

RECURSOS FINITS, NECESSITATS INFINITES

ENTRE EL FINIT I L'INFINIT

L'ésser humà és l'ésser finit que desitja ser infinit. L'ésser incomplet que desitja ser complet.

Joan-Carles Mèlich

1

Joan Carles Mèlich és un filòsof català, contemporani nostre, que ha dissertat sobre la contingència, la fragilitat i la vulnerabilitat dels éssers humans. Ell des de la filosofia i nosaltres des de la pràctica mèdica diària. Sabem que des de sempre l'objectiu de la societat organitzada és viure més i viure millor

Les condicions d'higiene actuals, la salubritat pública, les condicions dels habitatges i l'alimentació han permès que l'esperança de vida hagi augmentat dos anys i mig cada dècada des de fa mig segle (referit a Europa). Abans dels antibiòtics, els carrers amples i l'assolellament ja havien reduït la mortalitat per tuberculosi. Per tant no hi ha acord sobre l'aportació al creixement de l'esperança de vida per part de la salubritat general, de la tecnologia i de l'organització de serveis nacionals de salut. Probablement és un mèrit compartit

La geografia és un terme utilitzat per conèixer els replers del paisatge que ens envolta. Nosaltres (sobretot vosaltres) el podem utilitzar per determinar la posició dels elements que configuren l'anatomia humana. L'anàlisi de la demografia ha configurat les càtedres de Geografia humana que ens explica que actualment les persones de 38 anys a Catalunya són el doble que les de 18 anys i que la disminució de la natalitat posarà en risc el finançament dels sistemes de previsió social. La natalitat excessiva és un problema global del planeta Terra. La natalitat insuficient és un problema de les societats avançades, organitzades. Com més elevat és el benestar i el confort, més baixa la natalitat; com més preocupació per la vida en edats avançades, menys fills; com més accés al coneixement i als mitjans anticonceptius més baixa és la natalitat. Novament la geografia humana. Ee en els districtes més pobres de les grans ciutats o en les poblacions de renda més baixa, dins dels mateixos països desenvolupats, l'índex d'embarassos en adolescents és més alt.

Hem oblidat que si volem viure molts anys i molt bé, cal que les generacions joves sustentin amb la seva aportació a la fiscalitat els serveis destinats a les persones d'edat molt avançada. En l'estructura preindustrial i en l'agricultura actual encara és un principi natural, però en la societat industrialitzada i en les concentracions urbanes ho oblidem sovint. En veurem les conseqüències en les properes dècades.

Un servei de caràcter social pot sobreviure amb comoditat quan la recessió econòmica ho amara tot?

Els higienistes i la medicina moderna han allargat l'esperança de vida. La contaminació i la inadequada alimentació la posen en perill. Hi ha un debat permanent entre l'optimisme i el pessimisme en la visió futura de la humanitat

2

No hi ha afirmacions lineals en l'evolució de la societat. Bona part dels avenços tecnològics i dels descobriments científics han tingut conseqüències positives en l'evolució de la humanitat, especialment en les societats considerades avançades, però també han estat les responsables de toxicitat i de catàstrofes. El resultat és clarament positiu i a la vella Europa les polítiques fiscals redistributives han permès crear els sistemes nacionals de salut que sense cap mena de dubte constitueixen un sistema de protecció i garantia de tractament més equitatiu.

El servei integral del Regne Unit (National Health Service) nascut després de la catàstrofe humanitària que va significar la II Gerra Mundial, va néixer amb l'objectiu de millorar les condicions de vida i de salut, i amb l'esperança que estabilitzarien, i fins i tot disminuirien, la despesa quan l'estabilització dels indicadors sanitaris els fos favorable. En les publicacions del seu 50è aniversari es produí unanimitat en l'afirmació que la despesa sanitària no tendeix mai a la disminució.

L'increment de l'esperança de vida; els tractaments més efectius, però més cars; la investigació; la renovació tecnològica; les noves patologies; les psicopatologies o sociopatologies.... La humanitat evoluciona i el concepte d'equilibri biològic, psíquic i social pot considerar-se també sa.

La tecnologia, sortosament, ens posa a la nostra disposició nous mecanismes per a la nostra activitat diària. La participació en les tècniques avançades, per exemple en la cardiologia intervencionista permet tractar insuficiències mitrals amb mitraclip o estenosi aòrtica amb el dispositiu TAVI (*transcatheter aortic valve implantation*) en pacients norantins (nonagenaris). La tècnica costa a l'entorn de 90.000 euros per pacient. Imprescindiblement, la bioètica haurà de determinar els supòsits.

Un servei de caràcter social pot excel·lir quan el seu entorn és decadent?

L'anomenat model català havia traslladat la tradició forjada entre la superstició i la preocupació social de l'església, els consells municipals, indians i consciències penedides, que destinaven diners als hospitals d'infecciosos i als pobres de solemnitat. La creació d'una seguretat social en l'etapa de *desarrollisme* franquista no venia a sumar equitat, ans el contrari, les grans ciutats sanitàries estaven vetades a bona part de les famílies no incorporades al "régimen general". Només l'arribada de la democràcia i de les polítiques redistributives va dibuixar un mapa sanitari de diferents nivells de resolució de patologies segons complexitat, amb presència capil·lar al territori català i va universalitzar l'accés als centres sanitaris. Els ajuntaments democràtics van fer una gran aportació amb polítiques de salut pública i complements socials. Finalment, la integració de totes les polítiques (equipaments, tecnologia, qualitat de l'espai públic, salubritat, educació,...) va configurar-se en un instrument de curta vida conegut com Llei de Barris 2004-2010) (Projecte Sophie-Agència de Salut Pública Barcelona: 11% d'increment de percepció bona salut en les dones dels barris on es va actuar)

3

Bismarck va pagar les primeres pensions l'any 1881 als prussians de 65 anys quan només un de cada tres arribava a aquesta edat. A Espanya, la primera pensió la va abonar l'any 1919 l'Assegurança Obrera quan només un 35% dels obrers arribaven a aquesta edat. Avui, sortosament, hi arriben el 90%. Com tots vostès saben, cada dia tenim pacients d'edats molt avançades en les sales d'operacions, la qualitat de vida en aquestes edats comporta atencions sovintejades amb costos elevats. Raó per la qual s'han desenvolupat serveis de cirurgia geriàtrica amb criteris diferenciats i atenció especial als pacients i a les famílies.

El greu problema és que la **piràmide** d'edats ja no té forma de piràmide, ja que les persones de 40 anys són quasi el doble que les de 20 i bona part de les de 20 no s'incorporen a l'economia productiva i no poden aportar recursos per a la hisenda pública

Evolució demogràfica

Catalunya.

2014

2013

2012

2011

2010

Població	7.513	7.547	7.571	7.539	7.512
Índex	395,4	383,9	385,1	383,3	382,0

(Milers d'habitants i índex base 1900=100)

Font: Institut d'Estadística de Catalunya i INE. Padró municipal d'habitants

* Les dades del 2014 són provisionals



Evolució demogràfica

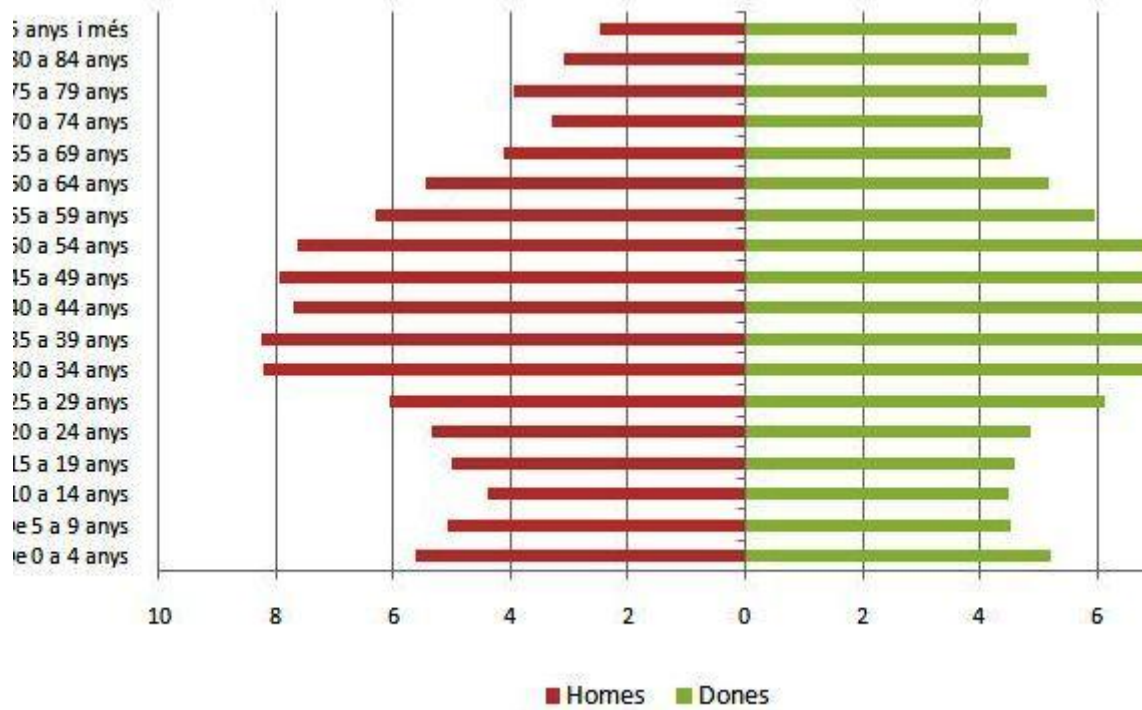
Catalunya.

	2005	2004	2003	2002	2001
Població	6.995	6.813	6.704	6.506	6.361
Índex	355,8	346,6	341,0	330,9	323,6

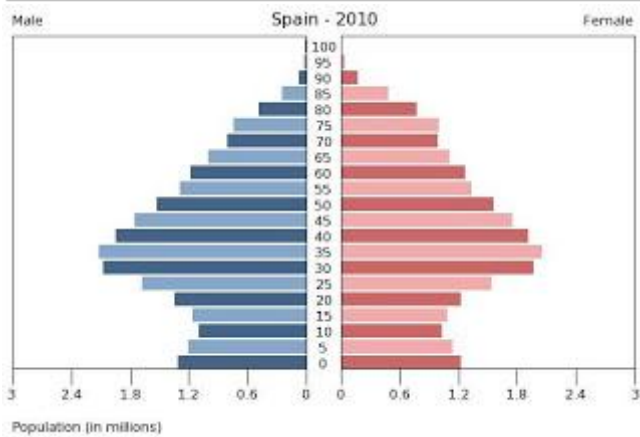
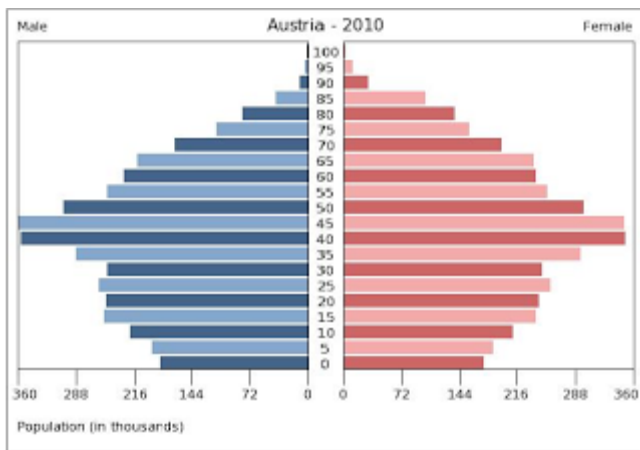
(Milers d'habitants i índex base 1900=100)

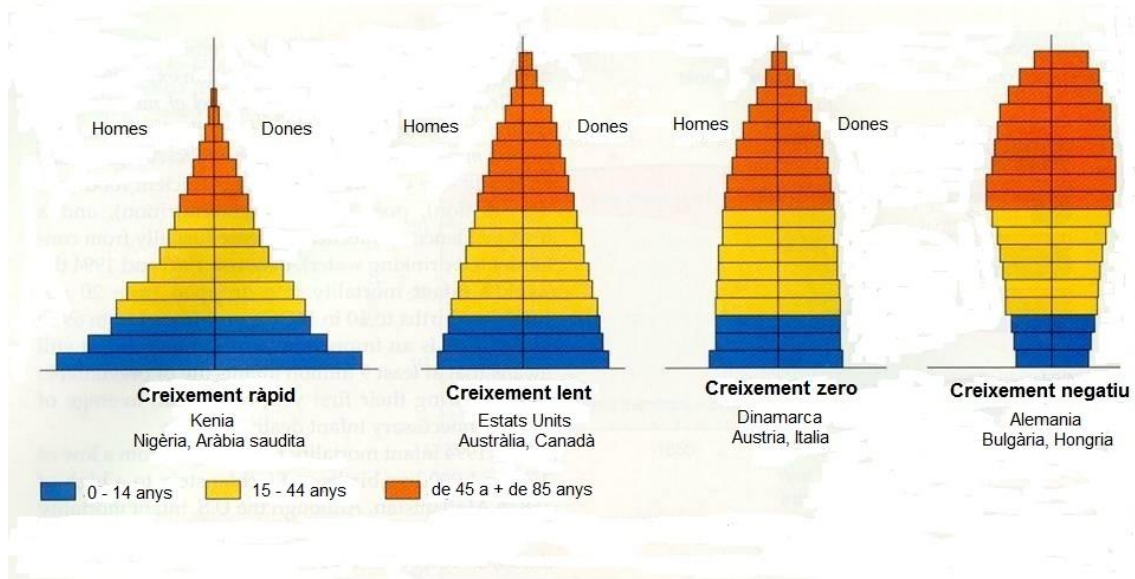
Font: Institut d'Estadística de Catalunya i INE. Padró municipal d'habitants

* Les dades del 2014 són provisionals



5





És possible preocupar-nos del sosteniment d'un sol servei públic? Quin són els realment bàsics?

Per a les persones que tenen cotxes, els serveis bàsics són les carreteres; per a les que no en tenen; els transports públics. Per a les persones que no conceben els éssers humans sense coneixements ni habilitats, l'escola i la universitat; per a les persones que creuen en el futur, la investigació. Per a les persones estan malaltes, la sanitat. Per a les persones que s'han jubilat, el sistema de pensions. Per a les persones discapacitades, les prestacions de dependència. Per a les persones més vulnerables, els serveis socials. Per a la sensibilitat, la cultura. Per a la seguretat, la policia, els bombers, les presons....

Estaran d'acord amb mi que tots aquests serveis són bàsics i que només una mirada des de perspectives diferents, amb sensibilitat i intel·ligència pot donar-nos alguna clau per explorar sistemes de sostenibilitat en circumstàncies adverses i canviants

Fa anys que les recomanacions tàcites o explícites són contractar un pla de pensions o una assegurança sanitària privada. En realitat ambdues coses segresten una part dels ingressos d'una classe mitjana en dificultats. Si no haguessin de reservar una part de la nòmina per al pla de pensions i per a l'assegurança, podrien plantejar-se una major natalitat. Si existissin autèntiques polítiques de família, la demografia podria assegurar-nos les pensions i el tresor públic no estaria tan buit. Certament, en els darrers anys no hi ha feina per als joves, però

quan n'hi havia no hi havia joves i la demanda de mà d'obra exterior va generar una onada migratòria que en termes de concentració en el temps i de dificultat d'integració fou més preocupant que la dels anys seixanta.

Les polítiques integrals i redistributives han d'incloure polítiques de reindustrialització i polítiques de família que no siguin carrinclones.

Els indicadors econòmics de Catalunya ens indiquen que un 14% de les famílies sense fills menors al seu càrrec està sota el llindar de pobresa. Aquest percentatge s'incrementa fins a un 27% quan les famílies tenen dos fills i fins al 47% quan tenen tres fills menors. Hem de fer polítiques de família no només perquè la piràmide d'edat torni a ser piràmide, sinó que, les hem de fer, perquè la pobresa afecta la salut. Un de cada 4 pacients de la població general abandona la medicació per raons econòmiques. En el cas dels atesos per la Creu Roja, dos de cada tres. D'aquestes famílies que estan sota el llindar, el 61% no s'escalfa adequadament pel cost de l'energia; el 80% necessitaria tractament odontològic que no pot assumir; el 70% necessitaria canviar-se les ulleres i no pot; el 91% fa una dieta inadequada. És evident que les condicions socioeconòmiques desfavorables tenen conseqüències negatives per a la salut. Encara no s'ha estudiat un període prou extens per afirmar que s'ha estabilitzat l'esperança de vida. Només ens alerta que els avenços socials són **reversibles**.

Els indicadors poden ser estrictament sanitaris o estrictament econòmics?

L'estudi publicat per "*Salud col·lectiva*" (Navarro, Borrell, Muntaner, Quiroga) demostra la relació amb l'acció de governs de partits pro-redistribució, la durada d'aquests períodes pel que fa a la disminució de la mortalitat infantil, però, en canvi, no pot demostrar en l'esperança de vida al néixer. (Bèlgica, Holanda, Alemanya, França, Itàlia, Canadà, Irlanda, Regne Unit, EE.UU, Suècia, Noruega, Dinamarca, Finlàndia, Àustria, Grècia, Portugal i Espanya) però l'enquesta anual de salut (Esca) evidencia que les rendes més baixes mostren un percentatge major de malalties cròniques, trastorns mentals, hipertensió, hipercolesterolèmia no tractada

El setembre de 2011, només tres anys després d'haver iniciat la fase recessiva de l'economia, l'Agència de Salut Pública de Barcelona reconeixia que la diferència de rendes havia passat d'una relació de 1/4 l'any 2007 a 1/6 aquell any entre els districtes més pobres i els més rics de la capital catalana (Sarrià-Sant Gervasi/Nou Barris; per barris Pedralbes/Ciutat Meridiana). Publicava un estudi sobre indicacions de salut del barri del Raval, amb una de les rendes més baixes de la ciutat i una de les concentracions d'immigració extracomunitària més elevada. Els resultats eren molt eloqüents (taula 13)

Taula 1. Incidència de malalties de declaració obligatòria. Any 2009. Taxa per 100.00hab

Tuberculosis*	Raval 166,6	Barcelona 25,8
VIH*	Raval 54,	Barcelona 19,7
SIDA*	Raval 12,5	Barcelona 4,4
Sífilis	Raval 43,7	Barcelona 12,8
Gonocòccia	Raval 47,9	Barcelona 12,0
Amebiasi	Raval 6,25	Barcelona 0,8
Febre Tifoide	Raval 2,0	Barcelona 0,3
Hepatitis A	Raval 33,3	Barcelona 15,3
Hepatitis B	Raval 2,0	Barcelona 1,7
Hepatitis C	Raval 4,2	Barcelona 0,5
Hidatidosi	Raval 2,0	Barcelona 0,2
Parotiditis	Raval 6,2	Barcelona 2,2
Shigel·la	Raval 6,2	Barcelona 2,4
Tos Ferina	Raval 6,2	Barcelona 2,8

Font: Registre de Malalties de Declaració Obligatòria. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Taula 2. Esperança de vida. Període 2002-2007.

Raval Sud Raval Nord Ciutat Vella Barcelona

Homes

Esperança de vida en néixer	Raval 72,5	Ciutat Vella74,3	Barcelona77,5
Esperança de vida als 65 anys	Raval 15,5	Ciutat Vella16,4	Barcelona17,8
Taxa de mortalitat bruta	Raval 1776,1	Ciutat Vella 1295,7	Barcelona 1020,3

Dones

Esperança de vida en néixer	Raval 80,6	Ciutat Vella 82,6	Barcelona 84,2
Esperança de vida als 65 anys	Raval 20,8	Ciutat Vella21,8	Barcelona 22,2
Taxa de mortalitat bruta	Raval 1174,3	Ciutat Vella 1036,6	Barcelona 964,5

Taula 3. Resultats de l'embaràs (any 2009) i mortalitat perinatal (any 2011).

% naixements amb baix pes en néixer (<2500g.)

Raval 11,3	Ciutat Vella 7,8	Barcelona 7,0
------------	------------------	---------------

% naixements prematurs (<37 set. gestació)

Raval 8,5	Ciutat Vella 5,8	Barcelona 6,7
-----------	------------------	---------------

Mortalitat perinatal (criteri nacional*)

Raval 7,1	Ciutat Vella 4,3	Barcelona 4,4
-----------	------------------	---------------

Les solucions són només sanitàries?

Em repugna la desigualtat. Vull que els poders públics s'impliquin a fons per limitar-la. Les polítiques redistributives, ara que la producció de riquesa està més globalitzada que mai, són fonamentals per guanyar cohesió social, però també és fonamental reconèixer que no tot és possible. Ja no és possible apuntar-se a les solucions màgiques o a les seguretats absolutes. Les injustícies i les desigualtats han crescut tant en tan poc temps; que la resposta de la societat és un clam en defensa dels serveis públics, que massa sovint es confonen en "gratuïts" i no ho són. Cada proposta ha d'analitzar les conseqüències de tota mena; ha d'impedir que beneficis encara més els poderosos o els qui els agrada viure a l'esquena dels altres i s'ha d'establir que tots tenen l'obligació d'esforçar-se (si volen proporcional al benestar individual, però esforç al cap i a la fi). A vegades per temors electorals no es diu amb prou claredat que la cultura basada en l'abús en l'ús dels serveis públics i la creença de que el que no es paga directament és gratuït són corrosius en l'actitud del contribuent envers la seva obligació impositiva. Ho són, però, infinitament molt més corrosiu cada escàndol de corrupció política o d'aquells que ostenten posicions de privilegi en la societat.

Són tantes les preocupacions d'aquests moments d'incertesa que sovint algunes expressions del desacord amb les actituds que ens han portat fins a aquesta situació esdevenen raonablement agres i radicals. Com una paradoxa a les crítiques més radicals a vegades, es corresponen amb propostes de solució que vessen candidesa, ingenuïtat i simplicitat, ignorant la gran complexitat de les causes i dels problemes encadenats. Però formulades amb to contundent poden arribar a generar expectatives elevades i seguretats absolutes. Les seguretats absolutes no existeixen, però entenc que quan el futur ens presenta un excés d'interrogants la reacció social sigui apostar per a qui promet solucions felices

El progrés social és irreversible?

La història de la humanitat és plena de concepcions molt pessimistes sobre la naturalesa i el comportament dels éssers humans, que es contraposen a les visions basades en l'optimisme esperançat que diuen que el progrés i el coneixement dels éssers humans seran els que ens trauran dels pous que cíclicament ens engoleixen. Fins ara, el resultat ha estat molt igualat, amb períodes que guanyen els pessimistes i d'altres que hem de donar la raó als optimistes, ja que l'avenç científic i tecnològic ens ha portat fins al període de prosperitat, benestar, salut i esperança de vida de les darreres dècades, les millors de tota la història, que com saben no ha escatimat calamitats en el seu recorregut.

Durant uns quants anys quan parlava dels avenços socials, de les reformes que ens havien permès el benestar col·lectiu parlava de consistència, de profunditat, i de manera agosarada m'atrevia a afirmar que no només eren canvis profunds i consistents, sinó que també eren irreversibles. Ara mateix no m'atreveixo a utilitzar aquest darrer adjectiu, ja que en determinats serveis socials hem presenciat la reversibilitat dels progressos. A Grècia, en els sis anys de crisi han retrocedit disset dels dinou indicadors del desenvolupament humà, i alguns afirmen que també ho ha fet l'esperança de vida, però altres experts (Anna Cabré, 2013) consideren que el període estudiat és massa breu per afirmar-ho. No tenim evidència empírica però intuïtivament no ens sorprèn l'afirmació

Parlem de sostenibilitat del sistema en el seu conjunt?

Personalment em sento amb l'obligació de plantejar-me com podrem mantenir i millorar el conjunt del sistema (SISCAT). Mantenir no és arronsar les espatlles i confiar que un dia rere l'altre les coses es mantindran sense averies importants. Mantenir vol dir atorgar funcions cada vegada més interessants de coneixement de la població a la qual hem de servir; replantejar-se el funcionament actual per deixar pas a formes més àgils i eficients d'acció preventiva i d'atenció bàsica i garantir la formació i la inversió per incorporar la tecnologia disponible més avançada quan calgui substituir equipament tècnic. El sistema sanitari pot sobreviure en estat latent, però per evitar regressions i decadències cal seguir invertint

El model català era complex i senzill alhora. Senzill, perquè tenia l'esquema de centres de referència amb tecnologia avançada i centres generalistes amb capacitat creixent de resoldre patologies. Complex, perquè el sistema en el seu conjunt incorporava capacitats de resolució superiors i tenia presència capil·lar en el territori....

No importava la titularitat, importava la funció en el conjunt de la xarxa. Si volem salvar la xarxa ha de ser nítida i clara, sense híbrids (sense centres que no formen part de l'esquema general però que reben quantitats indeterminades de recursos per activitat que correspon a la xarxa nítida i que està en condicions d'assumir i necessita la contraprestació econòmica per a sobreviure). Els reptes que la crisi ens assenjala són difícils i no en sortirem amb ambigüitats.

El pas del "mapa sanitària" al que avui s'anomena "SISCAT" i les seves incorporacions, s'ha de revisar. Cal revalorar la xarxa pública i donar-li facilitats, no pas diluir-la. Alguns centres van néixer amb vocació de centres privats i cal que es sotmetin a les lleis del mercat. No poden sostreure recursos imprescindibles perquè la xarxa pública segueixi sent de qualitat

Les dades econòmiques ens mostren que Espanya (inclouen dades de Catalunya) és la societat més desigual d'Europa. Els rics són més rics; els pobres més pobres. La classe mitjana assalariada ha perdut poder adquisitiu. Alguns centres han estat concebuts pels qui creuen en les oportunitats individuals, i sostenen que el que compta és l'individu i la fortuna individual. Potser per això el propietari de clíniques com Teknon, Quiron o Dexeus és un fons d'inversió; o l'Hospital General de Catalunya i el del Sagrat Cor són propietat d'una multinacional que en forma de fons de capital de risc gestiona una vintena de centres a l'Estat espanyol.

Hem de concentrar recursos, audàcia i coneixements per mantenir una bona xarxa pública, i mantenir l'alt prestigi que ha tingut i que té, i que és patrimoni de tots els ciutadans, especialment dels qui no tenen patrimoni

Per tant, parlem de sistema en el seu conjunt, com un sistema integrat per els centres d'alta resolució i tecnologia i pels comarcals o bàsics dotats i prestigiats. Aquest és el gran patrimoni que cal salvar i d'aquesta crisi i fer-lo sostenible en el temps, malgrat les adversitats

Hi ha solucions aïllades per a alguns hospitals?

És evident que quan perilla un sistema estructurat amb criteris compartits, alguns centres que configuren la xarxa exploren possibles sortides aprofiten algunes característiques específiques: implicació del cos mèdic, especialització per edats, ubicació en zona turística, personalitat jurídica públicoprivada, disponibilitat d'edificis.....

Per tant, avui la xarxa està plena de singularitats; ja no és nítida. Tot pot endreçar-se, però mentre no es defineixi un horitzó de sostenibilitat és raonable que cada centre intenti destacar i rendibilitzar les seves singularitats. El sistema públic no pot renunciar als ingressos econòmics directes més enllà del pagament indirecte del servei que signifiquen els recursos procedents dels pressupostos de l'Administració

Experiències basades en la sobreespecialització com BarnaClínic; la internacionalització de Sant Joan de Déu o l'Institut Guttmann; la tradició mutualista com Terrassa, la disponibilitat d'espais com Vic; la ubicació en el bell-mig de la Costa Brava com Palamós, s'han de potenciar

Ara per ara cal aprofitar les singularitats dels diferents centres però cal aspirar a que algun dia substituïm la gestió de les oportunitats per la generació d'oportunitats

Per mirar el futur col·lectiu....

Re-industrialització; Increment de persones ocupades. Recuperació inversió pública i polítiques d'estímul.

Reforma fiscal profunda amb canvi cultural. Tributació proporcional a la riquesa total (treball, patrimoni, capital). Acceptació que sense impostos no hi ha serveis i que els serveis són tots de pagament, directe o indirecte

Recuperació de la piràmide demogràfica. Polítiques de famílies no carrinclones

Revisió de la cartera de serveis de cobertura amb pagament indirecte (impostos)

Debat ètic del sobre-diagnòstic i sobre-tractament, especialment en edats molt avançades

Reflexions serenes a l'entorn del suïcidi assistit (ajuda a morir) i l'eutanàsia (Holanda, Bèlgica, Luxemburg....)

Concentració d'esforços dels pressupostos públics en els hospitals d'alta tecnologia i la xarxa de capil·laritat comarcal. Desaparició de figures fora del "mapa sanitari": Cal intentar servir una xarxa definida, sense organismes en "terra de ningú"

Determinar amb claredat la jerarquia de complexitat, sense deformacions d'oportunitat.

Assignació de recursos per capitació real i complexitat, amb competències plenes sobre els pacients del territori assignat.

Sistema d'incentius per a la població vinculats a objectius sanitaris (implants dentals a Suècia)

Incentius per innovació clínica i de gestió

Implicació del cos mèdic especialista en la preservació del sistema acordat; incentius de retenció als bons professionals; incentiu de valors com professionalitat, experiència, visió estratègica, en comptes d'estar subjecte a interessos de part

Pagament directe del que no figuri en la cartera de serveis. Estudi de pagament percentual del que encareix (a petició de l'usuari) els procediments (?)

Alguns intents de solucions particulars.....

Oferta de serveis no coberts per catàleg de pagament indirecte (Administració)

(Esport, Osteòpates, cirurgia estètica, determinats supòsits de reproducció assistida.....)

Tractaments no urgents de pacients de la UE

Complements no estrictament sanitaris

Serveis domiciliaris

Èmfasi tècniques innovadores per atreure pacients de fora territori

Captació de clients d'altres estats europeus amb prestacions limitades (reproducció assistida en totes les modalitats de família)

Pacients de fora de la UE que disposen de recursos però no de mitjans assistencials

(només tenen accés les rendes altes/ debat ètic...)

Especialitzar el departament d'administració en coneixement d'altres sistemes sanitaris i en idiomes...

Activitat en conveni amb operadors turístics

Palamós 17 d'octubre de 2014

