

Revista

Núm. 69

economica

DE CATALUNYA



El potencial
econòmic del
sector nàutic
a Catalunya

L'euro, un
mal negoci

Una mirada nova a l'estat del benestar

SANTARI DE L'ESTAT DEL BENESTAR: DESITJABILITAT I VIABILITAT*

María Callejón
Universitat de Barcelona

Vicente Ortún
Universitat Pompeu Fabra

Els serveis sanitaris es jutgen segons la seva contribució a l'estat de salut de les persones. Si es financen públicament i amb cobertura universal és per tal que l'accés a aquests serveis depengui de la necessitat, individual o poblacional, clínica, sanitària i democràticament estimada i no de la disposició individual a pagar, que depèn de la riquesa i d'una informació sovint de part i esbiaixada. Cal començar, per tant, amb l'examen de l'impacte de l'actual crisi sobre l'estat de salut de la població a Espanya, tant de l'impacte registrat fins ara com del que molt previsiblement es produirà a mitjà i llarg termini, per extreure'n les implicacions sobre les polítiques de salut. Això serà l'objecte de l'epígraf I: els determinants tradicionals de la salut (educació, renda...) recuperen la seva rellevància i arriba un moment important tant per a la salut pública com per la salut a totes les polítiques.

A l'epígraf II es recorda l'evidència que no hi ha cap contradicció entre augment de la productivitat –i competitivitat de les persones i empreses d'un país– i la consolidació del seu estat del benestar (EB), no de qualsevol estat del benestar sinó d'un EB

orientat al *workfare*¹. L'EB en el seu component sanitari ha de resoldre problemes de salut, ser solvent per proporcionar efectivitat i satisfacció a la població, ja que només la desitjabilitat per part de la població d'una sanitat finançada públicament donarà els vots que permeten la seva consolidació. Un EB per a pobres esdevé ràpidament un pobre EB.

La viabilitat del títol de l'article requereix de tres grans grups d'actuacions. Un primer gran grup és de naturalesa clínica, ja que l'assignació de recursos al sector sanitari depèn fonamentalment de les decisions clíniques. L'epígraf III les agrupa en tres grans categories: reducció de la bretxa entre eficàcia i efectivitat, eliminació del greix iatrogènic i reassignació de recursos.

L'epígraf IV recull el segon gran grup d'actuacions que han de permetre la viabilitat, les polítiques públiques, on ens referirem a la planificació (la manera més potent de gestionar la utilització), el finançament selectiu de prestacions (l'autèntic factor de sostenibilitat del component sanitari de l'EB), i les accions que han de permetre una certa maduració social que doni pas a una competència per comparació en qualitat, entre proveïdors, amb preus regulats.

* Actualització i ampliació de "La reforma sanitària" (*Papeles de Economía Española*, 2012, núm. 133), on facilitàvem les claus de les dinàmiques de la innovació tecnològica i d'expansió de la despesa sanitària per poder reaccionar, de manera creïble, davant la crisi a Espanya sense dualitzar la societat entre qui pot pagar i qui no.

“La crisi no té per què liquidar la sanitat finançada públicament. Convé que no ho faci. No hi ha incompatibilitat entre millorar la productivitat i disposar d'un estat del benestar”

El tercer gran grup d'actuacions quedarà englobat a l'epígraf V on es farà esment a les millores institucionals més relacionades amb la sanitat.

Finalment, l'epígraf VI tanca amb un resum dels punts clau.

I. L'impacte de la crisi econòmica en la salut

Certament, les llistes d'espera augmenten i, encara que no es tradueixin en empitjorament de l'estat de salut, també cal reconèixer que no disposem d'indicadors que mesurin l'angoixa i la inquietud derivades d'uns dies addicionals pendents d'una intervenció. Les taxes de mortalitat, inclosos els suïcidis, i les taxes de morbiditat han continuat, a grans trets, la tendència a la baixa. Fins i tot les causes de mort més sensibles a l'actuació sanitària, la mortalitat innecessàriament prematura i sanitàriament evitable² han mantingut també la tendència a la baixa amb independència de la crisi^{**}. L'Enquesta de salut de Catalunya ens informa, fins i tot, de la millora de la salut percebuda, fet que pot explicar-se per una rebaixa general d'expectatives.

El suïcidi mereix esment especial, ja que es tracta d'un objecte de publicació molt cobejat i en bones revistes han aparegut articles que han trobat a Espanya un augment en la taxa de suïcidis... que no ha tingut lloc. Els descobridors d'augment inexistents de suïcidis han rebut resposta adequada tant a *The Lancet*³ com a l'*European Journal of Public Health*⁴. Aquests últims, per exemple, detecten un huracà econòmic l'1 d'abril de 2008 a Espanya d'impossible explicació, ja que no seria seriós imputar-lo a una entrevista que aquell dia va publicar *La Vanguardia* amb una filòsofa transgènere i pansexual. El cas és que circumstàncies econòmiques adverses han provocat un augment de suïcidis a Grècia i a l'est d'Europa però no a Espanya, on han continuat la tendència decreixent tret d'un augment de prop del 7% el 2008 en els homes i d'un petit augment en les dones el 2011.

**** Font: Registre de Mortalitat, Servei d'Informació i Estudis, Departament de Salut.**

La utilització de serveis sanitaris ha baixat, encara que a Catalunya des del 2008 ha augmentat l'hospitalització de malalts aguts finançada privadament. És molt notòria la reducció de prop del 25% del nombre de receptes dispensades a Catalunya l'any 2012. S'està estudiant on s'ha produït l'esmentada reducció per poder valorar si es tracta d'una excel·lent notícia (per a un país que ocupava el segon lloc mundial en consum de fàrmacs mesurat en dosis diàries definides⁵ i on la càrrega de malaltia associada a l'ús i abús de medicaments eren el tercer problema de salut, únicament per darrere de malalties cardiovasculars i el càncer⁶) o bé d'una mala notícia, en cas que s'hagués mantingut el consum inadequat i iatrogènic i hagués baixat el consum adequat.

Pel que fa a estils de vida, la crisi està aguditzant les diferències: l'atur protegeix menys del sedentarisme i augmenta, en canvi, l'*odds ratio* del tabaquisme. Baixa la despesa mitjana en alimentació per a llar: menys aliments frescos i més aliments en conserva o precuinats.

El que ens ha de preocupar de l'impacte de la crisi econòmica, iniciada el 2008, sobre la salut no és tant l'impacte a curt termini al qual ens hem referit més amunt sinó el seu impacte a mitjà i llarg termini. Amb 3,7 milions d'aturats de llarga durada (és a dir, més d'un any sense feina) i amb el coneixement que "l'atur mata"⁷ caldrà recuperar els determinants històrics de la salut: educació i renda fonamentalment.

Per raons de productivitat, justícia i salut: educació, particularment en els primers anys de la vida i amb infants amb més risc d'exclusió social

A Espanya, la desigualtat en la renda disponible, mesurada pel coeficient de Gini, ha passat del 0,31 el 2006 al 0,35 el 2012: ens allunyem dels països escandinaus i centreuropeus per assemblar-nos més en desigualtats de renda als molt desiguals Regne Unit o Estats Units.

La corba del Gran Gatsby

A les abscisses (figura 1), es representa el coeficient de Gini, renda disponible, de fa una generació (1985) i, a les ordenades, l'elasticitat de les rendes dels fills a les rendes dels seus progenitors. En països com els escandinaus, menys de la cinquena part de l'avantatge o desavantatge econòmic dels progenitors es trasllada als fills. A Itàlia, el Regne Unit i els Estats Units, pràcticament la meitat de l'avantatge o desavantatge econòmic passa de progenitors a fills. Espanya, amb el 45%, ocupa una posició molt allunyada dels escandinaus. La desigualtat

d'un moment afecta la mobilitat intergeneracional perquè conforma les oportunitats, això sí, en grau major o menor depenent de les polítiques socials, la política fiscal i el funcionament del mercat de treball.

Tant la sortida de la crisi com la pal·liació de l'impacte que a mitjà i llarg termini pugui tenir aquesta sobre la salut requeriran millorar l'educació primària. Per justícia (per aturar la corrosiva desigualtat que ens torna al segle XIX), per igualtat d'oportunitats i per combatre la crisi. La sortida de la crisi exigeix millor capital humà que permeti una productivitat més alta. La inversió en educació primària, finançada públicament, facilita la igualtat d'oportunitats i evitar que la pobresa sigui dinàstica, permet mobilitzar els millors recursos humans (sense discriminació per raó d'origen socioeconòmic) i té una influència determinant en l'estat de salut. La situació socioeconòmica influeix en la salut i les aptituds dels infants en els primers anys –fins i tot a l'úter– fet que al seu torn afecta el desenvolupament cognitiu i social, la capacitat d'aprendre i, per tant, el seu capital humà⁸. A més, com el Nobel Heckman i altres autors estimen, aquest tipus d'inversió té una excel·lent rendibilitat econòmica⁹.

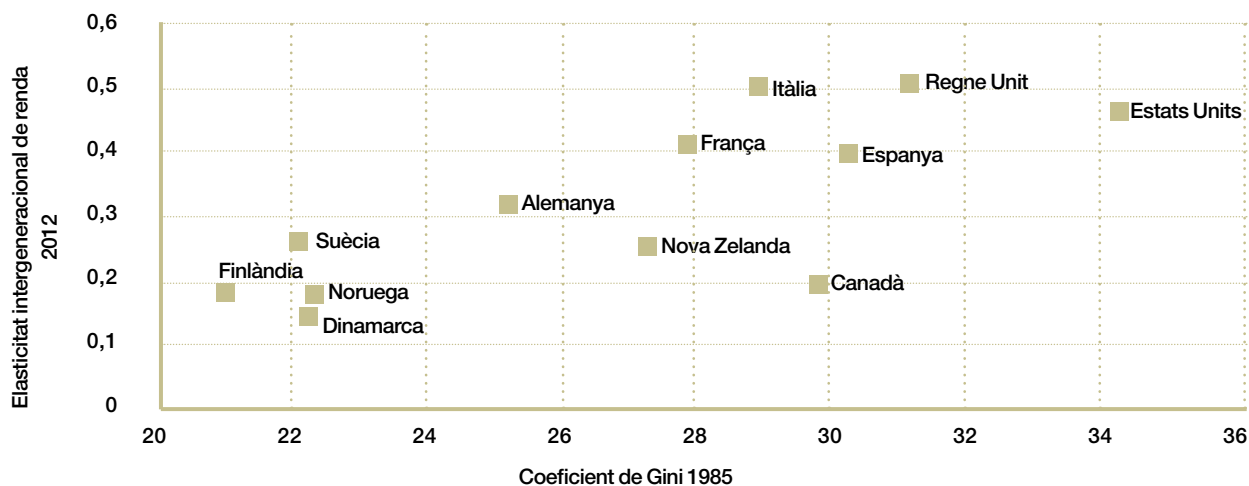
Ni totes les prestacions educatives serveixen ni qualsevol sistema educatiu val. Per igualar les oportunitats, també de salut, cal prioritzar en l'educació preescolar i la primària complementada amb una despesa social centrada en els infants amb més risc d'exclusió social. Dades de Madrid indiquen que el nivell educatiu dels progenitors explica les competències i destreses indis-

pensables dels fills¹⁰. Dades d'altres llocs assenyalen que també les capacitats no cognitives (com ara autocontrol, motivació, consideració adequada del futur), de nou explicades per les condicions uterines i dels cinc primers anys de vida, afecten tant les condicions de vida futures com la salut de les persones¹¹. Cada vegada més, en un món en què la desigualtat entre aquells que disposen de suficient capital humà per treballar amb màquines intel·ligents i aquells que precisament seran reemplaçats per aquestes màquines pot créixer fàcilment, l'eficiència en l'assignació de talent –així com la mobilitat social– passen per invertir en l'educació dels infants en edats primerenques, particularment en aquells amb més risc d'exclusió social.

II. Estat del benestar per al progrés econòmic i social

La crisi no té per què liquidar la sanitat finançada públicament. Convé que no ho faci. No hi ha incompatibilitat entre millorar la productivitat i disposar d'un estat del benestar (EB). El problema no rau en l'EB, sinó en el tipus d'EB i, en aquest aspecte, Espanya té deures pendents, ja que el seu EB tal com està organitzat no resulta, en la comparativa europea, ni equitatiu ni eficient¹². El model indiscutible de *welfare-workfare* el proporcionen els països escandinaus i també els països del centre d'Europa (les reformes que Schroeder va emprendre per reformar l'estat del benestar a Alemanya a començament d'aquest segle). Més enllà de la solvència econòmica, hi ha la desitjabilitat política, la que concedeixen els ciutadans en repetides votacions, quan opten per finançar públicament l'accés als serveis

Quadre 1
Associació entre desigualtat i mobilitat entre generacions



Font: A. García-Altes, V. Ortrún⁸³

sanitaris. Per tal que aquestes opcions es mantinguin, les classes mitjanes no poden quedar excloses de les prestacions de l'EB, pels motius que sigui. Cal conjurar, per tant, el risc d'un EB per a pobres (un pobre EB), primer, per raons d'eficiència econòmica i, segon, per un judici moral sobre els perills de la dualització social que inevitablement trobaríem en sanitat en el moment en què només una part de la societat pogués accedir a qualsevol innovació o prestació sanitària.

L'assegurament obligatori s'ha manifestat superior tant a la pràctica com en la teoria en un mercat de companyies d'assegurances en competència. En els moments actuals, resulta més urgent evitar mons pitjors que pensar en els mons millors. L'EB és una conquesta de la humanitat compatible amb el progrés econòmic com mostra l'experiència històrica dels països escandinaus. L'estat del benestar modern s'associa més a criteris d'equitat que d'eficiència quan l'ancoratge natural en aquest últim criteri resulta més sòlid per al component sanitari de l'EB atesa, precisament, la superioritat permanent de l'assegurament universal obligatori. L'equitat, entesa com el judici social de les poblacions sobre quines diferències són acceptables i quines no, resulta més transitòria, ja que varia legítimament en el temps i en l'espai (entre societats).

III. L'agenda clínica per a la desitjabilitat i viabilitat del component sanitari de l'estat del benestar

Reduir l'esclatxa entre eficàcia i efectivitat¹³

Algunes esclatxes –entre el que es pot aconseguir amb els recursos i la tecnologia disponible i el que realment s'està aconseguint– constitueixen un front de batalla des de fa més de segle i mig. Així, el rentat correcte de mans per a la prevenció d'infeccions, rentat correcte associat per sempre a Semmelweis i la seva constatació de les intolerables sèpsies puerperals a la sala de la maternitat de Viena, que era atesa per obstetres que transitaven entre una cirurgia experimental en animals a l'atenció d'un part sense cap neteja prèvia. Altres com l'ús adequat de la medicació, o de la indicació de cesària, fa dècades que són en primer pla (i sempre molt parcialment resoltes). Finalment, innovacions com el llistat de comprovació quirúrgica¹⁴, popularitzat per Atul Gawande, disten d'haver-se generalitzat malgrat la seva lògica, i resultat, aclaparador. De fet, l'objectiu de la gestió clínica i sanitària no hauria de ser cap altre que el de reduir aquestes esclatxes –sorprenents per la seva importància però desconegudes per a la població general– a l'hora d'abordar els principals problemes de salut d'una societat (cardiovasculars, càncer, efectes adversos de medicaments, entre d'altres).

El creixement de la despesa sanitària ha vingut fonamentalment ocasionat per una innovació tecnològica que, de mitjana, ha augmentat la quantitat i la qualitat de vida

Eliminar greix

Eliminar el greix excessiu, el perjudicial, el d'aquells serveis sanitaris que no valen el que costen, bé sigui globalment considerats bé en la seva indicació a un individu concret (inadequació), reduiria la despesa sanitària en una cinquena part amb impacte favorable sobre la salut. Certament, el creixement de la despesa sanitària ha vingut fonamentalment ocasionat per una innovació tecnològica que, de mitjana, ha augmentat la quantitat i qualitat de vida que pot produir-se i que ha suposat uns costos incrementals. De mitjana, de nou, els beneficis en quantitat i qualitat de vida valen el que costen¹⁵, però, naturalment, les mitjanes amaguen serveis sanitaris que no solament no valen el que costen sinó que resulten un malbaratament amb freqüència iatrogènica. Aquest és el greix excessiu que s'ha d'eliminar fonamentalment amb criteris clínics.

L'eliminació del greix excessiu requereix distingir entre tres grans tipus de serveis sanitaris: els clarament efectius, els sensibles a l'oferta i els sensibles a les preferències del pacient. En la reformulació més recent d'aquesta classificació, la de Chandra i Skinner¹⁶ (figura 2), es distingirà entre:

- Altament cost-efectius: sulfamides, antibiòtics, aspirina i beta-blocadors en infart o rentar-se les mans entre els de baix cost; antiretrovirals, alt cost però una derivada segona de la funció de producció (supervivència) fortament negativa, cosa que significa que els grans beneficis del tractament ràpidament es converteixen en danys en cas d'inadequació (fortíssims efectes secundaris els desaconsellen en qualsevol pacient que no sigui HIV⁺).
- Tractaments potencialment cost-efectius però amb beneficis molt heterogenis: antidepressius, cesàries o angioplàsties. Aquestes últimes, per exemple, resulten tremendament efectives 12-24 hores després de l'inici de l'infart però tot just tenen beneficis, o en manquen completament, en altres indicacions com ara l'angina estable.
- Tecnologies de cost-efectivitat pobre o nul. Un exemple és l'artroscòpia de genoll que no va mostrar cap benefici en relació amb el placebo als Estats Units, però que, en canvi

tenia més sentit en les indicacions espanyoles per a aquesta intervenció¹⁷. Un altre exemple recent amb dades espanyoles: el 60% de les rehabilitacions per dolor al coll, l'espatlla i l'esquena van ser totalment inefectives¹⁸. En aquesta categoria de tecnologies de cost-efectivitat pobre o nul s'inclourien un bon nombre de proves d'imatge, visites a especialistes, estades a intensives, i gran part de les decisions relatives a pacients crònics.

Reassignar recursos

Deixar de finançar, totalment o en part, medicaments, dispositius, procediments amb nul o baix valor clínic mentre es promouen els de més alt valor clínic i, a més, dedicar els recursos alliberats a finançar aquests últims. Així s'aconsegueix un increment de la producció agregada. Es tracta simplement d'aprofitar el bé públic que suposa el coneixement i la pràctica de països més rics, habitualment amb estats del benestar més consolidats, sobre quines són les indicacions que s'han d'evitar o els serveis que no s'han de finançar públicament. Tampoc no entrarem en el detall però ens remetem a dos treballs recents sobre aquest assumpte, el de Gervas i Pérez¹⁹ i el de Campillo i Bernal²⁰, així com al projecte Essencial de l'Agència d'Avaluació i Recerca Mèdiques de la Generalitat de Catalunya.

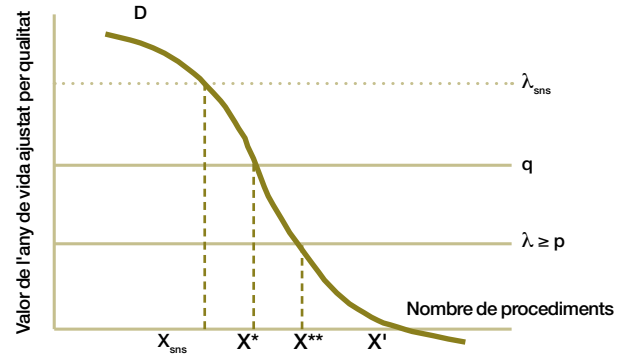
IV. Les polítiques públiques que han de permetre la desitjabilitat i la viabilitat del component sanitari de l'estat del benestar

Planificació

En sanitat se sol parlar de mortalitat i morbiditat com a indicadors que aproximen la necessitat, quan sobretot mesuren la utilització que resulta de la trobada entre oferta i demanda (visites, intervencions, hospitalitzacions, sessions de rehabilitació, consum de fàrmacs...). Sobre la utilització sanitària, s'hi pot influir de diverses maneres. En la mesura que aquesta ve determinada principalment per l'oferta, importarà condicionar, sense que es noti, les indicacions clíniques de procediments a una oferta susceptible de ser planificada. Per reducció a l'absurd, sense hospitals no hi ha morbiditat hospitalària. Per referència al coneixement científic, històries de dues ciutats (com Boston i New Haven) ens mostren fins a quin punt l'oferta condiona la utilització i la despesa però no els resultats en termes de salut. Convé que la restricció efectiva d'oferta faci que el valor per a l'usuari de la indicació marginal d'un procediment superi o iguali el seu cost social. Una fractura de maluc s'ingressa a idèntiques taxes poblacionals amb independència de l'oferta que hi ha a diverses zones. En canvi, la taxa d'admissió per insuficièn-

Quadre 2

Valors dels serveis sanitaris, restriccions d'oferta i despesa sanitària



La valoració de la productivitat marginal de la despesa sanitària junt amb les restriccions d'oferta determina el volum de despesa sanitària. La corba D representa el valor de la vida multiplicat per la productivitat marginal en termes de supervivència de la despesa sanitària. En els països el sistema nacional de salut dels quals (SNS) estableix restriccions significatives d'oferta (a λ_{sns}), la quantitat de serveis sanitaris seria X_{sns} , per sota de la quantitat òptima de serveis X^* . La quantitat òptima de serveis sanitaris, X^* , es troba on la valoració de la productivitat marginal de la despesa sanitària iguala el cost social unitari q dels serveis. Si el conjunt de restriccions d'oferta en un país dona lloc a un valor λ menor que q , el país produirà serveis sanitaris en quantitat superior a l'òptim. Cada servei que excedeix de X^* comporta per al país un cost social superior al valor que aporta als individus i , per tant, és ineficient. Cal fer notar que λ és almenys tan gran com p , el preu que paguen els usuaris, és a dir $\lambda \geq p$, de manera que els beneficis del pacient són si més no tan elevats com el preu que paga pel servei, una restricció del model en què els metges actuen com a agents dels pacients. A l'extrem, si no hi ha cap restricció que interfereixi amb la motivació dels metges de fer el màxim possible, la utilització de serveis arribaria a X' on la probabilitat marginal de supervivència arriba a zero.

Font: Chandra, A. i Skinner, J. (2011)

cia cardíaca congestiva depèn molt de l'oferta que hi ha a cada zona. Curiosament, els professionals s'adapten amb facilitat a la disponibilitat de proves diagnòstiques i recursos terapèutics de què disposen. Més difícil resulta, especialment en les visites ambulatories, evitar que aquesta utilització sigui percebuda per aquests professionals com a exògena: es comenten les 50 visites d'un dia com el temps meteorològic, quan essencialment es pot influir sobre aquesta xifra, ateses les ràtios de població coberta pels professionals que hi ha a Espanya, amb una organització adequada.

La planificació de recursos humans i materials ja està entronitzada com a competència de les autoritats sanitàries, aquí i a gaire-

bé tots els països, i facilita tant l'especialització com la consecució d'economies d'escala, que no s'expressen únicament en costos per procés sinó, sobretot, en morts evitades. La medicina és una professió, un ofici que s'aprèn amb la pràctica i amb volums de pacients que permetin mantenir i millorar les competències de les professions sanitàries. L'associació entre mida (especialment volum d'intervencions quirúrgiques) i qualitat està ben establerta una vegada s'ha descartat que una millor qualitat hagi de precedir un volum més alt que s'obtingria amb una derivació selectiva cap al centre de més qualitat. Sembla provat que el sentit de causalitat va de més volum a millor qualitat²¹.

Les autoritats sanitàries de bastants països exigeixen mides mínimes per permetre noves instal·lacions. Als països com Espanya, on no s'han exigit mides mínimes sinó que al contrari s'ha seguit una política d'hospital a cada poble i algun transplantament en cada hospital, la reordenació del terciarisme es presenta com a ineludible per millorar la qualitat de l'atenció. Ja no estem en els temps inicials de l'euro on la disponibilitat de crèdit a tipus gairebé negatius va permetre una inversió descontrolada no només en hospitals sinó també en universitats, aeroports sense avions i trens sense destinació. Ara ja està fet (falta tornar els crèdits) però en el futur no s'hauria de repetir, ja que l'autèntic factor de sostenibilitat del component sanitari de l'estat del benestar a Espanya és el de seleccionar inversions amb criteri de rendibilitat social: els guanys addicionals en quantitat i qualitat de vida han de justificar clarament costos addicionals. I si no sabem fer-ho, copiem simplement del Regne Unit o Alemanya o Suècia o Dinamarca, de qualsevol d'aquests països més rics que Espanya, amb estats del benestar més consolidats però on no lliguen els gossos amb llonganisses.

El terciarisme redundant també es dona a Catalunya tant en universitats com en centres hospitalaris. En sanitat adopta la forma d'inversió llaminera que convé mantenir encara que sigui al cost d'una qualitat notòriament inferior. No tots els centres han de tenir totes les especialitats però racionalitzar xoca amb la idea que el que importa són els territoris, no les persones.

Als comptats països amb escasses palanques disponibles per planificar, se sol parlar, retòricament, de llibertat clínica per fulminar-la, a continuació, amb la llibertat d'acomiadament quan aquesta entra en conflicte amb els interessos de l'ocupador. Una altra manera de controlar la utilització basada en un altre tipus de legitimitat. Ja fa vint anys que es van revisar les lliçons precipitades que van seguir a la caiguda del mur de Berlín sobre el paper de l'Estat en

el bon funcionament de les societats. I la funció planificadora de l'Estat en sanitat, modelant la utilització, i la despesa sanitària futura, té un clar avantatge respecte al mercat quan es tracta d'orientar un sistema cap a la tecnologia que millora el benestar i evita la que és iatrogènica i malgastadora. Sí a les cost-efectives. No a les tecnologies de cost-efectivitat pobre o nul.

Finançament selectiu per establir la cartera de serveis, pagar pel que interessa, i prioritació tècnica democràtica

S'ha d'implantar l'anàlisi cost-benefici generalitzada tant d'inversions públiques en infraestructures com de cartera de serveis finançada públicament. Podria fins i tot establir-se una moratòria de dos anys a la incorporació de noves tecnologies i dispositius, i excloure allò que països més rics que Espanya, amb EB més consolidats i avaluacions importables no estan finançant públicament. Resulta bo i barat utilitzar coneixements i pràctiques que ja han estat ben analitzats en altres països.

Es pot minimitzar l'impacte en salut de les retallades sempre que es fugi de la linealitat. En antibiòtics per a meningitis meningocòccica, zero retallades. En proves d'imatge per al mal d'esquena inespecífic, retallada de gairebé el 100%. Però les coses no són fàcils... i el tipus de retallada fina és la que afecta el greix i aquí l'instrument seria el bisturí del metge no la destal del responsable de pressupostos. Amb professionals autònoms i autogestionats, com els metges de capçalera del Regne Unit, resulta possible retallar sense que el pacient se senti afectat. Amb professionals a compte d'altri és força possible que el pacient es vegi afectat, malgrat que hi ha instruments de prioritació fins i tot per als aspectes més delicats i visibles de la utilització com són els criteris clínics i socials per a cirurgia electiva²².

Establir una cartera de serveis com es pretén requereix, sobretot, voluntat d'atorgar independència a l'òrgan –algun o el conjunt dels múltiples existents– que amb criteris científics de cost-efectivitat (i impacte en el PIB) decideixi sobre aquesta. D'altra banda, n'hi ha prou, de moment, amb anar copiant de països (Regne Unit, Alemanya, França, el Canadà, Suècia, Austràlia...) amb tradició en la utilització de criteris d'eficàcia comparada i cost-efectivitat en les decisions de finançament i fixació de preus.

Pagar pel que interessa

La composició dels serveis sanitaris que es produeixen o el tipus d'innovació que s'introdueixi està molt influït per la manera com es paguen. És clar que pagar per estructura no té sentit i, en canvi, no resulta tan immediat percebre que, amb freqüència,

No tots els centres sanitaris han de tenir totes les especialitats, però racionalitzar xoca amb la idea que el que importa són els territoris, no les persones

pagar per acte, per fer, tampoc no convé ja que, amb freqüència, incentivar l'activitat constitueix una invitació a, primer, la inadequació en pacients aguts i, segon, el pobre control de pacients crònics. En el cas dels serveis sanitaris, hi ha nombroses experiències, d'èxit molt variable, que proven d'assolir o bé un pagament per resultats en termes de salut (P4P) o bé un pagament capitatiu, amb alguns ajustaments, que fomenti la integració assistencial. Els sistemes integrats (articulació real o virtual de tots els nivells sociosanitaris) permeten una millor prevenció, una orientació més gran cap a l'atenció primària, menys taxes tant de freqüentació hospitalària com de readmissió, millora en el compliment del pacient amb els tractaments, incentius per evitar les tecnologies de benefici dubtós i estímuls per atendre els problemes en la baula de la cadena amb més capacitat resolutiva (expressió clínica de l'eficiència) de l'organització integrada²³.

També els preus regulats podrien orientar cap a la innovació que interessa. *If you pay for it, they will build it*. Per la seva importància en la configuració de les polítiques industrials i sanitàries en un país no estrictament capdavanter com Espanya, convé aturar-se un moment a examinar l'argument que "la disminució de beneficis de la indústria subministradora desincentiva l'R+D+i". El que globalment és cert –els beneficis proporcionen la capacitat i l'estímul per invertir en R+D– no té necessàriament una traducció país a país en el sentit que es farà més R+D als llocs en què s'obtinguin els beneficis més grans; la decisió de localitzar les activitats de recerca i desenvolupament en un país determinat depèn més de l'atractiu d'una zona geogràfica (qualitat-preu dels seus científics i universitats) que dels beneficis que se n'obtinguin. Almenys així hauria de ser: independència entre nivell de preus (i beneficis) en una zona respecte a l'R+D localitzada.

Dos tipus d'innovacions interessin especialment: les que estalvien costos (menys del 0,5% de les innovacions en sanitat) i les que ofereixen grans millores addicionals en quantitat i qualitat de vida en funció dels costos incrementals respecte a les tecnologies existents. L'estalvi de costos requereix innovació organitzativa i en procés. La innovació més convenient

en producte, el segon tipus d'innovació que interessa, potser pugui estimular-se amb mesures com la que pròximament s'implantarà al Regne Unit, on s'ha substituït el control de beneficis de la indústria farmacèutica per un sistema de regulació del preu basat en el valor aportat, o sigui, en la utilitat terapèutica comparada amb els tractaments ja disponibles (*value based pricing*).

Resumint, convé pagar per allò que interessa. Als proveïdors de serveis sanitaris capitatívament per fomentar la integració assistencial i, quan es pugui, segons els resultats en salut. Als innovadors, amb uns preus regulats que orientin la innovació cap a la creació de valor en termes de quantitat i qualitat de vida guanyades.

Competència per comparació en qualitat amb preus regulats

El llavors primer ministre britànic, Blair, a mitjan la primera dècada d'aquest segle, va reintroduir la competència entre hospitals, exclusivament a Anglaterra. Es va fer servir un sistema de pagament prospectiu tipus grups relacionats amb el diagnòstic amb bona informació sobre la qualitat dels diferents grups hospitalaris. En aquest context es va aplicar una enquesta de valoració de la qualitat de la gestió, validada en altres sectors de l'economia i en altres països²⁴, a dos terços dels hospitals d'aguts d'Anglaterra, enquesta que tenia en compte l'adequació dels incentius, la consistència a l'establiment d'objectius i en el control de gestió, i el grau de meritocràcia en les decisions de selecció i promoció de personal i de plasticitat en els processos productius. Els resultats van indicar que les millors pràctiques gestores estan associades amb millors resultats, inclosa menys 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 va permetre establir causalitat i el seu sentit: més competència entre hospitals provoca una millor qualitat de la gestió. Aquest tipus de troballes donen suport a les polítiques dels països que, com els Països Baixos, Alemanya, el Regne Unit o Noruega, intenten promoure la competència per comparació.

Molts productors de serveis sanitaris són monopolis naturals. També la FIFA i l'Agència Tributària, cosa que no impedeix que continuï sent més aconsellable que els campionats de futbol s'adjudiquin no al país amb més habilitat subornadora sinó a qui presenti la millor oferta. O que els inspectors d'hisenda (professors d'universitat, clínics...) veiessin els seus resultats comparats

ajustant mínimament per bases imposables (notes d'entrada, classe social respectivament...). I tot i que les formes rígides d'organització, inadequadament regides pel dret administratiu, tendiran a flexibilitzar-se en els pròxims trenta anys, això no serà suficient per estimular una millor actuació si, allà on es pugui, no s'introdueix una certa competència per comparació, la qual cosa no requereix ni de mercats ni de cap professió de neoliberalisme.

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 a qui escaiguin bé, 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. Amb preus regulats i competència en qualitat, sembla que els resultats milloren²⁵ la qual cosa no ha d'impedir la prudència, mentre no paralitzi, ni la compensació que es pugui fer davant de les tendències cap a una consolidació més gran, que la integració entre nivells assistencials suposa.

Hi ha diferències sorprenentment grans en la qualitat de la gestió entre empreses d'un mateix país i també diferències entre països: els Estats Units i Alemanya millor que França i el Regne Unit. Una gestió deficient preval en sectors amb una competència feble o en empreses familiars portades pels primogènits. Què succeirà en els sectors sense competència ni transparència on les organitzacions es caracteritzen per una gestió molt polititzada?

Convé, no obstant això, tancar amb un panorama més complet dels factors que influeixen en la millora dels resultats clínics, financers i la satisfacció del personal²⁶. El poder informat de la ciutadania i els usuaris així com la competència per comparació ja han estat esmentats. Ens en falten dos: la mida i les habilitats clíniques i gestores.

Les habilitats clíniques i gestores –per aquest ordre– expliquen un millor comportament de les organitzacions sanitàries: més bona comunicació, més credibilitat i autoritat. Curiosament, resulta molt més fàcil avaluar les habilitats clíniques que les gestores: fa més de trenta anys, en ocasió de les transferències sanitàries a Catalunya, quan van irrompre els gerents, es va perdre l'oportunitat de fer un experiment natural. En lloc d'optar exclusivament per gerents provinents de l'empresa privada es podria haver assajat també amb clínics prestigiosos i funcionaris experimentats. Això hauria ajudat a la difícil tasca de precisar els coneixements, experiències i habilitats esperables en un gestor sanitari.

V. Millores institucionals

Poca cosa dels epígrafs anteriors serà viable sense una millora de les institucions. Importen tant les reformes estructurals com les millores institucionals i entre aquestes, per com condiciona la resta, hi ha la llei de partits polítics.

Les crítiques que seguiran no ignoren que els canvis han de ser marginals i valoren totes les millores aconseguides durant els últims anys. És més, fins i tot participen del punt de vista d'Arruñada²⁷, que reclama més responsabilitat de tots els ciutadans. No s'hi va d'estar llançant sempre les culpes als altres, siguin les elits extractives o Madrid. Hi ha bidireccionalitat entre institucions i ciutadans i certament no és possible exonerar ningú encara que no tots els ciutadans tinguin la mateixa quota de responsabilitat.

La ciutadania, que amb les seves percepcions ens estimba en la classificació de Transparency International i que percep el nostre sistema democràtic com una partitocràcia integrada per conjunts de funcionaris el futur vital, laboral i professional del quals depèn del propi partit, que consideren la conquesta del poder no com un mitjà per executar un programa sinó com a via de repartiment de privilegis, ascens social i oportunitat de porta giratòria. Grècia està pitjor classificada, però hem de comparar-nos sempre amb els millors.

Catalunya és l'única comunitat autònoma sense llei electoral pròpia. El Parlament va enterrar el 2010 el projecte de llei electoral per falta d'acord. El president de la comissió d'experts, Josep M. Colomer, a més de destacar l'oportunitat perduda va assenyalar que el fracàs es devia a la por dels partits polítics a substituir les llistes tancades i bloquejades per alguna forma de vot que permetés als electors escollir no únicament un partit sinó també alguns candidats individuals. El fracàs provoca posteriorment la necessitat de cedir davant de populismes diversos que ignoren que no hi ha millor manera de participació política que la dels partits i que la dedicació a la política –no la “professió” per a tota la vida– ha d'estar reconeguda, amb diners i prestigi, com succeeix als països europeus amb democràcies més consolidades que les nostres (Alemanya mateix).

La viscositat espanyola, i catalana, condiciona no tant el què de les reformes (sanitàries, fiscals, laborals o financeres) sinó el com d'aquestes. Les solucions sobre el paper són a l'abast de qualsevol persona informada. La seva implantació requereix l'abordatge conjunt de tots els dèficits, no només els prespostaris o els exteriors, també els de legitimitat i transparèn-

cia. Espanya té un problema amb la seva gestió pública. Serà molt difícil millorar la gestió pública o introduir reformes sanitàries que augmentin de manera apreciable la nostra productivitat sense una millor qualitat de la política i de les institucions que l'estan condicionant²⁸. Les prescripcions per a un millor govern de l'Estat són tan conegudes com ignorades: embridar el finançament de partits polítics limitant despeses i controlant les aportacions privades; perfeccionament de la normativa electoral per apropar-se al principi d'una persona, un vot, i independència dels mitjans públics de comunicació. Això es facilita amb un foment de la transparència i l'accés públic a les bases de dades de l'Administració, llevat que una disposició específica justifiqui la inconveniència d'aquest accés en funció d'un conjunt taxat de circumstàncies. Tant la recent publicació de les dades individualitzades per centres de la Central de Resultats, per part de l'Observatori del Sistema de Salut de Catalunya²⁹, com l'Avantprojecte de Llei de transparència, accés a la informació pública i bon govern³⁰, constitueixen passos importants en la bona direcció.

Només un Estat eficaç que faciliti el tipus d'institucions transparents i imparcials propi de països com els escandinaus o molts centreeuropeus permetrà que Espanya surti enfortida de la crisi. No hi haurà millor gestió sanitària pública sense un millor govern públic, concepte aquest que es defineix i es mesura³¹ però que, sobretot, resulta crucial en el desenvolupament dels països. En el camí que cal recórrer tenen importància equivalent el què i el com, la racionalitat tècnica i la legitimitat social, legitimitat que s'incrementa amb un bon govern, concepte complex en el qual s'inclouen, entre d'altres, la necessitat de transparència, la rendició de comptes, la regulació dels conflictes d'interès i la professionalització de les funcions executives del sistema.

El clamor per a la millora de la qualitat de la democràcia és general i, per als nostres propòsits, n'hi hauria prou de tractar de portar a la pràctica algun d'aquests manifestos. Per exemple, el subscrit per alguns de nosaltres: Per una nova llei de partits polítics³². Concloem amb un extracte d'aquest:

"Els partits polítics tenen un paper insubstituïble en tot sistema democràtic. A diferència del que succeeix en altres democràcies avançades, a Espanya el marc legal vigent no facilita la depuració dels partits quan això es revela com a necessari. Els partits espanyols s'autoregulen: els congressos i òrgans de direcció es reuneixen quan convé als seus dirigents; el mètode habitual de selecció de càrrecs interns i de candidats a càrrecs representatius

Només un Estat eficaç que faciliti el tipus d'institucions transparents i imparcials propi de països com els escandinaus permetrà que Espanya surti enfortida de la crisi

és la cooptació; i el control dels comptes s'encomana a un organisme, el Tribunal de Comptes, fortament polititzat, els membres del qual accedeixen al càrrec per quota política i l'últim exercici auditat del qual és el 2007.

En les democràcies constitucionalment més avançades, els partits estan fortament regulats per la llei o, en el cas britànic, pel costum. A tots els països hi ha corrupció política, però la democràcia interna en els partits, la competència entre els que són dirigents i els que aspiren a ser-ho i les obligacions de transparència imposades per la llei permeten que els polítics corruptes siguin apartats amb celeritat. A Espanya això no succeeix i la corrupció creix, afebleix l'acció de govern en una conjuntura crítica, provoca la desafecció ciutadana i acaba causant una greu crisi política i institucional. Encara n'hi ha més. El mètode de cooptació, repetit una i altra vegada, és un mètode de selecció adversa que acaba elevat a llocs de responsabilitat els menys crítics i els menys capaços. Cal canviar-lo urgentment.

Sembla urgent l'elaboració d'una nova Llei de partits polítics, a fi de regular la seva activitat, assegurar la seva democràcia interna, la transparència i el control del seu finançament i apropar la política als ciutadans. Aquesta és una condició necessària per poder abordar amb garanties un procés de reforma institucional molt més ampli que hauria d'incloure, entre d'altres, la reforma de la Justícia, la regulació dels *lobbies* i la separació estricta dels càrrecs polítics i els llocs administratius per garantir la independència i la professionalitat de la funció pública. Les normes bàsiques que aquesta nova Llei hauria de recollir són molt comunes en les democràcies europees.

La Llei de partits és una llei orgànica que no pot ser objecte d'una iniciativa legislativa popular. Però la Constitució, al seu article 29, empara el dret de petició per demanar a les Corts una nova Llei de partits amb les característiques anteriors."

I si en lloc d'iniciativa popular, algun partit tingués el coratge decent i la visió necessàries encara resultaria més fàcil.

VI. Resum dels punts clau

- L'impacte de la crisi iniciada el 2008 en l'estat de salut a Espanya encara no s'ha notat. Han continuat les tendències a la millora d'uns indicadors, ja de per si mundialment molt bons.
- Es notará, en canvi, l'impacte de la crisi en la salut a mitjà i llarg termini per la via de l'atur de llarga durada (3,7 milions de persones), la desigualtat creixent (Gini de renda disponible de 0,35), la pèrdua de capital humà (no el que marxa sinó el que es queda, desocupat o amb una pobre educació que no permet ni regeneració neuronal ni establiment de noves sinapsis), i el deteriorament en el funcionament de l'ascensor social (el 45% de la situació dels fills explicada per la situació dels pares a Espanya) que permet la mobilitat intergeneracional i evita que tant la pobresa com els privilegis siguin dinàstics.
- Ha arribat el moment de la salut pública i de la salut en totes les polítiques, ja que recuperen protagonisme els determinants històrics de salut, educació i renda.
- Una bona educació primària atenta que eviti l'exclusió social esdevé la principal política de salut, la principal política econòmica (capital humà per poder competir) i la principal palanca per millorar la igualtat d'oportunitats. La corba del Gran Gatsby ens en dona pistes molt útils.
- Per sortir de la crisi, cal consolidar l'estat del benestar (EB). Això sí un estat del benestar amb els incentius correctes, orientat al *workfare* (en lloc del *welfare* entès com a "no faré res"). Cap experiència històrica il·lustra millor la concordança entre progrés econòmic i social que l'escandinava amb la millor productivitat i mobilitat intergeneracional del món.
- La desitjabilitat de l'EB es garanteix quan els ciutadans voten per uns serveis finançats públicament que resolen i satisfan. Clau és el finançament públic i la cobertura universal. La desgravació de primes privades –el 25% de les persones però només el 8% de la despesa– no es justifica mentre la pèrdua de recaptació fiscal no quedi compensada per una utilització menor dels serveis públics.
- La viabilitat de l'EB s'ha de llegir en clau clínica i en clau de polítiques públiques.
- Atès que l'assignació de recursos en sanitat es produeix fonamentalment via decisions clíniques, cal crear les condicions per escurçar la diferència entre el que es pot aconseguir i el que s'està aconseguint (escletxa descomunal entre eficàcia i efectivitat), eliminar el 20% de despesa sanitària perjudicial per a la salut i reassignar recursos.

- Les polítiques públiques que permeten desitjabilitat i viabilitat són la planificació (gestió prospectiva de la utilització), el finançament selectiu de la cartera de serveis (copiant, si cal, de fora, tant criteris tècnics com procediments democràticament legítims) i la potenciació d'una certa maduresa social que permeti la competència per comparació en qualitat, entre proveïdors sanitaris, amb preus regulats.
- No serveix atribuir totes les responsabilitats a les elits extractives o a Madrid. Els ciutadans, en diferent grau, també tenim les nostres responsabilitats per actuar de cara a millorar les nostres regles socials del joc (les institucions), particularment la regulació dels partits polítics, ja que serà difícil millorar la qualitat de la gestió pública, sanitària o de qualsevol altre sector, sense millorar la qualitat de la política. ■

Referències

- ¹ **López-Casasnovas, G.** (2013). "Polítiques de 'welfare' versus 'workfare'". Sessió de treball *Les noves polítiques públiques com a palanques per al creixement econòmic*. Jornades del Col·legi d'Economistes, novembre 2013. Accesible a www.upf.edu/pdi/cres/lopez_casasnovas/_pdf/JornadesColEconom13GL.pdf.
- ² **Ortún, V., Gispert, R.** (1988). "Exploración de la mortalidad prematura como guía de política sanitaria e indicador de calidad asistencial". *Med Clin* (núm. 90, p. 399-403).
- ³ **Ayuso-Mateos, J. L.; Pita, P.; Gusmão, R.** (2013). "Financial crisis, austerity and health in Europe". *The Lancet* (núm. 382, p. 391-2).
- ⁴ **Librero, J.; Segura, A.; López-Valcárcel, B.** (2013). "Suicides, hurricanes, and economic crisis". *European Journal of Public Health*. Carta al director. doi:10.1093/eurpub/ckt167.
- ⁵ *Extent and causes of international variations in drug usage*. A report for the Secretary of State for Health by Professor Sir Mike Richards CBE. July 2010. Accesible a www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/216249/dh_117977.pdf.
- ⁶ **Sanfèlix-Gimeno, G.; Peiró, S.; Meneu, R.** (2011). "La prescripció farmacèutica en Atención Primaria. Mucho más que un problema de gasto". A V. Ortún (dir.). *La refundación de la atención primaria* (p. 53-70). Madrid: Springer.
- ⁷ **Urbanos-Garrido, R. M.; López-Valcárcel, B. G.** (2014). "The influence of the economic crisis on the association between unemployment and health: an empirical analysis for Spain". *Eur J Health Econ*. [Epub ahead of print]
- ⁸ **Gasull, M.; Pumarega, J.; Rovira, G., et al.** (2013). "Relative effects of educational level and occupational social class on body

concentrations of persistent organic pollutants in a representative sample of the general population of Catalonia, Spain". *Environ Int* (núm. 60C, p. 190-201).

⁹**Knudsen, E.; Heckman, J.; Cameron, J.; et al.** (2006). *Economic, neurobiological, and behavioral perspectives on building America's future workforce*. PNAS (vol. 27, núm. 103, p. 10155-62).

¹⁰**Anghel, B.; Cabrales, A.** (2011). "Los determinantes del éxito en la educación primaria en España". A: A. Cabrales; M. Celeniani, (coords.). *Talento, esfuerzo y movilidad social* (p. 107-73). Madrid: Fedea. Disponible a www.fedea.net/meritocracia/pdf/talento-esfuerzo-movilidad.pdf. Últim accés: 22/9/2013.

¹¹**Heckman, J.** (2012). "The developmental origins of health". *Health Econ* (núm. 21, p. 24-9).

¹²**Sapir, A.** (2006). "Globalization and the reform of the European social models". *Journal of Common Market Studies* (vol. 2, núm. 44, p. 369-90).

¹³**Ortún, V.; Callejón, M.** (2012). "La reforma sanitaria". *Papeles de Economía Española* (núm 213, p. 128-139).

¹⁴**Haynes, A. et al.** (2009). "A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population". *N Engl J Med* (núm. 360, p. 491-99).

¹⁵**González López-Valcárcel, B.; Pinilla, J.** (2008). "The Impact of Medical Technology on Health: A Longitudinal Analysis of Ischemic Heart Disease". *Value in Health* (vol. 1, núm. 11, p. 88-96).

¹⁶**Chandra, A.; Skinner, J.** (2011). *Technology growth and expenditure growth in health care*. Cambridge, Massachusetts: National Bureau of Economic Research, working paper núm. 16953.

¹⁷**Martí, J.** (2003). "No toda artroscopia es útil en la gonartrosis". *Gestión Clínica y Sanitaria* (vol. 3, núm. 5, p. 95). Accesible a www.fundsis.org/docs/GESTION17.pdf. Consultat el 30 de juliol del 2012.

¹⁸**Kovacs, F. et al.** (2011). "Avoidable costs of physical treatments for chronic back, neck and shoulder pain within the Spanish National Health Service: a cross-sectional study". *BMC Musculoskeletal Disorders* (núm. 12, p. 287).

¹⁹**Gérvás, J.; Pérez, M.** (2011). "Rebajas sanitarias racionales en tiempos de crisis económica". *Formación Médica Continuada* (vol. 10, núm. 18, p. 615-623).

²⁰**Campillo, C.; Bernal, E.** (2013). "Reinversión en sanidad: fundamentos, aclaraciones, experiencias y perspectivas". *Gac Sanit* (núm. 27, p. 175-9).

²¹**Gaynor, M.; Seider, H.; Vogt, W.** (2005). "The volume-outcome effect, scale economies and learning by doing". *American Economic Review* (vol. 2, núm. 95, p. 243-7).

²²**Solans, M.; Adam, P.; Espallargues, M.** *Elaboración de un sistema de priorización universal de pacientes en lista de espera para cirugía electiva*. AQUAS.

²³**Ortún, V.; López-Casasnovas, G.** (2002). *Financiación capítativa, articulación entre niveles asistenciales y descentralización de las organizaciones sanitarias*. Bilbao: Fundación BBVA.

²⁴**Bloom, N.; Van Reenen, J.** (2007). "Measuring and explaining management practices across firms and countries". *The Quarterly Journal of Economics* (vol. 4, núm. 122, p. 1351-1408).

²⁵**Propper, C.** (2012). "Competition, incentives and the English NHS". *Health Economics* (núm. 21, p. 33-40).

²⁶**Dorgan, S. et al.** (2011). *Management in Healthcare: Why Good Practice Really Matters*. Londres: Mc Kinsey/Centre for Economic Performance.

²⁷**Arruñada, B.** (2014, 13 d'abril). "La culpa es de todos". *El País*.

²⁸**Acemoglu, D.; Robinson, J.** (2012). *Why Nations Fail*. Nova York: Crown Publishers.

²⁹*Quart Informe. Àmbit Hospitalari*. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, juliol 2012. Consultat el 31 de juliol del 2012. www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Minisite/ObservatoriSalut/ossccentral_resultats/Informes/Fitxers_estatics/Central_resultats_quartinforme_2012.pdf.

³⁰*Anteproyecto de ley de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Buen Gobierno*. Madrid: Ministerio de la Presidencia, Govern d'Espanya, 2012.

³¹**Rothstein, B.; Teorell, J.** (2012). "Defining and measuring quality of government". A: A. S. Holmberg; R. Rothstein (eds.): *Good Government: The Relevance of Political Science*. Cheltenham, Edward Elgar.

³²porunanuevaleydepartidos.es/manifiesto.

³³**García-Altes, A.; Ortún, V.** (2014). "Funcionamiento del ascensor social en España y posibles mejoras". *Gaceta Sanitaria* (núm. 28, supl. 1, p. 31-36).