



Revista de Bioética y Derecho

E-ISSN: 1886-5887

obd@pcb.ub.es

Universitat de Barcelona

España

Martorell, Victòria

La sostenibilitat del sistema sanitari: les preguntes que no hem volgut fer

Revista de Bioética y Derecho, núm. 29, diciembre, 2013, pp. 96-108

Universitat de Barcelona

Barcelona, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78339732011>

- Com citar
- Nombre complet
- Más informació de l'article
- Pàgina de la revista redalyc.org

redalyc.org

Sistema d'Informació Científica

Xarxa de Revistes Científiques d'Amèrica Llatina, el Carib, Espanya i Portugal
Projecte acadèmic sense fins de lucre, desenvolupat sota la iniciativa d'accés obert

**SEMINARIO INTERNACIONAL DE BIOÉTICA UNESCO
“LA EQUIDAD Y EL ACCESO A LOS RECURSOS SANITARIOS”**

**La sostenibilitat del sistema sanitari:
les preguntes que no hem volgut fer¹**

VICTÒRIA MARTORELL *

¹ Intervención de Victòria Martorell en la mesa de debate “La equidad desde la perspectiva de la gestión de la sanidad pública” del Seminario Internacional de Bioética Unesco “La equidad y el acceso a los recursos sanitarios” celebrado el 31 de enero de 2013.

* Victòria Martorell. Metgessa especialista en gestió sanitària. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

La celebració del VI Seminari Internacional de la Càtedra UNESCO de Bioètica de la Universitat de Barcelona m'ofereix la possibilitat de reflexionar sobre la sostenibilitat del sistema sanitari des d'una òptica força atractiva i ben mirat poc freqüent, no necessàriament sustentada en cap metodologia acadèmica i, a més, m'esperona a ser "políticament incorrecta".

De fet, aquesta perspectiva "políticament incorrecta" és l'única que justifica l'interès que pugui tenir la reflexió malgrat no se m'escapa el risc que això comporta, en el sentit que es puguin produir malentesos interessats i atíats amb demagògia, encaminats a tallar de soca-rel qualsevol intent de respondre, o ni tan sols de plantejar, preguntes de resposta complexa i plenes d'incomoditats.

En aquest moment, quan el carrer és ple de ciutadans "indignats" que clamen contra les retallades, la resposta més senzilla, i que fins i tot hom pot justificar des del punt de vista moral, seria adherir-se a aquets moviment. Aquest posicionament, que sens dubte evitaria que hom acabi cobert d'adjectius negatius, a resguard de tota crítica, estaria mancat de la més mínima honestetat intel·lectual, perquè la veritat és que resulta massa senzill ubicar fora del propi sistema sanitari totes les dificultats en què ara ens trobem, com si nosaltres ens haguéssim limitat a ésser agents passius i neutres.

On molts tenen certeses absolutes jo només tinc preguntes. No em sembla que sigui tan senzill resumir la situació del sistema sanitari català (i també de la resta de l'Estat) amb la frase, avui de moda, de que la dreta, els liberals o com vulgueu anomenar-los, estan desmuntant l'estat del benestar.

Per part meva, sospito que donar per bona una postura com aquesta comporta assumir que el nostre sistema sanitari s'ha gestionat de manera adequada i que cada un dels actors intervinents: polítics, societat, professionals de la salut, indústria... ho han fet de manera correcta i que amb prou feines tenen marge de millora. Crec que aquesta no és la realitat i que, amb independència de la crisi global en què estem immersos, nosaltres, de portes endins, tenim moltes qüestions per plantejar-nos. En el que segueix, miraré d'exposar les preguntes, o almenys els meus dubtes, tan endreçadament com em sigui possible.

Un punt de sortida, al meu entendre rellevant, i que em farà d'introducció, és recordar que el sistema sanitari del qual parlem és un sistema que s'ha anat vertebrant en un entorn democràtic, constituït per demòcrates, novells, això no ho podrà negar ningú, però al cap i a la fi demòcrates. Ho esmento perquè en democràcia la llei, la norma, la resolució parlamentària, els pressupostos...es compleixen o es modifiquen per qui està legitimat per fer-ho, l'electe, i ningú no espera que s'incompleixin de forma sistemàtica si no és que ocorren circumstàncies excepcionals.

El pressupost en sanitat del Departament de Salut ha passat dels 3.482.24 milions d'euros de l'any 1996 als 9.875.80 de l'any 2010, és a dir que hi ha hagut un increment del 183,60% en els darrers 15 anys, bé que és cert que amb un increment de targetes sanitàries del 25,57 %. Malgrat el seu creixement gens menyspreable, aquest pressupost s'ha incomplert de manera gairebé sistemàtica, com si cada any ens atacés una epidèmia de pesta bubònica i calgués portar-ho tot al límit a fi de fer-hi front. Com a mínim és sospitosa aquesta perseverança en l'incompliment sistemàtic del mandat parlamentari i, més enllà de la possible incompetència en la gestió del mateix, tot fa pensar en una connivència implícita de tots i cadascun dels agents implicats en la salut. Així, hem preferit incomplir

abans que parlar, hem preferit ignorar les institucions democràtiques abans que explicitar, hem preferit conservar vots abans que parlar del que és possible..... De fet, es podria dir que el sistema ha patit, amb els seus representants polítics al capdavant, reiterats cops d'estat encoberts, perquè, com s'anomena aquesta perseverança en l'incompliment dels mandats parlamentaris sinó és un cop d'estat?

Un pressupost, almenys en la seva vessants tècnica, es redueix a saber quantes persones hem d'atendre, quina és la seva condició de salut, quina demografia.... etc, i què els volem o què els podem oferir. Dit d'una altra manera, es concreta en l'existència d'**una cartera de serveis**.

Aquest és un dels primers punts que criden l'atenció, pel grau de soterrament amb què ha anat evolucionant la dita cartera amb el pas del temps.

El nostre sistema garanteix tot a tothom, en qualssevilla circumstància i de forma totalment gratuïta

Aquest "tot", que en el nostre cas equival a la cartera de serveis, seria d' esperar que periòdicament es concretés per part de l'autoritat política/sanitària, que incorporés noves prestacions i en retires d' obsoletes, en funció de criteris d'evidència científica, d'avaluació cost-efectivitat i de millora en el nivell de salut de la població.

La realitat però no és aquesta. En el nostre entorn, la cartera de serveis la defineixen tots i cada un dels professionals sanitaris que actuen dins el sistema. Cadascú d'ells decideix com i quan oferir un nou tractament al seu pacient, sense gairebé tenir en compte el cost-efectivitat de la proposta, si aquesta és assumible pel comú, i si els resultats justifiquen la decisió.

Aquest mecanisme –l'omissió per part de l'administració i la decisió individual dels professionals– ha funcionat de forma harmònica i connivent durant molt de temps, revestida d'un interès legítim pels pacients, per la recerca, pel coneixement, per la qualitat..., amb el suport (i a voltes la pressió) de les organitzacions professionals, i tot plegat més enllà de que la proposta fos raonable, assumible, generalitzable i, per sobre de tot, avaluable i explícita; és a dir, sense que s'hagi posat a la consideració de la societat, que, en realitat, és l'element exclòs del binomi anterior.

Aquesta situació s'ha mantingut durant anys com un funcionament normalitzat fins que la incorporació sistemàtica de tota la tecnologia que ha anat apareixent ens ha conduït a escenaris que s'anomenen beneficis marginals decreixents, és a dir aconseguir cada vegada millores més petites a costa de més recursos.

La pregunta, la bona pregunta, és perquè hem funcionat, i de fet funcionem encara, d' aquesta manera? Perquè aquesta transacció entre el poder polític i els grups de pressió dels professionals, de la indústria farmacèutica i d'altres col·lectius? I sobretot, perquè això sempre passa de manera implícita? Segurament la resposta no es única, sinó que més aviat cal parlar d'un entramat de

respostes amb el denominador comú d'haver trobat un equilibri entre els interessos dels diferents actors.

Per explicar-ho amb una imatge, podríem parlar de la formació d'un ecosistema **sanitari maliciós**, on cadascuna de les parts ha trobat el seu punt d'equilibri que li permet preservar els seus interessos. L'únic punt necessari per al manteniment d'aquest ecosistema és l'entrada sostinguda de recursos econòmics. El problema sorgeix quan aquests recursos no es corresponen amb els que una societat és capaç de generar per ella mateixa en un moment determinat sinó que manlleven els que generaran les generacions següents, és a dir, que no només ha existit una bombolla immobiliària o financera sinó també sanitària, perquè el sector sanitari s'ha comportat de la mateixa manera, amb els mateixos paràmetres i amb la mateixa cultura de la frivolitat, que la resta de la societat.

Sense cap ambició d'exhaustivitat, podríem atribuir al poder polític el "mèrit" d'haver aconseguit esquivar un debat públic sobre què podem fer, què ens podem pagar i quines són les prioritats, evitant així el desgast electoral que pot suposar haver de plantejar de forma seriosa i informada les limitacions existents.

La societat ha gaudit del dubtós privilegi de quedar instal·lada en una infància perpetua on tot és possible, on els límits no existeixen, els recursos són infinits i la malaltia i la mort són dos conceptes sense pràcticament cap contingut.

Els professionals han portat al límit les seves agendes personals, cosa que en principi és comprensible i legítima, cercant prestigi, notorietat, competència amb els iguals... però sense haver trobat el topall que hauria d'exercir el poder polític per obligar a harmonitzar aquestes agendes personals amb les institucionals i en benefici del comú. Cal admetre que, perseguint la rellevància científica, a voltes la proposta de tractaments va més enllà dels interessos dels propis malalts i de la qualitat de la seva atenció.

L'altre punt a considerar és el **tothom**. D'entrada, hom podria entendre aquest tothom com ciutadà d'un país, i semblaria lògic que així fos. La realitat també s'ha mostrat en aquest punt més opaca, i d'això tampoc no n'hem volgut parlar.

El fenomen de la immigració irregular ens ha sobrepassat, la por a ser considerats xenòfobs, racistes o qualsevol altre qualificatiu per l'estil, ens ha portat un cop més a no definir ni límits, ni condicions, ni grups de demanda.

La realitat és que ha estat pràctica comuna que un immigrant sense papers a partir del moment en que es censa, gaudeix de les mateixes prestacions sanitàries que la població regular, la qual cosa *a priori* pot semblar una pràctica prudent per evitar bosses de malaltia sense tractar. Ara bé, cal reconèixer que en no haver establir cap tipus de diferència entre, per exemple, sanitat bàsica comunitària i patologies urgents, hem incentivat l'aparició de determinada immigració específicament sanitària, fins i tot de la pròpia Unió Europea .

Com que la majoria dels països europeus tenen establertes fórmules de copagament en les prestacions sanitàries, als ciutadans europeus, quan estan malalts, els surt molt més a compte trobar la manera de censar-se al nostre país i passar així a tenir totalment gratuïtes, i amb una qualitat

reconeguda arreu, les prestacions que a casa seva només ho són parcialment. I no parlem dels moviments de ciutadans extracomunitaris afectats de malalties greus a la cerca d'un punt per a censar-se i així trobar possible solució a malalties que en el seu entorn no la tenen o aquesta no és al seu abast.

La solidaritat, que sens dubte és un valor que tota societat ha d'incentivar, pot esser infinita? Dirigida per l'atzar? Amb algun criteri tipus els nens abans que els adults? Per què no en parlem, enlloc de seguir amb la pràctica habitual de no mirar què passa?

Si la majoria de països europeus tenen fórmules de copagament, sorprèn força que nosaltres dissenyem un sistema que considera que no les necessita, quan la nostra riquesa no és precisament la més alta de la UE i, a més, facilitem el fluxos de demanda sanitària incontrolada quan establim que qualsevol persona censada gaudeixi de totes les prestacions.

Per què no som capaços de parlar de que els nostres recursos son finits, i que, per tant, la nostra capacitat de solidaritat també ho és, i passem a concretar com creiem que és millor aplicar-la?

De **forma totalment gratuïta**, aquesta és la tercera part de la frase de què convé parlar. Si, com deia a l'apartat anterior, gairebé tots els sistemes europeus han establert fórmules diverses de copagament malgrat la seva major riquesa econòmica, aleshores la pregunta obligada és : tothom s'equivoca menys nosaltres? O bé els nostres polítics, sabent que aquesta mesura és impopular i de demagògia fàcil, no han volgut assumir el risc del desgast que hagués comportat un debat informat sobre la qüestió?

La consideració que més m'interessa en el tema del copagament no és la vessant recaptatòria del mateix, sinó l'efecte moderador i de valorització dels serveis rebuts. Lamentablement la psicologia humana tendeix a menystenir allò que és fàcil d'assolir, mentre que assigna un valor més alt a allò que requereix un esforç.

Amb aquesta lògica hem anat construint un sistema que per aconseguir la satisfacció dels usuaris cada vegada esmerça més recursos amb resultats que no sempre els justifiquen. De forma ininterrompuda hem anat convencent a la ciutadania que no els cal esser responsables de res, perquè l'Administració ja suplirà aquesta "responsabilitat individual", i això, a més de no ser cert, far palès que no hi ha pressupostos públics suficients que puguin emparar els comportaments irresponsables dels ciutadans. Aquesta actitud és perillosa, perquè afebleix el nervi de la societat fent-la més manipulable.

M'agradaria, però, anar desgranant pas a pas temes dels quals no en volem parlar, si més no de forma clara, i que són indicadors clars de que, sinó es modifiquen, el sistema no és ni podrà ser sostenible per la senzilla raó de que ha incorporat la ineficiència com una variable estable del conjunt, i a aquesta incorporació hi ha contribuït per igual cadascun dels actors participants. Dit d'una altra manera, les parts havien arribat a un cert punt d'equilibri entre els seus diferents interessos; l'únic inconvenient és que aquest equilibri s'ha construït sobre recursos inexistents.

Per tal de poder recolzar una part de les opinions expressades, ens serà d'utilitat recordar el concepte de "determinants de la salut" elaborat per Lalonde (Canadà, 1974), i que posteriorment la

OMS va fer seu el 1978 en la conferència d'Alma Ata i que, amb petites variacions, també està utilitzant la Kàiser Permanente americana.

A sota es correlacionen diferents factors que incideixen sobre la mortalitat i la despesa pública que s'hi destina, i que es comenten a continuació:

	Incidència en la mortalitat	Despesa Pública
Estils de vida	43%	1.50%
Biologia/genètica	27%	6.90%
Medi ambient	19%	1.20%
Serveis de salut	11%	90.40%

Els estils de vida

La llei de Reforma de l'Atenció Primària, aprovada pel Decret de 21 de març de 1985, incorporava per primera vegada en el nostre context sanitari els conceptes de prevenció, educació i assistència, de forma integrada.

Una de les premisses més argüïdes pels sanitaris, i aquí no hi ha diferència entre estaments, és que mitjançant l'educació sanitària es modificarien els hàbits i comportaments de la població, i que això comportaria millores substantives de la salut dels ciutadans.

Hem enviat llevadores i ginecòlegs a les escoles a fi de millorar l'educació sexual dels adolescents; hem dissenyats programes del nen sa i hem visitat de forma preventiva, fins a l'extenuació, els infants normals; hem dissenyat programes per a millorar el nivell d'exercici dels pacients... els repetim fins a la sacietat les dietes que han de fer, el pes ideal que haurien de pesar... tot per acabar constatant de forma dolorosa que el nombre de contagis de malalties sexuals entre adolescents està augmentant, que el nombre d'embarassos no desitjats també s'incrementa, que els pretesos nens sans cada vegada estan més obesos i que els adults amb sobrepès son resistents a mantenir al llarg del temps la dieta que els convé.

El problema no és tant que els resultats no siguin els esperats, que es tracti d'un tema molt complex plantejat sota unes premisses més aviat infantils, sinó que encara no haguem reconegut que els resultats no justifiquen els recursos emprats i continuem insistint en la repetició de postulats bondadosos des del punt de vista conceptual però allunyats de la realitat de la nostra societat i els seus comportaments.

El mer concepte d'educar va segurament molt més enllà i probablement l'entorn sanitari no és el marc més idoni, perquè educar comporta l'existència d'una sèrie de premisses bàsiques, com ara:

- ◆ la voluntarietat i entrega de l'educat,

- ◆ l'autoritat de qui educa
- ◆ una certa capacitat de coerció si el cas ho demana
- ◆ una vinculació emocional (positiva o negativa) entre educat i educador
- ◆ i, molt probablement, una combinació de totes elles.

Aquestes circumstàncies es donen poc i malament en l'entorn assistencial quotidià. Com a molt, i de forma força humil, podríem dir que en l'àmbit de la salut es pot informar a qui vulgui informació, però difícilment educar.

Aquest fracàs dels programes educatius, almenys amb la concepció que han tingut fins ara, ens obliga a considerar un binomi preciós i delicat i que, al meu entendre, cal tractar d'una altra manera.

Els estils de vida fan referència en bona mesura a la llibertat dels individus per escollir la manera com volen fer ús de les seves possibilitats; aquestes llibertats precioses i delicades, però, són indestruïbles de les responsabilitats i conseqüències de les opcions triades. Fins al moment present, els serveis sanitaris han mantingut aquest binomi separat, fent creure a la població que les opcions escollides eren neutres, sense conseqüències, i que en tot cas l' àmbit públic hi podria fer front fent-les pràcticament desaparèixer.

El que passa, és que només ampliant la visualització de les responsabilitats és possible preservar l'ús de les llibertats individuals. Traduït a comportaments quotidians, cal considerar la possibilitat d' introduir noves maneres de fer; per exemple, si jo soc fumador és més que raonable que la meua contribució al pressupost dedicat a salut sigui major que la d'un ciutadà que ha fet l'esforç de no ser-ho mai o de controlar el mal hàbit, i que en la meua declaració de renda anual hi trobi una taxa o una bonificació segons la meua elecció.

La mateixa consideració és aplicable a conductes de risc en l' àmbit sexual: els ciutadans que optin per mantenir-les (aquí cal excloure'n les víctimes d'abusos en no tractar-se d'una lliure elecció) ho fan de manera reiterada amb la confiança que un cop controlada la sida, encara que no sigui de forma òptima, la resta d'infeccions que puguin patir són tractables i assumibles pel sistema de salut - consideracions força incertes quan no falses en bona mesura. A més, alguns tractaments per aconseguir cronificar aquesta malaltia són terriblement costosos, però, a més, cal considerar la pèrdua d'eines terapèutiques degut al seu sobre ús, com és el cas de les resistències antibiòtiques en persones que han patit reiterats tractaments, sense oblidar que malgrat totes les teràpies existents a voltes determinats pacients presenten evolucions catastròfiques mes enllà dels coneixements que es tenen en una època determinada. Es poden trobar fàcilment altres exemples d'això que aquí estic dient.

Sovint els prejudicis ens porten a pensar que les conductes de risc només les practiquen sectors marginals de la societat, fet que és totalment incert perquè en bona mesura es donen també en àmbits socials perfectament estructurats i capaços de fer front a les pròpies eleccions.

Podríem també explorar sistemes impositius que desincentivin el consum d'aliments insans (d'això sembla que ara ja se'n comença a parlar) i que, al contrari, contemplin mecanismes d'ajut o de subvenció al consum dels aliments més recomanats.

En tot cas, sembla obvi insistir en la pregunta de per què gairebé vint-i-cinc anys amb els mateixos models d'educació sanitària i els seus escassos o nuls resultats no ens han portat a modificar-los, perquè continuem destinant recursos a estratègies poc exitoses, perquè no ens dotem de sistemes d'avaluació més rigorosos i perquè continuem insistint en dedicar hores de professionals en tasques de dubtós benefici social.

Fins al moment present no consta, almenys públicament, que aquests programes hagin estat avaluats, i mantinguts o cancel·lats en funció dels resultats obtinguts. Aleshores, de què parlem?, de resultats de salut o bé del manteniment de l'estatus de determinats professionals ja acomodats a certes maneres de fer independentment dels resultats obtinguts?

Factors genètics / biològics

Com veïem abans, aquests factors representen un pes en la mortalitat a l'entorn del 27% i consumeixen aproximadament un 6,90% dels recursos econòmics, amb variacions en funció del grau de desenvolupament de cada societat.

En el moment present estem assistint a una veritable eufòria sobre les possibilitats de futur que pot representar el que es coneix com la "medicina personalitzada". És extraordinàriament fàcil trobar webs, fins i tot d'instàncies oficials, que parlen de les bondats que representarà el desplegament d'aquests recursos i de com aquesta medicina ajudarà a convertir en sostenibles els sistemes de salut. Tanta eufòria, però, em deixa perplexa en no formular preguntes bàsiques gairebé inevitables.

Sorpren que personatges rellevants del mont acadèmic com Barabasi, expert en la teoria de xarxes i que actualment està treballant en l'elaboració del mapa cel·lular, parli de l'extraordinària complexitat del funcionament cel·lular i de que només en coneixem el 5% del seu funcionament, en contrast amb l'eufòria dels tractaments que ens proposa la indústria farmacèutica. Sovint dona la impressió de que estem donant pals de cec caríssims amb tractaments que, malgrat la propaganda del sector farmacèutic, no deixen de ser aproximacions matusseres a coneixements que encara no hem assolit. I això sense oblidar veus crítiques com la de James Watson, que apunten a l'error d'enfocament de la recerca genètica lligada al camp de l'oncologia en el moment present. Es tracta d'una veu de persona senil i sense significat, o bé és una veu crítica que no depèn dels interessos econòmics en joc?

Cal considerar la conveniència d'incrementar el coneixement sobre com els factors genètics incideixen en la salut o la malaltia, però també cal revisar quina part de la recerca ha de ser directament pública i quina es pot deixar en mans de la indústria i, en conseqüència, subjecta a patents.

Cal parlar també de quines implicacions tindrà una medicina que té com a estratègia bàsica segmentar poblacions petites que presenten la mateixa modificació genètica per elaborar-ne un tractament personalitzat. En el supòsit que el tractament sigui estable i aconsegueixi modular l'expressió genètica, que de ben segur amb el temps ho serà, quins seran els costos d'aquests

tractaments? Quin preu haurà de tenir un tractament per compensar la inversió en desenvolupament si afecta a grups petits i, per tant, poc susceptibles de generar grans beneficis? Es decantarà la indústria cap a les recerques amb major benefici i s'oblidarà de la resta?

I, finalment, un debat pendent: la recerca genètica ens podrà informar de manera anticipada de la tendència a emmalaltir de determinades persones i de quina malaltia. Això, però, ens col·loca davant d'una tessitura terriblement complicada envers la generació següent. Els nuclis familiars afectats per malalties lligades a la transmissió genètica tindran fills? Serà una decisió individual? Amb la informació actual es poden prendre decisions d'aquestes característiques, o estarem afectant la diversitat genètica humana de manera substantiva? S'esbiaixarà el coneixement cap al desenvolupament de tractaments i no d'indicadors de predicció, ja que aquell serà el camp amb més rendiment econòmic? La societat, des de la vessant més laica a la més religiosa, ha reflexionat suficientment com per tenir una opinió informada del tema? Hem de parlar de mecanismes de cautela potents per analitzar l'evolució de manera rigorosa? En tot cas, qui ho hauria de fer?

El sistema sanitari

Val a dir, abans d'encetar aquest apartat, que els resultats en salut del nostre sistema sanitari estan a la franja alta o molt alta dels països de la OCDE, especialment a Catalunya.

Sembla evident que invertir el 90,4.% dels recursos emprats en els sistemes sanitaris per obtenir una contenció de la mortalitat del 10-11% és una proporció escassa, sense considerar ara el devastador impacte emocional que la malaltia i la mort tenen en les persones i llurs vides. No obstant, que això sigui així i que ho faci parcialment comprensible, no justifica que des de la planificació i la gestió del sistema de salut no s'hagi de racionalitzar la seva concepció i operativa si volem oferir uns resultats òptims de forma sostenible.

Que el nostre sistema sanitari no era sostenible de la manera que ha funcionat fins el present és un problema diagnosticat fa temps, només cal recordar el famós informe Abril Martorell de l'any 1991 i que tothom va criticar, pocs varen llegir i que va gaudir de l'estrany consens de ser ignorat per tàcita majoria. Posteriorment s'han publicat altres informes en la mateixa línia que han tingut un destí semblant, més encara quan la societat gaudia d'un creixement econòmic aparent i lligat a la bombolla financera i immobiliària.

Si ho analitzem des dels diferents àmbits d'actuació no són pas poques les qüestions que criden l'atenció.

En l'àmbit de l'atenció primària, i malgrat iniciar el seu recorregut en el període democràtic amb una reforma legal que tenia un enfoc holístic i amb una considerable voluntat de desplegament descentralitzat i adaptat a cada territori, els resultats assolits són més que qüestionables; tant és així que nombroses veus parlen de la necessitat d'una segona fundació de l'atenció primària.

Cal tenir present que una part important de la gestió de l'atenció primària ha estat desplegada a Catalunya directament per l'Administració pública, mitjançant l'Institut Català de la Salut. Que com és

típic de l'Administració, les plantilles de professionals venien definides per decret, ja a l'inici de la posada en marxa d'un recurs, sense cap criteri de seqüència o de progressivitat a mesura que s'anessin desplegant els programes; dit en altres paraules, la dotació de plantilles era completa des de l'inici del projecte i per als programes més habituals.

La prioritització d'aquets programes es deixava en bona mesura als equips territorials, amb el bon criteri que, des de la proximitat, aquesta prioritització seria més fina. Durant una bona època fou així, permetent nivells de sou lleugerament diferents entre professionals. Fins aquí sembla un model força raonable, però ha estat mancat d'una periòdica i rigorosa avaluació de resultats i el pertinent canvi de rumb quan les circumstàncies ho requerien.

Així es com hem arribat a una situació sorprenent i força generalitzada en el sistema (sempre hi ha honroses excepcions), en la qual programes necessaris i fàcilment previsibles, com és el cas de l'atenció al malalt crònic l'atenció domiciliària, han quedat en estat embrionari sense que s'hagi donat la resolució i contenció adequada, desplaçant una part important d'aquesta atenció a l'àmbit hospitalari que, al seu torn, ha acceptat aquesta activitat, no tant perquè fos pròpia del seu nivell de competència com perquè justificava activitat i plantilles, evitant o posposant així les necessàries reconversions de la seva organització a mida que el coneixement científic ho reclamava.

Un altre exemple d'ineficiència el podríem trobar en el programa del nen sa, concebut inicialment per donar un paper preponderant a infermeria, però que va segrestar un nombre important de recursos pediàtrics amb uns resultats més que qüestionables en termes de cost/eficiència (per exemple, en el tema de la obesitat infantil) i amb el dubtós honor d'haver desplaçat la responsabilitat de la criança del nen sa des de l'àmbit familiar al sanitari.

Podem parlar també de la prescripció farmacèutica. L'Estat espanyol és el país de la Unió Europea que més medicaments prescriu als seus ciutadans. Aquesta tendència s'ha mantingut estable i creixent fins els darrers quatre o cinc anys en què la consolidació del sistema d'incentius variables vinculats a la despesa farmacèutica ha capgirat la tendència.

Per descomptat que no són aliens a aquesta situació ni l'absència de tiquets moderadors en les receptes, cosa que fa que els pacients es comportin sovint més com a consumidors que com a malalts i sotmetent als professionals a pressions per aconseguir medicaments, ni a la dinàmica dels hospitals, forçant la introducció de noves molècules més enllà de que siguin les més cost-efectives i de la indústria desplegant excel·lents campanyes de publicitat encoberta per aconseguir més quota de mercat.

Sigui com sigui, una de les premisses de la reforma de l'atenció primària, que estava en el full de ruta de sortida i que era evitar la polimediació innecessària i poc eficient, se'ns va escapar de les mans ja de bon començament i hem perdut ben bé quinze anys, si no és que són més, en modificar la tendència.

Resulta sorprenent que ens hagi calgut inventar el concepte de "prevenció quaternària" (en referència als efectes secundaris i adversos lligats a l'excés de medicació) per adonar-nos, no només del malbaratament de recursos econòmics emprats sense aprofitament real, sinó també de la iatrogènia que aquesta actitud comporta.

També convé esmentar la lentíssima incorporació dels genèrics a la nostra pràctica habitual, a diferència del que passa a la UE, i la resistència dels nostres professionals, que a voltes han actuat com agents encoberts de la indústria farmacèutica.

De l'àmbit **hospitalari** cal esmentar aquest contínuum espès i poc transparent entre els interessos, legítims per altra banda, de la recerca i la incorporació dels resultats de la mateixa a la cartera pública sense una avaluació explícita, controlada i monitoritzada per agents independents de forma prèvia.

Ja resulta prou complicat, tot i que no és matèria d'aquest article, saber quina és la part dels recursos assistencials directes que es desplacen cap a la recerca aplicada i quina és la part de les teràpies proposades que suporta una mínima anàlisi de cost-benefici, el que en tot cas resulta alarmant és que la seqüència innovació/validació/incorporació a la cartera de serveis/pressupost per sostenir-ho no sigui explícita ni subjecte de debat en cap àmbit obert i públic.

En aquesta lògica vull recordar com de febles es mostren els sistemes sanitaris, i en conseqüència els ciutadans (cas Beisboda, 1995), i quanta d'aquesta feblesa està relacionada amb un excés de recerca lligada a la indústria farmacèutica (Fase IV). Si l'autoritat sanitària i la incorporació a la cartera pública de noves prestacions no es converteix en quelcom d'extremadament rigorós, aleshores no només hem de parlar d'ús inadequat dels recursos disponibles sinó de riscos per les persones.

L'Estat espanyol no ha considerat cap tipus d'anàlisi cost – efectivitat en la seva legislació sanitària, impossibilitant així que cap comunitat autònoma encetes aquest camí.

A ningú no se li amaga que si sistemes més consolidats que el nostre han desplegat mecanismes suficients (per exemple, el NICE anglès, organisme públic independent que dictamina sobre l'ús de nous medicaments i tecnologies sanitàries d'acord amb criteris comparatius de cost-efectivitat, i que, a més, una recomanació positiva del NICE no sempre assegura l' accés total per part dels pacients a causa de la necessitat de finançament), per poder prendre decisions informades i ajustades a la realitat, és poc probable que una economia com la nostra es pugui permetre de prescindir-ne. Tot plegat s'assembla més a un entramat d'interessos entre els grans poders econòmics de la indústria farmacèutica i biotecnològica i l'Estat, entramat en el qual s'hi ha deixat participar els professionals sanitaris, atorgant-los el paper d'animadors culturals per dinamitzar aquesta seqüència d'interessos. Recordem, només com un apunt, que un 30% del pressupost de la indústria farmacèutica es destina a publicitat dirigida a metges.

Sempre que sentim parlar de **llistes d'espera per intervencions quirúrgiques** entenem, i és cert, que són un indicador de les limitacions d' un sistema sanitari per fer front a les necessitats dels ciutadans. Aquesta és una dimensió del problema, i cal tenir-la present, però hem obviat durant anys altres elements que cal considerar al respecte.

Es conegut, i existeix força bibliografia al respecte, (per exemple, *l'Atlas de Variaciones en la practica Medica en el Sistema Nacional de Salud*) que apunta a les diferències en la indicació quirúrgica en funció del nombre de cirurgians d'un determinat territori, d'instal·lacions hospitalàries disponibles, de les fórmules de compra definides per cada Administració, etc. i s' oblida que sovint tenir

una llista d'espera engruixida ha significat poder per argumentar creixements en plantilla a fi de competir millor amb l'adversari... o incrementar les retribucions econòmiques previstes, atenent al fet que moltes d'aquestes variables no aguantarien una anàlisi rigorosa de bona pràctica mèdica.

En tot cas, segueix sent una realitat que les llistes d'espera es monitoritzen per part de l'Administració en les variables de nombre i temps, però mai s'ha abordat una auditoria de rendició de comptes respecte a la qualitat de les mateixes.

Punt a part mereix l'enfocament que en l'atenció hospitalària s'ha donat al malalt crònic evolucionat. Aquest es un punt extraordinàriament delicat, i en el qual hom té dubtes de l'agressivitat de certes estratègies terapèutiques i de que siguin adequades als beneficis que tenen per al malalt. Aquest és un tema pendent tant en l'àmbit sanitari com en la pròpia societat, i sospito que la nostra generació haurà de rendir comptes a les generacions futures per la seva manca de compassió a l'hora d'acompanyar en el procés de mort a molts pacients afectats de malalties cròniques evolucionades.

Els gestors sanitaris

La gestió sanitària, quan es dedica al maneig d'un encàrrec públic, ja sigui de forma directa, mitjançant l'Administració pública, o bé mitjançant Fundacions o empreses sense ànim de lucre que presten serveis per al comprador públic, és una feina de volada discreta de la qual no s'ha d'esperar gaire notorietat. Res a veure amb els grans directius de les multinacionals.

Malauradament, en els darrers deu o dotze anys, una part dels gestors han cregut que el seu rol estava revestit d'una notorietat que els ha dut a sobrepassar l'encàrrec rebut. Amb certa freqüència, han interpretat el recurs al dèficit com una partida d'ingrés normalitzada a fi de dur a terme projectes que estaven per sobre de les capacitats de la seva institució, i ho han fet des d'una posició feble, ja que no són càrrecs electes, i perquè tampoc no se'ls ha demanat comptes reals dels seus resultats, dèficit que sovint ha servit per incomplir els propis límits definits en els contractes establerts amb l'Administració.

D'altres han evitat de prendre decisions desagradables però necessàries per adaptar les institucions a la incorporació de nou coneixement, consentint a que es convertissin en ineficients i obsoletes a canvi d'estalviar-se conflictes.

No procedeix, i el temps ho ha demostrat a bastament, concebre el gestor del que és públic com si fos un gran creatiu. L'encàrrec rebut dels electes és clar, la disponibilitat econòmica també, la legislació existent és concreta i en un entorn social concret... es pot ser imaginatiu, honest, valent, però en cap cas l'encàrrec ha de portar a la notorietat.

Segurament l'encàrrec es concreta més en el camp de les operacions dissenyades de manera eficient, i en el seguiment de les mateixes, que no pas suplantant el rol del polític sanitari i molt menys instrumentalitzant el rol per assolir objectius de l'agenda privada del gestor si aquests no estan en línia amb els de la institució que comanda.

L' administració sanitària i els polítics sanitaris

Com la resta d'actors implicats, i com en altres camps de la política, s'han pres freqüentment decisions políticament convenients però no necessàriament útils, encaminades al manteniment del vot molt més que no pas a l'establiment de polítiques pensades en la seva utilitat i, sobretot, en la seva sostenibilitat.

Hem contemplat més o menys atònits com es duplicaven inversions en instal·lacions o tecnologia sanitària malgrat saber que cap d'elles no arribaria a un nivell d'optimització adequat. No estic parlant d'inversions en zones geogràficament aïllades, sinó en entorns on les isòcrones no justificaven el recurs. Tot per defugir el desgast que comporta el reconeixement de límits econòmics i la necessitat de prioritzar les decisions. Aquesta manera la podem trobar tant en les concessions fetes als diferents col·lectius professionals del sistema sanitari com en els ciutadans, que no sempre han orientat les seves peticions cap a demandes prudents.

Vull esmentar també un altre aspecte incòmode, però al meu entendre rellevant, com és l'abandonament de bona part de les responsabilitats de policia sanitària. És obligació de l'alta administració sanitària arbitrar els mecanismes adients a fi i efecte de garantir que els acords es compleixen, sigui quina sigui la naturalesa jurídica que els sostingui, i que ho fan amb el nivell de qualitat i despesa adequats. I no vull dir que aquesta funció auditora hagi de representar una paralització del sistema mitjançant traves administratives, sinó una autèntica, sistemàtica, aleatòria i rigorosa rendició de comptes. Cal entendre que totes les construccions humanes tendeixen a acomodar-se als espais de menor tensió si no hi ha forces externes que ho dificultin.

Les societats on el nivell de corrupció és menor, no han assolit aquesta virtut per atzar sinó vertebrant mecanismes que impulsin i exigeixin a la societat l'assoliment d'aquest objectiu. Per contra, als països més al sud hem catalogat la rendició de comptes com una actitud obsoleta i poc moderna i el cert és que no n'hem sortit ben parats.

En conclusió, tot i essent certa la crisi econòmica actual, els abusos que el poder econòmic ha comés, la més que dubtosa possibilitat que les fórmules actuals puguin representar una sortida real a la crisi, essent cert tot això –repeteix– també ho és, i així ho hem de reconèixer, que cada un dels agents participants en el nostre sistema sanitari ens hem acomodat a les conveniències pròpies, i que si no en replantegem la seva concepció actual correm un risc real de malmetre un dels elements fonamentals de redistribució de renda i riquesa com es un sistema sanitari eficient i sostenible.

Però no ens hem de confondre: el sistema sanitari només parla de salut i no de felicitat. Malgrat que fos la pròpia OMS la que va difondre aquella confusa definició del perfecte estat de benestar físic i psíquic, la felicitat és quelcom encara més complex, i de ben segur cap administració, ni present ni futura, ens la podrà garantir. Per sort, aquesta és una cerca personal i d'elaboració autoconstruïda.