

DR. ANTONI ANGLADA
Hospital General de Vic

Voldria insistir en uns punts de referència. Un és l'aprovació de la Llei General de Sanitat de 1986, segons la qual tothom té dret a tot, és a dir, a l'equitat i a la universalitat dels drets per a ser assistit en el sistema sanitari. És un tema clau del que ens ve en un futur immediat. No hem d'oblidar que hem passat de la Seguretat Social al Sistema Nacional de Salut. Pocs països del món tenen aquest model d'universalitat i equitat, i, en canvi, no som conscients d'on estem.

L'altre punt de referència és que el finançament del Sistema Nacional de Salut és possible a través dels impostos i no solament a través de les quotes de la Seguretat Social. Es recullen uns impostos i, a partir dels pressupostos de l'Estat, des que es va introduir la reforma del finançament, és Catalunya qui decideix quins diners del percentatge del pressupost total vol destinar a sanitat. Si es volen augmentar les partides en pressupost de sanitat, només hi dues possibilitats: (a) incrementar els impostos o (b) introduir canvis en les partides de pressupostos d'altres departaments. No hi ha més possibilitats.

En despesa sanitària, sempre es mesura el percentatge del PIB que es destina a sanitat. En això, però, hi ha un joc de paraules. Aquí ens referim al percentatge que es destina tant a la sanitat pública com a la privada, perquè, en el fons, el que es mira és la quantitat de diners que es mou en els aspectes sanitaris. També podem tenir en compte el percentatge del PIB que és despesa sanitària pública. Sembla, però, que la referència del percentatge del PIB de despesa

sanitària total és bastant similar, pel nivell socioeconòmic que té el nostre país, al de la resta d'Europa; no és així, en canvi, en el tema de la despesa sanitària pública, ja que, segons l'esmentat nivell, estem clarament per sota de la resta dels països europeus. Si tenim present els últims estudis realitzats i publicats, per a pujar el nivell hauríem d'augmentar un punt del PIB, la qual cosa suposaria sumar una quantitat considerable de diners.

El pressupost del Departament de Sanitat a Catalunya és de més de 6.800 milions d'euros: gairebé un 40% de tot el pressupost de la Generalitat. Això, abans, sempre era una partida destinada a sanitat que es negociava amb l'Estat, però ara ja no és així. Amb pactes previs, i comptant amb els impostos, com ja s'ha dit, vinguin de Madrid o directament de Catalunya, la Generalitat presenta els seus pressupostos i decideix quin és el percentatge que vol destinar a sanitat. Amb tot això, d'una banda, vull dir-vos que estem gastant menys diners en despesa pública que la mitjana d'Europa i que el que ens correspondria fer pel sistema socioeconòmic o per la riquesa que tenim; i, d'una altra, fer-vos veure què ha estat passant, en resultats de salut, en els darrers deu anys.

Hem de tenir en compte que l'esperança de vida ha passat a una mitjana de 80-82 anys; al principi del segle xx era de 30-35 anys. Som un dels països del món que té l'esperança de vida més alta. Les causes del 75% de les morts són les malalties cardiovasculars (infarts de miocardi, infarts cerebrals...), el càncer i las malalties respiratòries. Això, però, fa vint anys no era així: la causa de la mort era per malalties infeccioses. Aquest fet marca l'evolució del creixement econòmic i de la riquesa del país, i ens permet de veure quin és el patró de l'esperança de vida i el de les causes de la mort. En els països subdesenvolupats, evidentment, no hi ha morts per malalties cardiovasculars, càncers o malalties cròniques, ja que la població, majoritàriament, mor abans a causa de les malalties infeccioses.

Un tema important que també ens preocupa és quina és l'esperança d'arribar a una edat sense incapacitat. Certament, vivim més; però l'esperança de vida que tenim sense cap incapacitat és de 68 anys; és a dir, estem allargant la vida, però no estem allargant la qualitat de la vida en aquests anys de més. El que ens espera en aquest món és viure deu anys, fins a 78, amb un nivell d'incapacitat.

D'altra banda, la mortalitat infantil és un paràmetre important per a un país i per a veure com està evolucionant el seu sistema de sanitat i de salut. Som un dels països amb més baixa mortalitat infantil: no arriba a cinc casos per mil (4,8/1000) dels nascuts vius i fins a un any de vida. En països més avançats, com Estats Units, la mortalitat infantil és molt més alta, i en països subdesenvolupats, com els iberoamericans, es pot multiplicar per 10.

Entre els 25 i els 40 anys, majoritàriament, les morts són per accidents de trànsit. També n'hi ha per sida i per càncer de mama. Amb la finalitat de fer disminuir la mortalitat causada per aquesta darrera malaltia, el Departament de Sanitat ha elaborat programes de prevenció que estan tenint bons resultats. Aquest és el panorama i, com podem veure, contrasta amb el fet que no som els qui destinem més diners i, en canvi, obtenim resultats molts bons.

Som davant un nou escenari que obliga a organitzar un sistema sanitari diferent del que hi havia abans. Els principals canvis amb què ens trobem són els següents:

a) *La transició demogràfica.* S'hi ajunten una sèrie de factors: vivim més anys, tenim més malalties cròniques, hi ha més immigrants... Està canviant el disseny del sistema sanitari que teníem des de fa vint anys, i ho està fent de manera ràpida. En sectors com el d'Osona, hem passat d'una immigració baixa a una del 12-13% (Vic té una immigració del 20%), i, en qüestió de tres anys, sense una planificació, s'han generat un seguit de problemes de complicada solució.

b) *La transició epidemiològica.* Ha canviat el patró de malalties. Han aparegut noves malalties, com la sida, que es detecta a finals dels anys vuitanta, a les quals no estàvem acostumats. A més, comencem a trobar malalts amb patologies cròniques més grans.

c) *La transició tecnològica.* Hi ha una revolució dels mitjans tecnològics que ens fa avançar a un preu molt alt en matèria farmacològica, en diagnosi i en sistemes tecnològics.

d) *L'aparició d'un nou model de pacient/client.* Està canviant el patró de pacient. El pacient vol participar en les seves decisions. És un pacient informat que té accés a la mateixa informació que el metge a través d'internet; no és estrany, doncs, que es presenti amb informació sobre la seva malaltia i sobre el seu tractament, la qual cosa obliga a canviar la relació metge-pacient.

En definitiva, ja no ens serveixen els esquemes i models tradicionals, i això, evidentment, comporta una inquietud i implica l'increment de les despeses per a afrontar les necessitats.

Perquè hi hagi una bona sanitat i fer una bona medicina, hi ha d'haver un equilibri entre tres conceptes que, a més a més, són dinàmics i canvien permanentment:

a) *El perfil del client o pacient.* Estan canviant les necessitats, les exigències i els nivells de satisfacció del pacient, perquè té més accés a la informació i perquè ha canviat el patró de malaltia.

b) *Els avenços científics dels professionals.* El món dels professionals també està canviant a gran velocitat científicament i tecnològica. Cada dia es pot apurar més en un diagnòstic o es pot arribar a fons en un tractament. És impressionant la quantitat d'informació que es publica diàriament en les revistes nacionals i internacionals sobre sanitat i salut, i, per tant, és absolutament impossible, en aquest moment, llegir tot el que es publica diàriament.

c) *Els recursos de l'Administració.* L'Administració ha d'afrontar aquesta creixent demanda i aquest creixent increment de recursos que necessita per a aplicar aquests avenços tecnològics. Mirant el que ha passat en aquests darrers anys i pensant en un futur, sabem segur que el que es pot generar de riquesa de creixement és absolutament insuficient per a l'increment de necessitats que ens vénen. Tothom es posa d'acord en el fet que no som capaços de generar riquesa suficient per a destinar la quantitat de diners que, en aquest model que tenim ara, puguin satisfer les necessitats creixents dels ciutadans i, a més a més, incorporar les novetats científiques i tecnològiques.

Per a fer un sistema de salut més sostenible, es poden proposar tres grans blocs d'accions:

a) *Augmentar el finançament.* Es tracta de posar més diners per a fer el mateix o per a fer més.

b) *Augmentar l'eficiència del sistema sanitari.* Seria allò de dir: «Amb el mateix, fem més.» Intentem ajustar estructures de gestió entre sistemes primaris i hospitals. Mirem de buscar formes de substitució perquè el model sanitari actual, basat en els hospitals, és molt car. Hem de ser capaços de traslladar tot allò que podem fer a domicili o a l'atenció primària, perquè, si no, no es podrà mantenir en un futur. L'opció d'augmentar l'eficiència del sistema seria: «Amb el que podem tenir, intentem fer més per a abastar l'increment de necessitats que ens vénen.»

c) *Racionalitzar i prioritzar les prestacions sanitàries públiques.* No hi ha més diners; per tant, intentem ser més eficients amb el que tenim. Els ciutadans haurien de poder decidir i participar a l'hora de dir què no és prioritari per a apartar-ho del sistema públic. Es poden fer coses per a millorar els aspectes de costos o de despesa sanitària pública. Entre el 25 i el 30% la despesa sanitària d'aquest país és en farmàcia. És un tema importantíssim, perquè mou una gran quantitat de diners. Si poguéssim intervenir en la millora

de la prescripció de fàrmacs, en la indústria farmacèutica o en les oficines de farmàcia, potser aconseguiríem millorar el sistema.

Un dels problemes que tenim habitualment és que veiem com a sinònims «sistema sanitari» i «salut». L'OMS defineix la salut no solament com aquell estat en el qual no hi malaltia, sinó com «l'estat complet de benestar físic, psíquic i social». D'uns estudis fets al Canadà es pot demostrar que l'impacte en la salut del sistema sanitari no arriba a més d'un 15%; en canvi, pel que fa a l'impacte en la salut, si mirem els recursos que s'hi destinen, el sistema sanitari s'enduu més del 80% dels recursos; és a dir, estem destinant pràcticament la majoria dels recursos a una cosa que només té un 15% d'impacte en la salut. Fixem-nos en els percentatges següents:

- a) Estils de vida: un 40%.
- b) Medi ambient: un 35%.
- c) Biologia: un 10%.
- d) Serveis sanitaris: un 15%.

Quan vas a països subdesenvolupats, amb una esperança de vida molt baixa, amb una mortalitat infantil molt alta i amb un patró de malalties de mort bàsicament infeccioses, t'adones que, en general, fa més un enginyer o un arquitecte que un metge. Hi va un equip d'enginyers, separa les aigües residuals de les potables i desapareix la malaltia infecciosa que causa la mort del 50% dels nens. Som en un model en el qual anirem ficant molts diners en el sistema sanitari, però tampoc no aconseguirem unes grans millores de perspectives de salut. Hem de començar a reflexionar com l'individu ha de pensar i discutir què aporta a aquest sistema de salut propi i a entrar en aspectes d'estil de vida i de medi ambient, no tant en biologia, en els quals s'esmercen molts diners en l'estudi del genoma i en la predeterminació de la previsió de malalties perquè, quan neixis, et puguin dir quines són les

probabilitats de desenvolupament d'una malaltia en una determinada edat, llevat que no canviïs l'estil de vida o facis alguna cosa de treball preventiu.

Sortim o estem en un estat totalment proteccionista, del qual esperem que tingui cura de nosaltres en tot. Cal tenir la llibertat individual o la responsabilitat social individual per a preocupar-nos de la nostra pròpia salut, i perquè aquell que no ho faci reconegui que provoca una despesa al sistema sanitari que repercuteix negativament en la societat. Aquest i altres temes tractats, els deixo sobre la taula per a discutir-los després.



Dr. Antoni Anglada