

## **Construint una sanitat pública catalana i de valor**

*Jaume Puig-Junoy*

*Departament d'Economia i Empresa, Universitat Pompeu Fabra (UPF), Barcelona*

### **Com fer que el futur de la sanitat no sigui incert**

Després de tres dècades de gestió autonòmica, iniciada el 1981, i havent patit retallades molt considerables com a resultat de l'asfíxia de les finances públiques, la sanitat pública s'enfronta a un futur incert si no es comencen a adoptar de manera eficaç reformes estructurals que van més enllà dels excessos basats en la falsa premissa de "com més intervencions mèdiques, més salut".

L'esperança de vida a Catalunya és encara en les primeres posicions dels països europeus, si bé els catalans perdem posicions en el rànquing europeu quan ens fixem en l'esperança de vida en bona salut –una mesura que valora el nivell de salut dins dels anys de vida-, fet especialment més notori en el cas de les dones. La sanitat és, malgrat la crisi i les retallades, un servei prou ben valorat a Catalunya, amb una valoració de 6,9 sobre 10 el desembre de 2012, si bé entre 2010 i 2012 augmenta el percentatge de població que considera que l'assistència és dolenta o molt dolenta.

El canvi en el model d'assegurament emprès pel govern espanyol el 2012, que deixa fora de la cobertura pública als immigrants irregulars, suposa una barrera a l'accés difícilment franquejable que perjudica clarament a un col·lectiu de per si vulnerable.

En els propers anys, tot i acceptant que el model de finançament del sistema sanitari públic s'ha de basar fonamentalment en impostos generals de caràcter progressiu, caldria analitzar el paper que podrien tenir impostos sobre hàbits de vida poc saludables i amb repercussió sobre la salut individual/col·lectiva de la població -consum excessiu de greixos i de begudes amb excés de sucre, per exemple-).

La part de la renda i de l'esforç fiscal que Catalunya pot dedicar a la sanitat pública, el 6,3% del PIB a l'any 2010, ha estat llunyà de manera crònica quan es compara amb el d'altres països amb un nivell de renda semblant. El primer que cal, per tant, per a normalitzar la sanitat pública és convergir de manera progressiva en nivell de despesa amb països amb una renda per persona semblant a la nostra.

Es poden fer les coses de manera diferent? Es pot fer menys incert el futur de la sanitat pública? La solvència del sistema sanitari català, la seva capacitat per respondre a canvis demogràfics, tecnològics i socials, es veurà

fortament erosionada en la propera dècada si no s'aborden una sèrie de canvis de tipus estructurals que no es resolen només amb més diners ni amb sobirania. Les reformes estructurals a implementar en el si de la sanitat catalana no convé que s'endarrereixin esperant que aquesta crisi amaini. Els quatre dilemes sobre els quals es proposa avançar són la reducció del malbaratament, l'aposta d'unir finançament i utilització a l'obtenció de resultats en salut, avançar en la coordinació entre nivells i sistemes i promoure el bon govern de la sanitat, buscant per a això sempre la complicitat dels principals actors i la participació social.

### **Universal no vol dir de franc**

Des del Parlament català caldrà definir de manera afinada i amb sensibilitat social quin ha de ser el paper que han de jugar les aportacions dels usuaris -els anomenats copagaments - dins la sanitat catalana, allunyant-se del sistema de copagament farmacèutic heretat directament del franquisme i dels Pactes de la Moncloa de finals dels anys setanta.

A gairebé tots els països europeus hi ha un espai ben delimitat per a la contribució de l'usuari en el cost de la sanitat amb una finalitat de reduir l'ús més innecessari, però sempre amb un pes molt petit sobre els ingressos de la sanitat a fi de no representar una barrera d'accés per a qui més ho necessita. Si no es desitja que es converteixin en un impost sobre la malaltia, el copagament ha de tenir un paper recaptatori molt limitat, hauria de servir més per a dissuadir de l'excés d'ús d'alguns serveis -ús de poc valor- quan és l'usuari qui inicia la demanda i menys per a caure en la temptació de fer calaix en temps d'estretors pressupostàries.

A fi de posar ordre i racionalitzar l'ús dels medicaments o de les urgències hospitalàries, seria més desitjable un copagament evitable i basat en criteris d'efectivitat, que no pas un copagament obligatori i poc selectiu.

Si el copagament és obligatori pel pacient, el més desitjable socialment és que sigui d'import reduït per a tothom, que s'acumuli la xifra total que paga un pacient per qualsevol tipus de copagament, amb un límit màxim d'aportació (Suècia) o un percentatge de la renda (Alemanya), deixant fora del copagament, o essent molt reduït, per a pacients amb malalties cròniques i persones amb escassos recursos.

Idealment, un bon disseny de copagaments hauria de fer que aquests fossin inexistents en aquells casos on el tractament sigui més necessari i efectiu, i el pacient pagués la diferència fins al preu d'altres tractaments més cars però que aporten escàs valor per a la salut. Així es fa en molts països europeus -la meitat de la població de la Unió Europea accedeix als medicaments amb polítiques d'aquest tipus-, per exemple, a França, on el copagament depèn del grau de necessitat i de l'eficàcia del tractament (com més necessari i eficaç menor és el copagament).

Així mateix, s'ha de ressenyar que un bon copagament hauria d'estar basat en el valor de l'atenció i no en el preu. És a dir, ha de ser més reduït o nul com més efectiu i necessari sigui el tractament, i més alt com menys efectiu i menys necessari sigui.

## **El factor essencial per a la sostenibilitat**

Lluny dels entusiastes que han predicat una sanitat pública basada en la falses promeses del "com més atenció, millor" i que per tant cal demanar "de tot, per a tothom i de franc", la credibilitat i la sostenibilitat futura d'una sanitat catalana pública i de valor depèn sobretot de la capacitat per evolucionar en un termini raonable cap a un finançament selectiu de les prestacions mèdiques, els medicaments i les tecnologies basada en el millor coneixement científic disponible. Invertir en avaluar l'eficàcia incremental comparada de qualsevol nou tractament, o dels ja existents en el mercat, és la forma més efectiva i democràtica de garantir la solvència futura del sistema sanitari públic.

Un aspecte que requereix abordatge urgent és finançar amb recursos públics només aquells medicaments, tecnologies, prestacions i serveis que - a més d'eficaços i segurs - aportin valor en termes de salut pel que costen. Es tracta de prendre en consideració de manera clara i explícita la dimensió de l'eficiència (el balanç entre el cost addicional i el valor addicional en termes relatius) en la presa de decisions relacionades amb el finançament públic, el preu i l'ús adequat d'una innovació, tal com ja fa dues dècades que fan països com Suècia, Regne Unit, Alemanya o França.

Això vol dir prendre un camí diferent que no s'ha pogut emprendre seriosament fins ara, ja que sense capacitat normativa per a decidir sobre la cobertura sanitària a Catalunya, avui ens veiem obligats a finançar públicament gairebé qualsevol nou medicament que aprova el govern espanyol tant si el cost per resultat en salut és raonable com si és desorbitat, ignorant els anys de vida que perdem assignant recursos a tractaments i proves d'escàs valor. Paguem preus elevats per medicaments que altres països amb més renda no estan disposats a pagar. En realitat, ni tan sols sabem el cost per any de vida guanyat ajustat per qualitat de vida - AVAC - dels medicaments que s'autoritzen cada mes de manera centralitzada. En aquest desert, el programa "*Essencial*" iniciat per l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya és un senyal de la bona direcció a prendre: identifica pràctiques clíniques de poc valor i promou recomanacions per tal d'evitar-ne la realització.

Quan sabem que els principals factors que impulsen la despesa sanitària són l'adopció d'innovacions sanitàries i l'augment de l'ús per persona, és clau per a la sostenibilitat de la sanitat disposar d'un procediment d'avaluació independent de l'eficàcia / efectivitat incremental i la relació cost -efectivitat incremental que permeti adoptar decisions de finançament selectiu i de preu segons valor.

La introducció de l'avaluació econòmica de medicaments (tecnologies mèdiques i prestacions) en la pràctica de les decisions europees de reemborsament o finançament ha suposat canvis importants que afecten l'organització del sistema de salut, el mateix procediment per aconseguir el reemborsament, les decisions de reemborsament i l'assignació de recursos que resulta d'aquestes decisions. Això requereix d'una agència catalana independent i amb qualificació tècnica que, en coordinació i aprenent de les

millors agències europees, exercici funcions similars a les del *National Institute for Health and Clinical Excellence* a Anglaterra amb rigor científic, transparència i participació de tots els agents socials.

### **Pagar per mantenir la població sana**

Un altre aspecte a ressenyar en el camí cap a un finançament i una utilització sanitària basades en els resultats és la necessitat de superar la gestió sanitària basada en compartiments estancs, amb la mentalitat de "sitja" o capsetes tancades amb la que avui encara s'administren més que no pas es gestionen els pressupostos públics. Els recursos de què disposem es reparteixen en pressupostos compartimentats entre nivells assistencials - atenció primària, hospitals, sociosanitaris - i entre tipus de productes - receptes mèdiques, medicaments hospitalaris, pròtesis - com si fossin partides sense relació, en lloc de repartir segons el cost justificat de l'atenció integral que requereix un pacient, al marge d'on rebi aquesta atenció. Hem d'orientar els pressupostos per a pagar per allò que desitgem obtenir. Per tant, la línia de canvi és començar a pagar al marge per resultats en salut: pagar més per tenir els pacients sans que no per tenir més descompensacions de pacients crònics o més reingressos per complicacions després d'una intervenció quirúrgica o per excessos en la cirurgia electiva, pagar més per visites resolutives que per derivacions de pacients entre professionals sense resoldre els seus problemes de salut.

Això requereix integrar els pressupostos compartimentats entre nivells assistencials (primària, especialitzada, sociosanitària, farmàcia) mitjançant un finançament fix preestablert per a tota l'atenció d'una persona segons les seves característiques (riscos) que ajudi a visualitzar el cost integral de l'atenció a un pacient, limitant així la visió parcial i fragmentada que avui centrifuga i encobreix la falta de resolució clínica .

Davant l'actual compartimentació de nivells assistencials, la integració de pressupostos a través d'un finançament prospectiu basada en una càpita ajustada per les característiques de la població coberta contribuiria a fomentar l'atenció integral de la salut i la dependència i a visualitzar els costos totals derivats de la seva atenció. La integració a nivell macro hauria d'incloure, entre altres coses, l'obligació de retre comptes sobre compliment d'objectius de salut i econòmics de les organitzacions en el seu àmbit geogràfic corresponent, el que al seu torn afavoriria la introducció de mecanismes de pagament per resultats, reforçant així els incentius a oferir una assistència resolutiva i orientada a mantenir una població sana i cuidada.

Si en lloc de comprar episodis o serveis sanitaris es compra atenció sanitària a una determinada població amb una transferència real de risc, s'està fomentant l'eficiència entre proveïdors mitjançant una adequada coordinació entre nivells assistencials. Les innovacions introduïdes en les formes de pagament en la dècada dels noranta han quedat sense continuïtat a l'hora d'evolucionar cap a un finançament basat en les persones (capitatiu) ja que aquest ha quedat més en la normativa i els documents de l'anomenat, abusivament, "model sanitari català", que no pas

en la realitat. En aquest sentit fórmules ajustades de finançament "per càpita" que reparteixin els recursos en funció de les necessitats sanitàries de la població a nivell territorial i no dels interessos particulars de les organitzacions sanitàries constitueixen una de les palanques regulatòries més potents per fomentar la integració entre proveïdors i la coordinació entre nivells assistencials, sempre que es faci donant el paper que li correspon a l'atenció primària i que tot plegat es gestioni sense crear més burocràcia administrativa.

### **Més efectivitat clínica i professionalisme**

La nostra sanitat té moltes virtuts, però pateix també problemes importants que convé abordar a fi de garantir el bon pronòstic del sistema. El primer punt a abordar per a la millora de l'eficiència en l'atenció sanitària és reduir el malbaratament (problemes de qualitat, coordinació, sobreutilització, complexitat administrativa, frau i altres). Bàsicament es tracta de limitar els processos, productes i serveis que no aporten valor (en termes de salut i qualitat de vida) a pacients i poblacions, alhora que se salvaguarden aquells que si l'ofereixen o que el seu valor relatiu és major .

Les xifres de malbaratament en el sistema sanitari nord-americà arriben a estar entre el 21 i el 34 % de la despesa. A la sanitat catalana no disposem d'informació d'aquest tipus però diverses dades apunten un important malbaratament en medicaments que s'associa també a efectes adversos, en proves diagnòstiques, descoordinació de l'atenció a crònics, i altres problemes que suggereixen que estem combinant el sobretractament en pacients lleus (despesa sense beneficis) amb infratractament en pacients d'alt risc (despesa per descompensacions i complicacions) .

D'una banda , hi ha un problema de subutilització de serveis sanitaris en pacients que no reben proves, tractaments o intervencions que estarien indicats donada la seva situació clínica (prevenció de reinfort, insuficiència cardíaca, malaltia pulmonar obstructiva crònica, etc.) La subutilització té el seu origen en diferents problemes en el maneig dels pacients, incloent la no indicació primària de tractaments o proves eficaces, la por als efectes adversos o al maneig de fàrmacs amb rang terapèutic estret, l'anomenada inèrcia terapèutica, l'ús de dosis subòptimes, la baixa adherència dels pacients i altres.

A l'altre extrem, la sobreutilització es refereix a la indicació de proves, tractaments, intervencions, visites mèdiques i altres prestacions sanitàries de forma innecessària ( sense beneficis clínics per als pacients). En la nostra sanitat hi ha evidències directes de sobreutilització d'antibiòtics, hipolipemians, antiulcerosos, antiosteoporòtics, i psicòtrops.

La sobreutilització implica ús innecessari ( consum de recursos sense beneficis en termes de salut) i, per tant, malbaratament directe de recursos que podrien ser emprats en altres pacients o en altres usos. Però la sobreutilització també implica dany i indirectament més malbaratament. El derivat dels falsos positius , de la irradiació de les proves radiològiques, de les proves per descartar falses troballes, tractaments innecessaris amb els seus corresponents efectes adversos evitables, etc.

Una tercera àrea on centrar l'atenció són els problemes de seguretat i els efectes adversos. Els resultats, com ressalten els diversos informes, no són molt diferents als trobats en altres països desenvolupats, però per això mateix són molt preocupants. En un estudi fet a 12 hospitals espanyols, que va incloure 5 hospitals catalans (Hospital del Mar i de l'Esperança, Hospital Clínic, Hospital de Palamós i Hospital Sant Pau), va trobar que gairebé en el 7% dels episodis atesos es va produir algun efecte advers (el més greu, sèpsia i infecció en ferida quirúrgica) i que aquests efectes adversos van encarir el cost de l'atenció als hospitals com a mínim en un 6,7%. Això sol equivaldria al voltant de l'1,5% de tota la despesa sanitària. Per cert, el 14% dels pacients que van patir efectes adversos, van morir.

La base de la gestió en sanitat ha de ser la gestió clínica i el lideratge professional: és la que ha de reduir la distància entre els resultats en salut que tenim (per exemple, en efectes adversos) i els que podríem tenir si féssim les coses millor; és la que ha de saber identificar i eliminar ineficiències amb criteris clínics, serveis que no valen el que costen; i ha de fer llistes de serveis que ajudin a guiar a metges i pacients en deixar de demanar proves i tractaments amb nul o baix valor clínic a cada especialitat mèdica.

En aquest mateix sentit, la gestió de la prescripció farmacèutica s'ha d'obrir espai com a factor de racionalitat per sobre de la preponderància que han tingut fins ara mesures de control financeres, d'abast limitat i ja esgotades, com les retallades uniformes de preus dels medicaments o els copagaments. Alguns elements necessaris per a millorar aquesta situació passen per una major integració assistencial, l'ús i extensió de la història clínica electrònica, estratègies de millora de la seguretat, redefinició del paper de la indústria, etc.

### **La bona gestió sanitària no és pública ni privada, és eficient**

Després del ja llarg període de gestió autonòmica, la configuració organitzativa i de serveis es troba fortament condicionada per l'herència rebuda el 1981 i, més enllà del que digui el paper del Diari Oficial no difereix substancialment de l'estatal. Això, no obstant, no va en detriment que la sanitat a Catalunya ha presentat notables signes capdavanters de voluntat de canvi i transformació tant assistencial com organitzativa.

Un aspecte clau de la sanitat que genera, i amb raó, molta controvèrsia pública és el del paper del sector privat i la seva relació amb la sanitat pública. Si volem reduir les incerteses sobre el futur de la sanitat catalana convé plantejar els escenaris factibles de desenvolupament de la imprescindible major col·laboració públic-privada en sanitat i, en concret, sobre les fórmules de gestió dels serveis sanitaris. A diferència d'Espanya, la provisió d'atenció ja és prou diversificada si bé la immensa majoria d'entitats són de titularitat pública o para-pública.

En aquest sentit, la proposta de nous plantejaments o el aprofundir en estratègies ja implementades haurien de partir de la combinació dels punts forts de cada sistema, amb especial èmfasi en la recerca de la rendibilitat

social però sense deixar de dissenyar esquemes eficients d'incentius recolzats en elements de comparació i competència. Durant les dues últimes dècades a Catalunya hem experimentat amb tot tipus de fórmules de gestió i canvis de formes organitzatives dins de la gestió sanitària, tant en el camp de la gestió directa (pública) com indirecta (privada). En aquests anys hauríem d'haver acumulat informació rellevant sobre la fortaleses i la debilitats detectades de cadascuna de les fórmules triades. No obstant això, es constata que existeixen escasses avaluacions independents realitzades en el nostre medi sobre aquesta qüestió. Els gestors no haurien de tenir por a ser avaluats. L'opacitat en els resultats de les experiències implementades comporta una manca de coneixement que propicia recel i desconfiança sobre les mateixes i llasta el desenvolupament de nous escenaris.

Per obtenir algun coneixement sobre la qüestió hem de recórrer a la literatura internacional. La principal conclusió de la recent experiència britànica, bandera en experiments de col·laboració privada, és que la gestió privada dels serveis sanitaris no és necessàriament millor que la gestió pública, ni tampoc al contrari. Factors com ara l'entorn administratiu i institucional, la cultura dels centres, les condicions dels contractes i l'adequada supervisió per part del finançador de la qualitat del servei prestat són els elements a tenir en compte quan s'analitzen aquests casos. Això no confirma cap bondat de la gestió privada però tampoc fa bona la gestió pública.

La retirada de la privatització de la gestió de sis hospitals públics a Madrid el mes de gener de 2014 tanca, de moment, un episodi que ajuda poc a millorar el bon ús dels escassos recursos de la nostra sanitat. No és gens estrany que professionals i ciutadans, acostumats a que no es rendeixen comptes, a la manca de transparència i al capitalisme d'amics, només vegin riscos en aquestes propostes: responsables públics que defugen de les seves responsabilitats en benefici privat, portes giratòries, contractes opacs i massa flexibles, licitacions sense cap garantia de competència efectiva, absència d'informació i d'avaluació dels resultats, etc. Ara bé, gestió privada amb un sector públic que se'n va de vacances i fuig de les seves obligacions com a garant de la salut i el bon ús dels recursos no és cap bona solució, ni ho és tampoc deixar les coses com són ara en la gestió pública. La clau de la bona gestió no es troba en la titularitat sinó en la bona regulació, finançament, supervisió i avaluació.

En les dues primeres dècades de la gestió descentralitzada, la combinació de titularitats públiques i privades no lucratives en les organitzacions sanitàries catalanes es va aprofitar com un avantatge per a experimentar, aplicar fórmules de contractació més incentivadores que els pressupostos purament administratius, i fer alguns passos en la separació entre finançament i provisió. En la darrera dècada aquest model organitzatiu mostra clars símptomes d'esgotament i de rigidesa amb una clara pèrdua de lideratge en la innovació organitzativa. El canvi cap a una sanitat més sostenible haurà de fer passos molt més efectius cap a contractes i finançament que afavoreixi la integració assistencial, dotar d'autonomia als centres, augmentar la seva capacitat autònoma de decisió i professionalitzar la gestió.

El repte de professionalitzar la gestió és condició necessària per donar legitimitat i autoritat als responsables de la gestió. Cal professionalitat i estabilitat contractual dels gestors i fugir de la seva confusió amb els polítics. Ens calen els millors directius professionals en tots els nivells de la gestió sanitària, i no els que ens tria cada partit en el govern, seleccionats mitjançant procediments amb concurrència pública i amb participació dels òrgans de govern.

## **Un bon govern de la sanitat millora la salut**

Fa ja temps que molts països han descobert que la salut d'una població no depèn només del que fa la sanitat, ni tampoc depèn només de l'alimentació, els hàbits saludables o de l'educació: la salut també depèn d'un bon govern amb un alt grau d'exigència ètica. En això, la sanitat catalana una vegada descentralitzada ha donat alguns senyals equívocs, amb clars símptomes de dèficit de bon govern. El canvi que ens espera és el més complex d'abordar ja que suposa un canvi cultural profund dins de la sanitat pública. Una bona governança influeix positivament en tot allò que fa la sanitat, millora el seu funcionament i, en darrer terme, els resultats de salut. En un estat de dret, les regles per governar i gestionar la sanitat pública s'han de complir sigui qui sigui el que governa.

La bona governança dels sistemes sanitaris s'ha de recolzar en valors fonamentals com són els drets humans, el compliment de les lleis i la democràcia, i en principis rectorials als quals respon la sanitat pública: universalitat, equitat, i solidaritat. Però les anteriors normes han de ser complementades per altres principis de governança com serien construir un sistema molt més transparent en la informació proporcionada a usuaris, professionals i ciutadans, buscar fórmules de participació en la presa de decisions amb els professionals sanitaris i amb la ciutadania; desenvolupar normes i estructures concretes perquè les persones responsables de les presa de decisions rendeixin comptes de les mateixes i justificar les anteriors basant-se en criteris explícits d'efectivitat, eficiència i qualitat en tots els nivells del sistema sanitari. L'objectiu és promoure, primer, i defensar, a continuació, una cultura d'integritat, bones pràctiques i d'ètica professional a tots els nivells, codis de conducta, atenció als conflictes d'interès i prevenció i detecció del frau i la corrupció (suborn, nepotisme, clientelisme, portes giratòries, etc).

La transparència i el rendiment de comptes de manera pública i accessible al ciutadà ha de servir per a posar ordre en tots els àmbits: des de justificar la cobertura i el preu dels nous medicaments fins als contractes amb els proveïdors i els seus resultats d'activitat, clínics i econòmics. Si volem mirar cap al nord i evitar l'exercici arbitrari del poder, l'avaluació de resultats de tot tipus ha de tenir un paper clau en el sistema sanitari, i qui avalua no pot ser mai qui gestiona, ha de tenir coneixement tècnic i independència del poder. No hi pot haver cap proposta de política o d'estratègia de salut que s'adopti per a la que no pensi en la seva avaluació.

La complicitat dels principals actors en el manteniment de la solvència de la sanitat pública no serà possible sense avançar cap a normes de bon govern.



Els professionals sanitaris tenen motivació vocacional, alt nivell de formació, elevat nivell intel·lectual, la rellevància social de la seva feina és enorme i, no obstant això, és un dels col·lectius professionals amb majors índexs de desànim i de la síndrome del treballador "cremat". Això ha de fer repensar els actuals sistema d'incentius: invertir en capital motivacional, retribució adequada, capacitat de reconèixer la qualitat de la seva atenció i més d'autonomia professional, reconeixement, temps per a la formació i investigació, una major participació en les decisions, desenvolupament de la carrera professional basada en elements de mèrit i compliment professional clars i explícits. A canvi d'això, també ha de ser exigible l'aplicació dels mateixos criteris generals proposats: transparència i rendició de comptes en l'exercici professional.

Així mateix, la solvència del sistema sanitari tampoc serà factible sense la corresponsabilitat dels usuaris amb la sanitat i amb la seva salut. Cada vegada és més cert que qui produeix salut no són els professionals, no són les tecnologies emprades: són les persones- ciutadans ben informats, competents i compromesos en la promoció i cura de la seva salut i ben formats en la utilització de la sanitat. Això suposa incorporar la ciutadania com a agent clau en la participació de la planificació de la coordinació assistencial i la coordinació entre nivells assistencials.