

Sessió 2. SANITAT (Ponent: Vicente Ortún)

Dia: dimarts 29

Hora: 16'30 - 18'30

▪ **Exposició del ponent Dr. Vicente Ortún**

Guió:

1. Impacte crisi en salut i serveis sanitaris
2. Bretxa, greix i reassignació
3. Planificació, finançament selectiu i competència per comparació en qualitat amb preus regulats
4. Canvis estructurals i millores institucionals

▪ **Notes preliminars**

Els serveis sanitaris es jutgen segons la seva contribució a l'estat de salut de les persones. Els determinants tradicionals de la salut (educació, renda...) recuperen la seva importància i arriba un moment important tant per la salut pública com per la salut a totes les polítiques.

Hi ha evidència de que no hi ha cap contradicció entre augment de la productivitat -i competitivitat de les persones i empreses d'un país- i la consolidació del seu estat de benestar (EB), no de qualsevol estat de benestar sinó d'un EB orientat des del *welfare* al *workfare* (condicionalitat de prestacions).

1. Impacte de la crisi econòmica en salut i serveis sanitaris

Certament les llistes d'espera augmenten i encara que no es tradueixin en empitjorament de l'estat de salut també cal reconèixer que no disposem d'indicadors que mesurin l'angoixa i inquietud derivada d'uns dies addicionals pendents d'una intervenció. Les taxes de mortalitat, inclosos els suïcidis, i les taxes de morbiditat han continuat, a grans trets, amb la seva tendència a la baixa.

Fins i tot les causes de mort més sensibles a l'actuació sanitària, la mortalitat innecessàriament prematura i sanitàriament evitable han mantingut amb la seva tendència a la baixa amb independència de la crisi.

La utilització de serveis sanitaris ha baixat encara que a Catalunya augmenta des de 2008 l'hospitalització de malats aguts finançada privadament. Es molt notòria la reducció de prop del 25% del nombre de receptes dispensades a Catalunya a l'any 2012. Seria bona/dolenta si hagués baixat el consum inadequat/adequat.

Pel que fa a estils de vida, la crisi està aguditzant les diferències: l'atur protegeix menys del sedentarisme i augmenta, en canvi, el tabaquisme. Baixa la despesa mitjana en alimentació per llar: menys aliments frescos i més aliments en conserva o precuinats.

El que ens ha de preocupar de l'impacte de la crisi econòmica, iniciada al 2008, sobre la salut no és tant l'impacte a curt termini al que a dalt ens hem referit sinó el seu impacte a mig i llarg. Amb 3,7 milions d'aturats de llarga durada (i.e. més d'un any sense feina) i amb el coneixement de que 'l'atur mata' caldrà recuperar els determinants històrics de la salut:

educació i renda fonamentalment.

A Espanya, la desigualtat per renda, mesurada pel coeficient de Gini, ha passat del 0,31 el 2006 al 0,35 el 2012. Ens estem allunyant dels països escandinaus i centreeuropeus per assemblar-nos més en desigualtat al Regne Unit o els Estats Units d'Amèrica. Per tant, per raons de productivitat, justícia i salut, **cal millorar l'educació**, sobretot els primers anys de la vida i particularment els infants amb més risc d'exclusió social.

La crisi no té perquè liquidar la sanitat finançada públicament. No hi ha incompatibilitat entre millorar la productivitat i disposar d'un Estat del Benestar (EB). El problema no radica en l'EB, sinó en la modalitat d'EB, i a Espanya tenim deures pendents, ja que l'EB tal com està organitzat no resultat, quan a comparativa europea, ni equitatiu ni eficient.

2. Bretxa, greix i reassignació

Cap sistema sanitari és millor en tot:

- No és quant... sinó com es gasta
- La qualitat pot reduir costos o NO però el que importa és:
 - La comparació beneficis/costos
 - Que tractaments efectius deixin de donar-se (*¿el 50% de Glynn?*)
 - Que part de la atenció sanitària pugui eliminar-se sense afectar negativament els resultats en salut (*¿el 30% de Fisher?*)

Reduir la bretxa entre eficàcia i efectivitat:

- Consuetudinàries: Rentat de mans, llistat de comprovació quirúrgica, utilització de medicaments, cesària...
- Quotidianes: Apropar-se a la frontera de possibilitats de producció

Reducció del greix:

Eliminar el 'greix' excessiu, el perjudicial, el d'aquells serveis sanitaris que no valen el que costen, ja sigui globalment considerats o bé inadequats, reduiria la despesa sanitària en una cinquena part amb un impacte favorable sobre la salut.

- Altament cost-efectius: Antibiòtics, aspirina y β -bloquejants en IAM, rentar-se les mans; antiretrovirals d'alt cost.
- Tractaments potencialment cost-efectius però amb beneficis molt heterogenis: antidepressius, cesàries o angioplàsties.
- Tecnologies de pobre o nul cost-efectivitat. Artroscopia genoll.

Reassignació de recursos:

Deixa de finançar, en tot o part, medicaments, dispositius, procediments amb nul o baix valor clínic al mateix temps que es promoguin els de més valor clínic i, a més, els recursos alliberats es dediquin a finançar els de més valor clínic. Així s'aconseguiria un increment de la producció agregada.

3. Planificació, finançament selectiu i competència per comparació en qualitat amb preus regulats

Planificació:

- Gestió de la utilització
- Economies d' escala per raons de qualitat
- Conveniència de l' especialització
- Planificació 'ansiolític social': dona informació amb capacitat de pronòstic

La funció planificadora de l'Estat en Sanitat és determinant per a la utilització i la despesa sanitària futura, té un clar avantatge respecte al mercat quan es tracta d'orientar un sistema cap a la tecnologia que millora el benestar evitant el malbaratament. Per tant, sí a les tecnologies cost-efectives, no a les tecnologies de pobre o nul cost-efectivitat.

Finançament selectiu:

- Finançament selectiu segons cost-eficàcia incremental
- Cartera de serveis sensata
- Pagar pel que interessa, cuidant motivació intrínseca i professionalisme
 - Autonomia d' organitzacions sanitàries integrades (finançament capítatiu) i competència- sense mercat- entre elles. [El finançament capítatiu consisteix en la implantació d'una modalitat de compra de base poblacional, o capítativa, que suposi una compra integrada de serveis a través de l'assignació d'un pressupost per habitant i any al conjunt de proveïdors de serveis sanitaris que operin en un mateix territori. En conseqüència es passa d'un sistema d'avaluació centrada en l'efectivitat i eficiència dels actes assistencials agrupats per serveis o centres, a un sistema d'avaluació basat en la resolució global dels problemes i l'eficiència conjunta del sistema].
 - Regulació de preus cap a la innovació que interessa

Competència entre proveïdors sanitaris:

- Sembla que redueix preus (USA, UK) però qualitat també → No tindrà sentit sense bona 'info' sobre resultats.
- Influeix en la qualitat de la gestió i millora resultats clínics, financers i satisfacció del personal
- 3 claus d'una bona gestió (hospitals) :

- Competència amb rivals propers
- Mida (economies d'escala)
- Habilitats clíniques i gestores (millor comunicació, major credibilitat i autoritat...)

Competència per comparació

1. Encara que només sigui per comparació en qualitat (no implica mercat) amb preus comuns i regulats... durà a eficiències semblants entre diferents formes organitzatives sempre que:
 - No es garanteixi la immortalitat
 - Es proporcionin certa capacitat d'elecció (p.e. derivacions)
 - Que els fons s'assignin en consonància amb la eficiència mostrada

4. Canvis estructurals i millores institucionals

Sense millor política no hi haurà millor gestió pública. Importen tant les reformes estructurals com les millores institucionals, i entre aquestes, perquè condiciona la resta, la llei de reforma dels partits polítics.

▪ **Resum de punts clau**

- L'impacte de la crisi iniciada al 2008 a l'estat de salut a Espanya encara no s'ha notat. Han continuat les tendències a la millora d'uns indicadors ja de per si mundialment molt bons.
- Es notarà, en canvi, l'impacte de la crisi en la salut a mig i llarg termini per la via de l'atur de llarga durada (3,7 milions de persones), la desigualtat creixent (Gini de renda disponible de 0,35), la pèrdua de capital humà (no el que marxa sinó el que es queda aturat o amb una pobre educació que no permet ni 'regeneració neuronal' ni 'establiment de noves sinapsis'), i el deteriorament en el funcionament de l'ascensor social (45% de la situació dels fills explicada per la situació dels pares a Espanya) que permet la mobilitat intergeneracional i evita que tan la pobresa com els privilegis siguin 'dinàstics'.
- Ha arribat el moment de la salut pública i de la salut en totes les polítiques ja que recuperen protagonisme els determinants històrics de la salut, educació i renda.
- Una bona educació primària atenta a evitar la exclusió social esdevé la principal política de salut, la principal política econòmica (capital humà per a competir) i la principal palanca per a millorar la igualtat d'oportunitats. La corba del Gran Gatsby ens dona pistes molt útils.
- Per a sortir de la crisi cal consolidar l'Estat del Benestar (EB). Això sí un Estat de Benestar amb els incentius correctes, orientat al *workfare*

(en lloc del *welfare* entès com a *no-fer-res*). Cap experiència històrica il·lustra millor la concordança entre progrés econòmic i social que la escandinava amb la millor productivitat i mobilitat intergeneracional del món.

- La *desitjabilitat* del EB es garanteix quan els ciutadans voten per uns serveis finançats públicament que resolten i satisfan. Clau el finançament públic i la cobertura universal. La desgravació de primes privades, 25% de les persones però només 8% de la despesa, no es justifica mentre la pèrdua de recaptació fiscal no quedi compensada per una utilització menor dels serveis públics.
- La *viabilitat* del EB s'ha de llegir en clau clínica i en clau de polítiques públiques.
- Produint-se l'assignació de recursos en sanitat fonamentalment via decisions clíniques cal crear les condicions per escurçar la diferència entre el que es pot aconseguir i el que s'està aconseguint (bretxa descomunal entre eficàcia i efectivitat), eliminar el 20% de despesa sanitària perjudicial per la salut, i reassignar recursos.
- Les polítiques públiques que permeten desitjabilitat i viabilitat són la planificació (gestió prospectiva de l' utilització), el finançament selectiu de la cartera de serveis (copiant, si cal, de fora tant criteris tècnics com procediments democràticament legítims), i la potenciació d'una certa maduració social que permeti la competència per comparació en qualitat, entre proveïdors sanitaris, amb preus regulats.
- No serveix atribuir totes les responsabilitats a les 'élites extractives' o a 'Madrid'. Els ciutadans, en diferent grau, també tenim les nostres responsabilitats per a actuar de cara a millorar les nostres regles social del joc (les institucions), particularment la regulació dels partits polítics, ja que serà difícil millorar la qualitat de la gestió pública, sanitària o de qualsevol altre sector, sense millorar la qualitat de la política.

▪ **Col·loqui**

1. Dr. Joan Carles Contel (Membre del Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat, del Dep. de Sanitat).
Comenta la conveniència d'estimular el lideratge clínic i les pràctiques compartides. Pressupostos de manera conjunta, social i sanitari (integració) amb objectius comuns.
La resposta posa l'èmfasi en què aquí es paga per 'activitat' (per fer) no per adequació (quan millori la situació). I pagar per activitat és pervers, quan caldria caminar cap a finançament capitatiu (per resultat), p.e. el sistema sanitari del Baix Empordà.

2. Josep M. Argimon [Director de l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQUAS) del Dep. Salut].
Central de Resultats: nom per nom de cada centre (es fa en pocs països). No fan rànquings, només per a consum intern. Facilita les 'transicions' dels pacients i les fa molt més senzilles. Els sistemes d'informació són compartits entre tots els professionals i prou avançats. Palamós si es fes un rànquing estaria al capdavant.
En un sistema públic sí que cal mostrar quins són els resultats per tal de retre comptes, perquè el ciutadà sàpiga que s'ha fet i que ha passat.
Concepte de finançament públic i cobertura universal: aquest principi que ha estat vigent durant 30 anys amb el 'decretazo' es trenca.
Trenquem el principi de cobertura universal i tornem al de 'beneficiaris', a un sistema que és el de 'seguridad social', al que pertanyen tots els centres: a la Tresoreria de la Seg. Social.
Hi ha hagut consens en el sistema sanitari que és vol i mantenir-l'ho.
Quan a formació el MIR (tardo-franquisme) és un sistema profitós. Els indicadors no mostren res, però pensar que amb la situació socio-econòmica no passarà res és ser ingenu. Existeix un decàleg per tenir salut: el primer és no ser pobre, El millor que podem fer per la salut és polítiques d'ocupació i a llarg termini l'educació.
Els suïcidis no han augmentat sensiblement, sí que ho han fet els intents. En canvi, actualment la satisfacció pel servei sanitari és més gran, segurament perquè l'expectativa ha disminuït.
Més, en salut mai és millor. Sí que calen canvis estructurals. La situació d'una certa 'congelació' econòmica no es pot sostenir a la llarga.
Cal concentrar les actuacions clíniques per volum i per activitat.
La qüestió que es planteja és: si volem continuar tenint un sistema sanitari de qualitat amb una cartera de serveis ampla, com ho podem mantenir sense inversió?
3. Dr. Llorenç Sotorres.
En els darrers anys s'ha fet de la necessitat virtut. Si no invertim el sistema sanitari no es podrà aguantar. Hem de basar el poder invertir només en el magre creixement econòmic, o bé hem de desviar part dels recursos que generem i dels que no podem disposar.
4. Ignasi Casals Cienfuegos Jovellanos (Analista polítiques socials comunitàries i institucionals - Direcció General d'Anàlisi i Seguiment Finances Públiques del Dep. d'Economia i Coneixement).
Als gestors públics els resulta molt difícil integrar salut i serveis socials, són poques les experiències pel que fa a Plans Interdepartamentals.
Vicente Ortún: El ministre de sanitat de la postguerra va aconseguir convèncer al govern de Canadà de fer control de les 'transmissibles' i va contenir la despesa. Va fer la 2ª revolució epidemiològica.
Argimon: els lobbys en el món de la salut són més forts que en l'ensenyament p.e. En 30 anys hi ha hagut en salut una certa pau social i un model. En educació, no. Una de les diferències potser és que en sanitat hi ha una assignació automàtica del centre, en educació no s'aconsegueix.
5. Anton Gasol (membre del CEES) es pregunta que anirà pel davant l'exigència de serveis sanitaris o bé la disponibilitat econòmica.
Sotorres: la forma com estàs finançant els serveis determina els serveis

que ofereixes. Creu que primer serà l'exigència abans de la bonança econòmica. Només si podrà fer front amb mesures imaginatives i si es té capacitat de legislar de manera pròpia a Catalunya i assignar els fons de finançament recaptats i que no romanen al país.

Argimón: Parla del finançament selectiu. En una perspectiva lògica, tot i que el sistema sanitari és descentralitzat, resulta que la regulació del medicament la decideix l'Estat i paguen les CCAA.

Ortún: el llibre de Jaume Puig (i també de Núria Mas de l'IESE sobre experiències europees, diu Argimón), referència sobre 'copagament' que mai tindrà importància recaptatòria, no resoldrà res, però és útil, funciona. impost progressiu s/riquesa neta i sobre successions.

Argimon: tot i la sacsejada de la crisi no s'ha fet una reforma de l'administració: com ara, és necessari que tinguem estatutaris o funcionaris?

6. Ignasi Farreres (CEES). Per què en sanitat s'accepta el centre assignat i en educació es resisteix. Hi pot haver un cert 'classisme' des del punt de vista de l'eficàcia formativa, favorable a les 'concertades'.
7. Júlia Montserrat Grané (Col·legi d'Economistes). Incideix en el tema del 'copagament'.
8. Esther Pallarols Llinàs (Gabinet tècnic programa i avaluació pressup. - Direcció Gral. Anàlisi i Seguiment Financ. Públiques). Parla dels escenaris i poder estar preparats per les diverses eventualitats. La realitat és que encara hi ha més despesa que ingressos i que cal continuar el procés de consolidació fiscal. Cal pensar en continuar nous ajustaments i tenir present propostes que alliberin recursos. Cal saber on posar les prioritats i les 'restriccions'.
Ortún: Fins ara s'han fet retallades generalitzades, quan el que caldria és que una cosa que no serveixi de res s'ha de treure tota l'assignació i si evita que et moris no trèiem res. Per implantar-ho es fa assignant un pressupost a un centre i ells l'assignaran: la 'destral' la té el dep. d'economia, però el 'bisturí' els professionals sanitaris.
9. Joan Elias (CEES). Fa referència a la 'bombolla sanitària' i que cal pensar com aterrar una oferta que no té suficiència financera.
Ortún: a tot arreu no es pot tenir tot, hi ha espai per a la concentració d'oferta, i esmenta que hi ha espai per especialitzar i mantenir la qualitat amb menys recursos.

Barcelona, 29 d'abril de 2014

Anton Gasol Magriñà