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

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.

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.

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 Unit[1] 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.

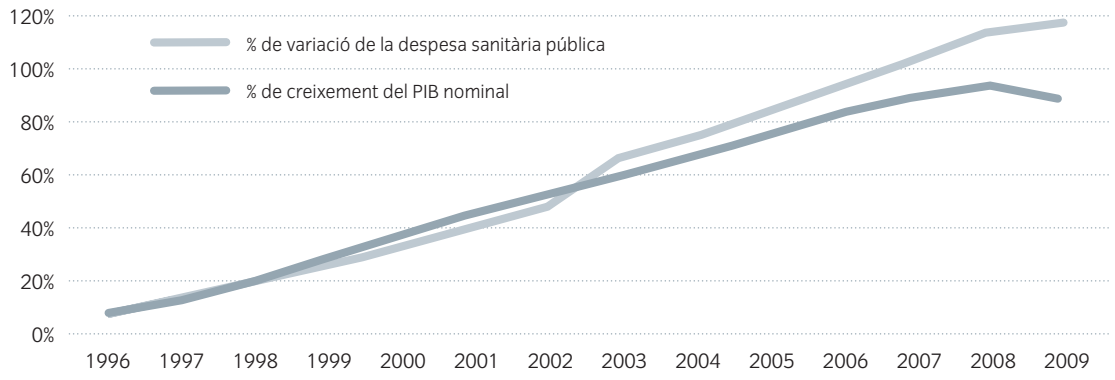
De manera gràfica, el problema d'aquest cost sanitari s'expressa comparant l'evolució de l'increment de la despesa sanitària amb l'evolució del creixement econòmic. La despesa sanitària creix més ràpidament que l'economia. Aquest és un problema recurrent des dels anys vuitanta a tots els països desenvolupats 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 sanitari espanyol. L'any 2008 s'intenta corregir la tendència, però la davallada dels ingressos fa inútil aquest esforç.

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

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. KIRKWOOK, 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 propostes[2] 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 mesures 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 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.

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.

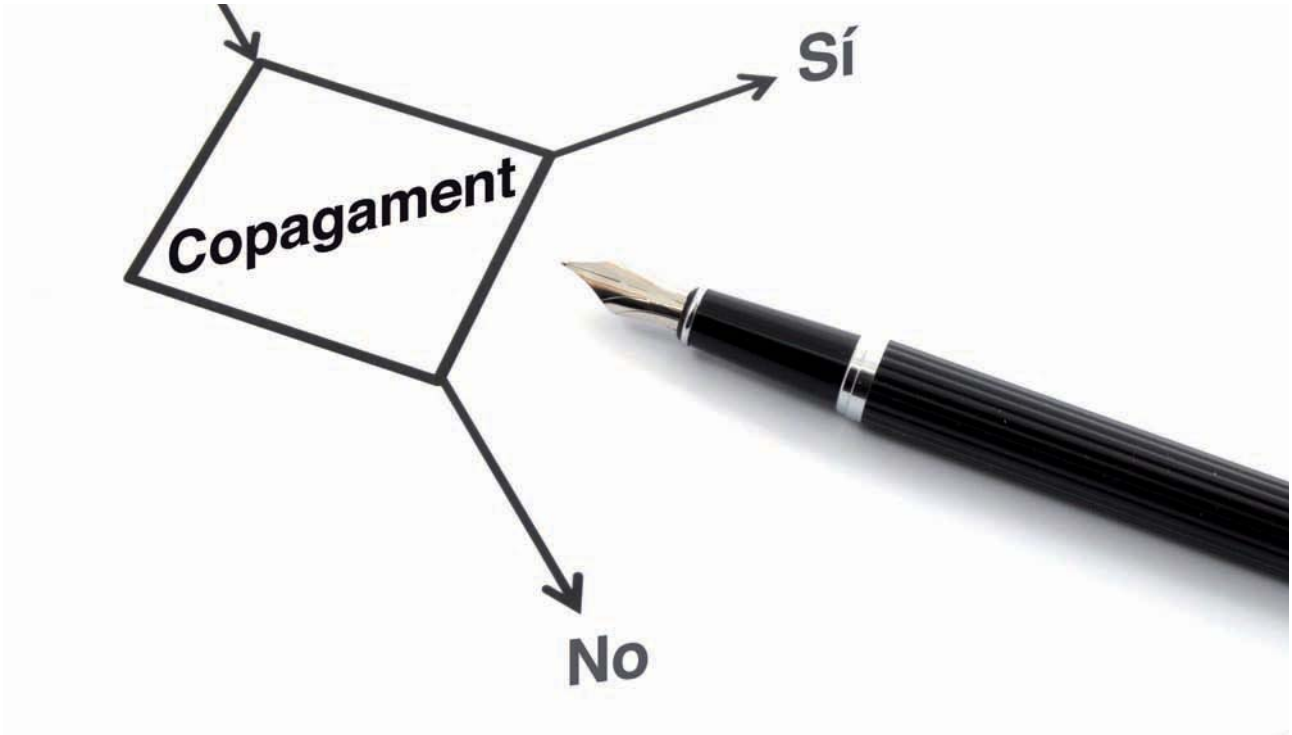
Tal com hem esmentat, si coexisteixen dos problemes ens caldran dos tipus de solucions: les adreçades a compensar la reducció de la nostra capacitat econòmica d'avui i les que haurien d'intentar aportar modificacions en l'estructura del sistema sanitari per tal d'acostar el creixement de la despesa sanitària 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 de abril-juliol de 2010. Després la seva repercussió va minvar...

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

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 utilitza 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 d'aquest import paguen un import fix de 2,64 euros valgui el que valgui el fàrmac), 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 eficaç[5] i provoca altres efectes indesitjables en relació amb l'equitat. Fins i tot a Alemanya[6] 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. Fundación 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 probablement 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 ambulatòria, 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 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

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.

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 exigit de l'activitat mínima i –en conseqüència– aprofitar millor els recursos.

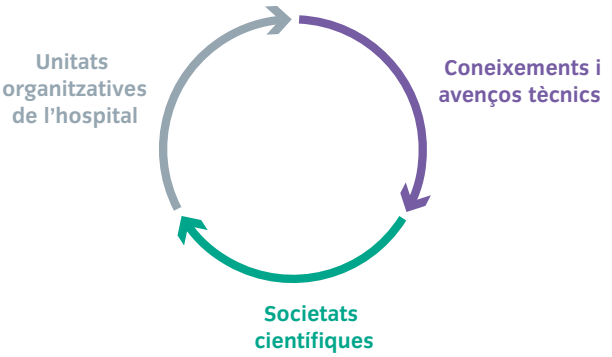
Dins d'aquests grups de mesures, impulsar decididament la seguretat del pacient, disminuir la variabilitat clínica, donar un valor vinculant a les recomanacions de les agències d'avaluació tecnològica abans de la incorporació de noves tecnologies (equipaments, medicaments o pràctiques professionals), 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 cientificotècnics 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 cientificotècnics dels quals avui ens podem beneficiar: l'hem de canviar i preservar.

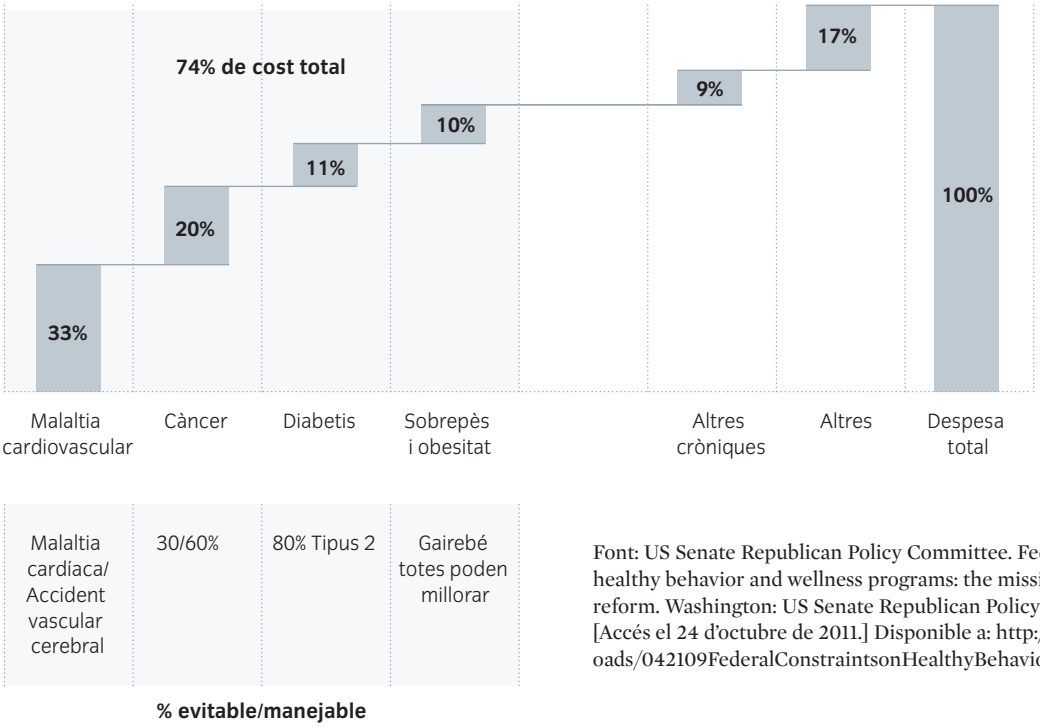
- Tot i la bondat dels plantejaments per a l'atenció integral als pacients crònics d'alta complexitat, no podem oblidar que el model assistencial també ha de ser adequat per a la resta de pacients, que són majoritaris en el sistema sanitari.

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 Commitee; 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 Commitee; 2009. [Accés el 24 d'octubre de 2011.] Disponible a: http://www.hpn.com/downloads/042109FederalConstraintsonHealthyBehaviorandWellness.pdf

En el cas de Catalunya, hem treballat[12] 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.