

Sanitat: tractar causes, no símptomes

L'excés de consultes trivials afecta la qualitat de l'assistència i desvirtua l'acció professional

VICENTE ORTÚN*

EL PERIÓDICO DE CATALUNYA, 15.02.08

Catalunya i Espanya tenen un bon sistema sanitari, amb un mal pronòstic. Bon sistema, atenent els índexs que realment importen: la mortalitat innecessàriament prematura i sanitàriament evitable, o l'atenció que requereix una bona actuació del sistema sanitari enfront d'infeccions bacterianes, càncers tractables, diabetis, complicacions de procediments quirúrgics, una part de les malalties cardiovasculars i cerebrovasculars, etcètera. En això ocupem la quarta posició mundial, al darrere de França, el Japó i Austràlia. I mal pronòstic si, perduts en la conjuntura del dèficit de professionals en certes especialitats, territoris i horaris, no afrontem els problemes estructurals d'accessibilitat desbocada, oferta funcionaritzada i falta de maduresa institucional. Vegem-ho detingudament.

Tenim un accés desbocat (9,5 consultes mèdiques per habitant i any, molt més que qualsevol país de la Unió Europea dels 15). El tot és possible es tradueix en la creença que els serveis sanitaris donaran resposta a qualsevol mínima circumstància que alteri el perfecte estat de benestar físic, psíquic i social --donada la creixent intolerància a la incomoditat--, juntament amb les malalties imaginàries, que assoleixen altes cotes. Així, l'obsessió per la salut es converteix en el factor patògen predominant, tal com diu Gérvas.

AMB UN SISTEMA finançat proporcionalment sobre rendes, i amb unes prestacions que s'ajusten bastant a la necessitat, s'ha de frenar el deteriorament de la qualitat, que trivialitza les consultes i desvirtua l'exercici professional. S'han de crear filtres tècnics d'accés: igual que hi ha un metge de portes a urgències, hi pot haver un filtre d'infermeria en atenció primària. Es poden instaurar copagaments per a serveis no necessaris que estan per sobre dels preus de referència, o definir clarament la cartera de serveis de la sanitat pública, cosa que ajuda el sector privat a definir la seva posició, i el sector públic a evitar automatismes poc seriosos.

Tenim també una oferta funcionaritzada. Des de fa lustres hi ha consens sobre la conveniència de dotar de més autonomia i responsabilitat els centres sanitaris, amb la lògica oposició dels que confonen l'Estat de benestar amb el benestar dels que treballen per a l'Estat. Va ser amb la ministra Celia Villalobos, i com a conseqüència de compromisos previs, quan es va llançar l'oferta pública d'ocupació més gran de la història, i això va contribuir a l'esclerosi que es pretenia superar. Espanya es distingeix, així, de països similars per una producció pública més gran de serveis d'atenció primària.

Per una altra part, s'han de revisar els continguts de les consultes, eliminar tot el que no aporta un valor afegit, donar un tracte diferent dels pacients crònics i revisar el paper dels professionals perquè assumeixin nivells més alts de competència en la seva activitat diària. S'ignora, en definitiva, que la qualitat de la gestió pública depèn més de la qualitat de la democràcia (transparència, finançament de partits polítics, control de mitjans públics de comunicació, tal com ho va definir

al seu informe del 2005 l'exconseller Josep Maria Vallès) que de neologismes insulsos.

En l'ordre institucional, la conjuntura que ara ens entreté és la de dèficit de professionals, provocat pel frenesí constructor d'hospitals a les autonomies, l'impuls de la demanda privada i l'augment de la població espanyola en més de quatre milions de ciutadans. Tenim uns mercats segmentats en un nombre increïble d'especialitats (47) i territoris (17), amb una administració sense capacitat de negociar de manera particularitzada amb els col·lectius professionals les condicions de contractació, cosa que no facilita la solució lògica que passa pel foment de la dedicació parcial (importantíssim per a unes professions feminitzades) i la flexibilitat en horaris i funcions assistencials.

Els equips d'atenció primària han de disposar d'una autonomia de gestió que els permeti definir la seva pròpia estructura i organització, i es beneficiïn de la seva gestió. Aquesta autonomia de gestió pot arribar fins a la personalitat jurídica pròpia com a entitats de base associativa, efectuant, això sí, una profilaxi dels curtcircuits que l'incentiu de lucre pot introduir.

En aquests equips d'assistència, les càrregues de feina es defineixen en termes de població atesa i capacitat resolutiva, no en minuts per visita o visites per dia, ja que totes dues depenen del professional, i aquest ha de controlar-les. Per reducció a l'absurd, 25 visites al dia, amb pacients que hi van en dies alterns, portaria a quotes de 50 persones, que degradarien la pràctica professional del metge, perquè es perdria irremissiblement la seva habilitat i capacitat per detectar problemes.

ELS QUE comparteixen els principis del sistema sanitari finançat públicament, amb l'objectiu central de mantenir la motivació i informació del professional sanitari per al bon funcionament del sistema, tard o d'hora hauran d'agafar el toro per les banyes (en sanitat, universitats, educació-) i prendre's seriosament l'autonomia responsable --sense democràcia orgànica-- dels centres, la competència, per comparació, entre ells. I establir prioritats, amb informació transparent i responsable, de les prestacions que garanteixin la compatibilitat entre consolidació de l'Estat de benestar i progrés social.

* Director del Centre de Recerca en Economia i Salut (UPF).