

La LOSC vint-i-cinc anys després

Guillem López Casasnovas

Universitat Pompeu Fabra. Barcelona.

La teoria de la hisenda pública distingeix, seguint nomenclatura anglosaxona, la provisió de la producció pública. Provisió implica responsabilitat i finançament, qui tutela regula i dóna la cara davant dels ciutadans, mentre que producció trasllada la qüestió de la prestació del servei a la funció productiva, de combinar gerencialment *inputs* i tecnologia al servei dels *outputs* subministrats. Els economistes separem així l'eficiència tècnica i productiva de l'assignativa. En el món sanitari es diferencien els *outputs* de les tasques assistencials, dels *outcomes* o resultats en millora de la salut. L'assignació eficient requereix contemplar el tot per sobre de les parts. Els *outputs* són parts que en el *contínuum* assistencial requereixen de major tutela i coordinació. I tot i l'intent de les noves modalitats de finançament sanitari de pagament per *performance*, la funció de provisió mai no podrà deixar de ser una responsabilitat pública en un sistema sanitari com el nostre.

Al nostre país, la realitat recull la història que ha generat un sistema en què el quadre de comandament és en mans del Departament de Salut, amb un òrgan gestor de l'assegurament col·lectiu i un conjunt de prestadors públics o no, subministradors de serveis. És el pas de les tasques assistencials procedent de la combinació d'*inputs* per a l'assoliment d'*outputs* assistencials, que en el seu conjunt s'adrecen a la consecució d'*outcomes* o resultats finals en termes de millores de salut. Una xarxa d'utilització pública (avui SISCAT) i una compra ordenada de serveis són els pilars d'un sistema en què poc més de la meitat de l'atenció especialitzada es regeix per esquemes de producció estatutària administrativa. Des d'alternatives organitzatives alienes al lucre mercantil, d'accionistes profans al sistema sanitari o de capital borsari que pretén el dividend financer i d'un patrimoni absent del capital humà del que es fa acompanyar, es concerten a Catalunya bona part dels serveis mantenint a la producció una màxima autonomia organitzativa. La concertació suposa una mena de franquícia sanitària que respecta la capacitat de decidir portes

endins pel que fa a la producció més gerencial, tot i reforçant la tutela i jerarquia portes enfora per la banda del franquiciador.

La teorització d'aquella base de partida fou feta ara fa vint-i-cinc anys per la Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya (LOSC). S'establia un punt de partida que es volia consolidar sobre la base de l'autonomia de les parts i la compra de serveis de la mà d'un finançador que deia establir una competència simulada dirigida: simulada, ja que el tret de fallida era marginal (la no renovació anual del concert en els termes anteriors), i dirigida, pel fet que es podien variar per part del finançador els balanços assistencials. I un cop desplegats els contractes, el compromís de respectar l'acord sense discrecionalitat en els mecanismes de producció i finançament havia de donar l'estabilitat que tot bon sistema sanitari exigeix. En general, aquest procés es produïa sovint amb la incomprensió de qui esperava que el finançament garantís sempre i en tot lloc l'estructura productiva i el personal i de qui veia en tot això la porta oberta a la privatització, considerant, per exemple, aquells llits concertats com a llits "privats" (llits que de fet pertanyien a consorcis públics, municipals, mutualitats, ordes religioses o cooperatives). I si en aquest quadre de partida s'hi ha colat cap anomalia, aquesta s'ha degut a la falta conjuntural de resposta mutual a una necessitat que les pròpies corporacions de professionals exigien dels poders públics abans de perdre el seu lloc de treball i han reclamat al finançador que fes extensiva l'anterior forma de concertació a les entitats privades adquirents de dispositius parapúblics en fallida.

El sistema sanitari avui

Després de vint-i-cinc anys són problemes vigents d'adaptació de la LOSC a la realitat social, sobretot els relatius a la governança. Respondre als nous reptes que té plantejats avui la sanitat catalana passa pel reconeixement que la despesa sanitària total continuarà creixent. No ho farà però previsiblement al mateix ritme el component públic finançat amb impostos. És probable, doncs, que la bretxa obri el finançament públic a la incorporació de múltiples taxes (copagaments o pagaments amb deduccions fiscals) i preus públics per reforçar precisament el mateix sistema públic. Per la banda de la despesa, el seu control ha de tenir com a camp d'observació més important la variabilitat de les pràctiques clíniques, de les quals no es para de te-

Correspondència: Prof. Guillem López Casasnovas
Universitat Pompeu Fabra
C/ Ramon Trias Fargas, 25-27
08005 Barcelona
Tel. 935 421 661
Adreça electrònica: guillem.lopez@upf.edu
Pàgina web: http://www.upf.edu/pdi/cres/lopez_casasnovas

nir més i nova evidència. La descentralització (territorial, funcional) dóna oportunitats d'experimentar i innovar: en aquest sentit, no és part del problema, sinó de la solució, de la pluja d'innovació disruptiva que amenaça el sector. Tot i les queixes d'alguns que diuen que s'està produint un trencament de la cohesió, per afavorir la recentralització, en el conjunt de l'Estat espanyol, no tenim 17 sistemes territorials de salut sinó tres o quatre maneres d'entendre la sanitat pública, amb tendències 'a la catalana' (sobre la base de la compra de serveis concertats), 'a la valenciana' (concessionant la gestió integral dels serveis), 'a la madrilenya' (iniciatives publicoprivades, sobretot en equipaments) i 'a l'andalusa' (reforçant aparentment l'intervencionisme públic). Els bascos juguen lliga a part en les seves apostes d'orientació cap als malalts crònics des del seu privilegi financer. En tot cas, més enllà de la territorial, la descentralització funcional ha de recuperar la coordinació que afavoreixi la continuïtat assistencial, des de la gestió d'episodis i de les contingències poblacionals per la pèrdua de salut. Això es pot fer millor per part de proveïdors consorciats amb autonomia organitzativa i finançament prospectiu (de base poblacional). Ho ha d'acompanyar, certament, la prioritització, a l'ADN de l'economia de la salut. Però entre l'*assessment* (com a valoració objectivable) i l'*appraisal* (amb la valoració al nivell operatiu de les realitats concretes) hi ha camp per construir *partenariats* i fórmules de risc compartit entre proveïdors i finançadors. La descentralització de tercera generació, la institucional, envers organitzacions amb més autonomia que puguin incorporar serveis privats al seu si, farà despertar, en un sentit o un altre, un sector privat avui indecís sobre si li convé coexistir amb el públic, col·laborar, substituir-lo o complementar-lo.

En general, la sanitat catalana està avui bastant *lost in translation*. El problema no és tant la separació entre provisió i producció efectiva, ni tan sols entre la propietat del patrimoni (públic) i la gestió (privada, dels professionals) —proposada i posposada reforma a l'Hospital Clínic—, com que el regulador introdueixi credibilitat en els mecanismes d'assignació de recursos i en el control. La qüestió a debatre és quins incentius es donen per tal d'assolir una major eficiència. Per això, res sembla possible sense la implicació dels professionals i el seu aterratge a la gestió clínica. L'autonomia organitzativa és per això clau: si els incentius es volen forts, i alhora això es correspon amb un grau de control també superior, una transferència de risc assumible seria adequada. Per adequar el sistema a la nova realitat caldria pactar algunes d'aquelles prescripcions per bé de mantenir el que té de bo el model català en tots aquells assoliments que es puguin sostreure del debat partidista.

Certament, un gran pacte nacional de la salut ja s'ha intentat i ha fracassat, a la legislatura anterior. La preparació dels treballs comportaren un greu error per l'ex-

cessiva implicació política a la qual es veié sotmès des de bon començament. Hauria estat millor posar a treballar els continguts per part dels tècnics, si es vol consensuats aquests políticament, però experts, i després retornar-ne les conclusions als polítics, per justificar si era el cas el seu desacord i proposar les esmenes que les fessin acceptables. Així es va fer, si més no, amb el Pacte Nacional per a la Recerca i la Innovació, d'èxit reconegut. Començar a l'inrevés, des de posicionaments polítics, sindicals i patronals, va vincular opinions a prejudicis, més difícilment reversibles des de les proposicions inicialment formulades per polítics i davant d'altres polítics. No ens podem ja fiar, doncs, d'un pacte nacional de salut —un cartutx cremat— que en qualsevol cas, tal com es va plantejar, era una missió impossible. Malgrat això, són del tot necessaris alguns canvis de direcció a l'actual dinàmica. Com diem, la LOSC, amb vint-i-cinc anys a les seves espatlles, s'hauria de repensar en clau d'una nova governança i ubicar correctament els òrgans de participació, consells de direcció i junta efectiva d'accionistes, de manera coherent al que suposa l'*iter* que va des del Govern (i Departament d'Economia, accionista), Departament de Salut (guia i direcció), CatSalut (cobertura de serveis) i proveïdors (propis i participats). En el cas concret dels ens participats, la intervenció pública ha de ser sens dubte de natura diferent a la dels propis, segons sigui la responsabilitat de la propietat en el supòsit de dificultat financera.

Són també notòries les mancances de clarificació d'un model que sembla ho empara tot, amb una discrecionalitat que qüestiona fins i tot la seva natura: varietats tipus Barnaclínic —o d'elements privats dintre d'organitzacions públiques—, concursos totalment oberts a la iniciativa privada a l'assistència primària i/o amb compres directes a l'assistència especialitzada; consorcis avui en mans d'una sola administració o fundacions —rebutjades en un cas i valorades en altres— enfront de societats mercantils, etcètera. Les incoherències i contradiccions del passat les va poder amagar un creixent finançament, mentre que la contenció/reducció present les fa emergir i les dotarà de transcendència política davant de l'opinió pública.

En favor d'una nova revisió

La història d'èxit del sistema sanitari català no l'hauria de poder arruïnar la necessitat de fer-ne crítica. El problema és que la visualització dels assoliments, feta des de la política o de les patronals del sector, no té credibilitat. No llueix així ni el propi esforç en el retre comptes fet avui amb les centrals de balanços i de resultats o del que puguin valorar organismes internacionals, si aquests es comuniquen per boca política. Cal pensar en donar sortida als valors del sistema per la banda de qui més credibilitat pot tenir: decisors clínics clau, professionals de prestigi, de la recerca, de l'acadèmia i dels usuaris, sense menystenir el

que poden representar les associacions en aquesta direcció, que hauria d'exigir per a bé de tots que el límit és la politiqueria sanitària i la contaminació de càrrecs polítics, que a molts nivells el sistema avui encara empara.

El criteri de representació segons el risc financer suportat no avala la presència de les administracions locals i d'altres fundacions ciutadanes a certs òrgans de govern. Altra cosa és dotar la representació amb sensibilitat local. Així mateix no s'entén què fan al consell de direcció de CatSalut sindicats i proveïdors. La via de descentralització de responsabilitats i transferència de riscos, on i quan sigui possible, ha de facilitar la creació de societats de gestió

dels propis professionals que són qui millor pot administrar la restricció pressupostària i afrontar raonablement les expectatives dels usuaris a efectes de racionalitzar les prestacions sanitàries d'una manera millor argumentada.

En aquestes hores extraordinàries, cal seguir pensant com dotar de continguts les estructures noves per al manteniment i millora del model sanitari català, pactar acords i desacords polítics i, des del sentit ciutadà, minimitzar les probabilitats que les circumstàncies ens portin als pitjors d'entre els resultats.