

## LES RETALLADES A LA SANITAT, LA SALUT I LA POLÍTICA

Andreu Segura<sup>1</sup>

*Metge de salut pública*

*Àrea de Salut Pública de l'Institut d'Estudis de la Salut*

*Professor associat del Departament de Ciències Experimentals i de la Salut de la Universitat Pompeu Fabra*

L'any 2011 el pressupost de la sanitat pública catalana ha experimentat una reducció inusualment elevada, les causes de la qual són objecte de debat. Malgrat desconèixer l'entrellat de les forces polítiques implicades, les seves relacions i els seus interessos, convé una anàlisi —com menys especulativa millor— que ens proporcioni elements per esbrinar quines conseqüències podem esperar, com poden minimitzar-se els efectes negatius de les retallades i si és factible, fins i tot, aprofitar l'oportunitat per disminuir el consum inapropiat i la iatrogènia, problemes que pateix el nostre sistema sanitari, altrament considerat prou eficient i equitatiu.

71

### INTRODUCCIÓ

En restringir la despesa dedicada a un sector de l'activitat econòmica o social tenim tendència a pensar que les conseqüències seran forçosament negatives.<sup>2</sup> Encara més si el sector afectat és el sanitari, atesa la valoració que acostumen a merèixer les qüestions relacionades amb la salut. Encara que la salut no depengui només de la influència de la sanitat. Això no obstant, la sensació de desemparament que provoca imaginar el fet de no tenir accés a l'atenció sanitària quan cal és molt poderosa.

---

1. La Secretaria General del Departament de Salut m'ha facilitat la versió documental de les dades de la presentació pública que se cita. Jaume Puig i Bea González han autoritzat l'ús de les figures que es reproduïxen. Genoveva Barba, Pere Ibern, Guillem López, Ricard Meneu, Vicente Ortún, Joan M. V. Pons i Helena Ris van detectar errors i malentesos en versions anteriors. Agraïxo la seva generositat, amb la qual el text ha millorat, les deficiències del qual, òbviament, no els són atribuïbles.

2. Si més no segons la retòrica del moment, malgrat que a tots els processos convisquin activitats de construcció i de destrucció, segons que deia Shumpeter, com em recorda l'amic Pere Ibern. Però sembla que el model actual de la nostra societat està basat en el creixement econòmic, que no vol dir forçosament desenvolupament dels mercats, com diu Deirdre McCloskey (McCloskey, 2010).

Si no hi ha recursos a mà, es podrien demanar prestats, per a la qual cosa cal trobar qui te'ls deixi, i, en aquest cas, endeutar-te. És clar que un altre plantejament és deixar de fer algunes de les coses que fas; limitar la despesa. El que passa és que si no hi ha qui te'ls deixi, l'única alternativa és retallar. Així doncs, l'aparent dilema entre reduir el dèficit o recórrer al crèdit per no paralitzar l'activitat econòmica no sembla real. Una altra cosa és què seria el més adient en cas que fos possible.<sup>3</sup>

Com que la despesa sanitària és la més important, és impossible mantenir-la sense afectació greu d'altres despeses, incloses les que tenen una influència directa sobre el benestar. Una qüestió que convé tenir present davant de les reclamacions per evitar les retallades sanitàries. Reivindicacions que, altrament, semblen ben lògiques si tenim en compte la premissa inicial —que les restriccions són percebudes com a pèrdues— i, en el cas de la sanitat, si creiem que les necessitats (o si més no les demandes) tendeixen a l'infinit.

Habitualment la gent del sector sanitari, professionals i treballadors, però també les institucions proveïdores (administracions, empreses públiques, consorcis, fundacions i empreses mercantils), reacciona negativament a les retallades sanitàries. Òbviament, veu en perill els seus interessos (fins i tot l'autor, ja que és funcionari de l'Administració pública de salut). I, com és lògic, els defensa. Perquè es tracta, en la majoria dels casos, d'interessos ben legítims. Una altra cosa és si aquests interessos es poden identificar amb els del conjunt de la població o, per ser més precisos, fins a quin punt són coincidents, atès que l'activitat dels agents sanitaris respon, o hauria de respondre, a les necessitats i interessos de la població. Encara que podria ser que no.

Sense compartir la crítica d'Illich (1975), per a qui els interessos del sector sanitari són oposats als de la població, a la qual els sanitaris exproprien la salut i la malaltia, pot ser que no siguin del tot coincidents i fins i tot en algun cas puguin entrar en conflicte. La crisi podria ser també una oportunitat per racionalitzar alguns aspectes manifestament millorables de la sanitat pública catalana, com els ja esmentats: el consumisme —que s'esdevé a la vegada que hi ha dèficits d'utilització— i la iatrogènia, que, convé destacar-ho, són comuns als de molts sistemes sanitaris dels països més rics.

---

3. Parteixo de la base que el Govern de Catalunya no disposa de diners per fer front al grau de despesa que ha anat mantenint fins a l'actualitat i que no li és factible recórrer al préstec o a l'endeutament; potser perquè realment no ho vol, encara que si volgués potser no li ho deixarien fer. Sí que sembla que, malgrat la proposta electoral contrària dels partits del Govern, l'excepcionalitat de la situació justificaria una altra política fiscal, tot i les dificultats pràctiques per fer efectiva la disminució del frau fiscal actual o les eventuals conseqüències negatives en un marc espanyol de poca solidaritat fiscal.

Però, naturalment, les retallades comporten conseqüències negatives sobre la salut dels catalans i fins i tot podrien tenir repercussions quant a altres influències benèfiques que s'atribueixen als sistemes sanitaris públics, com ara la cohesió social. Caldria, en aquest cas, distingir la política sanitària de les altres polítiques de benestar amb les quals la sanitat competeix pels recursos disponibles.

Moltes de les crítiques a les retallades acusen el Govern d'aprofitar l'avi-mentesa per incrementar la privatització, si no és que està accentuant interes-sadament les dificultats per facilitar la seva suposada política oculta de des-trucció dels guanys socialdemòcrates dels darrers anys. A mi no m'ho sembla, però segurament sóc un illús. En qualsevol cas es tracta de judicis d'inten-cions que convindrà contrastar empíricament.<sup>4</sup>

## L'ABAST DE LES RETALLADES

La catalana ha estat de les primeres administracions sanitàries públiques espanyoles a aplicar retallades econòmiques més enllà de les reduccions en el pressupost de farmàcia extrahospitalària<sup>5</sup> que s'han anat adoptant els darrers anys per part del sistema nacional de salut globalment. Restriccions que són una conseqüència ineludible de la precarietat de les finances autonòmiques, perquè la sanitat és la que comporta la despesa sectorial més elevada, fins a un 38,61 %, segons fonts del Departament de Salut.

Com mostra la taula 1, dels 9.875,81 milions d'euros del 2010 hem passat als 9.188,61 del 2011. És a dir, una reducció nominal del 6,96 %. Però com que en realitat l'any 2010 es va gastar més del previst, la reducció real ha estat d'un 10 %; ja que s'ha hagut d'afrontar rigorosament la situació financera. Una disminució d'aquesta magnitud i tan sobtada és impossible fer-la sense distorsions funcionals notòries. Encara que, en paraules de la Secretaria General del Departament de Salut, s'ha intentat que repercutís amb menor intensitat en els serveis als ciutadans, de manera que l'afectació a l'estructura administrativa

4. Els judicis d'intencions òbviament són objecte de potencials biaixos d'interpretació, habituals en la confrontació política o ideològica, i no s'acostumen a modificar davant de les afirmacions dels adversaris, ni que siguin desmentiments explícits.

5. I que a Catalunya havien reduït els costos ja fa uns anys. Crida l'atenció, però, que la iniciativa del Govern autonòmic gallec del PP d'exigir requisits complementaris perquè determinats medicaments no fossin prescrits automàticament —per cert una de les comunitats amb més despesa farmacèutica— va merèixer la reprovació del Govern espanyol del PSOE. Aquests dies el Govern, ara del PP, critica les mesures per a la contenció d'aquesta despesa de la Junta d'Andalusia. Sembla que els interessos partidistes van per davant dels del país.

ha estat més intensa, perquè el pressupost per a aquestes activitats s'ha quedat en tres quartes parts del de l'exercici econòmic anterior —disminució del 25,9 %—; mentre que la reducció ha estat d'una cinquena part —minva del 20,2 %— en el capítol d'inversions; d'una mica més d'una desena part del que pertoca en despesa farmacèutica en receptes —l'11,3 %—, i d'un 7,5 % en els serveis sanitaris explícitament (Fernández, 2012).

TAULA 1. Evolució dels pressupostos 2010/2011 (en milions d'euros). Departament de Salut, CatSalut, Institut Català de la Salut

	2010	2011	Percentatge de variació
Departament de Salut (incloses les transferències)	9.709,39	9.127,91	-5,99
Departament de Salut	232,00	197,46	-14,89
CatSalut	9.547,81	8.931,14	-6,46
Institut Català de la Salut	2.915,51	2.771,34	-4,94
Consolidat Departament de Salut, CatSalut, Institut Català de la Salut	9.875,81	9.188,61	-6,96

Font: CatSalut. Presentació dels pressupostos 2011.

Encara que la davallada relativa quant als serveis sigui més petita, l'impacte directe immediat és més perceptible, i a més cal comptar amb l'impacte indirecte de les altres reduccions. Per exemple, el malestar de treballadors i professionals que, més o menys modulats per la professionalitat i deontologia, pot tenir conseqüències sobre els serveis prestats.

Tot i l'esforç per limitar els efectes sobre els usuaris, la reducció del 7,5 % sobre els serveis ha estat generalitzada, i com que les circumstàncies —necessitats, recursos i possibilitats— dels proveïdors no són equivalents, les conseqüències també seran diverses, amb una afectació de l'equitat que no sembla que l'autonomia dels proveïdors a l'hora de materialitzar els efectes de la retallada pressupostària pugui neutralitzar.<sup>6</sup>

Més enllà de la generalitat de la crisi, els arguments governamentals són de dues menes. D'una banda, l'herència rebuda del tripartit, i de l'altra, l'espòli tributari espanyol. Pel que fa a la primera, la coalició que dona suport al Govern estima el dèficit sanitari en 835 milions d'euros en factures pendents de pagament i 125 milions més en compromisos per a inversions sense la re-

6. Una altra cosa són les dificultats per dur a terme a la pràctica una retallada més selectiva que discrimini positivament els proveïdors de les poblacions més necessitades. Dificultats incrementades per la urgència de la decisió, per la falta de tradició i per la falta d'un suport polític més ampli.

serva pressupostària corresponent.<sup>7</sup> És clar que algunes fonts de l'oposició recorden que quan el primer tripartit va prendre el poder el dèficit sanitari era encara més elevat.<sup>8</sup> Cal tenir en compte, però, que incórrer en dèficit al desembre de l'any 2003 tenia unes implicacions diferents que fer-ho en acabar el 2010, quan la crisi econòmica ja estava instal·lada.

Quant a la segona justificació, l'argumentació té a veure, naturalment, amb les balances fiscals, però per entendre la influència d'aquest factor cal tenir en compte quina és la capacitat real de maniobra del Govern per distribuir els recursos de què disposa i si part del que dedica a la despesa sanitària pública l'hauria de dedicar a altres sectors o viceversa. Òbviament si rebéssim més diners podríem gastar-ne més.<sup>9</sup>

Una de les responsabilitats bàsiques dels governs és l'establiment de prioritats. En aprovar el Projecte de llei dels pressupostos, el Parlament sanciona l'adequació d'aquestes prioritats, d'acord amb els interessos majoritàriament representats; majories que, quan no són estables, s'han d'aconseguir amb pactes entre forces que defensen interessos distints. El joc polític pot ser en aquests casos molt complex i les decisions es poden interpretar de manera gairebé contradictòria. Així doncs, no és estrany que uns acusin els altres d'obligar-los a pactar amb tercers i els altres aprofitin per queixar-se de la hipocresia dels uns. Tot plegat, una situació en la qual el partidisme —i de vegades fins i tot les lluites internes dins de cadascun dels partits— mira de traure profit, ni que sigui a curt termini perquè qui dia passa any empeny. Actitud i comportament que no semblen adir-se gaire amb la gravetat de la situació. Una consideració que ens remet al punt crucial de tot plegat: la desconfiança.

Ningú no es refia de ningú i això impedeix un plantejament conjunt que potser seria el més adequat si de debò ens trobéssim, com alguns pensem tal vegada ingènuament, davant d'una situació excepcionalment greu que pot

7. Una situació que, més que desmentida, ha estat reivindicada pels socis de l'anterior Govern com a signe d'una política progressista que prioritza la despesa social per davant d'altres despeses, fins i tot a costa d'endeutar-se.

8. Segons l'auditoria encarregada pel conseller Castells, en lloc d'un superàvit de 284 milions d'euros hi havia un dèficit de 1.177 milions, una bona part dels quals pertocaven a sanitat (declaracions d'Antoni Castells a la premsa del 18 de maig de 2004). Una xifra que no s'acaba de concretar, atès que Marina Geli la xifrava en 2.146 milions pendents d'imputar (declaracions a *Diari de Girona* del 24 de setembre de 2011), mentre que setmanes més tard Joaquim Nadal parlava de 1.600 milions de deute sanitari (declaracions a *Regió7.cat* del 21 de desembre de 2011).

9. O, com em fa veure l'amic Guillem López, abaixar els impostos. Encara que sovint es confongui, la pressió fiscal catalana és, des del punt de vista formal, de les més altes de l'Organització per a la Cooperació i el Desenvolupament Econòmic (OCDE), particularment sobre les rendes del treball. Una altra cosa és l'economia submergida i el frau.

menar a l'enfonsament de l'Estat del benestar abans que l'haguem pogut començar a gaudir.<sup>10</sup>

Més enllà de taticismes una empresa com aquesta requereix franquesa i confiança; formular els principis bàsics compartits per tots i comprometre's a defensar-los. Uns i altres, naturalment, han de cedir alguna cosa. I també s'ha de ser capaç de valorar el que és factible i el que no ho és, per molt injust que sigui. Remetre, per exemple, a una política fiscal que no gaudeix del suport social mínim o que no disposa dels procediments per ser realment efectiva no pot ser invocada més que retòricament.

Segons les dades oficials (Ministerio de Sanidad, 2011), la despesa espanyola per persona ha estat l'any 2011 de 1.273,09 euros, mentre que a les Illes Balears fou de 1.088,01 euros i al País Basc de 1.640,99. A Catalunya li corresponen 1.251,15 euros, és a dir, tres quartes parts de la dada màxima però gairebé igual a la mitjana. Mentre que la dada va evolucionar universalment a l'alça del 2007 al 2009, del 2009 al 2010 vuit comunitats autònomes van experimentar un descens, del 7,37 % a les Illes Balears, encara que la mitjana espanyola passava de 1.320,28 a 1.329,47. Del 2010 al 2011 la mitjana global davalla fins als 1.273,09 euros.

Es tracta, però, de xifres que fan de mal comparar perquè el finançament estatal no és estrictament poblacional i tampoc s'inclouen els afiliats a les mutualitats que tenen dret a triar una assistència mèdica privada a càrrec del finançament públic, ni altres eventuals variacions als numeradors i denominadors. Tampoc reflecteixen les necessitats d'atenció de les poblacions que no són equivalents o les dels respectius serveis autonòmics de sanitat, una oferta les característiques de la qual són també diferents, atès que les dotacions d'instal·lacions, equipaments i personal no són les mateixes ni en dades absolutes ni tampoc quan utilitzem ràtios per habitants. Segurament també hi ha diferències quant a la productivitat i l'eficiència en la utilització dels recursos,

---

10. Il·lustrativa d'aquesta desconfiança és la crida de Jordi Matas a la responsabilitat política, acusant d'hipocresia el Govern, que «[...] ha apelado incesantemente a la responsabilidad política para impulsar su política de recortes y para pedir el apoyo de la oposición en un contexto de crisis. Pura hipocresía. No hay que fiarse nunca de aquellos políticos que piden responsabilidad a los demás para justificar sus actuaciones [...] La función de la oposición [...] es criticar al Gobierno de acuerdo con el modelo social alternativo que defiende [...] y garantizar el principio democrático de alternancia en el gobierno y la continuidad institucional del sistema político. El tipo de responsabilidad que el gobierno de CiU pide a la oposición supone, en cambio, la negación del pluralismo político [...] La verdadera irresponsabilidad de la oposición sería caer en la trampa de este discurso políticamente perverso y no dar respuestas a la inmensa mayoría de catalanes que, según encuestas oficiales, afirman que lo peor que ha realizado el Gobierno en el último año es la política de recortes [...]» (J. MATAS I DALMASES (2012), «Responsabilidad política o hipocresía», *El País* (24 febrer)). Personalment no sóc capaç de veure una proposta específica de retallades per part de l'oposició. Més aviat es limita a una crítica a qualsevol mena de retallades.

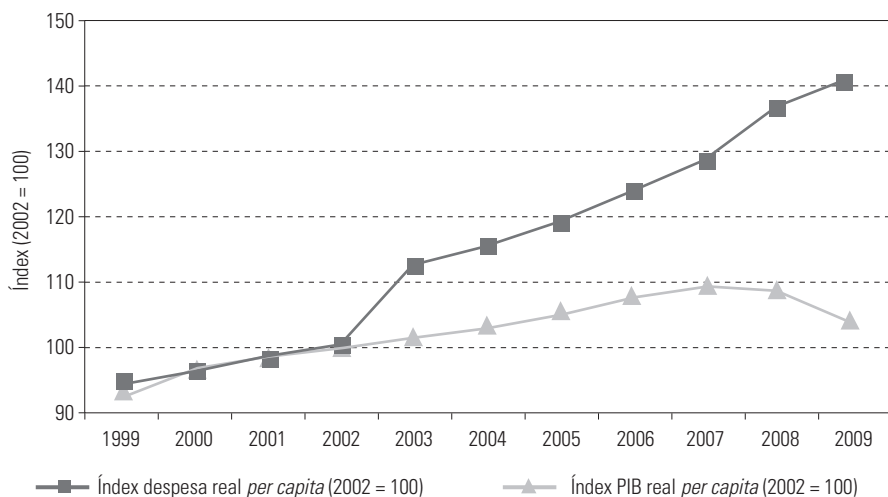
els quals contribueixen, amb l'esforç d'altres sectors de la societat —com ara l'economia, el treball, l'habitatge, l'ensenyament, etc.— i també amb altres condicionants de l'entorn i la biologia, a la salut de la població. I ja no parlem de la titularitat dels equipaments i de les entitats proveïdores dels serveis sanitaris finançats públicament. El denominat *model sanitari català* es caracteritza perquè hi ha un paper de comprador que li pertoca al Servei Català de la Salut (CatSalut), l'entitat pública responsable de l'«assegurament» dels ciutadans, i un altre de proveïdor que és de titularitat diversificada. En altres llocs (Segura, 1998), hem tractat aquesta qüestió que, entre parèntesis, té els seus orígens en els temps de la dictadura franquista.

No és propòsit d'aquesta reflexió una anàlisi comparativa —la qual requerriria molt més espai i coneixement— per decidir la conveniència o no d'augmentar la despesa sanitària pública. Però cal reconèixer que és àmpliament compartida la idea que el nivell actual és massa baix. Això no obstant, també convindria saber a costa de quines altres despeses seria més adequat incrementar-la. Perquè, com veurem en l'apartat següent, una reducció en la despesa social no sanitària pot tenir efectes negatius sobre la salut.

En qualsevol cas tampoc hi ha una relació directa entre els indicadors de salut i la despesa pública dedicada a la sanitat. Tampoc amb la despesa total, que és d'aproximadament el 9,5 % del producte interior brut (PIB), amb una mica més d'una quarta part de naturalesa privada. Una associació que en l'àmbit internacional tampoc s'observa. En efecte, en termes de proporció del PIB dedicada a sanitat Espanya arribava l'any 2009 a la mitjana dels països de l'Organització per a la Cooperació i el Desenvolupament Econòmic (OCDE), entre altres causes com a conseqüència de la desacceleració econòmica, apreciable ja durant el segon semestre del 2008. Però com mostra la figura 1 convé remarcar que entre 2002 i 2009 l'increment de la despesa sanitària pública *per capita* va ser del 41 %, quatre vegades més que el PIB, que, per cert, iniciava la davallada l'any 2007 (Puig, 2011a i 2011b). En tot cas, si comparem la despesa total *per capita* en dòlars americans ajustats per paritat de poder de compra, la despesa mitjana espanyola és de 3.067 \$USA i la mitjana de l'OCDE, de 3.223 \$USA, és a dir una mica més del 95 %. Aquest mateix any, el 2009, l'esperança de vida en néixer per a ambdós sexes va ser a Espanya de 81,8 anys, més de dos anys més que la mitjana de l'OCDE, de 79,5 anys (OCDE, 2011).

Encara que el que gasten els altres pugui servir com a referència, convé precisar quins són, i en quin grau ho són, els factors més determinants de la bona salut de les poblacions i, fins i tot, com s'han de coordinar les polítiques que hi actuen de manera que tinguin en compte el resultat desitjable, més

FIGURA 1. Despesa sanitària pública i PIB *per capita*



Font: J. Puig Junoy (2011b).

que no pas exclusivament cadascun dels *inputs* per separat; és a dir, com conjunem les polítiques sanitàries amb les socials, sociosanitàries incloses —pensions i subsidis, ensenyament, habitatge, feina, etc.—, i amb les generals que afecten la salut: creació de riquesa i distribució justa, urbanisme, alimentació, transport, etc.

Però, encara que aquest percentatge del PIB dedicat a sanitat fos l'objectiu, assolir-lo requereix, òbviament, més que un anhel. Confondre els desigs amb la realitat pot menar a la frustració. Ni que tinguem tota la raó en identificar-los com a drets. Tampoc n'hi ha prou amb reclamar-los, sobretot si hom no compta amb el mínim suport social, electoral o polític necessari.

I en aquest sentit cal tenir en compte, doncs, almenys dos aspectes. Un és l'establiment de prioritats per part de les majories parlamentàries, que, més que acontentar la societat en conjunt, ha de satisfer les preferències dels qui els han donat suport electoral; la qual cosa —amb el respecte als drets de les minories i a les regles del joc, és clar— constitueix l'essència del funcionament de les democràcies representatives. Perquè la possibilitat d'alternança no es limita a la simpatia que puguin desvetllar els candidats ni, tampoc, només a l'honestetat d'ells mateixos —els candidats— o dels partits als quals pertanyen (encara que de vegades la manca de consideració d'aquestes qüestions faci sentir recança), sinó sobretot a les propostes diferents sobre com abordar els problemes i, per tant, a la tria diferencial de prioritats.



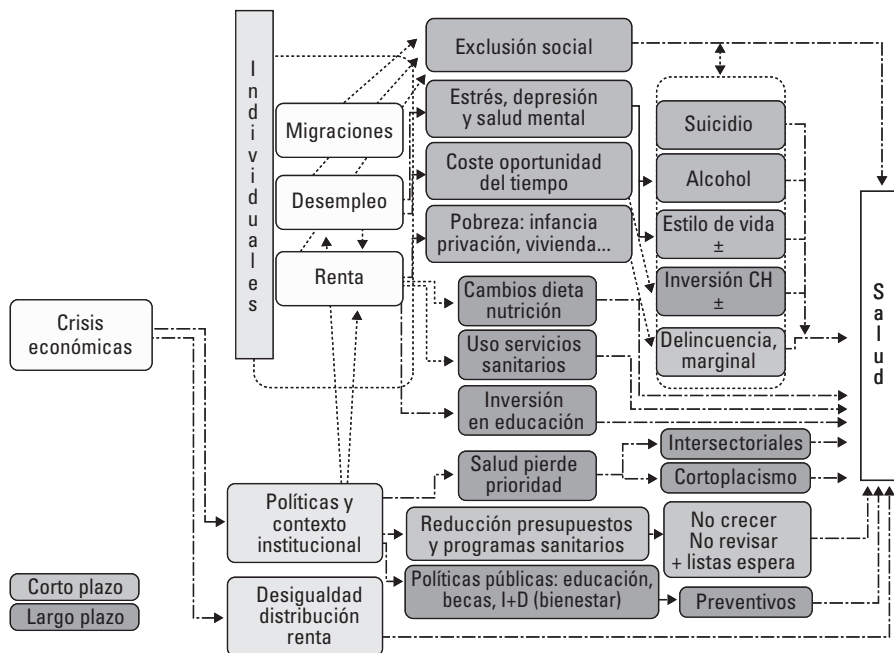
Una tria que afecta també les polítiques de la llengua, de l'ensenyament, de la dependència, etc. Polítiques que no es poden considerar independents les unes de les altres, perquè si es destinen els recursos a una cosa no es poden dedicar a una altra. Aspectes que són objecte, però, d'altres apartats d'aquest llibre.

L'altre aspecte que cal considerar és si aquesta insuficiència pot atribuir-se, substantivament, al dèficit de la balança fiscal amb l'Estat espanyol. Ibern, en constatar que l'any 2012 gastarem en sanitat 1.150 euros per habitant, xifra que equival a la despesa del 2004 en termes reals, no pot deixar de plànyer-se en veure que al País Basc gastaran 1.555 euros per habitant, una xifra que li sembla factible en una Catalunya «desconnectada» (Ibern, 2012). Segons el comentari periodístic de López Casanovas: «Si Catalunya disposés del finançament que atorga el concert foral podria disposar, com el País Basc, d'una despesa de 1.563 euros persona/any. Multipliquem la diferència per 7 milions i escaig d'habitants i comprovarem que la nostra sanitat no estaria en dèficit, sinó en superàvit» (López Casanovas, 2011). Dit altrament, si Catalunya rebés el mateix tracte que el País Basc, no estaríem parlant d'unes retallades tan dràstiques com les que s'han produït. Encara que les complexitats en termes jurídics, administratius i polítics del que comporta un pacte fiscal més favorable i més just no són menyspreables (López Casanovas, 2012).

## **QUÈ ÉS EL QUE ACOSTUMA A PASSAR AMB LA SALUT QUAN HI HA CRISIS ECONÒMIQUES?**

No es tracta de fer una anàlisi exhaustiva de la qüestió que, a més, és prou controvertida en els àmbits de l'epidemiologia social. Una revisió recent (Dávila i González, 2009) planteja la conveniència de distingir entre els efectes a llarg termini i els més immediats, entre els que són directament atribuïbles i els que ho són indirectament i, sobretot, entre les conseqüències reversibles i les irreversibles. També són diferents segons que ens fixem en les persones i les famílies, en els governs i les polítiques o en la distribució de la riquesa i les desigualtats socials, com mostra la figura 2. Les deficiències actuals de la salut poden ser, en part, almenys, resultat de privacions en l'etapa infantil; per posar un exemple, mentre que la salut dental de les criatures evoluciona paral·lelament amb la riquesa actual del país, la dels vells es correlaciona amb la situació econòmica pretèrita.

FIGURA 2. Conceptualització dels efectes de les crisis econòmiques sobre la salut



Font: Dávila i González (2009).

En qualsevol cas, els efectes depenen del context institucional i de la vertebració social. Les polítiques —no cal que siguin sanitàries— específicament adreçades a les famílies, particularment les monoparentals, s'ha vist que redueixen la mortalitat infantil, de la mateixa manera que les polítiques que incrementen les pensions s'associen a una reducció de la mortalitat dels vells (Lundberg *et al.*, 2008). Altrament, els efectes de l'atur sobre la salut són diferents segons quina sigui la cobertura de la Seguretat Social (Gerdtham i Ruhm, 2006). En efecte, l'atur s'associa sovint amb un increment de la mortalitat general, si bé més marcadament per suïcidi (Brenner, 1979 i 2005).

Però el cas és que també hi ha estudis que assenyalen una disminució de la mortalitat (Ruhm, 2000; Neumayer, 2004). Les explicacions d'aquesta aparentment paradoxal conseqüència tenen a veure amb aspectes metodològics però també amb la neutralització eventual de l'exposició a factors negatius com ara contaminació ambiental o consum de substàncies perilloses. Situacions que no sempre s'esdevenen.

El 1994 a Rússia es va observar un descens de l'esperança de vida en néixer dels homes que va passar en pocs anys de 64 a 58 anys, esdeveniment atribuït a múltiples causes, entre les quals el deteriorament del sistema sanitari, però

també l'atur conseqüència de la sobtada privatització de les empreses (Leon *et al.*, 1997; Notzon *et al.*, 1998; Stuckler, King i McKee, 2009). En canvi a Finlàndia, afectada per una greu recessió econòmica aquells mateixos anys, amb un increment notori de l'atur que el 1990 era del 2 % i el 1994 arribava al 18 %, els efectes sobre la salut van ser més aviat positius, amb una disminució de la mortalitat per suïcidi (Hintikka, Saarinen i Viinamäki, 1999) i una reducció del gradient socioeconòmic de desigualtat en la mortalitat (Valkonen *et al.*, 2000).

L'empobriment, allò que els economistes denominen l'*efecte renda*, afecta la salut indirectament, mitjançant l'educació que actuaria com a factor medidor. Perquè hi ha una associació bidireccional entre salut i educació ben establerta. Els beneficis de l'educació sobre la salut són més consistents que els atribuïbles a la renda o a l'ocupació, de manera que un descens en l'escolarització implicaria un empitjorament de la salut en el futur (Groot i Maassen, 2007; Cutler, Lleras-Muney i Vogl, 2008).

La importància de l'educació quant a les polítiques de prevenció de les desigualtats injustes i evitables en salut la defensen fins i tot aquells que dubten que l'associació entre l'estatus socioeconòmic i la mala salut sigui efectivament causal. Angus Deaton, tot i admetre la preocupació moral que susciten les desigualtats, pensa que per considerar-les una injustícia i, sobretot, per dissenyar polítiques efectivament correctores cal determinar-ne satisfactòriament l'etiologia; a la vegada que reconeix, però, que les desigualtats infantils són la clau i, en conseqüència, justifiquen les polítiques que eviten o minven els efectes negatius en la salut dels nens determinats per les circumstàncies dels seus pares. Per als adults, en canvi, la prioritat seria prevenir l'empobriment que condueix a la mala salut en disminuir la capacitat laboral o en fer inassequibles els tractaments. Seria erroni, en canvi, limitar la innovació sanitària per mor de les desigualtats perquè tard o d'hora, sobretot si hi ha un sistema sanitari accessible i equitatiu, tothom acaba beneficiant-se'n (Deaton, 2011).

Encara que aquesta consideració és lògica per a aquelles conseqüències beneficioses de la sanitat, no ho és per a les intervencions impertinents o inapropiades. Així doncs, convé reconèixer els potencials efectes negatius de la reducció d'activitats sanitàries finançades públicament i de la minva de l'accessibilitat que pateixen sobretot els estaments socials més desfavorits, però sense negligir els que puguin ser conseqüència de l'impacte de la crisi sobre la disminució de la renda i l'atur, particularment per com afecta els infants dels pares empobrits i desocupats.

## QUÈ ÉS EL QUE ESTÀ PASSANT A CATALUNYA?

És massa aviat per detectar conseqüències importants sobre la salut de les persones i fins i tot per interpretar alguns dels canvis que experimenta el consum sanitari públic, variables que afortunadament són objecte de seguiment per part del Departament de Salut però que, de moment, no s'han fet públiques.

No serà fàcil esbrinar si els eventuais canvis en la salut s'han d'atribuir a la crisi, a les retallades en els serveis o a l'aparició d'algunes situacions epidèmiques com la grip —enguany un virus A(H3N2) que, mentre escric aquestes ratlles, té un impacte notori. En aquest sentit caldrà vigilar atentament l'evolució de la mortalitat, que en els darrers sis mesos de 2010 va mostrar un lleuger augment (Instituto Nacional de Estadística, 2012).

Ja fa més temps que les administracions sanitàries estan preocupades per la despesa farmacèutica, que, a més de l'impacte econòmic, reflecteix un dels consums de medicaments més elevats del món. A Catalunya els darrers anys s'ha aconseguit reduir una mica la despesa corresponent als fàrmacs dispensats mitjançant recepta, però no el nombre de receptes emeses. Així, mentre que la xifra de receptes del 2008 fou de 143.056.509; l'any 2011 han estat 156.640.933. Ras i curt això vol dir de 19,5 a 20,8 receptes per habitant i any; és a dir set medicaments al mes per cada quatre catalans, vagin o no al metge; sense comptar les medecines que es compren directament a la farmàcia o les que es recepten privadament. Una situació que costa d'entendre.<sup>11</sup> Des del punt de vista sanitari aquesta dada suggereix un patró de consum perillós per a la salut, com a conseqüència de les potencials interaccions entre els diversos principis actius i també amb els aliments o altres substàncies. Una xifra perfectament compatible amb les estimacions d'alguns serveis d'urgències hospitalàries segons les quals una de cada tres visites ateses presentaria algun problema relacionat amb els medicaments.

---

11. Com explica al seu bloc en Pere Ibern (P. IBERN (2012), «De vegades veig tècnics», *Econsalut* [en línia] (21 gener), <<http://econsalut.blogspot.com/2012/01/de-vegades-veig-tecnics.html>>): «A Catalunya, l'any passat van tornar a créixer un 2 % el nombre de prescripcions dispensades. La despesa anual disminueix en 7,80 % gràcies a una disminució de la despesa per recepta del 9,60 %. Aquestes són dades sorprenents que ens situen a un nivell de despesa de fa cinc anys. El 2006 vam gastar 1.674 milions d'euros i el 2011 hem gastat 1.692 milions. En farmàcia s'ha fet doncs el mateix que amb el conjunt de la despesa, és com si aquests cinc anys passats no haguessin existit. I la novetat és que la farmàcia s'havia mostrat irreductible en altres crisis anteriors. Però la dada preocupant, insisteixo, és la del creixement de receptes *per capita* i aquesta només fa que créixer sense cap explicació que la població estigui molt més malalta o afectada per una epidèmia. És per això que necessitem alguns tècnics que no diguin coses increïbles, sinó que ajudin el regulador a un calibratge fi de la situació. Ara sí que encara que no els vegem, cal que hi siguin» (evoca un anunci d'electrodomèstics de la televisió).

Els mitjans de comunicació s'han fet ressò repetidament de la disminució de la freqüentació en l'atenció primària, que hauria passat de 51.122.035 visites l'any 2009 a 48.339.450 l'any 2010 (CatSalut, 2010a i 2010b) i que sembla que continua baixant. Canvis que poden obeir a diverses causes com ara la generalització de la recepta electrònica —la qual evitaria visites exclusivament per retirar receptes— o, fins i tot, a una racionalització espontània d'un consum que s'apropava als deu contactes anuals per usuari. Una explicació versemblant és que la gent, en veure perillar el sistema, se n'està d'anar-hi, si pot; però una altra és que com que sovint l'horari coincideix amb el laboral, s'eviten eventuais situacions que facin perillar el lloc de treball, ni que sigui clandestí. També podria pensar-se que en alguns llocs fan esperar més per atendre o atenen amb menys amabilitat, encara que les dades disponibles de satisfacció amb els serveis rebuts no ho suggereixen, com veurem més endavant.

Entre el 2009 i el 2010 també han disminuït en termes absoluts les sol·licituds de proves complementàries (anàlisis i radiografies); encara que la proporció per cada cent visites mèdiques hagi pujat lleugerament, del 9,4 % al 10,7 % pel que fa a les anàlisis clíniques i del 4,1 % al 4,2 % quant a les sol·licituds de proves d'imatge, la qual cosa podria indicar que els pacients visitats tenien efectivament més necessitat de ser atesos.

També han disminuït les visites als serveis d'urgències hospitalàries, amb una taxa màxima l'any 2009 de gairebé una visita per cada dos habitants, cosa que es pot considerar un exemple de mala utilització dels serveis sanitaris, per tal com una notable proporció de la demanda que arriba no hauria d'anar-hi. La majoria de vegades es tracta de problemes molt menors però també hi van els moribunds, de manera que molts serveis d'urgències hospitalàries habiliten zones perquè l'atenció d'aquests pacients interfereixi al mínim possible amb la funció que els és més pertinent, atendre les urgències mèdiques que poden beneficiar-se adequadament d'aquesta mena d'atenció. Entre el 2009 i el 2010 els serveis d'urgències dels hospitals de la XHUP (xarxa hospitalària d'utilització pública) han atès gairebé 125.000 visites menys, una disminució del 3,5 %. Disminució que pel que sembla s'hauria accentuat encara una mica més l'any passat.

A la ciutat de Barcelona, el balanç dut a terme pel Consorci Sanitari de Barcelona atribueix aquesta disminució a la reordenació de l'atenció continuada i sobretot a l'activitat dels CUAP (centres d'urgències d'atenció primària). Una racionalització necessària amb independència de la crisi, però que cal supervisar rigorosament durant aquests moments. En efecte, part de les reclamacions ciutadanes que, entre parèntesis, convindria quantificar amb la màxima precisió possible, tenen a veure amb la disminució de les hores

d'atenció continuada d'alguns punts de la xarxa i amb la supressió de l'activitat nocturna d'alguns centres. Mentre que els veïns, amb la col·laboració en alguns casos dels professionals, reivindiquen el manteniment d'aquests serveis, els responsables de la provisió alleguen ineficiències flagrants. Alguns mitjans de comunicació molt amatents a eventuais deficiències en l'atenció han destacat alguns casos que podrien suggerir empitjoraments en l'atenció, encara que per les seves característiques i freqüència, també haurien pogut esdevenir-se abans de la crisi.

Més interès tenen les llistes d'espera, particularment per a determinades intervencions quirúrgiques. En aquest sentit i a l'espera que el Departament de Salut faci pública en breu la informació corresponent a l'any 2011, el que sembla més lògic d'esperar és que s'accentuï el declivi de la taxa d'hospitalització iniciat l'any 2007, encara que s'hagi mantingut molt suau fins al 2010. Una reducció que forçosament afectarà l'activitat quirúrgica programada i, per tant, alguns procediments específics veuran perllongats els temps d'espera. Uns temps que, com és natural, no tenen el mateix impacte segons quina sigui la gravetat o la repercussió funcional de cada cas, que en algunes ocasions no depèn només de l'estat del pacient ni del problema de salut, sinó de les seves condicions de vida. D'aquí la complexitat per prioritzar justament l'ordre d'intervenció. Com és obvi, tant els proveïdors com els asseguradors (CatSalut) i els responsables polítics tenen interès a garantir que els casos més greus siguin atesos abans, un propòsit que només amb proves fefaents seria ètic discutir-los-el, encara que hi hagi motius pràctics sobrants per tenir-ho al cap. En aquest sentit les queixes presentades al Síndic de Greuges per retards han passat de 87 el 2010 a 174 el 2011, situació que ha merescut una crítica de la sindicatura que, no obstant això, no considera que s'hagi posat en perill la vida dels pacients afectats.<sup>12</sup>

Les dificultats per afrontar adequadament les limitacions en la capacitat operativa dels recursos públics no solament depenen de la seva quantitat i accessibilitat. Per una banda, hi ha qüestions relacionades amb els criteris d'indicació, que han fet paleses els estudis de variabilitat clínica; però també hi influeixen altres factors com ara que alguns professionals treballin per al sector privat i per al sector públic a la vegada i, en ocasions, al mateix centre, situació que pot menar a actuacions irregulars. Sense oblidar que, pel cap baix,

---

12. Segons ha declarat Antoni Curós (Balsells, 2012) la mitjana de temps esmerçat en procurar la primera atenció a les persones amb infart de miocardi s'ha reduït 11 minuts del 2010 al 2011. El període fins a la intervenció és més curt quan el primer contacte és mitjançant el Sistema d'Emergències Mèdiques que si el pacient va a l'ambulatori o si s'adreça a un hospital sense cardiologia.

una quarta part de la població catalana<sup>13</sup> manté una cobertura sanitària privada complementària. És a dir, que aquesta mena de prestacions són molt valorades per la societat catalana.

En relació amb la satisfacció i més enllà de la consideració qualitativa que poden merèixer les notícies dels mitjans de comunicació o les opinions de personalitats i d'algunes corporacions, hi ha disponibles dues fonts d'informació complementàries. Per una banda, el baròmetre sanitari, amb dues onades l'any (una cada semestre), mostra d'enquestes telefòniques a 2.000 residents a Catalunya de més de setze anys efectuades pel Centre d'Estudis d'Opinió, i l'altre és el pla d'enquestes de la Divisió d'Atenció al Ciutadà del CatSalut, que preveia per a l'any 2011 l'estudi de la satisfacció dels usuaris de les urgències i el de les consultes externes hospitalàries, mitjançant l'anàlisi de gairebé 5.000 usuaris dels serveis corresponents.

Les dades de les dues enquestes del 2011 a la població mostren una valoració lleugerament més negativa que el 7,01 sobre 10 del 2010, amb 6,73 i 6,83 respectivament. Curiosament la més baixa és la del juliol, encara que la diferència no sigui estadísticament significativa. En ambdues onades la pitjor valoració pertoca als serveis d'urgències.

També té interès constatar que tant al juliol com al desembre la majoria dels que responen consideren que l'assistència sanitària ha empitjorat en relació amb l'any anterior; el 41,7 % de les persones entrevistades al juliol i el 49,2 % de les consultades al mes de desembre, mentre que el 2010 eren només un 13,5 % els que consideraven que havia empitjorat. I és molt il·lustrativa l'expectativa de canvi. Més del 50 % tem que empitjorarà l'any següent, una percepció que només compartia el 7,6 % i el 22,5 % dels preguntats l'any 2008 i el 2009 respectivament.

Pel que fa al pla d'enquestes que s'ha dut a terme l'any 2011, segons el programa previst de fa uns anys, proporcionen valoracions de persones que han utilitzat els serveis de l'atenció especialitzada ambulatoria, la satisfacció de les quals hauria augmentat lleugerament des del 2008, i passa de 7,55 a 7,82. Resultats similars a la satisfacció dels usuaris dels serveis d'urgències hospitalàries, que han passat d'un 7,31 a un 7,62 sobre 10.

Aquestes dades suggereixen una influència de l'estat d'opinió general, òbviament pessimista, en el conjunt de la població; mentre que les persones

13. Segons l'Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA) 2010, el 27,3 % de la població manté una doble cobertura. A això s'hi han d'afegir els prop de 167.000 funcionaris (MUFACE, MUGEJU i ISFAS) que poden triar ser atesos per proveïdors privats amb finançament públic i que representen un 2,2 % del total de la població el 2010 segons dades de la Direcció General d'Ordenació Professional, Cohesió del Sistema Nacional de Salut i Alta Inspecció del Ministeri de Sanitat (Ministerio de Sanidad, 2011).

que utilitzen efectivament els serveis no semblen haver experimentat deteriorament en l'atenció rebuda.

No hi ha dubte que la disminució d'una desena part del pressupost ha alterat les condicions de treball a les entitats proveïdores, ni tampoc del sentit —negatiu— d'aquesta alteració a la majoria de llocs. Uns canvis que en la seva materialitat i concreció han estat decidits pels responsables de les entitats proveïdores, que segurament són els que disposen del millor coneixement de les circumstàncies locals, la qual cosa no vol dir que hagin pres en tots els casos les millors —o les menys dolentes— decisions possibles. L'actuació de professionals i treballadors, malgrat les queixes i les reivindicacions, no ha menat per ara a una situació catastròficament irreversible. Tot i que els salaris dels professionals havien augmentat substancialment els darrers anys, la sobtada davallada experimentada el 2011, que encara s'accentuarà el 2012, fa de mal pair. Mentre que no han reeixit acords sectorials amb els sindicats, en general hi ha hagut acceptació a l'hora de rebaixar-se el sou.

Si és encara molt precipitat valorar les conseqüències immediates sobre la salut, encara ho seria més una prospecció a mitjà i llarg termini; tenint en compte que el que passi amb el sistema sanitari dependrà de l'evolució del finançament, que sembla avui (en conèixer l'abast real del dèficit públic espanyol) més incert que ahir, i, més enllà de les despeses corrents de les inversions i altres partides més estructurals, també del comportament dels recursos humans i de si una part dels professionals opta per emigrar, etc. El que passi amb la salut dels catalans tindrà a veure amb aquest procés, però no solament, perquè altres polítiques socials poden tenir-hi una influència notòria, com hem vist abans.

És clar que el sistema sanitari podria experimentar la reorientació que fa anys alguns reclamen, com ara la carta d'Ottawa proclamada el 21 de novembre de 1986, en finalitzar la primera conferència mundial de promoció de la salut (World Health Organization, 1986). Un document que afirmava que «La salut es crea i es viu en l'àmbit de la vida quotidiana; als centres d'ensenyament, de treball i d'esbarjo. La salut és el resultat de la cura que hom té de si mateix i dels altres, de la capacitat de prendre decisions i controlar la pròpia vida i d'assegurar que la societat en la qual viu ofereixi a tots els seus membres la possibilitat de gaudir d'un bon estat de salut».<sup>14</sup>

---

14. A la carta es reclamaven cinc accions que, des de la perspectiva de la crisi actual, podrien llegir-se així: 1) *elaborar polítiques públiques saludables*, ja que la salut de cadascú depèn, tant o més que de les intervencions dels sistemes sanitaris, d'altres condicionants socials i col·lectius com l'educació, o de la distribució més justa de la riquesa; 2) *crear entorns favorables*, perquè la salut depèn també de les condicions de vida i de treball, de l'urbanisme i de l'habitatge; 3) *reforçar l'acció comunitària*, ja que sense la participació



## PER UN PLANTEJAMENT MÉS COMPRENSIU, MIRANT DE NO SER BABAU

Juntament amb les seves virtuts —abans de la crisi— la nostra sanitat pateix alguns problemes greus,<sup>15</sup> entre d'altres els esmentats consum inapropiat i la iatrogènia, característiques que amb diferències de grau comparteixen els sistemes sanitaris dels països rics i que són conseqüència, entre d'altres, de les exagerades expectatives sobre les possibilitats de les intervencions mèdiques i sanitàries i de l'excessiva medicalització que comporta.

El sistema sanitari públic a Catalunya és complex. L'oferta és molt diversificada pel que fa a les prestacions, amb xarxes d'atenció especialitzada que inclouen hospitals d'aguts, psiquiàtrics i sociosanitaris; xarxes d'atenció primària amb distinció entre els dispositius de salut mental i d'atenció a pacients drogo-dependents. La provisió, contràriament a moltes altres comunitats autònomes espanyoles, és prou diversificada, de manera que hi ha moltes entitats titulars diverses, malgrat que la immensa majoria siguin de naturalesa pública o parapública. El paper de l'empresa de naturalesa mercantil és molt petit entre els proveïdors i en bona part atípic, com passa amb les entitats de base associativa (EBA), que gestionen una dotzena d'àrees bàsiques de salut i que tot i tractar-se de petites empreses evocuen les cooperatives autogestionàries.

Tot plegat dibuixa un panorama poc clar que convindria analitzar amb més coneixement que passió, perquè encara que la majoria de la gent sembla més aviat acovardida, els més inquiets i els més indignats —escandalitzats fins i tot per la impunitat dels principals responsables de la recessió— insisteixen a esquinçar-se les vestidures davant de la injustícia i a negar-se de totes totes a les retallades, com si aquesta negació pogués aturar el procés, un supòsit ben improbable.

En aquest sentit cal esmentar el posicionament de grups com el Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris (CAPS), que desenvolupen arguments i consideracions sobre la injustícia de les retallades i la utilització que estaria fent el

---

activa de la ciutadania, lliure i emancipada, aquesta no es pot fer responsable del control de la salut i dels seus determinants; 4) *desenvolupar les aptituds personals* perquè els ciutadans siguin tan autònoms com sigui possible i puguin exercir lliurement la responsabilitat necessària per controlar millor els factors que condicionen la seva salut, i 5) *reorientar els serveis sanitaris*, de manera que ofereixin aquells serveis que efectivament milloren la salut i que evitin el consum inadequat i els efectes adversos de la medicina, que avui en dia constitueixen un problema principal de salut pública.

15. A més dels repetidament esmentats quant a la crisi per la rellevància que tenen, cal no oblidar la duplictat dels sistemes públics, un dedicat als accidents laborals i les malalties professionals i l'altre el conegut Sistema Nacional de Salut, ni tampoc la desigualtat que comporta la possibilitat de triar proveïdors privats per part dels funcionaris públics afiliats a les mutualitats específiques.

Govern de la crisi, convençuts que això és un complot per generalitzar la privatització de la sanitat (CAPS, 2012).<sup>16</sup> D'altres com el Fòrum Català d'Atenció Primària (FOCAP) s'orienten decididament a la denúncia (FOCAP, 2012). Una denúncia que s'ha argumentat en termes juridicolgals perquè es considera que la retallada sanitària podria constituir un delictes (Jiménez, 2011), atès que ni la crisi ni el dèficit justificarien la vulneració dels articles 43 de la Constitució i 23 de l'Estatut d'autonomia.<sup>17</sup>

D'aquí que potser no sigui massa desvariejar mirar d'aprofitar la crisi com una oportunitat per corregir ni que siguin els excessos del sistema sanitari, encara que els defectes costaran molt més d'esmenar. No és aquest el lloc per fer propostes específiques però sí que ens podem fer ressò d'algunes que, lamentablement, és fàcil que siguin percebudes com a pèrdues encara que realment no ho siguin. Però hi ha hagut massa estímuls en el sentit que com més despesa sanitària millor i com més intervencions mèdiques més salut, una expectativa incerta. Precisament al país on es gasta més del món en sanitat, els Estats Units d'Amèrica, la recentment desapareguda Barbara Starfield va estimar que els efectes adversos de la medicina i la sanitat han esdevingut la tercera causa de mort i ningú no l'ha desmentit fins ara (Starfield, 2000). De fet, esmenava els càlculs de l'Institut de Medicina, un informe del qual quantifica els errors mèdics com la cinquena o sisena causa de defunció, perquè provoca més morts que la sida, els accidents de trànsit o el càncer de mama (Insitute of Medicine, 1999). Això al país on el consum sanitari indiscriminat és general, segons perceben els mateixos metges americans, pel 42 % dels quals els seus propis pacients reben més intervencions de les que els calen, en part per evitar denúncies, però també pels incentius econòmics (Sirovich, Woloshin i Schwartz, 2011), i per això miren d'esbrinar quina part d'aquest consum és raonablement adequada (Qaseem *et al.*, 2012) o l'abast dels excessos (Korenstein *et al.*, 2012). Més no és millor en l'àmbit de la medicina i la sanitat.

Les intervencions impertinents, que no tenen una indicació justificada, juntament amb les que resulten ineficients, contribueixen a augmentar els

16. La veritat és que la coexistència públic/privat planteja moltes qüestions d'interès, més enllà de la disputa ideològica que en molts aspectes és anacrònica. En qualsevol cas la més decisiva és la necessitat de transparència i de retre comptes. L'opacitat i l'arbitrarietat no són patrimoni exclusiu de cap dels àmbits de la provisió, sigui pública, parapública, pseudopública; privada sense ànim de lucre, o mercantil. Calen criteris i procediments clars de funcionament i una Administració pública competent a l'hora de supervisar i avaluar.

17. El recurs a la justícia en aquesta mena de situacions segurament busca notorietat i ressò mediàtic més que protecció jurisdiccional efectiva, que m'imagino difícil de justificar si com sembla que passa el Govern actual no compta amb recursos econòmics amb els quals afrontar les despeses i la seva responsabilitat política comença els darrers dies del 2010. Això no obstant, ha estimulat una iniciativa penal popular contra la retallada sanitària (Raventós, 2012).

efectes adversos sense expectatives realistes de benefici per a la salut. I molts dels sistemes sanitaris les inclouen, malgrat que alguns remarquin les no recomanades com al Regne Unit (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2011), iniciativa que ha inspirat el denominat Projecte Essencial a Catalunya.<sup>18</sup>

Recentment l'Organització Mèdica Col·legial (OMC), que agrupa les corporacions mèdiques espanyoles, s'ha fet ressò activament d'una investigació que quantifica en un 60 % com a mínim els recursos del Sistema Canari de Salut destinats a pagar tractaments de rehabilitació que s'han demostrat ineficaços o que no està provat que serveixin (Serrano-Aguilar *et al.*, 2011). Una iniciativa que contextualitza i fa més comprensible la crida que acaba de fer l'OMC a denunciar qualsevol amenaça a la qualitat assistencial derivada de les retallades indiscriminades i desproporcionades. També a Catalunya s'han pronunciat els col·legis professionals, entre els quals destaca el Col·legi Oficial de Metges de Barcelona (2011) amb la iniciativa del Fòrum de la Professió.<sup>19</sup>

Paga la pena esmentar la concisa reflexió de Meneu i Peiró (2011) sobre les formes més racionals d'encarar la crisi i veure de traure'n profit ni que sigui per fer el que s'havia d'haver fet molt abans. Una reflexió que culmina la precedent de Bernal i Ortun (2010), que ens fa pensar que la importància del sistema sanitari és la seva contribució a la salut, més que al manteniment del mateix sistema.

Una crida, més crítica que propositiva és la de Segura, que insisteix en els aspectes poc pertinents de l'oferta com a generadors de consum inapropiat i en la conveniència d'explorar perspectives més comunitàries (Segura, 2011), mentre que Gervas i Pérez (2011) s'atreveixen a proposar el que anomenen «rebaixes sanitàries racionals en temps de crisi». José Ramón Repullo proposa cinc mesures per millorar la governabilitat del Sistema Nacional de Salut, encara que ell pensa en l'àmbit espanyol (Repullo, 2012).

Algunes societats professionals com la d'economistes de la salut (AES, 2012), federada a la Societat Espanyola de Salut Pública i Administració Sanitària (SESPAS, 2011a i 2011b), han editat als seus webs posicionaments respecte a això.

18. L'Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut (AIAQS) està preparant el denominat Projecte Essencial «Evitar allò que no cal fer», que pretén identificar les pràctiques que no aporten valor; promoure una cultura de no-malbaratament, i catalitzar les tendències racionalitzadores espontànies del sistema sanitari.

19. Això no obstant, que el degà del Col·legi sigui a la vegada president del Consell Assessor del Departament de Salut fa de mal entendre.

En sintonia amb aquests plantejaments convé considerar l'editorial del darrer número de *Gestión Clínica y Sanitaria* (Llano, 2011), una nova crida a deixar de gastar en allò que no afegeix salut. Encara que tampoc ens hem d'oblidar d'allò que la detrau, i el consumisme sanitari és un perill, com ja s'ha comentat. La crisi ajuda a limitar el consum sanitari inapropiat, probablement més intensament que la disminució global, encara que, per desgràcia, no sigui una reducció prou selectiva.

Per acabar mirant al futur, dues notes. Cal reconèixer el paper ambivalent de la innovació, un dels factors decisius de l'increment de la despesa, molt més que l'envelliment, malgrat que en ocasions la seva aplicació hagi estat prematura. Un sector empresarial que la crisi pot castigar i que segurament hauria d'adreçar-se a l'exportació (Callejón, 2011). L'altra té a veure amb la conveniència que la comunitat reclami efectivament la seva llibertat i per tant la seva responsabilitat en el control dels determinants de la salut. I que els serveis sanitaris, entre els quals els col·lectius de la salut pública, poden tenir un paper estimulador amb els de l'atenció primària, per promoure la salut de la comunitat d'una manera no excessivament medicalitzada. La convocatòria d'una conferència de salut comunitària per part de SEMFyC (Societat Espanyola de Medicina de Família i Comunitària) i SESPAS potser serà una oportunitat.

## Bibliografia

- ASOCIACIÓN DE ECONOMÍA DE LA SALUD (AES) (2012). «Documento de debate. La sanidad pública ante la crisis. Recomendaciones para una actuación pública sensata y responsable» [en línea]. <<http://www.aes.es/>>.
- BALSELLS, F. (2012). «Salud tardó 69 minutos de media en atender cada infarto en 2011». *El País (Cataluña)* (13 març). También disponible en línea a: <<http://www.elpais.es>>.
- BERNAL, E.; ORTUN, V. (2010). «La calidad del Sistema Nacional de Salud: base de su deseabilidad y sostenibilidad». *Gaceta Sanitaria*, vol. 24, núm. 3, p. 254-258.
- BRENNER, M. H. (1979). «Unemployment, economic growth and mortality». *The Lancet*, vol. 313, núm. 8117, p. 672.
- (2005). «Commentary: economic growth is the basis of mortality rate decline in the 20th century». *International Journal of Epidemiology*, vol. 34, núm. 6, p. 1214-1221.
- CALLEJÓN, M. (2011). «Lógicas y paradojas de la innovación». *Gestión Clínica y Sanitaria*, vol. 13, núm. 3, p. 87-91.
- CATSAIUT. SERVEI CATALÀ DE LA SALUT (2010a). *Memòria del CatSalut 2009* [en línea]. <[http://www10.gencat.cat/catsalut/cat/publicacions\\_memories.htm](http://www10.gencat.cat/catsalut/cat/publicacions_memories.htm)>.
- (2010b). *Memòria del CatSalut 2010* [en línea]. <[http://www10.gencat.cat/catsalut/cat/publicacions\\_recents.htm](http://www10.gencat.cat/catsalut/cat/publicacions_recents.htm)>.
- CENTRE D'ANÀLISI I PROGRAMES SANITARIS (CAPS) (2012). «Per què els serveis sanitaris han de ser públics? És possible millorar la gestió de l'ICS?» [en línea]. <<http://www.caps.cat>>.
- COLLEGI OFICIAL DE METGES DE BARCELONA (2011). *Fòrum de la Professió Mèdica: Propostes per a la sostenibilitat i millora del sistema sanitari públic* [en línea]. <[http://www.comb.cat/cat/altres/forum/pdf/dossier\\_forum\\_professio.pdf](http://www.comb.cat/cat/altres/forum/pdf/dossier_forum_professio.pdf)>.
- CUTLER, D. M.; LLERAS-MUNEY, A.; VOGL, T. (2008). «Socioeconomic status and health: dimensions and mechanisms». *National Bureau of Economic Research Working Paper Series*, núm. 14333.
- DÁVILA QUINTANA, C. D.; GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCEL, B. (2009). «Crisis económica y salud». *Gaceta Sanitaria*, vol. 23, núm. 4, p. 261-265.
- DEATON, A. (2011). «What does the empirical evidence tell us about the injustice of health inequalities?» [en línea]. <<http://ssrn.com/abstract=1746951>>, <<http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.1746951>>.
- FERNÁNDEZ, R. (2012). «El moment actual, una oportunitat per a la reorientació del sistema de salut?». *Sessió Tècnica del Consorci de Salut i Social de Catalunya* (Barcelona, 19 gener).
- FÒRUM CATALÀ D'ATENCIÓ PRIMÀRIA (FOCAP) (2012). «Espai denúncia» [en línea]. <<http://focap.wordpress.com/>>.
- GERDTHAM, U. G.; RUHM, C. J. (2006). «Deaths rise in good economic times: evidence from the OECD». *Economics and Human Biology*, vol. 4, núm. 3, p. 298-316.
- GÉRVAS, J.; PÉREZ, M. (2011). «Rebajas sanitarias racionales en tiempos de crisis económica». *FMC*, vol. 18, núm. 10, p. 615-623.
- GROOT, W.; MAASSEN, H. (2007). «The health effects of education». *Economics of Education Review*, vol. 26, núm. 2, p. 186-200.
- HINTIKKA, J.; SAARINEN, P. I.; VIINAMÄKI, H. (1999). «Suicide mortality in Finland during an economic cycle, 1985-1995». *Scandinavian Journal of Public Health*, vol. 27, núm. 2, p. 85-88.
- IBERN, P. (2012). «El torniquet». *Econsalut* [en línea] (26 gener). Bloc de Pere Ibern. <<http://econsalut.blogspot.com/2012/01/el-torniquet.html>>.
- ILLICH, I. (1975). *Némesis mèdica*. Barcelona: Barral.
- INSTITUTE OF MEDICINE (1999). *To err is human: Building a safer health system*. Washington: National Academy Press.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (2012). «Movimiento natural de la población e indicadores demográficos básicos». *Notas de prensa* [en línea] (18 gener). <<http://www.ine.es>>.

- JIMÉNEZ VILLAREJO C. (2011). «El ataque a la salud en los umbrales del delito». *El País* (17 octubre).
- KÖRENSTEIN, D. [et al.] (2012). «Overuse of health care services in the United States: An understudied problem». *Archives of Internal Medicine*, vol. 172, núm. 2, p. 171-178.
- LEON, D. A. [et al.] (1997). «Huge variation in Russian mortality rates 1984-94: artefact, alcohol or what?». *The Lancet*, vol. 350, núm. 9075, p. 383-388.
- LLANO, J. del (2011). «Desinvertir en lo que no añade salud sin dañar el sistema». *Gestión Clínica y Sanitaria*, vol. 13, núm. 3, p. 83-86.
- LÓPEZ CASASNOVAS, G. (2011). «La gràcia de la desgràcia». *El Punt Avui* (7 juliol).
- (2012). «Per un nou pacte fiscal». *Idees: Revista de Temes Contemporanis*, núm. 34, p. 94-98.
- LUNDBERG, O. [et al.] (2008). «The role of welfare state principles and generosity in social policy programmes for public health: an international comparative study». *The Lancet*, vol. 372, núm. 9650, p. 1633-1640.
- MCCLOSKEY, D. (2010). «Bourgeois dignity: a revolution in rethoric». *Cato Unbound* [en línia] (4 octubre). <<http://www.cato-unbound.org/2010/10/04/deirdremccloskey/bourgeois-dignity-a-revolution-in-rhetoric/>>.
- MENEU, R.; PEIRÓ, S. (2011). «Concurso de recortes». *FMC*, vol. 18, núm. 7, p. 389-391.
- MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD. SUBDIRECCIÓN GENERAL DE ANÁLISIS ECONÓMICO Y FONDO DE COHESIÓN (2011). «Presupuestos iniciales para sanidad de las Comunidades Autónomas, la Administración Central y la Seguridad Social (2007-2011)» [en línia]. <<http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/recursosEconomicos.htm>>.
- NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (2011). «NICE 'do not do' recommendations» [en línia]. <<http://www.nice.org.uk/usingguidance/donotdorecommendations/index.jsp>>.
- NEUMAYER, E. (2004). «Recessions lower (some) mortality rates: evidence from Germany». *Social Science and Medicine*, vol. 58, núm. 6, p. 1037-1047.
- NOTZON, F. C. [et al.] (1998). «Causes of declining life expectancy in Russia». *The Journal of the American Medical Association*, vol. 279, núm. 10, p. 793-800.
- OCDE (2011). «Bases de datos de la OCDE sobre la salud 2011. España en comparación» [en línia]. <<http://www.oecd.org/spain/>>.
- ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL (OMC) (2012). «Comunicado de la Organización Médica Colegial, aprobado por la Asamblea General celebrada el 28 de enero de 2012» [en línia] (14 febrer). <[http://www.medicosypacientes.com/files/prensa/adjuntos/12-02-14-Documento\\_contra\\_recortes.pdf](http://www.medicosypacientes.com/files/prensa/adjuntos/12-02-14-Documento_contra_recortes.pdf)>.
- PUIG JUNOY, J. (2011a). «¿Recortar o desinvertir?». *Economía y salud: Boletín informativo* [en línia] [AES], núm. 72, p. 1-6. <<http://www.aes.es/boletines/news.php?idB=13&idN=110>>.
- (2011b). «Una década de gasto público y PIB en España. ¿Quo Vadis SNS? La burbuja sanitaria». *Pilleconomics* [en línia] (7 novembre).
- QASEEM, A. [et al.] (2012). «Appropriate use of screening and diagnostic tests to foster high-value, cost-conscious care». *Annals of Internal Medicine*, vol. 156, núm. 2, p. 147-149.
- RAVENTÓS, S. (2012). «La Iniciativa Penal Popular (IPP) contra los recortes sanitarios se presentó en Barcelona». *Sin Permiso* [en línia] (11 març). <<http://www.sinpermiso.info/textos/index.php?id=4782>>.
- REPULLO, J. R. (2012). «Preservar la calidad asistencial del Sistema Nacional de Salud en tiempos de crisis». *El Médico Interactivo* [en línia], núm. 1128 (gener). <[www.elmedicointeractivo.com/analisis/tribuna/](http://www.elmedicointeractivo.com/analisis/tribuna/)>.
- RUHM, C. (2000). «Are recessions good for your health?». *The Quarterly Journal of Economics*, vol. 115, núm. 2, p. 617-650.
- SEGURA, A. (1998). «Salut i sanitat a Catalunya». A: GINER, S. (dir.). *La societat catalana*. Barcelona: IDESCAT, p. 655-670.

- SEGURA, A. (2011). «La impertinencia de la oferta y el consumo sanitario inapropiado». *Comunidad*, núm. 13, p. 16-19.
- SERRANO-AGUILAR, P. [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*, vol. 12, p. 287. DOI: 10.1186/1471-2474-12-287.
- SIROVICH, B. E.; WOLOSHIN, S.; SCHWARTZ, L. M. (2011). «Too little? Too Much? Primary care physicians' views on US health care». *Archives of Internal Medicine*, vol. 171, núm. 17, p. 1582-1585.
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA (SESPAS) (2011a). «El impacto en la salud de la población de la crisis económica y las políticas para abordarla» [en línea] (22 febrer). <[http://www.sespas.es/adminweb/uploads/docs/V09\\_Crisis\\_economica\\_y\\_salud\\_SESPAS%203.pdf](http://www.sespas.es/adminweb/uploads/docs/V09_Crisis_economica_y_salud_SESPAS%203.pdf)>.
- (2011b). «SESPAS ante la crisis económica y las políticas de contención de costes. Para no cortar por lo sano» [en línea] (deseembre). <[http://www.sespas.es/adminweb/uploads/docs/SESPAS\\_ANTE\\_LA\\_CRISIS.pdf](http://www.sespas.es/adminweb/uploads/docs/SESPAS_ANTE_LA_CRISIS.pdf)>.
- STARFIELD, B. (2000). «Is US health really the best in the world?». *The Journal of the American Medical Association*, vol. 284, núm. 4, p. 483-485.
- STUCKLER, D.; KING, L.; MCKEE, M. (2009). «Mass privatisation and the post-communist mortality crisis: a cross-national analysis». *The Lancet*, vol. 373, núm. 9661, p. 399-407.
- VALKONEN, T. [et al.] (2000). «Changes in socioeconomic inequalities in mortality during an economic boom and recession among middle aged women in Finland». *European Journal of Public Health*, vol. 10, núm. 4, p. 274-280.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1986). «Ottawa charter for health promotion». WHO/HPR/HEP/95.1 [en línea]. *First International Conference on Health Promotion* (Ottawa, 17-21 novembre). <[http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa\\_charter\\_hp.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf)>.