

EL PAPER DELS HOSPITALS FRONT LES RETALLADES.

QUIN PAPER HAN DE TENIR EN LA SANITAT PÚBLICA QUE VOLEM?

Xavier Leonart Martínez

Metge Adjunt Cirurgia. Hospital de Terrassa. Consorci Sanitari de Terrassa.

La Sanitat Pública catalana està a l'ull de l'huracà. En moments de crisi econòmica, un departament que es "menja" un terç del pressupost del país és temptador retallar-lo per a solucionar les penúries econòmiques del país.

Dins aquest sistema, els Hospitals públics (ICS) i concertats (comarcals, antiga XHUP) són un dels pals de paller.

Cal que mirem plegats quin paper han de tenir en la sanitat que volem pel nostre país els Hospitals i els seus professionals. Vegem-ho per parts, sempre des de la perspectiva de l'Hospital com una de les peces de tot el Sistema Sanitari, per la qual cosa hi haurà referències durant tot el text al Sistema Sanitari en general, fent referències explícites als Hospitals en particular, però sense oblidar la resta d'actors:

Territorialitat.

Durant els darrers temps s'ha fet servir la dispersió territorial com a argument per dir que la sanitat catalana té un cost elevat, ja que té una munió de centres dispersos i sovint redundants. Mirem-ho.

En un estudi fet per P.B.Moyano¹ en el "XI Congreso de Economía de Castilla y León"(2008), es conclou que Catalunya té una escassa concentració de població tant en capitals de província com a petits municipis (<2000 habitants); per tant, la major part de població catalana viu en ciutats intermitges-grans que no són capitals de província. Si a això li afegim que el temps estimat mitjà per arribar a una consulta mèdica és de 15.83 min. (amb només 3 comunitats autònomes amb un temps mitjà més elevat), s'entén que els recursos assistencials estan distribuïts territorialment com la mitjana a l'estat espanyol, o fins i tot per sota.

Malauradament, no disposem d'estudis que facin referència específica als Hospitals, però s'entén que si els Hospitals concentren els CAP's de la zona, la distribució geogràfica dels Hospitals hauria de ser similar a la dels centres de salut de la seva àrea d'influència.

Per tot això, cal concloure que la distribució de centres sanitaris a Catalunya no té una major dispersió que a altres àrees geogràfiques del nostre entorn. Hi ha peculiaritats, amb zones a on hi ha una alta concentració de centres però que habitualment són alhora les zones amb major concentració de població. Per tant, la distribució territorial no hauria de ser un problema a casa nostra.

Terciarisme. Reorganització recursos.

Fins fa poc temps, l'estructura de la xarxa permetia que els diversos centres, en funció de la seva capacitat tècnica i humana, oferissin dins el catàleg de serveis que ofereix la cobertura pública, tot allò que podia fer, amb comptades excepcions. Aquesta situació, en la reorganització que s'està duent a terme, està canviant. S'està tendint a un model en el que, tot i estar capacitat i no tenir mals resultats, només uns centres determinats podran tractar determinades patologies.

Això té dos conseqüències: 1) Hi ha centres que tenen capacitat tècnica i disponibilitat humana per tractar aquestes patologies i ara els és vetat, amb el consegüent malbaratament de recursos físics i humans (hi ha exemples recents en què s'han volgut tancar dispositius, havent de suspendre el tancament pels alts riscos que representava) 2) Amb la concentració de patologies en determinats centres sovint es perd cohesió territorial, passant els pacients a haver d'acudir a centres molt més llunyans del seu domicili per ser tractats de determinats problemes de salut, sense que hi hagi un motiu objectiu per fer-ho que no sigui purament econòmic.

Per altra banda, la concentració de determinada activitat en uns pocs centres té altres conseqüències:

- 1) Si es perd complexitat en un hospital, a poc que ens descuidem convertim hospitals d'un nivell mitjà i "tot-terrenys" en poc més que "ambulatoris especialitzats" (de fet, hi ha un terme que el Departament de Salut ha creat perquè soni millor: "Hospital lleuger"). Això implica que hem invertit uns recursos en tecnologia i en capital humà en uns centres que, a l'hora de la veritat, no es fan servir ni es treu d'ells el seu màxim profit. Trist.
- 2) Estem concentrant determinades patologies en uns Centres "high-tech" que han d'assumir la seva patologia complexa, la patologia complexa que els ve derivada dels altres centres, i a sobre, segueixen sent hospital primari (tracten patologia poc complexa) de la seva àrea geogràfica de referència. Aquest fet, a poc que es consolidi, pot derivar en un col·lapse d'aquests centres.

És a dir, el que es proposa és tancar (i per tant desapropiar) mitjans dispersos al territori i uns altres estarien sobreexplotats, amb l'increment de llistes d'espera als segons. Això sí que és altament ineficient i pot donar arguments a qui preconitza que la gestió privada és millor a abundar en aquesta teoria. No ens enganyem, això són decisions polítiques.

Per tant, el que caldria proposar és un sistema que aprofités i tragués el màxim profit als recursos físics i humans que té la Sanitat Pública. Cada centre, amb els límits que la bona praxi professional i la prudència de gestió marqui, ha de fer poder oferir el màxim d'atenció a la població.

No té cap mena de sentit les decisions que s'han pres als darrers temps, per exemple, de fer tancament de centres de salut a les nits, argumentant que tenen un centre de salut més gran o un hospital a 10-15 o 30 minuts. Hem estat durant molts anys inculcant a la població sobre la racionalització dels recursos i que la gent ha d'anar en cas d'urgència en primer lloc a l'Assistència Primària i no pas als hospitals i ara els diem que davant de qualsevol incidència ha d'anar directament als hospitals, minimitzant l'Assistència Primària..... Per cert, potser no podran anar a qualsevol hospital, perquè els "Hospitals Lleugers" estaran tancats..... Això destrueix de ben segur el model que teníem fins ara. Finalment, hem de tenir en compte que, si el que volem és un sistema que potencia el paper de l'Assistència Primària en la promoció de la Salut i la primera atenció dels problemes de Salut de la població, la solució EN CAP CAS és fer cada cop més inaccessible l'Assistència primària per manca de recursos, dient a la població que tenen com a referent els Hospitals.

Titularitat.

Als centres que donem assistència sanitària pública s'està vivint una evolució preocupant: fa anys, els professionals sanitaris que prestàvem assistència a aquests centres érem durament recriminats, quant no sancionats, si transcendia que es feia cap referència a la possibilitat que el pacient que estava sent atès podia acudir a la consulta privada d'aquell professional per a

poder seguir sent atès sense llistes d'espera, aprofitant la història i les exploracions fetes fins llavors. Fa uns anys tots ens fèiem creus quan això passava. Ara, però, des de les pròpies gerències s'estan incentivant l'aprofitament dels recursos públics (equipaments, serveis comuns, etc) per facturar activitat a mútues o plenament privada, es fa fins i tot publicitat I NO PASSA RES.

Per altra banda, és comprensible que, amb uns pressupostos cada cop més minsos i que es decideixen políticament, els gestors dels centres vulguin aconseguir ingressos extra en paral·lel als ingressos públics per poder mantenir l'estructura tècnica i humana dels seus centres. Però això dóna peu a una col·laboració públic-privada que, en un moment donat, si els pressupostos públics cada cop posen en més risc la viabilitat dels centres, pugui fer que aquests centres siguin venuts o gestionats per aquestes empreses que tenen com a objectiu principal, no la promoció de la salut de la població, sinó l'ànim de lucre (tenint com a màxim exponent el "model Alzira", que s'ha demostrat que, finalment, té uns costos per l'Administració superiors que s'encarregués directament de la gestió i amb uns professionals maltractats; això sí, amb beneficis importants pels inversors).

Per tant, el desitjable és que els centres públics estiguin suficientment finançats per l'activitat que han de fer i que es defugui de models mixtes que introdueixen possibles distorsions i sospites en la transparència de l'activitat d'aquests centres. Evidentment, la Sanitat pública ha de seguir sent gestionada públicament, ja que no hi ha cap estudi que demostrï que la gestió privada és més rendible i seria evident que, en mans privades, una part dels pressupostos sanitaris no anirien a l'assistència de la població.

Docència/recerca.

És evident que amb les darreres retallades en salut aquest aspecte és un dels que més ha patit. Fins ara, teníem uns professionals que, tot i que tenien un sou inferior al dels seus homòlegs de la resta d'Espanya i molt inferior al dels homòlegs de la resta dels països europeus de primera línia (França, Anglaterra, Alemanya, Bèlgica, etc), es podien formar de forma més o menys adequada, i el Sistema de Salut invertia recursos en projectes d'estudis clínics i de desenvolupament (bé adquirint tecnologia, bé subvencionant en forma d'hores de dedicació a professionals que estaven immersos en estudis d'alt nivell científic) . Això, i el voluntarisme dels professionals, feia que el nostre sistema de salut fos un dels punters a nivell mundial en avenços mèdics.

Això avui en dia està en perill. Amb plantilles que cada cop més tenen una pressió assistencial més alta, amb la impossibilitat sovint de donar cobertura en forma de substitució a professionals que estan desenvolupant o volen desenvolupar un projecte d'investigació, i amb els fons per poder invertir en avenços tècnics cada cop més minsos, el grau d'excel·lència dels nostres professionals està en risc.

Aquesta situació només la podem revertir d'una forma: tenint clar que un sistema de salut d'excel·lència com el nostre s'aconsegueix, sobre tot amb bons professionals, però també amb recursos dedicats a que aquests professionals puguin fer la seva tasca en les millors condicions possibles.

En un moment en què els recursos que l'administració dedica al nostre Sistema de Salut estan al nivell del que es dedicava l'any 2005 o abans (any 2013: 1090.49 €/hab./any; any 2006: 1168.69 €/hab./any²) (a comunitats com el País Basc l'any 2013 van dedicar 1500.95 €/hab./any³), està clar que el problema no és que tenim un Sistema de Salut que no ens el podem

permetre, sinó que hem deixat de considerar el nostre Sistema de Salut com una prioritat de país. De fet, segons dades del Ministerio de Economía y Hacienda³, a Catalunya el pressupost de Salut va passar de ser d'un 33.89% del total del pressupost de la Generalitat al 2012 a un 30.46 % el 2013 (un 13.23% menys), la qual cosa corrobora aquesta afirmació.

Si ens creiem que volem mantenir un sistema d'excel·lència no el podem tenir amb una complexitat tècnica cada cop en augment i amb una població cada cop més envellida i pluripatològica i en canvi amb una dotació pressupostària similar a la de fa 10 anys. D'aquest infrafinançament, està clar que la docència i la recerca es veuen particularment malmeses, i cal revertir aquesta tendència amb urgència.

Interacció amb Assistència Primària.

Aquest és un punt en el que és molt possible que hi hagi més possibilitat d'evolució. Portem molts anys en què l'assistència primària i l'hospitalària han estat desvinculades, fins i tot amb històries clíniques diferenciades i no compartides.

Aquesta tendència fa uns anys a alguns centres concertats es va intentar començar a revertir. Amb la creació d'estructures assistencials tipus OSI (Organització Sanitària Integral) es va començar a fer passes en el camí de fer un continu assistencial entre la Primària i l'Hospital, tot i que encara hores d'ara hi ha feina a fer en aquest sentit. En aquests centres, encara queda la feina d'interioritzar a tots nivells que tant el Metge de Família al CAP com el Metge Especialista a l'Hospital son professionals que, tot i abordar al mateix pacient des de perspectives diferents, han de coordinar-se i compartir informació i coneixements. Hores d'ara, en aquests centres "model" encara es veuen "fulls de derivació" de pacients amb patologia poc freqüent sense que hi hagi hagut una comunicació fluïda i directa entre els dos nivells assistencials.

Això succeeix en els millors casos. Hi ha bona part de centres en què ni tan sols existeix aquesta coordinació, pel que és fonamental optimitzar aquest aspecte de l'estructura sanitària per tal de generar un valor afegit en el tractament del pacient, centre del sistema. Tot i això, cal reconèixer que sovint, sobre tot pels metges de primària, resulta MOLT complicat comunicar-se amb l'hospital, bàsicament perquè gairebé no tenen temps ni per veure les visites que tenen assignades a la seva agenda, amb una mitjana d'una visita cada 6 minuts fins fa molt poc. Cal entendre que amb aquest ritme és molt complicat coordinar-se amb l'Hospital de referència. Això ho veurem en el següent punt.

Massificació. Precarització condicions laborals.

Arribats a aquest punt, és vital tenir en compte un aspecte que les retallades en Sanitat està agreujant, a banda de la precarització de les condicions laborals que està inherent en tot aquest procés: la massificació, amb les seves derivades; deshumanització de l'atenció al pacient i sobreprescripció de proves diagnòstiques.

La massificació no només incideix a les llistes d'espera. Si un metge pertany a un Servei o un centre a on no es cobreixen les baixes de companys, sovint fa la seva feina en precari. Ha de multiplicar-se per poder atendre tota la pressió assistencial que té a sobre, i el temps per PENSAR decreix de forma alarmant. En aquestes circumstàncies, sovint les exploracions complementàries són el recurs que el metge està temptat de fer servir per tal de poder arribar a tot arreu i compensar el temps que hauria de dedicar al malalt i que les circumstàncies fan que no pugui. Les exploracions complementàries sovint poden substituir (tot i que són un molt mal substitut) a una història clínica acurada, una exploració física curosa i una avaluació del cas amb

una mínima calma. Des d'aquest punt de vista, doncs, es compleix el refrany castellà de "lo barato sale caro", ja que l'estalvi potencial que s'intenta fer deixant de cobrir professionals es veu sovint malmès per un increment de la despesa per pacient, amb uns resultats iguals o pitjors; això sí, al pacient se li han fet tota mena d'exploracions i les Gerències poden justificar que no han cobert el personal de baixa.

Per altra banda, aquesta mateixa massificació, amb metges que fan de metge, sovint d'infermer/a (a les consultes sovint ja no hi ha suport d'infermeria per poder fer una assistència de qualitat) i d'administratiu tecleant a l'ordinador històries, exploracions i demanant proves complementàries fa que, molt sovint, el metge NO TINGUI TEMPS per quelcom que EN CAP CAS hauria d'haver deixat de fer: observar i escoltar. Ara, els metges estem tan atrafegats passant cursos clínics, fent clics de ratolí per demanar de forma mecànica exploracions o omplint formularis electrònics diversos, que quedem darrera de la pantalla i amb prou feina podem veure la cara del pacient, i encara menys de l'acompanyant. Aquest canvi probablement fa que l'assistència sanitària pública sigui cada cop més deshumanitzada.

A nivell de l'Assistència Primària, això es tradueix en una impossibilitat de connectar de forma adequada i fluïda amb els companys de l'Hospital per tal de poder coordinar-se entre nivells assistencials per a poder evitar-li potser al pacient algun que altre viatge i, en definitiva, tractar-li la seva malaltia el millor possible.

Tot el que acabem de comentar pels metges, és absolutament traslladable a la resta de professionals sanitaris (infermers/eres, auxiliars, etc.) i no sanitaris, amb unes càrregues de treball per aquesta situació precària molt superiors a les de fa uns anys (ratio de malalts/infermer/a "in crescendo", substitució en determinades circumstàncies d'un infermer/a per un/a auxiliar que ajuda a un/a únic/a infermer/a per àrea, etc.) i, per tant, amb uns riscos d'error que augmenten de forma exponencial conforme la pressió assistencial augmenta.

Cal que esmercem esforços en revertir aquesta situació, aconseguint que els professionals sanitaris tinguem la oportunitat de tornar a situar als pacients al centre de la nostra activitat, ja que cada cop més estem sent engolits pel sistema i la burocràcia (electrònica, això sí) que l'acompanya.

Docència MIR i renovació plantilles.

A Catalunya, l'any 2013 es van ofertar un total de 1011 places de formació especialitzada mèdica (MIR)⁴. Aquests metges estan entre 3 i 5 anys als centres sanitaris rebent formació en la seva especialitat. Quan acaben, són metges especialistes amb una edat mitjana entre 30 i 35 anys, però sense feina.

Cal dir que, fins l'any 2010-2011, el Sistema Sanitari anava incorporant una part d'aquests especialistes, amb contractes precaris però que amb el temps i molta dedicació s'anaven estabilitzant.

Hores d'ara, però, la situació ha canviat radicalment. En un sistema a on les cobertures per baixa i/o jubilació són molt escasses, i que a més, a diferència d'èpoques pretèrites, tendeix a contreure's en lloc d'expandir-se, la major part d'especialistes formats no tenen sortida a casa nostra i bona part d'ells han d'emigrar per trobar oportunitats de futur a altres països propers a on són contractats i valorats.

D'això en podem treure algunes conclusions:

- 1) El sistema de formació de postgrau (MIR) és molt ben valorat.
- 2) Estem formant metges, sobretot, però també altre personal sanitari (d'infermeria, psicòlegs, etc) que té un cost alt pel país i que després desaprofitem deixant que marxin.
- 3) El personal sanitari que marxa, un cop estiguin aposentats a altres països, tenint en compte que les condicions laborals són molt millors en aquests països que a casa nostra, és molt difícil que se sentin atrets per tornar en les condicions laborals actuals a casa nostra.
- 4) És difícilment comprensible com aquest país deixa marxar als seus professionals joves preparats perquè no té lloc per ells i els països del nostre entorn són capaços de generar oportunitats de treball per aquests professionals.
- 5) A nivell de la xarxa concertada (que es va formar com a tal a la dècada dels anys 80), hi ha un gruix de professionals (metges, infermers/es, auxiliars, tècnics de radiodiagnòstic,...) que es van incorporar a aquests centres quan es van obrir, al principi de la seva carrera professional. Ara bona part d'aquests professionals tenen una edat mitjana que està entre els 50 i 60 anys. Per aquest motiu, és previsible que en els propers 10 anys hi hagi un gruix important de professionals que es jubilaran. Llavors, trobarem a faltar tots aquests professionals emigrats que, per les condicions al nostre país, potser no voldran tornar. Llavors es produirà la paradoxa que haurem estat formant durant anys a professionals que després no podrem aprofitar i per cobrir les vacants que es generin ningú no sap què caldrà fer. Això se'n diu planificació. Cal que planifiquem les necessitats de professionals i mirem de poder retenir aquests professionals que més endavant necessitarem i potser no tindrem.

Finalment, una reflexió sobre aquest tema: els metges en formació s'estan formant. Sembla una redundància absurda, però cal tenir-ho en compte. Amb les retallades, la frase anterior, que sembla una obvietat, s'està oblidant des del punt de vista de les Direccions dels Centres. M'explicaré: els residents tenen un programa formatiu aprovat pel Ministeri d'Educació, el de Sanitat i la Societat Científica corresponent. En aquests programes, diu que en tot moment el metge en formació ha d'estar tutelat, i diu quines coses pot fer més sol i quines no. A més també especifica que molt bona part del seu temps ha d'estar dedicat a fer feines de formació i de col·laboració en recerca. Doncs bé, això darrerament s'està incomplint cada cop més a més centres. Cada cop més sovint, les tasques vacants que deixen especialistes (de baixa o jubilats) s'estan assignant a metges en formació, sense que això tingui cap objectiu docent pel MIR i amb criteris únicament d'estalvi ("mà d'obra econòmica"). Aquest fet cada cop s'està generalitzant més, i tindrà 2 conseqüències a curt-mig termini. 1) La formació dels nostres metges s'està deteriorant, ja que s'estan substituint tasques formatives per tasques assistencials i 2) l'assistència també es veu empitjorada, ja que tasques que normalment les feia un especialista format les passa a fer un especialista en formació.

Per tant, cal replantejar el model de formació en la situació actual, en primer lloc per adequar la formació a l'oferta posterior, en segon lloc per garantir una adequada formació i no pas usar-los com a mà d'obra econòmica, i en tercer lloc, per mantenir el nivell assistencial que teníem fins ara.

Competències professionals.

En aquest sentit, també s'estan produint canvis que alteren el model assistencial actual.

Partim de la base que el model assistencial actual tothom el qualificava de model assistencial públic d'excel·lència, en que cadascun dels professionals sanitaris que hi intervenien tenien les

competències ben assignades. Cadascú sabia què havia de fer en aquest sistema i, de la mateixa forma que hi havia competències d'infermeria que eren potestatives d'aquest col·lectiu, hi havia competències mèdiques que eren exclusives.

Ara això està canviant, de tal forma que cada cop més s'està desdibuixant qui fa què en el sistema, amb els riscos que això comporta.

Un exemple: les visites virtuals d'anestèsia preoperatòries. És un exemple clar de com un sistema que hauria de servir per donar millor atenció als pacients es perverteix per un tema estrictament de costos fins al punt que algun dia prendrem mal.

Com s'està intentant implantar? Fins ara, quan una persona s'havia d'operar, acudia amb una visita amb un anestesista, que valorava aspectes relacionats amb les proves preoperatòries, però també amb la tipologia del pacient per tal de preveure potencials complicacions de l'acte anestèsic. Doncs bé, aquesta visita s'està començant a substituir per el que es diu una "visita virtual", en la que normalment un/a infermer/a revisa les analítiques, electrocardiogrames i radiografies del pacient (cosa que fins ara feia un metge), i el truca per telèfon. Li passa un qüestionari telefònic al pacient (hem de recordar que ningú no pot garantir que al telèfon estigui responent el pacient, la qual cosa vulnera la llei orgànica de protecció de dades) i, si el qüestionari el passa, se li programa la intervenció sense cap altre valoració presencial.

Entenc que amb aquest nou sistema: 1) es perd la valoració presencial del pacient. Això no hi ha res que ho substitueixi. 2) que les proves preoperatòries com electrocardiogrames i radiografies les interpreti personal d'infermeria entra en un terreny molt perillós, deixant de banda la capacitat de cada professional de fer diagnòstics. Què passa si un metge interpreta equivocadament un electrocardiograma i té conseqüències pel pacient? Doncs que el metge haurà comès un error i tindrà les repercussions que toqui. Però què passa si l'equivocació la comet l'infermer/a? Assumirà en solitari les repercussions? El responsable serà el metge de l'equip?. Si el responsable és el metge de l'equip, per quin motiu l'infermer/a fa la interpretació de les proves?

Com crec que he pogut constatar, aquest canvi, probablement introduït per a fer estalvis de despesa, introdueix una sèrie de riscos en la prestació del servei sanitari que no haurien de ser assumibles pels seus professionals.

Això, unit al fet que anteriorment mencionava que el metge sovint passa més temps fent altres activitats que no li són pròpies que no pas de metge, fa que cada cop hi hagi més embolic sobre qui fa què. Això fa que el clima de confusió i de pessimisme als professionals poc a poc sigui més generalitzat. Cal canvis, però en cap cas en el sentit que ens hi porten.

La Sanitat pública catalana en el millor dels casos no té rumb, i si el té en cap cas va a bon port. Tot i això, encara hi som a temps de redreçar-ho. Ens hi posem?

Bibliografia

1. *La incidència de la dispersió de la població en el coste de los Servicios sanitarios en las comunidades autónomas españolas*. Pedro Benito Moyano Pesquera. 11^è Congreso de Economía de Castilla y León. 20-21 de novembre de 2008.
2. *Avantprojecte Pressupost del Departament de Salut per a l'any 2014*. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.

3. *Presupuestos generales de las Comunidades autónomas 2013*. Ministerio de Hacienda y Administraciones públicas. Secretaría General de coordinación autonómica y local.
4. *Catalunya ofereix 1.011 places de formació especialitzada MIR, un 2% menys que en la convocatòria de l'any passat*. Plana web de Metges de Catalunya
<http://www.metgesdecatalunya.cat>

Altres fonts bibliogràfiques:

- *Informe sobre la Salud en el mundo 2008. Cap.I Desafíos de un mundo en transformación*. Organizació Mundial de la Salut.