

IMAGINAR EL FUTURO DE LA SANIDAD

La Fundación Innovación Salud y Sociedad que dirige el Dr. J.J. Artells presentará la próxima semana en el Colegio de Médicos de Barcelona un nuevo Delphi sobre escenarios prospectivos de regeneración de nuestro sistema nacional de salud. Se añade esta publicación a los diversos frentes, muy activos (el Cercle de Salut, recientemente) en que se busca plantear el futuro de nuestra sanidad.

Como señala su director, en esta ocasión se presentan los resultados de una consulta predictiva acerca de las expectativas de transformación y respuesta del sistema público de salud ante los retos, consolidados y emergentes que se presentan en todos los sistemas sanitarios en el clima actual de incertidumbre, salida de la crisis económica y cambio acelerado de época en la política y la sociedad.

La consulta se realizó a 124 participantes en el intervalo de excepcionalidad política de 2016 – Gobierno en funciones, control parlamentario y actividad legislativa restringidos y reiteración de elecciones generales– en cuyo transcurso se mantuvo la imprecisión de las propuestas electorales sobre la recuperación del declive de la protección social y su capacidad para afrontar reformas y cambios reiteradamente argumentados y aplazados.

El informe ofrece predicciones normativas –de deseos y pronósticos– en un horizonte de cinco años, en términos de lo que el colectivo de panelistas desea que ocurra y de lo que cree realmente posible acontezca en relación a un conjunto de escenarios plausibles.

Se trata de una reflexión estratégica sobre la solvencia y el estancamiento de la sanidad pública para identificar los que en principio serían objetivos de cambio plausibles, anticipar obstáculos evitables y así orientar el impulso reformador.

Son ámbitos de la consulta los escenarios macroeconómicos y solvencia de la sanidad pública y las expectativas de cómo en ello vaya a incidir la salida de la crisis en temas de cobertura poblacional, cartera de servicios y financiación, tanto a nivel general como en el territorial compensatorio.

La transparencia y gobierno abierto de la información sanitaria desde la centralidad de las personas y contar con flexibilidad organizativa y de gestión para llevarlas a cabo, sobre la base de la continuidad asistencial, sin perder el foco de la salud pública, son instrumentos al alcance. Finalmente se incluyen también cuestiones ligadas a la revisión de la función gestora y las virtualidades y limitaciones de la colaboración público-privada.

Los resultados apuntan a escenarios dominantes mayormente inmovilistas, con una preocupación mayor por la inequidad territorial (nivelación del gasto sanitario autonómico, más de lo mismo) que por la personal, y a una financiación de las prestaciones del Sistema Nacional de Salud que se mantiene de modo poco selectivo desde una cierta asunción de que todo vale lo que cuesta.

Son dilemas recurrentes el de la función gestora, con un cierto envejecimiento de ideas, actitudes y aptitudes y una colaboración público-privada que se critica más desde el prejuicio ideológico que desde los datos de evaluaciones contrastadas. Las transformaciones mayormente disruptivas parecen proceder del gobierno abierto de datos sanitarios (la revolución del *big data* y las TIC en sanidad), el reconocimiento del imperativo intersticial que exige la salud pública (desde los impuestos sobre azucarados excesivos o los de la hostelería y el tabaco) y algo menos, aunque presiona fuertemente por el lado de la dependencia, en el campo de la integración asistencial de la protección sociosanitaria.

Desde la trastienda del análisis cabe preguntarse cuál es la causa de que panelistas expertos muestren tanta aceptación de lo que convendría hacer para mejorar la sostenibilidad y solvencia de nuestro sistema de salud y a la vez también tanto acuerdo de que ello no lo ven materializable en un horizonte cercano. Puede que la respuesta estribe en la manía de los consensos. Mover un sistema 'consolidado' por consenso es tan deseable como infactible y un gran argumento en favor del *status quo* para que nada cambie en los dispositivos asistenciales pese a que la sociedad no deje de cambiar. Los consensos de oasis, endogámicos frecuentemente, se consiguen siempre por elevación; un común múltiplo de intereses que se nutre de eufemismos y términos ambivalentes desde los que cada cual interpreta después lo que desea de los acuerdos supuestamente alcanzados y que se traducen desde la parálisis gestora en una sola dirección: el gastar más como llamada unísona y polivalente del sector. Muchos de nuestros expertos, desde estas posiciones saben que lo que debería hacerse a nivel *macro* ellos no lo van a llevar a la práctica a nivel *meso* intermedio o *micro*. Entre otras razones porque ello los significaría dentro de un cártel que pide que las cosas se hagan pero que sean otros los que las realicen. Donde lo que es colectivamente racional no se interioriza, por los costes de oportunidad aflorados en los ámbitos más cercanos, como racional a nivel individual.

Una estrategia alternativa sería trabajar desde un común denominador, *bottom up*, el máximo (no el mínimo común denominador como a menudo se dice y que es la unidad y no identifica por tanto nada útil). Dicho máximo denominador que en áreas de incidencia múltiple (economía, política, sociología, gestores, epidemiólogos, usuarios movilizados, analistas...) debiera buscar *clusters* compartidos potentes: qué es y qué no es privatización, qué es y qué

no es responsabilidad colectiva, dónde acaba la política y empieza la profesionalización, qué son y qué no son desigualdades de salud aceptables. Y desde estos acuerdos, no perder un minuto en reabrir debates que lo que hacen es distraer de las tareas pendientes que en cuanto requieren conocimiento son más complejas que la cháchara de analistas, gestores y profesionales metidos a políticos.

Guillem Lopez Casanovas

Univ. Pompeu Fabra