

LA SANITAT A CATALUNYA. REFORMA O CANVI DE MODEL

*Ll. Bohigues; J. Clos; J. Martí i F. Solè Sabarís**

Per a nosaltres es difícil fer una crítica objectiva del contingut dels documents del “Mapa Sanitari de Catalunya” ja que, com Ajuntament de Barcelona, vàrem participar activament en la seva elaboració; és per aquest motiu que no serem jutges sinó part interessada i, com a tal, aportarem una sèrie d’arguments que defensen un canvi de model sanitari en el camí que apunta el treball del “Mapa Sanitari”.

De fet, en l’esmentat treball, hi ha dues parts ben diferenciades: l’una, que es l’aprova pel Consell Executiu de la Generalitat, respon al mandat del Decret d’elaboració d’un balanç de la situació sanitària a Catalunya i d’unes propostes de territorialització; l’altra part, continguda en la publicació *La Sanitat a Catalunya: Anàlisi i propostes del Departament de Sanitat i Assistència Social*, no va ésser demanada ni sotmesa al Consell però era imprescindible perquè configura a grans trets les principals línies del model sanitari que fan comprensibles les propostes de territorialització.

Ningú no pot negar la importància del treball realitzat, inèdit fins aquell moment tant a casa nostra com a la resta de l’Estat, la sola realització d’un inventari de recursos sanitaris, entre els quals no s’han oblidat els d’assistència primària, farmacèutics, veterinaris i de medi ambient, a més dels hospitalaris, és ja una eina inestimable.

El que hauria calgut, i queda pendent de fer, és que les Institucions representatives dels ciutadans de Catalunya definissin, prèviament a fer les propostes tècniques d’ordenació sanitària, l’ordenació del territori de Catalunya i el model sanitari que s’ha de desenvolupar a casa nostra.

Aquesta tasca està pendent i és urgent, doncs avui amb competències sanitàries transferides a la Generalitat cal començar a donar resposta a totes les expectatives que els ciutadans de Catalunya i els professionals sanitaris tenen enfront dels problemes heretats.

Cal en aquest moment analitzar el sistema sanitari que ens han transferit i optar per la via de les reformes de l’actual sistema o recuperar el treball del “Mapa Sanitari” i aprofundir en un canvi de model.

1. L’actual model sanitari centrat en l’assistència hospitalària

Epidemiologia i demanda sanitària

Últimament per l’àmbit de l’administració és moda parlar dels pressupostos en base zero. Tothom en parla però encara ningú no l’ha utilitzat. Als profans en aquest tema ens diuen que consisteix en pressupostar no en base al que s’havia pressupostat l’any anterior més un tant per cent determinat per cobrir la inflació i/o expansió, sinó en revisar tota l’activitat de cada servei amb ànim crític qüestionant cada element del pressupost respectant única-

* Àrea de Sanitat de l’Ajuntament de Barcelona.

ment els objectius formals del programa. En altres paraules, pressupostar en base als objectius de cada servei, sense estar subjecte a la demanda interna de la institució de què es tracti.

En el terreny sanitari també existeix un debat interessant, principalment impulsat pels grans epidemíolegs (Morris, Brotherton, Logan i altres) en uns termes semblants.

La cosa habitual és gastar els recursos sanitaris segons la demanda de la població. Una anàlisi més detallada de la demanda ha permès una categorització més minuciosa del procés de la utilització dels recursos sanitaris.

En un esquema teòric exhaustiu, encara que sigui general, es pot dir que es parteix d'unes necessitats sanitàries que té la població. Una part d'aquestes necessitats es transforma en demanda de recursos per part de la població. Resten necessitats sanitàries que la població no converteix en demanda, com podrien ésser hipertensos que no coneixen la seva malaltia, diabètics, depressius, etc.

La necessitat expressada com a demanda encara pot ésser assolida per l'estructura sanitària, o pot ésser rebutjada. El rebuig pot provenir de manca de capacitat per assumir-la o bé perquè sanitàriament es consideri que darrera d'aquesta demanda no existeix una veritable necessitat (simuladors, certes patologies neuròtiques, etc.).

La construcció teòrica expressada ha estat criticada principalment pels economistes sanitaris britànics. En primer lloc critiquen fortament el concepte de necessitat sanitària, com una entelèquia generalista i no quantificable. El que en cada moment i lloc es considera una necessitat sanitària és molt variable i és definit pels professionals sanitaris, bàsicament els metges. Per exemple la taxa de histerectomies és aproximadament el doble als Estats Units que a Anglaterra. Per tant no existeix "la necessitat sanitària" sinó que els metges en delimiten una determinada en cada moment i lloc.

Encara es troba una altra crítica important en el model necessitat-demanda-utilització, i el fet que l'oferta de serveis sanitaris condiciona la demanda. Alguns, fins i tot consideren que l'oferta és el principal creador de la demanda, amb el que evidentment ens trobem amb el nostre esquema inicial capgirat.

El panorama amb què es troba un planificador sanitari que vulgui determinar prioritats i objectius a llarg termini és, per tant, enormement incert i potser per això interessant. La situació de què parteix un tal personatge avui en el nostre país és si fa no fa la següent: Preponderància hospitalària a l'hora d'utilitzar recursos, assistència primària descoordinada, poc èmfasi en salut pública.

Aquest retrat instantani es pot matisar amb perspectives més profundes. Per exemple, els hospitals en el nostre país han evolucionat molt els últims quinze anys. De fet, bona part dels avenços qualitius de la medicina han estat lligats a aquesta evolució, principalment als programes MIR i a la jerarquització dels hospitals conjuntament amb l'increment de la dedicació horària dels metges i als nous equipaments generats en la dècada daurada dels seixanta.

La taxa de llits per 1000 hb. a Catalunya és de 5, dels que es podrien catalogar probablement com a hospitals generals el 3 per mil.

L'assistència primària és un terreny més desconegut. La Seguretat Social ofereix una assistència primària en dos esglaons; el metge de capçalera amb molta feina de clarificació i tramitació burocràtica i l'especialista que ha de resoldre el tema com pot. Això fa la sensació que és sols una cara de la moneda, ja que tant pel que fa al de capçalera com a l'especialista el fet és que la pràctica lliberal de la professió rep bona part del pes de l'assistència, utilitzant la població el metge de la Seguretat per les receptes.

La pràctica lliure té molta incidència en obstetrícia, pediatria, psiquiatria, odontologia, oftalmologia i en canvi ha disminuït en la cirurgia.

La Salut Pública està molt immersa en l'Administració i llevat dels programes històrics, com el control d'aigües, resta aïllada sense una connexió íntima amb els altres actors del panorama sanitari. Pateix especialment l'atomització dels seus cossos i també l'antiga mül-

tiple titularitat dels recursos sanitaris. A més dels dermatòlegs de l'Estat, tissiòlegs de l'Estat, epidemiòlegs, Cuerpo de Sanidad Nacional, metges del registre, metges de la sanitat local, etc., resten encara amb competències sanitàries diverses, però sempre infravalorades, els metges de medicina preventiva hospitalària, els Inspectors de la Seguretat Social amb tasques sanitàries, els metges d'empresa...

Davant d'una tal diversificació de cossos i de funcions, conjuntament amb la manca d'una renovació profunda com la que han viscut els hospitals en el terreny de la salut pública i l'atenció primària de salut, podem concloure que ens trobem en el clàssic sistema sanitari centrat en la demanda assistencial guaritiva i aquesta es porta a terme, almenys amb certa garantia dins del sector públic, fonamentalment en el marc de l'assistència hospitalària.

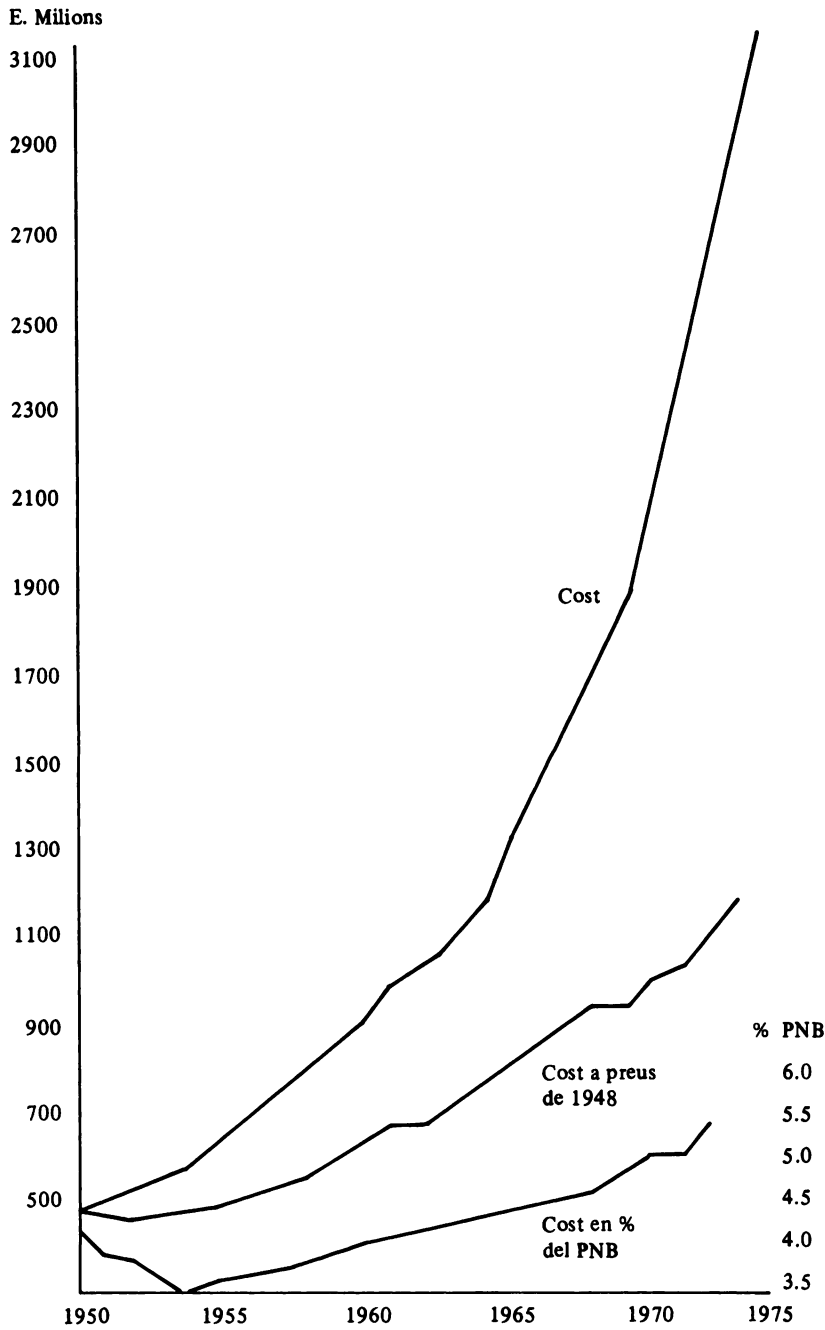
2. El cost de la sanitat actual

L'assistència sanitària ha multiplicat de forma prodigiosa els seus costos en anys recents. Les quantitats econòmiques gastades en sanitat es varen multiplicar per 6 a Anglaterra entre 1950 i 1975 (veure gràfic adjunt). Tot i tenint en compte la inflació que hi va haver durant aquests anys, la xifra es va doblar. Comparant aquesta xifra amb el valor total de la producció anglesa aquests anys (Producte Nacional Brut), la participació de la Sanitat va augmentar del 4% al 5,5% (veure també el quadre adjunt). Així i tot, Anglaterra no és el país que gasta més en sanitat, Suècia i Estats Units gasten prop del 10% del seu P.N.B. en sanitat.

Dins la despesa sanitària, el capítol més important és el de l'hospital; aquest factor equivalia per ell sol al 36% de la despesa sanitària francesa de 1973. La despesa en medicina primària i preventiva no arribava en conjunt al 27% de la despesa global. Així l'hospital que només atén una part petita de la població gasta molt més que l'assistència primària i preventiva. Aquesta conclusió també és certa en el nostre país. Si prenem un exemple tan pròxim com l'Ajuntament de Barcelona, que té per llei competències plenes en Prevenció de la Salut, veurem que en el pressupost de 1980, va gastar un 80% de la despesa sanitària en hospitals i només un 20% en les altres activitats.

Estudis sobre la distribució de la despesa sanitària entre la població han demostrat que una part molt petita de la població gasta una enorme quantitat de recursos sanitaris. A França l'any 1966, un 10% de la població va gastar un 50% de la despesa sanitària global (font: Credic). Un estudi sobre la causa de la gran despesa sanitària a Estats Units (Bohigas Tessina de Master, Houston 1978) va demostrar que les tres causes més importants són: les malalties cròniques, la gran tecnologia mèdica i la proximitat de la mort. Les malalties cròniques que son tractades hospitalàriament produeixen una despesa petita en un dia determinat però molt important al cap de l'any a causa de les estades perllongades. La gran tecnologia mèdica en forma d'unitats de vigilància intensiva, grans medis de diagnòstic com el Scanner, i costoses operacions quirúrgiques com les intervencions a cor obert, són una altra causa important de la gran despesa. Per fi la proximitat de la mort fa que es dediquin extraordinaris medis tècnics per tal de perllongar una vida, a vegades en condicions infrahumanes i a uns costos elevadíssims.

En el nostre país es donen totes aquestes causes així com algunes altres com la despesa farmacèutica. El problema d'aquest tipus de despesa és un sistema sanitari que té el medicament com a sortida fàcil als seus problemes estructurals.



EL COST DEL SERVEI NACIONAL DE LA SALUT (REGNE UNIT)

Font: Annual Abstract of Statistics, 1974