

## DESPESA SANITÀRIA

Una de les mesures que està proposant l'actual govern de la Generalitat és reduir, encara més, la despesa pública social en general i la sanitària en particular. Es diu que Espanya i les seves CCAA, Catalunya inclosa, no es poden gastar més en sanitat pública quan l'evidència, accessible en les fonts de dades de la Unió Europea (Eurostat) i de l'Observatori Social d'Espanya, mostra que això no és cert.

Espanya té un PIB per càpita equivalent al 94% del PIB de la mitjana dels països de la UE-15. En canvi, la despesa pública sanitària per càpita és només del 79,5% de la mitjana. Si fos del 94% que tocaria per PIB, Espanya es gastaria 13.700 milions d'euros més dels que es gasta en sanitat. El mateix passa a Catalunya on el PIB per càpita és el 117% de la mitjana de la UE-15, mentre que la despesa pública sanitària és només el 79,7% de la mitjana. Si fos el 117%, ens gastaríem 783 euros estandarditzats per càpita més del que ens gastem. Per tant no és cert que no tinguem els recursos, el que passa és que els ingressos a l'Estat són dels més baixos de la UE-15 i aquí està el problema. L'elevat dèficit públic espanyol no ho es per un excessiu creixement de la despesa pública sinó, tal com ha reconegut el mateix FMI, per un descens dels ingressos a l'estat, resultat del descens de l'activitat econòmica i, també, de la disminució de les càrregues impositives que es van dur a terme en anys anteriors. Espanya (i Catalunya) tenen els menors ingressos a l'estat de la UE-15 (després d'Irlanda i Portugal), amb un elevat frau fiscal i una càrrega impositiva regressiva i que depèn excessivament de les rendes del treball (mentre a d'altres països les rendes del capital i les dels grups més acomodats contribueixen més al fisc).

La prestigiosa revista "British Medical Journal" va publicar un estudi del no menys prestigiós Dr. Gordon Guyatt (fundador de la corrent científica "medicina basada en l'evidència") en la qual comparava serveis públics vs. privats, i conclouia que *"l'afany de lucre en medicina entra en conflicte amb la qualitat dels serveis sanitaris ja que aquestes empreses han d'estalviar fons en àrees que afecten a la qualitat dels serveis, a fi d'aconseguir els diners que necessiten per pagar als seus accionistes i gestors"*. En el nostre país existeix una percepció generalitzada de que la qualitat de l'atenció sanitària pública és millor que la privada, de manera que si estem malalts "de debò" s'acudeix a la pública. No obstant això, en general, la majoria pensen que la privada és millor en aspectes com a hostaleria, confort i llistes d'espera i això explica la seva expansió. Com apunta el professor Vicenç Navarro la causa d'aquestes deficiències estan en l'enorme escassetat de despesa pública sanitària, la més baixa (i amb molt) de la UE-15.



És una característica previsible que, a menor despesa pública en un país, major és la privada. Per aquest motiu es fàcil de predir que el descens de la despesa pública que s'està proposant implicarà un augment de la privada tal i com reconeixien, fregant-se les mans, aquest passat cap de setmana dos dels principals responsables de la medicina privada catalana (Josep M<sup>a</sup> Reventós i Joan Torralba) en un article titulat "La medicina privada espera mejorar con la crisi pública". Existeixen suficients dades que mostren que les companyies d'assegurament sanitari privat es beneficien de les insuficiències del sector sanitari públic, agreujat per un panorama de paralització d'inversions i de permetre la degradació d'instal·lacions de titularitat pública (Trueta, Verge de la Cinta ...) . Per tot això no és casualitat que els qui recolzen la reducció de la despesa pública també demanin una desgravació de l'assegurament privat.

De tot l'exposat es dedueix que, en contra del que interessadament alguns exposen, no és veritat que el sistema sanitari públic català sigui ineficient i malbaratador, al contrari, amb els escassos recursos que s'aporten al sistema s'aconsegueixen elevats nivells d'eficàcia, eficiència i qualitat assistencial.

Un sistema sanitari públic de qualitat necessita en primer lloc d'un finançament suficient, el qual passa per una dotació pressupostària adequada i realista. Des de l'actual Govern de la Generalitat s'argumenta constantment que l'enorme subdesenvolupament social de Catalunya es deu a l'excessiva retenció dels fons que els ciutadans catalans aporten a l'estat central, i encara que existeix un cert element de veritat en això, la major causa de tal subdesenvolupament és l'abans esmentada baixa càrrega fiscal que s'accentuarà encara més amb les retallades d'impostos que el govern de CiU està proposant (desgravar a qui es pagui una mútua, impost de successions...).

### *Pressupostos Generals per CCAA*

La comparativa dels pressupostos sanitaris per CCAA és un índex de la sensibilitat social de cadascuna d'elles. Si analitzem aquests pressupostos aprovats als corresponents parlaments autonòmics (en el cas de Catalunya, amb els pressupostos prorrogats, s'ha calculat el de l'any anterior menys els 850 milions d'euros que ha anunciat el Conseller de Salut), i es calcula el que suposen en despesa sanitària "per càpita" (població segons cens de l'INE), podem observar en la taula adjunta que Catalunya ocupava, al 2010, el lloc 12/17, pràcticament igualada amb el 13 (Canàries) i deixant només per sota a Andalusia, Comunitat Valenciana, Madrid i Balears. La previsió pel 2011 es que, a tot estirar, només quedaran per sota 3 CCAA: Madrid, Comunitat Valenciana i Balears.

## PRESUPUESTOS SANITARIOS POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS

| PRESUPUESTO SANITARIO PER CAPITA | 2010            | 2011            |
|----------------------------------|-----------------|-----------------|
| Andalucía                        | 1180,09         | 1.121,69        |
| Aragón                           | 1419,37         | 1.364,49        |
| Asturias                         | 1507,15         | 1.495,93        |
| Baleares                         | 1066,37         | 1.003,32        |
| Canarias                         | 1295,36         | 1.135,75        |
| Cantabria                        | 1347,47         | 1.232,16        |
| Castilla y León                  | 1360,62         | 1.348,92        |
| Castilla la Mancha               | 1346,52         | 1.283,08        |
| Cataluña                         | 1298,84         | 1.179,31 *      |
| Comunidad valenciana             | 1122,79         | 1.078,95        |
| Extremadura                      | 1509,72         | 1.390,56        |
| Galicia                          | 1333,39         | 1.266,13        |
| Madrid                           | 1108,14         | 1.103,16        |
| Murcia                           | 1334,25         | 1.346,9         |
| Navarra                          | 1543,12         | 1.528,59        |
| País Vasco                       | 1623,08         | 1.563,68        |
| La Rioja                         | 1443,94         | 1.347,11        |
| <b>Media CCAA</b>                | <b>1.343,95</b> | <b>1.281,74</b> |

\* Presupuesto calculado con la distribución de 850 millones de € realizada por el nuevo gobierno de CIU

### Informe FADSP serveis sanitaris CCAA

La FADSP realitza des de 2004 informes anuals que monitoritzen les diferències entre les diferents CCAA, per avaluar possibles desigualtats i les repercussions que les mateixes poden tenir sobre l'equitat del sistema. Els paràmetres analitzats fan referència a aspectes de finançament, recursos i funcionament, política farmacèutica, valoració dels ciutadans, llistes d'espera, privatització sanitària i existència o no de dedicació exclusiva dels professionals al sistema sanitari públic.

La classificació de les CCAA, amb aquests criteris son les següents:

- CCAA amb bons serveis sanitaris: Navarra (56), Astúries (53), Castella – La Manxa (52) Castella i Lleó (50), Aragó (49).
- CCAA amb serveis sanitaris acceptables: Balears (48), Extremadura (48), País Basc (46), La Rioja (46).
- CCAA amb serveis sanitaris regulars: Andalusia(45), Cantàbria (45), Catalunya (42), Murcia (41).

- CCAA amb serveis sanitaris deficients : Madrid (37), Galicia (35), Canàries (29), Comunitat Valenciana (26).

**COMPARACION DE LA POSICION RELATIVA DE LAS CCAA EN LOS INFORMES REALIZADOS.**

| 2004            | 2005            | 2006          | 2007            | 2008            | 2009           | 2010          |
|-----------------|-----------------|---------------|-----------------|-----------------|----------------|---------------|
| Cantabria       | Cantabria       | Cantabria     | Aragón          | Asturias        | Extremadura    | Navarra       |
| Extremadura     | Extremadura     | Navarra       | Navarra         | Andalucía       | País Vasco     | Asturias      |
| Navarra         | Aragón          | Extremadura   | Cantabria       | Navarra         | Navarra        | Castilla-LM   |
| País Vasco      | Navarra         | Asturias      | Asturias        | País Vasco      | Castilla- León | Castilla-León |
| Aragón          | Asturias        | País Vasco    | País Vasco      | Cataluña        | Cataluña       | Aragón        |
| Asturias        | País Vasco      | Aragón        | Extremadura     | Castilla y León | Andalucía      | Baleares      |
| Castilla -LM    | Castilla - León | Castilla-León | Castilla-LM     | Castilla-LM     | Cantabria      | Extremadura   |
| La Rioja        | La Rioja        | Andalucía     | Castilla - León | Extremadura     | Aragón         | País Vasco    |
| Andalucía       | Castilla-LM     | La Rioja      | Cataluña        | Aragón          | Asturias       | La Rioja      |
| Castilla - León | Cataluña        | Castilla-LM   | La Rioja        | Baleares        | Castilla-LM    | Andalucía     |
| Cataluña        | Baleares        | Galicia       | Andalucía       | La Rioja        | Galicia        | Cantabria     |
| Baleares        | Andalucía       | Cataluña      | Baleares        | Cantabria       | Baleares       | Cataluña      |
| Canarias        | Canarias        | Baleares      | Galicia         | Galicia         | Murcia         | Murcia        |
| Galicia         | Murcia          | Madrid        | Canarias        | Madrid          | La Rioja       | Madrid        |
| Murcia          | Galicia         | Canarias      | Madrid          | Murcia          | Madrid         | Galicia       |
| Madrid          | Madrid          | Valencia      | Murcia          | Canarias        | Canarias       | Canarias      |
| Valencia        | Valencia        | Murcia        | Valencia        | Valencia        | Valencia       | Valencia      |

Si analitzem els resultats, s'evidencia que Catalunya ocupa, en 2010, el lloc 12 de 17 amb una qualificació de "regular". Referent a l'evolució de la sèrie en els diferents anys, veiem com es va produir una notable millora entre 2008 i 2009 que va situar a Catalunya en el cinquè lloc de la llista.

De les dades abans esmentades (pressupostos i Informe FADSP) podem concloure que el sistema sanitari català es troba en una situació "complexa" que fa que l'aplicació de qualsevol tipus de retallada pressupostària pugui significar una important deteriorament en la qualitat de l'assistència sanitària en el sector públic de conseqüències imprevisibles.

## RECURSOS

### HUMANS

Es parla de reduir plantilles, ja de per si infradimensionades, no renovant interinitats ni contractes eventuais en un sector que té una taxa de temporalitat al voltant del 25-30%. Això significarà un clar deteriorament de les condicions assistencials, amb el consegüent augment en les llistes d'espera i un empitjorament de la qualitat de l'atenció prestada als usuaris.

Es diu que els professionals treballen "poc" obviant, de forma interessada, que més del 90% d'ells sumen a la "jornada ordinària" les hores de "jornada



complementària” (atenció continuada/guàrdies) arribant al nombre màxim d'hores que per raons de seguretat sobre els pacients i de salut laboral envers els treballadors, permet la normativa europea i, en el cas del personal estatutari, l'Estatut Marc.

## **MATERIALS**

La reducció proposada en “inversions” afectarà no solament a la construcció de nous centres ja programats sinó també al manteniment d'infraestructures i de maquinària, i a la renovació tecnològica. A tot això caldrà afegir el tancament de plantes d'hospitalització, quiròfans i consultes externes ja plantejats en alguns hospitals (com per ex. l'Arnau de Vilanova a Lleida) durant èpoques de ponts i vacances, el que saturarà urgències, augmentarà encara més les llistes d'espera i degradarà la assistència sanitària pública.

Es planteja que “per guanyar eficiència” s'han d'agrupar serveis i, segons sembla, fins i tot es planteja tancar unitats especials, el que provocarà que els usuaris hagin de desplaçar-se més quilòmetres per rebre atenció mèdica. És evident que hi ha una part important de població a Catalunya que no resideix a l'àrea metropolitana o els seus voltants, amb zones de fàcil accés tant en transport públic com privat. Estem d'acord en que s'ha de racionalitzar serveis, ja ho defensàvem molt abans de l'actual crisi, però el que no queda clar és si prèviament els actuals responsables del Departament ha realitzat un estudi acurat (no ho sembla) del “cost” que aquesta mesura pot suposar en zones més disperses com la Catalunya Central o la província de Lleida, per citar dos exemples, tant a nivell econòmic com en d'altres aspectes com son el transport sanitari o el temps que hauran d'invertir en desplaçaments els usuaris i/o els professionals, així com quines seran les mesures correctores a implementar per tal d'evitar els efectes nocius que la caiguda d'activitat associada a aquestes mesures puguin generar.

S'insisteix en la col·laboració públic–privat com a solució màgica als problemes financers del sistema, quan l'evidència demostra que incrementa els costos sanitaris en més del 70% i en realitat el que fa és desviar recursos públics als comptes de beneficis del sector privat.

## **COPAGAMENT**

L'evidència actual mostra que els països amb copagament tenen una despesa sanitària major, el que posa en dubte el seu possible paper en la contenció de la despesa, mentre altres estudis corroboren els seus efectes negatius sobre



l'equitat i l'accessibilitat. És potser per tot això que l'últim Informe sobre salut al món de l'OMS (2010) els desaconsella explícitament.

Utilitzats com a mecanisme recaptatori la quantitat a abonar no pot ser mai "simbòlica" per les elevades despeses de transacció que aquests mecanismes generen. Si per contra l'objectiu és moderar la demanda els estudis confirmen que en les classes més desfavorides es frena tant la demanda "inadequada" com la necessària, mentre que les classes altes no tenen cap inconvenient en pagar per absurda que sigui la demanda.

Se'ns diu des de la Conselleria que considera el copagament com inviable "amb la conjuntura actual" i que "ara no és el moment". Ens preocupa que l'argument sigui "el moment" i "la conjuntura" i no els problemes d'equitat i de manca de justícia social de la mesura. Que passarà quan canviïn aquests factors?

Per altra banda com a dia d'avui el moderat benefici econòmic d'aplicar aquestes mesures no compensaria l'elevat cost polític, s'està començant a parlar de posar taxes a serveis relacionats amb el confort i que no són substantius per l'assistència sanitària, com els menjars o el transport sanitari, potser com a pas previ a una millor acceptació posterior d'altres mesures.

El copagament no és una necessitat ni econòmica ni funcional per al nostre sistema sanitari públic ni solucionarà cap dels seus problemes, sinó que en crearà d'altres molt més greus com inequitats i barreres per a l'accés a l'atenció sanitària als més malalts i més pobres, la qual cosa en qualsevol situació econòmica (hi hagi o no crisi) té efectes negatius per a la salut de la majoria.

Finalment caldria recordar als que parlen de la responsabilització ciutadana en la sostenibilitat del sistema, que els usuaris ja són responsables d'aquesta sostenibilitat en la mesura en què el sistema es finança per la via dels impostos.

## **DESGRAVACIÓ FISCAL A MÚTUES**

L'argument de que qui es paga una mútua privada descongiona la sanitat pública no és del tot cert, ja que una part molt important d'aquests usuaris posteriorment van al sistema públic a sol·licitar receptes, exploracions complementàries o altres serveis addicionals que o bé no tenen contractats amb la mútua o bé aquesta, per manca d'economia "d'escala", els ofereix lluny del domicili. Aquesta despesa que genera el sector privat es molt superior a la del públic doncs en el primer no es segueixen protocols de pràctica clínica per



tal de minvar la variabilitat, existeix un consum no ajustat a l'evidència científica de principis actius més cars que altres alternatives del mateix grup d'equivalència terapèutica, es recreen pocs genèrics, hi ha una sobreutilització tecnològica no justificada i, en definitiva, es genera una despesa addicional innecessària que no s'hagués produït si la primera visita s'hagués fet directament en el sistema públic, alhora que és una freqüent font de conflictes entre usuaris i professionals quan aquests intenten aplicar les directrius que regeixen en el sector públic.

Potser el problema de fons no confessat públicament, és que amb l'actual crisi moltes d'aquestes entitats estan tenint seriosos problemes de subsistència. Amb la mesura proposada el que probablement es pretén és, amb fons públics, acudir al "rescat" d'entitats gestionades de forma privada i que estan amb dificultats, no tant sols per captar nous mutualistes sinó, fins i tot, per mantenir els existents.

Un perill addicional consisteix en la possibilitat d'associar l'aplicació de copagaments a la desgravació de les mútues. Hi ha un important interès de les asseguradores a encarir el cost i l'accessibilitat de la població al sistema sanitari públic. Si es paga per una consulta, un ingrés, una prova diagnòstica, o qualsevol altre servei sanitari, el cost comparatiu de l'assegurament privat serà menor (i més si aquest assegurament porta associada una desgravació fiscal) i per tant les seves opcions de mercat es veuran incrementades.

En definitiva, la proposta de que les mútues són una solució pel sistema de salut pública i que s'ha de desgravar fiscalment als usuaris que contractin pòlisses amb aquestes entitats, suposa una subvenció encoberta alhora que implica un pas més cap a la creació de dues xarxes sanitàries: una pública amb escassos recursos i, una altra, subvencionada i només per aquells ciutadans que la puguin pagar. No deixa de ser contradictori que després de dir-nos que el sistema sanitari pateix un greu dèficit, es proposin rebaixes fiscals. El que s'hauria de garantir és la qualitat de les prestacions sanitàries públiques del tal manera que cap ciutadà de Catalunya tingui necessitat de pagar-se una mútua privada.

## **TRANSFERÈNCIA DE LA TITULARITAT D'HOSPITALS I CENTRES SANITARIS**

Referent al fet de demanar al Govern Central la transferència de la titularitat d'immobles públics que inclouen centres sanitaris i hospitals, amb la intenció de posar-los després al mercat utilitzant la fórmula financera coneguda com "lease-back" o "cens emfiteutic", volem manifestar la nostra més absoluta



oposició, la qual va molt més allà de si veiem o no clara l'aplicació de la mesura, o de si amb ella es compleix la dita catalana de “vendre la casa per anar de lloguer”.

El problema de fons és molt més profund. El traspàs que es proposa no fa referència a la gestió, ja transferida fa molts anys, sinó que afecta a la titularitat d'uns immobles, hospitals i centres sanitaris, la construcció dels quals es va finançar no amb fons procedents dels pressupostos de l'Estat, sinó amb els de l'INSS, es a dir amb càrrec a quotes abonades per treballadors i empresaris, i que per tant no formen part del patrimoni de l'Estat sinó de la Seguretat Social. Així ho reflecteix l'annex del RD 1517/1981 sobre traspàsos de serveis de la Seguretat Social a la Generalitat de Catalunya, que en el punt C.5 diu: *“La adscripció de los bienes patrimoniales de la Seguridad Social se entiende sin perjuicio de la unidad del patrimonio de ésta, distinto del Estado y afecto al cumplimiento de sus fines específicos, cuya titularidad corresponde a la Tesorería General de la Seguridad Social”.*

El nostre rebuig va en la línia de que no ens sembla lògic que es proposi, especialment en un moment com l'actual en el que alguns de forma interessada estan posant en dubte la viabilitat del sistema de pensions, una desamortització del patrimoni de la Seguretat Social per poder saldar deute, privatitzant actius que son propietat de totes i tots els treballadors que han cotitzat durant anys, i permetent que en lloc de revertir a favor seu ho acabi fent en benefici privat.

## **PROPOSTES SANITÀRIES: CCOO DE CATALUNYA**

La reducció del dèficit ha de ser un objectiu important però no l'únic. Els poders públics han de satisfer les necessitats socials de la població (sanitat, educació, habitatge, dependència...) sense mercantilitzar la salut ni culpabilitzar als malalts per fer ús del sistema i prioritzant, més en èpoques de crisi, d'on es retalla despesa.

Es parla molt de despesa i poc d'ingressos. Demanem un finançament sanitari a través d'impostos directes, proporcionals i progressius, i mitjançant un sistema “capitatiu” que valori la població i les seves necessitats reals de salut.

Cal una informació pública i transparent sobre llistes i temps d'espera, tant per a intervenció quirúrgica com per a proves diagnòstiques i visites, donant l'opció de derivar la seva realització a d'altres centres per tal d'escurçar el temps d'espera, i amb una llista única per tot Catalunya per les intervencions quirúrgiques.





S'ha de potenciar l'AP. incrementant la seva capacitat resolutiva, sense restringir l'accés a proves diagnòstiques i adequant les plantilles als canvis demogràfics, per tal de disminuir la càrrega assistencial, reduir les esperes, i millorar tant la qualitat de l'atenció com l'accessibilitat dels ciutadans, evitant la duplicitat de proves diagnòstiques i visites, millorant la integració amb l'atenció hospitalària i potenciant la historia clínica compartida i la connexió en xarxa entre els diferents centres i serveis del sistema sanitari i sociosanitari.

Per reduir la despesa farmacèutica caldria crear una llei que premiï la utilització dels fàrmacs més cost/eficients, prohibir que els delegats farmacèutics es passegin pels centres sanitaris per vendre els seus productes, i desenvolupar, amb fons públics, recerca de qualitat e independent de la que ofereix la indústria farmacèutica.

Som contraris a l'aplicació de copagaments i a la desgravació de les assegurances privades, doncs posen en perill l'equitat del sistema, perjudiquen a les classes menys afavorides, i augmenten la dualitat del sistema sanitari per classe social.

No s'han d'establir, amb excepcions puntuals i limitades en el temps, contractes amb empreses privades amb afany de lucre.

Es imprescindible potenciar un augment en la oferta de places de mitja i llarga estada per tal de descongestionar els hospitals d'aguts i reduir el cost de les estades hospitalàries.

Cal despolititzar la gestió sanitària i reduir de forma real les burocratitzades i hipertrofiades estructures directives i càrrecs de comandament.

La "factura ombra" augmenta la burocràcia i la despesa, culpabilitza els pacients per utilitzar els serveis sanitaris i pot tenir efecte dissuasori sobre visites i tractaments necessaris, amb repercussions negatives i cost social indesitjat associat.

Cal iniciar auditories periòdiques també al sistema sanitari privat per tal de garantir que els seus usuaris tinguin la mateixa seguretat en els procediments diagnòstics i terapèutics que el que tenen els usuaris de la sanitat pública i, en cas de desgravar, que no es discriminarà a la població aplicant una "selecció adversa" de pacients.