



NOUS ESCENARIS DEL SECTOR SANITARI I D'ATENCIÓ A LA DEPENDÈNCIA: RESPOSTES I COMPROMISOS

3 Presentació. La salut de la salut i l'atenció a la dependència

Helena Ris · Directora general de la Unió Catalana d'Hospitals

4 Els nous paradigmes en l'atenció a la malaltia i a la dependència

Joan M.V. Pons · Doctor en Medicina i especialista en Medicina Interna i en Medicina Preventiva i Salut Pública

16 Sector sanitario y social, sector estratégico de la economía productiva del país

Salvador Guillermo · Secretari general de la Federació d'Empresaris de la Petita i Mitjana Empresa de Catalunya (Fepime-Catalunya)

22 Sector sanitari i social, internacionalització i competitivitat en la conjuntura actual

M. Teresa Bassons (membre del Comitè Executiu) i Enric Mayolas (assessor tècnic de la Comissió de Salut) · Cambra de Comerç, Indústria i Navegació de Barcelona

32 Reconduir les organitzacions sanitàries cap a la seva autèntica missió: aportar valor salut a les persones

Jordi Varela · Director gerent de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

42 Nous paradigmes científics i tecnològics (R+D; TIC)

Joan Cornet · President executiu de la Fundació TicSalut

48 Nous paradigmes de relació professional: la formació

Arcadi Gual · Catedràtic de la Facultat de Medicina de la Universitat de Barcelona

56 Quines mesures cal prendre per tal d'afrontar els diferents tipus de crisi?

Eduard Portella · President d'Antares Consulting

66 Entrevista

Boi Ruiz · Conseller de Salut de la Generalitat de Catalunya

REFERENT · OCTUBRE 2011

Consell Assessor

President

Manel Jovells · President de la Unió Catalana d'Hospitals i de la Fundació Unió

Membres

Jaume Duran · Director general de la Fundació Privada Hospital de Mollet

Maria Dulce Fontanals · Directora assistencial i operativa de SAR Residencial i Assistencial Socio sanitària

Salvador Guillermo · Secretari general de FEPIME

Pere Ibern · Professor associat del Departament d'Economia i Empresa de la Universitat Pompeu Fabra

Albert Jovell · President del Fòrum Espanyol de Pacients i director de la Universitat dels Pacients

Albert Oriol · President de la Fundació Educació Mèdica

Joan Rodés · Director de l'Institut d'Investigacions Sanitàries IDIBAPS

Albert Serra · Director del programa PARTNERS d'ESADE

Carles Sisternas · Director de FENIN Catalunya

Comitè Editorial

Presidenta

Helena Ris · Directora general de la Unió Catalana d'Hospitals i de la Fundació Unió

Membres

Xavier Baro, Josep M. Bosch, Joan M. Ferrer, Anna Riera, Llorenç Sotorres · Comitè de Direcció de la Unió Catalana d'Hospitals

Secretaria

Cristina Aragüés · Secretaria Tècnica de Comunicació i Responsabilitat Social Corporativa

Realització

hores.com

Disseny gràfic original

Albert Roca

Impressió

GR Impressors

Dipòsit legal

B-12.544-2009

Fundació Unió

Carrer Bruc, 72, 1r
08009 Barcelona
comunicacio@uch.cat
T. 34 93 209 36 99
F. 34 93 414 71 22
www.fundaciounio.cat
www.uch.cat

Referent és una publicació plural, que difon informacions d'utilitat i d'interès. La societat editora respecta les opinions expressades per mitjà dels articles dels seus col·laboradors, però no les comparteix necessàriament, i només fa seus els continguts difosos per mitjà de l'editorial.

III Convocatòria de Casos de l'Observatori de la Cooperació Publicoprivada en les Polítiques Sanitàries i Socials

La cooperació publicoprivada (CPP) és una eina clau de les polítiques públiques i privades que donen suport a l'activitat econòmica i social. Les polítiques públiques en els serveis sanitaris i socials no són una excepció, i incorporen massivament la cooperació publicoprivada. La crisi accentua la necessitat d'aquesta cooperació; les modalitats pública i privada de provisió de serveis de salut semblen destinades a coexistir.

La gestió de la cooperació publicoprivada exigeix aprenentatges i canvis en les cultures, en les percepcions, en els instruments de gestió i en els rols dels directius públics i privats.

La Unió i el Programa PARTNERS d'ESADE volen donar resposta a aquestes exigències d'aprenentatge. Per aquest motiu, uneixen forces per establir la tercera edició de l'Observatori de la Cooperació Publicoprivada en les Polítiques Sanitàries i Socials (Observatori).

L'Observatori vol captar especialment les següents dimensions:

- Les especificitats de lideratge i gestió de la CPP sanitària i social
- Els condicionants estructurals i contextuals de la CPP sanitària i social
- La responsabilització, valoració i avaluació de la CPP sanitària i social
- Les dinàmiques temporals i processuals de la CPP sanitària i social

OBJECTE DE LA CONVOCATÒRIA

L'Observatori busca, entre els membres associats de La Unió, experiències positives de CPP que hagin assolit els resultats previstos pels programes de política pública en els quals s'emmarquen. Es pretén cobrir tot l'espectre d'eines i modalitats de cooperació publicoprivada. Per tant, les experiències enviades s'han de poder incloure en:

- Compra de béns o serveis: una entitat pública compra, a un actor privat, béns o serveis que són inputs necessaris per produir el servei públic.
- Subcontractació i concessió de la producció dels serveis públics: una entitat pública delega (a través de compra o drets d'explotació), a un actor privat, la producció d'un servei públic.
- Finançament privat de la inversió pública: un actor privat finança un equipament

públic a canvi de la compra de serveis de manteniment, la concessió dels drets d'explotació o la subcontractació de la producció del servei públic.

- Aliances interorganitzatives: els agents públics i privats adopten formalment estratègies d'acció col·laborativa, tot mantenint la independència entre ells. La col·laboració pot estar formalitzada de moltes maneres diferents, com ara una empresa privada o una fundació de participació mixta.

PROCÉS DE SOL·LICITUD

Podeu trobar més informació a www.uch.cat i a www.esade.edu. Les experiències que es vulguin presentar han de fer arribar per correu electrònic els formularis de sol·licitud a monica.reig@esade.edu abans del 30 de desembre de 2011.

Presentació

La salut de la salut i l'atenció a la dependència

AMB AQUESTA EDICIÓ, *Referent*, *Papers de la Fundació Unió* arriba al número deu. En néixer, ens proposàvem ser un espai d'anàlisi, debat, informació i pensament rigorós més enllà de l'entitat promotora. En la nostra singladura hem renovat el compromís de convertir-nos en una publicació de referència obligada per a aquells lectors interessats a aprofundir en el management sanitari i social. I arribats en aquest punt, volem continuar prenent el pols a la salut de la salut i l'atenció a la dependència amb la mirada posada en el futur.

Durant cinc anys i amb un esperit constructiu han estat moltes les firmes de reconeguts experts i professionals que des del seu coneixement, capacitat d'observació i dedicació han fet evolucionar la revista amb continguts de qualitat. Volem agrair-los molt sincerament la seva generositat intel·lectual i personal. Ara més que mai creiem que és necessari facilitar l'estudi, l'intercanvi d'experiències, la creació de sinergies, i, en definitiva, tot allò que ajudi a visualitzar uns sistemes sanitaris i socials eficients, de qualitat i permanents en el temps.

Volem impulsar el salt de la discussió intel·lectual a la proposta d'abordatges concrets per tal d'introduir les millores necessàries en el sistema sanitari i d'atenció a la dependèn-

cia. En aquest sentit, i des de l'exigència i el rigor acadèmic, *Referent* subratlla la seva vocació de ser un marc obert i plural de trobada per als *decision makers* del sector (directius, acadèmics, investigadors, etc.). La presentació recent del document *Repensant el model sanitari català* neix d'aquest mateix objectiu de La Unió, que no és altre que compartir amb el conjunt del sector les reflexions conceptuals sobre el nostre sistema. I alhora, com a coneixedors de la realitat, plantejar propostes concretes que, des del pacte i el consens, ens permetin assegurar la sostenibilitat de la xarxa d'atenció sanitària i a la dependència.

Amb la publicació que teniu a les mans ens tornem a afirmar en la línia editorial que ens vam fixar i que continua sent vigent. Davant dels nous escenaris i la necessitat de nous compromisos, la brúixola de *Referent* continua prenent com a punts cardinals la defensa del model sanitari i social participat per la societat civil i articulat sobre la defensa de l'autonomia de gestió, la col·laboració públicoprivada, i l'avaluació de resultats i el rendiment de comptes.

Helena Ris

Directora general
de la Unió Catalana d'Hospitals

Els nous paradigmes en **l'atenció a la malaltia** i a la dependència

JOAN M.V. PONS

Joan M.V. Pons és doctor en Medicina i especialista en Medicina Interna i en Medicina Preventiva i Salut Pública. Després d'exercir uns anys l'assistència i de formar-se en gestió, entrà en l'àmbit de l'avaluació de les tecnologies mèdiques, i va assumir responsabilitats directives durant un període en el que aleshores era l'Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Persisteixen els seus interessos en aquest camp de l'avaluació de l'impacte clínic, econòmic, ètic i social de les tecnologies mèdiques, però també en el traspass del coneixement científic, generat per la recerca, en utilitat pràctica (innovació), ja sigui en l'àmbit del producte, el procés o l'organització.

ESTEM EN UN ATZUCAC, no només per la situació econòmica global, sinó pel mateix sistema sanitari. La salut ha passat de ser un mitjà per assolir altres fins a ser una finalitat en si mateixa (un altre bé de consum), un àmbit en què els objectius acaben sent sempre expansius mentre els recursos són finits i on cada cop el coneixement, inabastable, és més i més fragmentat. Si hi afegim que com més benestant és una persona, més mala percepció té de la seva salut, i que cada cop medicalitzem més processos normals de la vida, tenim quasi tots els elements per a una tempesta perfecta.

S'ha de replantejar la manera de fer moltes coses, ja que la situació no permet "más de lo mismo", i és sobre

molts valors imperants on s'hauria d'actuar primer. La sostenibilitat de la cosa pública sempre ha estat difícil i l'assegurament, sense factors moduladors sobre l'oferta i la demanda, fa que la prescripció i el consum siguin insensibles al cost. Els professionals, sens dubte, són una peça clau en la viabilitat futura del sistema, però també ho són les organitzacions sanitàries. S'hauria d'innovar amb aquest horitzó, per tal que tasques complexes i molt elaborades passin a ser més simples i senzilles, fugint d'un sistema de salut excessivament dominat per hospitals i especialistes, cadascú en la seva sitja particular. No només és ineficient i inefectiu, sinó que emfatitza una medicina de rescat i costosa en comptes d'una aproximació més preventiva, de salut pública i d'atenció primària.

Els incentius i sistemes de pagament s'haurien d'alinejar per envoltar els malalts d'un entorn segur i per coordinar l'assistència. S'acaba pagant més aviat pel que es fa, no pel que s'assoleix, i la millora de la qualitat i la prevenció d'errors no s'incentiva prou. La competitivitat s'ha de trobar no tant en el fet de reduir el cost, sinó en el de millorar el valor, d'obtenir uns millors resultats amb els recursos disponibles. Els avantatges del mercat s'han d'aprofitar en aquest sentit, sense necessitat de perdre els valors compartits. La solidaritat, com la cada cop més amenaçada relació de confiança entre metge i malalt, és un valor bàsic que cal recuperar. Tots depenem dels altres.

Introducció: una crisi generalitzada

“Paradigma” equival a “model” o “exemple”. Segons Thomas Kuhn, inclou els principis, mètodes i tècniques compartits per una comunitat científica durant un període determinat. En avançar en coneixement, noves troballes deixen d'encaixar en el paradigma imperant i el qüestionen. Les disconformitats són menystingudes i combatudes pels conservadors, els instal·lats en l'*statu quo*. Així fins que una explicació disruptiva, un nou paradigma, fa encaixar millor les peces del trencaclosques. És aleshores que el canvi, amb paral·lelismes que Khun traspassava a l'àmbit polític, la revolució, es fa imparable.¹

Avui dia, més que davant d'un nou paradigma sembla que estiguem en un cul-de-sac: uns objectius expansius amb uns recursos finits, la salut no pas com a mitjà sinó com a finalitat en si mateixa i un coneixement fragmentat –sabem molt de no res– que ens impedeix veure el tot. Estem, doncs, en un atzucac que ens hauria de portar a replantejar completament la manera d'entendre les coses i, de retruc, de fer-les. Serà després que es veurà si realment s'ha generat un nou paradigma i si de la crisi actual sorgeix un model econòmic o social diferent. Si alguna cosa sembla clara és que no es podrà seguir fent el mateix i, de segur, s'haurà de fer més amb els mateixos recursos.²

La crisi actual no és, però, una crisi única. És una crisi financera, econòmica, però també social, mediambiental i moral (en el sentit ètic dels valors que guien la conducta humana). És cada cop més palès el

greu trastorn que les activitats humanes fetes irresponsablement originen en el medi natural i la transcendència que tot això pot tenir –o està tenint– per a les generacions presents i futures. Hi ha el temor que, per primer cop en molts decennis (o centúries), una generació traspassi a la següent un món pitjor del que va rebre. D'aquí l'èmfasi creixent en la sostenibilitat.

Com sempre ha estat, després d'un període de vaques grasses, de prosperitat i abundància, vénen els temps de les vaques magres, de penúries i escassetat. Guanyos socials incorporats recentment desapareixen tant o més ràpidament que es van introduir. Com si de cop, passat el període il·lusionari, es descobrís no sols que el rei anava nu, sinó que a més a més tenia els peus de fang. Es va prenent consciència que s'ha viscut pel damunt de les possibilitats, amb un endeutament creixent, tant dels particulars com de les entitats financeres i dels poders públics. Com si tothom degués a tothom i ningú pogués pagar.³ El pressupost en salut dels darrers anys creixia força pel damunt del que augmentava el producte interior brut (PIB).⁴ Així, fins a la baixada del 2008 i l'enfonsament del 2009. Aquesta esclatxa entre el creixement de la despesa sanitària i el creixement del PIB sols portava a augmentar el dèficit del finançament del sistema.⁵

Aquest article pretén, partint dels principals actors i debats, examinar la situació actual i els canvis potencials en la cerca de més eficiència i sostenibilitat del sistema de salut. Mecanismes que possibilitin més consciència del cost, tant de proveïdors com d'usuaris, i més competitivitat entre proveïdors, en resultats clínics i econòmics, són possiblement dels més propers. Quedarà per a més endavant destriar si estem entrant o no en un nou paradigma.





Risc d'emmalaltir

L'assegurament, el fet d'aplegar fons de tothom per cobrir entre tots riscos (impredictibles), comporta una altra mena de risc, el que es coneix com "abús moral" (*moral hazard*). El fet de tenir el risc cobert fa que actuem de manera diferent, ja sigui perquè arrisquem més i desbaratem la nostra salut, o bé perquè considerem que ens correspon més (per l'aportació feta), o perquè els altres no ens importen gaire o perquè pensem que el que és de tots no és de ningú. És la coneguda tragèdia dels béns comuns (boscós i terres de pastura) que van acabar privatitzats, ja que la llibertat individual sense cap mena de restricció en el seu ús suposa la ruïna per a tots.⁶ La cosa pública sembla anar de baixa, ja que la seva sostenibilitat ha estat sempre

difícil. D'aquí també el (re)predicament persistent en el propi interès com a mecanisme que contribueix més al benestar general.

S'ha mostrat, a més, que com més ric és un país, més despesa fa en sanitat. Aquest consum superior es genera, però, no tant per una riquesa sobrant i un canvi de preferències, que també, sinó per una (auto)percepció de pitjor salut. Altrament dit, com més benestants som, més preocupats estem per la salut i qualsevol petit mal s'amplifica.⁷ Patiments que no deixen de ser processos normals en les etapes de la vida passen a ser medicalitzats i ens deixem encantar per condicions de salut que temps enrere ningú hauria considerat malalties.⁸ És, sens dubte, fruit del progrés tecnològic, que fa sorgir necessitats que abans no se sentien.

En l'atenció sanitària s'ha referit que estem davant d'una sobreutilització⁹ o un excés d'intervencions innecessàries. En altres contextos (EUA) s'ha estimat que fins al 30% de l'atenció sanitària que es dona pot ser un malbaratament de recursos. Pot semblar paradoxal, però així és i no sols perquè la medicina és una ciència incompleta (la part d'art i d'ofici), sinó també perquè, com en tota activitat humana, pot veure's arrossegada més pels diners que per la ciència.¹⁰ En sanitat, què i com es paga afecta profundament què es fa (o es deixa de fer), així com el lloc on es proveeix (o es deixa de proveir) l'atenció.¹¹

Tard o d'hora s'ha de prioritzar i aleshores no hi ha gaires mecanismes que permetin conjuntar millores en supervivència i qualitat de vida, o entre assistència i dependència, o entre curar i cuidar. Prioritzar, però, és això, escollir, i aquest és un saber que també s'ha d'aprendre.¹² El fet és que es tracta d'una qüestió de valors, que són divergents en societats plurals i democràtiques, potser l'acord es trobi més aviat en la manera com les prioritats es determinen: un procés transparent i participatiu, amb arguments de pes (científics, defensables i entenedors, que tothom pot acceptar), amb possibilitat d'apel·lació d'aquells que en surtin perjudicats (que sempre n'hi haurà) i generalitzable sense excepcions.¹³ Tanmateix, reduir o eliminar intervencions innecessàries o inútils no és prioritzar: és simplement millorar la qualitat de l'atenció.¹⁰

Professionals

El professional que ha abandonat la participació en la presa de decisions gerencials acaba percebent un desencís creixent en la seva feina. Aquell professionalisme

que ha inspirat generacions pretèrites de metges s'ha fet fonedís. No ha de sorprendre que els professionals reivindicuin més autonomia i més poder decisor en l'organització. La seva mateixa pràctica, ben feta, ho exigeix, fins al punt d'anomenar-ho gestió clínica.

Però els mateixos professionals són els primers responsables de la seva càrrega de treball, en especial per aquell afany, sempre present, de fer, encara que el guany sigui poc clar o desconegut, i de fer més (per excés) que no pas menys (per defecte). Són ells els que presenten la medicina com una carrera d'èxit continuat sense cap mena de penyora. També per convertir factors de risc en malalties i claudicar, davant d'interessos forans, en tractar condicions o processos que no requereixen cap mena de tecnologia.

En la mesura que la medicina esdevé més efectiva i la tecnologia més present, aquesta, més que alliberar temps per entendre i compartir, acaba interferint en la relació entre metge i malalt. No ha de sorprendre aleshores que es legisli més i més sobre el paper dels metges en l'atenció als pacients,¹⁴ com si la confiança, element bàsic d'aquesta relació, trontollés. Potser perquè la figura del metge ha perdut el carisma social que tenia, el cert és que els professionalscedeixen a les exigències, contribueixen a la complaença i fan, per temor i manca de confiança, una medicina més costosa i defensiva, tot i que no més efectiva.¹⁵

Però és aquest capital humà, la força de treball, amb la multiplicitat de rols professionals existents, el nucli clau de qualsevol sistema sanitari¹⁶ i el que s'emporta la part més gran del pastís: un 48,5% del pressupost consolidat del Departament de Salut (2009) es destina a sous.⁴ No ha d'estranyar, ja que a casa nostra està format per unes 100.000 persones (33.000 de medicina i 41.000 d'infermeria per citar els col·lectius més nombrosos).¹⁷ En la manera com els preparem i els entrenem, com els distribuïm i els renovem, com planifiquem i gestionem aquests recursos humans hi ha la viabilitat futura del sistema.¹⁸

Ressorgeix un perfil de professional més captivador, però més exigent en una societat instal·lada en la satisfacció. No sembla que socialment es promogui i es valori el sacrifici, la dedicació, l'actitud crítica (científicament i socialment parlant), el compromís o, fins i tot, l'honestetat.¹⁵ No sols volem un metge que sigui competent en el seu camp i que es mantingui al dia, sinó que demanem que sigui un xic psicòleg, bon comunicador, que sàpiga escoltar i sigui responsable so-

cialment (en ser l'element determinant en la distribució dels recursos compartits). Es demana que el metge, més que cap altre, defugui els cants de sirena que proclamen la possibilitat d'assolir un estat de salut perfecte i perenne. Es demana que sigui conscient –qui pot ser-ho més?– de l'aportació limitada de la medicina, en general, i del metge en particular, a la salut i al benestar de l'individu i la població.¹⁵ Com més rols i responsabilitats li atorguem, malgrat que tingui la millor intenció, més imperfecte ens semblarà el professional.

El professional, per tal de ser fidel als principis del professionalisme, ha de fer el possible per destriar en el pacient entre el que és necessari i el que és desitjable, entre el que té un valor i el que només aporta un benefici molt marginal; ha d'entendre el que l'atemoreix i fer florir la seva autonomia (la del pacient, sense minvar la pròpia). Els professionals, a la vegada i en tot el

De la manera com els preparem i els entrenem, com els distribuïm i els renovem, com planifiquem i gestionem aquests recursos humans hi ha la viabilitat futura del sistema.

seu ampli abast, són l'element clau davant la creixent preocupació per la seguretat dels malalts (la iatrogènia).¹⁹ Aquesta és una qüestió que sols es podrà resoldre quan els professionals es comprometin en l'examen i la resolució dels problemes i incorporin, en la seva feina quotidiana, l'aprenentatge continuat per a la millora.

Un dels elements més rupturistes en l'àmbit del paper dels professionals vindrà quan els metges d'atenció primària actuïn de manera trencadora davant dels especialistes i, a la vegada, els primers, els generalistes, es vegin reptats pels professionals de la infermeria. Un principi que hi ha al darrere d'aquesta idea és que cada cop més el coneixement està en els equips i les tecnologies. Això facilita que tasques complexes i molt elaborades passin a ser més senzilles i simples, amb la qual cosa professionals menys (super)especialitzats –que no menys formats, tot i que d'una altra manera– les puguin fer.²⁰⁻²² Aquesta disrupció, de la primària als especialistes, de la infermeria als metges de primària, pot donar-se amb la tecnologia que està sorgint. Hi ha aquell programari que ajuda al diagnòstic i a la decisió clínica, i també la telemedicina, que pot portar la consulta a casa (o des de la primària consultar l'especialista) i ajudar el pacient, l'individu, a prendre un rol més actiu en la seva pròpia cura.

Les organitzacions sanitàries

Les organitzacions sanitàries, com els professionals, s'articulen en dos nivells: l'atenció primària, amb els equips respectius, i l'atenció especialitzada, molt centrada en els hospitals. És una queixa persistent la descoordinació entre nivells i institucions, i s'insisteix en la integració. Aquesta integració, però, per part de corporacions i centres hospitalaris, s'ha centrat a crear o incorporar centres d'atenció primària, i ha fet créixer la base per (ob)tenir més malalts, segons el model actual, cap a dins, cap a l'hospital. Hauria de ser totalment al contrari, cap a fora, a la cerca de proveïdors i serveis que, mantenint una qualitat òptima, fossin menys costosos i a la vegada més pròxims als pacients.²²

S'ha dit que les tecnologies de la informació i la comunicació (TIC) han de ser l'element aglutinador (com una cola) d'aquesta integració necessària. Si són, però, percebudes com un mecanisme més de control i gestió econòmica o solament per allargar les hores de treball o atendre (virtualment) més pacients, s'avançarà poc, si més no fins que els professionals no percebin els avantatges de la història clínica (HC) electrònica (i el seu disseny), aquí dita compartida (HC3). Ens quedariem curts si aquesta fos només un magatzem (electrònic) de múltiple documentació relativa al malalt i accessible, amb garanties de seguretat, des de diferents llocs o per diferents professionals.

La HC compartida ha d'incorporar una varietat d'eines que ajudin el professional en les seves tasques (avaluar, diagnosticar, pronosticar, seleccionar tractament, comparar, analitzar, organitzar, etc.) i que, per damunt de tot, no interfereixi en la interacció amb el malalt. La HC compartida i la telemedicina, les TIC en general, han de fer que els metges d'atenció primària assumeixin un paper més ampli en l'atenció a pacients complexos, avui reservats –gairebé en exclusiva– als superespecialistes dels hospitals.²² Les TIC, doncs, han de ser el mecanisme o l'eina (un mitjà, no pas un fi) per fer una atenció sanitària més integrada i continuada.

Hi ha un altre element d'integració que periòdicament sorgeix en el debat polític, però en el qual s'ha avançat poc, si més no en el nostre país, potser pel temor d'engendrar quelcom ingovernable devorador de fons públics. En altres països es debat i es porten a terme experiències pilot sobre la integració dels serveis

(i pressupostos) d'atenció sanitària i de serveis socials. Això suposa importants innovacions organitzatives i financeres, a la vegada que pot afavorir una transició des d'una atenció sanitària i social molt reactiva cap a una altra de més preventiva.²³ Té la seva lògica, ja que tot i que són serveis que depenen de diferents conselleries (agències finançadores) per als usuaris no deixen de ser les dues cares de la mateixa moneda. Encara més si s'hi inclouen les discapacitats i les malalties cròniques, en què es fa molt difícil separar l'atenció sanitària de la social.²⁴

En l'àmbit assistencial, la mesura de la productivitat (la relació entre el producte obtingut i els recursos esmerçats) pren més volada en la cerca de més eficiència. Els estudis mostren una productivitat en el sector salut que deixa força a desitjar, però les metodologies són encara febles i debatudes.²⁵⁻²⁷ Per a alguns, les organitzacions sanitàries podrien aprendre molt dels processos industrials, on també interaccionen múltiples activitats individuals per fer productes de qualitat alta i preu baix.²⁸ L'estandardització de processos a través de guies, protocols i vies clíniques forma part d'aquesta semblança, així com la intervenció de tots els participants

La integració hauria de ser cap a fora, a la cerca de proveïdors i serveis que, mantenint una qualitat òptima, fossin menys costosos i a la vegada més pròxims als pacients.

en els processos de millora contínua de la qualitat. Tanmateix, els intents d'introduir una mena de fordisme –producció en cadena– en aquests àmbits, plens de vicissituds i incerteses, han fracassat repetidament.

Per a altres, la semblança de l'atenció hospitalària es troba, més que amb les fàbriques, amb altres tipus d'activitats com poden ser els tallers de reparació (variabilitat de problemes, necessitat d'un diagnòstic abans d'actuar, impossibilitat d'oferir un servei que sigui a la vegada ràpid, de qualitat i de baix preu), les universitats (on els clients intervenen –són part– en el producte, la qualitat del qual no és fàcil de jutjar), els centres de recerca (ús intensiu del coneixement i la interacció entre disciplines per encarar un problema), els jutjats (per on corren també familiars i visitants) o les religions organitzades (si més no, pel caràcter tan particular de l'hospitalització en la vida d'una persona).²⁹

Un sistema de salut excessivament dominat pels hospitals i els especialistes, cadascun en la seva sitja particular, no només és ineficient i ineffectiu en

perdre's la visió de conjunt, sinó que també suposa un èmfasi excessiu en una medicina (tecnològica) de rescat i costosa pel davant d'una aproximació més preventiva, de salut pública i atenció primària. No es poden deixar al marge els aspectes relacionats amb la seguretat dels malalts i estretament relacionats amb l'hospitalització.¹⁹ A més, molta de la variabilitat geogràfica en les taxes d'utilització de procediments mèdics, feta evident en els atlas que es publiquen,³⁰ és de caire hospitalari i la seva existència posa en qüestió l'esperit presumptament científic, predicable i reproducible, de la medicina.³¹ No pot ser que per a una mateixa patologia la geografia sigui el fat que determini quin tractament es rep.

Finançament i incentius

No hi ha cap sistema de finançament, amb els incentius personals que es necessitin, que sigui perfecte. Un pagament per acte, molt present als EUA i com operen aquí moltes mútues tot i que es pagui poc, afavoreix l'increment de la provisió de serveis. Un pagament per capita, fins fa un quants anys propi dels metges de primària (nombre de targes, abans cartilles), pot, mal aplicat, denegar serveis necessaris i fugir d'estudi davant de malalts crònics que donin molta feina. El sistema de pagament per capita, d'altra banda, afavoreix la coordinació i integració entre proveïdors, així com la prevenció i el manteniment de la salut. El pagament per capita no funciona en sistemes molt fragmentats i el nostre, per raons històriques i diverses, ho és bastant; d'aquí la importància creixent de la coordinació territorial entre proveïdors. Un sistema d'aquesta mena pot comportar també que certes tasques, ara per ara realitzades per especialistes, les puguin dur a terme altres tècnics qualificats.

El salari, el sistema imperant en els professionals dels hospitals públics i de l'atenció primària, minva la productivitat i fa estendre una mentalitat de funcionari (estatutari) en què cada pacient acaba sent el problema d'algú altre. Les mancances, en qualsevol dels casos, porten a implementar sistemes mixtos com ara per capita o per salari, afegint-li complements per resultats (el *pay per performance* que s'afegeix a la capita dels *general practitioner* britànics o la part variable de molts dels nostres metges segons l'assoliment d'uns objectius assisten-

cials). No podem oblidar tampoc que la participació dels professionals en la propietat de la institució que proveeix els serveis sanitaris –és el cas de les entitats de base associativa en l'atenció primària– representa un dels incentius més poderosos per a l'eficiència.³²

Malgrat que els incentius als professionals siguin controvertits, són indefugibles, ja que tots els sistemes tenen alguna forma d'incentiu financer, sigui explícit o tàcit. El que cal plantejar són els seus efectes: sobre la productivitat, sobre el control de la despesa i sobre la conducta professional. D'aquests efectes, el darrer és el més transcendent, per la percepció pública que pot generar i la confiança en la integritat professional.³³ La conducta dels professionals pot ser modulada fermament mitjançant els incentius financers,³² però seria erroni pensar que aquests són els únics incentius existents.

Per la seva banda, els hospitals –l'atenció especialitzada que absorbeix una part creixent del pastís sanitari (quasi un 50% si la prestació farmacèutica es disgrega de l'atenció primària)–³⁴ s'han finançat bàsicament a través de pressupostos globals, el sistema imperant al nostre país (un pressupost ajustat en part a la complexitat dels pacients i a l'estructura del centre).³⁵ La major part dels països europeus han avançat progressivament cap a sistemes de finançament hospitalari segons grups relacionats amb el diagnòstic i ha estat la seva generalització el que ha portat a una progressiva reducció de llits hospitalaris i a fórmules alternatives, més eficients, de provisió d'alguns serveis.³⁶

Persisteixen, però, diferents déficits. Hospitals i professionals no són recompensats per envoltar els malalts d'un entorn segur i per coordinar l'assistència que s'ofereix. Uns i altres són compensats i en abundància per fer més, i això distorsiona la pràctica ja que

Malgrat que els incentius als professionals siguin controvertits, són indefugibles, ja que tots els sistemes tenen alguna forma d'incentiu financer, sigui explícit o tàcit. El que cal plantejar són els seus efectes: sobre la productivitat, sobre el control de la despesa i sobre la conducta professional.

afavoreix, per davant de tractaments simples i efectius, d'altres més complicats i invasius, la qual cosa suposa involucrar més especialistes i per als malalts, innecessàriament, més risc.¹⁰ S'acaba pagant pel que es fa, no pel que s'assoleix (resultats), i no s'incentiva gaire la millora de la qualitat i la prevenció dels errors. Tasques

que haurien de ser rellevants, ni que siguin intensives en temps i treball, com educar els pacients en l'(auto)-cura de la seva malaltia crònica o en coordinar millor l'atenció (continuada), no es valoren suficientment ja que queden fora dels esquemes de pagament.

S'ha suggerit també que qualsevol sistema de finançament on els diners flueixen cap als proveïdors hauria de disposar d'un mecanisme incentivador per estar sa, per romandre el més sa possible. S'anomenen erròniament sistemes de salut o assegurances de salut, però tots s'adrecen a persones malaltes, no pas sanes (tot i el pes creixent de la medicina preventiva). Sembla clar que aquest incentiu seria especialment idoni per a les malalties cròniques, de manera que com millor fos l'adherència o el compliment, quan els canvis de la conducta tinguessin lloc i perduessin, quan les intervencions preventives fossin aplicades oportunament, com menys visites hospitalàries o a urgències es produïssin, més reembossament.²²

Pacient, usuari, client, consumidor

L'assegurament, sense factors moduladors que actuï sobre l'oferta i la demanda, fa el consum insensible al cost i aquest mateix factor comporta un clima que no sols afavoreix el consum sinó també que la recerca i el desenvolupament es dirigeixin cap a nous i costosos productes (proves i tractaments). De manera que, tot i

que molts cops el benefici marginal sigui mínim, calgui un màrqueting agressiu per tal d'assolir guanys.⁹ Altres han parlat del complex medicoindustrial.³⁷

La sobreutilització i la utilització inapropiada només pot corregir-se a través de mecanismes que modifiquin les conductes i els valors que les sustenten. Pel que fa a la demanda, caldria sensibilitzar els assegurats sobre el cost de l'atenció sanitària i que s'han de compartir beneficis, però també riscos. S'ha suggerit d'introduir un copagament en la farmàcia, més just que l'actual, així com en aquells serveis on sembla més present un abús moral (urgències).⁵ Pel que fa a l'oferta, caldria exercir autènticament una autonomia de gestió, la qual cosa sempre comporta risc. Per als professionals, la cerca d'una provisió més cost-efectiva (més valor per euro) hauria de ser un incentiu permanent. Així s'aniria marginant aquella medicina marginal.

No hi ha dubte que aquests instruments s'han d'utilitzar assenyadament i sempre millor testar-los per avaluar-ne els efectes. No cal, però, anar al clàssic experiment de la Rand Corporation sobre els efectes del copagament sobre la salut.³⁸ A més petita escala tenim al nostre país un experiment natural, per molt inequitatiu que sigui, sobre el consum i la despesa farmacèutica de persones, actives i pensionistes, de MUFACE i altres mutualitats de funcionaris *versus* el SNS. Mentre que en el cas dels actius les diferències són poques (en ambdós casos hi ha un copagament), en el cas dels pensionistes les diferències són substancials (els pensionistes de la Seguretat Social no fan cap copagament).³⁹ No cal ser endeví per saber quins fan més consum i despesa.



La literatura sobre copagament parla de quanties baixes i que no afectin intervencions valuoses (i cost-efectives), alliberant de l'esquema les intervencions preventives i els malalts crònics.³⁸ En el cas dels fàrmacs es podrien excloure algunes categories de medicaments o alguns productes per a segons quins pacients. Es parla fins i tot d'un copagament evitable (quan s'escull el de preu inferior entre medicaments igualment efectius) o diferencial (excloure de la cobertura els fàrmacs amb la pitjor relació cost-efectivitat).³⁹ Sigui com sigui, el cert és que a la major part dels països europeus hi ha alguna forma de (co)pagament de la butxaca pròpia amb límits i exclusions.^{33,39}

En malalts amb patologies cròniques –i en especial gràcies a internet– sorgeixen xarxes facilitadores en què els participants aprenen uns dels altres i intercanvien experiències que poden ajudar-los a conviure amb la malaltia. El cas presencial dels alcohòlics anònims i els grups de psicoteràpia vénen a la memòria. És allò de “trobar-ne un com jo”, no sols pel que fa al problema mèdic, sinó a tots els altres, la manera d'encarar-lo, situacions familiars, laborals, el dia a dia...²²

Mercat: competitivitat i integració

Pocs reneguen del mercat com el mecanisme més eficient per a la distribució de recursos escassos entre oferidors i demandants. Però no existeix un mercat lliure, sense regulacions ni interferències de l'Estat, com tampoc en cap país del món hi ha un sistema sanitari plenament públic o completament privat. Des de fa anys s'han descrit les incongruències del mercat en l'àmbit de la salut i la malaltia: l'asimetria d'informació, la incertesa quant al diagnòstic, el pronòstic de les malalties i l'efectivitat dels tractaments, les externalitats (positives) que se'n deriven, la lliure entrada d'ofertors i demandants, etc.⁴⁰ Com en l'educació o les pensions, es tracta de decisions col·lectives sobre el tipus de societat que volem i no tant sobre la preferència individual. No deixa de cridar l'atenció que sigui la incertesa un dels arguments sobre les imperfeccions del mercat en l'atenció sanitària com va expressar Arrow^{41,42} i a favor de la intervenció pública correctora en l'economia com defensava Keynes.⁴³

L'objectiu de la competició no és simplement reduir costos. L'objectiu ha de ser millorar el valor, obtenir més

resultat amb els diners gastats. Valor i cost sols poden ser mesurats en l'àmbit de la malaltia i del tractament.⁴⁴ En altres indústries, la competitivitat vol dir productes de més valor i qualitat a preus més baixos. En l'àmbit de la salut, la competitivitat ha tingut l'efecte contrari, en

La veritable competència ha d'estar en els resultats, en la qualitat del procés assistencial, en la cerca de més eficiència en la provisió de serveis sanitaris mantenint, o fins i tot millorant, l'efectivitat.

empènyer els proveïdors a una mena de carrera armamentística per a l'adquisició de tecnologia punta i per ampliar el seu abast d'acció. El senyal ha estat, doncs, del tot equivocat: competir per veure qui assoleix més finançament, qui atreu més malalts o més professionals de prestigi que actuïn com a reclam, qui té més poder negociador (davant del finançador o dels subministradors). Els gabinets de comunicació d'alguns centres sembla que estiguin sols per a això.

La veritable competència, no cal insistir-hi, ha d'estar en els resultats, en la qualitat del procés assistencial, en la cerca de més eficiència en la provisió de serveis sanitaris mantenint, o fins i tot millorant, l'efectivitat. Els resultats han de passar a ser l'element determinant en el finançament fins al punt que, com alguns han plantejat, aquests ho haurien de ser també en les credencials per a la realització d'una tasca determinada, per damunt de la mateixa titulació. Per això, com s'ha suggerit, les qualificacions per a segons quines activitats no haurien d'estar tant en els estats o en els gremis professionals, com en les institucions que atenen els malalts.²²

No cal dir que qualsevol examen de resultats –més si es volen fer comparacions entre proveïdors (institucions o professionals)– ha de disposar de models predictius (d'ajustament) del risc que tinguin en compte l'heterogeneïtat (*case-mix*) dels pacients. Aquestes dades, però, haurien de ser públiques i accessibles.

Costos i efectivitat/qualitat milloren simultàniament quan els proveïdors desenvolupen la seva pròpia expertesa, redueixen els errors i estimulen l'eficiència.⁴⁴ Mentre que l'accessibilitat és primordial en l'atenció primària, en la distribució territorial dels hospitals s'han de tenir més en compte aspectes d'efectivitat i eficiència (relació entre volum i resultats, entre economies d'escala i d'abast),³¹ sense oblidar tampoc que som un país petit.

La tecnologia: la indústria farmacèutica i de productes sanitaris

S'ha estimat que la innovació de producte i la intensificació en el seu ús representa el factor més important (30%-40%) del creixement anual de la despesa sanitària.⁴⁵ D'altra banda, no s'ha d'oblidar que el que d'una banda és despesa, de l'altra és un ingrés. Contínuament s'alimenta el sistema amb nous fàrmacs i productes sanitaris que, amb el ressò que donen els mitjans de comunicació, perpetua el miratge d'un progrés infinit.³³ Aquestes dues forces contraposades, canvi tecnològic que exigeix més despesa i, d'altra banda i en sentit contrari, contenció de costos amb recursos financers limitats i decreixents (ningú vol pujar impostos) generen un contradicció flagrant.

D'altra banda, la indústria farmacèutica, potser juntament amb l'alimentària, la petroliera i l'armamentística, és de les que més mala fama tenen. Es pot dir que existeix fins i tot un gènere en la literatura mèdica (articles i llibres) dedicat exclusivament a aquesta temàtica i al paper que molts professionals hi tenen.^{46,47} Es critica la indústria pels seus alts marges de beneficis, per actuar com un dels més importants grups de pressió, per manipular la pràctica mèdica i de prescripció, per la seducció que exerceixen en els estudiants de medicina, per la seva resistència a qualsevol reforma que pugui reduir el seu poder de mercat, per la seva dependència de la recerca bàsica (finançada amb fons públics) i pel dany (moral) en la ciència dels entorns acadèmics on la literatura sobre els conflictes d'interès és més que



abundant.³³ Si bé s'intenta des de l'altre angle resistir molts d'aquests encants i la mateixa indústria adopta i promou codis de bones pràctiques, l'entorn, el clima ètic i el social clarament no acompanyen.

La indústria, però, sigui farmacèutica o de productes sanitaris, és imprescindible en el desenvolupament, la prova i la comercialització d'innovacions preventives (vacunes), diagnòstiques, terapèutiques i rehabilitadores. La tecnologia, no hi ha dubte, és el motor de les transformacions. Però aquests productes, en principi regulats, han de ser accessibles i assequibles. El valor afegit que les innovacions aporten ha de ser real, no pas marginal, és a dir, ha d'aportar un benefici substancial a un cost raonable. Cal també un replantejament en aquest sentit perquè la indústria se centri més en el que sap fer i deixi al marge altres activitats que ara representen una despesa important (visitadors mèdics, publicitat de tota mena, formació continuada dels professionals).

No pot ser que la innovació mèdica, tan necessària i desitjable, sigui un dels motius més poderosos que posen el sistema sanitari contra les cordes. La farmàcia hospitalària ha crescut un 15,8% en els darrers anys, i el 2009 va representar el 24% de la despesa en farmàcia.⁴ Si abans el cost anual de tractar un malalt oncològic era d'uns 20.000 euros, en poc temps s'arribarà a 70.000 euros⁵ o més. Com s'ha referit, amb la farmàcia passa que qui decideix (què i a quin preu es comercialitza ho decideix l'administració de l'Estat i què es prescriu, els metges) no consumeix ni finança; qui finança (administracions autonòmiques) no decideix ni consumeix; i qui consumeix (pacients) ni decideix ni finança.⁴⁸ Al Canadà passa quelcom semblant entre el govern federal i el que anomenen províncies.³³

Si es compleixen les previsions respecte als nous tractaments, el panorama pot arribar a ser catastròfic. No sols cal incorporar criteris de cost-efectivitat, sinó que cal establir un llindar per damunt del qual el cost (cost d'oportunitat) sigui excessiu (per any de vida guanyat ajustat a la qualitat de vida –AVAQ–). Altrament, parlar d'equitat i sostenibilitat és pura retòrica. Cal tenir també present que tot i un baix cost incremental per AVAQ d'una nova tecnologia, seguiran sent necessaris uns recursos extres per a la seva incorporació. A part de tenir una idea clara del valor que la innovació aporta (*value for money*), cal considerar el seu impacte pressupostari i si cal treure recursos d'altres prestacions. Altrament l'expansió és imparable.

Les innovacions de producte veritablement trenca-dores han de transformar les tecnologies mèdiques de complexes a més senzilles, de costoses a més barates, de llunyanes a més properes, sense que això afecti

l'efectivitat o la qualitat.⁴⁹ Malgrat els grans canvis tecnològics, el procés d'atenció i la seva organització han canviat poc en les darreres dècades i és possiblement en aquest nivell on poden sorgir les innovacions més trencadores que facin els serveis sanitaris més accessibles i assequibles.²⁰

Drets, responsabilitats i conflicte de valors

És innegable que en les societats actuals es dona una proliferació de drets. L'autonomia ha passat a ser el dret més preat, més valuós, per damunt de qualsevol altre principi o consideració. Primacia absoluta de l'individu per damunt del fet social: l'emergència del consumidor sobirà. No s'ha d'oblidar el caràcter essencialment individualista de la major part dels drets, la qual cosa, sense sortir del marc social present, afavoreix la persecució egoista de l'interès propi i negligència les responsabilitats socials.¹⁴ S'acaba parlant més de drets que de deures o responsabilitats sense caure que són indissociables.

Del dret a la protecció de la salut, a mirar que la conducta d'altres no ens causi perjudici, s'ha passat al dret a la salut, al dret a estar bé, com si la malaltia (i la vellesa, fins i tot la mort) fos completament evitable, i a rebre, per tots els mitjans i sense considerar costos, tot allò que contribueixi, ni que sigui mínimament, a la recuperació. La salut ha deixat de ser un mitjà per assolir altres fites i acaba sent una finalitat en si mateixa: un producte més de consum.¹⁵

L'individualisme que el mercat promou no ha impossibilitat, però, la cooperació entre individus per tal d'assolir objectius socials: el mateix assegurament social n'és una mostra. El culte a l'autonomia de l'individu (el consumidor sobirà), a la privatització creient que ineludiblement comporta més eficiència, ens porta a passar per alt les disparitats creixents entre rics i pobres, la malfiança cap a la cosa pública, la retòrica acrítica per a un mercat sense restriccions (com si pogués existir) o la falsa il·lusió d'un creixement infinit. La desigualtat és corrosiva i a l'inrevés; com més iguals esdevenim, més iguals ens pensem que podem ser.⁵⁰ És, però, justament en èpoques magres, quan més s'accepta la redistribució com a necessària o possible, ja que sembla més propera la percepció de l'abisme (social).

La solidaritat és un valor bàsic en l'atenció sanitària en assumir conjuntament que, davant la malaltia i el patiment, tots som participants d'un accés equitatiu per a tothom, independentment de la situació econòmica de cadascú. Però solidaritat implica també confiança, respecte mutu, reciprocitat, compromís amb una causa comuna o compartida³³, valors que fins i tot els mercats i la lliure competència necessiten. Aquests principis bàsics, confiança i cooperació, s'han d'establir col·lectivament, són les regles que eviten una deriva perillosa.

Un dels dilemes que acabarà fent-se més visible estarà en l'orientació que prenguin els sistemes sanitaris: cap a un sistema més gerencial o cap a un més fonamentat en valors. El primer, que justament examina si el mercat pot fer el sistema més productiu i eficient, no entra a debatre aspectes sobre el significat de la salut, la

Del dret a la protecció de la salut, a mirar que la conducta d'altres no ens causi perjudici, s'ha passat al dret a la salut, al dret a estar bé, com si la malaltia fos completament evitable, i a rebre, per tots els mitjans i sense considerar costos, tot allò que ajudi, ni que sigui mínimament, a la recuperació.

malaltia i la mort i com aquests s'han d'entendre com a part de la condició humana. Un sistema més fonamentat en valors no defuig aquestes qüestions i reconeix els límits de la medicina.⁵¹ El secret per viure millor, no ens enganyem, no vindrà del progrés mèdic.³³ La pràctica mèdica, però, tampoc es pot oblidar, només reflecteix els valors socials dominants.



A manera de conclusió

Molts dels dilemes i defectes de l'estat del benestar són resultat més de la pusil·lanimitat política que no pas d'incoherència econòmica. Es pot exemplificar fàcilment en el nostre país si es considera l'informe Abril (1991) per a la sostenibilitat del sistema de salut i el grau de seguiment de les seves recomanacions. És absurd plantejar objectius infinits amb uns recursos limitats, i en períodes de crisi econòmica trobar i aplicar solucions passa a ser una tasca peremptòria.

El mercat no és un santuari, és un instrument que ha d'estar regulat per evitar deficiències i corregir excessos. La necessitat de recuperar les inversions (i pèrdues) que suposa la recerca i la innovació que pugui beneficiar malalts futurs no pot fer-se a costa dels malalts presents, que vegin amenaçat el seu accés a productes beneficiosos per un cost exorbitant. La innovació no pot ser un mantra pel qual es sacrifiqui el benestar social.³³

La ruta òptima en l'atenció sanitària està en una situació compromesa, però no hi haurà canvi si no es modifiquen d'alguna manera els valors imperants que fan sobresortir el guany individual sobre el col·lectiu. Tots depenem dels altres. El repte està en aprofitar els avantatges del mercat sense perdre els valors compartits. La tria autèntica no serà tant entre estat i mercat, sinó en quina mena d'estat (institucions socials) volem.⁵⁰

La innovació trencadora, disruptiva, no vindrà tant de productes miraculosos, com de noves i millorades formes de portar a terme l'atenció als malalts i d'organitzar la seva provisió. La innovació ha

d'aconseguir passar de productes i serveis que avui dia són costosos i complexos a productes i serveis més assequibles i accessibles. Les tecnologies disruptives han de fer això, convertir tasques abans complexes i que estaven en poques mans (centralitzades), en simples i a l'abast de moltes més persones (descentralitzades).²¹

Sabem el que costen les coses, però no el que valen. Acabem valorant-t'ho tot segons el seu cost, els diners i les altres coses que es podrien fer amb els mateixos diners. En el cas del sistema de salut podem arribar a esbrinar la seva aportació a altres sectors econòmics.^{4,52} Però hi ha quelcom més que ni valorem ni pressuposem. Un sistema sanitari públic, que (ens) protegeix a tots, fa altres contribucions força més difícils de mesurar però no menys importants. No sols és un element de redistribució del benestar; és un element primordial per a la cohesió social i l'estabilitat política.

Citant David E. Eddy (i no recordo el seu origen), la medicina té una llarga tradició de procurar maximitzar el benefici dels pacients individuals, una tradició no sols basada en la compassió, sinó enfortida per l'educació mèdica, la pressió dels malalts, familiars, mitjans de comunicació, tribunals i també per incentius professionals i financers. Però el fet modern d'ajuntar recursos i constituir un fons comú, justament per estendre l'atenció sanitària a més persones i repartir l'alt cost de l'assistència mèdica, obliga a modificar aquesta tradició. A canvi de beneficiar-se en compartir costos, els individus han d'acceptar també responsabilitats i limitacions. Una responsabilitat és respectar els altres que contribueixen al fons; l'altra és no sostreure una part injusta del mateix. ■

Agraïments

A Josep M. Borràs i Andrés, Guillem López-Casasnovas i Gaietà Permanyer-Miralda pels seus comentaris a una versió prèvia del manuscrit. El resultat final i les opinions expressades són responsabilitat única de l'autor i en cap cas poden ser interpretades com de la institució on treballa.

Notes bibliogràfiques

1. KUHN, T. *La estructura de las revoluciones científicas*. Madrid: Breviarios. Fondo de Cultura Económica; 1995.
2. APPLEBY, J.; HAM, C.; IMISON, C.; JENNINGS, M. *Improving NHS productivity. More with the same, not more of the same* [monografia a Internet]. London (United Kingdom): The King's Fund; 2010 [citad abril de 2011]. Disponible a: www.kingsfund.org.uk/publications/improving_nhs.html

3. LANCHESTER, J. *¡Huy! Por qué todo el mundo debe a todo el mundo y nadie puede pagar*. Barcelona: Anagrama. Argumentos; 2010.
4. *El sector de la salut a Catalunya*. Barcelona: Cambra Oficial de Comerç, Indústria i Navegació de Barcelona; 2009.
5. BELTRÁN, A.; FORN, R.; GARICANO, L.; MARTÍNEZ, M.; VÁZQUEZ, P. *Impulsar un cambio posible en el sistema sanitario* [monografia a Internet]. Madrid: McKinsey & Company. Fundación de Estudios de Economía Aplicada (FEDEA); 2009 [citad abril de 2011]. Disponible a: www.cambioposible.es/documentos/sanidad_cambio_posible.pdf
6. HARDIN, G. The Tragedy of the Commons. *Science*. 1968; 162 (5364): 1243-8.
7. BARSKY, A. La paradoxa de la salut. *Annals de Medicina*. 2010; 93 (2): 87-91. (Traducció de Gaietà Permanyer-Miralda i Joan M.V. Pons de l'article: BARSKY, A.J. The paradox of health. *New England Journal of Medicine*. 1988; 318: 414-8).
8. HADLER, N. *Worried Sick: a prescription for health in an overtreated America*. Chapel Hill, NC (US): The University of North Carolina Press; 2008.
9. EMANUEL, E.J.; FUCHS, V.R. The perfect storm of overutilization. *JAMA*. 2008; 299(23): 2789-91.

10. BROWNLEE, S. *Overtreated. Why too much medicine is making us sicker and poorer*. New York, NY (US): Bloomsbury; 2008.
11. HYMAN, D.A. Follow the money: money matters in health care, just like in everything else. *Am J Law Med*. 2010; 36 (2-3): 370-88.
12. AARON H, SCHWARTZ W, COX M. *Can We Say No? The Challenge of Rationing Health Care*. Washington, DC (US): Brookings Institution Press; 2005.
13. DANIELS, N. Accountability for reasonableness. *BMJ*. 2000; 321 (7272): 1300-1.
14. WELLMAN C. *The proliferation of rights. Moral progress or empty rhetoric?* New York, NY (US): Westview Press; 1999.
15. *El metge del futur / The physician of the future*. Barcelona: Fundació Educació Mèdica; 2009.
16. ORIOL BOSCH, A., DE OLEZA, R. *Llibre blanc de les professions sanitàries a Catalunya*. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya; 2003.
17. *Sessió informativa sobre recursos humans* [presentació a Internet]. Barcelona: Comissió de Salut del Parlament de Catalunya; 2010 [citad abril de 2011]. Disponible a: www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/premsa/compareixrrhh.pdf
18. DIXON, J. New proposals for reorganisation of healthcare staff in England. *BMJ*. 2011; 342: d1839.
19. KOHN, L.; CORRIGAN, J.; DONALDSON, M. *To err is human: building a safer health system*. Washington, DC (US): Institute of Medicine. National Academy Press; 2000.
20. CHRISTENSEN, C.M.; BOHMER, R.; KENAGY, J. Will disruptive innovations cure health care? *Harvard Bus Rev*. 2000; 2-11.
21. SMITH, M. Disruptive innovation: Can health care learn from other industries? A conversation with Clayton M. Christensen. *Health affairs*. 2007; 26 (3): 288-95.
22. CHRISTENSEN, C.M. *The innovator's prescription. A disruptive solution for health care*. New York, NY (US): Mc Graw Hill; 2009.
23. HAM, C.; DIXON, J.; CHANTLER, C. Clinically integrated systems: the future of NHS reform in England? *BMJ*. 2011; 342: d905.
24. MRINSKA, O. *Integration health and social care budgets. A case for debate*. London (United Kingdom): Institute for Public Policy Research; 2010.
25. SMITH, P.C. Measuring and improving health-system productivity. *Lancet*. 2010; 376 (9748): 1198-200.
26. GISBERT, R.; BROSÀ, M. Anàlisi de la productivitat del sistema sanitari: relació entre inputs i outputs. A: TRESSERRAS, R.; BOHIGAS, L.; BRUGULAT, P.; CALVO, E.; coordinadors. *Estudis d'Economia de la Salut* (volum II). Barcelona: Direcció General de Planificació i Avaluació. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2008.
27. BLACK, N.; BROWNE, J.; CAIRNS, J. Health care productivity. *BMJ*. 2006; 333 (7563): 312-3.
28. YOUNG, T.; BRAILSFORD, S.; CONNELL, C.; DAVIES, R.; HARPER, P.; KLEIN, J.H. Using industrial processes to improve patient care. *BMJ*. 2004; 328 (7432): 162-4.
29. MORTON, A.; CORNWELL, J. What's the difference between a hospital and a bottling factory? *BMJ*. 2009; 339: 428-30.
30. *Atlas de Variaciones en la Práctica Médica en el Sistema Nacional de Salud* [pàgina a Internet]. Zaragoza: Atlas VPM - Atlas de Variaciones de la Práctica Médica. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud - I+CS; 2011 [citad abril de 2011]. Disponible a: www.atlasvpm.org/avpm
31. FARRINGTON-DOUGLAS J, BROOKS R. *The progressive case for change* [monografia a Internet]. London (United Kingdom): Institute for Public Policy Research; 2007 [citad abril de 2011]. Disponible a: www.ippr.org.uk/publicationsandreports/publication.asp?id=518
32. ROBINSON, J.C. Theory and practice in the design of physician payment incentives. *Milbank Q*. 2001; 79 (2): 149-77, III.
33. CALLAHAN, D.; WASUNNA, A. *Medicine and the market. Equity versus choice*. Baltimore, MD (US): The Johns Hopkins University Press; 2006.
34. GISBERT, R.; BROSÀ, M.; BOHIGAS, L. Distribución del presupuesto sanitario público de Cataluña del año 2005 entre las 17 categorías CIE-9-MC. *Gac Sanit*. 2007; 21 (2): 124-31.
35. BROSÀ, F.; AGUSTÍ, E. *Els sistemes de pagament de la sanitat pública a Catalunya, 1981-2009: evolució històrica i perspectives de futur*. Barcelona: Servei Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2009.
36. CYLUS, J.; IRWIN, R. The challenges of hospital payment systems. *Euro Observer*. 2010; 12 (3).
37. RELMAN A. El futur de la pràctica mèdica. *Annals de Medicina*. 2011; 94 (1): 34-40. (Traducció de Gaietà Permanyer-Miralda i Joan M. V. Pons de l'article: RELMAN, A.S. The future of medical practice. *Health Aff*. 1983; 2: 5-19).
38. REMLER DK, GREENE J. Cost-sharing: a blunt instrument. *Annu Rev Public Health*. 2009; 30: 293-311.
39. PUIG-JUNOY, J. La corresponsabilidad individual en la financiación de medicamentos: evidencia y recomendaciones. A: PUIG-JUNOY, J. *La corresponsabilidad individual en la financiación pública en la atención sanitaria*. Barcelona: Fundació Rafael Campalans; 2007.
40. GUBB, J.; MELLER-HERBERT, O. *The theory behind the policy*. London (United Kingdom): CIVITAS: Institute for the Study of Civil Society; 2009. Disponible a: www.civitas.org.uk/nhs/download/Civitas_Markets_in_healthcare_Dec09.pdf
41. ARROW, K.J. Uncertainty and the welfare economics of medical care. 1963. *Bull World Health Organ*. 2004; 82 (2): 141-9.
42. ARROW, K.J. Reflections on the reflections. *J Health Polit Policy Law*. 2001; 26 (5): 1197-203.
43. SKIDELSKY, R. *El regreso de Keynes*. Barcelona: Crítica; 2009.
44. PORTER, M.; OLMSTED, E. Redefining competition in the health care. *Harvard Business Review*. 2004; 65-76.
45. PUIG-JUNOY, J.; CASTELLANOS, A.; PLANAS, I. Anàlisi de los factores que inciden en la dinámica del crecimiento del gasto sanitario público. Registro histórico y proyecciones 2004-2013. A: PUIG-JUNOY, J.; LÓPEZ-CASASNOVAS, G.; ORTÚN RUBIO, V. *¿Más recursos para la salud?* Barcelona: Masson; 2004.
46. KASSIRER, J. *On the take. How medicine's complicity with big business can endanger your health*. New York, NY (US): Oxford University Press; 2005.
47. GOOZNER, M. *La píldora de los 800 millones de dólares*. Barcelona: Belacqua; 2006.
48. LÓPEZ-CASASNOVAS, G. Una reflexión sobre la financiación sanitaria y una propuesta de articulación de copagos basados en la renta. A: PUIG-JUNOY, J. *La corresponsabilidad individual en la financiación pública en la atención sanitaria*. Barcelona: Fundació Rafael Campalans; 2007.
49. CHRISTENSEN, C.M. *The innovator's dilemma. When new technologies cause great firms to fail*. Boston, MA (US): Harvard Business School Press; 1997.
50. JUDT, T. *El món no se'n surt. Un tractat sobre els malestars del present*. Barcelona: La Magrana. RBA Llibres SA; 2010.
51. *Los fines de la medicina. Els fins de la medicina* (traducció de: *The Hastings Center: The goals of medicine*) [monografia a Internet]. Barcelona: Quaderns de la Fundació Víctor Grifols. Núm. 11; 2005 [citad abril de 2011]. Disponible a: www.fundaciongrifols.org/collage/imagenes/potter/tempFiles/potterTmpFile_uuid_29235/cuaderno11.pdf.
52. ARTIS ORTUÑO, M.; SURIÑACH CARALT, J.; ROYUELA MORA, V.; VAYÀ VALCARCE, E. *L'aportació del sector sanitari a l'economia catalana*. Barcelona: Caixa Catalunya; 2007.

Sector sanitario y social, sector estratégico de la **economía** **productiva del país**

ESTE ARTÍCULO ES UNA REFLEXIÓN desde el punto de vista económico del peso de la salud y de la atención a la dependencia en el conjunto de la economía de nuestro país, así como en el de otros de nuestro entorno.

Basándose en una argumentación técnica, el autor concluye que estos sectores tienen un importante impacto positivo sobre el conjunto de la economía, subraya el hecho de que no son deslocalizables y de que además se erigen como factores esenciales de bienestar y cohesión social. No obstante, apunta a su financiación como principal escollo para seguir creciendo y salvaguardar su sostenibilidad. Por ello, plantea la posibilidad de estudiar mecanismos de copago en función del nivel de renta del usuario y una mayor cooperación entre los diferentes agentes del sistema en aras de una mejor optimización de los recursos. En cuanto a la fijación de un sistema de pago compartido, el autor sostiene que no significa que deba ser más regresivo, sino que incluso puede resultar más redistributivo.

SALVADOR GUILLERMO

Salvador Guillermo Viñeta es licenciado en Ciencias Económicas y Empresariales por la Universidad de Barcelona, con estudios de Derecho y posgrado en Economía y Gestión de las Haciendas Autonómicas y Locales. Actualmente es secretario general de la Federació d'Empresaris de la Petita i Mitjana Empresa de Catalunya (Fepime-Catalunya), director de Estudios Económicos y Fiscales de Fomento del Trabajo Nacional y profesor asociado de Economía en la Universidad Pompeu Fabra. Asimismo, entre otros, es miembro de la Comisión de Seguimiento del Acuerdo Estratégico, miembro del Consejo Catalán de Estadística y consejero del Consejo de Trabajo, Económico y Social de Cataluña y del de Barcelona. Asimismo, ocupó la secretaría general del Círculo de Economía y la gerencia de su fundación, fue profesor de Política Económica en la Universidad de Barcelona, director de Estudios de la Associació de Promotors Constructors d'Edificis de Barcelona (APCE) y miembro del Consejo Asesor del Instituto Catalán de Finanzas (ICF). También ha participado en varios congresos y jornadas y ha publicado diversos artículos y estudios monográficos, en ámbitos relacionados con la industria, la empresa, las infraestructuras y la economía en general.

El presente artículo intentará exponer un conjunto de datos de carácter eminentemente económico en los que apoyar una relación de reflexiones que nos permitan aproximarnos a la importancia, desde la vertiente económica, de lo que supone el sector salud y de la dependencia, tanto en nuestro país como en la comparativa con los países más desarrollados (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico –OCDE–). También, aunque someramente, se analizarán las implicaciones que suponen para este sector los diferentes mecanismos actuales de financiación, y la necesidad de abrir debates que permitan su mejor desarrollo alejándose de posiciones dogmáticas y apriorísticas, muchas de ellas más pensadas en la defensa del *statu quo* que en la mejora del sector, e indudablemente de la salud y atención a la dependencia que nuestra sociedad necesita y requiere.

La forma de observar la importancia relativa de un sector se realiza mediante su participación en la generación de valor, es decir, el valor añadido bruto (VAB); si a este le sumamos los impuestos netos sobre los productos y servicios obtendremos el producto interior bruto (PIB). Los datos ofrecidos por el Instituto Nacional de Estadística, a través de la Contabilidad Regional de España, nos dan para el año 2008 (último dato disponible) que el sector de las actividades sanitarias y veterinarias y servicios sociales representa el 5,51% del VAB catalán. Los datos para 2009 y 2010 no llegan al nivel de desagregación suficiente, ya que únicamente tienen en cuenta los servicios en su conjunto. En el *ranking* de actividades, el sector sanitario se ubica en quinto lugar, tras el sector inmobiliario y de servicios empresariales (18,2%), el comercio y las reparaciones (11,3%), la hostelería (7,2%) y el transporte y las comunicaciones (7%). Por lo tanto, en términos de generación de valor, el sector sanitario ocupa un lugar destacado.

También cabe destacar que el sector sanitario tiene un mayor peso relativo en el empleo, pues es intensivo en mano de obra, ya que en él se encuentra el 7% de los puestos de trabajo de la economía, porcentaje superior al que representa su peso en el VAB. Además, del total del VAB generado en el sector sanitario, el 78,9% se destina a remuneraciones de asalariados (RA) y el resto (21,1%) al excedente bruto de explotación y renta mixta. En cambio, la economía catalana tiene la siguiente distribución del VAB: un 54,8% de remuneraciones de asalariados y un 45,2% del excedente bruto de explotación y rentas mixtas. Es decir, que la generación de valor del sector se apoya esencialmente (y en mayor magnitud que en el conjunto de sectores) en las perso-



nas, o más concretamente en el factor trabajo, respecto del factor capital.

Además, en el sector sanitario la remuneración salarial media es superior, en un 16,5%, a la remuneración salarial media del conjunto de la economía catalana, ya que la remuneración media en 2008 por puesto de trabajo se sitúa en el sector sanitario en 30.289 euros frente a 25.997 euros del conjunto de la economía. Por lo tanto, el sector sanitario tiene un nivel salarial relativamente más alto que la media, lo cual no resulta extraño, ya que en este sector el nivel de capital humano es más elevado, con personas altamente cualificadas y formadas. Por lo tanto, tenemos un sector importante en la generación de valor añadido e intenso en mano de obra, la cual es cualificada.

Esta aproximación realizada al sector sanitario no debe verse de forma aislada, sino que debe contemplarse con relación al conjunto de sectores, y se deben tener en cuenta las implicaciones que suponen para el resto de los sectores los cambios que se produzcan en el sector sanitario. El instrumento económico al uso son las denominadas tablas *input-output*; su complejidad técnica y su coste hacen que a día de hoy únicamente se hayan hecho tres para el territorio catalán (1987, 2001 y 2005).¹ Las relaciones del sector sanitario y de los servicios sociales (según las Tablas Input-Output de Cataluña 2001 –TIOC-2001–) se dan con otros sectores económicos, entre los que destacan otros servicios sanitarios, equipos e instrumental, productos farmacéuticos, comercio, productos de higiene, servicios de limpieza, construcción, entre otros. Ello nos muestra

1. Véase Cambra de Comerç de Barcelona (2009). *El sector de la salud en Cataluña*.

las relaciones intersectoriales a nivel de desagregación que proporcionan las tablas *input-output*.

Aunque las tablas *input-output* nos informan cuantitativamente de estas relaciones, lo cual tiene su importancia, donde merece mejor la pena detenerse es en los denominados multiplicadores. Es decir, nos interesa saber qué impacto tiene sobre el conjunto de la economía (y por lo tanto, el que se produce en el sector y los inducidos en los otros sectores, ya sean directa o indirectamente) ante un incremento que experimenta la demanda final (consumo, inversiones, exportaciones netas) de un sector o del cómputo de la economía.

En el cuadro adjunto se exponen los multiplicadores de producción, empleo y valor añadido.

Multiplicadores de producción, empleo y valor añadido

	Producción (millones de euros)	Empleo (por millón de euros)	Valor añadido (millones de euros)
Media ponderada del sector sanitario y de servicios sociales	1,31	22,95	0,84
Media ponderada del conjunto de la economía	1,45	15,84	0,66

Ponderación a partir de la participación de cada rama en la producción total.
Fuente: TIOC-2001, Instituto de Estadística de Cataluña (Idescat)

Así, ante el aumento de un millón de euros de la demanda sanitaria (del sector sanitario y de servicios sociales), la generación de valor añadido en la economía (tanto el que se genera en el mismo sector como en el resto de los sectores como consecuencia del aumento de la demanda sanitaria) es de 0,84 millones de euros y la generación de empleo directo e indirecto es de 22,95 puestos de trabajo. Todo esto produce un incremento de la actividad general de la economía (multiplicador de producción) de 1,31 millones de euros.

Si ese aumento de un millón se diera en toda la demanda final distribuida de forma proporcional según el peso de cada uno de los sectores económicos, la generación de valor añadido sería de 0,66 millones de euros, los puestos de trabajo creados serían de 15,84 y el nivel de producción alcanzaría los 1,45 millones de euros (todo ello siempre referido a 2001, ya que la fuente utilizada son las TIOC de 2001). Es decir, que incrementar el gasto inicial en el sector sanitario y de servicios sociales tiene mayor impacto, en términos de empleo y de valor añadido, que el que tuviera el conjunto de la economía. Por contra, su impacto (su multiplica-

dor) sería menor en la producción, como resultado del menor peso que tienen los consumos intermedios (las compras a proveedores) en este sector.

En definitiva, por cada euro gastado en el sector sanitario y de servicios sociales se genera un 27,27% más de valor añadido y se crea un 45% más de empleo que si este euro se gastase en el conjunto de los sectores. Por lo tanto, el sector sanitario y de servicios sociales resulta diferencialmente (con respecto a la media) un sector potente en la generación de valor añadido y de empleo. También se puede decir que la reducción de gasto en este sector tiene, por lo tanto, un mayor impacto en destrucción de empleo y en caída del PIB.

Resumiendo los contenidos anteriores, tenemos que el sector sanitario es relevante, intensivo en mano de obra, con mejores remuneraciones medias de asalariados, con un mayor impacto que la media de sectores (la economía) tanto en generación de valor añadido como de empleo, y además de forma significativa.

A todo ello hay que añadir el impacto de primera magnitud que la mejora de la salud tiene sobre la oferta agregada (además de los impactos anteriormente señalados a través de la demanda), ya que ha permitido y permite disponer de mejores recursos humanos, de una mayor dotación de capital humano. Sin lugar a dudas, el fuerte crecimiento económico a largo plazo que se ha producido en el siglo xx ha obedecido a los avances tecnológicos, a la formación, pero también a los avances sanitarios. Únicamente debe analizarse un dato, la esperanza de vida, que ha pasado de 34,76 años en 1900 (33,85 para varones y 35,70 para mujeres) a 79,34 años en 2000 (75,94 para varones y 82,73 para mujeres). Sin la mejora de la calidad del capital humano y su mayor longevidad difícilmente la etapa de fuerte crecimiento hubiese sido posible en tal magnitud. No hay que olvidar que durante parte del siglo xix y sobre todo en el siglo xx es cuando la mejora económica ha sido significativa.

En esta línea, únicamente debemos recordar la ingente labor del profesor Angus Maddison,² que ha realizado estimaciones de crecimiento económico desde el nacimiento de la Era Cristiana. Así, el crecimiento mundial expresado en tasa interanual fue en el período 0-1000 del 0,01%; en el período 1000-1820 del 0,22%; y, finalmente, en el período 1820-1998 del 2,21%, que es cuando se produce un cambio sustancial, que muestra un antes y un después en el bienestar económico de la población. También corresponde analizar la situación del sector sanitario español en términos comparados

2. MADDISON, A. (2001). *The World Economy: A millennial Perspective*. OCDE.

con los países más desarrollados, que identificamos como los países de la OCDE.

Sin embargo, y antes de realizar el análisis comparativo, es preciso destacar que, a diferencia de lo que sucede en otros sectores –por ejemplo, los industriales–, la comparativa no se debe asentar sobre su valor añadido bruto (VAB), facturación, etc., sino sobre su nivel de gasto diferenciado entre el gasto público y el privado en este sector.

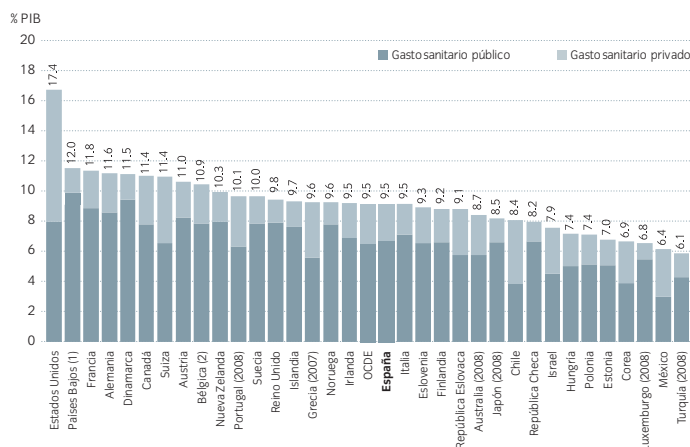
Ello se debe a la importancia de su financiación, ya sea pública –que resulta la mayoría– o privada, más que estrictamente a su importancia como sector económico. En los análisis, la perspectiva del sector sanitario como sector económico ha sido más testimonial, mientras que en su vertiente hacendística, como los gastos públicos relevantes, ha sido la perspectiva re-

currente en los análisis, y este es el referente en esos análisis comparativos.

El gasto sanitario en España se sitúa en el 9,5% del PIB en 2009 (último dato) coincidiendo con la media de países de la OCDE. Si la referencia es la población, tenemos que el gasto sanitario por persona, expresado en paridad de poder de compra,³ se sitúa en 3.067 dólares, ligeramente inferior a la media de los países de la OCDE en 2009, que se sitúa en 3.228 dólares por persona (véanse los gráficos). También se constata un destacado grado de correlación entre el peso del sector sanitario sobre el PIB de un país y su nivel de renta per cápita, lo que se observa de forma más destacada entre los países más grandes, siendo su coeficiente de correlación del 0,82.

Otra característica es la fuerte presencia de la financiación pública dentro del sector sanitario; esta alcanza

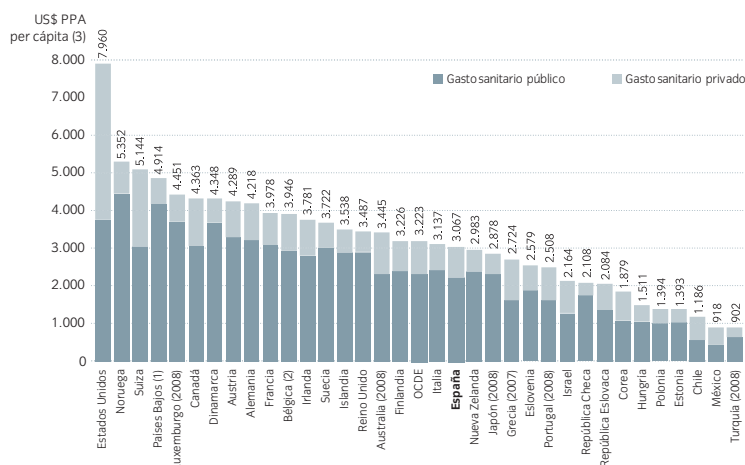
Gasto sanitario como proporción del PIB, países de la OCDE, 2009



- (1) En los Países Bajos no es posible distinguir entre los gastos públicos y los privados relacionados con los inversores.
 (2) Los gastos totales no incluyen las inversiones.

Fuente: Base de datos de la OCDE sobre la salud 2011. Junio de 2011.

Gasto sanitario per cápita, público y privado, países de la OCDE, 2009



- (1) En los Países Bajos no es posible distinguir entre los gastos públicos y los privados relacionados con los inversores.
 (2) Los gastos totales no incluyen las inversiones.
 (3) Datos en dólares de Estados Unidos, ajustados por paridad de poder de adquisición (PPA), lo que permite comparar los gastos entre los países con una base en común. PPA es la tasa de cambio que iguala el costo de una canasta dada de bienes y servicios entre diferentes países.

Fuente: Base de datos de la OCDE sobre la salud 2011. Junio de 2011.

3. Permite corregir el valor monetario a través de la capacidad de compra después de esta.

el 71,7% en la media de los países integrados de la OCDE en 2009, y es ligeramente superior (73,61%) en el caso español. También cabe destacar que en EEUU, México y Chile predomina el gasto sanitario privado. De ahí la importancia de que la financiación del sector sea pública, aunque en momentos de restricciones presupuestarias puedan ahogarlo significativamente, como sucede actualmente en el sistema sanitario catalán y español.

La actividad del sector no solo se ajusta a las necesidades de dicha actividad (como acontece en otros ámbitos, como el industrial, turístico, etc.) sino que de forma primordial depende del sector público y de sus restricciones presupuestarias. En este sentido, en el cuadro se

expone cómo va a verse incrementado el gasto público en el año 2060 como consecuencia del envejecimiento de la población, según los estudios realizados por la Comisión Europea para analizar la sostenibilidad de las finanzas públicas. Los datos son de su último informe de 2009 (el anterior fue el informe de 2006) y proyectan un fuerte aumento del gasto público derivado del envejecimiento de la población que supone un volumen adicional de 5,1 puntos de PIB en el área del euro o de 4,6 para el conjunto de los 27 países de la Unión Europea. De ese incremento del gasto por envejecimiento en la zona euro corresponden 2,7 puntos de PIB al gasto en pensiones; 1,3 al gasto sanitario; 1,3 puntos al gasto en

Incremento del gasto público por envejecimiento de la población

	Gastos de pensiones		Salud		Dependencia		Gasto de paro y educación		Total	
	2010	2010/ 2060	2010	2010/ 2060	2010	2010/ 2060	2010	2010/ 2060	2010	2010/ 2060
Bélgica (BE)	10,3	4,5	7,7	1,1	1,5	1,3	7,3	-0,3	26,8	6,6
Bulgaria (BG)	9,1	2,2	4,8	0,6	0,2	0,2	3,0	0,2	17,1	3,2
República Checa (CZ)	7,1	4,0	6,4	2,0	0,2	0,4	3,3	0,0	17,0	6,3
Dinamarca (DK)	9,4	-0,2	6,0	0,9	1,8	1,5	8,0	0,1	25,2	2,2
Alemania (DE)	10,2	2,5	7,6	1,6	1,0	1,4	4,6	-0,4	23,3	5,1
Estonia (EE)	6,4	-1,6	5,1	1,1	0,1	0,1	3,2	0,3	14,8	-0,1
Irlanda (IE)	5,5	5,9	5,9	1,7	0,9	1,3	5,3	-0,2	17,5	8,7
Grecia (EL)	11,6	12,5	5,1	1,3	1,5	2,1	3,8	0,1	21,9	16,0
España (ES)	8,9	6,2	5,6	1,6	0,7	0,7	4,8	-0,2	20,0	8,3
Francia (FR)	13,5	0,6	8,2	1,1	1,5	0,7	5,8	-0,2	29,0	2,2
Italia (IT)	14,0	-0,4	5,9	1,0	1,7	1,2	4,3	-0,2	26,0	1,6
Chipre (CY)	6,9	10,8	2,8	0,6	0,0	0,0	5,8	-0,6	15,5	10,7
Letonia (LV)	5,1	0,0	3,5	0,5	0,4	0,5	3,3	0,3	12,3	1,3
Lituania (LT)	6,5	4,9	4,6	1,0	0,5	0,6	3,5	-0,4	15,1	6,0
Luxemburgo (LU)	8,6	15,3	5,9	1,1	1,4	2,0	4,0	-0,3	19,9	18,2
Hungría (HU)	11,3	2,6	5,8	1,3	0,3	0,4	4,5	-0,3	21,8	4,0
Malta (MT)	8,3	5,1	4,9	3,1	1,0	1,6	5,0	-0,7	19,2	9,2
Países Bajos (NL)	6,5	4,0	4,9	0,9	3,5	4,6	5,6	-0,2	20,5	9,4
Austria (AT)	12,7	1,0	6,6	1,4	1,3	1,2	5,2	-0,2	25,7	3,3
Polonia (PL)	10,8	-2,1	4,1	0,8	0,4	0,7	3,8	-0,6	19,1	-1,1
Portugal (PT)	11,9	1,5	7,3	1,8	0,1	0,1	5,6	-0,4	24,9	2,9
Rumanía (RO)	8,4	7,4	3,6	1,3	0,0	0,0	2,7	-0,2	14,7	8,5
Eslovenia (SI)	10,1	8,5	6,8	1,7	1,2	1,7	5,1	0,7	23,1	12,7
República Eslovaca (SK)	6,6	3,6	5,2	2,1	0,2	0,4	2,9	-0,6	14,9	5,5
Finlandia (FI)	10,7	2,6	5,6	0,8	1,9	2,5	6,4	0,0	24,7	5,9
Suecia (SE)	9,6	-0,2	7,3	0,7	3,5	2,2	6,6	0,0	27,1	2,7
Reino Unido (UK)	6,7	2,5	7,6	1,8	0,8	0,5	4,0	0,0	19,2	4,8
Unión Europea - 27 estados miembros (EU-27)	10,2	2,3	6,8	1,4	1,3	1,1	4,9	-0,2	23,2	4,6
Estados miembros de la Unión Europea (EA)	11,2	2,7	6,8	1,3	1,4	1,3	5,0	-0,2	24,5	5,1

Fuente: Comisión Europea

dependencia y un menor gasto en educación y paro (0,2 puntos de PIB). Esa variación del gasto se debe exclusivamente al envejecimiento, al que habría que añadir las mejoras que pueden producirse, tales como nuevos fármacos, mayor tecnología sanitaria, etc.

En el caso español, la situación es de mayor magnitud debido al mayor ritmo de envejecimiento, lo que significará un incremento de 8,3 puntos de PIB. El incremento resultará especialmente destacado en las pensiones, que absorberán 6,2 puntos de PIB, seguido de la salud (1,6 puntos de PIB). Con respecto al primer caso –las pensiones– ya se han ido tomando medidas correctoras, e indudablemente deberán adoptarse más medidas a medio y largo plazo, a diferencia de lo que ha sucedido en el ámbito sanitario. Implícitamente, la reforma del sistema de pensiones viene a penalizar las condiciones. Y por lo tanto, para obtener las mismas rentas en el futuro (por la población) deberán aportarse más recursos (trabajar más años, compensar la pérdida de recursos en la pensión, etc.).

En cambio, los ajustes en el sector sanitario se han producido, sobre todo, por ajustes en la oferta: reducción de costes por prestaciones farmacéuticas –uso genérico–, reducción de importes y actividades hospitalarias (que, ante la misma demanda, no podrán satisfacerla o lo harán más tardíamente), con el consecuente incremento de listas de espera. Pero en cambio han sido escasas, por no decir nulas, las medidas orientadas a la demanda, como el establecimiento de copagos –con las correcciones que por razón de solidaridad deben hacerse– o de otro ámbito.

Se plantea la cuestión de si debe impulsarse o frenarse un sector que: es generador de alto valor añadido; es intensivo en conocimiento; es intensivo en mano de obra, la cual es de carácter cualificada; tiene un impacto sobre la economía sustancialmente superior a la media –genera un 27% más de valor añadido y un 45% más de empleo–; cuenta con una fuerte presencia de la investigación, el desarrollo y la innovación (agenda 2020); tiene poca capacidad para deslocalizarse; tiene un fuerte impacto en el país (su impulso no se dirige a importaciones); desempeña un papel destacado en términos de cohesión territorial (es la principal empresa en muchos ámbitos territoriales), ya que se despliega a lo largo de todo el país, y tiene una capacidad de crecimiento importante de la demanda, entre otros destacados y reveladores aspectos. La respuesta a esta cuestión, en términos económicos, sería evidente: es un sector ideal. Sin embargo, cuando se descubre que ese sector es el sanitario, las dudas aparecen y no tanto por su buenas cualidades, sino por su financiación, eminentemente pública. Si bien es cierto que su

financiación pública permite el desarrollo del estado del bienestar y potencia la cohesión social, también es una restricción para satisfacer adecuadamente las necesidades presentes y futuras que precisa y precisará la población en el ámbito sanitario.

La fijación de una gratuidad total para todos y en todo momento no puede ser ya la única referencia si se quiere un sistema sanitario acorde con la población. La defensa –y no ajuste al nuevo escenario presente y futuro– del *statu quo* ahogará a un sector del futuro, a la vez que dejará cada vez más una merma en la demanda. Esta disminución puede corregirse en parte mediante la introducción de copagos en función del nivel de renta –fijándose mínimos exentos de pago– y una relación entre el sector público y los operadores del sistema (hospitales, laboratorios, farmacias...) a largo plazo mediante una distribución equitativa de riesgos y de un ámbito de relaciones (entretanto el monopolio que supone el sector público), entre otras medidas. En este sentido, resulta necesario destacar el documento *Propuestas para consolidar, mantener e innovar el sector sanitario y de atención a la dependencia en Cataluña (2010-2014)* que firmaron, entre otros, la Unió Catalana d'Hospitals, Fomento de Trabajo Nacional y Fepime.

La dependencia exclusiva de un sector a la financiación pública no necesariamente resulta adecuada, ya que la prestación de servicios de carácter público no solo puede ser financiada por impuestos, sino también por pago privado (como los peajes) o de sistema mixto, como en el transporte público (donde el usuario paga el 40% mediante los títulos de transporte, y el resto es subvencionado).

Si se financia únicamente con impuestos (presupuestos públicos), su efecto en la distribución de la renta derivará de la progresividad del sistema tributario. Pero si en este gasto también participa el usuario a través del copago –y se establecen gradientes en función del nivel de renta– puede resultar incluso una mayor redistribución de renta que si el usuario no abonase nada. La fijación de un sistema de pago compartido por el usuario no significa que sea más regresivo, sino que incluso puede ser más redistributivo. Por todo ello la defensa numantina del *statu quo* no tiene por qué suponer una mejora de la política redistributiva, aunque puede suponer una ineficiente atención a la demanda, con una atención sanitaria más deficiente.

En definitiva, la vertiente de la financiación pública del sector sanitario no debe constituir una hipoteca que lastre su fuerte crecimiento, como consecuencia de su mejor demanda futura, a la vez que no hay que olvidar que su impacto sobre la actividad económica resulta diferencialmente positiva. ■

Sector sanitari i social, **internacionalització** **i competitivitat** en la conjuntura actual

EN ELS DARRERS TEMPS ES PONDERA LA IMPORTÀNCIA

del sector de la salut dins de l'economia de Catalunya, així com la capacitat de generar activitat econòmica i ocupació a través de la internacionalització. A Catalunya el sector de la salut se situa en el quart lloc en termes de VAB, en segon lloc quant a l'ocupació, a més de representar el 7,1% del total d'exportacions i atreure el 44% de la inversió estrangera dedicada al sector sanitari espanyol entre 2000 i 2009. La multiplicitat i l'heterogeneïtat d'aquest sector fan que la internacionalització presenti situacions molt diverses i estratègies específiques i diferenciades. En molts aspectes del nostre sistema tenim gran capacitat per exportar tant el coneixement com el servei mateix, així com les accions de suport, i aquesta pot ser una font d'ingressos tant per al sistema com per al sector empresarial que hi està relacionat. La col·laboració publicoprivada esdevé determinant i són molts els exemples d'èxit (Alemanya, Boston, Turquia, Corea o Singapur) que han estructurat la internacionalització del sector amb una visió de conjunt però amb estratègies específiques per a cada línia de producte i l'han convertit en una activitat econòmica rendible. Es proposa la creació del Clúster Salut Barcelona/Catalunya. El sector té les condicions per convertir-se en un motor de la transició cap a un model productiu més basat en el coneixement. El sector de la salut representarà una plataforma d'internacionalització del conjunt de l'economia per la seva interrelació amb la resta de sectors.

M. TERESA BASSONS

M. Teresa Bassons és llicenciada en Farmàcia per la Universitat de Barcelona i especialista en Farmàcia Hospitalària. Ha estat responsable de comunicació i portaveu de la Junta del Col·legi de Farmacèutics de Barcelona, i membre de diverses comissions i consells assessors de diferents institucions. Actuantment és membre del Comitè Executiu de la Cambra de Comerç, Indústria i Navegació de Barcelona, on també presideix la Comissió d'Empreses del Sector de la Salut, i és comissionada de l'Observatori "Dona, empresa i economia". També és membre de diverses comissions i grups de treball del Consejo General de Colegios de Farmacéuticos de España, entitat que el 2008 li va atorgar la Medalla al Mèrit Professional. És autora de diversos estudis, ponències i articles publicats en revistes científiques nacionals i internacionals.

ENRIC MAYOLAS

Enric Mayolas és llicenciat en Medicina per la Universitat Autònoma de Barcelona i especialista en Medicina Intensiva per la Universitat de Barcelona. Ha estat director del Pla de salut de la Vall d'Aran, director general de l'Hospital de Granollers, gerent de Media Village Montgalà durant els Jocs Olímpics de Barcelona 92, director de la Fundació Barcelona Promoció, director de Promoció de la Cambra de Comerç, Indústria i Navegació de Barcelona, secretari de l'Associació de Cambres de Comerç de la Mediterrània, consultor internacional de salut i gestió sanitària, i director de l'Oficina de Relacions Internacionals i Cooperació del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. És director de Barcelona Centre Mèdic des d'octubre de 2009 i assessor tècnic de la Comissió de Salut de la Cambra de Comerç de Barcelona.

El sector de la salut a Catalunya. Pes econòmic i empresarial

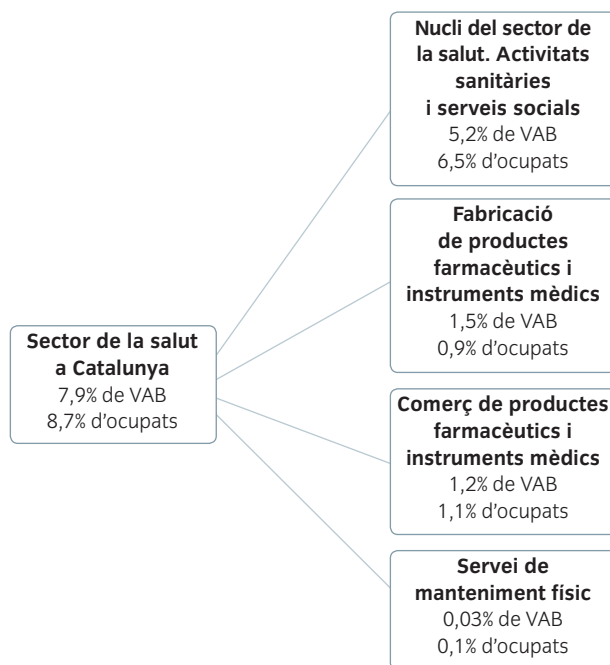
En els darrers temps es pondera la importància del conjunt del sector de la salut en l'economia de Catalunya i –el que en aquests moments pot ser més important– la seva capacitat de generar activitat econòmica i ocupació a través de la internacionalització.

Són diversos els estudis que han descrit i fixat conceptes sobre el pes econòmic, empresarial i ocupacional del sector de la salut, a més de fer una descripció del seu abast i composició. D'aquests estudis destaca *El sector de la salut a Catalunya* realitzat per la Cambra de Comerç,¹ del qual podem extreure xifres interessants.

El sector de la salut a Catalunya, públic i privat, va generar un valor afegit brut (VAB) a cost dels factors de 8.196 milions d'euros corrents l'any 2006, que representava el 17% del VAB sanitari espanyol, i el 2008 era el 7,9% del VAB del conjunt de l'economia catalana. Aquest darrer percentatge situava el sector de la salut com el quart més important de Catalunya d'un total de 27 sectors. Només va ser superat per sectors tan destacats com el de les immobiliàries i els serveis empresarials, el del comerç i la reparació, i el de la construc-

ció, i va superar sectors de serveis rellevants, com el de la mediació financera, o els industrials, com el químic.

Podem analitzar els quatre nuclis principals d'activitat que integren el sector de la salut segons la seva aportació al VAB i el percentatge d'ocupació.



Percentatge sobre el total, 2008.



1. Cambra de Comerç, Indústria i Navegació de Barcelona. Gabinet d'Estudis Econòmics. *El sector de la salut a Catalunya*. Desembre de 2009. Versió ampliada: febrer de 2011.



I si situem la salut en termes de VAB en el conjunt dels sectors i de manera evolutiva, podem veure la creixent importància d'aquest sector.

Rànquing de sectors en termes de VAB a Catalunya (percentatge sobre el total)

VAB 2001

1. Activitats immobiliàries, lloguers i serveis empresarials	15,8%
2. Comerç i reparacions	10,7%
3. Construcció	7,6%
4. Transport, emmagatzematge i comunicacions	7,5%
5. Hosteleria	7,0%
6. Salut	7,1%
7. Mediació financera	4,9%
8. Administració pública	3,8%
9. Educació	3,7%
10. Altres activitats socials i serveis personals	3,6%

VAB 2008

1. Activitats immobiliàries, lloguers i serveis empresarials	18,2%
2. Comerç i reparacions	11,4%
3. Construcció	10,0%
4. Salut	7,9%
5. Hosteleria	7,1%
6. Transport, emmagatzematge i comunicacions	7,0%
7. Mediació financera	5,6%
8. Educació	3,9%
9. Administració pública	3,8%
10. Altres activitats socials i serveis personals	3,5%

Quant a l'ocupació, el sector de la salut se situa en segon lloc, amb un 8,7% del total a Catalunya. En propers exercicis caldrà veure l'impacte de la crisi i les seves conseqüències en els diferents sectors. La caiguda de la construcció pot donar encara més pes i rellevància al sector de la salut malgrat les retallades que està patint. També caldrà veure com va evolucionant la situació en termes d'ocupació.

Rànquing de sectors en termes de VAB i ocupació a Catalunya (percentatge sobre el total)

Ocupació 2010

1. Comerç al detall	10,6%
2. Activitats sanitàries i de serveis socials	8,7%
3. Comerç a l'engròs i intermediaris (excepte vehicles de motor)	6,5%
4. Administració pública, defensa i seguretat social obligatòria	6,1%
5. Serveis de menjar i begudes	5,6%
6. Educació	4,9%
7. Activitats especialitzades de la construcció	4,8%
8. Transport terrestre; transport per canonades	3,4%
9. Serveis a edificis i activitats de jardineria	3,2%
10. Construcció d'immobles	2,7%

Estem, doncs, davant d'un dels sectors clau de l'economia catalana i que en termes econòmics i empresarials va molt més enllà del seu paper de servei bàsic, per la qual cosa constitueix un element d'activitat econòmica i empresarial determinant.

Sector de la salut i internacionalització

D'acord amb les dades elaborades per la Cambra de Comerç, el rànquing de productes exportats l'any 2010 mostra que en el cinquè lloc apareixen els productes farmacèutics i en la posició vint-i-unena els instruments i aparells d'òptica i medicoquirúrgics. Si unim els dos sectors, se situen en quart lloc i representen un 7,1% del total d'exportacions. Cal destacar l'important creixement que aquests dos grups han experimentat els darrers deu anys, ja que l'any 2001 ocupaven la sisena posició, amb un 3,3% del total d'exportacions de productes.

Rànquing de productes exportats a Catalunya (percentatge sobre el total)

Exportacions (2001)

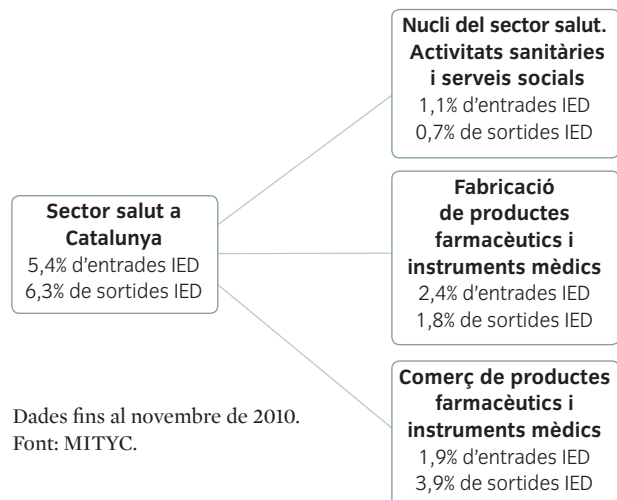
1. Vehicles automòbils i altres vehicles terrestres	19,8%
2. Màquines, aparells i material elèctric	11,4%
3. Màquines, aparells i artefactes mecànics	10,0%
4. Matèries plàstiques amb les manufactures	6,5%
5. Productes químics orgànics	3,6%
6. Paper i cartró, manufactures de pasta de cel·lulosa, de paper o de cartró	2,3%
7. Productes farmacèutics	2,0%
8. Productes diversos de les indústries químiques	1,8%
9. Carns i despulles comestibles	1,8%
10. Essències (olis essencials) i preparats de perfumeria	1,6%
22. Instruments i aparells d'òptica i medicoquirúrgics	1,2%
6. Salut (productes farmacèutics i instruments medicoquirúrgics)	3,3%

Exportacions (2010)

1. Vehicles automòbils i altres vehicles terrestres	15,0%
2. Matèries plàstiques amb les manufactures	8,3%
3. Màquines, aparells i material elèctric	7,7%
4. Màquines, aparells i artefactes mecànics	6,9%
5. Productes farmacèutics	5,9%
6. Productes químics orgànics	3,9%
7. Carns i despulles comestibles	3,4%
8. Combustibles minerals, olis minerals	2,9%
9. Essències (olis essencials) i preparats de perfumeria	2,6%
10. Paper i cartró, manufactures de pasta de cel·lulosa, de paper o de cartró	2,5%
21. Instruments i aparells d'òptica i medicoquirúrgics	1,2%
4. Salut (productes farmacèutics i instruments medicoquirúrgics)	7,1%

Si analitzem les inversions realitzades (IED) a Catalunya i les d'origen català a l'estranger, podem mesurar el grau d'internacionalització del sector.

El sector salut com a motor de la internacionalització

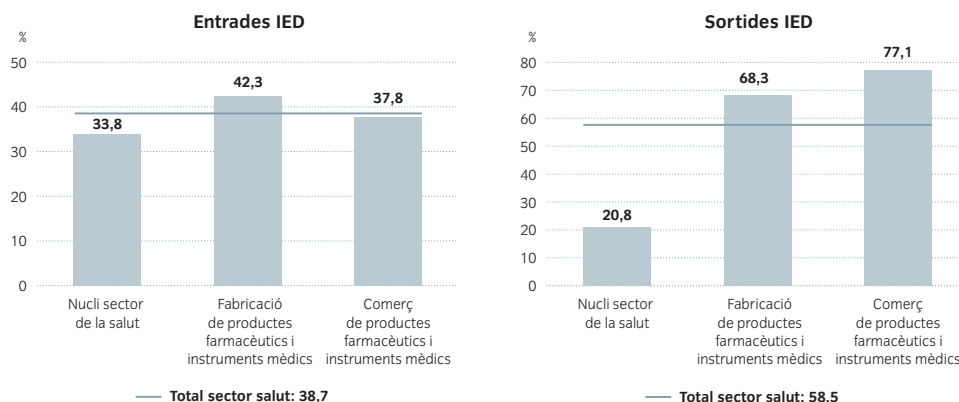


El sector rep el 5,4% de les entrades de capital i representa el 6,3% de les inversions catalanes a l'exterior. Per subsectors, el més important és el sector de la fabricació, on es registra l'entrada més elevada de capital, i d'altra banda, és en l'àmbit de la comercialització de productes farmacèutics i instruments mèdics on es produeix una inversió més forta. En canvi, l'activitat IED és poc rellevant en el nucli d'activitats sanitàries i serveis socials.

El gràfic següent mostra que el sector de la salut de Catalunya té un pes determinant tant en l'atracció de capital com en la inversió exterior. Catalunya va atreure el 44% de la inversió estrangera dedicada al sector sanitari espanyol entre 2000 i 2009.

Si observem el pes de Catalunya sobre Espanya, podem veure que Catalunya inverteix fora i és receptora de les inversions estrangeres.

El pes de Catalunya en els fluxos d'IED del sector de la salut a Espanya



Percentatge de Catalunya sobre Espanya, 2000-2010 (setembre).



Grau d'internacionalització del sector

La multiplicitat i l'heterogeneïtat del sector fan que hi hagi situacions molt diverses i estratègies específiques i diferenciades, i que les decisions d'internacionalització recaiguin en les empreses que poden i/o volen internacionalitzar-se. Això ens portarà a valorar la voluntat, el grau de preparació, la competitivitat en el seu subsector, la presència internacional i les àrees objectiu i potencialitat.

La descripció dels diferents subsectors o àrees d'activitat ens fa més evident encara la complexitat i diversitat del conjunt del sector de la salut en relació amb el seu grau d'internacionalització.

Assistència. És el cor i l'objecte bàsic del sector i el punt al voltant del qual gira bona part de la resta, ja que, més enllà de la prevenció, és un dels eixos de la preservació de la salut dels ciutadans. Forma part del contracte social bàsic. El Sistema Nacional de Salut, amb la seva xarxa de proveïdors, l'integren centres públics i centres concertats que no s'ha plantejat la internacionalització més enllà d'alguna acció aïllada. Disposem també d'un **sector assistencial privat** que constitueix un dels pilars de la societat catalana, a la qual està molt arrelat; aquest s'ha caracteritzat, però, per una forta atomització i per la vinculació a projectes més individuals que empresarials, i ha plantejat actuacions d'internacionalització (amb captació de pacients) al voltant de Barcelona Centre Mèdic (BCM).

Assistència sociosanitària. Amb un conglomerat empresarial tant residencial i d'atenció domiciliària

com de serveis personals i complementaris. És una altra activitat molt important en el nostre entorn, amb gran capacitat de creixement en els països emergents, fet que podria constituir una oportunitat.

Una variant que cal considerar per la seva transcendència econòmica és la captació i l'atenció a pacients d'altres països atrets per la qualitat, la capacitat i la competitivitat de la nostra atenció mèdica, i la nova realitat que pot suposar la mobilitat transfronterera de pacients amb la nova directiva de la UE. Tot això amb l'objectiu de convertir Barcelona/Catalunya en un nucli d'atracció i excel·lència en el mercat global.

Sector farmacèutic. Dins d'aquesta activitat s'inclou la recerca, la producció, la distribució i la dispensació de medicaments i productes sanitaris. Concretament, la indústria farmacèutica és el sector més exportador del conjunt del sector de la salut. Amb una estratègia clara i creixent d'internacionalització, és un dels sectors més estructurats, amb experiència, interlocució amb els organismes de foment de l'exportació i capacitat dins del sector salut. Les xifres dels gràfics anteriors donen idea de la potència del sector.

Productes sanitaris, materials i equipament. L'agrupació d'aquests diferents subsectors manté un nivell significatiu en l'exportació. Cal constatar el procés de transformació amb pèrdua de capacitat productora i empresarial per la deslocalització i l'augment de la comercialització i distribució.

Assistència tècnica. Consultoria. Serveis. Agrupació de moltes activitats que atorguen valor als elements d'èxit del Sistema Nacional de Salut de l'Estat –i especialment de Catalunya–, en els aspectes de concepció, gestió, planificació i desenvolupament dels serveis. L'experiència catalana té una imatge

molt bona i gran capacitat d'atracció. Hauria de ser una oportunitat.²

Construcció. Finançament. Ateses les mancances que tenia el nostre sistema (calia modernitzar la xarxa) ha estat una activitat molt important i ha generat grans capacitats tècniques i conceptuals. Si bé hi ha empreses catalanes que participen en grans projectes locals, són poques les que ho han fet en les grans infraestructures internacionals; en l'àmbit de la salut la seva presència ha estat molt migrada.

Cooperació al desenvolupament. En aquesta àrea la participació empresarial és reduïda i queda en mans

únicament d'organitzacions no governamentals. És una activitat –encara que actualment reduïda per la contracció econòmica– amb un important potencial i molt lligada a la capacitat de participació en la contractació pública internacional.

Contractació pública internacional. Si bé les experiències de diversos grups o empreses han estat notables i els esforços institucionals (COPCA, ACCIÓ) per augmentar la participació són constants, el nivell de participació de les nostres empreses queda lluny del que podria ser.

Els actors catalans: vocació i realitat. Un conte

A tothom li agradaria pescar.

El Josep sempre ha pensat que li agradaria pescar i quan hi pensa li vénen imatges d'una foto d'un peix molt gros i ell que l'ensenya als amics. Aquests amics que li expliquen històries dels seus grans trofeus, que sembla que sempre pesquin molt. No deu ser tan difícil, pensa; si tots ho fan ell també ho pot fer.

Dubta... Vols dir? Si jo sempre m'he dedicat al jardí.

Decideix entrar al món de la pesca ara que tothom pesca. Comencen les preguntes:

Vull anar a pescar només un dia? O vull dedicar-me a la pesca amb continuïtat?

Què vull pescar? Peixos grossos o petits?

On aniré? Al mar, al riu o a un embassament?

Al mar: des de la platja?, dalt d'una barca?, o faré pesca submarina?

Al riu: aigües ràpides o aigües tranquil·les?

Què em fa falta? Amb la canya no n'hi ha prou: barca, botes altes, salabre, ganxo, etc. Ara resulta que l'esquer és diferent per a cada peix...

Ja m'he decidit! Com que no puc tenir barca, tinc poc temps i em marejo, i d'altra banda el submarinisme no és per a mi, i no puc anar gaire lluny... faré pesca de riu i en aigües tranquil·les. Ho provaré!

Descobreixo que a prop d'aquí no hi ha gaires llocs per pescar, que m'hi passo molta estona i no piquen, i que el que pesco no serveix ni per menjar, ni per fer fotografies per ensenyar als amics. Massa esforç per a poc peix.

M'ho penso millor: compro la barca i cap al mar amb pastilles contra el mareig. Caldrà que aprengui a navegar, o bé he de buscar algú que sàpiga tripular la barca. Després buscaré algú que conegui tècniques de pescar (hi ha una

acadèmia de pescadors), he de trobar els llocs on hi ha peix (venen mapes). Descobreixo que les altres barques ja saben on n'hi havia i ara som molts pescant al mateix lloc. Veig que hi ha barques que pesquen molt i jo res (han incorporat un sónar i segueixen els peixos). Experimento que hi ha moltes hores mortes i sovint tornem buits. I si fem un grup? I si cadascú s'especialitza i compartim coses?

Ara, en grup, va molt millor i decidim crear altres activitats per processar la pesca i vendre els productes que fem nosaltres directament. Ara resulta que les autoritats creuen que impulsar "la pesca" serà bo. Però, quina pesca? Volen ajudar? I com ho faran?

Moralitat

Pescar no és fàcil; els amics només ensenyen els trofeus i no expliquen els fracassos anteriors ni el temps que hi han dedicat.

Pescar professionalment és tot un ofici i s'ha d'aprendre i tenir els estris i els equips adequats.

Els peixos dels altres semblen més grans.

Amb canyes petites no es poden pescar peixos grossos.

Vull saber com m'ajudaran les autoritats. Donaran suport als pescadors? Als constructors de barques? O als de xarxes? O ens diran on són els peixos?

Massa sovint els pescadors principiants van amb la canya equivocada (la que tenen; no la que els fa falta), amb l'esquer que no pertoca i a prop de casa, on hi ha pocs peixos. S'hi passen una tarda, no piquen, no pesquen, no pregunten què els ha passat i decideixen que no els agrada el peix. Seguiran dedicant-se al jardí i pensant que els amics pescadors són uns fanfarrons i deuen comprar el peix per fer-se la foto. El món ha decidit menjar peixos.

2. World Health Organisation Europe. Key Bank for Health System. Technical Policy Note-Provision, Public Health, Stewardship, Purchasing. 2010.



Inversions exteriors. La presència estable exterior fora del que s'ha descrit de l'àmbit de la indústria és poc rellevant. És escassa la presència en l'àrea assistencial i cal trobar les fórmules per fer-nos presents en centres assistencials, gestió de clíniques i hospitals, etc.

Formació, tant en el vessant de formació bàsica professional com en la formació especialitzada, continuada, en les modalitats presencials i *on line*, i també *in company*. Catalunya disposa d'una de les concentracions d'oferta més altes però amb feble internacionalització. La manca d'oferta en anglès i francès no ha permès consolidar la posició que l'experiència i els continguts es mereixen.

Recerca R+D. La despesa més important en R+D+I que es fa a Catalunya és per a la indústria farmacèutica i la fabricació d'instrumental mèdic, amb un 17,1% del total (Idescat, 2007).

Tenim, doncs, molts subsectors de la salut amb activitat internacional però centrada en l'àmbit farmacèutic i amb una expressió, tant en l'àmbit polític com empresarial, sobre les grans possibilitats del sector d'obrir-se a fora, exportar i tenir més presència fora de Catalunya.

Conjuntura actual

El que constitueix l'eix principal del sector salut és l'assistència, que està emmarcada en un sistema de sa-

lut que ha estat reconegut internacionalment tant pels seus resultats com per les característiques de la seva organització. En aquest entorn actual de retallades i contracció, on es valora i es verbalitza sobre la sostenibilitat del sistema, cal estar atents per saber valorar el que tenim i no actuar de manera destructiva sobre el sistema i malmetre'n la imatge.

Les capacitats tècniques dels nostres professionals i el personal sanitari, la qualitat del servei i els actius sectorials (trasplantaments, etc.), que són exemples mundials, s'han de cuidar. Més enllà d'assegurar-ne les condicions, cal no afectar la seva imatge. En molts aspectes del nostre sistema tenim grans capacitats per exportar tant el coneixement com el servei, i també les accions de suport, i aquesta pot ser una font d'ingressos tant per al sistema com per al sector en general.

Les empreses relacionades amb la prestació haurien de veure en la internacionalització una via que si no han emprès, hi estan immerses; però cal descobrir que la internacionalització dels serveis assistencials i relacionats pot ser una manera d'assegurar el sistema per als ciutadans del nostre país i per això la imatge que projecten és fonamental.

Si bé és cert que les enquestes fetes a la nostra població mostren alts nivells de satisfacció, costa reconèixer aquesta satisfacció en l'estat habitual de la població, i encara més en el moment actual, en què les retallades i/o reestructuracions dels serveis provoquen un alt grau de crispació que pot afectar la imatge de qualitat.

Característiques pròpies del sector, polítiques públiques, relacions exteriors, internacionalització i marc de competència internacional

Molts dels subsectors del sector de la salut són sectors regulats o quasi regulats i amb un notable pes del sector públic o de les decisions polítiques. Això fa que l'acció empresarial molts cops no sigui suficient tot i que la proposta sigui molt professional; és per això que la col·laboració publicoprivada esdevé determinant i són molts els exemples d'èxit.

Cal analitzar la competència de manera segmentada i els nostres competidors no són globals. Hi ha fortes diferències segons els subsectors; mentre que la recerca i la formació són molt globals, l'assistència tècnica i els serveis de salut tenen comportaments regionals on pesen molt els elements culturals, lingüístics i les relacions històriques.

Són diversos els exemples de països o territoris que han estructurat la promoció i internacionalització del sector amb una visió de conjunt però amb estratègies específiques per a cada línia de producte. Per exemple, a Boston (Massachusetts) hi ha una forta iniciativa del govern local o nacional per impulsar el conjunt del sector amb avantatges fiscals, promoció, forta implicació de tots els subsectors i important finançament públic de l'operació. Altres països, com Corea i Israel, creen estructures específiques de promoció per a una línia de productes. D'altra banda, Baviera amb la marca "Bavaria, a better state of health", Turquia, Jordània o Bèlgica creen estructures específiques per a la captació de pacients estrangers. En el cas alemany i belga s'adapta l'oferta als clients potencials, i en els altres casos, Turquia i Jordània, es construeix una oferta *ad hoc* diferenciada del sistema públic del país.

En la majoria d'estructures globals hi ha un acord publicoprivat que conjuga amb èxit l'impuls de la promoció pública, el dinamisme privat i la penetració de

les accions polítiques, la qual cosa permet portar a terme accions de gran abast a mitjà termini i fixar posicions de mercat incardinant accions i negocis diversos però connectats: assegurances amb serveis assistencials, assistència tècnica, materials, enginyeria, construcció, gestió, productes farmacèutics, formació. Es penetra en un mercat per una línia però amb la capacitat d'involucrar altres subsectors que acaben entrant també dins del mercat.

Oportunitats que cal aprofitar. La directiva de la UE de serveis de salut transfronterers

El Parlament Europeu va aprovar al final de març de 2011 la directiva que regula i fixa els drets dels pacients per buscar tractament en altres països de la UE i que ha de ser adoptada per tots els estats membres abans d'octubre de 2013. Es pot resumir en les següents consideracions:

- Els ciutadans tindran dret a anar a qualsevol estat i ser atesos d'acord amb els drets del seu país (no poden rebre un servei que no cobreixi el seu sistema) i seran reemborsats fins al que pagaria el seu sistema en el seu país. Cada estat membre ha de fixar les regles d'autorització del tractament a l'altre país.
- Es crearan uns punts de contacte nacionals a cada estat que han de proporcionar informació, detalls i opcions de tractament.
- El sistema d'atenció d'urgències fora del propi país continuarà com fins ara.

Mentre que la recerca i la formació són molt globals, l'assistència tècnica i els serveis de salut tenen comportaments regionals on pesen molt els elements culturals, lingüístics i les relacions històriques.

- En cas de malalties rares, si un tractament es fa en determinats països els pacients podran ser reemborsats fins i tot en el cas que el tractament no es proporcioni en el seu país d'origen.
- Els estats podrien limitar el nombre de tractaments de pacients d'altres estats si això posés en risc l'atenció dels seus ciutadans.

A l'espera de com s'acabi organitzant en un estat com Espanya i particularment a Catalunya, es pot obrir un mercat important per als centres catalans tant per la qualitat de la seva oferta i la bona imatge del sector, com pel nombre de ciutadans de la UE que viuen entre nosaltres o que ens visiten habitualment.

En el període que tenim per davant fins a la transposició efectiva també quedarà clar el rol que els centres privats poden desenvolupar en aquesta nova oportunitat. Cal, però, que estiguem preparats i adaptats.

Qualitat, acreditació i competitivitat

Si bé en el món industrial i dels serveis les certificacions tenen caràcter global, en l'àmbit de l'assistència sanitària els països han elaborat mecanismes propis de registre, certificació i acreditació, que assegurin nivells acceptables però que no garanteixen el seu reconeixement des de l'exterior, per convertir-los en homologables i competitius per als centres assistencials tant d'aguts com de crònics.

Les certificacions internacionals són clau per atraure clientela estrangera i, al marge de discussions tècniques, l'acreditació de la Joint Commission International (JCI) està esdevenint un requisit indispensable i targeta de presentació mínima per ser considerat en el sector. Són molts els països que han pres aquesta opció per situar-se en el mercat global. És clar l'exemple de Turquia, que disposa de més de quaranta centres acreditats per la JCI, mentre que Espanya en té només setze i Catalunya dos.

La directiva europea també deixa clar que demanarà nivells d'acreditació que garanteixin als finançadors de cada estat membre que el centre assistencial reuneix les condicions per realitzar l'atenció; probablement l'acreditació pel sistema nacional i l'EFQM podran ser requisits suficients per al mercat global. La JCI s'està imposant com el sistema que tothom reconeix.

Promocionar la imatge de marca i acreditar la qualitat dels serveis són elements essencials per assolir èxits en la internacionalització de productes i serveis.

Proposta. Creació del Clúster Salut Barcelona/Catalunya

El sector de la salut està en expansió mundial i ofereix oportunitats de creixement internacional a les empreses catalanes. L'estratègia d'internacionalització del sector de la salut requereix una voluntat política clara, la iniciativa privada, l'activitat institucional del sector públic i la col·laboració entre el sector públic i el privat. Els factors qualitatius són els determinants principals de la competitivitat internacional del sector, que augmentarà amb la intensitat del capital tecnològic, el capital humà i l'activitat innovadora.

L'augment del nombre de pacients estrangers a Catalunya, el lideratge dels sectors biomèdic i farmacèutic en la celebració de congressos i convencions, la posició destacada com a emissor i receptor de fluxos d'inversió estrangera, o la participació en projectes internacionals de cooperació al desenvolupament, demostren que es tracta d'un sector competitiu, proactiu i obert als nous canals de creixement que ofereix el mercat mundial.

L'adjudicació dels contractes públics internacionals requereix una elevada visibilitat i reputació exterior, i una activitat institucional orientada a crear vincles i desenvolupar acords de cooperació que donin suport a l'estratègia d'internacionalització del sector de la salut.

Promocionar la imatge de marca i acreditar la qualitat dels serveis són elements essencials per assolir èxits en la internacionalització de productes i serveis.

D'altra banda, el suport institucional a la internacionalització del sector de la salut s'ha enfortit amb la decisió de situar la salut com a objectiu clau de l'estratègia catalana de cooperació al desenvolupament.

Catalunya disposa de bases per consolidar un sector dinàmic, competitiu i innovador. Destaca la capacitat de generar coneixement en l'àmbit de la salut, amb una xarxa d'universitats, hospitals i centres de recerca que duen a terme una producció científica de primer nivell.

Es pot concloure que el sector de la salut té les condicions per convertir-se en un motor de la transició cap a un model productiu basat en el coneixement. El sector de la salut representarà una plataforma d'internacionalització del conjunt de l'economia per la seva interrelació amb la resta de sectors.

Conclusió

Tenim mar, sabem pescar i tenim tot el necessari per impulsar el sector de la pesca en el seu conjunt. Cal decidir que es vol impulsar la pesca, dir-ho i que tots es preparin. Ens cal estructurar-ho per decidir què, com i on ho volem fer, i hem d'adaptar les nostres capacitats i aprofitar les experiències dels que han anat sols a pescar i veure què podem fer junts. El sector públic s'ha de convèncer que ha d'anar amb les empreses i institucions, i aprofitar les relacions per obrir portes i per permetre l'aterratge de les nostres empreses. Cal fer un pas més enllà en el suport, molt útil fins avui, a accions de subsectors per part d'ACCIO (abans COPCA).

Cal estructurar-se, i això ens porta a la creació d'un clúster de les indústries de la salut, en el qual es puguin aprofitar les sinergies, es pugui establir una política i un pla estratègic i tenir la paciència d'esperar uns resultats a mitjà termini però consolidats en negocis i activitat. Si no, correm el perill d'acabar dient "ho deixo córrer perquè en el fons no m'agrada el peix i torno a 'l'hortet' a fer el que sempre he fet" i pescar amb canya des de la vora del riu. ■

Bibliografia

- Cambra de Comerç de Barcelona. Gabinet d'Estudis Econòmics. *El sector de la salut a Catalunya*. Desembre de 2009. Versió ampliada: febrer de 2011.
- Generalitat de Catalunya. Departament d'Empresa i Ocupació. "La internacionalització del sector de la salut." *Paradigmes*, núm. 4. Juny de 2010.
- Generalitat de Catalunya. Departament d'Empresa i Ocupació. "Àmbits i oportunitats d'internacionalització de la sanitat catalana." *Paradigmes*, núm. 4. Juny de 2010.
- Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Departament d'Innovació, Universitat i Empresa / COPCA. *Pla d'Internacionalització del Sector de la Salut de Catalunya 2007-2008*. Setembre de 2005.
- Intuition Communication Ltd. *Treatment Abroad. Your rights to treatment in Europe*. 2011.
- UE Directive. *Directive on cross-border healthcare*.
- WISMAR, E.; PALM, W.; FIGUERAS, J.; ERNST K.; UANGINE-KEU E. *Cross-border healthcare in the European Union. Mapping and analysing practices and policies*. European Observatory on Health Systems and Policies. 2010.
- World Health Organization Europe. *Key Bank for Health System. Technical Policy Note-Provision, Public Health, Stewardship, Purchasing*. 2010.

Reconduir les organitzacions sanitàries **cap a la seva autèntica missió: aportar valor salut a les persones**

LES ORGANITZACIONS SANITÀRIES HAURIEN DE RECONDUIR-SE cap a les activitats que aporten valor afegit a la salut dels pacients que les requereixen o dels ciutadans en general. S'hauria de fer bo el lema que repeteix Michael Porter: *"Better health per dollar spent"*. Per a això es proposen cinc línies de treball que s'haurien de promoure des de cada organització sanitària amb vista al nou paradigma que comporta deixar de fer coses sobreres, com ara reduir

la demanda inapropiada, l'actuació desproporcionada, les proves diagnòstiques inútils o redundants i les visites successives innecessàries, a més de millorar la gestió de llits.

JORDI VARELA

Jordi Varela és director gerent de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau des del gener de 2008. Es va doctorar en Medicina i Cirurgia per la Universitat Autònoma de Barcelona (llicenciatura el 1977 i doctorat el 1989), es va diplomar en Epidemiologia i Estadística pel CESAM de la Universitat Pierre i Marie Curie de París, i en Gestió d'Hospitals per ESADE a Barcelona. Va obtenir l'especialitat de Medicina Familiar i Comunitària per la via MIR (1983). Quant a la seva carrera professional, ha estat set anys director gerent de l'Institut Municipal d'Assistència Sanitària de Barcelona (els darrers tres va acumular el càrrec de conseller delegat). Abans havia tingut una trajectòria molt variada: director gerent de l'Hospital de Puigcerdà, director tècnic de lasist (empresa especialitzada en anàlisi de casuística), director d'operacions de la Divisió de Paralímpics del COOB'92, director mèdic de l'Hospital de la Creu Roja de Barcelona, cap d'Admissions de l'Hospital del Mar i director de Serveis de Sanitat i Serveis Socials de l'Ajuntament de Santa Coloma de Gramenet. En el camp acadèmic té diverses publicacions en temes de gestió clínica i d'instruments d'anàlisi de la casuística. Col·labora en el Mestratge de Gestió d'Institucions Sanitàries de la Fundació Dr. Robert de la UAB.

Per fer efectiu aquest nou paradigma, es proposa adoptar nous instruments que tinguin com a eix el valor afegit de la salut, com poden ser l'estratificació de la població per risc i condició crònica, l'establiment de plans de salut individualitzats, el lideratge clínic en nous programes de base cooperativa amb models de finançament basats en capita ajustada per risc i complexitat, el *benchmarking* de paràmetres que mesurin els resultats clínics, sense oblidar la necessitat de crear comissions independents de professionals que promoguin accions per reduir activitats sense valor clínic afegit.

Per acabar, es destaca que caldria revisar el model sanitari català, en la línia de les experiències documentades que aprenen el finançament, amb risc, al proveïdor de serveis, perquè sota la guia dels plans de salut sigui ell mateix qui pugui oferir o adquirir els serveis que cregui necessaris.

Introducció

Les organitzacions sanitàries haurien de millorar sempre en la línia de l'eficàcia i l'eficiència de les seves activitats. Aquesta sembla una afirmació en la qual tots estariem d'acord, però si es vol anar més enllà i es pretén aconseguir la millora contínua en l'efectivitat de les seves accions, a les organitzacions sanitàries només els queda el camí de reorganitzar-se sobre la base del procés clínic i de les necessitats de la salut de les persones. L'objectiu d'aquestes organitzacions ja no sembla, per tant, que hagi de ser només el rendiment de les seves estructures (més pacients donats d'alta, més pacients atesos a urgències, més pacients visitats a primària) sense altres consideracions. D'altra banda, moltes malalties han vist reduïda la mortalitat, però en canvi han augmentat la morbiditat, sense oferir mai al pacient que les pateix la possibilitat de sanar del tot; i per aquest motiu l'epidemiologia de la discapacitat i de la dependència s'ha disparat. Aquesta tendència, afegida a la de l'envelliment constant de la població, no fa més que generar tensions a les demandes que reben les organitzacions sanitàries en totes les seves portes d'accés.

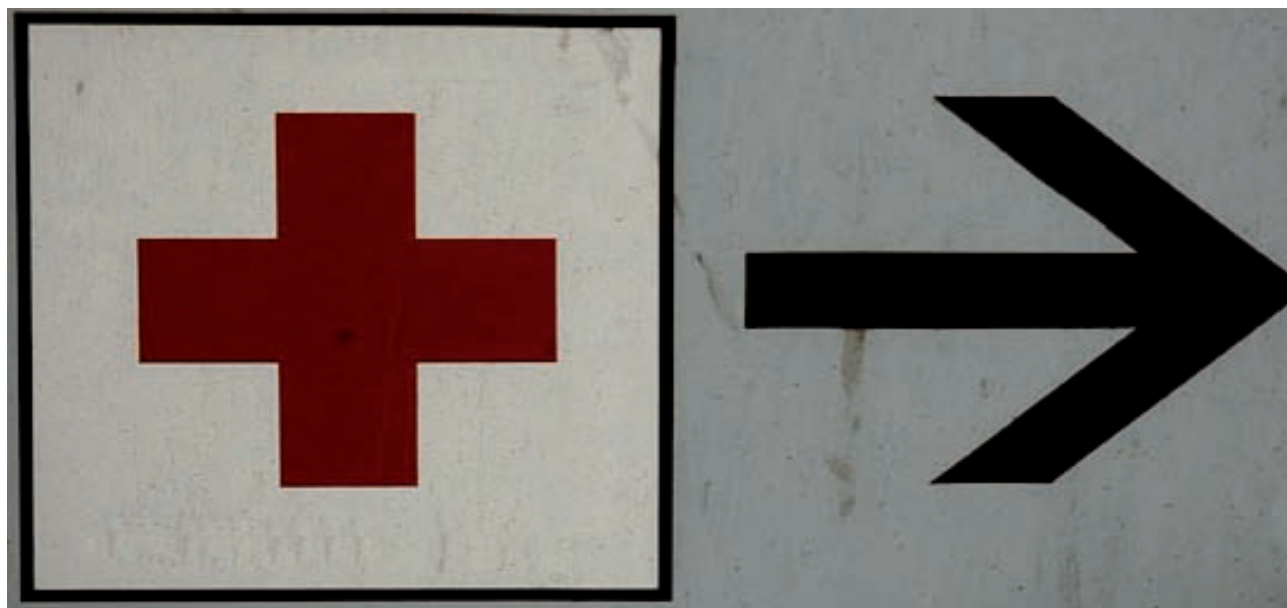
Els processos clínics de malalties agudes, als quals estan tan ben orientats els hospitals, requereixen habilitats professionals, especialització i sovint tecnologia, però quasi contradictòriament, a les organitzacions sanitàries els resulta més difícil millorar la qualitat de

vida dels pacients amb malalties cròniques o degeneratives, ja que en aquests episodis cal la implicació del pacient mateix, el qual ha d'arribar a entendre què li passa i quines són les conductes que hauria d'adoptar. I si en això es fracassa ja se sap a bastament el que ocorre: el pacient crònic esdevé un adicte consumidor de serveis sanitaris, molts d'ells innecessaris o redundants.

Les organitzacions sanitàries haurien de reflexionar internament sobre el valor que aporten en termes de salut als pacients que atenen.

Cinc línies per ajudar a reconduir les organitzacions sanitàries cap a la seva autèntica missió

Les organitzacions sanitàries haurien de reflexionar internament sobre el valor que aporten en termes de salut als pacients que atenen. Per aquest motiu s'haurien d'encetar línies de treball que haurien de ser les bases d'un pla estratègic per obtenir el paradigma següent: tot el que no va en la direcció d'aconseguir els objectius del pla de salut individualitzat de cada persona i el pla de salut col·lectiu de les comunitats amb què es treballa



és sobrer; i de res serveix treballar molt, o fins i tot treballar bé, si no es va en la direcció adequada.

Cinc línies per ajudar a reconduir les organitzacions:

1. Reduir la demanda inapropiada.
2. Reduir l'actuació desproporcionada.
3. Reduir les proves diagnòstiques inútils o redundants.
4. Reduir les visites successives innecessàries.
5. Millorar la gestió de llits.

Línia 1. Reduir la demanda inapropiada

L'objectiu d'aquesta línia és evitar que els malalts amb patologies cròniques o els pacients amb fragilitat geriàtrica freqüentin les portes del sistema amb peticions de serveis que no són les més apropiades per a ells o per a elles. En aquests moments, la percepció dels mateixos malalts i de les seves famílies és que davant de qualsevol empitjorament, o de qualsevol nova situació clínica, el millor és posar-se en mans expertes. I així és com les consultes d'atenció primària se saturen amb facilitat i els serveis d'urgències dels hospitals es veuen desbordats per unes tipologies de malalts per als quals no disposen dels instruments ni les orientacions adequades: rehabilitació, convallescència, atenció infermera propera, per exemple.



Cal prestar atenció a les experiències que s'estan publicant, sobretot als EUA, sobre les ACO (Accountable Care Organizations). Aquests programes pretenen que equips mixtos de professionals, procedents tant dels hospitals com de la primària, experts en determinades patologies cròniques, treballin junts per millorar la qualitat de vida de determinats grups de pacients difícils de manejar i molt consumidors de serveis sanitaris.^{1,2,3,4}

Bases de les experiències ACO:

- Selecció de patologies cròniques
- Lideratge clínic
- Guies de pràctica clínica transversals
- Pla de salut individualitzat per pacient
- Mesura de resultats clínics (*outcomes*)
- Model de finançament capitatiu ajustat per risc i complexitat

Les bases de les experiències ACO són:

- Seleccionar patologies cròniques prevalents en el territori.
- Crear grups específics de metges, infermeres i altres professionals que puguin ser necessaris per als objectius de salut, amb treball multidisciplinari i lideratge clínic.
- Generar guies de pràctica clínica transversals entre nivells assistencials que considerin les circumstàncies diverses que els pacients triats poden tenir en qualsevol racó del sistema.
- Acordar amb cada pacient un pla de salut personalitzat que l'impliqui en els objectius de salut pactats i li marqui unes pautes conductuals mesurables i avaluables.
- Precisar quins han de ser els resultats clínics que s'han de mesurar per avaluar els objectius del programa. Els termes d'aquests resultats no han de ser de consums de productes sanitaris, sinó que han de considerar si el nivell de salut i de dependència obtingut s'adiu als objectius del pla de salut, i evidentment als recursos que s'han hagut d'esmerçar per aconseguir-ho.
- Desplegar models de finançament (*bundles*, una mena de capita ajustada per risc i complexitat) per a aquests programes que s'adiguin als objectius treballats i que permetin que aquests nous equips tinguin recursos directes per finançar ells mateixos altres proveïdors quan calguin als malalts que atenen.

1. HAM, C.; DIXON, J.; CHANTLER, C. Clinically integrated systems: the future of NHS reform in England? *BMJ* 2011; 2 (342): 740-2.

2. CURRY, N.; HAM, C. *Clinical and service integration. The route to improve outcomes*. The King's Fund 2010.

3. RITTENHOUSE, D.R.; SHORTELL, S.M.; FISHER, E.S. Primary Care and Accountable Care. Two Essential Elements of Delivery-System Reform. *N Engl J Med* 2010 Dec 10; 361 (124): 2301-3.

4. SHORTELL, S.M.; CASALINO, L.P. Health Care Reform Requires Accountable Care Systems. *JAMA* 2008 July 2; 300 (1): 95-7.

Ara per ara, la majoria de sistemes de salut del món occidental estan immersos a desplegar experiències en aquesta línia, en el benentès que hi ha grups de malalts crònics i fràgils que consumeixen una gran quantitat de recursos sanitaris, i sobre els quals és evident que el model tradicional de l'organització sanitària en nivells assistencials no és la més apropiada. Les experiències ACO, o les variacions que puguin aparèixer, són una de les línies de treball per aconseguir els nous paradigmes, i van més enllà de les aliances estratègiques o de les organitzacions sanitàries integrades (OSI), ja que aquests nous models, si volen reeixir, han d'anar més enllà d'experiències voluntàries de coordinació. Han de saber crear equips multidisciplinaris compactes, amb professionals procedents de tots els nivells assistencials, a més d'aconseguir un finançament propi basat en resultats de millores clíniques i de reducció de consums innecessaris.

Línia 2. Reduir l'actuació desproporcionada

Estudis recents indiquen que la proximitat de la mort és el traçador principal dels costos sanitaris. La despesa en la provisió de serveis sanitaris en el darrer any de la vida de les persones en els països del primer món es calcula que és 13,5 vegades superior a la del consum estàndard. I si es precisa encara més, en els pacients ingressats als hospitals, en el darrer mes de la vida els costos són 8,6 vegades superiors que en els ingressos hospitalaris dels mateixos pacients en els darrers sis mesos de vida.^{5,6,7}

Amb aquestes dades, tant clínics com gestors sanitaris ens hem de preguntar si no malbaratem recursos d'una manera desproporcionada en els pacients que ja no tenen expectatives de viure molt de temps més. Sense entrar en debats ètics, si només ens centrem en termes d'ajust entre l'actuació i els beneficis de salut obtinguts, en aquest camp hauríem de ser una mica més precisos:

- ¿Tenim en els centres sanitaris uns protocols ben definits que permetin a pacients, famílies i professionals decidir en quin moment és més adequada la

S'ha de treballar intensament per reduir el consum exagerat (i poc apropiat) de recursos, sobretot en els pacients més fràgils i més crònics.

pràctica pal·liativa que no pas la curativa? Potser en el camp de l'oncologia s'han fet força avenços, però probablement encara tenim un recorregut de millora molt gran en el camp de la geriatria.

- ¿Per què tantes persones d'edats molt avançades moren en serveis d'urgències i en sales d'hospitalització? ¿No seria més apropiat que l'experiència dels serveis de PADES s'estengués a la geriatria, i així les famílies no es veurien forçades a enviar els avis a urgències en els darrers moments de la vida? ¿No és més ajustat, en aquestes edats, morir a casa amb el suport de capçalera d'una infermera que no pas en un box d'urgències esperant els resultats d'una analítica que no aportarà res?
- ¿Hem treballat prou els criteris de com abordar les fases finals de les malalties degeneratives? ¿Per què ens entossudim a tractar amb agressivitat terapèutica inapropiada, fins i tot quirúrgica, determinats malalts que de manera natural ja no tenen cap futur a causa de l'avançat estadiatge de la seva malaltia degenerativa o crònica?

Aquest no és un assumpte que s'hagi d'abordar exclusivament des dels hospitals, és un problema de desajustament d'enfocament del sistema, i només amb accions transversals es podrà superar aquest atzucac en el qual estem immersos. Ens hem de convèncer, com ha passat

Les experiències PADES s'han d'ampliar a la fragilitat geriàtrica, sobretot en els darrers moments de la vida, quan una actuació domiciliària pot ser molt més convenient que un ingrés hospitalari.

amb l'experiència PADES en càncer, que si les famílies tenen garanties que tindran un suport professional a domicili adequat en els darrers moments de la vida dels seus parents, aquesta mateixa confiança farà que no es vegin impel·lides a efectuar pesadíssims trasllats als hospitals, els quals no afegeixen més que molèsties i dolor; i a més a més sobrecarreguen uns recursos que no estan preparats per a aquesta mena de serveis.

5. SESHAMANI, M.; GRAY, A.M. A longitudinal study of the effects of age and time to death on hospital costs. *J Health Econ* 2004; 23 (2): 217-35.

6. POLDER, J.J.; BARENDREGT, J.J.; VAN OERS, H. Health care costs in the last year of life. The Dutch experience. *Soc Sci Med* 2006; 63 (7): 1720-31.

7. KARDAMANIDIS, K.; LIM, K.; DA CUNHA, C.; TAYLOR, L.K.; JORM, L.R. Hospital costs of older people in New South Wales in the last year of life. *Med J Aust* 2007; 187 (7): 383-6.

Línia 3. Reduir les proves diagnòstiques inútils o redundants

La literatura mèdica mostra, d'una manera extensa, que les proves diagnòstiques inútils o redundants poden ser eliminades sense disminuir en absolut la qualitat de l'atenció sanitària. S'entén com a prova inútil no la que és inútil per ella mateixa, ja que s'entén que d'aquestes no n'hi ha (o no n'hi hauria d'haver), sinó aquella de la qual es fa un ús inadequat. És inútil aquella prova que s'indica quan ja se sap que no aportarà res de nou al procés diagnòstic o de seguiment d'una patologia. S'entén com a prova redundant aquella que es manté malgrat la introducció en el mercat de noves proves que aporten més dades o són més precises.^{8,9,10,11,12} Es tracta d'allò tan veridic que es diu: que en sanitat les novetats mai no substitueixen les antiguitats, sinó que s'hi acumulen.

A continuació es ressenyen alguns camps de les àrees diagnòstiques en els quals hi ha un ampli terreny per a la millora:

- Les proves preoperatòries indiscriminades sense tenir en compte l'edat, ni la manca de comorbiditats dels pacients que han de ser operats, però tampoc sense precisar la complexitat del tipus d'intervenció. En aquest camp també es qüestiona la visita aneste-siològica preoperatòria indiscriminada, sense un criteri de selecció previ.
- Les proves de control de pacients amb malalties cròniques o canceroses. En què es basen les pautes? Hi ha evidència científica de la periodicitat? Ara mateix, amb el estudis que han aparegut sobre irradiació acumulativa, ¿no seria convenient ser una mica més acurats amb els seguiments? Potser seria una bona manera d'estalviar irradiacions innecessàries als pacients, i alhora reduir costos en proves diagnòstiques.
- Respecte a les proves redundants, l'assumpte és força complicat, ja que alguns clínics estan instal·lats en pràctiques força defensives i prefereixen cobrir tots

els espectres diagnòstics abans que córrer riscos amb suposades llacunes. Això no treu que en moltes circumstàncies les redundàncies són exagerades, i els clínics que les practiquen, absorts per la gran quantitat de mitjans dels hospitals actuals, haurien de veure's obligats a basar aquestes pràctiques redundants en l'evidència.

A les organitzacions sanitàries s'hauria de revisar el paper que es dona als metges que gestionen serveis centrals diagnòstics. Per aconseguir una medicina menys malbaratadora, aquests metges s'haurien d'implicar

Els darrers estudis que mostren les conseqüències negatives de les irradiacions acumulatives sobre les persones han afegit arguments als defensors de posar racionalitat al malbaratament de proves diagnòstiques.

encara més del que ho fan en els comitès que revisen guies de pràctica clínica, i haurien d'aportar més avaluació (i més anàlisi de riscos per als pacients) sobre les indicacions que els clínics fan de les proves que els competeixen.

Línia 4. Reduir les visites successives innecessàries

L'àrea de consultes externes de l'Hospital de Sant Pau atén 356.000 visites cada any, però només un 22% d'elles són primeres visites, i per aquest motiu l'hospital ha dissenyat un pla destinat a reduir 23.000 visites de seguiment anuals, les quals es podrien considerar *a priori* que són innecessàries.

Aquest pla té en compte només els serveis mèdics que es creu que tenen més tendència a tutelar els malalts de seguiment més enllà del que seria raonable:

- Reumatologia, ortopèdia i rehabilitació. En aquest camp de la casuística, l'hospital s'ha de centrar en la

8. STIELL, I.; WELLS, G.; LAUPACIS, A.; BRISON, R.; VERBEEK, R.; VANDEMHEEN, K. ET AL. Multicentre trial to introduce the Ottawa ankle rules for use of radiography in acute ankle injuries. Multicentre Ankle Rule Study Group. *BMJ* 1995; 311 (7005): 594-7.

9. BACHMANN, L.M.; KOLB, E.; KOLLER, M.T.; STEURER, J.; TER RIET, G. Accuracy of Ottawa ankle rules to exclude fractures of the ankle and mid-foot: systematic review. *BMJ* 2003; 326 (7386): 417.

10. KEAY, L.; LINDSLEY, K.; TIELSCH, J.; KATZ, J.; SCHEIN, O. Routine preoperative medical testing for cataract surgery. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 2. Art. No.: CD007293. DOI: 10.1002/14651858.CD007293.pub2.

11. BATES, D.W.; BOYLE, D.L.; RITTENBERG, E.; KUPERMAN, G.J.; MALUF, N.; MENKIN, V. ET AL. What proportion of common diagnostic tests appear redundant? *Am J Med* 1998; 104 (4): 361-8.

12. VAN WALRAVEN, C.; RAYMOND, M. Population-based study of repeat laboratory testing. *Clin Chem* 2003; 49 (12): 1997-2005.

fase del procés terapèutic en el qual la seva actuació és eficient: postoperatoris immediats, plans rehabilitadors amb objectius precisos, tractaments farmacèutics biològics, per dir-ne alguns.

- **Oncologia i hematologia.** Un cop superat el risc immediat i obtinguda la supervivència i una qualitat de vida acceptables per al pacient, quan la malaltia cancerosa ha entrat en fase de remissió o de cronicitat estabilitzada, el seguiment que es fa des de l'hospital d'aquests malalts és de vegades excessiu, atès que sovint quan una persona ha tingut un càncer algun cop a la vida, sembla que l'oncòleg o l'hematòleg passen a ser els metges de capçalera del malalt.
- **Psiquiatria.** Llevat de les unitats hospitalàries molt especialitzades (toxicomanies, addicció, anorèxia o altres), les consultes externes d'hospital haurien de reduir el seguiment dels malalts en bé de la xarxa d'atenció primària especialitzada.

És una responsabilitat dels especialistes d'hospital establir plans de seguiment i formatius de pacients que haurien de ser seguits millor des de l'àmbit de l'atenció primària, enlloc d'acomboiar-los innecessàriament des de les instàncies hospitalàries, fet que comporta diversos efectes indesitjables: desarrelament d'aquests pacients respecte de l'atenció primària, sobreprotecció

L'actitud de molts especialistes envers el seguiment de pacients que estan en fase de remissió o de cronicitat sovint és exageradament proteccionista i indueix al consum innecessari de recursos diagnòstics.

per part dels especialistes i un excés de proves diagnòstiques redundants.

Línia 5. Millorar la gestió de llits

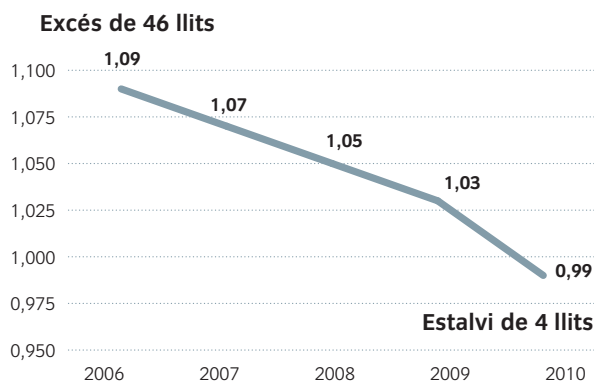
Malgrat la introducció de programes ambulatoris sofisticats, com la cirurgia major sense ingrés, les endoscòpies terapèutiques digestives o l'hemodinàmica cardíaca intervencionista, l'ús del llit hospitalari continua sent el recurs més costós del sistema sanitari. I això és perquè l'ús del llit d'hospital arrossega diversos sistemes complexos com cures d'infermeria continuades, especialistes variats, guàrdies mèdiques, ús intens de recursos diagnòstics i terapèutics, sense oblidar tot el que implica el sistema hotel·ler coadjuvant. Per tant, cada estada innecessària és un llast per a les finances del centre, tant si obeeix a ingressos que no s'haurien d'haver produït com a estades que s'allarguen en pacients que ja haurien de ser a casa o en un altre recurs més lleuger.



Per avançar d'una manera sostinguda en la millora de la gestió dels llits hospitalaris, cal comparar les dades pròpies amb una extensa base de dades que permeti obtenir indicadors ajustats per complexitat (a partir de la codificació del sistema GRD). D'aquesta manera es pot saber si les desviacions en estada mitjana, tant de l'hospital com dels serveis mèdics, corresponen a una diferència amb la complexitat dels casos tractats, o bé a una diferència en la pràctica de la gestió dels llits hospitalaris.

Els antics pavellons de l'Hospital de Sant Pau tenien una estada mitjana, l'any 2006, que es va valorar que era un 9% més desviada en excés que una mitjana d'hospitals comparables en una gran base de dades. Això implicava que l'hospital estava consumint 46 llits de més a causa d'una gestió inapropiada de les sales (segurament la tortuosa arquitectura no era estranya a aquest mal resultat). Aquesta era una dada consistent, perquè davant de la qüestió de si es podia explicar pel fet que l'hospital tractava malalts més complexos, la resposta era evidentment negativa perquè els indicadors ja s'havien ajustat prèviament per complexitat. Des del 2006 hi ha hagut dos aspectes que han millorat les dades de l'hospital, una és la consciència de la necessitat de millorar l'ús dels recursos, i l'altra ha estat el trasllat a unes noves instal·lacions més funcionals. Ara mateix, les darreres dades de què disposem ens indiquen que l'hospital ja ha superat la mitjana de la base de dades, tot i que amb un migrat 1%, la qual cosa representa un estalvi de 4 llits. Per tant, es pot concloure que l'hospital ara és capaç de tractar la mateixa casuística sense cap minva en la qualitat (atès que els indicadors de mortalitat, morbiditat i reingressos també han millorat) amb 50 llits menys dels que ho hauria fet tan sols cinc anys abans.

Índex d'estades ajustades. Hospital de Sant Pau



D'acord amb aquesta tendència, i atenent les necessitats de noves restriccions pressupostàries, a l'hospital s'ha plantejat l'objectiu d'assolir, no ja la mitjana de la base de dades (que ja ha aconseguit), sinó el *benchmarking*. Se sap que hi ha un marge per continuar reduint els llits sense disminuir els pacients ingressats ni la

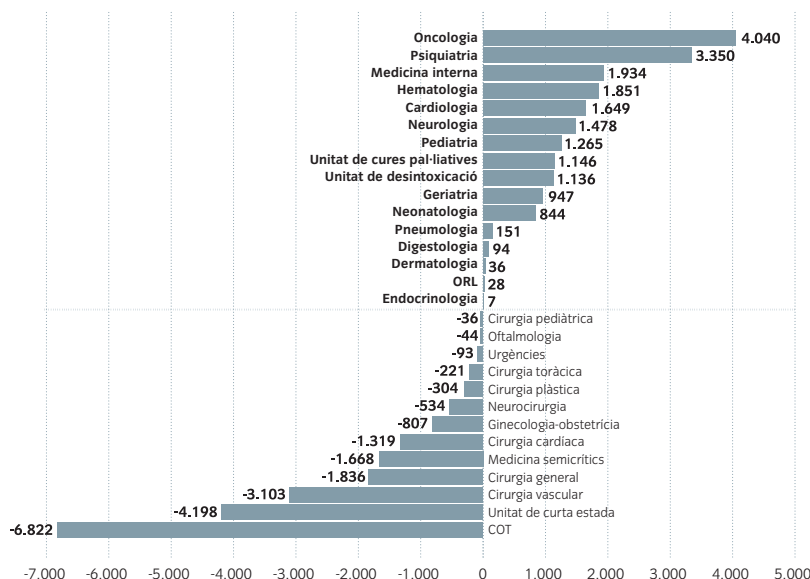
L'Hospital de Sant Pau (només com a exemple d'un fenomen general) ha estalviat l'ús de 50 llits en els darrers cinc anys només pels efectes d'una gestió de les sales cada cop més acurada. Això fa ser optimista de cara a nous objectius en aquest àmbit.

qualitat de l'atenció que s'ofereix, i atesa l'experiència que es té dels darrers cinc anys, es coneix bé quins són els serveis mèdics que poden fer més esforç i quin és el cost de l'esforç:

- Hi ha un bloc de serveis que atenen patologies mèdiques (no quirúrgiques) que tenen problemes evidents per donar d'alta determinats pacients, sobretot els més fràgils i amb problemes familiars. Cal fer un pla intern d'abordatge multidisciplinari dels casos en què l'alta és més difícil de gestionar des del mateix moment de l'ingrés. Per aquest motiu l'organització de les sales s'ha d'orientar més cap a l'aproximació geriàtrica a certes patologies, cap a una connexió millor amb l'atenció primària i cap als recursos sociosanitaris.
- Hi ha un altre bloc de serveis, els quirúrgics, que encara tenen marge per a la millora en l'estada preoperatoria. Entenent que als hospitals universitaris sovint no és fàcil fer ingressar els pacients el mateix dia de certes operacions que requereixen preparacions prèvies, s'ha d'aconseguir amb pautes ben elaborades que es treballin aquests aspectes de manera més organitzada.



Impacte dels serveis en les estades utilitzades en excés. Hospital de Sant Pau



Impacte
Serveis que mostren un impacte superior en les estades utilitzades en excés per sobre de l'estàndard, un cop s'ha ajustat per risc

Els hospitals estan obligats, doncs, a preparar-se per a un futur amb menys llits, però amb un ús molt més acurat del que ara encara es fa, tot i les evidents millores en els darrers temps, i això no s'aconseguirà sense un treball d'orientació encara més intens cap a la simptomatologia geriàtrica, cap a la problemàtica social dels pacients, cap a la millor coordinació amb l'atenció primària i cap a una xarxa ben aprofitada de recursos sociosanitaris.

Instruments imprescindibles per aconseguir el nou paradigma

Amb les cinc línies de treball proposades, les organitzacions sanitàries estarien en millor disposició de ser un recurs més ben adaptat al nou paradigma: treballar només en les accions que poden aportar més salut als pacients i a les comunitats, o, com diu Michael Porter: *"Better health per dollar spent"*.¹³ Però si no som prou eficaços trobant els instruments, tot això només quedarà

com una retòrica que anirà sucumbint a la mateixa inèrcia de les ineficiències instal·lades i a les diverses tensions que actors amb interessos diferents fan incidir en el sistema de salut.

Instruments necessaris per al nou paradigma:

1. El valor de la salut com a instrument clau de la pòlissa
2. El lideratge clínic i el nou finançament
3. El *benchmarking* i el mesurament de resultats clínics
4. Les comissions professionals independents per alertar i proposar actuacions

Els instruments que s'haurien de desplegar serien els següents:

1. **El valor de la salut com a instrument.** L'asseguradora (això val tant per a les públiques com per a les privades) hauria de posar el valor de la salut i el pacient en el centre d'interès. Els instruments necessaris per aconseguir-ho estan molt ben definits per Kaiser Permanente¹⁴, però també per altres mútues, i actualment les reformes del Regne Unit¹⁵ i del País Basc¹⁶ també apunten en la mateixa direcció, malgrat que

13. PORTER, M.E.; TEISBERG, E.O. How physicians can change the future of health care. *JAMA* 2007; 297 (10): 1103-11.

14. <https://members.kaiserpermanente.org/kpweb/aboutus.do>

15. NHS. *Equity and excellence: liberating the NHS*. July 2010.

16. Osakidetza. *Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi*. Julio de 2010.

cap d'elles no té la trajectòria ni els instruments tan ben greixats com Kaiser Permanente. Parlem, doncs, d'estratificació de la població per riscos en salut i per condicions cròniques ja adquirides, de plans de salut individualitzats a partir d'aquesta estratificació, d'implicació dels mateixos malalts (en el cas de Kaiser, amb reduccions o penalitzacions en les pòlisses) i dels professionals per aconseguir els objectius, de finançament basat en bona part en l'obtenció dels objectius marcats. En resum: estratificació, implicació dels pacients i desincentivació del consumisme innecessari.

2. El lideratge clínic i un nou finançament. El lideratge clínic és imprescindible per al nou paradigma. Per tant, el futur passa per l'aprofundiment en les experiències cooperatives de professionals, amb més competències que les entitats de base associativa que ara coneixem. No en va, Permanente és una cooperativa de metges que en el seu dia, després d'anys de negociacions, va aconseguir un acord sòlid i global amb l'asseguradora Kaiser. Ara també veiem com al Regne Unit pretenen que els grups de metges de capçalera tinguin funcions en la compra de serveis (*commissioning*) que es deriven de les seves pròpies decisions. El lideratge clínic ha de ser per tant l'eix traçador del

canvi, d'acord amb un finançament en *bundles* que els impliqui en els resultats que s'espera d'ells, i amb una visió de responsabilitat transversal, sobretot sobre els grups de pacients crònics de seguiment més difícil.

3. El benchmarking i el mesurament de resultats clínics.

El benchmarking s'ha de desenvolupar en grans bases de dades i s'ha d'explotar amb criteris professionals per permetre la millora contínua dels recursos, seguint la línia ja coneguda de les bases de dades dels GRD i la seva gran aportació a la millora en la gestió de llits. Ara només cal fer-ho extensiu a tots els paràmetres imprescindibles per posar el valor de la salut en el centre de totes les accions de les organitzacions sanitàries. Hauríem d'estar atents al desplegament d'un model de mesurament de resultats clínics (*outcomes*) que Michael Porter ha publicat recentment,¹⁷ amb la clara intenció que sigui una base de mesura per a un futur model de finançament basat en la salut obtinguda (temps per a la recuperació, complicacions, errors terapèutics, recaigudes, conseqüències a llarg termini, etc.) més que en l'activitat feta.

4. Comissions professionals independents (de la direcció, s'entén) per a l'ajust de les actuacions clíniques. En la mateixa línia que les comissions de



qualitat, s'haurien de crear comissions internes que tindrien per objecte assessorar la direcció sobre mesures internes a prendre per reduir el malbaratament de recursos en accions que no porten valor afegit en termes de la salut dels pacients, d'acord amb els punts tractats en aquest article: demanda inapropiada, actuacions desproporcionades, proves innecessàries, visites redundants, estades no ben justificades o altres línies que es poguessin proposar. Es tracta d'alertar i desplegar programes interns que permetin ajustar de manera satisfactòria les despeses a les capacitats d'incidir en la salut de les persones.

A manera de conclusions

El principi d'afinar la despesa sanitària a les accions que porten valor afegit és fàcil d'expressar, però molt complex d'assolir, atès que al sector de la salut hi ha molts actors i molts interessos diversos que, malgrat que siguin lícits, no tots apunten en la direcció del lema "porterà" *"Better health per dollar spent"*.

A l'article s'apunten cinc línies de treball per evitar algunes fugues de les organitzacions sanitàries actuals

en activitats que no aporten suposadament valor afegit a la salut de les persones, o que fins i tot seria millor que s'evitessin. També s'hi aporten quatre instruments que seran de ben segur els que marcaran el futur i serviran per fer possible l'avenç cap a sistemes sanitaris menys dispersos i més concentrats en el que se suposa que s'ha de fer.

Per acabar, i ja quasi fora del tema que se m'ha encarregat, les tendències actuals apunten que per obtenir bons resultats i evitar despeses innecessàries s'hauria de transferir el finançament de la compra de serveis al professional que maneja el pla de salut del pacient, perquè ell mateix pugui decidir quins serveis ofereixen directament i quins hauria de comprar. Aquest nou model fusiona funcions amb l'objectiu d'implicar més els actors (finançador, proveïdor i pacient) entorn de la millora del procés clínic i el consum de recursos més ajustat a les necessitats reals. Si aquesta és la tendència dels nous paradigmes, s'aconsellaria, evidentment, revisar el model sanitari català, que com se sap té com a senya d'identitat (almenys en el pla teòric) la separació de funcions entre comprador i proveïdor, a més d'un tercer agent (el Departament de Salut) que és qui planifica. ■

Els defensors del model sanitari català (separació de la planificació, la compra i la provisió de serveis) haurien d'estar força atents a les tendències d'algunes mútues d'altres països, tant públiques com privades, de transferir als professionals la responsabilitat del finançament dels plans de salut perquè ells mateixos proveeixin o adquireixin els serveis que creguin convenient. A ningú se li escapa que en aquest nou paradigma les funcions es fusionen per aconseguir més implicació dels actors: finançador, proveïdor i pacient.

Nous paradigmes científics i tecnològics (R+D; TIC)

JOAN CORNET

Joan Cornet i Prat és enginyer tècnic en Metal·lúrgia i llicenciat en Psicologia. L'any 1979 va ser elegit alcalde de Manresa, càrrec que va ocupar fins al 1987. Posteriorment es va incorporar com a alt funcionari a la seu de la Comissió Europea a Brussel·les. El juny del 2004 va ser nomenat secretari general del Departament de Salut del Govern de la Generalitat de Catalunya. El setembre del 2005 el Govern li va encarregar la posada en marxa de la Bioregió de Catalunya i des del gener de 2007, per encàrrec del Departament de Salut, està al capdavant de la Fundació TicSalut com a president executiu. És professor consultor de la UOC i de l'IL3 (Universitat de Barcelona). www.ticsalut.cat

EL QUE ANOMENEM SALUT ELECTRÒNICA O E-HEALTH s'ha desenvolupat en el curs dels darrers vint anys. Sobre les bases de la societat de la informació i de les tecnologies de la informació i de la comunicació han anat sorgint un seguit d'innovacions que poden tenir un gran impacte en com es donen els serveis de salut i l'atenció social als ciutadans. Les innovacions tecnològiques produïdes per les universitats, les organitzacions de la salut i en especial les empreses s'han multiplicat, i han possibilitat l'ús de noves eines que són de gran utilitat per als professionals de la salut i per als ciutadans, i que al mateix temps poden ajudar a fer més sostenibles els nostres sistemes de salut. Cal tenir en compte que es tracta de tecnologies

“disruptives” ja que tenen un impacte transversal que influeix en la forma de treballar, i suposen posar en marxa nous processos en el món de la clínica. De forma succinta, descrivim cinc dels paradigmes i reptes que comporten les TIC en el món de la salut:

1. Gestionar processos que facilitin el pas de la informació al coneixement.
2. Garantir la seguretat i confidencialitat de les dades.
3. Assolir sistemes integrats, amb estàndards i eines d'ús fàcil.
4. Facilitar la gestió del canvi organitzacional. Nous processos, noves conductes.
5. Avaluar els resultats.

Un dels pilars de l'estat del benestar és el sistema de salut universal. Sens cap dubte en el decurs d'aquests darrers anys, en la majoria de països occidentals, s'han consolidat i s'han desenvolupat sistemes de salut d'una gran complexitat i eficàcia. La majoria de ciutadans valoren molt positivament aquests serveis. El problema que tenim al davant és el de la sostenibilitat d'aquests sistemes. L'envelliment progressiu de la població, l'increment dels fluxos migratoris, la necessitat de més professionals sanitaris especialitzats i amb experiència, l'aparició de noves tecnologies d'alt cost o el sorgiment de noves afeccions cròniques relacionades amb hàbits actuals o nous, com el sedentarisme, tensionen els pressupostos. Sense oblidar que els ciutadans són cada cop més conscients dels seus drets i no estan disposats a esperar en excés o a renunciar a l'ús de serveis als quals creuen tenir dret.

La comissària europea de la Societat de la Informació, Vivianne Reding, ha estimat recentment el potencial del mercat mundial vinculat a la salut electrònica (*e-health*) en 60.000 milions d'euros, dels quals una tercera part, uns 20.000 milions d'euros, correspondrien a Europa. Aquestes xifres situen la indústria de la salut electrònica com la tercera més gran en el sector –després de la farmacèutica i la de dispositius mèdics–, a la qual cosa no és aliè l'increment important que està experimentant la demanda de sistemes d'informació

clínica i instruments per a la telemedicina i l'atenció a domicili. El mateix president Obama, dins del seu programa de recuperació de l'economia americana, entre altres mesures ha posat en marxa un seguit d'accions en l'àrea de les TIC aplicades a la salut de 20.000 milions de dòlars.

Estem davant d'una veritable revolució tecnològica que posa el ciutadà al centre del sistema de salut. Eines i tecnologies com internet, el telèfon mòbil, el vídeo interactiu, la imatge digital o els equipaments de monitoratge clínic contribueixen, i ho faran més en un futur proper, al fet que el sistema sanitari sigui més accessible i flexible per al pacient. Les tecnologies de la informació i de la comunicació són i seran encara més una eina imprescindible per als professionals.

Paradigmes i reptes

1. Gestionar processos que facilitin el pas de la informació al coneixement.
2. Garantir la seguretat i confidencialitat de les dades.
3. Assolir sistemes integrats, amb estàndards i eines d'ús fàcil.
4. Facilitar la gestió del canvi organitzacional. Nous processos, noves conductes.
5. Avaluar els resultats.



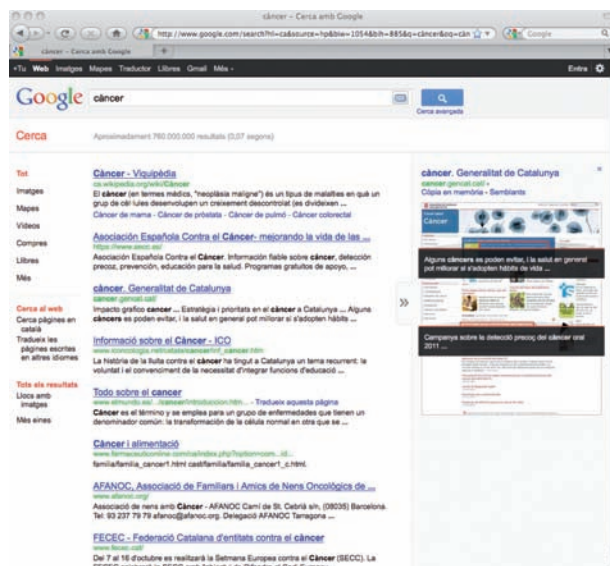
1. Gestionar processos que facilitin el pas de la informació al coneixement

La salut és també una qüestió d'informació i coneixement. Tant per mantenir la salut com per gestionar una malaltia, la informació i el coneixement són elements bàsics. Des de com es desenvolupa un embaràs fins a com s'ha d'abordar un càncer, tenim a l'abast multitud de dades i d'experiència/evidència acumulades. De fet, el naixement de les noves ciències, en especial la medicina, es produeix gràcies a la distància que prenen respecte al context religiós i els mites.

Si el gran pas en les darreres dècades ha estat la professionalització de les professions mèdiques, ara s'albira com a pas següent el de les dades i l'evidència. Cada dia hi ha milers de diagnòstics i de tractaments que es van realitzant de forma inconnexa. La digitalització de la informació permet acumular i analitzar dades, cosa que fins fa poc era impossible de fer. D'aquí a poc temps l'encreuament de les dades genètiques amb la història clínica personal suposarà un avenç en la gestió de la salut.

Un altre aspecte és el de la comunicació. Com es poden transmetre les dades i com aquestes poden revertir en la millora de la salut. Un exemple d'això ha estat descobrir que fumar comporta un seguit de malalties i, sovint, una mort prematura. Des del moment que l'evidència va mostrar el vincle entre fumar i el desenvolupament de determinades malalties, es va generar un procés de comunicació a escala mundial. De fet, un cop l'evidència va ser comunicada per múltiples circuits, les autoritats sanitàries d'arreu han posat en marxa un seguit de dispositius legals que d'una forma o una altra impedeixen que es pugui fumar en àmbits públics.

Igualment succeeix en fenòmens com l'obesitat. Hi ha l'evidència científica que l'obesitat pot comportar un seguit de malalties, algunes de les quals poden ser cròniques. També les autoritats sanitàries han emprès campanyes d'informació per tal de prevenir aquest fenomen com més aviat millor, és a dir, des de la infància. Però per a això cal que la població sàpiga quines són les



dietes adequades i quines no, quins hàbits són saludables i quins no.

Però més enllà d'aquests fenòmens, en la pràctica clínica la comunicació de la informació esdevé un fenomen clau per al manteniment de la salut. El repte rau en com es pot arribar als milions de ciutadans i ciutadanes de les nostres comunitats. Un exemple d'un cas d'èxit és el del Departament de Salut de Utah (UDOH) i el Departament d'Informàtica Biomèdica de la Universitat de Utah als Estats Units.¹

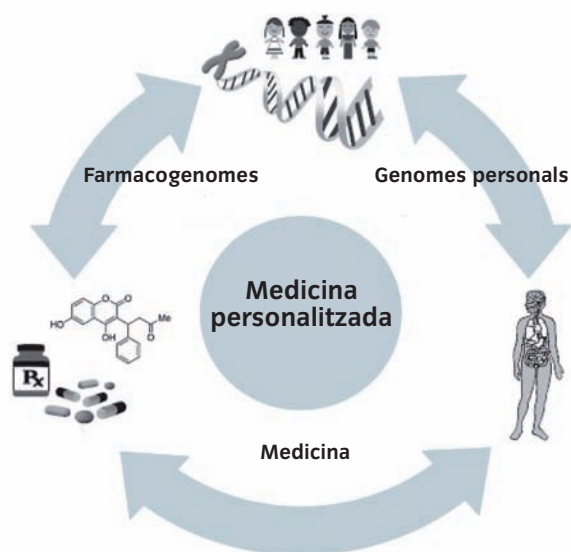
Quanta informació és necessària i quina és la correcta són les qüestions clau en el món de la salut. Si posem la paraula *càncer* en un cercador com el Google ens surten 401 milions d'entrades. La informació amb les noves tecnologies ha fet una explosió que no es pot controlar. La informació existeix i és accessible. El problema rau en la manera com la convertim en coneixement i com ens ajuda a gestionar la nostra salut o, si escau, les malalties.

Si bé les dades i la informació tenen una importància cabdal en la salut pública, hem de considerar que estem a l'inici de l'era genòmica: els metges i els pacients tindran accés a les dades genètiques per personalitzar el tractament mèdic. Els pacients poden obtenir entre 500.000 i 1.000.000 marcadors. Aviat la seqüenciació del genoma complet costarà menys de 1.000 dòlars. Hi ha un grup que ja ha fet una avaluació clínica completa del pacient a través d'un genoma personal.²

1. STAES, C.J.; XU, W.; LEFEVRE, S.D.; PRICE, R.C.; NARUS, S.P.; GUNDLAPALLI, A.; ROLFS, R.; NANGLE, B.; SAMORE, M.; FACELLI, J.C.

A case for using grid architecture for state public health informatics: the Utah perspective. *BMC Med Inform Decis Mak* 2009 Jun 2; 9: 32.

2. FERNALD, G.H.; CAPRIOTTI, E.; DANESHJOU, R.; KARCZEWSKI, K.J.; ALTMAN, R.B. Bioinformatics challenges for personalized medicine. *Bioinformatics* 2011 Jul 1; 27 (13): 1741-8. Epub 2011 May 19.



2. Garantir la seguretat i confidencialitat de les dades

Les dades personals i en especial les de la salut personal estan ben protegides en l'àmbit legal. La Llei orgànica de protecció de dades (LOPD), com altres legislacions similars, són ben explícites quant als mecanismes de protecció d'aquestes dades. Al mateix temps, els canvis tecnològics suposen sovint nous reptes als quals cal donar respostes adients. D'una banda, la tendència en els darrers anys del que s'anomena tecnologia en núvol (*cloud*) facilita l'emmagatzematge de dades i alhora la seva ubiqüitat, però al mateix temps suposa implementar mecanismes de seguretat adients.

També els fenòmens dels pirates informàtics o *hackers*, en especial el que ha succeït amb les dades dels usuaris de les consoles de joc Sony, entre d'altres, són una alerta important. Igualment el fenomen Wikileaks, independentment de la seva bondat o no, ens mena a un món transparent on sembla difícil que les dades tinguin una protecció del cent per cent.

Això significa que la protecció de dades en l'àmbit de la salut és i serà una de les prioritats en els projectes d'implementació de les noves tecnologies, en especial la història clínica electrònica i la història personal (carpeta personal de salut).

Eines i tecnologies com internet, el telèfon mòbil, el video interactiu, la imatge digital o els equipaments de monitoratge clínic contribueixen que el sistema sanitari sigui més accessible i flexible per al pacient.

Un dels elements clau és el fet de poder disposar de xarxes de comunicació pròpies al sistema de salut on l'entrada sigui pràcticament impossible per a persones alienes als serveis de salut (anella de salut). El segon és la traçabilitat dels accessos, és a dir, que cada cop que hi ha un accés a les dades personals (història clínica) quedi registrat el professional que hi hagi accedit. El tercer és la firma electrònica, que certifica que la persona que hi accedeix és una persona autoritzada, sigui el clínic i el farmacèutic en el cas de la recepta electrònica, o la persona que accedeix a la seva carpeta personal de salut. En un futur no llunyà l'accés serà per identificació biomètrica (l'iris de l'ull o l'empremta digital).

3. Assolir sistemes integrats, amb estàndards i eines d'ús fàcil

Les organitzacions de serveis de salut són entitats complexes amb un gran nombre de parts que hi intervenen. La majoria, i en especial els hospitals, donen servei les vint-i-quatre hores els set dies de la setmana tot l'any. Això significa que els canvis i les modificacions al si del sistema han d'estar molt ben planificats i amb unes garanties elevades d'èxit.

A diferència dels dispositius mèdics que en general s'apliquen en un determinat servei o especialitat, les TIC tenen una acció transversal que afecta diferents àmbits d'actuació. Per això només es pot avançar en la implementació de les TIC si es fa de forma integrada als processos existents. És el cas de la història clínica

electrònica, de la recepta electrònica o de les imatges mèdiques digitals. Per exemple, no es poden gestionar adequadament les imatges digitals si no hi ha un sistema d'història clínica electrònica (HCE) on puguin integrar-se. Per posar en marxa la recepta electrònica cal que els sistemes d'informació dels proveïdors de serveis de salut es connectin amb els sistemes d'informació de les farmàcies.

La pluralitat de proveïdors de serveis de salut i dels seus sistemes de salut requereix aplicar un seguit d'estàndards per tal que puguin tenir interoperabilitat i comunicar-se entre ells, sigui quin sigui el sistema operatiu de cada organització. L'aplicació d'estàndards internacionals a escala local és una tasca complexa a causa dels problemes d'idioma i

de les particularitats de cada organització. El primer que cal fer és trobar un consens sobre quins estàndards cal aplicar, la manera d'aplicar-los, trobar el finançament necessari i el suport tecnològic que suposa la seva aplicació pràctica. Com és evident no es poden aplicar estàndards només en part, això vol dir que han de ser integrats directament als sistemes d'informació. Tampoc, en general, no es poden aplicar a la carta. I, sobretot, no han de suposar per als professionals una càrrega addicional, ans al contrari.

No solament els processos i la integració dels estàndards han de facilitar la tasca dels professionals, sinó que també cal que les eines tecnològiques siguin "amigables". Cal destacar que si bé l'accés a internet a l'Estat espanyol és cada cop més usual (23.693.875 persones afirmen que han utilitzat internet. INE, 2010), la penetració dels telèfons mòbils en els darrers anys ha estat espectacular (34.611.522 persones disposen d'un telèfon mòbil. INE, 2010). Sens cap dubte aquest tipus d'eines tenen un gran potencial en la millora dels serveis de salut. Igualment el monitoratge de pacients en els seus domicilis s'ha de fer amb instruments senzills i fàcils d'utilitzar.

4. Facilitar la gestió del canvi organitzacional. Nous processos, noves conductes

La bona notícia és que la informació es pot digitalitzar. El repte, doncs, és com es pot treballar aquesta informació des d'indrets diferents i, en especial, com es pot trobar més seguretat i eficiència en els processos diagnòstics i terapèutics. Hi ha un considerable interès internacional en l'explotació del potencial de les solucions digitals d'atenció de salut, sovint referides com a *sanitat electrònica*, i en l'ús de la informació i la comunicació per millorar la qualitat i seguretat de l'atenció de la salut. Aquestes solucions digitals sovint van acompanyades d'alts costos i de despeses a gran escala, com ara els historials mèdics electrònics, arxiu d'imatges i sistemes de comunicació, receptes electròniques, així com el suport a les decisions clíniques basades en sistemes informàtics. Tots aquests són mitjans eficaços per millorar l'atenció de la salut, a la vegada que poden ser un element important per a la sostenibilitat dels sistemes de salut.

Un exemple de bones pràctiques: l'aplicació de SNOMED CT

SNOMED CT és una nomenclatura mèdica desenvolupada pel College of American Pathologists. L'extensa terminologia basada en conceptes permet la captura de dades clíniques, la recuperació d'informació mèdica i l'agregació de les dades i aplicacions de missatgeria electrònica utilitzant estàndards internacionals. Dissenyada per al desenvolupament d'aplicacions d'històries clíniques electròniques, l'anàlisi de resultats clínics i el suport en la presa de decisions mèdiques, SNOMED reuneix, de manera coherent, els aspectes més complexos de la medicina a través de l'espectre d'especialitats mèdiques. Els més de 144.000 conceptes totalment especificats i complementats amb més de 358.000 descripcions i/o sinònims, abasten tot el camp de l'atenció primària i l'especialitat mèdica. Gairebé un milió d'enllaços explícitament definits faciliten l'extracció de dades de forma constant i completa.



El 2005, l'Assemblea Mundial de la Salut va aprovar una resolució sobre la sanitat electrònica (WHA 58.28) que va reconèixer que "la sanitat electrònica és l'ús rendible i segur de la informació i les comunicacions en suport de la salut i els camps relacionats amb la salut, inclosos els serveis d'atenció de salut, d'educació de la salut, de vigilància epidemiològica, la literatura de la salut, i la salut, el coneixement i la investigació", i va instar els estats membres a desenvolupar i implementar tecnologies de la salut electrònica. Des de llavors, l'aplicació de tecnologies de salut electrònica s'ha con-

vertit en una prioritat per a molts països. Per exemple, Anglaterra ha invertit almenys 12,8 milions de dòlars en un programa nacional de tecnologies de la informació per al Servei Nacional de Salut, i l'Administració d'Obama als Estats Units s'ha compromès a una inversió de 38.000 milions de dòlars per tenir cura de la salut per via electrònica.

Avançar en aquest programa, per tant, requereix una perspectiva científicament informada. No obstant això, segueix havent-hi una disparitat entre els principis basats en l'evidència que fonamenten la cura de la salut en general i els factors polítics, pragmàtics i comercials de la presa de decisions en la posada en marxa d'eines de salut electrònica i serveis subsequents. L'obtenció d'una perspectiva basada en informació sobre la situació actual pot servir per aplanar les expectatives poc realistes que puguin obstaculitzar el progrés a llarg termini, ajudar a suggerir les prioritats mitjançant la identificació d'àrees amb més potencial de benefici, i també a informar dels debats en curs sobre les implementacions de salut electrònica a escala internacional.³

La complexitat es manifesta quan estem implementant tecnologies que tenen una funció transversal. Els sistemes de salut han tingut i tenen estructures molt verticals i basades en sitges que poques vegades es comuniquen entre elles. Per això es fa ben difícil tenir avaluacions que representin no sols els beneficis que aporten les tecnologies sinó també l'impacte en la gestió de processos i en els canvis organitzacionals que comporten. Per exemple, hi ha diversos estudis sobre com la implementació de la història clínica electrònica suposa una nova forma de relacionar-se entre metge i pacient,⁴ en especial en les àrees espacial, relacional, educativa i de metodologia de treball del professional.

5. Avaluar els resultats

Les ciències de la salut han fet un salt important en la història des que la medicina s'ha basat en l'evidència. Això significa que tant els diagnòstics com els tractaments han de tenir el suport de la recerca científica i de processos d'avaluació sovint llargs i complexos. Els clínics adopten noves tècniques i procediments sempre que se'n demostrï la vàlua i un baix risc en la seva aplicació.

Si bé les noves tecnologies englobades sota la denominació de "salut electrònica" tenen un potencial

important en la millora dels sistemes de salut del segle XXI, l'experiència ens demostra que els intents d'implementació precipitats o mal dissenyats poden posar en perill no tan sols els beneficis en salut esperats, sinó que també poden suposar unes pèrdues econòmiques considerables, sense oblidar que es pot posar en perill la seguretat dels pacients.

L'argument sobre la necessitat de rigor per avaluar les tecnologies mèdiques, així com el seu impacte social i econòmic, no és nou.⁵ No obstant això, els responsables de l'evolució de les TIC han d'entendre que els sistemes d'informació han de ser avaluats amb el mateix rigor que un nou medicament o tractament; en cas contrari, les decisions sobre les futures implementacions de les TIC al sector de la salut poden estar determinades per factors socials, econòmics i/o circumstàncies polítiques més que per una sòlida evidència científica.⁶ Val a dir que fins ara els resultats de les recerques en aquest àmbit no són sempre unànimes. Calen més eines i estudis d'avaluació que siguin fiables i consistents.⁷

Tenint en compte que la implementació de les TIC suposa un seguit de processos i canvis en les organitzacions, tampoc no podem esperar, perquè seria impossible, que només es posin en marxa les TIC quan hi hagi un cent per cent de certesa d'èxit. Es tracta de posar en marxa avaluacions polifacètiques, sistemàtiques i continuades mentre es van implementant nous processos. ■

Els sistemes d'informació han de ser avaluats amb el mateix rigor que un nou medicament o tractament, i per això calen més eines i estudis d'avaluació que siguin fiables i consistents.

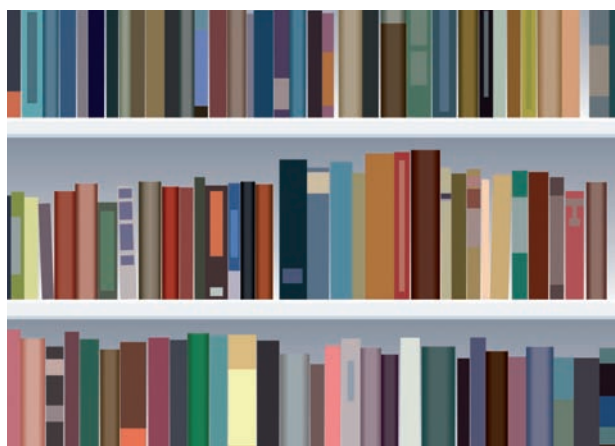
3. BLACK, A.D.; CAR, J.; PAGLIARI, C.; ANANDAN, C.; CRESSWELL, K.; BOKUN, T.; MCKINSTRY, B.; PROCTER, R.; MAJEED, A.; SHEIKH, A. The impact of eHealth on the quality and safety of health care: a systematic overview. *PLoS Med* 2011 Jan 18; 8 (1): e1000387.
4. AMMENWERTH, E.; BRENDER, J.; NYKÄNEN, P.; PROKOSCH, H.U.; TALMON, J.; HIS-EVAL WORKSHOP PARTICIPANTS. Visions and strategies to improve evaluation of health information systems: Reflections and lessons based on the HIS-EVAL workshop in Innsbruck. *Int J Med Inform* 2004 Jun 30; 73 (6): 479-91.
5. CATWELL, L.; SHEIKH, A. Evaluating eHealth interventions: the need for continuous systemic evaluation. *PLoS Med* 2009 Aug; 6 (8): e1000126. Epub 2009 Aug 18.
6. VENTRES, W.; KOOIENGA, S.; VUCKOVIC, N.; MARLIN, R.; NYGREN, P.; STEWART, V. Physicians, patients, and the electronic health record: an ethnographic analysis. *Ann Fam Med* 2006 Mar-Apr; 4 (2): 124-31.
7. GAGNON, M.P.; LÉGARÉ, F.; LABRECQUE, M.; FRÉMONT, P.; PLUYE, P.; GAGNON, J.; CAR, J.; PAGLIARI, C.; DESMARTIS, M.; TURCOT, L.; GRAVEL, K. Interventions for promoting information and communication technologies adoption in healthcare professionals. *Cochrane Database Syst Rev* 2009 Jan 21; (1): CD006093.

Nous paradigmes de relació professional: la formació

L'AUTOR DEFENSA QUE UN DELS CANVIS més transcendents en l'àmbit sanitari serà el nou paradigma educatiu. Afirmar que els responsables de la seva formació són tots aquells que en algun grau participen a posar a la disposició de la ciutadania el professional millor i més competent. En aquest sentit, analitza que els ciutadans volen un metge tècnicament competent, posseïdor del màxim coneixement i les millors habilitats, però reclamen que a més comuniqui bé i que els valors professionals siguin la seva norma de conducta. En aquest nou paradigma, la planificació i l'avaluació dels professionals de les ciències de la salut també seran dos eixos claus. Així com el fet que la governança de les estructures responsables de la formació dels metges ha de distingir clarament entre qui marca els objectius i el camí cap al qual es vol anar del que és la direcció executiva.

ARCADI GUAL

Arcadi Gual és llicenciat en Medicina i Cirurgia per la Universitat de Barcelona, doctor per la Universitat de Valladolid i expert en la gestió i avaluació de la Formació Mèdica Continuada. Actualment és catedràtic de Fisiologia de la Facultat de Medicina de la Universitat de Barcelona, director de la Fundació Educació Mèdica i secretari de la Sociedad Española de Educación Médica. Anteriorment ha estat president de l'Associació Catalana d'Educació Mèdica (ACEM), col·laborador de l'Institut d'Estudis de la Salut de la Generalitat de Catalunya, vicesecretari de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears (ACMCB), coordinador del Departament de Metodologia Docent i Gestió de l'Educació en Ciències de la Salut de l'Institut de Salut Carles III (ISC III) i col·laborador de diferents agències de qualitat i avaluació: AQU, ANEP, ANECA.



Introducció

Certament estem abusant de la paraula *nous*, però és que la finalització del passat mil·lenni ha donat pas a una nova era. Superada la societat industrial, hem entrat en la societat del coneixement, en la qual les tecnologies de la informació i la comunicació han globalitzat el planeta. Però no tot s'ha globalitzat, i l'atenció a la salut ha estat un dels àmbits que n'han quedat exclòs. Com altres ciutadans europeus, els nostres ciutadans esperen del govern i dels professionals que els ofereixin –o, més ben dit, que els continuïn oferint– una sanitat com la que tenen i que tots valoren d'alta qualitat. Els nostres ciutadans creuen tenir dret a una atenció sanitària total, possiblement perquè així es va decidir lliurement en algun moment d'eufòria econòmica. No obstant això, els governs, que han d'oferir una sanitat del màxim nivell possible, ara només poden oferir un sistema sanitari sostenible o, dit amb altres paraules, un sistema sanitari que es pugui pagar. De la mateixa manera, els metges i els professionals sanitaris no poden oferir al ciutadà la salut total simplement perquè no està a les seves mans. El metge solament pot oferir un acte mèdic competent i amb el compromís d'anteposar els interessos del pacient als seus propis, punt bàsic de la confiança que el pacient diposita en el metge. Si actuen conjuntament, el sistema sanitari i els metges només poden oferir la millor atenció sanitària possible a cada moment i en cada lloc o situació. Si metges i sistema sanitari no actuen conjuntament no poden oferir ni tan sols això.

És necessari que els uns i els altres, incloent-hi la ciutadania, siguin conscients que ni el sistema sanitari ni el metge podran fer gran cosa si no van de la mà. El metge té el coneixement i l'empresa pública o privada

té l'estructura, els mitjans i l'entorn adequat. Junts poden assolir el repte d'oferir la millor atenció sanitària possible. D'aquí neix el concepte –que ha de ser necessàriament assolit per tots els metges– que els professionals de la medicina sostinguin, defensin i proclamïn que la relació del metge amb l'empresa no és equiparable a la d'un altre treballador de la indústria o el comerç o, si es vol dir més cruament, no és equiparable a la relació capital-treball. En aquesta última relació, els drets del treballador els defensa la *classe* i més pràcticament el sindicat. En canvi, la relació professional metge/empresa, en què els valors professionals són bona part dels fonaments de la relació, ve emparada i controlada per la mateixa corporació professional, no per corporativisme, sinó perquè s'ha guanyat el respecte i la confiança de la ciutadania amb l'exercici diari de la seva responsabilitat social.

Calia dir això perquè si hem de parlar de la formació dels metges cal situar el metge en el conjunt. Si sabem quin metge volem i per a què el volem, sabrem com hem de formar-lo. Avui, a mitjan 2011, en el moment en què la crisi es referma i comencem a veure que el futur immediat no serà millor, la ciutadania continua essent exigent amb les prestacions sanitàries. Per això els gestors i polítics de la sanitat han de buscar sortides favorables o les menys desfavorables. En aquest entorn s'han de buscar solucions socialment respectuoses i econòmicament vàlides fent aflorar els valors dels metges, potenciant el professionalisme, o simplement recuperant valors tradicionals.

Bé, en aquest punt del discurs hi ha una pregunta que ens surt al pas: “Quin és el valor dominant de la nova era?” Afortunadament la resposta és senzilla i clara: el coneixement. Però el coneixement que està en els llibres, el que es desperta a la universitat o el que trobem a les institucions només es converteix en coneixement útil si ha estat incorporat i utilitzat per les persones. En plena crisi econòmica i de valors, el màxim valor de què avui disposa el sistema sanitari es troba en els profes-



sionals, en els metges, capaços de sustentar i transmetre els valors del sistema que en una nova formulació del jurament hipocràtic es concreta en tres principis bàsics: principi de primacia del benestar del pacient, principi d'autonomia del pacient i principi de justícia social. Si alguna cosa és ara més rellevant que mai és disposar de metges, de professionals de la sanitat, capaços oferir l'acte mèdic més competent i compromès possible. Disposar d'aquests metges està en mans de tots els responsables de la seva formació.

El coneixement, com tot, pot ser ben o mal utilitzat. Decidir si està bé o malament, emetre un judici o procedir a avaluar-lo, requereix un patró o sistema de comparació. El coneixement i l'actuació dels metges s'emmarquen en un sistema de valors propi de les professions que es recull en els respectius codis deontològics. Però hi ha quelcom més que el codi, ja que els membres de les societats democràtiques han establert un pacte tàcit metge-pacient que èticament obliga com qualsevol altra llei. Aquest contracte tàcit que avui s'anomena *contracte social* ha incorporat el concepte de responsabilitat social. La reflexió que hem de fer és si la responsabilitat social ha estat incorporada no com un valor eteri propi de les institucions, sinó com un valor tangible propi de cada metge i que es manifesta en totes i cada una de les actuacions dels metges. La responsabilitat social, com els altres valors, es pot transmetre i es pot ensenyar. És més, tenim la responsabilitat docent de fer-ho, enlloc d'entrar una vegada més en la cultura de la queixa quan justament una de les raons de la suposada pèrdua dels valors ha estat per culpa de no educar-los bé, ja que la formació dels metges no comprèn solament coneixements i habilitats sinó també valors. Tenim, doncs, la responsabilitat que metges amb els millors coneixements i les millors habilitats donin un pas més per convertir-se en professionals de la medicina i ser més que tècnics d'alta qualificació.

Haver entrat en una nova era on els recursos escassegen implica que tot ha de renovar-se, o almenys s'ha de revisar sota el principi de l'estalvi. Això és cert però no és sinònim de fer menys. Vol dir que s'han d'optimitzar els recursos que es tenen a l'abast amb la finalitat de fer el mateix o, si és possible, fer més i millor amb menys recursos. Quan diem fer més no ens referim que un professional treballi més hores, la qual cosa podria ser en part una solució (solució a l'alemanya), sinó que estigui preparat, format, per utilitzar nous recursos i noves metodologies que optimitzin la seva feina. Les institucions existents consolidades, universitats, institucions sanitàries, centres de formació, col·legis i societats científiques, administracions sanitàries, seguiran sent

útils només mentre siguin capaces d'introduir els canvis i modificacions que els correspongui. La nova era, l'era del coneixement, ha de fer canviar moltes coses en l'entorn sanitari i un dels canvis més transcendents ha de ser en la formació dels metges: el nou paradigma educatiu.

Estat actual de la qüestió

Abans de fer l'anàlisi de qui són els responsables i quines són les responsabilitats en la formació i competència dels metges, no es poden passar per alt altres canvis socials i econòmics (taula 1) que estan construint nous paradigmes que afecten i condicionen les estructures sanitàries i –de manera molt concreta– els metges. Aquests canvis han eixamplat els horitzons i ens han transportat dins un món globalitzat en el qual no sempre ens sentim còmodes.

Hi ha altres llocs per analitzar en profunditat aquests canvis, però és fàcil acceptar que els sistemes sanitaris en general i els metges en particular els hauran de tenir presents a l'hora de desenvolupar la seva tasca professional. Alguns exemples ens posen en evidència les repercussions d'aquests canvis sobre el món sociosanitari. Així, podem destacar canvis demogràfics (augment total de població, nova distribució i barreja de les races, envelliment, etc.), canvis en la demografia sanitària (feminització, aparició de noves professions sanitàries, etc.), canvis epidemiològics (aparició i desaparició de malalties, nous abordatges terapèutics, nous fàrmacs i noves tècniques o estratègies terapèutiques: cirurgia no invasiva, teràpia molecular o genètica molecular), canvis organitzatius (avenços tècnics com les TIC, que disminueixen temps i cost). Finalment, no es poden obviar els canvis de les activitats de gestió. No oblidem que una competència del metge és ser gestor dels recursos i que ara sabem més que mai que aquests són finits. El sac té fons i el que es gasta per a una cosa impedeix gastar-ho en una altra, i per tant el metge ha d'estar format per afrontar aquesta competència que li

Taula 1. Canvis socioeconòmics condicionants de les competències exigibles als metges

1. Canvis demogràfics
2. Canvis epidemiològics
3. Canvis tecnològics
4. Canvis organitzatius
5. Canvis en la gestió dels recursos (finits)

és pròpia i poder prendre la millor decisió que satisfaci tant els interessos del pacient com els del sistema sanitari.

Queda palès, doncs, que si volem que els metges estiguin preparats per afrontar la seva tasca dins la nova era del coneixement és necessari reformular la seva formació. La millor manera d'aproximar-nos i aportar llum a aquest problema és revisant dues qüestions: qui són els responsables de la formació dels metges i quina és la nova direcció –el nou paradigma– de la seva formació. Les respostes no són complicades però tampoc no són senzilles.

Es podria pensar que la resposta a la primera qüestió, qui són els responsables de la formació dels metges, és: les facultats de medicina. Naturalment que les facultats en són responsables, però és important aclarir que no ho són amb exclusivitat. Les facultats de medicina són una peça molt rellevant d'un engranatge molt més complex. Els responsables de la formació dels metges són tots aquells que en algun grau participen a posar a la disposició del ciutadà el professional mèdic millor i més competent possible en un context determinat.

Respecte a la segona pregunta, quina és la nova direcció en la formació dels metges, podria tenir una resposta fàcil i immediata aplicant la lògica: si hem entrat en l'era del coneixement, serà aquest –el coneixement– qui dirigirà el paradigma educatiu. Però resulta curiós que el coneixement és el que ha assenyalat el nord de la formació dels metges des de l'informe Flexner, i segurament no és la millor brúixola per continuar marcant el nord en la nova era. És clar que la ciutadania vol un metge tècnicament competent, posseïdor del màxim coneixement i les millors habilitats, però no solament vol això. El ciutadà reclama que a més aquest metge comuniqui bé, sigui just i generós, mostri compassió, comprensió i compromís, i en resum, que els valors professionals, el professionalisme, sigui la seva norma de conducta. Així doncs, serà “la formació en valors” la que està cridada a dirigir el nou paradigma educatiu de la formació dels metges.

La formació dels metges és un continuïum

Un dels valor inclosos en el professionalisme és el compromís del metge d'estar sempre actualitzat per portar a terme la seva tasca de la millor manera possible

en cada lloc i situació. Per això diem que el metge ha d'estudiar tota la seva vida. La formació del metge que fa assistència és un continuïum que comença en els estudis de grau a la facultat de medicina, segueix amb la formació especialitzada i solament pot acabar en arribar a la seva jubilació. Així doncs, les institucions implicades en la formació dels metges no són solament les facultats de Medicina, que òbviament ho són de forma rellevant, sinó que també hi ha un rosari d'institucions (taula 2) que amb diferents graus de participació o de responsabilitat contribueixen a diferents aspectes de la formació dels metges. Totes les institucions amb alguna responsabilitat en la formació dels metges tindran la responsabilitat de reflexionar alhora sobre el nou paradigma educatiu i sobre quines mesures o canvis els pertoquen.

No obstant aquest fet universalment acceptat que la formació dels metges constitueix un continuïum, la realitat ens mostra com l'anomenat continuïum educatiu està dividit en tres períodes (taula 3) que malauradament són pràcticament estancs sense cap mena de pont o comunicació. Cadascun dels tres períodes, formació de grau, formació especialitzada i formació continuada, està ancorat en les seves estructures i manté diferents sistemes de governança. Per superar aquesta paradoxa de continuïum fragmentat primer de tot cal voler posar-se d'acord. Però a més de la voluntat, són necessàries estructures emissores i receptores de la

La ciutadania vol un metge tècnicament competent, posseïdor del màxim coneixement i les millors habilitats, però reclama que a més comuniqui bé i que els valors professionals siguin la seva norma de conducta.

informació, i a més cal que aquestes estructures tinguin capacitats executives. La cultura anglosaxona ens ofereix un exemple dels denominats *joint committees*, comitès o comissions conjunts que permeten enllaçar diferents institucions o organismes relacionats amb els metges amb la seva formació o amb la seva competència. Establir diferents comitès o comissions conjunts o mixtos (universitat - col·legis, col·legis - societats científiques, CNECS-CNDFM, etc.) no solament és barat, sinó que no requereix cap decret ni cap altra formulació oficial. La credibilitat i l'acceptació dels comitès o comissions mixtos, organitzats pel que coneixem com a societat civil, no ha d'arribar via BOE o DOGC sinó per la seva bona gestió, el seu funcionament ètic i la seva responsabilitat social.

Taula 2. Estructures implicades en la formació dels metges. Organitzacions docents, finançadores, gestores, industrials i comercials, i ciutadanes

1. Sistema educatiu

1.1 Formació de grau
1.1.1 Universitats/facultats de medicina públiques
1.1.2 Universitats/facultats de medicina privades
1.1.3 Ministeri d'Educació / conselleries d'Universitats
1.2 Formació especialitzada
1.2.1 Ministeri de Sanitat, Política Social i Igualtat (MSPSI)
1.2.2 CNECS
1.2.3 Institucions acreditades per a la docència MIR
1.2.3.1 Primària
1.2.3.2 Hospitalària
1.2.4 Cossos docents i de gestió (caps d'estudi, tutors)
1.3 Formació continuada
1.3.1 Gestors de FC
1.3.2 Proveïdors de FC
1.3.3 Intermediaris de FC (MEC)

2. Sistema sanitari

2.1 Proveïdors de serveis assistencials amb funció docent (contractadors i ocupadors)
2.1.1 Públics
2.1.2 Privats
2.2 Reguladors/finançadors
2.2.1 Administració central
2.2.2 Administracions autonòmiques
2.2.3 Entitats de dret públic: col·legis professionals

3. Organitzacions professionals

3.1 Col·legis de metges i OMC
3.2 Societats científiques
3.3 Acadèmies mèdiques

4. Organitzacions industrials i comercials

4.1 Indústria farmacèutica
4.2 Indústria d'equipaments tecnològics
4.3 Organitzacions comercials intermediadores (MEC)

5. Ciutadania/contribuent/pacient

5.1 Ciutadà informat
5.2 Associacions de ciutadans (pacients i d'altres)
5.3 Xarxes socials

Taula 3. Períodes en la formació dels metges

1. Formació acadèmica

a. Grau/màster
b. Doctorat
c. Altres graus o màsters
d. Altres diplomes acadèmics

2. Formació professional especialitzada

a. Especialitat mèdica oficial
b. Àrees de capacitat específica

3. Desenvolupament professional continu (DPC) / formació continuada (FC)

a. Diplomes reglats
a1. Diplomes d'acreditació
a2. Diplomes d'acreditació avançada
b. Reacreditacions
b1. Validació periòdica de la col·legiació-VPC (recol·legiació)
b2. Validació periòdica del DPC (recertificació de competències específiques)

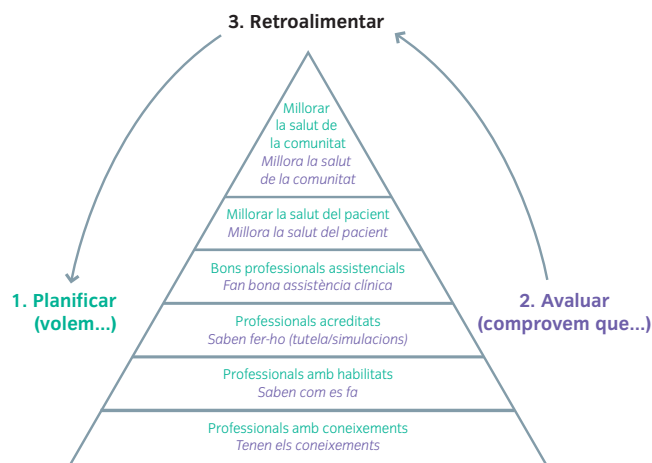


Planificació/avaluació de la formació dels metges

Com qualsevol altre procés, la formació dels metges ha d'estar planificada i també ha d'estar avaluada, entre altres raons per un elemental control de qualitat. Aquests dos processos de la formació dels metges, el de la planificació i el de l'avaluació del producte resultant, segueixen una estructura quasi idèntica o paral·lela que es representa en la piràmide de la figura 1. No obstant aquesta similitud, aquests dos processos mostren dues diferències que no sempre es tenen en compte. La primera diferència és que els dos processos segueixen un ordre, la planificació és un procés previ al de l'avaluació. La segona diferència, també substancial, es refereix al fet que la planificació discorre des del vèrtex fins a la base, mentre que els processos d'avaluació discorren de la base al vèrtex. Encara que no és una diferència, hi ha una tercera qüestió rellevant, el *feedback*, que freqüentment tampoc es té en compte. El *feedback* ens permet utilitzar la informació que proporciona l'avaluació per introduir, si és el cas, modificacions o millores en la planificació inicial.

El fet que la piràmide de Miller, que es correspon amb els quatre primers graons de la piràmide de planificació/avaluació, hagi estat àmpliament citada i difosa ha fet que sovint s'oblidi tant que la planificació precedeix l'avaluació com que la planificació comença dos graons per sobre de la piràmide de Miller, que és una representació dels processos d'avaluació.

Figura 1. Piràmide de planificació/avaluació. Progressió inversa dels processos de planificació i avaluació dels professionals de les ciències de la salut



En última instància i per fer-ho més evident, el que es desprèn de la piràmide de planificació/avaluació és que una facultat de Medicina no determinarà els continguts del pla d'estudis en funció de l'opinió dels professors de cada matèria, sinó en funció de les necessitats que els esglaons precedents de la piràmide de planificació/avaluació determinin.

Responsabilitat social

L'entrada al segle XXI ha anat acompanyada per una crisi de valors que, si més no, ha tingut de bo que ha obert una reflexió sobre els valors. El nou paradigma de la formació dels metges estarà dirigit precisament pels valors de la societat i també pels de la mateixa professió. La ciutadania ha fet palès de forma explícita que confia en els metges, que confia en la professió. El nou contracte metge/pacient o, si es vol, professió/ciutadania no té gaire de nou si el comparem amb el jurament hipocràtic, però si alguna cosa es posa de relleu amb més força és la voluntat de la societat d'estar informada de tot el que l'afecta. La ciutadania vol la transparència més absoluta en les decisions i actuacions dels polítics i administradors, de les institucions i organitzacions, i naturalment també dels metges. La ciutadania vol que la responsabilitat social sigui un comú denominador de totes les decisions i accions que l'afectin.

Segons la norma internacional ISO 26000, la responsabilitat social és la responsabilitat d'una organització o institució davant els impactes que les seves decisions i activitats ocasionen en el seu entorn, en la societat i en el medi ambient, mitjançant un comportament ètic i transparent que:

1. Contribueixi al desenvolupament sostenible, incloent-hi la salut i el benestar de la societat.
2. Prengui en consideració les expectatives de les parts interessades.
3. Compleixi la legislació aplicable i sigui coherent amb la normativa internacional de comportament.
4. Estigui integrada en tota l'organització i es porti a la pràctica en les seves relacions.

No hi ha dubte que tots els responsables dels sistemes sanitaris estan directament afectats per la responsabilitat social, i la formació dels metges n'és una d'especialment rellevant.

Tot i que la responsabilitat social implica respectar i acatar la legalitat i el compliment de les obligacions vinculants, també implica en moltes ocasions anar més enllà del compliment d'aquestes lleis, així com el reconeixement d'obligacions no legalment vinculants.



El fet que una organització abordi el seu treball exercint la responsabilitat social no és res més que maximitzar la seva contribució al desenvolupament sostenible. No existeix una llista de principis que de-

Taula 4. Principis bàsics i específics de responsabilitat social que les organitzacions han de respectar

Principis bàsics

1. Rendició de comptes
2. Transparència
3. Comportament ètic
4. Respecte als interessos de les parts interessades
5. Respecte al principi de legalitat
6. Respecte a la normativa internacional de comportament
7. Respecte als drets humans

Principis específics

1. Governança de l'organització
2. Drets humans
3. Pràctiques laborals
4. Medi ambient
5. Pràctiques justes d'operació (conducta ètica)
6. Assumptes de consumidors (proporcionar educació i informació precisa, etc.)
7. Participació activa i desenvolupament de la comunitat

fineixi la responsabilitat social, no obstant això (ISO 26000) són acceptats uns principis bàsics i uns principis específics (taula 4) que les organitzacions haurien de respectar si volen complir amb la responsabilitat social que els pertoca.

Com ja s'ha vist, en la formació dels metges participen diferents organitzacions, públiques i privades, en les quals l'aplicació d'aquests principis bàsics i específics pot resultar més o menys pertinent, encara que d'una forma àmplia tots ells són aplicables en alguna mesura. Si bé per la seva claredat i pertinència els principis bàsics no mereixen més comentaris, pot ser útil analitzar algun dels principis específics. Així, la governança, entesa com a sistema pel qual una organització pren i implementa decisions per aconseguir els seus objectius, és sens dubte el factor més important per fer que una organització es responsabilitzi de l'impacte de les seves decisions i activitats, i per tant és el factor clau per integrar la responsabilitat social en l'organització. En la formació dels metges els responsables d'algunes organitzacions estan tan lluny del producte final, els metges, com de la ciutadania i les seves necessitats. No és estrany, doncs, que el producte resultant sigui més proper a alguns interessos corporatius que a les necessitats socials. Ni una ombra d'endogàmia ha d'aparèixer si realment estem compromesos amb la responsabilitat social. La governança de les estructures responsables de la formació dels metges

ha de distingir clarament entre qui marca els objectius i el camí per on es vol anar –que en una empresa seria el seu consell d'administració– del que és la direcció executiva, que pren decisions i executa activitats per obtenir els resultats que li han fixat.

Els òrgans de govern de les institucions responsables de la formació dels metges seran avaluats pel seu compromís amb la responsabilitat social que els correspongui. Serà molt important que escoltin, prenguin de-

cisions i executin les activitats en funció de la demanda social i no en funció d'altres interessos. Si ens guia la responsabilitat social no és fàcil d'entendre ni acceptable que un rectorat d'una universitat pública s'enfronti al seu consell social. No és el consell social qui ha de marcar al govern de les universitats els objectius i camins que vol la societat? Saben els gestors de totes les organitzacions implicades en la formació dels metges què és la governança socialment responsable? ■

Notes bibliogràfiques

1. AMERICAN BOARD OF INTERNAL MEDICINE FOUNDATION, AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS FOUNDATION & EUROPEAN FEDERATION OF INTERNAL MEDICINE. Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. *Ann Int Med* 2002; 163: 243-6. [Versió castellana: La profesión médica en el nuevo milenio: estatutos para la regulación de la práctica médica. *Med Clin (Barc)* 2002; 118 (18): 704-6].
2. BOELEN, C.; HECK, J. *Defining and measuring the social accountability of medical schools*. Geneva: World Health Organization; 1995. [Versió castellana i catalana: Institut d'Estudis de la Salut, Generalitat de Catalunya, centre col·laborador de l'OMS per a l'educació mèdica i la formació en salut pública, 1995].
3. BOELEN, C.; WOOLLARD, B. Social accountability and accreditation: a new frontier for educational institutions. *Med Educ* 2009; 43: 887-94.
4. BOELEN, C. A new paradigm for medical schools a century after Flexner's report. *Bull World Health Organ* 2002; 80: 592-3.
5. BOELEN, C. Responsabilidad social y excelencia. Editorial. *Educación Médica* 2009; 12 (4): 199-205.
6. BOELEN, C. *Towards unity for health: challenges and opportunities for partnership in health development*. Geneva: World Health Organization; 2000.
7. FLEXNER, A. *Medical education in the United States. A report to the Carnegie Foundation for the advancement of teaching*. New York: Carnegie Foundation; 1910.
8. FRANK, J.R. ED. *The CanMEDS physician competency framework: better physicians better care*. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2005.
9. FRENK, J.; CHEN, L.; BHUTTA, A.Z.; COHEN, J.; CRISP, N.; EVANS, T.; FINEBERG, H.; GARCIA, P.; KE, Y.; KELLEY, P.; KISTNASAMY, B.; MELEIS, A.; NAYLOR, D.; PABLOS-MENDEZ, A.; REDDY, S.; SCRIMSHAW, S.; SEPULVEDA, J.; SERWADDA, D.; ZURAYK, H. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet* 2010; 376 (4): 1923-1958. (Versió castellana: Profesionales de la salud para el nuevo siglo: transformando la educación para fortalecer los sistemas de salud en un mundo interdependiente.)
10. GENERAL MEDICAL COUNCIL. *Tomorrow's doctors: recommendations on undergraduate medical education*. London: GMC; 2003.
11. *Global consensus for social accountability of medical schools*. GCSA conference in East London, South Africa, October 10-13, 2010. (Versió castellana: Consenso global sobre la responsabilidad social de las facultades de medicina. *Educ Med* 2011; 14 (1): 07-14.
12. GUAL, A.; PALÉS-ARGULLÓS, J.; NOLLA-DOMENJÓ, M.; ORIOL-BOSCH, A. Proceso de Bolonia (III): educación en valores: profesionalismo. *Educ Med* 2011; 14 (2): 73-81.
13. International Organization for Standardization. *Guidance on Social Responsibility*. ISO 26000. 2010. Geneva.
14. KARLE, H. International recognition of basic medical education programs. *Med Educ* 2008; 42: 12-7.
15. LIAISON COMMITTEE ON MEDICAL EDUCATION. *Functions and structure of a medical school. Standards for accreditation of medical education programs leading to an MD degree*. Washington: LCME; 2008.
16. PALÉS-ARGULLÓS, J.; NOLLA-DOMENJÓ, M.; ORIOL-BOSCH, A.; GUAL, A. Proceso de Bolonia (I): educación orientada a competencias. *Educ Med* 2010; 13 (3): 127-135.
17. PEABODY, J.W. *Acad Med*. 1999; 74 (August supplement): S59-S68.
18. PRAT-COROMINAS, J.; ORIOL-BOSCH, A. Proceso de Bolonia (IV): currículo o plan de estudios. *Educ Med* 2011; 14 (3): 141-149.
19. PRAT-COROMINAS, J.; PALÉS-ARGULLÓS, J.; NOLLA-DOMENJÓ, M.; ORIOL-BOSCH, A.; GUAL, A. Proceso de Bolonia (II): educación centrada en el que aprende. *Educ Med* 2010; 13 (4): 197-203.
20. ROURKE, J. Social Accountability in Theory and Practice. *Ann Fam Med* 2006; 4 (Suppl 1): S45-S48.
21. *Social Accountability. A Vision for Canadian Medical Schools*. Health Canada. Ottawa. 2001.
22. UNITED NATIONS. *Millennium declaration*. URL: <http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.htm> [30.08.2011].
23. UNITED NATIONS. *Millennium development goals*. URL: <http://www.un.org/millenniumgoals/index.shtml> [15.11.2008].
24. WOOLLARD, B. Caring for a common future: medical schools social accountability. *Med Educ* 2006; 40: 301-11.
25. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Doctors for health: a WHO global strategy for reorienting medical education and medical practice for Health for All*. Geneva: WHO; 1996 (WHO/HRH/96.1).
26. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global health workforce alliance: strategic plan*. Geneva: WHO; 2006.
27. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Network towards Unity for Health*. URL: <http://www.the-networkt4h.org>. [15.11.2008].

Quines mesures cal prendre per tal d'afrontar els diferents tipus de crisi?

SOTA LES PARAULES CRISI I SOSTENIBILITAT del sistema sanitari s'amaguen diferents crisis i diferents estratègies per a la sostenibilitat. Cadascuna d'elles té unes causes, unes respostes necessàries, unes exigències en la seva implantació i uns resultats esperats.

Pel seu dramatisme, les implicacions de la crisi financera en els serveis de salut fan que avui més que mai es parli dels serveis sanitaris en el conjunt de la societat. Les receptes vàlides són poques i doloroses, i precisament per aquest motiu les formes d'aplicació són tant o més importants. En l'actualitat aquestes mesures s'estan implantant en un context de fort rebuig de l'organització social –en el seu conjunt– a la importància dels “mercats”, a la visualització de formes d'injustícia inexplicables, al greuge comparatiu en el tractament que reben altres sectors, etc. Tot això dificulta encara més la implantació de les mesures d'estalvi i ens obliga a ser el màxim de curosos i sensibles.

El sistema sanitari està conformat per un conjunt de recursos que cooperen i rivalitzen entre ells, i que són els responsables de facilitar el treball dels professionals per a l'atenció a les persones amb problemes de salut. L'evolució tecnològica permet avui obtenir economies d'escala mitjançant els serveis compartits: de gestió, de suport i clínics. Així mateix, en una època caracteritzada pel màxim desenvolupament del coneixement, observem una gran variabilitat clínica, una escassa incidència de l'opinió de les agències d'avaluació de tecnologies en les pràctiques professionals, i problemes en la seguretat dels pacients, només per citar alguns dels exemples que posen de manifest aquest divorci entre el coneixement que tenim i el poc que l'utilitzem. Incidir en aquests problemes comportaria canvis estructurals ben necessaris si volem modificar la diferència existent entre el creixement de la despesa sanitària i el creixement econòmic.

Finalment, el model assistencial ens ha quedat obsolet. No és que l'haguem de canviar, l'hem de diversificar per donar cabuda a models d'atenció integral a les persones amb condicions de cronicitat i de dependència, que avui són una de les causes que impacten més en el cost dels serveis assistencials, alhora que es tracta d'un nombre relativament reduït de persones. El veritable repte és saber preservar les bondats del model actual i ser capaços d'integrar-hi formes organitzatives que ens permetin fer-lo evolucionar cap a la mateixa heterogeneïtat que avui presenten els nostres malalts.

EDUARD PORTELLA

Eduard Portella és metge amb formació en management. En la seva activitat professional ha gestionat institucions sanitàries públiques i privades, i des de fa vint anys exerceix com a consultor de serveis de salut en l'àmbit nacional i internacional. És fundador d'Antares Consulting, empresa de consultoria especialitzada en l'àmbit de la salut, present i referent a diversos països europeus i des de fa poc més d'un any a Brasil. Compagina aquesta activitat amb una tasca docent com a professor de la Universitat de Lausana, a Suïssa, i a les universitats Catòlica de Lovaina i Lliure de Brussel·les, ambdues a Bèlgica.

Plantejament del problema

Encara que tots ells siguin diferents, l'estructuració dels sistemes de salut d'abast universal és un dels avenços socials més significatius i més apreciats pels ciutadans dels països del nostre entorn social, cultural i econòmic. També és un tret comú a tots ells la gran confiança i bona valoració de la població en relació amb el seu sistema de salut, els seus professionals i les seves institucions sanitàries. Això no treu, però, que hi hagi molta preocupació entre els polítics i dirigents sanitaris per l'evolució de la despesa sanitària i per la sostenibilitat dels mateixos sistemes de salut.

Tot això és fruit de les conquestes que han aconseguit els sistemes sanitaris, que es podrien resumir en una dada impactant: cada dia incrementa en cinc hores la nostra esperança de vida. Ho explica molt bé el professor Thomas Kirkwood, que a partir de les dades del Regne Unit¹ ho atribueix a dos fets determinants en les darreres dècades: fins al final dels anys seixanta es va produir una disminució de la mortalitat en les edats mitjanes de la vida, mentre que en les darreres dècades (1980-2000) el que ha predominat és la disminució de la mortalitat en les edats més avançades. Òbviament

aquest èxit té un cost alt, un cost que preocupa tots els governs i els responsables dels sistemes de salut.

De manera gràfica, el problema d'aquest cost sanitari s'expressa comparant l'evolució de l'increment de la despesa sanitària amb l'evolució del creixement econòmic. La despesa sanitària creix més ràpidament que l'economia. Aquest és un problema recurrent des dels anys vuitanta a tots els països desenvolupats i per fer-hi front es requereixen mesures estructurals que modifiquin el sistema sanitari.

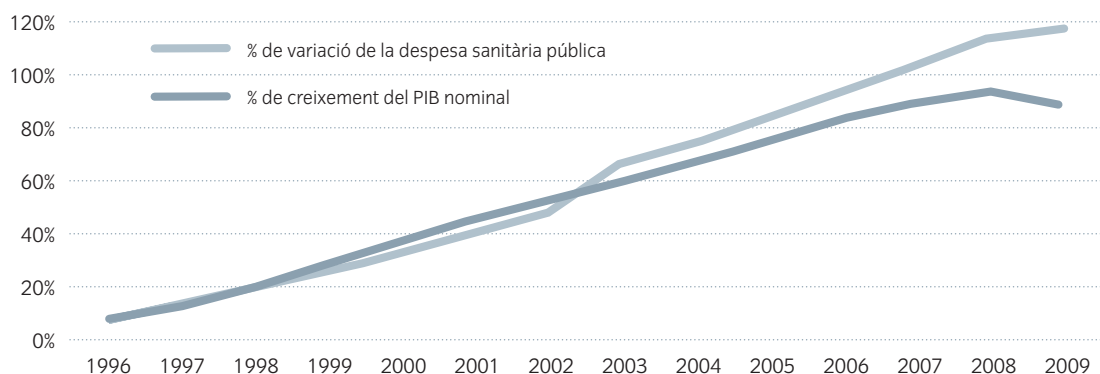
A la figura 1 es pot observar clarament aquest fenomen a partir de l'any 2002, pel que fa al sistema sanita-

Som víctimes de l'èxit del sistema sanitari: cada dia incrementa la nostra esperança de vida en cinc hores.

ri espanyol. L'any 2008 s'intenta corregir la tendència, però la davallada dels ingressos fa inútil aquest esforç.

A aquesta situació, ja prou complicada, s'hi afegeix la situació derivada de la crisi financera diagnosticada el 2007, arran de la qual avui no tenim els recursos econòmics suficients per fer front a la "factura sanitària". Així, a Catalunya la despesa sanitària per capita prevista per a l'any 2011 és de 1.220 euros, enlloc dels

Figura 1. Evolució de les taxes de creixement acumulat en la despesa sanitària pública i de creixement del PIB nominal (Espanya, 1996-2009)



Font: Sistema Nacional de Salud. España 2010. Subdirección General de Análisis Económico y Fondo de Cohesión del Ministerio de Sanidad y Política Social e Instituto Nacional de Estadística. OCDE, Health Data 2011. Elaboració d'Antares Consulting.

1. KIRKWOOD, T. *Understanding longevity (and how to improve it)*. A: Global Forum for Longevity; 28 de març de 2011. [Accés el 24 d'octubre de 2011.] Disponible a: http://longevity.axa.com/en/video_images.php?rubrique=2&video=7.

1.355 euros/persona/any de l'any 2010. Dit d'una altra manera, el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya l'any 2011 està rebaixant la despesa sanitària un 10%, uns 1.000 milions d'euros en total, respecte del 2010. Molt probablement aquest esforç s'haurà de continuar el 2012.

És a dir, estem parlant de dos problemes diferents:

- Que la despesa sanitària creixi per damunt de la nostra economia, de la nostra capacitat de crear recursos econòmics.
- Que la crisi financera ha provocat una disminució dels ingressos econòmics necessaris per al finançament de la sanitat, en els mateixos nivells en què ho estàvem fent els darrers anys.

Si parlem de dos problemes diferents, problemes amb causa diferent, caldrà desenvolupar iniciatives orientades a plantejar solucions per a cadascuna d'aquestes situacions. La urgència i l'horitzó dels dos tipus de problemes ens assenyalen les diferents característiques que hauran de tenir les iniciatives que caldrà implantar.

Compartim el diagnòstic de la situació creada?

Aquest problema és complex, és greu i requereix la implantació ràpida de mesures que molt sovint creen alarma social. Potser per totes aquestes raons, i d'altres, des del mes de juny de 2010 han sorgit nombrosos informes amb nombroses propostes² davant les quals la primera pregunta que ens fem és "compartim el mateix diagnòstic?". Certament, no.

En primer lloc, en tots aquests informes i recomanacions, l'apartat del diagnòstic no sempre està formulat de manera explícita, ni sempre està acompanyat de la necessària anàlisi quantitativa i, a més, molt sovint les referències internacionals que s'utilitzen estan descontextualitzades. Però a la llum de les mesures que es proposen o que efectivament es realitzen, podem afirmar que segurament no compartim el mateix diagnòstic. Així, podem veure com alguns només es plantegen el copagament com a solució; o d'altres centren les me-

sures a prendre sobre el medicament en tota la seva cadena de valor. D'altres consideren l'actual organització autonòmica com a responsable de la despesa innecessària, i en conseqüència, proposen recentralitzar les competències sanitàries; altres troben que la solució

En vista de les mesures que es proposen o que efectivament es decideixen, podem afirmar que segurament no compartim el mateix diagnòstic de la situació actual.

està en la privatització de l'assegurament públic i de la provisió, etc. Totes elles són mesures que s'han preconitzat moltes vegades com a possible solució al problema. Solucions que són tan diferents que segurament no estem compartint el mateix diagnòstic de la situació actual, de les causes del problema que cal corregir.

Tal com hem esmentat, si coexisteixen dos problemes ens caldran dos tipus de solucions: les adreçades a compensar la reducció de la nostra capacitat econòmica d'avui i les que haurien d'intentar aportar modificacions en l'estructura del sistema sanitari per tal d'acostar el creixement de la despesa sanitària al creixement dels recursos econòmics. En aquest segon grup, però, pensem que alhora cal diferenciar els ajustos en el sistema sanitari tal com avui el coneixem, de la necessitat de repensar el model assistencial. Totes dues coses representen modificacions estructurals, però proposem tractar el tema del model assistencial atesa la seva especificitat i la complexitat, com explicarem més endavant. D'aquesta manera, tenim tres grups de propostes amb una naturalesa ben diferent:

- Les mesures contra la crisi
- Les mesures estructurals sobre el sistema sanitari
- La revisió del model assistencial

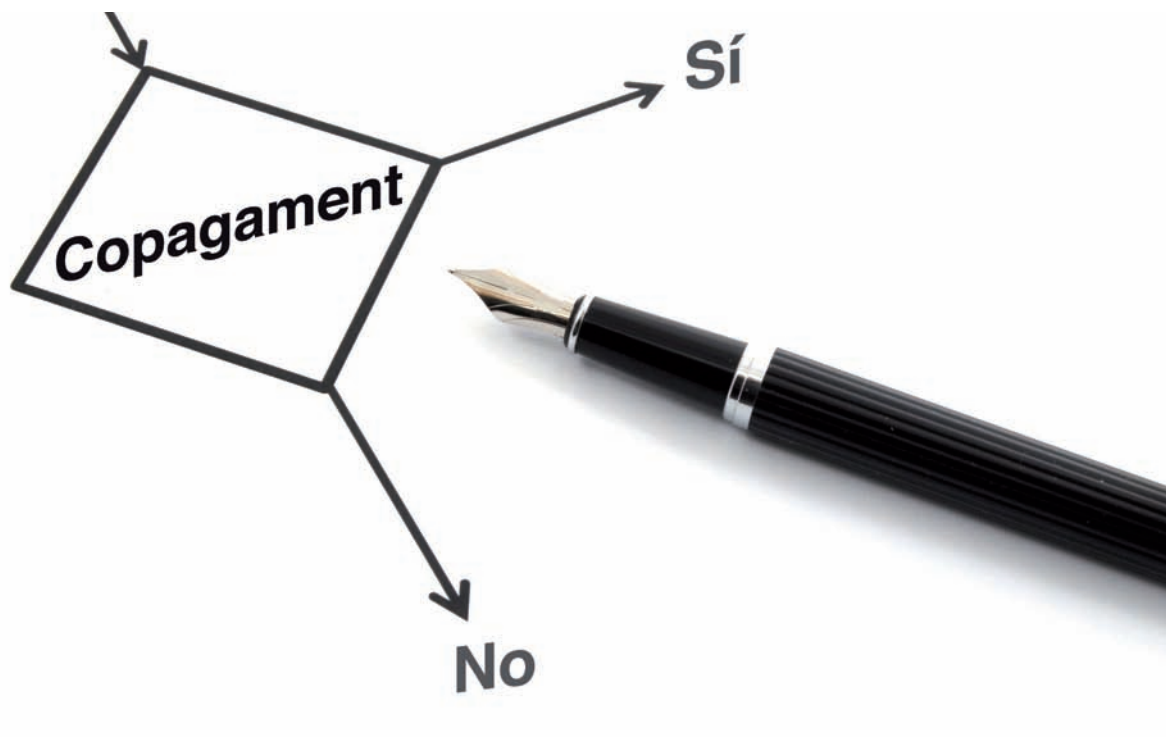
La qüestió del copagament

Abans d'entrar a comentar cadascuna de les tres opcions en l'abordatge de la sostenibilitat del sistema sanitari cal fer una referència obligada al tema del copagament, ja que aquesta mesura està present en la

2. Antares Consulting i la Unió Catalana d'Hospitals també han fet les seves propostes.

• GIL, V.; BARRUBES, J.; ÁLVAREZ, J.C.; PORTELLA, E. *Sostenibilidad financiera del sistema sanitario. 10 medidas estructurales para afrontar las causas del crecimiento del gasto*. Barcelona: Antares Consulting; 2010. [Accés el 24 d'octubre de 2011.] Disponible a: http://www.antares-consulting.com/es_ES/main/detallepublicacion/Publicacion/2/apartado/H/idUnidad/3.

• Unió Catalana d'Hospitals. *Repensant el model sanitari. Anàlisi i propostes per a una revisió constructiva del model sanitari català*. Barcelona: La Unió; 2011. [Accés el 24 d'octubre de 2011.] Disponible a: <http://www.uch.cat/publicacions/repensant-el-model/>.



major part dels informes i recomanacions. Creiem que l'abordatge d'aquesta iniciativa és molt més complex de fer que d'explicar, i que molt sovint s'oblida una opció prèvia: la millora dels copagaments actuals.

Efectivament, la proposta d'implantar un sistema de copagament en el moment de la utilització dels serveis assistencials és una de les propostes que s'han fet de manera reiterada. De fet, aquesta va ser la primera iniciativa que es va proposar insistentment, va crear un gran consens entre líders d'opinió i se'n van fer ressò tots els mitjans de comunicació social en el període abril-juliol de 2010. Després la seva repercussió va minvar...

Els arguments que s'han utilitzat per justificar la necessitat d'introduir un copagament han estat de dos tipus: com a moderador de la demanda, esperant que provocaria una disminució en la demanda innecessària d'assistència. I, de manera molt més directa, per aconseguir l'increment dels recursos econòmics.

Les propostes d'introducció del copagament sanitari no sempre han estat acompanyades de l'anàlisi dels dos copagaments que avui ja tenim: el farmacèutic en la compra de medicaments a l'oficina de farmàcia i la contractació d'una assegurança privada (perquè utilit-

za el sistema privat i en conseqüència fa que disminueixi la utilització dels serveis finançats públicament).

L'alt nombre de pacients "pensionistes" (sense aportació) i "actius" que consumeixen medicaments amb un límit d'aportació del 10% (bàsicament per a malalties cròniques), fins a un topall de 26,4 euros (a partir

Volem destacar que els dos copagaments que avui existeixen ja són significatius i que presenten diverses possibilitats de millora.

d'aquest import paguen un import fix de 2,64 euros valgui el que valgui el farmac), ens posiciona en un dels límits de pagament més baix de la UE, amb una aportació global mitjana del 5,4%-5,8% del conjunt de la despesa farmacèutica, la meitat que fa vint anys.³

Repensar aquesta aportació és un dels elements clau per a la sostenibilitat del sistema sanitari en el vessant de la despesa en medicaments. Aquesta reformulació però, no és fàcil, i només es plantejarà en un entorn de consens i reflexió compartida. L'augment de l'aportació dependent de la renda de les persones o l'aportació d'un fix addicional per recepta (el famós euro per recepta) són algunes de les possibilitats que s'estan

3. BORRÁS, R.; MATEOS-APARICIO, D.; TRIQUELL, L. *Análisis de las diferentes modalidades de coste compartido en la prestación farmacéutica en Europa*. Barcelona: Antares Consulting; 2010. [Accés el 24 d'octubre de 2011.] Disponible a: http://www.antares-consulting.com/es_ES/main/detallepublicacion/Publicacion/41/apartado/B/idUnidad/1.



plantejant en aquests moments des de diferents àmbits. També cal esperar que amb la implantació de la prescripció electrònica el possible frau en la utilització abusiva de les receptes de pensionistes es pugui reduir. Aquesta qüestió ha estat molt sovint mencionada però mai quantificada.

Respecte de l'assegurament sanitari, aquest no ha deixat de créixer en els darrers anys, fins i tot en aquests moments de crisi intensa i amb unes xifres d'atur que sorprenen a tot Europa. En el període de gener a juny de 2011 l'assegurament sanitari ha crescut més d'un 4% respecte d'aquest mateix període de l'any anterior. La major part d'aquesta contractació es realitza mitjançant pòlisses col·lectives, que d'una banda són una despesa de l'empresa i de l'altra formen part de la retribució dels treballadors exempta de fiscalitat. Aquest peculiar tractament n'ha facilitat el seu gran creixement. Segurament no calen més incentius i les demandes d'incorporar un ajut fiscal a les contractacions individuals es basen en supòsits molt poc realistes.⁴

Si en el moment de parlar de les mesures per garantir la sostenibilitat del sistema sanitari la referència al

copagament és obligada, volem destacar que els dos copagaments que avui existeixen ja són significatius i que presenten diverses possibilitats de millora. No hauríem de començar abans per millorar-los? I diem això només des de la perspectiva de la necessitat de recaptació de més recursos econòmics per al sistema sanitari, ja que des de la perspectiva de la moderació de la demanda ja s'ha demostrat que no és eficaç⁵ i provoca altres efectes indesitjables en relació amb l'equitat. Fins i tot a Alemanya⁶ es va avaluar el nul efecte sobre la demanda que havia tingut la introducció d'un copagament de 10 euros per a la primera visita al metge cada quatre mesos.

Després d'aquest parèntesi sobre la qüestió del copagament presentarem les tres estratègies per garantir la sostenibilitat del sistema sanitari:

- Com afrontar el dèficit de finançament actual?
- Mesures estructurals en el funcionament del sistema sanitari
- La revisió del model assistencial

4. Fundació IDIS. *Impacto de la deducción fiscal a la suscripción voluntaria de seguros privados de salud*. Madrid: IDIS; 2011. [Accés el 24 d'octubre de 2011.] Disponible a: http://www.fundacionidis.com/wp-content/uploads/2011/04/PDF_IDIS_web.pdf.

5. SOLANAS, P., coordinador. *Copago. Conclusiones desde la evidencia científica*. Documentos SEMFYC. 2010; 29. Barcelona: semFYC; 2010. [Accés el 24 d'octubre de 2011.] Disponible a: <http://www.semfyc.es/componentes/ficheros/descarga.php?MTAzNzQ%3D>.

6. AUGURZKY, B.; BAUER, T.; SCHAFFNER, S. *Copayments in the German Health System: Does It Work?* Discussion Paper Series. 2006; 2290. Bonn: Institute for the Study of Labor; 2006. [Accés el 24 d'octubre de 2011.] Disponible a: <http://ftp.iza.org/dp2290.pdf>.

Com afrontar el dèficit de finançament actual?

Si avui tenim menys recursos econòmics és del tot lògic que fem esforços per gastar menys. Quins han de ser aquests esforços? Bàsicament la disminució de l'oferta; i això només es pot fer mitjançant la disminució de l'oferta dels recursos amb un baix grau d'utilització, ja sigui perquè són redundants o perquè la demanda expressada no els justifica plenament. I l'altra manera d'aconseguir-ho és limitant la cartera de serveis.

Reorganitzar l'oferta dels serveis que són redundants és l'opció menys discutible, encara que això gairebé sempre implica indefectiblement la disminució de l'oferta de professionals i aquestes mesures generen conflicte. La disminució (o cancel·lació) dels recursos assistencials per una baixa demanda expressada ens planteja de manera immediata el problema de l'accessibilitat quan estem parlant de dispositius assistencials que estan en zones de baixa població. En aquests casos el dilema està entre la necessitat de garantir el dret a l'accés als serveis de salut i el cost dels recursos no utilitzats, tot això en un model sanitari en el qual la seva accessibilitat ha estat una de les característiques més valorades pels ciutadans i de la qual se n'ha fet bandera política durant molt de temps... Recordem que quan es van planificar aquests serveis segurament ja sabíem que la població era baixa i que, en conseqüència, la demanda seria també baixa i el cost de la disponibilitat del recurs no estaria compensat per la seva utilització.

Actuar sobre la cartera de serveis és l'altra possibilitat. De manera clara i directa podem fer-ho retirant algunes prestacions, o bé incrementant els temps d'espera en aquells problemes de salut en què això sembla que seria possible.

Aquestes mesures de limitació de l'oferta són una mica més complexes quan es tracta de l'abordatge d'aquells territoris on el problema es planteja en termes de volum de recursos físics ja disponibles i en un nivell superior al de la demanda actual. Sobretot pel que fa a les institucions hospitalàries o a la seva cartera de serveis, molt sovint lligada a la seva capacitat tecnològica. Segurament avui aquest problema es planteja al Baix Llobregat, al Camp de Tarragona i a Barcelona (aquí, en relació amb l'activitat terciària), i probable-

ment en aquest mateix ordre. En aquest cas reconduir inversions programades, cancel·lar programes assistencials o reconvertir els recursos són les tres mesures que caldria dur a terme encara que els resultats no s'obtinguin fàcilment a curt termini.

Sembla fàcil entendre que si avui tenim menys capacitat de gastar haurem de veure com reduir la nostra despesa habitual procurant que les coses importants no quedin afectades. Si tot és tan clar i fàcil d'explicar, com és que aquestes mesures susciten tantes reaccions en contra? En primer lloc perquè al cap i a la fi qualsevol disminució en els recursos disponibles o en la cartera de serveis acaba influint en la retribució de les persones. No obstant, ni de bon tros això ho explica tot. En un excel·lent article publicat a *Diario Médico*, Albert Jovell,⁷ explica algunes de les causes del malestar que avui estem observant en la societat i en els professionals sanitaris. Enmig d'altres missatges molt més elaborats, en aquest article es raona de quina manera la combinació de dos factors que coincideixen en el temps provoca aquestes reaccions negatives: la incertesa pel futur (les mesures proposades apareixen progressivament i no sabem quantes ens en queden per conèixer, i a més ens repeteixen que això no influirà ni en la salut ni en la qualitat de l'assistència...) i el sentiment de forta injustícia pel que fa a les causes i les conseqüències de la crisi (dit d'una altra manera, la situació en què es troben els que l'han causat i la situació ben diferent dels qui en pateixen les conseqüències). Segurament no podem afrontar el dol i la necessària adaptació per la pèrdua d'un nivell de benestar si no sabem del cert què és el que finalment hem perdut i quines conseqüències pot tenir, i ens costa molt més acceptar aquesta situació si tenim una clara percepció i un fort sentiment d'injustícia sobre el que estem vivint actualment, en termes generals.

Si aquesta és la naturalesa de les mesures que cal adoptar per tal d'afrontar el dèficit de finançament, i les iniciatives que s'han pres van en aquesta línia,⁸ sembla que el problema està més aviat en com s'adopten les mesures, en com s'expliquen, en com es construeixen les aliances necessàries amb els agents socials i amb els professionals per implantar-les, etc., i tot això sent molt sensibles respecte a la situació d'injustícia que avui percep la societat i que abans he esmentat (o

7. JOVELL, A. Etiología del malestar ante la crisis. *Diario Médico*. 14 d'octubre de 2011. [Accés el 24 d'octubre de 2011.] Disponible a: <http://www.diariomedico.com/2011/10/14/area-profesional/sanidad/etiologia-del-malestar-ante-la-crisis>.

8. No és el nostre objectiu avaluar les mesures adoptades fins ara, i partim de la hipòtesi que el govern ha pres les millors decisions que podia prendre. Tampoc coneixem tot el conjunt de mesures que s'hauran d'adoptar ja que aquestes s'anuncien una a una.

millor dit, que analitza Albert Jovell en el seu excel·lent article).

Evidentment l'increment dels ingressos dedicats a la sanitat és l'altra opció per tal d'equilibrar aquest desajust. La posada en marxa d'un copagament dedicat a incrementar directament els recursos financers del sistema sanitari o bé la discussió de les prioritats en les polítiques públiques són els dos mitjans per tal d'aconseguir-ho. En aquest article hem volgut defugir d'aquest complex debat, ja que creiem que abans cal esgotar les altres opcions.

Mesures estructurals en el funcionament del sistema sanitari

La constatació del fet que el ritme de creixement de la despesa sanitària és més alt que el de la capacitat econòmica dels països del nostre entorn és un fet a bastament comentat i documentat des dels anys vuitanta. Per contra, la major part dels sistemes de salut han reaccionat amb mesures molt més puntuals que estructurals, i això ha suposat que s'hagin observat efectes a curt termini però que no s'han mantingut en el temps, i encara pitjor, sovint han provocat "l'efecte rebot". És a dir, un cop ha passat l'efecte immediat, el ritme en l'increment de la despesa ha estat fins i tot més elevat que el del període anterior.

Un bon exemple d'aquesta situació han estat les mesures aplicades en el sistema sanitari espanyol en relació amb el sector farmacèutic. En els darrers quinze anys (1996-2010) s'han aprovat 27 mesures per a la contenció de la despesa farmacèutica ambulatoria, la qual cosa ha afectat tota la cadena del medicament: indústria, distribució i oficines de farmàcia. Per exemple, s'han exclòs productes, s'han modificat els preus i/o els marges comercials, s'han modificat les aportacions, etc. L'impacte real d'algunes d'aquestes mesures ha estat analitzat en una recerca realitzada per un grup de reconeguts investigadors de la Universitat Pompeu Fabra.⁹ De les setze mesures avaluades només quatre han tingut efecte en l'evolució de la despesa farmacèutica (totes elles eren mesures sobre els preus) i sempre a curt termini.

Les mesures més efectives van suposar baixades del 3% en un any, però després aquest efecte va desaparèixer.

Tot plantejament que pretengui millorar l'eficiència del sistema hauria de començar pel coneixement de les causes i el recull de l'evidència sobre les mesures que han superat la prova de ser efectives. És evident que tota proposta requereix una simulació quantitativa prèvia per demostrar que la seva implantació val la pena i que els riscos i les implicacions que comporta són menors que els seus beneficis esperats. Això ens permet implantar-les amb el màxim de garanties.

Els treballs internacionals que s'han dedicat a l'estudi de les causes de l'increment de la despesa sanitària coincideixen en quatre grans grups de motius:

- La introducció de les noves tecnologies.
- Un increment de la inflació sanitària per damunt de la general. I gairebé sempre això és degut al cost superior de les noves tecnologies i també dels recursos humans.
- Un increment de la utilització dels serveis de salut per part de la població a causa de les noves condicions sociodemogràfiques i epidemiològiques, i pels hàbits de consum de la població en relació amb els serveis de salut.
- Les ineficiències pròpies del model assistencial: la gran fragmentació existent en els processos assistencials, la variabilitat en la pràctica clínica, etc.

Algunes mesures que caldria implantar són els serveis compartits entre els hospitals, els serveis de suport, els mitjans diagnòstics i els serveis clínics. En relació amb els laboratoris d'anàlisis clíniques, des dels

El problema dels plans de xoc està en com s'adopten les mesures, en com s'expliquen i en com es construeixen les aliances necessàries amb els agents socials i els professionals.

anys noranta s'han fet múltiples propostes i experiències: a Alemanya s'ha creat el laboratori Labor Berlin, que processa més de 30 milions de determinacions a l'any i és fruit d'una col·laboració entre diversos hospitals públics i privats; l'hospital Karolinska d'Estocolm té un laboratori que integra sis hospitals i uns setanta

9. MORENO-TORRES, I.; PUIG-JUNOY, J.; RAYA, J.M. The impact of repeated cost containment policies on pharmaceutical expenditure: experience in Spain. *Eur J Health Econ.* 2010; Setembre. [Accés el 24 d'octubre de 2011.] <http://www.econ.upf.edu/~puig/publicacions/Any2010/ejhe2010.pdf>.

centres ambulatoris; al Regne Unit, el KingsPath ofereix els seus serveis als hospitals Guy's, St. Thomas', Kings i Bedford, i es tracta d'una iniciativa fruit d'una col·laboració publicoprivada. A casa nostra tenim experiències pioneres com el Laboratori de Referència de Catalunya, la posada en marxa del CatLab a Terrassa i més recentment la integració dels laboratoris de l'Hospital Vall d'Hebron amb altres laboratoris de primària de l'ICS, però cap d'aquestes experiències té l'abast i l'envergadura de les iniciatives internacionals esmentades. Si bé en aquest àmbit –dins dels serveis assistencials– és on hi ha més experiència, aquesta també es pot estendre a altres serveis com ara la lectura radiològica, etc.

Alguns sistemes sanitaris han començat a fixar el nombre mínim d'activitat per tal d'acreditar un servei perquè pugui realitzar una determinada prestació, per exemple, el nombre mínim de cirurgies de càncer de mama que ha de fer cada any per poder realitzar aquesta activitat. Aquestes mesures reguladores tenen un efecte sobre l'ordenació dels serveis assistencials i ràpidament provoquen que els mateixos professionals facin propostes d'integració de serveis clínics per tal de poder complir amb el requisit exigint de l'activitat mínima i –en conseqüència– aprofitar millor els recursos.

Dins d'aquests grups de mesures, impulsar decididament la seguretat del pacient, disminuir la variabilitat clínica, donar un valor vinculant a les recomanacions de les agències d'avaluació tecnològica abans de la incorporació de noves tecnologies (equipaments, medicaments o pràctiques professionals), concentrar l'activitat terciària, etc. són bons exemples que han de permetre millorar el sistema sanitari aprofitant el coneixement de què disposem, avui més que mai. Cap d'elles aporta resultats a curt termini, però totes elles són indispensables.¹⁰

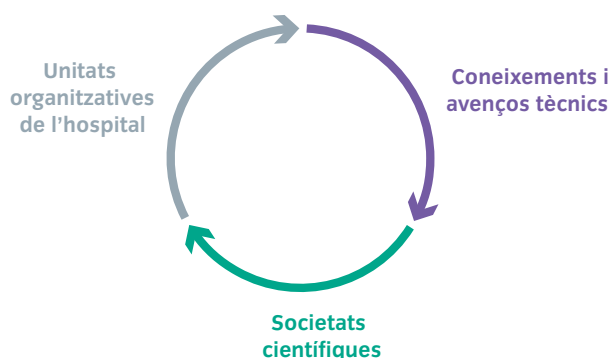
La revisió del model assistencial

A l'inici del segle xx, als Estats Units una comissió va rebre l'encàrrec de definir quina era la millor organització possible als hospitals per millorar-ne la qualitat i el desenvolupament, i alhora contribuir a la millor formació possible dels nous metges especialistes. Les recomanacions són les pràctiques que observem avui

als hospitals: l'agrupació dels professionals segons el seu àmbit de coneixement, en unitats organitzatives estanques.

Aquest model, avui encara vigent, ha tingut un desenvolupament que ha afavorit la fragmentació dels serveis. L'agrupació dels professionals en un àmbit de coneixement ha afavorit de manera fefaent el desenvolupament de l'especialització, i així l'aportació de nous coneixements ha facilitat noves agrupacions de professionals al voltant d'aquests avenços, que han creat associacions o societats científiques i posteriorment unitats organitzatives a l'hospital o a la universitat. La dinàmica d'aquest cercle s'il·lustra a la figura 2.

Figura 2. Cercle de creació de coneixement i fragmentació del sistema sanitari



Font: Antares Consulting

Aquesta dinàmica de fragmentació de l'organització ha estat criticada, ja que com més unitats organitzatives hi hagi, més alts són els riscos de disfuncionament en la trajectòria d'un pacient. És cert, però no és menys cert que aquesta organització és la que ha facilitat els avenços científicotècnics de què avui ens podem beneficiar.

Aquesta fragmentació s'ha vist reforçada per un altre moviment que també ha tingut moltes coses positives: l'acreditació de centres i els mecanismes d'autorització. L'acreditació de centres té una lògica basada en la definició de les especificitats d'un determinat tipus d'institució per diferenciar-la de les altres i reforçar els seus aspectes més positius. Això ens ha portat a posar

10. GIL, V.; BARRUBES, J.; ÁLVAREZ, J.C.; PORTELLA, E. *Sostenibilidad financiera del sistema sanitario. 10 medidas estructurales para afrontar las causas del crecimiento del gasto*. Barcelona: Antares Consulting; 2010. [Accés el 24 d'octubre de 2011.] Disponible a: http://www.antares-consulting.com/es_ES/main/detallepublicacion/Publicacion/2/apartado/H/idUnidad/3.

etiquetes als establiments sanitaris en relació amb la seva missió assistencial i ha contribuït a fragmentar les institucions sanitàries segons la seva funció.

En resum, hem desenvolupat polítiques i pràctiques que a més dels efectes volguts (i molt sovint positius) han contribuït a fragmentar el sistema assistencial. Mentrestant, a aquesta realitat cal contraposar l'evolució en els perfils dels pacients: cada cop amb més condicions de cronicitat, més envellits i amb menys autonomia personal. És a dir, lluny de la fragmentació, pacients que requereixen una atenció integral.

Amb unes estructures assistencials cada cop més especialitzades en el seu producte (monoproducte), tenim uns pacients cada cop més heterogenis i amb necessitats diverses. Aquest *gap* entre l'organització de l'oferta i les necessitats de la demanda provoca també greus disfuncions. Així expliquem que una petita part dels pacients suposen la major part de la utilització: amb readmissions, més consultes, urgències, estades més llargues, etc. I davant d'aquesta realitat s'han llençat iniciatives orientades a desenvolupar la transversalitat de l'oferta.



Si bé es cert que alguns pacients necessiten aquesta transversalitat, fins i tot entre diferents nivells assistencials, no és menys cert que:

- Es tracta d'un nombre relativament baix de pacients, amb un cost molt elevat.
- Si esbrinem quins grups de pacients són aquests multifreqüentadors i amb elevat cost,¹¹ observem que es tracta dels pacients amb una o més d'una d'aquestes malalties: insuficiència cardíaca congestiva, diabetis i/o malaltia pulmonar obstructiva crònica.

L'organització sanitària que tenim avui és la que ha facilitat els avenços científicotècnics dels quals avui ens podem beneficiar: l'hem de canviar i preservar.

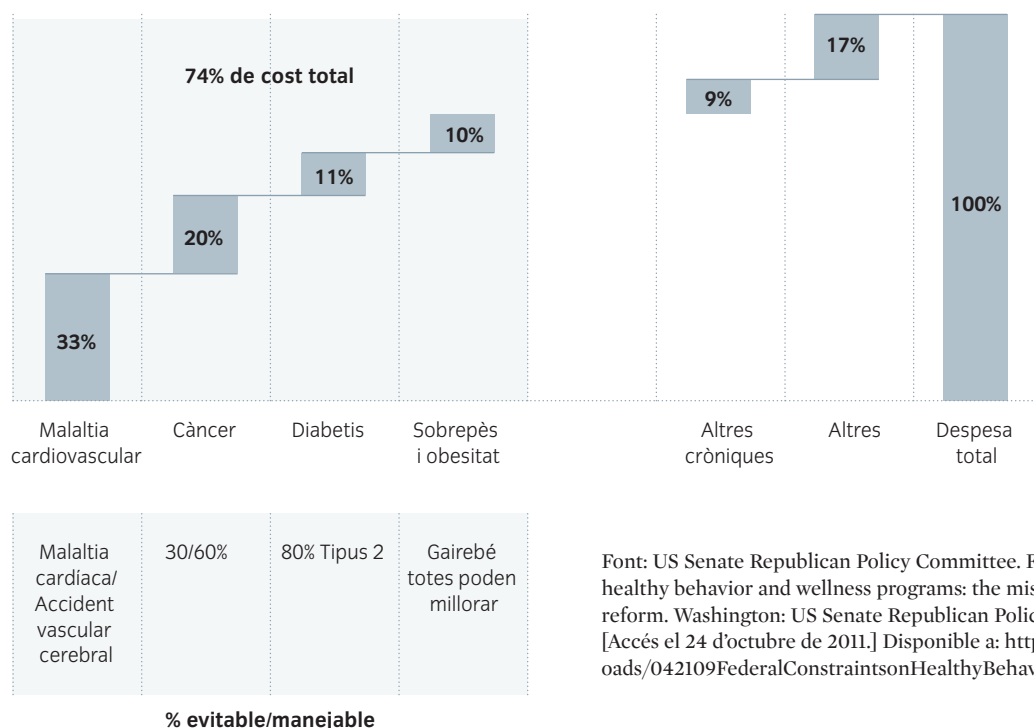
- Tot i la bondat dels plantejaments per a l'atenció integral als pacients crònics d'alta complexitat, no podem oblidar que el model assistencial també ha de ser adequat per a la resta de pacients, que són majoritaris en el sistema sanitari.

Avui estem descobrint el paradigma de l'atenció integral a la cronicitat i estem repensant el model assistencial a partir d'aquesta realitat, però fàcilment podem caure en el discurs fàcil de repensar tot el model assistencial en funció d'aquesta necessitat important i alhora reduïda en nombre de persones.

Quin és, doncs, el repte al qual haurà de respondre el nou model assistencial? La capacitat de donar una resposta efectiva a ambdós tipus de clients, o –encara millor– ser capaç de respondre a les diferents tipologies de pacients. La descoberta de la importància dels pacients amb condicions de cronicitat ens obliga a repensar el model assistencial buscant una manera més integradora, que estigui més basada en el seguiment de les persones de risc, més orientada a “cuidar” que a “curar”, etc. I tot això, per a un nombre petit i costós de pacients avui mal atesos (i segurament per això amb elevat cost). A la figura 3 s'observa com el 74% del cost hospitalari als Estats Units s'atribueix a aquestes situacions. I encara més si tenim en compte que el grup de les MPOC està inclòs en el 9% dels “Altres crònics”, i en tots aquests casos a més de l'atenció integral no hem d'oblidar les possibilitats de la prevenció primària, secundària i terciària.

11. US Senate Republican Policy Committee. *Federal constraints on healthy behavior and wellness programs: the missing link in health care reform*. Washington: US Senate Republican Policy Committee; 2009. [Accés el 24 d'octubre de 2011.] Disponible a: <http://www.hpn.com/downloads/042109FederalConstraintsonHealthyBehaviorandWellness.pdf>.

Figura 3. Quatre condicions de cronicitat suposen el 74% de la despesa hospitalària als Estats Units



Font: US Senate Republican Policy Committee. Federal constraints on healthy behavior and wellness programs: the missing link in health care reform. Washington: US Senate Republican Policy Committee; 2009. [Accés el 24 d'octubre de 2011.] Disponible a: <http://www.hpn.com/downloads/042109FederalConstraintsonHealthyBehaviorandWellness.pdf>

En el cas de Catalunya, hem treballat¹² les dades del CMBD de l'any 2009 dels hospitals de la XHUP només en el cas dels pacients majors de quinze anys. Aquestes dades s'han analitzat amb dos enfocaments metodològics diferents i els resultats obtinguts parlen sols:

- El 14% dels ingressos hospitalaris generen al voltant del 40% de les estades, amb un cost de més de 950 milions d'euros.
- La millora relativa en els 42 GRD relacionats amb les condicions de cronicitat més complexes presenten més d'un 25% de millora relativa respecte dels resultats obtinguts en models amb atenció integral als pacients crònics. Això implica l'alliberament de 450 llits d'aguts/any.
- I si agafem tots els conceptes de la despesa sanitària, els pacients que podríem classificar en el nivell 3 de l'escala de la Kaiser Permanente, costen 1.914 milions d'euros amb el model sanitari actual.

Són dades que constitueixen bons arguments i que ens obliguen a reflexionar sobre l'interès de desenvolupar un model integral d'atenció a la cronicitat basat en la gestió de casos, com a model assistencial molt més apropiat per a aquest tipus de pacients.

La dificultat que avui tenim no és la de canviar un model assistencial per un altre, és la dificultat d'intentar fer conviure diferents models assistencials. I això també és la resposta a una crisi: la crisi d'un model assistencial que, pel fet que no s'ha actualitzat amb la nova demanda, ens resulta cada cop més car i menys efectiu. ■

Lluny de la fragmentació, una part dels pacients més complexos requereix una atenció integral.

12. Antares Consulting. *Atenció integral a la cronicitat*. 2011.

Entrevista a Boi Ruiz, conseller de Salut



La seva actuació al capdavant del Departament de Salut ve marcada per un escenari molt dur per a l'economia del país. Com ha conjugat la seva visió del model sanitari de cobertura pública amb l'acompliment del pressupost?

Precisament perquè creiem fermament en la necessitat de mantenir els principis del nostre sistema sanitari públic, universal i de qualitat hem hagut d'aprovar un pressupost que no és el que hauríem volgut però que és el que garanteix la perdurabilitat del sistema. Aprovar, en aquests moments, un pressupost expansiu i

mancat de rigor hauria estat posar en dubte el futur del nostre sistema. Una altra cosa és la necessitat d'obtenir, en l'àmbit de tot l'Estat, més recursos per al sistema sanitari i, per al conjunt del nostre país, un finançament més just i adient a la nostra capacitat productiva.

Fa molt de temps que alguns dels temes estratègics per a la sostenibilitat del sistema sanitari, com el finançament o la reordenació de la cartera de serveis, s'han situat només en el debat intel·lectual. Durant aquesta legislatura té previst situar aquests temes en l'acció política concreta?

La reordenació de serveis és ja una realitat de la nostra acció política. S'ha avançat cap a un model més racional i sostenible de l'atenció urgent, que prioritza l'atenció telefònica i domiciliària, i es treballa també en l'ordenació d'àmbits com el del terciarisme, en el qual cal introduir més eficiència. Pel que fa al debat del finançament, és un tema que hem posat damunt la taula en reunions del Consejo Interterritorial del SNS i que per a nosaltres és primordial. Cal dotar de més recursos el sistema sanitari per tal de garantir-ne la suficiència financera i, per això, cal un debat serè sobre com aconseguir aquests recursos. Hem de fugir de demagògies i interessos partidistes per tal d'assolir un Pacte de Toledo sanitari.

L'últim informe de l'OMS sobre la sostenibilitat dels sistemes públics de salut indica que per mantenir els sistemes universals calen recursos addicionals a més dels impostos. De quina manera seria partidari d'afegir aquests recursos als sistemes públics de salut?

L'informe de l'OMS fa èmfasi en dos punts molt importants. Primer, que calen més recursos per als siste-

mes universals de salut i, segon, que cal introduir més eficiència en els sistemes, és a dir, que existeix un marge d'eficiència important. Nosaltres coincidim plenament amb el que diu l'OMS i creiem que hem d'avançar en les dues línies. Pel que fa a la primera, el mateix estudi de l'OMS fa un repàs a diferents iniciatives que s'han pres a escala internacional per obtenir més recursos per als sistemes de salut: des dels clàssics impostos a l'alcohol i el tabac fins als més innovadors sobre productes poc saludables (amb alt contingut de sucre o sal) o sobre els bitllets aeris. Nosaltres no hem de renunciar a fer *benchmarking*, però hem de saber trobar la solució més adient a la nostra realitat, sempre en el marc, repetixo, d'un debat serè i responsable.

Davant de les mesures d'ajustament al dèficit impulsades des del Departament de Salut, les entitats sanitàries demanaven un full de ruta a mitjà termini liderat pel seu departament. Tenen previst fer un abordatge d'aquest tipus? De quina manera afectarà les entitats? Quines serien les principals etapes d'aquest full de ruta?

Crec que el full de ruta l'hem marcat de bon principi. En la meua compareixença al Parlament de Catalunya a l'inici de legislatura vaig fixar les línies directrius de cap on havia d'avançar el nostre sistema en aquests quatre anys. Després he tingut ocasió d'aprofundir-hi en diversos fòrums, incloses reunions amb els representants de les entitats sanitàries. El que hem de tenir clar, però, és que qualsevol full de ruta ha d'adequar-se a la realitat del nostre model sanitari, en el qual l'autonomia de gestió dels centres i entitats sanitàries és un element clau.

La principal font d'ingressos de la majoria de les entitats del sector concertat és el pagament de l'acció concertada. Quines accions duren a terme per poder regularitzar els terminis de pagament?

Un dels principals problemes dels sistemes sanitaris i de les administracions públiques en general, agreujat per la difícil situació financera actual, és l'endarreriment dels pagaments. Tot i que en els últims anys, en el nostre sistema sanitari, els terminis de pagament s'han incrementat, la situació no és tan greu a Catalunya com en altres comunitats autònomes. Ara bé, aquesta és una situació que hem de ser capaços de resoldre i un dels objectius dels ajustos pressupostaris realitzats és poder fer front als pagaments de proveïdors en terminis més raonables.

Vostè, que coneix bé els àmbits de negociació col·lectiva, quin considera que ha de ser el paper de l'Administració en els propers processos negociadors del conveni de la sanitat?

En el marc de les mesures per a la sostenibilitat del sistema sanitari, nosaltres vam instar en l'àmbit adient, el Departament d'Empresa i Ocupació, la creació d'una mesa de negociació per intentar aconseguir un acord entre patronals i sindicats que suposés una mínima afectació en termes laborals. Aquest acord no va ser possible, però malgrat tot, s'han aconseguit múltiples acords en diferents centres i institucions sanitàries. Nosaltres valorem molt positivament aquests acords pel sacrifici que per a molts professionals suposa i treballam per afavorir consensos, entenent que el paper de l'administració sanitària ha d'ajustar-se al que li correspon en el sistema, d'acord amb el model que defineix la Llei d'ordenació sanitària de Catalunya.

Durant aquests mesos les entitats sanitàries i socials s'han vist obligades a prendre mesures dures de gestió amb relació als recursos humans. Al seu parer, com des del sistema i des de les entitats s'ha de continuar implicant els professionals en un moment en què ja han fet esforços sobre les seves condicions laborals?

L'informe de l'OMS que citàvem anteriorment fa referència també a la importància dels professionals sanitaris en l'eficiència del sistema i destaca la desmotivació com un dels elements d'ineficiència. Som conscients que l'entorn actual suposa dificultats afegides però cal avançar cap a un model que incentivi la productivitat dels professionals, el seu creixement professional i allora reforci la seva autoritat, com a element clau en el sistema.

Vostè defensa que les regions sanitàries siguin autosuficients en l'àmbit assistencial excepte en el nivell terciari. Sobre quins paràmetres s'ha de fer aquesta reordenació i com abordaran la reforma del terciarisme?

La reordenació dels serveis és un repte essencial per aconseguir millorar l'eficiència clínica del sistema. Cal fer-la, independentment de la situació econòmica. Evidentment, cada regió sanitària ha de poder donar resposta, amb els seus recursos, a les necessitats de salut de la seva població, però hi ha un àmbit excepcional que és el terciarisme. Per raons d'eficiència, però sobretot de qualitat assistencial, cal garantir masses crítiques en els serveis assistencials.

Així doncs, en àmbits com per exemple la cirurgia oncològica, cal avançar cap als equips multicèntrics que garanteixin aquestes masses crítiques i també en altres àmbits com els trasplantaments o el neurointervencionisme, caldrà reduir guàrdies simultànies, unificar programes...

Una de les seves premisses és la transparència en la gestió, i com a conseqüència va impulsar la Central de Resultats. Com té previst desenvolupar-la? Com traslladarà els resultats al sistema sanitari?

La Central de Resultats és un element molt valuós del nostre sistema de salut a l'hora d'avaluar i retre comptes dels resultats i funcionament del nostre sistema de salut. Mitjançant la competència per comparació i la cooperació, ha d'actuar com a mecanisme autoregulator que incentivi la introducció de millores, en els seus àmbits clau de responsabilitat, per part de tots els agents implicats. Hem d'aconseguir que la Central de Resultats ens orienti sobre el que cal fer, d'acord amb les prioritats de salut dels ciutadans, i com s'ha de fer, d'acord amb la millor qualitat i fent el millor ús possible dels recursos disponibles. Hem d'avançar en aquesta direcció. Estem fent uns reajustos tècnics per impulsar la divulgació dels resultats. Prèviament caldrà definir el seu òrgan de govern.

Tradicionalment les polítiques sanitàries i de l'àmbit social s'han dissenyat de forma independent. Actualment, la tendència dels experts dels dos àmbits és situar el ciutadà en el centre dels dos models. Tenen previst desplegar polítiques transversals des de les conselleries de Salut i de Benestar Social i Família?

No hi ha dubte que la transversalitat en aquestes polítiques és fonamental. Actualment, des del punt de vista sanitari i social tenim un repte comú molt important: l'atenció als malalts crònics. No es pot entendre l'atenció a aquest tipus de malalts, molts d'ells persones grans amb diferents graus de dependència, sense una atenció integral que tingui en compte tant els vessants sanitaris com els socials. Per això, des dels departaments de Salut i Benestar Social i Família hem posat en marxa un pla interdepartamental d'atenció a la cronicitat que ha de permetre donar una resposta millor a les necessitats de les persones i alhora ajudar-nos a construir un model d'atenció més basat en les seves necessitats que no en la mateixa estructura i organització del sistema.

Com veu el model de futur?

Vull veure un ciutadà orientat i coneixedor d'un model d'atenció sanitària en què l'atenció primària és el primer nivell de resolució dels seus problemes de salut, episòdics o crònics; una atenció especialitzada en centres de referència. Tot això basat en les necessitats d'una població en un territori, per sobre de les necessitats d'un equipament, i amb uns professionals que coparticipin en les decisions i les responsabilitats, en un ampli marc d'autonomia de gestió i alhora de rendiment de comptes. ■

ELS ÈXITS SÓN
DELS QUI
ELS VAN A BUSCAR,
ESPECIALMENT
QUAN HI VAN
ELS PRIMERS.



MÀSTER UNIVERSITARI UOC DE TELEMEDICINA.

Si hi ha un moment, és ara. Perquè la ràpida expansió de les TIC ha fet que el seu ús per al diagnòstic, el tractament, la intervenció i el seguiment de temes mèdics tingui un potencial que marcarà sens dubte el futur dels sistemes sanitaris. En aquest màster la UOC posa en marxa el Laboratori de Telemedicina, on l'estudiant adquirirà els coneixements necessaris a partir d'experiències reals.

Tria els màsters universitaris de la UOC, els màsters de les ments obertes.

ALTRES CURSOS ÀREA CIÈNCIES DE LA SALUT:

MÀSTERS UNIVERSITARIS
NUTRICIÓ I SALUT

MÀSTERS

DIRECCIÓ EXECUTIVA D'HOSPITALS
GESTIÓ CLÍNICA
ADMINISTRACIÓ DE SISTEMES SANITARIS I GESTIÓ DE SERVEIS DE SALUT
ATENCIÓ A L'USUARI DE SERVEIS SANITARIS
PLANIFICACIÓ I DISSENY DE CENTRES SANITARIS
SISTEMES DE TIC SALUT
ESTUDIS AVANÇATS EN MEDICINA CLÍNICA
FOOD, CULTURE AND TERRITORY
ALIMENTACIÓ, SOCIETAT I POLÍTIQUES ALIMENTÀRIES INTERNACIONALS
AGRICULTURA ECOLÒGICA I DESENVOLUPAMENT RURAL
BIOINFORMÀTICA I BIOESTADÍSTICA

POSTGRAUS

TREBALL SOCIAL SANITARI

ESPECIALITZACIONS

FOTÒNICA I TECNOLOGIA LÀSER EN LES CIÈNCIES DE LA SALUT
ULTRASONOGRAFIA ENDOSCÒPICA (USE)

Consulta tots els Màsters i Postgraus de Ciències de la salut a www.uoc.edu.

Matrícula oberta. Inici: octubre 2011



INSTITUT
INTERNACIONAL
DE POSTGRAU

INN
+GE

II Edició dels Premis La Unió a la Innovació en Gestió 2011

El Pla Estratègic de La Unió 2010-2015 inclou la Innovació en gestió com a aportació estratègica de les organitzacions i els professionals a la creació de valor en el sector sanitari i social.

Els Premis a la Innovació en Gestió responen a la voluntat de La Unió de reconèixer i atorgar valor al treball de les organitzacions sanitàries i socials en aplicar innovacions a la gestió de les seves institucions, de destacar el valor que aporten en la gestió de les persones i de premiar les polítiques d'eficiència i sostenibilitat que es tradueixen i impacten positivament en resultats per als ciutadans.

Els premis no tenen dotació econòmica. Per a cadascun dels àmbits es lliurarà un símbol i un diploma de reconeixement, i les iniciatives es publicaran als *Quaderns de Gestió Aplicada* de la Fundació Unió i es difondran en els àmbits del coneixement i la gestió aplicada. Es faran tres reconeixements, un per cada àmbit. El lliurament dels premis tindrà lloc a la Jornada Associativa en el marc de l'Assemblea General de 15 de desembre de 2011. El jurat està constituït per gestors, professionals assistencials i del món acadèmic, que avaluaran les candidatures presentades.



www.uch.cat

Haz lo que
se te da bien. Mejor.

Hoy en día es esencial sacar el máximo partido a los recursos disponibles. En Accenture ayudamos a las organizaciones líderes para asegurarnos de que cuentan con las personas adecuadas, con el perfil requerido, en los puestos apropiados. Nuestro enfoque integral contribuye a crear organizaciones innovadoras formadas por equipos con talento. Hable con nosotros y compruebe cómo podemos ayudarle a que sus profesionales trabajen mejor en equipo.

• Consultoría • Tecnología • Outsourcing

>
accenture

Alto rendimiento. Hecho realidad.

Promover la Salud



Mejorar la Vida

Science For A Better Life



En la actualidad existen aproximadamente unas 30.000 enfermedades diferentes conocidas. Sólo un tercio de ellas tienen una terapia adecuada.

Bayer HealthCare, una de las empresas del Grupo Bayer AG, desarrolla productos innovadores para mejorar la salud y la calidad de vida tanto de seres humanos como de animales.

Además de las divisiones Animal Health, Consumer Care y Diabetes Care, la empresa está fuertemente implantada en el área de las especialidades farmacéuticas bajo el nombre Bayer Schering Pharma. Bayer HealthCare: líder internacional en el sector de la salud.

Una empresa fuerte para un futuro saludable. www.bayer.es



Bayer: CropScience MaterialScience

HealthCare



FÒRUM ASSOCIATS COL-LABORADORS





Carrer Bruc, 72, 1r
08009 Barcelona
comunicacio@uch.cat
T. 34 93 209 36 99
F. 34 93 414 71 22
www.fundaciounio.cat
www.uch.cat