

Sistema sanitari: sempre la mateixa solució no és una solució

Vicente Ortún Rubio

Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES); Departament d'Economia i Empresa. Universitat Pompeu Fabra. Barcelona.

Joan M. V. Pons ens regala una altra de les seves profundes i originals anàlisis. Aquest cop, sobre els sistemes sanitaris, públic i privat, a Catalunya¹. Arrenca amb una documentada caracterització de l'evolució i situació de l'assegurament i la provisió, pública i privada, i destaca l'anomalia de les mutualitats de funcionaris i la concentració moderada de l'oferta privada. Segueix, després de referir-se als professionals en la pràctica privada, establint els problemes d'accessibilitat al sistema públic com el principal determinant de l'expansió de l'assegurament privat, on l'absència d'atenció primària i comunitària, així com la incorporació acrítica de tecnologia poden ser disfuncionals. Una altra raó per la que el Departament de Salut pot estar interessat en conèixer l'activitat i els resultats de l'assegurament i la provisió privada és poder-los comparar, ajustant-la, com calgui, amb la pública, tant per assegurar un impacte favorable en la salut de la població com per a informar-la. Comparar comparables facilita l'elecció tant de la població com de les organitzacions sanitàries, ja que només hi ha una forma de fer les coses: com les fa qui millor les fa. La competència per comparació en qualitat no necessita mercats, comença —com Joan M. V. Pons escriu— quan “la provisió privada de serveis sanitaris entri dins dels sistemes d'informació de què disposa el sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya (SIS-CAT), el conjunt mínim bàsic de dades (CMBD) (CMBD hospitalari amb els principals diagnòstics i procediments) i altres (CMBD d'atenció primària i urgències), garantint la qualitat de les dades i incorporant, especialment pel que fa a l'atenció hospitalària, la provisió sanitària privada a la Central de Resultats”.

L'article fa un resum molt acurat d'algunes comparacions entre el sistema públic i el privat. L'autor, coneixedor de la nostra història recent, com mostra l'esment a la derogació de la taxa sanitària a les entitats d'assegurança

lliure l'any 1997 (època Aznar-Pujol), conclou amb implicacions derivades de l'anàlisi prèvia. Sobre aquestes implicacions se centraran les línies que segueixen.

Necessitat i demanda

Normalment utilitzem el terme 'demanda' per referir-nos a la necessitat expressada en el benentès que un finançament públic permet atendre la necessitat clínica o sanitària. Aquest finançament públic arriba al 70% de la despesa sanitària a Catalunya, el 30% restant és finançament privat.

Existeix però, un concepte de demanda més acotat, econòmic, que defineix demanda com les quantitats d'un bé o servei que un consumidor està disposat a adquirir a diferents preus. Segons l'*Enquesta de Pressupostos Familiars 2023*, la despesa mitjana en sanitat de les persones situades al quintil més alt de la distribució de renda va ser de 1.122,15 €, xifra 8,34 cops més elevada que la despesa mitjana de les persones situades en el quintil inferior². Vol dir això que estan 8,34 cops més malats?

Bon sistema, mal pronòstic

Certament, el nostre percentatge de finançament públic és millorable, però no cal oblidar que el sistema sanitari espanyol obté uns resultats en les comparatives internacionals als que només estem acostumats en algun esport.

Efectivament, segons les dades de l'Institute for Health Metrics and Evaluation, relatives a la mortalitat innecessàriament prematura, i sanitàriament o clínica evitables (la mesura que millor reflecteix els resultats d'un sistema sanitari i que, a més, s'ajusta a les diferents incidències de riscos que no són responsabilitat sanitària o clínica), Espanya destaca al món. Segons dades publicades a *The Lancet*³, el 2019 ocupàvem la sisena posició mundial, per darrera de Suïssa, Suècia, Noruega, Austràlia i Finlàndia. Amb dades de 2019, publicades l'any 2022⁴, passarem a la novena posició mundial per darrera dels ja esmentats més Holanda, Canadà i Irlanda (també més petits que Espanya) i per davant d'Itàlia, França, Alemanya, Estats Units d'Amèrica (EUA), etc. Quin és llavors el problema? El que senyala Joan M. V. Pons: no votaran per pagar els impostos necessaris pel manteniment de l'estat del benestar els qui no utilitzen les seves prestacions, fonamentalment les intenses en treball com la sanitat, educació, serveis socials i dependència. Mal pronòstic si no se soluciona la burocratització esclerosant i la politització.

Correspondència: Vicente Ortún Rubio
C/ Ramon Trias Fargas, 25, despatx 20.208.
08005 Barcelona
Tel. 935 422 728
Adreça electrònica: vicente.ortun@upf.edu

Desburocratització: gestió

Una gestió àgil i resolutiva és possible, com es va demostrar durant la pandèmia gràcies als estats d'alarma. La qualitat de la gestió —això de coordinar i motivar les persones per tal d'assolir els objectius d'una organització— no únicament se sap mesurar (*World Management Survey*) sinó que explica un terç de les diferències de productivitat entre països; aquesta productivitat, que a Espanya baixa des de començaments de segle, a diferència del que succeeix al món —excepte que el nostre món sigui per sempre el del *Mezzogiorno* europeu o el de la família legal francesa (amb Itàlia i Amèrica del Sud). La història condiona, crea una dependència de senda, però no determina a perpetuïtat. Suècia no ha estat tota la vida socialdemòcrata i alguna vegada la imposició ha estat progressiva als EUA.

Cal tant un mercat competitiu com un millor estat (no més estat) per abordar els tres problemes més importants als que s'enfronta la humanitat⁵: 1) Un planeta malalt, incompatible amb el benestar humà. 2) La conciliació del capitalisme, únic sistema existent, el govern d'uns quants, amb democràcia, el govern de tots, per tal que el terme capitalisme democràtic no sigui un oxímoron. La prosperitat compartida no deriva automàticament del canvi tecnològic, que sovint ha concentrat beneficis en unes poques mans. Cal canalitzar, per exemple, la intel·ligència artificial perquè complementi les habilitats dels humans —en lloc de substituir-les. 3) La desigualtat creixent des de la dècada de 1980, esmentada per Joan M. V. Pons, amenaça la democràcia, el creixement i el benestar. Aquesta conquesta de la humanitat, anomenada estat del benestar, té a Espanya la sanitat com a far.

La gestió pública sanitària a Espanya pot ser directa o indirecta; aquesta darrera, clarament en recessió i reduïda a Catalunya (fundacions, consorcis, entitats de base associativa [EBA]). La gestió privada amb finançament públic planteja problemes a la sanitat quan la finalitat és lucrativa, quelcom admès a les indústries biofarmacèutiques i d'equipament, però creadora de problemes en la mesura que la seva mètrica és la del retorn en recursos propis, no necessàriament alineat amb quantitat i qualitat de vida. La gestió privada sense finalitat lucrativa, en canvi, és la forma organitzativa sanitària modal al món.

Recursos humans en sanitat, un exemple de gestió lamentable

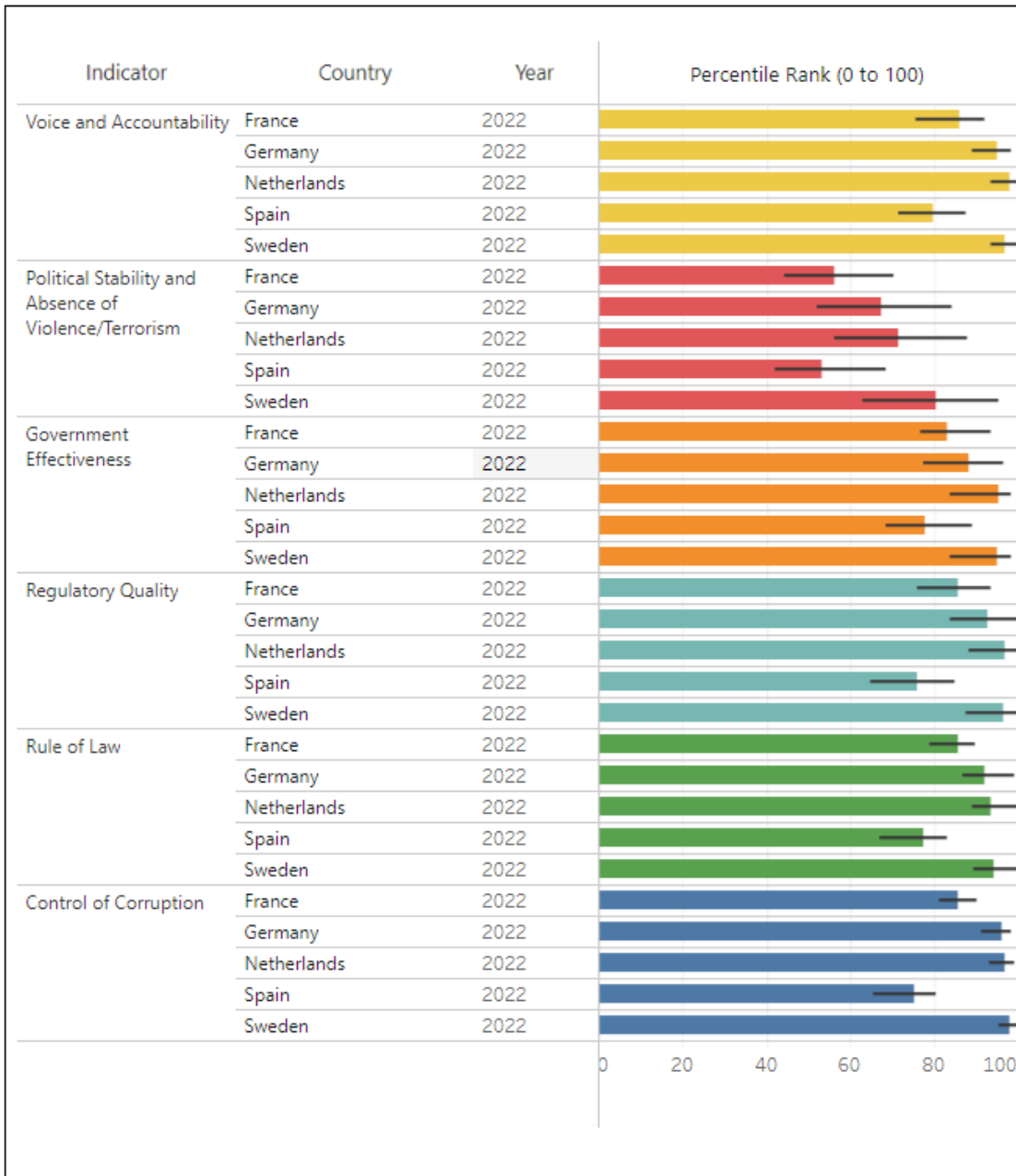
No hi ha cap dubte sobre la centralitat dels recursos humans (RH) en sanitat. Convé que siguin adequadament seleccionats, reclutats, retinguts, avaluats i incentivats en condicions d'igualtat, mèrit i capacitat. Res d'això està succeint; un símptoma pot ser que la prevalença de la síndrome d'esgotament professional (*burnout*) a Espanya,

que afecta un de cada quatre metges (entre el 15% i el 51% segons s'inclouin les tres dimensions del *Maslach Burnout Inventory* o se'n consideri només una⁶).

Com documenta Ricard Meneu⁷, l'administració —no es pot parlar de gestió— dels RH està delimitada per l'Estatut Marc i les seves normes i sentències de desenvolupament. Es tracta d'un instrument inadequat, com mostren resultats com ara el 50% de temporalitat o per incomplir les raons que justifiquen la seva existència: “que el seu règim jurídic s'adapti a les especials característiques de l'exercici de les professions sanitàries, així com a les peculiaritats organitzatives del Sistema Nacional de Salut”. Meneu⁷ recorda també que les seleccions de places es fan per ordre en la qualificació del procés concursal: s'elegeix entre totes les ofertes l'aspirant amb major puntuació i s'accepten els altres successivament segons l'ordre que van quedant. Pel que fa a la selecció segons l'aptitud per a determinades places, els processos selectius són més que cecs. Un dels ítems de més pes és el temps treballat: fins a gairebé 20 anys, mèrit merament dependent de l'edat i dels atzars de contractació; després, un 20% del màxim d'aquesta puntuació realment determinant se sol atorgar per certificat de l'idioma local, un altre 20% per doctorat, un 13% addicional per especialitat diferent de la que es concursa i un 7% per cada curs de 100 hores finançat i impartit per l'escola de formació del servei de salut (a despit dels seus continguts), etc. No és estrany que el sistema vigent fos definit per la Comissió Parlamentària per a la Reconstrucció Social i Econòmica com un “sistema de dilatats i conflictius concursos-oposicions massius i de periodicitat erràtica, amb correlat d'ocupació precària i arbitrarietat local a les cobertures temporals”.

Pel que fa a avaluació i incentivació, tampoc funciona la gestió pública directa tal com analitzen J. R. Repullo i J. M. Freire⁸: les retribucions variables en el model retributiu estatutari del Sistema Nacional de Salut no estan vinculades al bon exercici, sinó a compensar funcions i activitats complementàries. La cultura igualitària i la feblesa en la gestió autònoma i professionalitzada han desnaturalitzat o anul·lat les temptatives d'incentivació per l'exercici. L'escassa incentivació fa que la pràctica privada i els conflictes d'interès puguin erosionar la fidelització i dedicació dels professionals.

Quedaria l'esperança que sota la gestió pública indirecta, la de fundacions, consorcis i EBA —pràcticament reduïda a Catalunya—, permetés una gestió de sentit comú dels RH. Tampoc és així. La legislació bàsica introduïda en successives lleis d'acompanyament dels pressupostos —que afecta tot el personal— ha anat retallant aquestes capacitats tal com O. Pané i P. Gomar escriuen⁹.



Font: *Worldwide Governance Indicators*¹⁰. Aquesta figura mostra el rang percentil del país en cada indicador governamental. La classificació percentil indica el percentatge de països del món que tenen una taxa per sota del país seleccionat.

FIGURA 1. Indicadors mundials de qualitat de governança l'any 2022

Despolitització: governança

La governança es pot definir a grans trets com el conjunt de tradicions i institucions per les quals s'exerceix l'autoritat en un país. Això inclou el procés pel qual els governs són seleccionats, supervisats i substituïts; la capacitat del govern per formular i implementar polítiques sòlides de manera eficaç; i el respecte dels ciutadans i de l'estat per les institucions que regeixen l'economia, així com les interaccions socials entre ells. Els *Worldwide Governance Indicators*¹⁰ (Figura 1) mesuren sis grans dimensions de la governança: veu i responsabilitat, estabilitat política i absència de violència/terrorisme, efectivitat del govern, qualitat reguladora, estat de dret i control de la corrupció.

Una millor gestió pública requereix d'una millor política. Els directius, per exemple, no poder ser nomenaments polítics. No serà fàcil: en uns moments en què, com hem vist, cal un millor estat, per a alguns, la gestió pública és un oxímoron i, per a d'altres, fora del funcionariat no hi ha salvació. Mal assumpte. Està molt bé basar-se en la imparcialitat del dret, però cal fer-ho també en la gestió (efectivitat, eficiència) pública i privada.

Cada cop resulta més urgent la reforma, sempre pendent, de l'Administració pública. Alejandro Nieto, des de fa dècades, i Carl Dahlstron i Víctor Lapuente, més recentment, ho han argumentat amb molta claredat. Existeixen captures —polítiques, sindicals, corporatives— amb les que cal bregar; com sempre, radicalisme selectiu —evitar coalicions de bloqueig actuant sobre un front clau i reduït per generalitzar les innovacions que funcionin per difusió— i aliances. Per exemple, si és clar que convé canviar el perfil dels nous empleats públics, qui millor que els cossos d'elit per col·laborar en l'afany? Recordem que sempre hi ha el *grandfathering*: les noves regles s'apliquen a futur.

Què es pot fer?

Sanitat pública i sanitat privada, especialment sense finalitat lucrativa, poden complementar-se sota la transparència dels resultats que demana Joan M. V. Pons, sempre que no ens resignem al pronòstic d'estat de benestar per a pobres, tot respectant les decisions de despesa dels usuaris i les preferències dels governants escollits democràticament. Subscriu el que Joan M. V. Pons diu en aquest epígraf, afegint la desburocratització i despolitització analitzada en aquest article. Certament difícil, però, a vegades, per força els penen, i Europa i les circumstàncies internacionals obliguen. Revertir la tendència cap a un pobre sistema sanitari suposa acceptar que un servidor públic no sempre cal que sigui un funcionari públic; la personalitat pròpia de les organitzacions sanitàries, amb autonomia i responsabilitat, fa que puguin funcionar amb un sistema de competència per comparació en qualitat. Es tracta d'anivellar el terreny de joc, de compartir les potes del trípod de organitzatiu: objectius públicament establerts, incentius i

avaluació/rendició de comptes. La legalitat obliga tothom, però també l'efectivitat, especialment quan aquesta és la diferència en la salut que aconseguix la ciutadania.

El sistema sanitari, la joia del país —gràcies en gran part a la qualitat dels seus RH—, no tan sols mereix que les seves potencialitats siguin alliberades, sinó que pot liderar l'imprescindible augment de la capacitat resolutiva, que assegura el seu impacte en el benestar social, així com plasmar en propietat intel·lectual la seva capacitat investigadora i innovadora amb el conseqüent impacte en la millora de la productivitat.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Pons JM V. La difícil convivència entre els sistemes sanitaris públic i privat a Catalunya. *Annals de Medicina*. 2024;107: 146-153.
2. INE. Nivel, calidad y condiciones de vida. Encuesta de presupuestos familiares 2023. Consultable a: https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=49144#_tabs-tabla. Accés el 28 de setembre de 2024.
3. GBD 2015 Healthcare Access and Quality Collaborators. Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990-2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2017 Jul 15;390(10091):231-66.
4. GBD 2019 Healthcare Access and Quality Collaborators. Assessing performance of the Healthcare Access and Quality Index, overall and by select age groups, for 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Glob Health*. 2022 Dec;10(12):e1715-43.
5. Negrín MA, Ortún V. Gestión de recursos humanos en sanidad. Vías de avance consensuables. Informe SESPAS 2024. *Gac Sanit*. 2024;38 Suppl 1:102394. Consultable a: <https://www.gacetasanitaria.org/es-gestion-recursos-humanos-sanidad-vias-articulo-S0213911124000414>. Accés el 28 de setembre de 2024.
6. Pujol-de Castro A, Valerio-Rao G, Vaquero-Cepeda P, Catalá-López F. Prevalencia del síndrome de *burnout* en médicos que trabajan en España: revisión sistemática y metaanálisis. *Gac Sanit*. 2024 Apr 2; S0213-9111(24)00031-1. Consultable a: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2024.102384>. Accés el 28 de setembre de 2024.
7. Meneu R. Reclutamiento, selección y retención de profesionales en servicios de salud de gestión directa. Informe SESPAS 2024. *Gac Sanit*. 2024;38 Supl 1:102381. Consultable a: <https://www.gacetasanitaria.org/es-pdf-S0213911124000281>. Accés el 28 de setembre de 2024.
8. Repullo Labrador JR, Freire Campo JM. Evaluación del rendimiento y compensación en centros sanitarios de gestión directa. Parte 2: el Sistema Nacional de Salud. Informe SESPAS 2024. *Gac Sanit*. 2024;38 Supl 1:102368. Consultable a: <https://www.gacetasanitaria.org/es-evaluacion-del-rendimiento-compensacion-centros-articulo-S0213911124000153>. Accés el 28 de setembre de 2024.
9. Pané Mena O, Gomar Sánchez P. Captación, selección y retención de profesionales sanitarios en entidades de gestión indirecta y de gestión privada. Informe SESPAS 2024. *Gac Sanit*. 2024;38 Supl 1:102392. Consultable a: <https://www.gacetasanitaria.org/es-captacion-seleccion-retencion-profesionales-sanitarios-articulo-S0213911124000396>. Accés el 28 de setembre de 2024.
10. Kaufmann D, Kraay A. *Worldwide Governance Indicators*, 2023 Update. Consultable a: www.govindicators.org. Accés el 31 d'octubre de 2024.