

LA SANITAT A CATALUNYA AVUI: ENTRE L'INCREMENTALISME I LA PRIORITZACIÓ

*Jaume Puig-Junoy**

30.10.2001

Preàmbul

La realitat actual dels sistemes sanitaris es caracteritza no només per la preocupació pel seu cost creixent, en tant que despesa pública, sinó també per: una població que disposa cada vegada de més informació i que és més exigent en quant a la qualitat dels serveis; uns professionals sanitaris que s'enfronten a un allau de nous procediments diagnòstics i terapèutics cada vegada més cars amb escasses eines de gestió i d'avaluació; i unes constatacions empíriques que transmeten als asseguradors-finançadors públics informació preocupant sobre la variabilitat observada en la pràctica clínica que no es justifica pas per les diferències en la morbiditat dels individus. En aquest context, què és el que cal preguntar-se sobre l'estat de salut del sistema públic sanitari català avui, després de dues dècades de gestió autonòmica iniciada a 1981, i sobre les seves perspectives de sostenibilitat i satisfacció de les necessitats canviants en un futur immediat?

Centrarem l'atenció d'aquest capítol en dos aspectes crucials per a valorar aquest estat de salut i que ens han de servir per a estirar el fil argumental que ens permeti posar de relleu els avenços i les limitacions de partida per a enfrontar la veritable transformació cap a un sistema sanitari de Catalunya: per una banda, què en sabem de l'eficiència del sistema sanitari a Catalunya, i, per l'altra, en quines condicions es troba la seva flexibilitat davant de les necessitats d'adaptació i de canvi. Avançaré tres línies argumentals sobre ambdues qüestions, a la justificació de les quals es destina la resta d'aquest capítol.

En primer lloc, els resultats i el nivell d'eficiència aparent del sistema sanitari a Catalunya és més aviat elevada, si bé això s'aconsegueix *fent virtut de la necessitat*: es produeix a costa d'un cert grau de frustració o demanda insatisfeta en les aspiracions de serveis sanitaris d'una societat amb el nivell de renda de la catalana, i per la força de la quasi prohibició estatal de la diferenciació autonòmica en els nivells de despesa per càpita.

En segon lloc, la situació actual és un sistema sanitari a Catalunya que, malgrat el llarg període de gestió autonòmica, presenta una configuració organitzativa i de serveis que, fortament condicionada per l'herència rebuda a 1981, i més enllà del paper del Diari Oficial, no difereix substancialment de l'estatal. Això, no obstant, no va en detriment del fet que la sanitat a Catalunya ha presentat notables signes de voluntat de canvi i transformació tant assistencial com organitzativa que li concedeixen, sense cap dubte, un lideratge innovador en la gestió pública i en la gestió sanitària digne de referència en el context internacional.

I, en tercer lloc, si bé el diagnòstic de partida porta a dir clarament que el volum de recursos públics assignats a la sanitat de Catalunya no es troba al nivell de les demandes en altres regions europees amb el nostre nivell de renda, això no justifica de cap manera l'adopció de solucions incrementalistes basades en afavorir la pau política per la via universalista del repartiment de més rendes entre els proveïdors.

Una destacable eficiència aparent

Els resultats globals del sistema sanitari català són aparentment bastant bons ja que presentem uns indicadors tradicionals d'estat de salut que se situen entre els millors dels països occidentals i, en canvi, un nivell d'ús de recursos per part de la sanitat que és més aviat reduït en termes relatius. En l'informe de la Organització Mundial de la Salut (OMS) de l'any 2000 ("World Health 2000"), el sistema sanitari espanyol ocupa un dels primers llocs, entre el número 3 i el número 8, en el *ranking* d'eficiència dels sistemes sanitaris de 191 països en els anys 1993-7¹. Si bé el mètode emprat per la OMS per a fer aquesta ordenació dels països resulta bastant poc fiable, no seria pas arriscat afirmar que el sistema sanitari català se situaria fins i tot en una posició encara lleugerament millor que l'espanyola i, per tant, en els primers llocs del *ranking*.

L'esperança de vida de la població catalana en néixer a 1998 és de 79,3 anys, i de 22,8 anys a l'edat de 60 anys. Ara bé, si a 1980 Catalunya era la primera Comunitat Autònoma en esperança de vida, en l'actualitat ocupa només una posició intermèdia en esperança de vida en néixer i es troba per sota de la mitjana espanyola en esperança de vida als 60 anys. L'esperança de vida catalana en néixer només es troba lleugerament superada, entre els països de la OCDE, per Japó, Suècia i Suïssa². Un indicador una mica més acurat com és l'esperança de vida lliure d'incapacitat situa a Catalunya en valors equivalents a la mitjana espanyola, malgrat una esperança de vida superior, degut a una major presència de població amb discapacitats: a 1999, la proporció de població entre 6 i 64 anys amb alguna discapacitat a Catalunya és un 4,9% superior a la de la resta de l'Estat.

La mortalitat infantil presenta també una tendència positiva i és notablement inferior a la mitjana espanyola. El nombre de nascuts vius morts per 1000 nascuts vius a Catalunya s'ha reduït de 10,3 a 1980 fins a 3,90 a 1997, mentre que a Espanya en aquest darrer any va ser de 5,50, un 41% superior. En quant a la mortalitat perinatal (morts fetals després de la vint-i-vuitena setmana de gestació i també morts neonatals produïdes durant la primera setmana de vida com a percentatge del total de nascuts vius), millor indicador de l'impacte dels serveis sanitaris, la situació catalana també és força favorable: s'ha reduït des de 8,8 a 1985 fins a 6,0 a 1998, situant-se en nivells molt semblants a les xifres espanyoles. La comparació internacional en mortalitat perinatal també resulta molt favorable per a Catalunya: dins la OCDE, només Finlàndia, Islàndia i Suècia presenten una taxa de mortalitat perinatal inferior a la catalana.

¹ Evans, D.B.; Tandon, A.; Murray, C.J.L.; Lauer, J.A. "Comparative efficiency of national health systems: cross national econometric analysis". *British Medical Journal*, 2001; 323: 307-10.

² OCDE. Health Data File. Paris, 2001.

Les diferències de Catalunya amb Espanya pel que fa als factors determinants i als problemes de salut són més aviat petites³. Alguns punts positius al respecte per a Catalunya reforcen els bons indicadors globals d'estat de salut⁴:

- la taxa ajustada per 1000 habitants d'anys de vida potencialment perduts per morts abans dels 65 anys és de 38,4 a Catalunya, per sota de la mitjana espanyola, i trobant-se només una xifra inferior a quatre països de la OCDE (Suècia, Noruega, Holanda i Japó);
- la taxa de mortalitat per 100 mil habitants per enfermetats cardiovasculars, ajustada per edats, a Catalunya s'ha reduït des de 280,6 a 1980 fins a 193,9 a l'any 1995, essent en aquest any inferior a la mitjana espanyola (206,3);
- la prevalença de malalts amb infecció quirúrgica s'ha reduït a Catalunya des de 7,0% a 1990 fins al 3,9% a 1997, mentre que a Espanya la proporció és del 4,5% en aquest darrer any.

Diferències desfavorables o amenaces per Catalunya s'observen en d'altres aspectes no menys remarcables pel seu impacte sobre l'estat de salut:

- la taxa de mortalitat per 100 mil habitants per tumors malignes, ajustada per edats, ha augmentat a Catalunya des de 147,7 a 1980 fins a 161,5 a 1995, xifra lleugerament superior a l'espanyola;
- la taxa de mortalitat per accidents de trànsit ha augmentat de manera molt important des de 11,0 per 100 mil habitants a 1980 fins a 19,9 a 1995, essent un 7% superior a la mitjana espanyola;
- la freqüència d'accidents de treball s'ha reduït des de 1980, però a 1997 es manté en un nivell elevat i un 10,6% per sobre de la mitjana espanyola.

A l'altra costat de la balança cal situar-hi els recursos financers i físics que fa servir el sistema sanitari català. La despesa sanitària total, pública i privada, a Catalunya equival al 6,5% del PIB a l'any 1996, la qual cosa representa un punt d'increment del PIB en relació a l'any 1981⁵. Aquesta xifra indica que la societat catalana destina l'equivalent al producte d'un de cada 15,4 dies de treball a finançar els seus serveis sanitaris, mentre que a Espanya, amb una despesa del 7,4% del PIB a 1996, s'hi destina una mica més, un de cada 13,5 dies de treball.

El finançament públic dels serveis sanitaris a Catalunya suposa una xifra per persona poc diferent de la mitjana estatal, però que en relació a la nostra renda relativa implica una proporció inferior del PIB: a 1996, el finançament sanitari públic equival al 4,7% del PIB mentre que a Espanya equival al 5,8%, de tal manera que el diferencial de Catalunya en comparació amb Espanya, avui d'1,1 punts del PIB, s'ha més que doblat des del moment de la transferència dels serveis a la Generalitat a 1981.

Els resultats globals favorables que mostren els indicadors de salut no es poden pas atribuir només a la contribució dels serveis sanitaris, sinó que l'estat de salut es troba fortament influenciat de manera tant o més important per factors tals com les condicions i estil de vida, pel nivell de renda i la seva distribució entre els individus,

³ Segura, A. "Salut i sanitat", dins "Catalunya i Espanya. Fets i actituds diferencials", Ed. Proa, Barcelona, 2001.

⁴ Ministerio de Sanidad y Consumo, "Indicadores de salud. Cuarta evaluación en España del Programa regional Europeo Salud para todos", Secretaría General Técnica, Madrid, 1999.

⁵ Departament de Sanitat i Seguretat Social, "La despesa sanitària a Catalunya, 1988-1996", Generalitat de Catalunya, Barcelona, 2001.

per l'educació, per la seguretat vial, per la política agrícola, etc. El resultat del sistema sanitari té avui més a veure amb la millora de la qualitat de vida relacionada amb l'estat de salut i amb la satisfacció dels usuaris amb el propi procés d'atenció que no pas amb efectes quantitativs sobre la vida (esperança de vida i mortalitats).

Oferta sanitària i utilització: trets diferencials

Quins són els aspectes diferencials del sistema sanitari català en quan a oferta de recursos assistencials, utilització dels serveis sanitaris, capacitat de finançament i organització del sistema?

L'especialització dels recursos humans és molt elevada amb una intensitat de recursos mèdics que és una de les més elevades del món. El nombre de metges col·legiats a Catalunya ha passat de 3,52 per mil habitants a 1985 a 4,37 a 1996 i continua essent un dels més alts de la OCDE, per sobre de la mitjana espanyola i només superada per Itàlia. En canvi, el nombre d'ATS i DUE col·legiats no ha augmentat pas més depressa que el nombre de metges malgrat partir de xifres baixes en comparació amb el context internacional, de manera que a 1995 només tenen una xifra inferior a la nostra països de la UE com Itàlia, Grècia i Portugal.

La productivitat hospitalària mostra signes de millora molt destacable en els darrers anys. El nombre de llits d'aguts s'ha reduït de manera important en els darrers anys mentre s'incrementava la seva productivitat i havent augmentat notablement el de llits d'atenció socio-sanitària. Entre els anys 1992 i 1998 el nombre de llits d'aguts s'ha reduït en un 9,2%, mentre el nombre d'altres augmentava en un 11,5%. D'altra banda, el nombre de llits socio-sanitaris ha augmentat en un 17,1% en aquest mateix període. L'equitat en la distribució territorial dels llits hospitalaris ha experimentat també una millora amb la potenciació dels hospitals comarcals de dimensió mitjana. El nombre de llits hospitalaris per habitant (4,9 per mil habitants), tot i essent superior a la mitjana espanyola, es troba per sota de la majoria de països de la UE, excepció feta de Irlanda, Portugal i Regne Unit.

La dotació de recursos i la capacitat de resolució de l'atenció primària apareixen com l'aspecte més descuidat en el sistema sanitari català, traslladant costos importants a l'atenció especialitzada i al consum de medicaments. Resulta un fet comú en la observació del sistema sanitari català el fet que s'ha produït un endarreriment notable en el grau de desenvolupament de la reforma de l'atenció primària, ocupant un dels darrers llocs en el context espanyol⁶. Aquest endarreriment s'atribueix a problemes financers i explica la persistència de notables desigualtats regionals en la distribució dels recursos més accentuades que no pas en l'atenció especialitzada.

La intensitat en la utilització dels serveis hospitalaris d'urgència de Catalunya és creixent i molt elevat per a la resolució de problemes que podrien ser resolts en l'atenció primària si la seva capacitat resolutiva fos més adequada. Amb menys del 16% de la població estatal, a Catalunya es realitzen el 20,7% de les urgències hospitalàries espanyoles. Si a 1990 la xifra d'urgències ja era comparativament molt

⁶ El Departament de Sanitat i Seguretat Social ha explicat la voluntat de completar la reforma de l'atenció primària l'any 2002.

elevada, aquesta ha augmentat en un 26,3% entre aquest any i 1998, experimentant-se una reducció en la proporció de les urgències que efectivament generen un ingrés hospitalari, que ara és només d'un 10%, bastant per sota dels valors promedi a Espanya.

L'altra diferència remarcable que presumiblement pot guardar alguna relació amb els problemes de l'atenció primària és que el cost del consum de medicaments amb finançament públic es més elevat a Catalunya que a la resta d'Espanya, sense ajustar per diferències en l'estructura d'edats. A 1999 la despesa farmacèutica per persona a Catalunya va ser de 185 Euros, mentre que la mitjana estatal va ser un 10% inferior.

El cost d'oportunitat de l'elevat consum de medicaments no es reflecteix de manera prou acurada amb la despesa per persona. En un estudi realitzat en un hospital d'alta tecnologia de Barcelona s'ha detectat que un 20% dels ingressos eren conseqüència de problemes relacionats amb els medicaments, amb major incidència a mesura que augmenta l'edat de la població. En un estudi publicat pel Col·legi de Farmacèutics de Madrid s'estima que els problemes derivats de l'ús inadequat dels medicaments a Espanya pot ser responsable de fins el 10% de la despesa sanitària pública. D'altra banda, s'estima que a Catalunya un 21% de la gent gran s'automedica i el 75,6% és consumidora d'algun medicament.

El grau d'adequació de la prescripció ofereix una il·lustració precisa dels problemes relacionats amb els beneficis dels medicaments. En un estudi sobre l'adequació de la prescripció d'antibiòtics a l'atenció primària de Catalunya s'observa com es va imposar tractament antibiòtic a un 40% de pacients que no ho requerien⁷. En el grup de pacients que sí que requeria antibiòtic, aquest es va fer servir de manera inadequada en el 53% dels casos. La inadequació de la prescripció d'antibiòtics afecta el 94% dels casos d'otitis mitjana aguda i al 79% dels casos de bronquitis aguda. El cost de la inadequació a l'atenció primària de Catalunya s'estima en aquest estudi en el 69% del cost dels antibiòtics prescrits.

La capacitat de finançament

El finançament del sistema sanitari català s'ha trobat fortament condicionat per les limitacions del sistema de finançament autonòmic diferenciat per a la sanitat, i s'ha caracteritzat fins avui per la quasi igualtat en despesa per persona amb la mitjana espanyola, una proporció del PIB destinada a finançar la sanitat pública molt inferior a la de països i regions de renda comparable a la catalana i un sobre esforç en forma de doble cobertura asseguradora i finançament privat.

Catalunya ha estat la primera autonomia en rebre les transferències dels serveis sanitaris de la Seguretat Social a 1981 i la única que després de la transferència s'ha enfrontat a un decreixement continuat del nivell relatiu de finançament d'aquests serveis durant deu anys, la qual cosa seria difícilment acceptable per una altra comunitat i que només s'explica per la significació política de la transferència.

⁷ Caminal J, Rovira J, Segura A. "Estudio de idoneidad de la prescripción del tratamiento antibiòtico en atención primaria y de los costes derivados de la no-adequación". Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica. Generalitat de Catalunya, 1999.

El sistema de finançament específic per a la sanitat a les Comunitats Autònomes de règim comú s'ha fonamentat en el predomini del criteri de distribució geogràfica dels recursos establert en la Llei General de Sanitat de 1986, el capítatiu sense cap mena d'ajust per factors que justifiquen variabilitat en la despesa per càpita. El resultat ha estat el de forçar una convergència en la despesa per càpita de les comunitats de règim comú que han rebut les transferències sanitàries (Catalunya, Andalusia, València, Galícia i Canàries).

Aquesta situació ofereix ampli marge per a les interpretacions interessades sobre la capacitat de finançament de la sanitat catalana per la via del finançament estatal. Així, és cert que la capacitat de despesa per càpita a Catalunya a 1999 va ser un 5,1% superior a la mitjana del Sistema Nacional de Salut (excloent els territoris forals). Ara bé, l'experiència internacional mostra la necessitat d'ajustar les assignacions capitatives per factors que representen necessitat diferencial de recursos sanitaris, tals com l'estructura d'edats, els preus relatius, la docència, la investigació, els fluxos de pacients, etc. Només amb la consideració d'un d'aquests factors, el nivell regional de preus, l'assignació a Catalunya a 1999 ja passa a situar-se lleugerament per sota de la mitjana nacional.

Probablement, un dels factors més influents en el comportament de la sanitat catalana en les dues darreres dècades ha estat la escassa capacitat de diferenciació en capacitat de finançament mitjançant l'exercici del dret a l'autonomia. El sistema de finançament procedent de l'Estat s'ha basat en una transferència finalista destinada a sanitat, però ni aquesta transferència ni el sistema de finançament autonòmic general basat en la LOFCA, amb una capacitat fiscal testimonial no han permès prendre decisions pressupostàries autònomes que retornessin al Parlament de Catalunya la capacitat democràtica de decisió sobre el nivell de finançament i el tipus de serveis sanitaris que es vol per al país.

Com a contraposició a aquesta situació que ha acotat l'espai per a la diferenciació a un terreny molt reduït, el País Basc, amb un sistema de finançament fonamentat en la seva pròpia capacitat de recaptació i per tant amb molta corresponsabilitat fiscal, ha assignat a la sanitat pública un pressupost efectiu que equival a un 12% més que la capacitat financera per càpita a Catalunya.

El sistema de finançament de la sanitat fins a l'any 2001 ha propiciat que el debat polític català hagi estat més pendent dels aspectes financers de tipus macro (insuficiència financera i criteris idonis de repartiment territorial de la despesa) que no pas de l'adopció de polítiques de salut i de serveis que milloressin l'eficiència en la producció tot maximitzant la contribució a la millora de la qualitat de vida i de la satisfacció dels usuaris amb els recursos disponibles. El deure de reduir les ineficiències en l'ús dels recursos públics és indefugible per als responsables polítics i tècnics, i és independent del fet que el nivell d'aquests recursos sigui més alt o més baix. És a dir, reconèixer la insuficiència no legitima ineficiències ni legitima un augment de recursos sanitaris per se, més enllà d'allò que es justifiqui pels augments de benestar que porti associats i la correlació amb la disponibilitat a pagar com a expressió de la seva valoració social.

El reconeixement quasi unànime de la insuficiència financera de la sanitat entre els grups polítics i entre els agents del sector sanitari (finançador i grups majoritaris de proveïdors amb interrelacions polítiques notables) ha facilitat la creació d'una aliança política i sectorial basada en interessos comuns per un major repartiment de rendes entre els agents que ha contribuït a deixar en un segon pla el disseny d'estratègies de salut i serveis (reformes puntuals i/o virtuals).

El nivell de suficiència s'ha de jutjar des del punt de vista de les aspiracions de qualitat de l'atenció de la població i de la seva capacitat de finançament, més que no pas des del punt de vista dels incentius legítims al creixement del finançament dels proveïdors. És un fet ja molt conegut i acceptat que des de fa bastants anys el nivell de despesa sanitària en els països desenvolupats, amb bons nivells d'esperança de vida i amb les necessitats sanitàries més bàsiques ben cobertes, evoluciona més en funció d'unes preferències per serveis més sofisticats quan va augmentant el seu nivell de renda (expressió de capacitat financera i de canvi en la percepció de necessitats) que no pas de necessitats objectives que es puguin lligar a morbiditat i factors de risc.

La convergència forçada en despesa pública per càpita juntament amb la quasi-prohibició de diferenciació en capacitat de finançament han deixat el finançament privat com a única forma d'expressió de la major demanda de serveis sanitaris que acompanya el fet que el nivell de renda de Catalunya se situï un 19% per sobre de la mitjana espanyola a 1998. El fenomen de doble cobertura sanitària mitjançant la compra d'assegurances privades és més important a Catalunya i també ho és el nostre nivell de despesa sanitària privada, com a resultat d'una oferta pública limitada en relació al nostre nivell de renda. La despesa sanitària privada per persona a Catalunya podria ser més d'un terç superior a la despesa privada per persona a la resta de l'Estat.

Si observem el nivell de despesa pública catalana en sanitat per càpita i en relació al nostre PIB ens trobem amb una situació que ofereix pocs dubtes⁸:

- quan es compara Catalunya amb regions europees amb renda per càpita similar s'observa com, en termes absoluts, la despesa per càpita en aquestes regions se situa molt per damunt del nivell de Catalunya; per exemple, dues regions amb una renda per càpita pràcticament igual a la catalana com són Roine-Alps i Úmbria disposen, respectivament, d'una capacitat financera un 49,4% i un 25,5% per sobre de Catalunya; i,

- quan es compara el nivell de despesa pública per càpita a Catalunya amb el que li correspondria si tingués la despesa tendencial que tenen o han tingut els altres països amb el nostre nivell de renda (norma europea), s'observa que a l'any 1997 tenim un nivell de despesa que només equival al 61,4% del que ens correspondria en funció del nostre nivell de desenvolupament socio-econòmic.

El nou sistema de finançament de les Comunitats Autònomes acordat el juliol del 2001 i aplicable a partir del 2002 presenta algunes novetats que poden suposar canvis qualitatius importants en el finançament de la sanitat catalana. En primer lloc, es

⁸ G. López Casasnovas, "La sanitat catalana. Finançament i despesa en el marc de les societats desenvolupades", Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social, Barcelona, 2001.

posa fi al finançament específic de la sanitat i aquest s'integra dins del finançament general de la LOFCA amb la resta de serveis transferits. Aquesta integració tanca, almenys de moment, la interminable discussió subjectiva sobre les variables en les quals s'ha de basar l'assignació regional de finançament sanitari i amplia una mica el marge de decisió autonòmic sobre reassignació de recursos entre les diferents funcions de les hisendes autonòmiques, lluny però encara de la situació de les hisendes forals.

I, en segon lloc, el fet que s'ampliï, no sense limitacions, el marge d'autonomia en la obtenció d'ingressos en base a l'evolució de la recaptació territorialitzada de Catalunya d'un conjunt més ampli de tributs cedits que s'afegeixen a l'IRPF (IVA, Impostos Especials de fabricació, Impost sobre l'electricitat i l'Impost especial sobre determinats mitjans de transport), pot ajudar a conduir el debat sobre la insuficiència al terreny del cost d'oportunitat de les assignacions addicionals a la sanitat.

La decisió sobre quan ha de gastar la sanitat pública catalana és una decisió política sobre assignació de recursos entre alternatives que competeixen (per exemple, seguretat vial i infraestructures versus atenció especialitzada i medicaments). La forta correlació entre PIB i despesa sanitària justifica l'objectiu polític d'un major percentatge del PIB destinat a sanitat si la recaptació fiscal ho permet. Ara bé, el quant i en quins serveis s'ha de destinar el finançament addicional dependrà dels beneficis addicionals percebuts pels usuaris-contribuents-votants que és capaç de justificar la sanitat, del seu cost d'oportunitat i de la mida de les ineficiències que es podrien eliminar.

Política sanitària: escassa transferència de risc

En la política sanitària a Catalunya de 1981 ençà s'ha posat de relleu una notable vitalitat innovadora diferencial dins el sistema sanitari espanyol⁹ en la organització i prestació dels serveis, però que ha estat fortament limitada per condicionaments interns com externs.

A Catalunya, per raons històriques, la provisió privada de serveis sanitaris és més elevada que a la resta de l'Estat, i la política de concertació o contractació d'hospitals no pertanyents a la Seguretat Social ja va ser iniciada per l'Institut Nacional de Previsión. Aquesta situació ha fet més fàcil pel Servei Català de la Salut la configuració de nous models organització sanitària basats en la lògica de la separació de les funcions de finançament i de provisió. Els fet diferencials més importants de la política sanitària catalana són, en aquest aspecte i al meu entendre, el lideratge en el refinament del sistema de pagament dels hospitals i l'extensió de la compra externa de serveis a l'àmbit de l'atenció primària, ambdós instruments dirigits a la transferència de risc compartit entre el finançador públic i els proveïdors assistencials.

A partir de 1998 s'aplica als hospitals de la Xarxa d'Utilització Pública (XHUP) de Catalunya un nou sistema de pagament que vol limitar els incentius a l'augment de l'activitat i que, amb voluntat clarament prospectiva, força més la substitució

⁹ Per a una anàlisi detallada es pot consultar: G. López i V. Ortún, "La política sanitària a Catalunya", en el llibre "Les polítiques públiques a Catalunya 1988-1998", Fundació Bofill, Barcelona, 1999.

d'activitat entre línies de producte que no pas el seu augment com a manera de guanyar capacitat financera.

Aquest sistema de pagament als hospitals de la XHUP, establert amb consens entre els agents implicats, es basa en un pagament mixt que es determina mitjançant un component que té en compte l'estructura instal·lada a l'hospital –a través una caracterització dels hospitals en una escala contínua obtinguda a través d'un mètode estadístic anomenat de graus de pertinença- i mitjançant un segon component que es basa en la complexitat de les altes cada hospital –mesurat a través dels grups relacionats amb el diagnòstic-. Aquest nou sistema estableix així mateix una línia de contractació diferenciada per a les activitats d'hospitalització, consultes externes, urgències i altres tècniques, tractaments i procediments específics.

L'avenç notori que aquest nou sistema de pagament als hospitals aplicat a Catalunya des de 1998 no pot pas fer oblidar la permanència de factors crítics que limiten la seva efectivitat a curt termini com a instrument incentivador de l'eficiència:

- la permanència de les limitacions derivades del dret administratiu per a la gestió econòmica i financera i els estatuts de personal en els hospitals de l'Institut Català de la Salut (ICS) limiten la difusió interna dels incentius promoguts pel nou sistema de pagament i contribueixen a la permanència d'elements retrospectius;
- les fluctuacions en la determinació de les elevades ponderacions atribuïdes al component d'estructura, que suposa entre el 60 i el 70% del pagament de l'activitat, podrien atorgar una certa discrecionalitat al nou sistema que aniria en detriment de la seva desitjable transparència, i restar incentius a la transformació de les dotacions estructurals dels centres;
- la determinació de volums d'activitat, base important per a fixar el valor del pagament del component d'activitat, es fa sobre bases retrospectives i no sobre freqüentacions poblacionals, la qual cosa va associada a la pervivència d'una retribució de l'activitat marginal (per sobre de la pactada per a cada centre) a preus decreixents.

- Un element diferenciador de la política del compra de la sanitat catalana ha estat la contractació externa de la gestió de centres d'atenció primària, més enllà dels pseudo-contractes o contractes ficticis també introduïts per als centres de l'ICS. El disseny contractual i els instruments d'avaluació i incentius d'aquets contractes en atenció primària es troba en un procés d'aprenentatge i millora a partir de l'experiència que hauria de ser avaluat acuradament. La inclusió en els contractes de primària de les activitats preventives es pot valorar com un dels punts forts d'aquesta política. En un estudi sobre l'eficiència dels contractes d'atenció primària a Catalunya fent servir tres mesures de resultat (estructura d'edats de la població coberta, activitat assistencial i cobertura de programes de salut) es constata un major cost, estimat com a promedi en el 10%, en la compra de serveis per igual quantitat i qualitat en el cas dels centres privats en relació als de l'ICS.

Un darrer aspecte limitatiu rau en el fet que, malgrat el nivell de desenvolupament dels plans de salut elaborats a Catalunya, amb objectius instrumentats mitjançant mesures de mortalitat i de morbiditat, aquesta planificació de salut es troba lluny d'una integració amb els contractes de serveis, la qual cosa tampoc es veu facilitada per una compra de serveis no integral.

La demografia no és una amenaça però la dependència reclama propostes

El 80% del creixement real de la despesa sanitària es troba relacionat amb un augment de la prestació sanitària mitjana per persona, que és indicatiu de l'efecte del canvi tecnològic en la sanitat: major freqüentació dels serveis sanitaris, major nombre de proves diagnòstiques i actes terapèutics i major ús de recursos en aquests proves i actes.

El fet que la despesa sanitària augmenti amb l'edat no hauria de ser de cap manera un factor apocalíptic que hagi de posar en perill la sostenibilitat de les finances de la sanitat pública catalana. En primer lloc, hi ha poca evidència de l'impacte de l'envelliment sobre la despesa sanitària agregada. En tot cas, les estimacions per al nostre país indiquen que aquest impacte és perfectament assumible amb ritmes moderats de creixement de l'economia catalana.

En segon lloc, no hi ha contradicció entre el fet que el consum sanitari de la població gran sigui superior al dels joves en un moment donat del temps, i la constatació que al llarg del temps l'envelliment no necessàriament fa augmentar la despesa sanitària. L'envelliment pot ser simultani amb una reducció en els problemes de salut dels joves i amb un endarreriment en la intensitat dels problemes de salut de la gent gran paral·lel al seu augment de l'esperança de vida (compressió de la morbiditat). Es constata que el fet rellevant és que la despesa es concentra en els mesos que precedeixen la seva mort, raó per la qual, és més important l'impacte de la mortalitat que l'envelliment en sí mateix.

El que és important, no obstant, és que l'envelliment trasllada la necessitat cap a l'atenció de llarga durada i cap a l'atenció a la discapacitat i la dependència, aspectes molt poc contemplats i atesos en el nostre sistema de protecció social. El context en el qual es produeix la presa de decisions de política sanitària es situa cada vegada més en un marc ampliat que sobrepassa estrictament les despeses en serveis sanitaris. Les polítiques europees d'atenció a la gent gran tendeixen a desenvolupar programes sanitaris i de serveis social que redueixin l'ús innecessari o innecessàriament llarg de serveis clínics costos i destinats a aguts, i fins i tot, en canvi, afavoreixen el pas de recursos residencials cap a una major disponibilitat de recursos de suport formal i informal en el propi domicili.

En aquest context demogràfic i social, les xifres de la despesa en sanitat en relació al PIB no poden ser pas l'únic referent per al disseny de polítiques. Una mesura dels recursos destinats a finançar la sanitat i l'atenció de la gent gran i dels discapacitats ofereix una visió més completa de la situació¹⁰. A Suècia, per exemple, si bé la despesa global en sanitat suposa el 7,6% del seu PIB a l'any 1997, mentre que destina a sanitat i atenció a la gent gran i als discapacitats en conjunt el 12% del PIB; en aquest país es calcula que la despesa pública no sanitària en atenció a gent gran i incapacitats equival almenys al 4,5% del PIB. La comparació amb la situació espanyola mostra clarament la diferència en el punt de partida actual: s'estima que el

¹⁰ R.B. Saltman et al. "A methodological note on combining health and social care expenditures into a single statistic for policy-making purposes". *European Journal of Public Health*, 2001; 11: 93-96.

finançament públic actual de les atencions de llarga durada a penes representa un 30% de la despesa total i equival al 0,6% del PIB¹¹.

Estratègies per a la sostenibilitat

La necessitat de replantejar el ritme de creixement de la despesa sanitària pública sobre la base del seu cost d'oportunitat fa del tot imprescindible que les polítiques que s'adoptin en el futur siguin selectives: no es pot donar de tot a tothom i de franc. Les alternatives per a la sostenibilitat es poden agrupar en quatre categories:

1. Reformes destinades a millorar l'eficiència de la despesa sanitària pública (fer més amb el mateix).
2. Reformes destinades a augmentar el finançament públic de la despesa sanitària (fer més amb més).
3. Reformes destinades a augmentar el finançament privat de la despesa sanitària (fer més amb més).
4. Reformes destinades a racionalitzar i prioritzar les prestacions sanitàries públiques.

La necessitat d'exigir eficiència en la utilització dels serveis finançats pel sector públic resulta imprescindible en qualsevol context. Les línies més evidents per a incidir en la reducció del creixement de la despesa pública a través de la millora de l'eficiència (fer més amb el mateix o amb menys) són mesures que impliquen reformes micro:

- a) la racionalització del consum de medicaments,
- b) les millores de gestió basades en el trasllat de risc efectiu al decisor, la descentralització de la gestió, integració i millor coordinació de dispositius assistencials, augment de l'efectivitat i resolució de l'atenció primària,...
- c) la incentivació de tecnologies que poden ser més "barates" si s'utilitzen correctament: cirurgia ambulatoria, medicaments genèrics, hospitalització domiciliària aplicada selectivament, etc.
- d) la flexibilització de la gestió de recursos humans.

Les fonts alternatives de finançament públic possibles per a la sanitat podrien ser de dos tipus: polítiques de redistribució interna entre programes de despesa pública, i augment de la recaptació impositiva. Per tal de garantir l'eficiència la redistribució hauria de produir-se des dels programes públics amb una pitjor relació cost/benefici cap a aquells més eficients (millor relació cost/resultat).

L'augment de la recaptació impositiva troba els seus límits en la resistència dels contribuents (votants) a l'augment de la pressió fiscal, i en els costos que pot tenir per a la competitivitat. Les alternatives per aquesta via poden ser: elevar la pressió fiscal general, elevar la pressió fiscal de manera selectiva, elevar la pressió fiscal regional, o la creació de noves figures impositives afectades. Les oportunitats d'incrementar la recaptació en el context europeu cal situar-les de manera selectiva i limitada en tres tipus d'instruments, ja sia a nivell estatal o autonòmic: la imposició indirecta sobre la despesa i molt en concret els impostos especials, els impostos mediambientals, i les taxes i preus públics.

¹¹ D. Casado i G. López. "Vellesa, dependència i atencions de llarga durada. Situació actual i perspectives de futur". Fundació "la Caixa", Barcelona, 2001.

L'augment del finançament privat de la sanitat pot fer-se a través de dos tipus de vies: l'ús de preus públics (copagament o tiquet moderador), i les assegurances privades incentivades fiscalment. En aquests moments, l'Estat espanyol és un dels països membres de la UE en el que s'apliquen menys copagaments: exclusivament en els medicaments dels treballadors actius i els seus beneficiaris i en tots els beneficiaris de Muface. La finalitat dels copagaments o mecanismes de costos compartits és el de desanimar la utilització "frívola" dels serveis (reduir el risc moral), incentivar les tecnologies de menors costos i reduir la pressió financera sobre el pressupost públic. No obstant, la seva aplicació als serveis sanitaris es troba amb problemes importants, que van més enllà dels costos polítics que la seva implantació suposa. En termes generals, sembla també difícilment raonable fer recaure tot el pes de la sostenibilitat del finançament dels serveis sanitaris públics en els copagaments, si bé existeix en el nostre país un marge per a la racionalització de l'únic que s'aplica i per a la introducció selectiva d'alguns de nous, sempre que els costos d'administració siguin baixos. Els possibles efectes negatius d'un copagament sobre la distribució de la renda es poden mitigar notablement amb diversos instruments com: la devolució de la despesa realitzada per sobre d'una determinada quantitat en funció del nivell de renda en l'impost sobre la renda, i l'adopció de mecanismes de copagament amb límits anuals.

L'assignació capitativa¹²

La integració vertical entre nivells assistencials –entesa com a xarxa coordinada de serveis que proporcionen la continuïtat assistencial a una població determinada sobre la salut de la qual es té la responsabilitat, i els consums sanitaris de la qual impliquen un risc financer- té, en principi, més avantatges sanitaris i econòmics que no pas inconvenients.

Si en comptes de comprar o de pressupostar serveis sanitaris o episodis –amb les seqüeles de duplicació, iatrogènesi, manca de longitudinalitat assistencial, visió parcial dels pacients, etc.- es compra o es pressuposta atenció sanitària a una població, s'encoratja la recerca d'eficiència en els proveïdors per mitjà d'una articulació correcta entre nivells assistencials, sempre que hi hagi una transferència de risc efectiva. D'aquesta manera varia el sentit dels canvis en la tecnologia a fi de prevenir i tractar problemes sanitaris. Les tendències en demografia i morbiditat impliquen tant que s'han de reassignar recursos entre nivells assistencials com que s'ha de propiciar una relació més fluida entre aquests nivells. Quan un proveïdor és responsable de l'atenció sanitària a una població determinada és més fàcil acabar tant amb les retencions com amb les derivacions indegudes: es "descobreix" que l'atenció s'ha de proporcionar en el nivell assistencial –atenció primària, especialitzada, socio-sanitària, mental, etc.- que ofereixi més capacitat resolutiva per a un problema determinat de salut. I la capacitat resolutiva s'ha d'entendre simplement com una comparació entre les millores en els desenllaços –síntomes pal·liats, casos evitats, recuperacions aconseguides, anys de vida guanyats, etc.- en relació amb els costos

¹² Aquest apartat es basa en: Ortún, V; López, G.; Puig, J.; Sabés, R. "El sistema de finançament capitatiu: possibilitats i limitacions", *Fulls Econòmics*, 35, 2001: 8-16.

associats a cada alternativa. La capacitat resolutiva constitueix la millor expressió clínica de l'eficiència en sanitat.

En el cas d'aconseguir una formulació adequada a la naturalesa del servei en qüestió, el finançament capítatiu ajustat per risc constitueix una de les palanques reguladores més potents per fomentar la integració entre proveïdors i l'articulació entre nivells assistencials.

Aquesta integració es pot produir bé mitjançant la propietat conjunta –procés d'absorcions i fusions- o bé mitjançant acords contractuals. En aquest darrer cas, la integració virtual pot pal·liar millor els inconvenients derivats de la grandària –una atenuació d'incentius, una pitjor adaptabilitat al canvi i més costos d'influència dins les organitzacions.

Tanmateix, cal assenyalar que una integració monopolitzada pels hospitals de malalts d'aguts pot retardar la innovació i la reassignació de recursos entre nivells assistencials –que els canvis demogràfics, tecnològics i de morbiditat reclamen-, per la qual cosa s'hauria de posar molta atenció en el fet d'orientar el sistema sanitari cap a l'atenció primària de salut. Ajuden a aquesta orientació les polítiques de recomposició de l'oferta de recursos humans –frenar la sobreespecialització- i un reforçament del paper de l'atenció primària no només com a porta d'entrada del sistema sinó com a gestor de la utilització sanitària.

En els seus aspectes més immediats, l'aplicació eventual a Catalunya del finançament capítatiu requerirà facturar fluxos -titularitats diferents i no totes de la mateixa tradició facturadora, cosa que es tradueix, així mateix, en capacitat per aconseguir més complexitat de casuística havent-hi igualtat de casos allà on s'ha desenvolupat més experiència-, ajustar per demandes opcionals, considerar més explícitament les despeses de formació i de recerca, i també les seves externalitats en les despeses assistencials, ajustar per diferències en capacitat de gestió i servituds inevitables..., i, en general, comportar-se amb una prudència proporcional a les limitacions que hi ha, particularment, la del desconeixement efectiu de la població atesa.

La necessitat de racionalitzar les polítiques de compra

L'escassetat de recursos sota la qual es prenen decisions d'assignació és la responsable que, d'una manera o d'una altra, prendre decisions de compra de serveis sanitaris impliqui establir prioritats. El racionament és el resultat de la limitació pressupostària pública global i l'absència de preus en el moment d'utilitzar els serveis. L'expressió de racionament són els costos d'accés als serveis tal com representen els temps d'espera o les cues (racionament implícit de quantitats en absència de preus monetaris). Aquesta obvietat hauria d'ajudar a mostrar la demagògia i escassa equitat de les propostes basades només en afegir més recursos al sistema perllongant la fal·làcia que és possible de tot per a tothom i de franc, o la demagògia també dels qui veuen inequitat en qualsevol copagament a càrrec dels usuaris, minimitzant la forta inequitat de la imposició indirecta o la importància de la responsabilització individual en l'excés de consum de determinats serveis poc efectius.

Dos exemples incipients de la introducció desitjable de criteris explícits i transparents de prioritització en la sanitat catalana, en clara contraposició amb el criteri usual del primer usuari en arribar, el primer en ser atès, o en contraposició amb la concessió fàcil de més recursos (incrementalisme) davant de les reclamacions de grups d'interès (professionals i de grups d'usuaris) basades en anècdotes sobre les llistes d'espera, poques vegades recolzades per la constatació empírica:

- La garantia d'un temps d'espera mínim per a quatre processos quirúrgics des de finals del 2000, que es planeja ampliar a d'altres intervencions els anys següents.
- Criteris clínics i socials introduïts a Catalunya per a ordenar la gestió de les llistes d'espera de cirurgia de cataractes i artroplasties de genoll i de maluc.

La delimitació de la cobertura asseguradora amb criteris explícits basats en la relació cost-efectivitat és una necessitat ineludible per al disseny d'una política eficient de compra de serveis que obliga a una millor integració entre els instruments de planificació de salut i els de planificació de recursos (serveis i pressupostos). Prenent exemple del sistema comparat, una mesura potencialment útil tant per a la millora de l'eficiència com de l'equitat del sistema sanitari català seria l'adopció de criteris explícits d'avaluació per al finançament públic de noves tecnologies o d'innovacions farmacèutiques fent servir llindars màxims en el cost per any de vida ajustat per qualitat (20.000 euros, per exemple) que el finançador públic estar disposat a pagar.

** Jaume Puig-Junoy és Catedràtic EU del Departament d'Economia i Empresa de la Universitat Pompeu Fabra (UPF) i secretari del Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES) de la UPF. Ha publicat nombrosos articles en revistes especialitzades en economia de la salut i en economia pública, i és editor associat de les revistes Gaceta Sanitària i Gestión Clínica y Sanitària. D'entre les seves publicacions més recents, hi ha: "Análisis económico de la financiación pública de medicamentos", Ed. Masson, Barcelona, 2002; i "What can we learn from the regulation of public utilities?", amb A. Rico, dins R.B. Saltman, R. Busse i E. Mossialos (eds.), "Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems", Open University Press, January 2002.*