

---

## Els reptes del finançament de la sanitat del futur

G. López Casasnovas

---

*(Reproduïm a continuació la lliçó magistral pronunciada pel Professor López Casasnovas en la sessió solemne commemorativa del 175 aniversari de la fundació de la Reial Acadèmia)*

Per tractar, els reptes del finançament de la sanitat del futur, voldria referir-me a dos paràmetres bàsics: el del valor de la salut i el de l'exigència social d'una major efectivitat en la utilització dels recursos per assolir-la. Aquesta és una tasca ingent, vista la importància de la salut en el benestar individual, la quantia de recursos de tot tipus, humans i materials, que la societat hi dedica, i les pressions que diferents factors exerceixen en el seu creixement.

Per aquesta tasca, i contràriament al que hom acostuma de creure -de vegades prou interessadament-, economistes i professionals de la salut anam embarcats en la mateixa nau. M'agrada pensar que metges i economistes de la salut, som a la mateixa vorera, al mateix bàndol. I és que, també al contrari del que alguns suposen, ni els economistes poden mirar només el cost de les prestacions sanitàries (i els recursos financers per sufragar-les), ni els professionals de la sanitat poden confinar el seu interès en els beneficis diagnòstics i terapèutics de la seva activitat. Ajudar a generar aquest canvi de percepcions és el primer repte que la nostra sanitat ha de fer front per a facilitar el consens polític i social que permeti garantir la sostenibilitat financera del nostre sistema de salut. Sense aquesta exigència de cost-efectivitat resulta molt difícil trobar les complicitats adients.

Una de les primeres lliçons que aprenem els economistes és que no es poden fer les coses bé -sense malbaratament, assignant els recursos amb sentit comú, de manera racional-, si no es posen en harmonia els objectius de l'activitat i els costos (la restricció pressupostària de què es disposa, per ser més concrets). L'equilibri entre ambdós pols es troba o bé quan l'objectiu s'assoleix amb el menor cost (amb el més baix sacrifici de tot tipus de recursos), o bé quan

a partir d'uns recursos predeterminats (els socialment factibles), i donat que "hem de fer" (l'increment d'activitat és necessària), assolim el màxim resultat possible. Per tant, sense vincular recursos i resultats no hi pot haver eficiència.

Val la pena per això remarcar que entenem per eficiència el compliment d'un objectiu ben definit; objectiu que sovint, en el cas d'una política pública, incorpora continguts d'equitat, de manera que no tot val per tal de minimitzar pretesament el cost sanitari: cal preservar en l'esforç de la racionalització l'objectiu socialment establert. Que no llancem el fillet amb el canvi de l'aigua!

Per tot això, igual que noltros els economistes de la salut, vostès també necessiten mirar-se en ambdós miralls quan fan el seu jurament hipocràtic: en el dels resultats de salut i en el dels costos. Els costos, entesos en sentit ample, representen el sacrifici que la societat fa per obtenir aquells resultats. Per tal d'aconseguir-los, dedicarem diners dels contribuents, temps dels usuaris, fins i tot potser la seva angoixa i sofriment com a pacients en el moment d'utilitzar els serveis sanitaris. Molts d'aquests recursos, diguem-ho clar, els "gestionen" els professionals en la seva pràctica, amb la prioritització més o menys explícita amb què l'exerceixen en les seues decisions clíniques quotidianes. Una determinada interpretació del jurament hipocràtic a favor del malalt no els pot dur a engany.

Els professionals sanitaris tampoc no poden fer "allò que faci falta" per al seu pacient sense atendre a consideracions de cost. Vostès necessiten, com tothom que administra recursos escassos, tenir un ull als costos d'oportunitat del que fan, a les alternatives perdudes per mor de no dedicar el seu temps i esforç allà on més se'ls necessita. No fer cas a aquest principi de sentit comú (tots ho feïm en les nostres coses) seria un comportament més fanàtic que ètic per molt que semblàs el contrari!.

Deixin-me que ho digui d'aquesta altra manera: Els nostres coneixements, malgrat que flueixen d'eixos diferents, son assímptotes a la coordinada de la salut.

De manera que, contràriament als tòpics absurds (segons els quals l'economista miraria sempre 'la pela' i el metge la salut), la meua i la seua feina s'assemblen molt. Ambdues cerquen treure la màxima partida possible dels recursos que la societat posa a l'abast del dispositiu assistencial; vostès treballen per alleugerir el dolor i nosaltres per alleugerir els efectes l'escassetat. I el benefici del que feim només serà màxim si sabem aplicar els recursos amb rigor, sense malbaratament.

Sens dubte, resultaria més fàcil ignorar l'escassetat a favor de "gastar més" i complaure les parts presents. Com si el fet de saber en què es gasten i d'on procedeixen els recursos no importàs gens!.. Si aquest era el propòsit, els he de dir que s'han equivocat amb la invitació a estar aquí avui vespre. El meu discurs no és de complaença. La restricció pressupostària sobre la despesa sanitària és resultat d'una legítima decisió social, no el resultat d'una avaluació tècnica. Però la decisió social ha de ser informada sense trampes. També, si se'm permet, els he de dir que no som dels qui considerin que la millora de la gestió sigui "la" solució.

La millora de la gestió no és una opció, sinó una exigència de qualsevol utilització dels recursos públics, d'higiene en tot temps i lloc. Si el motor perd gasolina, el remei no potser per sempre omplir el dipòsit més sovint. La millora de la gestió no és una 'alternativa' conjuntural: és una obligació permanent. La bona medicina és la "cost-efectiva". La qualitat assistencial no requereix "despilfarrament" o malversació. I etc. Em sembla, senyores i senyors, que aquest és el perfil de l'acadèmic que avui els parla.

Es tracta així que puguem comparar el valor de la millor salut assolida –en la part que pugui correspondre a l'assistència mèdica– amb els costos que els serveis sanitaris generen. Aquesta òptica ens ha de permetre contemplar el sector sanitari no tant sols per la despesa que genera, sinó en relació a quin benestar crea.

Per açò, cal seguir un determinat ìter metodològic per aplicar-lo a la realitat analitzada: Voldrem així valorar els efectes de la despesa sanitària sobre (i) l'esperança de vida a cada edat, (ii) la prevalença de les condicions adverses per a aquells que 'sobreviuen' dintre de cada cohort i (iii) la qualitat de vida, condicionada a patir una determinada condició adversa, de la que la població disfruta.

Si fem aquest exercici a dos moments diferents en el temps, podem en conseqüència valorar si, en el període analitzat, el guany enregistat supera amb escreix o no l'augment de costos associats a l'assis-

tència sanitària, comptabilitzats en els seus diferents aspectes abans comentats.

En aquest context, la pregunta del valor que afegeix el sector podria il·lustrar-se de la manera següent: Si tenim avui un nèt, quant estariem preparats a valorar (a pagar) socialment (en conjunt) el fet de poder fruit de la tecnologia que aquest fillet disposarà, més enllà de la que vam fruit nosaltres en néixer, posem que ara en faci ja cinquanta anys?

En conseqüència, la pregunta més rellevant per tal de definir una política sanitària pública coherent cara a la futura sostenibilitat dels sistemes sanitaris és: com podem dissenyar un sistema d'assistència que manté millores valuoses –en termes de salut –, com a resultat de la tecnologia mèdica disponible, i que alhora treballa per reduir l'assistència d'un menor valor. I açò sempre mantenint una visió ampla de les estratègies de salut (també intersectorials), de manera constant i independent dels problemes conjunturals de cost financer, els quals acostumen a afectar sovint perversament els costos de demà, atesos els pressuposts d'avui. Per tant, abans d'afirmar que la resposta als problemes d'organització, finançament i gestió dels recursos sanitaris és la correcta, ens hauré d'assegurar que ho és la pròpia pregunta formulada en primer lloc!

En qualsevol cas, és de sentit comú pensar que el valor que intentam calcular no pot considerar-se únicament per la major supervivència de què la societat avui disposa, sinó per la qualitat també amb què aquesta supervivència es viu. La qualitat es relaciona amb la reducció de l'angoixa que una espera, posem per cas, provoca; del temps que va entre l'aparició d'un símptoma i l'accés al dispositiu assistencial, entre aquest i la sol·lució del problema.

La qualitat es relaciona amb la preocupació per la disminució del sofriment, amb un tractament personal amb més caliu, amb la reducció del dany (també incomoditat) derivat d'una teràpia concreta gràcies a una determinada millora, amb el dolor disminuït per una cura pal·liativa sensible, amb la possibilitat de retornar a exercir les activitats normals de la vida amb prestesa, millorant un problema de mobilitat incapacitant, de dependència funcional, etc., tot i l'existència d'un context social, familiar i laboral determinat. Aquesta valoració, en tot o en part, es pot escalar en un índex sintètic. No entrarem ara en el detall, però el numerari 'anys de vida ajustats per qualitat' o QALYs en terminologia anglosaxona, o els indicadors de càrrega (personal i social) de la malaltia, poden servir d'il·lustració.

La segona gran àrea de preocupació repte per a la sostenibilitat financera del nostre sistema sanitari, és el de la reassignació de responsabilitats de cadascun dels agents que hi intervé: polítics, ciutadans i professionals. Val la pena començar a pensar en els ingredients que ens aporta el nou canvi de paradigma. Part d'aquest debat pot tenir a veure amb el fet d'establir si el nou 'utilitarisme' en sanitat s'ha de finançar o no de la mateixa manera que les prestacions més bàsiques del passat, vista la diferent línia argumental per fonamentar una solidaritat comunitària.

Té sentit, posem per cas, considerar a la prescripció co-finançada amb diners públics la píndola del dia després, les teràpies anti-stress, els tractaments de la calvície, alguns medicaments de baix cost-efectivitat (i fins i tot de la seva efectivitat atès el seu reduït valor terapèutic), els fàrmacs d'estil de vida, el confort hotel·ler, etc.?

Al meu entendre, el problema clau per fer front al futur del nostre sistema sanitari rau a saber com "des-enrocar" aquest, en el seu funcionament ordinari, de la idea d'universalitat de les prestacions, entesa com a uniforme i gratuïta. M'estic referint al propòsit de trencar la fútil idea del 'tot per a tots de la millor qualitat'.

Per a aquest propòsit, resulta extremadament difícil avançar en les reformes necessàries si el nostre sistema sanitari continua "enrocat" en la dinàmica que ofereixen avui els serveis nacionals de salut. Serveis, com si d'un servei administratiu més es tractés, nacional, amb pretensió uniformista, i de salut, com a postulat que no sempre es tradueix en la millor integració d'objectius finals i prestació de serveis, ni en una bona intersectorialitat entre les polítiques del sector sanitari i les de la resta de sectors econòmics i socials.

És probable que en el futur l'abordatge dels problemes de salut requereixi una concepció més de sistema d'assegurament social. Sistema, perquè l'engra-

natge d'objectius finals i serveis assistencials, entre agents públics i privats, i entre diferents agents públics, legitimats políticament sobre el territori, hagi de ser més gran i el seu èxit, crucial. D'assegurament, perquè és indefugible la idea de concreció de cobertura assistencial i limitació selectiva de prestacions. Social, perquè continuarà previsiblement la solidaritat implícita al sistema de finançament, la tutela en la cobertura de tota o part de la població, i una integració més propera de les necessitats sociosanitàries de la població.

Deim que el sector sanitari pot quedar fàcilment enrocat, vistes les mateixes arrels de l'universalisme (beneficis que s'acostumen a presentar com a necessaris per a tothom), la marca "a curt termini" que tenen les polítiques sanitàries, la qual cosa no afavoreix gens els canvis, vist el corporativisme dels interessos presents al statu quo actual, i la utilització sovint de la sanitat com a arma política electoral.

En aquestes transformacions, el finançament, públic i privat, ha d'actuar com a deslliurador d'entrebancs però mai com un pretext per la inacció. Especialment a Les Illes, que mostren un registre particularment dolent en el finançament autonòmic, amb xifres inexplicablement baixes ja no tant sols pel que fa a la població relativa de fet, sinó de la de dret també, i no diguem ja del que seria la compensació pels problemes de doble insularitat que pateixen les illes. Però aquest és un problema de negociació política que aquí ens supera i del que no cal sinó demanar un màxim consens per a la seva sol·lució en un moment crucial com serà el del desplegament del nostre futur estatut d'autonomia. Però permetin-me recordar que 'mai no fa bon vent per aquell qui no sap a on va'. Més finançament, sí, però canvis en la provisió sanitària també. Transformacions en el paper dels agents claus del sistema, no havent-hi millor manera de guanyar la complicitat de la ciutadania sobre les virtuts d'un sistema sanitari sostenible que remarcant en tot lloc i moment el valor de la salut i el cost efectivitat de les prestacions al seu càrrec.