un problema de manca d'ingressos que un excés de despesa². Malgrat el creixement dels darrers anys, encara tenim una despesa sanitària per càpita per sota de la mitjana europea³. La situació econòmica va forçar l'any 2011 a reduir el 7% el pressupost sanitari respecte a l'any anterior. La urgència i l'excepcionalitat de la insuficiència pressupostària ha portat a disminuir, per decret, els salaris dels professionals i els preus dels medicaments. Els contractes per la prestació de serveis, del CatSalut amb els proveïdors, també han baixat el 5%, fet que ha portat a reduir activitat, plantilles i llits hospi-

taris. També s'ha procedit a tancar centres d'urgències d'atenció primària, a cancel·lar inversions i a endarrerir pagaments. Els criteris de prioritització de les llistes d'espera s'han modificat per atendre preferentment els casos més urgents i s'ha suprimit els temps de garantia⁴. En resum, tot un conjunt d'iniciatives que perseguien quadrar els comptes públics.

Malgrat la indignació que han causat aquestes mesures, no s'ha produït una gran contestació per part dels professionals, dels ciutadans o de les institucions sanitàries. Les anomenades "retallades" s'han assumit amb molta resignació i preocupació. Al contrari, els professionals d'atenció primària han reforçat la política de prescripció de principis actius i d'equivalents terapèutics més econòmics, això ha afavorit un important estalvi en la factura farmacèutica. Els ciutadans han renovat a les urnes la confiança amb el partit del Govern i, en canvi, han castigat al Partit Socialista per haver negat l'existència de la crisi.

Impacte de les mesures

La reducció del 6% de l'activitat quirúrgica ha produït un increment de les llistes d'espera del 23%, passant de 53.000 pacients a quasi 70.000⁴. També s'ha experimentat una caiguda del 3% del nombre de visites als centres d'atenció primària i als serveis d'urgències hospitalàries, no sabem si produïda per una autoregulació de la ciutadania o per la disminució de l'oferta com ha passat a països com Grècia^{5,6}. En canvi, el nombre de ciutadans que han contractat una assegurança privada ha crescut el 5,6% l'any 2010 i el 2% el 2011⁷. Si bé encara no ha passat el temps suficient per conèixer l'impacte de la crisi sobre la salut dels ciutadans, és possible un efecte negatiu sobre els bons indicadors sanitaris que gaudíem tal com ha succeït als països veïns. Finalment, hem conegut que aquesta política restrictiva en la despesa pública no ha aconseguit l'objectiu de compliment pressupostari previst⁸.

Catalunya és diferent

Malgrat l'apressada publicació d'un pla de salut el mes de desembre passat, hem trobat a faltar una visió sani-

Correspondència: Dr. Joan Gené-Badia
CAPSE - Universitat de Barcelona
C/ Roselló, 161
08036 Barcelona
Tel. 932 279 800
Adreça electrònica: jgene@clinic.ub.es

tària en les accions empreses. Les decisions, sorgides del Departament d'Economia, s'han centrat en la contenció de les despeses que eren més fàcilment assolibles i han evitat una reforma del model sanitari que fa temps que es reclama des del sector professional⁹. Els responsables del Departament de Salut proposen una nova taxa per medicaments, la fragmentació de l'Institut Català de la Salut en múltiples empreses, atorgar concessions administratives i una transició larvada de l'actual Sistema Nacional de Salut cap a un model d'assegurança. Paradoxalment, totes elles, a més d'amençar l'equitat del sistema, són objectivament ineficaces per contenir la despesa sanitària. El copagament no redueix la freqüentació ni els costos¹⁰⁻¹². Crear més empreses pot augmentar els costos administratius en un sistema en què és difícil entendre la coexistència del CatSalut i de l'Institut Català de la Salut (ICS) així com de dos patronats hospitalàries. Les empreses privades que assumeixen la concessió administrativa dels serveis públics volen rendibilitzar la inversió amb el seu únic client, el CatSalut. Finalment, els països que compten amb un model d'assegurança sanitària destinen a salut una proporció del seu producte interior brut (PIB) més elevada que nosaltres. Totes elles semblen iniciatives més orientades a complaure les necessitats de finançament de les empreses sanitàries que a la cerca del sistema més costefectiu per al ciutadà.

Davant la crisi, no tots els països europeus opten per les mateixes respostes. Alguns d'ells han decidit reduir la cobertura i incrementar els copagaments per determinats serveis, amb les conseqüències negatives pròpies d'aquestes mesures, tant a curt com a llarg termini. Altres, però, estan aprofitant el moment per buscar millorar l'eficiència del sistema, especialment en els entorns hospitalaris i de consum de fàrmacs. Nosaltres estem aplicant una política diametralment oposada a la de països com els Estats Units, el Regne Unit o Dinamarca. Aquests països centren la seva reforma en la prestació de serveis, no en el finançament. Redueixen el poder dels hospitals per forçar el sistema a cobrir de forma eficient les noves necessitats dels pacients envellits i amb malalties cròniques. S'elimina el monopoli territorial, s'atorga llibertat d'elecció d'hospital, s'introdueix la competició pública-privada, es dona el pressupost a l'atenció primària, es tanquen els hospitals petits i es fusionen hospitals i serveis especialitzats. L'eficiència no implica només baixar els costos sinó tractar de fer la coses millor amb els recursos disponibles.

La síndrome de l'embotellament

Interpretem que les poderoses empreses hospitalàries concertades catalanes s'han blindat per sobreviure i evitar la temuda reforma. La nova directiva europea SEC-95 està

neutralitzant la seva capacitat d'endeutament, que fins ara era una de les claus del seu creixement a Catalunya. Europa els controla com a centres públics ja que el seu principal finançament és públic. Però, aprofitant l'absència al nostre país d'una normativa rigorosa sobre els conflictes d'interès dels alts càrrecs en el sector salut, sembla que utilitzen la seva influència política per seguir controlant el sector sanitari i per accedir al terç restant del pressupost sanitari públic que gestiona directament: l'Institut Català de la Salut.

El Col·legi de Metges ha adoptat una actitud crítica davant les retallades i, per això, ha estat formalment exclòs dels centres de decisió. Per intentar canviar la situació i mostrar una actitud més col·laboradora ha aportat un document de propostes¹³ amb escassa autocrítica, que es podria resumir assenyalant que reclama més autogestió. Sembla que els metges estiguin més preocupats per aconseguir unes accions a les empreses sanitàries que en aportar l'oblidada visió sanitària a les propostes de reforma.

Ens trobem en una situació similar a la de l'embús de trànsit. Tothom intenta avançar el seu cotxe quan té la menor oportunitat. Aquesta actitud no resol l'embús sinó que l'empitjora. Potser ens cal un guàrdia amb un xiulet que posi ordre donant pas a uns i després als altres perquè l'embús desaparegui i tots puguem tornar a circular. Precisem un nou ordre en el model sanitari català.

La proposta: un nou lideratge

Ens equivoquem en el lideratge. No tan sols pels que semblen obvis conflictes d'interès dels responsables i dels seus assessors, sinó perquè creiem equivocadament que els directius han de resoldre la situació com si es tractés d'un problema tècnic. No veiem que ens enfrontem a un problema adaptatiu. Ciutadans, pacients, professionals, empreses sanitàries i polítics hem d'aprendre a cuidar la nostra salut en un nou entorn. Cal un nou, diguem-ne, ordre; un canvi valent del sistema de salut. Això només succeirà si tots els implicats participem en un ampli debat social que acabi definint aquest nou ordre. Precisem uns líders que facilitin el debat en lloc de dictar solucions sovint orientades a satisfer les necessitats d'uns pocs. Estem malbaratant una oportunitat única de canvi. Des de la transició democràtica, és la primera vegada que una gran part dels implicats entenem que no podem seguir de la mateixa manera. No hauríem de parlar només de recursos o de quines mesures financeres són les més encertades, sinó de quin model de sistema sanitari volem tenir, com superem les seves limitacions actuals i com avancem cap a una sanitat més sensible a les necessitats del ciutadà, més participativa, amb millor capacitat de resposta i més atenta als canvis del seu entorn. Entenem que alguns dels

aspectes essencials d'aquest debat sobre el nou model sanitari són els següents:

- Hem de seguir amb aquest model paternalista en l'atenció sanitària, o hem d'afavorir l'autosensibilització dels pacients en la resolució dels problemes de salut que els afecten?
- Podem seguir amb un esquema basat en afavorir la resposta immediata i reactiva a la demanda d'assistència, o hem de caminar cap a un model assistencial que intenti atendre proactivament les principals necessitats de salut dels pacients?
- El grau de transparència sobre els resultats del sistema, és l'adequat al nivell d'exigència actual de la ciutadania?
- Estem aprofitant totes les possibilitats que ens ofereixen les noves tecnologies de la informació i la comunicació en l'atenció sanitària?
- L'atenció primària té instruments per forçar que la totalitat del sistema ofereixi una atenció centrada en la persona i no en la malaltia?

És reduccionista pensar que la problemàtica sanitària actual només és una conseqüència de la crisi financera. Pensem que també és una mostra de l'obsolescència del model sanitari tradicional. Malbaratem una ocasió de reforma si seguim retallant o aconseguint més recursos per seguir fent el mateix. Hem d'aprofitar l'oportunitat per involucrar totes les parts interessades en repensar el model des d'una perspectiva sanitària. Altres països ens han demostrat que amb recursos molt limitats es pot respondre millor a les noves necessitats dels ciutadans¹⁴.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Centro de Estudios Sociológicos. Barómetro de diciembre. Avance de resultados. Estudio nº 2.923; 2011. Accés el 10 de gener de 2012. Disponible a: http://datos.cis.es/pdf/Es2923mar_A.pdf
2. Navarro V. Crisis y política fiscal. El Plural, 18 de juliol de 2011. Accés l'11 de gener de 2011. Disponible a: <http://www.vnavarro.org/?p=5952>.
3. European Commission Eurostat. Population and social conditions. Statistics in focus 40/2009; 2009. Accés l'11 de gener de 2012. Disponible a: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Social_protection_-_main_indicators
4. Gené Badia J, Gallo P, Hernández-Quevedo C, García-Armesto S. Spanish Health Care cuts: Penny wise and pound foolish? Health Policy. 2012 DOI: 10.1016/j.healthpol.2012.02.001
5. Kentikelenis A, Karanikolos M, Papanicolas I, Basu S, McKee M, Stuckler D. Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. Lancet. 2011;378:1457-8.
6. Economou M, Madianos M, Theleritis C, Peppou LE, Stefanis CN. Increased suicidality aimed economic crisis in Greece. Lancet. 2011;378:1459.
7. Sauquillo MR. Los españoles se blindan con la sanidad privada pese a la crisis. El País, 15 de desembre de 2011.
8. Generalitat de Catalunya. Departament d'Economia i Coneixement. Nota de Premsa. La Generalitat ha reduït un 7% la despesa durant 2011; 3 de febrer de 2012. Accés el 14 de març de 2012. Disponible a: http://premsa.gencat.cat/pres_fsvp/AppJava/nota-premsavw/detall.do?id=137260&idioma=0&departament=2&canal=3
9. Peiró S, Artells JJ, Meneu R. Identificación y priorización de actuaciones de mejora de la eficiencia en el Sistema Nacional de Salud. Gac Sanit. 2011;25:95-105.
10. SEMFYC. Copago. Conclusiones desde la evidencia científica. Documentos semFYC Nº 29. Barcelona: Semfyc ediciones; 2010.
11. Goldman DP, Joyce GF, Zheng Y. Prescription drug cost sharing: Associations with medication and medical utilization and spending and health. JAMA. 2007;298(1):61-9.
12. Rice T, Matsuoka KY. The impact of cost-sharing on appropriate utilization and health status: A review of the literature on seniors. Med Care Res Rev. 2004;61(4):415-52.
13. COMB. Forum de la Professió Mèdica. Propostes per a la sostenibilitat i millora del sistema sanitari públic. Accés el 10 de febrer de 2012. Disponible a: http://www.comb.cat/cat/altres/forum/pdf/dossier_forum_professio.pdf
14. Balabanova D, McKee M, Mills A. "Good health at low cost" 25 years on. What makes a successful health system? London: London School of Hygiene & Tropical Medicine; 2011.