

PROFILAXI DE LA 'DESAMORTITZACIÓ' DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUT

Vicente Ortún

Universitat Pompeu Fabra

Lluís Bohigas i Santasusagna

President del Cercle de Salut, i de la Comissió d'Economia de la Salut del Col·legi d'Economistes de Catalunya

Tenim un bon sistema sanitari, però amb un pronòstic que s'ha anat agreujant. Tractarem, a continuació i de manera senzilla, sobre com evitar el desmantellament d'aquesta conquesta de la humanitat que és l'estat del benestar, esbossant alguna actuació de les que convindria executar per evitar la deriva cap a una "desamortització" del segle XXI: la subhasta dels serveis públics sanitaris (i universitaris).

Cap a una altra desamortització?

La desamortització va ser un llarg procés historicoeconòmic, iniciat a Espanya a finals del segle XVIII per Godoy (1798) i tancat ja molt entrat el segle XX, i va consistir a posar en el mercat, mitjançant subhasta pública, les terres i els béns que estaven amortitzats, és a dir, que no es podien comprar ni vendre. Aquestes terres estaven en mans de l'aristocràcia, l'Església catòlica o els ordes religiosos, els municipis i l'Estat.

La subhasta dels serveis sanitaris i universitaris públics es pot evitar si som conscients que:

- I. El nostre entorn resulta anormalment escleròtic.
- II. El sector sanitari deixarà d'estar "a prova d'Amazon".
- III. Per molt que s'innovï i s'abraci el canvi, el sector públic pot arribar tard i malament a una realitat molt canviant.

IV. El finançament públic dels serveis sanitaris constitueix condició sine qua non d'eficiència.

V. No hi ha altre remei que "gestionar-ne la utilització": primer, planificar l'oferta i procurar l'atenció adequada on toqui, lluitant tant contra la sobreutilització com contra la infrautilització (Ortún i Varela, 2017), i, segon, fer efectiu el principi de sostenibilitat d'uns serveis sanitaris finançats públicament: cartera de serveis correctament prioritzada amb valors democràtics i avaluació de cost-efectivitat amb càlcul d'impacte pressupostari.

VI. Les limitacions de la gestió pública es poden superar a través de la competència per comparació en qualitat i la mitigació del mal govern.

I. Entorn escleròtic

Manel del Castillo, gerent de l'Hospital de Sant Joan de Déu de Barcelona, esquematitzava recentment, a Madrid, la situació actual en tres trets, dels quals aquí farem referència al darrer: a) diners: pocs ingressos i despesa descontrolada (facturació inadequada als residents europeus, pseudoturisme sanitari...); b) crisi professional per baixos salaris i rigidesa d'oferta; poca adaptabilitat a les noves funcions emergents, i c) model de gestió esclerotitzat i exorcisme de privatització per a qualsevol sortida d'aquest model. Barreres polítiques, sindicals i professionals davant dels intents d'introduir una

discrecionalitat gestora responsable. La posició dels líders clínics podria influir-hi en cas que se sentissin afectats per una eventual deriva del nostre estat del benestar cap a un estat del benestar per a pobres —pobre estat del benestar—.

Observem, a la taula 1, diverses formes intermèdies entre l'organització pública pura i l'organització privada pura que es poden adaptar a les particularitats de l'activitat sanitària tenint en compte tant les seves fallades de mercat com les seves fallades per que fa al paper de l'Estat. Al món desenvolupat prevalen, dins del sector sanitari, les organitzacions privades no lucratives i, a Espanya, les públiques pures.

Taula 1. Tipologia de formes organitzatives

		Titularitat dels drets de decisió		
		Privada	Mixta	Pública
Apropiació privada de rendes residuals	Sí	Privada pura (capitalista)	Privada regulada	X
	Parcialment	Comercial no lucrativa	Comercial lucrativa amb participació pública	Pública comercial
	No	No lucrativa pura	Fundació privada amb finançament públic	Pública pura

Font: elaboració pròpia

En la sanitat espanyola coexisteix la gestió directa de serveis —amb una molt lleugera incorporació de noves formes de gestió, com ara consorcis, fundacions o societats mercantils públiques— amb la gestió indirecta de serveis mitjançant, sobretot, concerts i, molt secundàriament, concessions d'obra i concessions administratives, mecanismes de compra pública innovadora i contractes de risc compartit. En general, es pot afirmar que no s'ha agafat per les banyes el toro de la reforma de l'administració pública amb un dret públic inadequat per a la prestació de serveis sanitaris, quan se sap que una més gran autonomia de gestió i la personalitat jurídica pròpia afavoreixen l'eficiència (Pérez-Romero, Ortega-Díaz, Ocaña-Riola i Martín-Martín, 2019). Com diu José-Ramón Repullo, l'estatut marc del Sistema Nacional de Salut —Llei 55/2002— defineix gairebé tots els aspectes rellevants de la política de personal: accés al lloc de treball, retribució, negociació de les condicions de treball, representació, etc. Aquesta rigidesa s'adapta malament a la missió i les necessitats dels serveis sanitaris moderns, i condueix paradoxalment a un alt nivell d'ocupació inestable, abús generalitzat de contractes temporals i absència de la necessària longitudinalitat, essencial en l'atenció primària.

II. A prova d'Amazon?

Un sector com el sanitari ha estat, tradicionalment, protegit de la competència en tots els països del món (Rodríguez, 2019). És un sector, per tant, “a prova d'Amazon”, la qual cosa no ha impedit gaire innovació en producte, alguna en procés i poca en organització, tot i que es poden destacar Kaiser, Geisinger, Mayo i Veterans als Estats Units, Aravind i Narayana Hrudayalaya a l'Índia i diverses innovacions organitzatives a Espanya: codis infart i ictus, teledermatologia, *fast-track* en cirurgia colorectal, infermera gestora de demanda, concentració de la cirurgia oncològica digestiva d'alta especialització amb reducció de la mortalitat a la meitat... en aspectes clínics. També les entitats de base associativa a Catalunya com a forma organitzativa, i llei antitabac i polítiques de seguretat viària com a mesures salubristes efectives (Garcia-Altés i Ortún, 2018).

El grau de competència constitueix un factor exogen que afecta la qualitat de la gestió. De fet, Amazon va fracassar en la seva primera entrada al sector sanitari, com també ho van fer Google o Microsoft, i la seva segona entrada —gestionar l'atenció sanitària de 1.200.000 treballadors, els mateixos juntament amb els de Berkshire i JP Morgan als EUA— és encara molt recent. Convé insistir que la majoria de les empreses disruptives ingressen en un mercat amb un producte el valor del qual és menor que el dels operadors tradicionals del mercat, i el cost del qual encara és molt menor. Aquest és el model per als disruptors clàssics, com Southwest Airlines, MP3 o els fabricants japonesos d'automòbils.

La cura de la salut tendeix a ser diferent, perquè els consumidors generalment no es volen conformar amb un producte de menor qualitat, fins i tot si és substancialment més barat. No obstant això, el millor auguri per a la iniciativa sanitària conjunta d'Amazon, Berkshire i JP Morgan —una de no lucrativa anomenada Haven— ve donat pel nomenament d'Atul Gawande com a director general l'estiu del 2019. Atul Gawande (2009), cirurgià i escriptor —del qual referenciem exclusivament l'article que va entusiasmar Obama—, constitueix, juntament amb *Gestión Clínica y Sanitaria*¹, una revista de publicacions secundàries, el millor exponent de la gestió sanitària orientada a millorar el benestar de les persones amb els recursos disponibles.

¹ <http://iiss.es/gcs/index.htm>.

III. Hackeig de Darwin, absència de benestar en un planeta malalt i augment de la desigualtat que amenaça la democràcia i el desenvolupament

Molt abans que ens n'adonem, la revolució genètica transformarà el món. Les tecnologies genètiques estan dissenyades per canviar la manera en què fem els bebès, la naturalesa dels bebès que fem i, en última instància, la nostra trajectòria evolutiva com a espècie². S'ha proposat una moratòria en l'ús de tècniques d'edició genètica CRISPR (repeticions palindròmiques curtes, agrupades i regularment interespaiades), però tot quedarà en un mer registre d'aquestes per a l'Organització Mundial de la Salut. I sense pretendre contribuir al subgènere de ciència-ficció de "la terra es mor", amb precursors tan destacats com H.G. Wells i el seu *Time Machine*, no s'ha de descartar que els Morlocks dissenyin els Elois que els convinguin en un món poc habitable³. En grups petits, els humans hem sabut sobreposar-nos a situacions històriques on se salvaven tots o no se salvava ningú (d'allà la presència de "castigadors altruistes" entre nosaltres). Amb un grup de 7.800 milions, i creixent, la cooperació amb estranys ha esdevingut tan complicada com necessària.

En l'actualitat sanitària, GFR, ALK, ROS/RET, BRAF, KRAS... Tots són biomarcadors en càncer de pulmó que permeten tractaments "a mida"; d'altres estan indicats en càncer de mama o en les biòpsies líquides per detectar mutacions de càncers en sang, però la seqüenciació massiva de segona generació supera clarament el fet d'anar marcadors a marcadors. Tant la seqüenciació massiva de segona generació com la intel·ligència artificial o la medicina de precisió (nova pel fet de basar la individualització dels tractaments en la genòmica) requereixen més especialització, economies d'escala, organització matricial, treball en xarxa i, molt possiblement, aliances amb líders tecnològics, nord-americans o xinesos. La inèrcia ens pot portar fàcilment a arribar-hi tard i malament.

I ens queden dos grans problemes d'acció col·lectiva, en aquest epígraf tercer de canvis, d'inqüestionable impacte en el benestar humà: l'escalfament global i la creixent, des del 1980, desigualtat. Ambdós comparteixen la tragèdia dels béns comunals. Ambdós requereixen la cooperació internacional. L'escalfament global demana una actuació per part de

tots els països per canviar el nostre sender d'inversió i creixement. Països més o menys rics, més o menys poderosos, més o menys responsables. Actuacions aïllades per disminuir les emissions de CO₂ es tradueixen en difícilment solubles problemes d'acció col·lectiva. Pactar la contenció de l'escalfament global pot requerir canviar els arguments de les nostres funcions de benestar social i acordar taxa i tipus de creixement; podria suposar fins i tot considerar la data de convergència entre el "nord" i el "sud", més concretament entre els EUA i la Xina. Difícil. No en va el terme que va definir l'any 2018, segons el *Financial Times*, va ser *la trampa de Tucídides*⁴, historiador que descriu com Atenes, davant de la por que la puixança d'Esparta li va provocar i el temor de veure suplantada la seva posició hegemònica, declara unes guerres, les del Peloponès, que en 30 anys conduïrien a la destrucció d'ambdós estats.

IV. Finançament públic

El 87 % de la ciutadania espanyola creu que l'Estat és responsable de proporcionar cobertura sanitària a tota la població, tot i que manifesta poca disposició a pagar més per finançar-la; el 70 % seria la xifra mitjana per als altres quatre països —Alemanya, França, Itàlia i el Regne Unit— estudiats a l'Enquesta de Valors de la Fundació BBVA 2019⁵.

Perquè l'accés als serveis sanitaris depengui de la necessitat clínica i sanitària, la pràctica totalitat dels països desenvolupats del món opten per donar-hi finançament públic: assegurement universal i obligatori contribuint segons capacitat davant de la inviabilitat de la solució *coasiana* —l'assegurement voluntari de col·lectius— per la concentració de la despesa en col·lectius deprimits. El que sembla manifestar uns valors d'equitat té també una justificació en termes d'eficiència, ja que, si es vol obtenir la màxima quantitat i qualitat de vida amb els recursos disponibles, cal deixar de banda les extravagàncies per centrar-se en el que és clínicament efectiu. Els capricis sempre es podran satisfer segons la capacitat i la voluntat de pagar individualment per ells.

La salut de la població és tant un instrument com un indicador de desenvolupament. El seu finançament públic tindrà èxit en la mesura que s'actui sobre els determinants socials

2 <https://jamiemetz.com/books/>.

3 <https://www.economist.com/open-future/2019/03/29/can-liberal-democracy-survive-climate-change>.

4 <https://www.ft.com/content/0e4ddcf4-fc78-11e8-aebf-99e208d3e521>.

5 https://www.fbbva.es/wp-content/uploads/2019/09/Presentacion_Estudio_Valores_2019.pdf.

amb una perspectiva de salut pública i fugint de les rigideses que els grups d'interès, industrials, corporatius i professionals hi introdueixen. D'altra banda, a Espanya un major finançament públic no ha de suposar revisió de tipus però sí eliminació de beneficis fiscals (IRPF i IVA), actuació en impostos especials, particularment introduint-los sobre les begudes ensucrades, i un ús de preus públics més gran. A més, l'harmonia social i l'individualisme encarrilat aconsellen, com recomana el *World Inequality Report 2018*, progressivitat impositiva, registre global en el qual consti la propietat dels actius financers (antídote del blanqueig de capitals, l'evasió fiscal i la creixent desigualtat), i millor accés a l'educació (i a ocupacions ben remunerades).

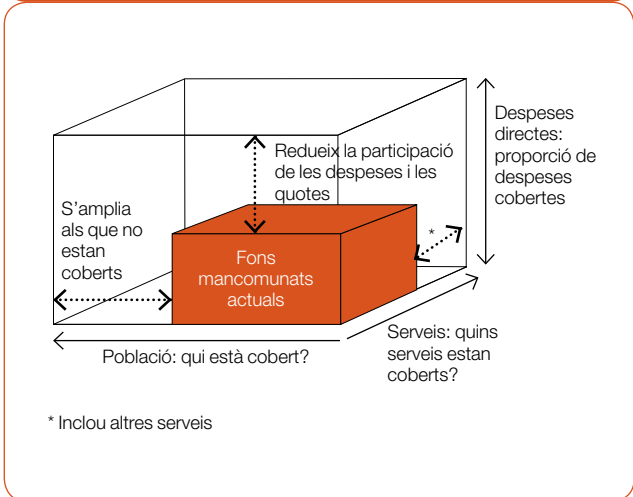
V. Gestió d'utilització i racionalitat en l'establiment de la cartera de serveis

La conquesta de la humanitat anomenada *estat del benestar* es pot consolidar a Espanya —inclosa la seva joia de la corona, l'atenció sanitària—, amb lleugers retocs, d'una banda, que el facin més semblant als estats del benestar nòrdics i del centre d'Europa i, d'altra, adoptant mesures que la realitat i nombrosos dictàmens reclamen. Entre d'altres:

- Recuperar la planificació (aquella competència per autoritzar obertures, modificacions o tancaments d'instal·lació sanitària), que, en dimensionar l'oferta humana i física, en condiciona en molt alt grau la utilització del futur. És a dir, cal una autèntica gestió de la utilització.
- Fer efectiu el factor de sostenibilitat que reguli la composició de la cartera de serveis sanitària segons cost-efectivitat i impacte pressupostari, tal com fan els països europeus amb més poder adquisitiu (i amb un estat del benestar més consolidat). De fet, una cartera que respongui tant a criteris científics de cost-efectivitat com a preferències socials constitueix l'autèntic factor de sostenibilitat de la component sanitària de l'estat del benestar⁶. En les tres dimensions de la cobertura sanitària del gràfic 1, Espanya presenta una cobertura pràcticament universal, uns copagaments baixos en el context europeu i una cartera de serveis que mereix ser objecte d'atenció prioritària.

6 <https://nadaesgratis.es/sergi-jimenez/la-evaluacion-economica-de-medicamentos-como-factor-de-sostenibilidad-de-la-salud-publica>.

Gràfic 1. Les tres dimensions de la cobertura sanitària

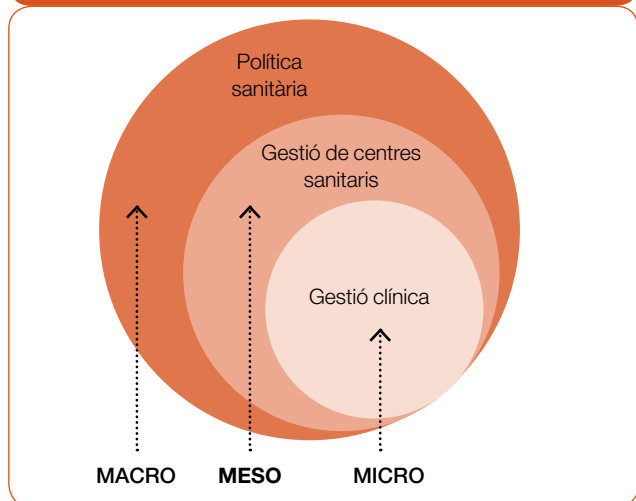


- La pràctica clínica s'adapta a l'oferta disponible quant a mitjans a disposició i cartera de serveis establerts, com repetides vegades s'ha mostrat des de la famosa *Història de dues ciutats*: Boston i New Haven. La pràctica clínica, d'altra banda, com a principal assignadora de recursos sanitaris —en decisions diagnòstiques i terapèutiques—, conté la clau perquè un sistema sanitari finançat públicament sigui desitjable per als ciutadans votants: que sigui solvent i que tingui capacitat resolutiva, la qual cosa implica, amb recursos limitats, tant eliminar l'excés de la utilització inadequada, de la sobreutilització i de la infrautilització —un terç de la despesa sanitària als EUA— com reduir la bretxa entre l'eficàcia (el que idealment es podria aconseguir) i l'efectivitat (el que realment s'està aconseguint).
- Fer individualment atractiva —per als clínics— la millora contínua de la seva pràctica aconsella possibilitar l'existència d'organitzacions amb autonomia de gestió, que rebin una part dels seus pressupostos en funció de resultats —ajustant per a tot el que cal ajustar— en un entorn de competència per comparació en qualitat, per a la qual cosa cal una millor política que permeti una millor gestió pública.

VI. Mitigació del mal govern i competència per comparació en qualitat

La gestió en el sector sanitari presenta tres àmbits diferents: el de la intervenció de l'Estat —regulant, finançant, informant i fins i tot produint—, que es tradueix en política sanitària, el de la gestió de centres i el de la gestió clínica (gràfic 2).

Gràfic 2. Els tres àmbits de la gestió sanitària



Font: Ortún, V. "Presentación del V Congreso de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria". *Gaceta Sanitaria* 1993; 7(38S): 1-2.

La qualitat dels hospitals millora quan competeixen per comparació en qualitat. Es va aplicar la ja esmentada enquesta de valoració de la qualitat de la gestió, validada en altres sectors de l'economia i en altres països, a dos terços dels hospitals d'aguts d'Anglaterra. Es van agrupar un total de 18 pràctiques en quatre dimensions: a) operacions ajustades (*lean*), com a admissió, protocolització, interconsultes, alta i seguiment, etc.; b) mesura de l'actuació partint de l'adopció de tecnologia, la prevenció d'errors, la millora contínua, etc.; c) fixació d'objectius, i d) incentius: atracció i retenció de talent, esporgada d'incomplidors, etc. Va resultar que les millors pràctiques gestores estaven associades a millors resultats, incloent-hi menor mortalitat després d'infart agut de miocardi, millors resultats financers, més satisfacció del personal i puntuacions més altes per part de l'agència supervisora de la qualitat. La incorporació d'una variable instrumental de tipus polític permet establir causalitat i el seu sentit: més competència entre hospitals provoca una millor qualitat de la gestió. Tot i que hi pugui haver altres formes de millorar la qualitat, com ara fomentar l'elecció informada per part dels usuaris, les troballes de l'estudi donen suport a les polítiques dels països que, com els Països Baixos, Alemanya, el Regne Unit o Noruega, intenten promoure la competència per comparació.

Sabem que la garantia d'immortalitat en organitzacions i persones constitueix una recepta infal·lible per a l'estancament i

l'embotiment. La innovació neix, en part, de la necessitat. Els drets cal garantir-los, amb les oportunes xarxes socials de seguretat, però els privilegis, no.

No es tracta ni de competir en preus (sacrificant les qualitats que l'usuari no percep) ni de fer experiments a prova d'errors, per l'interès del promotor polític que llueixin força, sinó d'anar introduint la idea que els recursos que una organització sanitària rebi dependran, d'entrada en una mínima part, de la qualitat que ofereixi en relació amb els seus comparables. La major integració —encara que sigui virtual— que cal per atendre els polipatològics amb limitacions en les activitats de la vida diària reduirà el nombre de proveïdors sanitaris, i la major concentració resultant obligarà, en ocasions, a buscar comparadors més llunyans.

Els factors que influeixen en la millora dels resultats clínics, financers i la satisfacció del personal, a més de la competència per comparació en qualitat, són la mida i les habilitats clíniques i gestores. L'associació entre mida (volum d'intervencions quirúrgiques, procediments, etc.) i qualitat està ben establerta. Constitueix l'expressió clínica de les economies d'escala i reflecteix l'obvietat que l'expertesa en un ofici s'adquireix amb la pràctica, tot i que encara no es pot descartar que la derivació selectiva hi jugui igualment un paper. Les habilitats clíniques i gestores (millor comunicació, més credibilitat i autoritat) —per aquest ordre— expliquen un millor comportament de les organitzacions sanitàries.

Amb mal govern ni es combatrà l'escalfament global o la desigualtat ni se sostindrà l'estat del benestar. Cal que la població cregui en la imparcialitat de les administracions perquè l'estat del benestar es consolidi. A Espanya, sobretot a partir del 2011, va calar la consciència de deteriorament institucional i van abundar les propostes de millora de la qualitat del govern, totes elles ara al bagul dels records, possiblement per l'afany monotemàtic de resoldre, *whatever it takes*, l'encaix de Catalunya.

El capitalisme corrupte, d'amigots i influències, arruïna aquesta confiança en la imparcialitat de les administracions. Tots els països s'enfronten a un desafiament enorme però ben conegut: com conciliar el capitalisme, el govern d'uns quants, amb la democràcia, el govern de molts? Com funcionarà el capitalisme democràtic? Convé estar atents a la deriva institucional a què es refereixen Novoa, Gervas i Ponte (2014): la mala re-

gulació o el creixent individualisme. L'auge de les plutocràcies populistes al món planteja la qüestió de què podrà més, si un cert desig d'harmonia social o la polarització de rendes en un entorn d'individualisme creixent. L'evidència d'efectes negatius de la desigualtat sobre el creixement futur o de l'escalfament global sobre la salut del planeta no necessàriament ha d'afectar el rumb que les societats adoptin.

No n'hi ha prou amb la democràcia per construir un bon govern. Segons Charron et al. (2015), els tres factors que semblen tenir el suport empíric més gran per comprendre les diferències en la qualitat de la governança entre països són: 1) una gestió pública professional amb una separació estricta entre les carreres de polítics i funcionaris, 2) descentralització i autonomia en la gestió dels recursos humans, i 3) transparència, entesa com l'accés a la informació pública (sense publicitat ni ocultant els mals resultats), i llibertat de premsa.

Curiosament, paradoxalment, gairebé la dificultat més gran, segons Ricard Meneu (2019), no rau en l'articulació de les respostes polítiques, sinó en emprendre la "tasca, que sembla titànica, de convèncer la ciutadania de la necessitat d'exigir el que és imprescindible per al benefici de tots"⁷. ■

Referències

- Bloom, M.; Propper, C.; Seiler, S.; Reenen J.** (2015). The impact of competition on management quality: evidence from public hospitals. *Review of Economic Studies* 82: 457-89.
- Charron, N.; Dijkstra, L.; Lapuente, V.** (2015). Mapping the Regional Divide in Europe: A measure for assessing quality of government in 206 European Regions. *Soc Indic Res* 122, 315-46.
- Garcia-Altés, A.; Ortún, V.** (2018). "Reformas pendientes en la organización de la actividad sanitaria". *Cuadernos Económicos de ICE* 96: 57-82 96: 57-82.
- Gawande, A.** (2009). The cost conundrum. What a Texas town can teach us about healthcare. *The New Yorker*, 1 de juny.
- Meneu, R.** (2019). "Avances en transparencia y buen gobierno (también) en Sanidad. *Gestión Clínica y Sanitaria*". 21, 2: 48-50.
- Novoa, A.; Gérvas, J.; Ponte, C.** (2014). Salvaguardas, deriva institucional e industrias farmacéuticas. *AMF* 10, 7: 373-82.
- Ortún, V.; Varela, J.** (2017). Infra y sobreutilización. ¿Inventando problemas? *Gestión Clínica y Sanitaria*, 19, 3: 87-89.
- Pérez-Romero, C.; Ortega-Díaz, I.; Ocaña-Riola, R.; Martín-Martín, J.** (2019). "Análisis multinivel de la eficiencia técnica de los hospitales del Sistema Nacional de Salud español por tipo de propiedad y gestión". *Gaceta Sanitaria* 33, 4: 325-332.
- Rodríguez, M.** (2019). "El sector público y el sector privado de la sanidad. ¿Estabilidad o cambio?". *Gaceta Sanitaria* 33, 6: 499-501.

7 <http://iiss.es/gcs/gestion71.pdf>.

