

# Sostenibilitat social, financera i gestió dels recursos humans del SNS





# Sostenibilitat social, financera i gestió dels recursos humans del SNS

**Declaració oberta**  
Cap a un nou contracte social per  
garantir la sostenibilitat del SNS

Crònica i transcripció literal editada de la Jornada de Diàlegs  
celebrada el 6 de novembre de 2023

(CaixaForum Macaya)





# Índex

7	Programa
9	Preàmbul
11	Argumentari general
12	Obertura institucional i introducció
17	Diàleg 1
18	SNS, <i>Quo vadis?</i> Reptes de la sostenibilitat social i financera del SNS: cap a un nou contracte social per garantir la sostenibilitat del SNS.
21	Diàleg
37	Preguntes
43	Diàleg 2
44	Reptes del SNS: la mirada dels gestors
47	Diàleg
66	Preguntes
71	Diàleg 3
72	La reforma de la gestió dels recursos humans del sistema de salut
74	Diàleg
93	Preguntes
100	Cloenda i Declaració oberta presentada per la Fundació Ernest Lluch i el Club de Roma
102	Declaració oberta
105	Declaración abierta



# Programa

## Obertura institucional i introducció

- **Joan Majó** – President de la Fundació Ernest Lluch
- **Jaume Lanaspà** – President de l'Oficina del Club de Roma a Barcelona

## Diàleg 1

### SNS, *Quo vadis?* Reptes de la sostenibilitat social i financera del SNS: cap a un nou contracte social per garantir la sostenibilitat del SNS

#### Introducció:

- **Josep Maria Argimon** – Director de la Infraestructura Científica del Barcelonaβeta Brain Research Center

#### Diàleg:

- **Guillem López-Casasnovas** – Catedràtic d'Economia de la Universitat Pompeu Fabra i director del Centre de Recerca en Economia de la Salut de la UPF
- **Andrew Street** – Catedràtic d'Economia de la Salut al Department of Health Policy de la London School of Economics and Political Science

## Diàleg 2

### Reptes del SNS: la mirada dels gestors

#### Introducció:

- **Antoni Plasencia** – Director general de l'Institut de Salut Global de Barcelona (ISGlobal)

#### Diàleg:

- **Olga Pané** – Gerent del Parc de Salut Mar
- **Manel del Castillo** – Director Gerent de l'Hospital Sant Joan de Déu Barcelona

## Diàleg 3

### La reforma de la gestió dels recursos humans del sistema de salut

#### Introducció:

- **Anna García Altés** – Presidenta de l'Associació d'Economia de la Salut (AES)

#### Diàleg:

- **Beatriz González López-Valcárcel** – Catedràtica de Mètodes Quantitatius en Economia i Gestió de la Universitat de Las Palmas de Gran Canària
- **Tomás Zapata** – Cap de la Unitat de Recursos Humans per a la Salut i Serveis de Salut de l'Oficina Regional de l'OMS a Europa

### Cloenda i Declaració oberta presentada per la Fundació Ernest Lluch i el Club de Roma



## Preàmbul

A l'empara dels objectius de la Fundació Ernest Lluch i el Club de Roma neixen els Diàlegs Fundació Ernest Lluch - Club de Roma (Oficina Barcelona), amb la voluntat d'oferir un marc de reflexió sobre els problemes propis de la societat contemporània, específicament lligats als elements objecte i preocupació d'ambdues institucions.

Els Diàlegs neixen amb el convenciment que compartir reflexió acadèmica, experta i de gestió tècnica i política en àmbits d'interès per a gestors públics i ciutadania és fonamental per fer permear idees punteres en els responsables d'implementar polítiques públiques i, alhora, generar complicitat i capitalitat entre els ciutadans que han de participar no només en el seu ús sinó com a agents necessaris per a una correcta fiscalització i implicació cívica en les polítiques públiques.

Es presenten a continuació les transcripcions literals editades dels Diàlegs duts a terme el passat 6 de novembre al CaixaForum Macaya de la Fundació "la Caixa". Amb el títol de "Sostenibilitat social, financera i gestió dels recursos humans del Sistema Nacional de Salut", les institucions convocants enteníem que, trenta-set anys després de l'aprovació de la Llei general de sanitat, era i és necessari pensar en un nou contracte social per assegurar la sostenibilitat social i financera del sistema de salut. Ens sembla indispensable avaluar, repensar i proposar, i encarar el bon govern de la sanitat, i amb aquesta finalitat es van convocar experts de referència tant de l'àmbit sanitari com de l'acadèmic.

La Fundació Ernest Lluch i el Club de Roma, amb la col·laboració en aquesta ocasió de l'Institut de Salut Global de Barcelona (ISGlobal) i l'Associació d'Economia de la Salut (AES), volen agrair a tots els participants la seva generositat, la seva disposició a col·laborar i el nivell de reflexió aportats.

Els Diàlegs varen acabar amb una Declaració oberta presentada per la Fundació Ernest Lluch i el Club de Roma que queda recollida com a colofó de la publicació que tenen entre mans.

La voluntat d'ambdues institucions és oferir espais de diàleg per discutir les nostres idees i les alienes a l'àgora democràtica per a la millora de la cohesió social a casa nostra. En la mesura que la nostra singularitat segueixi essent útil seguirem treballant per fer-ho possible.

**Fundació Ernest Lluch**  
**Club de Roma (Oficina Barcelona)**

## Argumentari general

El Sistema Nacional de Salut és possiblement l'èxit més gran de la democràcia i el vaixell insígnia del nostre estat del benestar. El seu genoma comprèn: cobertura universal, finançament basat principalment en impostos, i cobertura i accés segons necessitat i no segons altres criteris, com ara la disposició a pagar o la capacitat econòmica. A més, el sistema sanitari és el principal redistribuïdor de rendes per la banda de la despesa, de manera que contribueix a reduir les desigualtats econòmiques de la població.

Des de la Llei general de sanitat i la reforma de l'atenció primària –que es van iniciar durant el mandat d'Ernest Lluch els anys vuitanta– fins ara, hi ha hagut enormes canvis –que no vol dir reformes– en el sistema. Canvi no és el mateix que reforma. I aquests canvis s'han anat produint sense que sortissin al Butlletí Oficial de l'Estat. Avui dia, al país, hi ha consens que el sistema sanitari públic espanyol necessita reformes, però no hi ha consens sobre la direcció en què han d'anar. Probablement sigui ara el moment de plantejar un nou contracte social per a la sostenibilitat social i financera del sistema de salut.

La sanitat ha viscut la crisi covid-19 amb grans i ràpids canvis organitzatius a nivell meso i micro, amb tensions internes i externes, i amb una injecció de recursos extraordinaris important. Tot i això, encara hem d'afrontar reptes enormes: (1) el finançament; (2) els reptes organitzatius a nivell meso i macro; (3) la gestió dels recursos humans, en què calen importants canvis normatius perquè els professionals sanitaris –un col·lectiu molt heterogeni i actiu principal del sistema de salut– se sentin a gust treballant a l'organització; (4) resoldre elements de cobertura i accés; (5) els reptes tecnològics, la digitalització, als quals hem d'associar la necessitat de tenir en compte els aspectes ètics en l'ús de dades sanitàries sensibles; (6) i, sobretot, preservar una equitat que algunes forces de mercat molt potents posen en risc. A més, hem d'encarar la satisfacció de la població i dels pacients –que moltes vegades s'expressen allunyant-se dels serveis públics– i enfocar-ho des de la perspectiva de la demanda.

Hem d'avaluar, repensar i proposar. I encarar el bon govern de la sanitat. Trenta-set anys després de l'aprovació de la Llei general de sanitat, pot ser un bon moment per pensar un nou contracte social que asseguri la sostenibilitat social i financera del sistema de salut.

# Obertura institucional i introducció

**Jaume Lanaspá**

**president de l'Oficina del Club de Roma a Barcelona**

Molt bon dia. Deixin que les meves primeres paraules siguin per expressar que em fa molt content coincidir avui en aquesta jornada. Comentava aquest matí a casa la il·lusió que em feia la jornada d'avui i la meva dona em deia: “però que ha de ser una jornada memorable?” Home, potser memorable no, però que és una jornada important, sens dubte. És una jornada molt important i que, molt de debò, em fa molta il·lusió per les persones que hi participen, pels problemes que abordaran, pels nostres socis i molt especialment per la Fundació Ernest Lluch, amb la qual és un goig col·laborar i treballar. Per això, en nom del Club de Roma i de la Fundació “la Caixa”, em plau molt donar la benvinguda als assistents en aquesta llarga i estic segur que profitosa i estimulants sessió d'avui. A més, hi ha un element d'oportunitat que es dona sovint a la vida, i més en institucions com aquesta, i és que d'aquí a poc més d'un mes serà el 75è aniversari de la Declaració Universal dels Drets Humans, en què hi ha el dret a la salut, que té la seva arrel remota en aquesta Declaració Universal. Està molt bé que celebrem això. En certa manera podem dir que és un acte més de commemoració del 75è aniversari de la Declaració.

Molt ràpidament i si m'ho permeten voldria fer-los un parell de valoracions personals i subjectives i algunes observacions.

En primer lloc una dada objectiva, que no és una valoració sinó un fet, i és que a Espanya la preocupació per la sanitat en els darrers poc més de 10 anys ha passat des de menys d'un 3 % el 2011 a prop del 30 % el 2023. Realment ha augmentat d'una manera molt significativa perquè s'ha multiplicat per 10, fins al punt que aquest darrer any 2023 més del 60 % dels ciutadans enquestats estaven disposats a pagar més impostos per finançar millor la sanitat, cosa que és insòlita i en contra del que es pensaven altres experts, ja que quan preguntem pels impostos tothom té tendència a dir que quant menys millor. Bé, doncs, malgrat això, més del 60 % dels ciutadans enquestats estaven disposats a pagar més.

La meva impressió i interpretació subjectiva i personal és que, a Europa en general i a Espanya en particular, els darrers potser 15 anys, hi ha una demanda

creixent de protecció. Això és una mica subtil, no fàcil de mesurar, però parlant amb uns i altres en l'àmbit domèstic i en el dels nostres veïns europeus m'ha semblat identificar aquesta demanda de protecció creixent. En el nostre cas, el cas espanyol i no només espanyol, com més desprotegeix i com més s'endureix el sistema econòmic, més important esdevé la protecció de la salut. Hi ha una certa correlació inversa entre desprotecció econòmica i demanda o expectativa de protecció de la salut. I, en aquest cas –i si em permeten l'expressió–, què li quedaria al treballador pobre si ni tan sols protegim la seva salut amb caràcter universal?

Segona valoració. Davant de la desigualtat creixent i a vegades insuportable que ens toca viure en aquest context europeu, espanyol i català, el sistema nacional de salut és l'eina més important –i ho dic amb molta certesa i amb molta convicció– de cohesió social, de manera que defensar el sistema públic de salut esdevé una exigència moral. És molt important, i més que mai en els darrers decennis, defensar el sistema públic de salut. I aquí hi ha un referent que no puc eludir: l'Ernest Lluch; una persona que pot ser recordada per moltes coses –molts de la sala podrien parlar amb més propietat de la figura d'Ernest Lluch– perquè era una persona insòlitàment universal, una espècie de Leonardo del segle XX, i especialment per la seva promoció i impuls de la Llei general de sanitat mereix passar a la història d'aquest país i és una de les coses que agraiem sempre com a ciutadans.

Hi ha observacions que són bastant evidents i amb més o menys grau de certesa que m'agradaria enunciar molt ràpidament.

Primera observació. No té sentit mitificar l'eficiència del mercat, i perdonin que els ho digui tan rotundament i tan ras i curt. Quan hi ha pressions a favor de la privatització, l'argument que vostès hauran sentit moltes vegades diu que “és evident que allò públic funciona pitjor que allò privat”. Això no és cert, no n'hi ha cap evidència empírica ni cap evidència intel·lectual. I un exemple molt clar i d'una certa rellevància és la crisi de les *subprime* de 2008. Va quedar molt clar, claríssim, que allò que deien que el millor era l'autoregulació del sistema financer no és veritat, el sistema financer no va ser capaç d'autoregular-se, i va arribar un moment que els financers –i ho dic amb coneixement de causa si em permeten la immodèstia– no sabien ben bé què gestionaven ni què compraven ni què venien, i el sistema va esclatar. I va esclatar amb el patiment no dels que ho havien produït principalment sinó amb patiment i sofriment per part de les persones en

pitjor situació i dels més vulnerables. O sigui, el mercat no és més intel·ligent per definició, no hi ha cap argument ni conceptual ni empíric, insisteixo, que demostrï que és més intel·ligent, i és molt important resistir les pressions per fer perdre al sistema nacional de salut el seu caràcter públic i universal.

Segona observació, molt ràpida. La meva impressió com a profà i com a usuari –i diguem-ne com a observador compromès amb la realitat del sistema de salut– és que crec que encara hi ha marge per millorar i estimular la participació tant dels actors com dels pacients. Els actors, que són probablement els servidors públics amb més convicció i vocació que es poden identificar avui a l'estat espanyol (junt amb els mestres), tenen marge, penso, per fer més contribucions. I els pacients, també.

Tercera observació, que és una altra obvietat. Cal continuar insistint en la prevenció. Poso un exemple molt concret –del que ja en parlarem algun dia amb més calma, potser–, que és el de la longevitat. Tothom és conscient de la importància de l'augment de la longevitat, però encara hi ha, penso, dèficit de reflexió i d'aprofundiment en com tractar millor i de manera més eficient i més útil aquest tema.

Quarta, que és la penúltima. Si alguna vegada senten a dir que cal adoptar mesures urgents per millorar la sostenibilitat del Sistema Nacional de Salut no s'ho creguin. El Sistema Nacional de Salut no es millora amb mesures urgents sinó amb mesures calmades, reflexionades, reposades, discutides, dialogades, aprofundides, però no amb mesures urgents. Això no s'arregla d'un dia per l'altre. Avui no ho arreglarem, urgentment; avui reflexionarem sobre el tema i algun dia potser hi contribuïrem, confio que així serà i que vostès contribuïran a arreglar-ho.

I la darrera i cinquena. Si algun dia –i no es pot excloure–, cal de nou fer ajustos perquè alguna crisi futura ens hi obliga, ens hi impulsa, dues recomanacions, si us plau, vista l'experiència de les darreres: primera; no fem ajustos aritmètics sinó estratègics. Aritmètic és dir “tot baixa el 10 %”. Això és molt senzill, no cal ser molt intel·ligent per fer-ho. No, els ajustos no poden ser aritmètics, han de ser estratègics amb participació dels actors. I aquesta és la segona recomanació; no fem mai més ajustos sense prou participació dels que els han de gestionar i els que els han de patir en alguna mesura.

Moltes gràcies i bona jornada.

**Joan Majó**  
**president de la Fundació Ernest Lluch**

Bon dia a tothom i benvinguts. Deixeu que aquestes poques paraules meves en nom de la Fundació Ernest Lluch siguin, per una banda, per expressar satisfacció i agraïment a la gent del CaixaForum Macaya i al Club de Roma en particular per la seva col·laboració; i, per altra banda, un agraïment molt clar al Josep Maria, al Guillem i a l'Andrew, que són els que en aquesta primera hora del matí escoltarem amb atenció i amb ganes de sentir a veure què ens diuen. En saben molt i n'han parlat molt.

Repetint, o d'alguna manera enllaçant amb el que en Jaume Lanaspà ha exposat, voldria expressar dos aspectes de reflexió personals: un de tipus conegut i un altre que potser no ho és tant.

El de tipus conegut és que, evidentment, amb l'Ernest vam tenir un tipus de relació que jo recordo cada vegada que celebrem alguna cosa que està relacionada amb ell. Jo estava en el Govern quan es va aprovar la nova llei de sanitat. Jo no hi entenia gens i no sabia pas de què anava, però parlàvem, i com que vam sortir del Govern de Felipe González junts, l'Ernest i jo, i érem ministres, anàvem a les llistes del Partit Socialista per les eleccions i vam sortir elegits tots dos diputats, jo per Barcelona i ell per Girona, de manera que vam estar un parell d'anys junts al Congrés de Diputats. A més –ara no recordo si és que t'assignaven el seient o el triaves tu–, resulta que estàvem de costat l'un de l'altre, i tots aquests anys vam estar tota la setmana de dimarts a divendres junts, l'un al costat de l'altre. I no és broma, però els asseguro, que no hi ha cosa més avorrida que ser diputat quan el teu partit té la majoria absoluta; perquè no tens res a fer! I així, cada matí quan ens trobàvem i ens assèiem, l'Ernest em deia: “i avui de què parlem?, de manera que teníem converses de moltes coses, i entre elles del Barça, i em vaig adonar de la immensitat i de la diversitat dels seus coneixements.

Finalment, vull traslladar-vos una de les preocupacions més importants que tinc des de fa uns anys, i és que el nostre futur està molt amenaçat, però molt, per dues coses que hem de veure com combinem: la insostenibilitat ecològica, la insostenibilitat de la relació de l'espècie humana amb el planeta, i la insostenibilitat social, que és la conseqüència de la gran desigualtat que hi ha al món i que fins ara hem

mantingut bastant entre altres coses perquè no hi havia consciència d'aquesta desigualtat. Amb tot, l'augment de la transmissió de la informació ha fet que ara sigui clarament insostenible i que hi hàgim de treballar. Què vull dir amb això? Vull dir que estic segur que durant els propers anys els governs hauran d'augmentar molt el que dediquen a pal·liar la insostenibilitat ecològica i hauran de gastar molts diners i fer moltes inversions per veure com ho fem. Amb això es corre el perill que els diners que es necessiten per a tot això surtin de diners que ara serveixen per millorar el que és la igualtat, perquè en el fons l'objectiu de la salut i l'objectiu de l'educació són el benestar de les persones, i aquest conjunt és la política de l'estat del benestar. Hem de trobar la manera de poder combatre la insostenibilitat per evitar la reducció d'inversió en la igualtat i, per tant, crec que un dels problemes grans del tema sanitari serà aquest, que se sumará a altres preocupacions més àmplies.

Gràcies a tots. Gràcies al Club de Roma, a la Fundació "la Caixa" i als col·laboradors d'enguany, l'ISGlobal i l'AES. Espero que tots plegats ens en sortim i que la jornada vagi molt bé.

Moltes gràcies.



Diàleg

1

# Diàleg 1

## SNS, *Quo vadis?* Reptes de la sostenibilitat social i financera del SNS: cap a un nou contracte social per garantir la sostenibilitat del SNS.

### Introducció

**Josep Maria Argimon**

**director de la Infraestructura Científica del Barcelona Brain Research Center**

Molt bon dia. En primer lloc vull agrair-vos aquesta invitació i el fet que pugui estar presentant aquest diàleg sobre els reptes de la sostenibilitat social i financera del SNS: cap a un nou contracte social per garantir la sostenibilitat del SNS. Comptem amb l'Andrew Street, a qui conec poc però he escoltat i sé segur que serà un dialogant punyent, i amb el professor Guillem López-Casanovas, amb qui sí que ens coneixem des de fa molts anys i a qui i he escoltat moltes vegades perquè ha estat mestre meu, professor meu, i he de reconèixer també que ha estat algú que quan he necessitat algun consell me l'ha donat. Fins i tot quan no l'hi he demanat m'ha trucat per atiar-me fort si feia falta, perquè ens uneix una amistat de fa molts i molts anys.

A mi només em toca introduir, no moderar. Hi ha alguns reptes –comuns a tots els sistemes sanitaris, més enllà dels europeus i més enllà dels sistemes nacionals de salut finançats per impostos– que van associats al creixent envelliment de la població. Haurem d'aconseguir un envelliment saludable i això, ens agradi o no, voldrà dir que haurem de treballar en aquesta direcció. Si pensem en alguna xifra concreta, veurem que l'any 2020 les persones de 60 anys o més al món eren, si no recordo malament, uns mil milions. L'any 2050, aquesta xifra es doblarà a dos mil milions. El 2050 ens pot semblar molt lluny, alguns potser no hi arribarem, però és a prop, molt a la vora. Així que aquest és un dels elements que haurem de tenir molt presents, perquè això afecta l'estat del benestar per a unes persones que el

necessitaran, i haurem de veure com respondre-hi, ja que quan va ser creat no es pensava en aquest col·lectiu perquè aleshores l'esperança de vida era diferent, oi? Avui, l'esperança de vida dels nostres fills i nets o netes és de 100 anys.

Segon repte, la salut mental. Per la raó que sigui, és un tema que ve de lluny i que segurament la pandèmia ha posat més en un primer pla, però la salut mental de la gent jove i dels adolescents, dels infants i adolescents, és un dels temes preocupants. Avui dia, l'OMS xifra que 1 de cada 7 nois i noies d'entre 15 i 29 anys té algun problema de salut mental, des de malestar emocional fins a ansietat, depressió, etc. El suïcidi és la quarta causa de mort, però si ens n'anem de Catalunya a Espanya, és la primera causa de mort. Per tant, tot el que fa referència al *mental health*, a la salut mental –parlo sobretot de la gent jove–, és prou important.

Tercer element amb què ens trobem molts sistemes sanitaris: l'accés a la innovació. Des d'aquest punt de vista, l'atenció financera que comporta aquesta adopció d'innovació és gran, i també el que es veu clarament quan tu mires les dades és que Espanya fa uns 15 anys era un *early adopter*, que se'n deia, perquè anava adoptant ràpidament, però ara això ha canviat. És a dir, sí que les innovacions van arribant, però el temps que passa des que l'EMA, per exemple, aprova un medicament fins que arriba a la capçalera del malalt, any rere any, va augmentant. I ara, en aquests moments, estem a 600 dies, gairebé a dos anys. I això no vol dir que tot sigui culpa del SNS sinó que és tot un procés de negociació que quan hi penses, t'adones que entre tots l'anem allargant, perquè cada innovació que entra no deixa de ser un sotrac en el finançament.

Podem pensar en un altre tema que jo crec que també compartim amb Europa, clarament, que és el fet de la manca de professionals i, segurament, el fet que avui dia estem fent coses que podríem fer d'una altra manera amb altres persones. Aquest és un altre element que també haurem d'abordar i que penso que és conjunt a tot arreu.

També s'ha comentat el tema del canvi climàtic. Aquest és el pitjor o, segurament, el principal problema que tenim. Des del punt de vista de la salut, la petjada carbònica que un SNS o la salut en el seu conjunt –i ara no parlo del centre sanitari de l'hospital exclusivament sinó de tot el procés incloent-hi, evidentment, la producció de tots els elements mèdics que veiem a la diapositiva– és d'un 4,5 %, una mica menys, però relativament semblant a tota la indústria aeronàutica. Tots

pensem en la indústria aeronàutica, però en canvi pensem menys en el sistema sanitari. Quan mirem els programes de la UE per respondre al canvi climàtic veiem que, pel que fa al món de la salut, els fons són petits.

Tindríem altres temes, clarament el tema del finançament. Com financem aquesta innovació? Com tenim en compte aquest cost d'oportunitat? Com financem el sistema en conjunt? Aquesta és una cosa que haurem d'afrontar aviat. Els sistemes sanitaris, parlo ara del català –i no hi ha gaire diferència amb l'espanyol–, creixen entre un 6 % i un 7 %, gairebé de creixement vegetatiu. El creixement econòmic no és el mateix; per tant, això com ho conjuminem? Com ho aguantem?

Per últim, s'ha parlat, crec que ho ha fet el senyor Lanaspá o el senyor Majó, de les desigualtats. Clarament. A Europa no som precisament de les zones més desiguals, però hi ha molta desigualtat. La globalització segurament ha fet créixer una classe mitjana en països emergents –i encara queda molt per recórrer, i això és bo, com ho és que hagi crescut aquesta classe mitjana–, però a Europa i als països més rics, qui s'ha fet “ric” amb la globalització és aquell que ja tenia diners; els més rics. Les classes mitjanes s'estan empentint i empobrint dia a dia, i aquest és un fet que crea desigualtats. I, dintre d'Europa, diguem-ho clar, Anglaterra, Catalunya i Espanya són dels països, si agafem el que abans era l'Europa dels 15, amb més desigualtat –i no ho dic ara d'una manera alarmant. Aquest és un element que també hem de tenir present no només des de la perspectiva del món de la salut –i això és important, perquè només des de la salut no disminuïrem aquestes desigualtats– sinó des d'un punt de vista global del que són les polítiques socials, i aquí la política d'educació és importantíssima.

Jo llanço aquests possibles temes per al diàleg, que no vol dir que hagin de ser ni molt menys aquests els que cal comentar sinó derivats d'aquests, amb la idea de reflexionar sobre com garantir la sostenibilitat del sistema sanitari.

Aquí acaba la meva feina i crec que és de les feines més agradables que he tingut en els últims anys. Moltíssimes gràcies. Us deixo. Sigueu tan dràstics com vulgueu. Crec que ser provocatiu és bo, perquè fa encetar el diàleg i, sobretot, mobilitzar les neurones i pensar en els possibles canvis.

## Diàleg

- **Guillem López-Casasnovas** – catedràtic d’Economia de la Universitat Pompeu Fabra i director del Centre de Recerca en Economia i Salut de la UPF.
- **Andrew Street** – catedràtic d’Economia de la Salut al Department of Health Policy de la London School of Economics and Political Science

### Guillem López-Casasnovas

Començaré jo i ho faré agraint a la Fundació Ernest Lluch i al Club de Roma –amb qui no sempre estic a l’alçada de totes les coses en què podria ajudar– que ens hagin convidat avui. La segona cosa prèvia abans de començar és que, amb l’Andrew, som amics, però en els col·loquis acostumo a exacerbar els arguments perquè siguin més clarificadors. I això vol dir això i res més, perquè som prou amics per després poder anar a fer una cervesa. En Ferriol ho coneix bé, això, perquè jo he fet controvèrsia i col·loqui amb el Michael Marmot, que està als antípodes de moltes de les coses que escric i llegeixo. Crec que aquest tipus de diàlegs són també bastant anglosaxons i, per tant, l’Andrew n’és particip. Recordo molt bé, als Estats Units, el diàleg de l’Emmanuel Saez amb el Greg Mankiw que, tot i ser amics, va ser calent; cosa que tampoc no fa pensar que el nostre ho serà. Ahir, per exemple, *La Vanguardia* feia èmfasi en com Daniel Chandler donava voltes a la teoria de la justícia del Rawls, i vaig mirar debats del primer que també eren vius. Que sigui molt viu crec que ajuda a aguantar un col·loqui, i que això de parlar per quedar bé, els qui tenim una cultura més anglosaxona, no ho exercitem gaire. I amb això acabo les prèvies. L’Andrew té una situació molt privilegiada perquè transita entre la realitat del Regne Unit, i és un bon sensor per saber què està passant amb l’NHS. De fet, fa tres dies ens vam trobar fent un cafè i vam compartir el que cadascun de nosaltres pensava que eren les coses importants del sistema d’aquí i del sistema d’allà, i em va fer la impressió que podríem començar parlant de com, des de la seva perspectiva, havia evolucionat últimament l’NHS a efectes de veure des de quin punt de vista tenim coses a aprendre, ni que sigui per no fer els errors que ells puguin haver fet. Andrew, si vols fer un poc d’*assessment* de com veus la situació en aquests moments, podem començar a escalfar motors...

### **Andrew Street**

Bé, és una nova experiència per a mi. Bon dia a tothom. En primer lloc, moltes gràcies al Joan, al Jaume, al Ferriol i a l'Esther per la invitació... i, si m'ho permeteu, parlaré en anglès.

Evidentment, a Anglaterra tenim coses en comú amb el sistema d'aquí, però tal com està Anglaterra ara mateix és un mal exemple a seguir per a l'economia en general i per a la societat en general, i la veritat és que no hauríeu de voler fer el que estem fent nosaltres amb el nostre sistema de salut. Els problemes i reptes que hem generat per al sistema de salut al Regne Unit, si us plau, eviteu-los. Els problemes als quals ens enfrontem a Anglaterra ens els hem buscat nosaltres. El primer consell que us dono és que no feu el que fan els anglesos, en general. Evidentment, aquí també teniu alguns reptes, i en podem parlar, coses com ara el perfil demogràfic canviant, els reptes que comporten per al finançament i per a l'estructura del sistema de salut. Els reptes de què heu parlat, de salut mental per a la població però també per als treballadors, per als sanitaris, i els reptes d'assegurar que tenim la força del treball adequada, els llocs de treball adequats i amb els coneixements adequats per al futur. I els problemes de la postpandèmia, alguns dels quals giren evidentment a l'entorn de temes de salut mental. Però és que ja ens hem de posar en la següent pandèmia, perquè n'hi haurà una altra. No sabem quan, però estem preparats per a la següent?

A Anglaterra tenim la societat més desigual de tot Europa, ara mateix, i amb el temps encara s'hi ha tornat més, i això, evidentment, genera molt de conflicte social, molts problemes per al sistema de salut, tot i que potser està una mica més protegit de la desigualtat a Anglaterra perquè el sector privat a Anglaterra és força petit. Aquí, en canvi, hi ha molta gent que se'n va del sistema públic cap al privat, i aquest és un problema que teniu més a Catalunya que a Anglaterra. En un context més general, el canvi climàtic és un problema que el sistema de salut no pot resoldre, però que hem de tenir present perquè té una sèrie d'efectes en els patrons migratoris, en la contaminació i en coses que hem d'aplicar al nostre sistema de salut per ser més nets, més verds i més sostenibles. Són reptes que jo crec que són comuns als dos sistemes.

**G. L. C.:** Quan segueixes la situació de l'NHS veus aquesta disjuntiva entre la part de canvi, que pot ser ideològica –políticament s'entén el sistema de manera diferent de com ho havia fet Beveridge i els que l'han seguit–, i quina part recull els dubtes, la incertesa, a la vista de les coses que estan passant en els sistemes

sanitaris en general i que els governs d'alguna manera intenten confrontar d'una manera improvisada, diguem-ho així, reaccionant a coses pensant que és la manera en què es rectificarà la situació. Tinc dubtes, per tant, de fins a quin punt hi ha una empremta ideològica –sempre hi ha un poquet d'empremta ideològica, eh? Aquí diríem: els conservadors estan fent això perquè volen afavorir el sector privat. Però això, en realitat, des de la Thatcher no ha passat; el sector privat és encefalograma pla. I nosaltres, que suposadament teníem un consens més ample, tenim problemes de desigualtat i tenim problemes de creixement del sector privat. Aquesta és una cosa que, d'alguna manera, m'intriga, perquè en realitat el que està passant ara no té massa antecedents.

Jo me record de quan vaig tornar de York, l'any 84, amb la tesi acabada, per tant abans de la Llei general de sanitat –i faig una acotació: en aquesta cosa que els col·loquis han de ser vius, l'Ernest n'era un representant espectacular, perquè li agradava discutir qualsevol cosa ni que fos al taulell del bar de la facultat d'Econòmiques on de tant en tant parlàvem. Deia que la imatge que jo tinc en tornar de York fa 40 anys era molt més pacífica, i l'horitzó molt més previsible que el d'ara. En el que tenim ara, a part dels elements demogràfics, també ens cal observar uns elements tecnològics que estan canviant l'ecosistema de la salut.

Fixeu-vos que ho singularitzem en tot el que és la medicina personalitzada, si voleu, estratificada en caixetes, i ho podem singularitzar també amb una frase que fa molta gràcia que deia l'altre dia el Genís Roca, que és un tecnòleg, quan deia: “estem passant d'una situació en què el ciutadà, el pacient, trucava a la porta del metge per dir ‘doctor, no em trobo bé’, a una situació en què és el metge, el gestor de la teua salut, qui et truca, perquè, d'acord amb la diagnosi que està fent sobre els teus indicadors vitals, estàs a punt de fer un ictus o estàs a punt de fer un infart”. Per tant, l'asimetria és completa: hem passat de “jo truco al metge perquè no em trobo bé” a “el metge em truca per dir-me que no em trobaré bé d'aquí poc”.

Després, també tenim aquesta idea que, amb la multimorbiditat en què ens belluguem, transitar dintre el sistema de salut no és fàcil, perquè ja no és la idea de l'especialista, o fins i tot de la recomanació que et fa el teu metge de primària, qui fa de porta d'entrada. A vegades totes aquestes qüestions que afecten diferents àmbits requereixen un element de confiança, fet que posa enmig de la relació professional un intermediari, un *broker* de salut, que és el que, d'acord amb els símptomes que ell detecta i tu comentes, et diu com has d'entrar en el sistema, quina és la major regulació, el flux que has de seguir per fer un bon ús dels ser-

veis sanitaris. Aquesta idea de l'intermediari, de *broker*, és molt intrínseca a la idea d'assegurança; d'algú que prevé, que cuida amb un nivell de confiança molt més enllà de qui és el metge que m'han assignat, i que és la persona a la qual faig confiança i que em coneix el registre vital. Algú diria, "sí, això és el de primària". I sí i no, perquè la primària no té la capacitat resolutiva per guanyar-se aquesta reputació de resoldre els problemes de salut, o no la té encara.

I després, és clar, aquest moviment dintre del sistema sanitari requereix d'un criteri –ara se li diu tecnològicament un algoritme, però *c'est la même chose*, i aquest és el valor afegit real. Tindrem, per tant, uns professionals que faran de *brokers* de salut i d'altres que seran simplement els que t'arreglaran els galindons i els que et trauran les pelloses de la pell que seran contractes per compte d'altri normals i corrents. Per tant, tota aquesta idea d'autonomia del professional amb què s'havia construït, un poc, el sistema, o que voldríem que s'hagués construït, *vanishes*, s'esmicola. I en aquest punt, el sistema, és clar, no sap com pagar un algoritme, com pagar aquesta feina que és la que dona més valor afegit. Sabem més o menys com pagar un DRG o una AVG per a un ambulatori, però pagar un algoritme...?

Acabo amb una altra cosa. Això és el xoc tecnològic que tenim i que, per tant, genera incertesa; genera aquesta cosa a vegades hiperactiva que cada vegada que hi ha un ministre nou hi ha un invent nou, i en el nostre país es mou amb un soroll molt gran sobre la insostenibilitat del sistema. Els càlculs que es poden fer sobre la insuficiència financera catalana, que en el seu dia vàrem fer en el CRES en un treball que s'ha citat prou, deia que estàvem prop dels 5.000 milions, ajustant per PIB, ajustant per capacitat de compra i per situació demogràfica. La revisió que hem fet ara els situa, a Catalunya, entre 2.500 i 3.000 milions. Aquesta idea de sostenibilitat no és tampoc una coartada per lligar els gossos amb llonganisses, que dieu aquí, perquè la preocupació per si un sistema sanitari funciona no és només que sigui sostenible financera sinó que sigui solvent, que tingui capacitat d'ajustar-se, que les seves estructures estiguin musculades per ajustar-se a situacions canviants.

Per tant, des del punt de vista de gestió sanitària, posar 3.000 milions sobre la taula sense demanar amb què te'ls penses gastar és una aberració, perquè des del punt de vista d'hisenda pública –donada la dualitat fiscal en què estem, la dificultat de generar ingressos i si veiem que la tributació de les rentes de capital paga menys que la renda del treball– la desigualtat no s'arregla només mirant la despesa sinó també com ho finançaràs. Hauries de ser molt curós amb aquests diners, si algun dia hi tenim abast, i valorar amb què els gastaràs, perquè el



finançament té elements de desigualtat social, en aquests moments, per la via fiscal molt preocupants. Alerta amb el que vindrà i la poca capacitat que tenim per confrontar-ho.

A. S.: Permet-me que reculli un parell de coses: el que has dit sobre el canvi demogràfic i la sostenibilitat del finançament, i alguna cosa sobre la multimorbiditat de la població. Podeu estar orgullosos, a Catalunya, perquè crec que teniu l'esperança de vida més alta de tot Europa, o com a mínim esteu entre els cinc països més alts, cosa que és un gran èxit, evidentment. Però això genera dos tipus de pressió sobre el sistema: un és l'edat de jubilació. Quan et jubiles, quan arribes a l'edat de jubilació, encara et queden molts anys per davant, cosa que està molt bé, però la ràtio de dependència ha canviat molt, i això significa que hi ha una proporció més gran de la població que depèn d'un nombre més petit de gent que treballa a temps complet. És a dir, aneu pel davant comparat amb altres països europeus.

Però, en aquest aspecte, el Japó ens ha avançat, perquè fa temps que està pensant la manera de finançar a llarg termini les necessitats d'atenció de les persones jubilades, i cal que ens fixem en els models del Japó, de Singapur... per entendre com podem mantenir la gent vivint més sense que treballi a temps complet. Què fan? Doncs troben solucions de finançament per a gent que no necessàriament necessita del sistema de salut, però que potser necessita d'algun tipus de sistema d'atenció social per viure la seva vida, sigui una assegurança o qualsevol altre mecanisme que els doni suport... A Anglaterra, ho paguem de la nostra butxaca; a Catalunya, la gent rep el suport de la seva família. I cap d'aquestes coses és sostenible amb l'envelliment poblacional.

L'altra cosa que es fa en aquests països és que t'arriba l'edat de jubilació i no deixes de treballar obligatòriament, pots seguir treballant; en comptes de fer-ho a temps complet, tens més oportunitats de fer alguna altra cosa en què segueixes rebent algun altre tipus de compensació. Hem de canviar la mentalitat tant sobre l'edat de jubilació com del que significa realment la jubilació. I això és important, perquè hem de garantir que hi hagi un suport econòmic per a la gent al llarg de la seva vida, que ara serà més llarga. Si hem de viure fins als 90 o els 100 anys, hem de garantir que hi hagi recursos econòmics per fer-ho; això pel que fa al finançament. De la banda del sistema de salut, sentim constantment aquest mantra de la pressió sobre el sistema de salut perquè la gent viu més, però la gent no utilitza el sistema de salut perquè es faci gran sinó perquè no es troba bé. El que hem d'entendre és que l'important no és el perfil d'envelliment de la població sinó aquest

perfil de multimorbiditat, perquè és això el que motivarà l'ús dels recursos del sistema de salut.

A Catalunya teniu un avantatge respecte a altres països, perquè contràriament a la majoria de països feu una bona comprensió d'aquesta càrrega de la multimorbiditat, de les múltiples condicions que la gent pot patir en les vostres poblacions. I això és difícil de mesurar en altres països perquè no disposen de dades, però com que vosaltres teniu dades de la medicina comunitària, dels centres d'atenció primària, dels hospitals –tots emprant codis de l'OCD–, etc. podeu esbrinar quina és aquesta càrrega de multimorbiditat en la població. I el treball que heu fet a l'AQuAS, aplegant totes aquestes dades, i el sistema d'agrupació que heu fet servir, el GHM, per entendre aquesta multimorbiditat significa que esteu en una posició d'entendre molt millor que altres països a quines pressions està sotmès el vostre sistema de salut.

A Anglaterra no tenim aquestes dades; ens podem fixar en l'edat, en altres característiques demogràfiques, socials... però la multimorbiditat és molt difícil de mesurar en el conjunt de la població. Però vosaltres sí, que podeu. Això us permet veure quines característiques individuals, respecte a les seves condicions a llarg termini, prediuen quin ús faran dels serveis de salut. Això és un avantatge que teniu a Catalunya i que no està disponible en altres països. Ho sé per la Laia Maynou i l'Anna García Altés, amb qui acabem d'escriure un article sobre això, fixant-nos en dades catalanes per tal de predir l'ús dels serveis de salut.

I això té molt de sentit, perquè no és l'edat o la proximitat de la mort el que importa, sinó si tens càncer, el seu grau d'agressivitat, si tens alguna malaltia crònica i quantes en tens, i com de complexes són aquestes malalties... el que motiva l'ús dels serveis de salut. I aquí, a Catalunya, teniu un recurs fantàstic per entendre aquesta càrrega de la multimorbiditat i que també us pot servir per planificar els serveis de salut, per assegurar-vos que la gent amb problemes de multimorbiditat té accés a l'atenció sanitària que necessita en les circumstàncies que necessita, sigui atenció primària, hospitals... i no haver d'anar directament a l'hospital a tractar-se sinó tenir el suport necessari al llarg de la seva vida. Jo us animo a fer servir aquesta informació per planificar el vostre sistema de salut de cara al futur. Crec que són aquestes dues coses: el repte del finançament i el repte de la multimorbiditat. Aneu per davant en això últim i podeu aprendre d'altres països per al primer.

**G. L. C.:** Dues apreciacions. En el cas anglès, ells ja van fer la transició demogràfica, nosaltres l'estem fent ara. Per tant, els problemes que tenim són més durs,

més cruels, per la circumstància tecnològica en què ens belluguem; les possibilitats que té ara el tractament del càncer, sigui quina sigui l'esperança de vida que afegeix el tractament, quan ja has fet la transició demogràfica tens més capacitat per aprofitar-les.

La segona cosa és que aquestes dades a què ell es refereix, i que han servit per animar bastant alguns economistes autòctons, són dades coixes, encara. Nosaltres, des del CRES, fa temps que estem fent un *matching* entre les dades de cures de llarga durada, *long term care*, les institucionals i les de salut, perquè recordeu que aquí tenim la Conselleria de Drets Socials separada de la de Sanitat –i durant molt de temps han estat de partits diferents–, i no tenim encara una base de dades tan bona com ens agradaria. La de Salut, sí; la que ha fet l'AQuAS. Però el *linkatge* amb la de Drets Socials està encara en fase preliminar. I això es fa d'una manera asistemàtica; es fa perquè hi ha un parell o tres de recercadors del CRES que s'hi dediquen. Per tant, aquí, el sistema sanitari o el sistema de salut en general encara té camí per millorar.

La segona cosa que diu és totalment certa. De fet, demà presentem una revista, un número monogràfic de la *Revista Econòmica de Catalunya*, on posem el focus en el tema de l'edatisme, i de fins a quin punt això que estem fent, de tirar persones per la finestra, de que només pel fet de tenir una edat determinada se'ls faci sortir del sistema productiu, és un disbarat. Això demostra el poc resiliència que és el sistema productiu amb el xoc demogràfic que suposa el fet que la gent visqui més. El que passa és que, si toquem aquesta campana, no podem tocar la campana que la immigració ens salvarà, perquè abans d'obrir més les portes a la immigració hauries d'aprofitar més els teus recursos; les dues coses a la vegada no poden ser, i més amb el sistema productiu que tenim.

Bé, en aquesta segona part hi estic d'acord; s'ha de treballar. I això respon a una estratègia de país, perquè sabeu que aquí hi ha gent que diu que el sistema productiu no s'ha de transformar sinó que s'ha de mantenir, i que per fer les collites del vi o de la fruita que vinguin immigrants, diguem-ho així, perquè hi ha sectors que si paguessin després el cost de la mà d'obra que suposaria per a un autòcton fer aquestes feines no serien competitius, estarien fora de mercat. Per tant, no ho podem tenir tot, i, si aquesta és l'estratègia, hem de ser molt més curosos amb les altres coses que fem. El país peca un poc de “bonisme” o, si ho volem dir des de l'altra òptica, patim la falta d'un Govern que tingui una política estratègica clara en aquest terreny.

Tenim un focus molt gran sobre el dispositiu assistencial, que fa que sigui un sistema molt cooptat pels professionals, pels sindicats; és molt difícil moure res sense un pronunciament de sindicats, de col·legis de metges, etc. A la universitat no passa tant perquè els sindicats no són tan forts. Andrew, vosaltres no en teniu de sindicats; llavors on està la dificultat de bellugar el sector? Bé, amb la covid sí que hi va haver possibilitats, però perquè la transformació la van fer ells mateixos; però aquesta transformació no es va fer per quedar-se. La gent ha tornat a les casernes d'hivern i ha tornat més cremada que quan l'aplaudien als balcons. Tenim, per tant, un sistema bastant cooptat que és molt difícil de transformar, i això és històric. Des que vaig acabar la tesi doctoral fa 40 anys, les coses estan així: cal una millora de governança, que els partits polítics prenguin responsabilitat... Cada vegada que algú parla del Pacte per la Salut penso: "una més!" I com que açò no sembla funcionar, i si hem d'esperar que hi hagi una regeneració política que canviï les arrels, l'estructura... anem servits.

Jo ara ja vaig sempre a derivada parcial; la diferenciació total, jo crec que ja no la veuré. Doncs ara es tracta de veure quins canvis –d'això, en Vicente Ortún en diu radicalisme selectiu; el vam signar els dos, l'article aquest–, quins petits canvis poden mostrar la seva capacitat de ser emulats per canviar de manera selectiva però radical, d'una vegada per totes. Jo crec que el focus hauria de centrar-se en això. I si no fem això, si cada vegada que hi ha una proposta mínimament radical no li donem suport d'una manera convençuda, el que farem és reafirmar el sector negacionista, el sector del "no hi ha res a fer". Per tant, hauríem de fer un esforç entre tots per fer valer algunes coses que sabem que són de sentit comú, però que toquen el voraviu d'algun d'aquests sectors que domina en la salut i que acaben sent un impediment; hauríem de ser prou forts per vèncer-los. No tot, no ens carregarem l'Estatuto Marco demà passat...

Han fet algunes EBAS, entitats bàsiques associatives en primària, però equips clínics de gestió en els hospitals, dels mateixos professionals en autonomia, no han aconseguit fer-ne cap, per molt que el Josep Maria estigués convençut que era una manera de tirar endavant. Doncs la meua idea és fer com en el seu dia va fer-se amb les EBAS. Recordeu que les EBAS eren un "*vade retro*, Satanàs", que eren la privatització del sistema sanitari, i al final tots ens hem convençut que era una capacita-ció de professionals que creien en el sistema públic i que, per tant, no el parasitaven sinó que hi feien dedicació exclusiva, i que, en qualsevol cas, ha obert les finestres perquè les coses en el sistema sanitari es poguessin organitzar de manera diferent. Aquesta ha estat una cosa reconeguda des de l'època de l'Eduard Rius, que va

començar la pel·lícula aquesta, fins a la Marina Geli que va consolidar tot el que va poder. I si no se n'han fet més, d'EBAS, és perquè no es poden crear; no es pot crear més personal, diguem-ho així. Ho hauries de fer a través de reagrupar els que ja hi ha, i, creient que es pot fer de manera diferent, esperar que s'autoorganitzin.

Ara és més difícil fer EBAS, però podríem intentar fer alguna cosa dintre el món hospitalari i, des del punt de vista dels que estem en el món de la hisenda, lluitar perquè la gent entengui que de la mateixa manera que parlem d'una taxa per finançar un servei públic, un copagament és exactament igual; també és per finançar uns serveis públics. Una taxa universitària a la Pompeu és per finançar millor la universitat pública, no és per afavorir la privada. Val més anticipar-se a aquestes coses, fer-les bé, que no després fer un “salvi's qui pugui” en aquest moment d'incertesa en què cadascú inventa coses. I com el tema aquest de les taxes, en podria posar un altre, però això ja ho tenia molt marcat per al final perquè és el més... *arguable*, que diuen els anglesos; més discutible.

Andrew, veient el que està fent l'NHS, quina mesura radical selectiva creus que podria ser interessant per transformar d'una vegada el sistema? Perquè recorda que el Tony Blair també va dir que posant-hi diners acabaria amb les llistes d'espera, i no va passar...

A. S.: No sé si necessitem un canvi radical, però sí que hem de planificar el futur. Tornaré al tema dels sindicats. A Anglaterra, ara mateix, tothom fa vaga: els professors, els conductors de trens, els professors universitaris, els metges, les infermeres... i tot això perquè l'economia és un desastre, ho és per definició. Tothom fa vaga, la inflació és molt elevada... i tot és un desastre, joestic molt enfadat amb la situació d'Anglaterra. Tothom està enfadat i tothom fa vaga; per tant, mirem-ho. Hi ha un tema clar en relació amb la mà d'obra. El metges i les infermeres normalment no fan vaga, però ara en fan. Per què? Doncs hi ha una primera raó relacionada amb la paga; volen que se'ls pagui més, i això no és sorprenent perquè la inflació és molt elevada i hi ha hagut poques pujades de sou en els darrers 15 anys. Però també els llocs de treball han empitjorat; les tasques s'han fet més difícils i no hi ha hagut cap tipus de reconeixement del treball duríssim que la gent va fer durant la pandèmia; només se'ls aplaudia, però els aplaudiments no paguen les factures. Així, la situació en què ens trobem és, en part, una conseqüència de la situació de l'economia en general, però també és deguda a un fracàs de la planificació per part del Govern durant molts anys; de la planificació de la força de treball requerida. A Catalunya, Espanya, Itàlia i Anglaterra, el sistema sanitari, seguint

el model de l'NHS, és molt polític, i això significa que necessitem assegurar-nos que hi ha una bona planificació per a tot el sistema. No podem, senzillament, deixar-ho en mans dels individus i que decideixin si treballaran o no en el sistema nacional de salut. Cal planejar-ho, planificar quants metges i infermeres necessitarem en el futur, i assegurar-nos que tindrem els incentius correctes perquè la gent participi en el sistema.

Bé, doncs hi ha hagut un fracàs en la planificació al Regne Unit. A veure, no hi ha hagut un pla de personal des de fa 15 anys. I si no tens un pla de personal, no saps si tindràs el nombre correcte de metges i d'infermeres per poder afrontar les exigències del sistema nacional de salut. Normalment, ens ho mirem des del punt de vista de la demanda, però hi ha hagut una manca de planificació total des del punt de vista de l'oferta... i es necessiten 8 anys per formar un metge, 3 anys per formar una infermera... i necessitem que la gent tingui el nombre correcte d'anys de formació, incentivar i reclutar la gent perquè acabi la formació i entri a treballar en el sistema. I després conservar-la dins el sistema. I si tenim un desfasament entre l'oferta i la demanda hem de poder atraure persones d'altres països.

El Regne Unit té la proporció més elevada de treballadors del sistema públic nacional de fora d'Anglaterra, d'altres països. Sempre hem depès de persones que venen d'altres llocs, d'Espanya, de Filipines i d'altres països europeus, per treballar i sostenir el nostre sistema de salut públic, i això és perquè fracassem a l'hora de formar prou persones a casa. I després del Brexit, la gent ha marxat i ha tornat a Europa o a altres països, i la crisi de personal ha empitjorat. Ara, els anglesos estan intentant reclutar personal de Nigèria, de Ghana... per substituir el personal d'altres països d'Europa, i això és un fracàs, un fracàs de planificació. I si hi ha una manca d'oferta en comparació amb la demanda, els treballadors existents tenen més poder per dir: "escolta, vols que treballem?, doncs paga'ns més". El poder ha canviat entre el sistema nacional de salut i els treballadors, i senzillament fan vaga perquè són un bé escàs. Però si volem resoldre això a llarg termini hem de planificar el personal a llarg termini, no podem simplement deixar que les persones abandonin el sistema de formació i que facin individualment el que vulguin, hem de planificar per al futur.

No sé quin és el pla de personal que teniu a Catalunya, jo l'únic que sé és que a Anglaterra no hem tingut un pla de planificació i ara ens estem enfrontant a les conseqüències d'aquest fracàs a l'hora de planificar. I això ha de ser tractat, perquè els països occidentals no poden simplement importar mà d'obra de l'Índia, del Pakistan i de les Filipines, importar-la per sostenir els nostres sistemes

nacionals de salut. Hem d'assegurar-nos de ser sostenibles per nosaltres mateixos i formar el nombre suficient de persones a partir de la nostra població local, de manera que els nostres països siguin sostenibles des del punt de vista del personal, no només des del punt de vista financer. I no crec que hi hagi gaires països que ho hagin fet bé, això; no crec que gaires països hagin planificat el seu personal per al futur. I aquest fracàs es revela en les vagues que tenim a Anglaterra i en les pressions a què esteu sotmesos també a Catalunya. I això és una cosa que ja hauria d'estar feta.

**G. L. C.:** I què en penses, del “nou” partit laborista que tracta aquest tema? Creus que aquesta serà la mesura principal que prendran per canviar l'actual *state of affairs*?

**A. S.:** Ha de formar part de la solució, sí.

**G. L. C.:** Però es tracta d'una solució a mig termini o a llarg termini, i als partits polítics els interessa el curt termini! Així, quin serà el nou camí per al partit laborista?

**A. S.:** En els nostres sistemes nacionals de sanitat, la política és summament important, pot marcar la diferència per a bé o per a mal. I el lideratge polític té conseqüències enormes sobre fins a quin punt es desenvolupa –i si es desenvolupa bé– el sistema nacional de salut, tant pel que fa a com responem davant les demandes de la població com per assegurar-nos que les persones que necessiten atenció sanitària l'obtenen. Fa 13 anys, al Regne Unit teníem un sistema de salut nacional que funcionava molt bé; els nivells més alts de satisfacció del públic de tota la nostra història, les llistes d'espera més baixes... A finals de l'últim partit laborista, el 2010, després de Blair i Brown, la productivitat del sistema havia millorat en comparació a la productivitat de l'economia en general! El partit conservador va heretar un sistema nacional de salut que funcionava molt bé, però després va arribar la crisi financera i aquesta crisi va ser utilitzada com a excusa per retallar tots aquests serveis públics.

**G. L. C.:** Però llavors, abans de la crisi, tampoc hi havia planificació dels recursos humans del servei sanitari?

**A. S.:** Bé, jo formava part d'un comitè assessor per a la planificació del personal sanitari, però el Govern va decidir contractar la planificació del personal sanitari a una enorme empresa consultora de comptabilitat sense un contracte adequat. I no van fer res, absolutament res; van cobrar, van posar els diners als seus comptes i van donar algun informe ocasional al Govern, però les persones que treballaven per planificar el personal sanitari al Regne Unit van marxar i tots els plans van desaparèixer. Teníem bons models d'oferta i demanda per a la planificació, però... Bé, aneu amb molt de compte a l'hora de contractar empreses consultores externes, perquè l'única cosa que els interessa és obtenir beneficis, i no servir el benestar social. Si un Govern pensa que contractar una consultora és una bona manera d'organitzar els serveis públics, aquests ho patiran, a llarg termini. Durant 15 anys no hem tingut cap pla i ara, només ara, han redactat un pla per al personal sanitari; finalment, després de 15 anys de no tenir-ne cap. Però ara vivim les conseqüències d'aquest fracàs governamental. Els governs poden canviar i millorar, i amb un esperit públic més fort..., però si tens un Govern a qui no l'importa el sector públic ni servir el públic... llavors, el teu sistema educatiu simplement caurà i el teu sistema nacional de salut, en general, desapareixerà. I a això ens enfrontem ara a Anglaterra. Tenim un Govern a qui no l'interessa servir el públic. Hem tingut primers ministres a qui l'única cosa que els importa són ells mateixos. Boris Johnson ni tan sols es preocupa pels seus propis fills, i penseu que es preocuparà per la població en general? Per descomptat que no. O sigui que, si teniu persones així en situació de lideratge durant pandèmies, patireu. I el poble britànic està patint del coronavirus molt més que qualsevol altre país a Europa a causa de les decisions preses pel Govern. Doneu gràcies a Déu que no va tenir un Boris Johnson durant la pandèmia!

**G. L. C.:** Estic molt d'acord amb gairebé tot el que has dit. De fet, entre nosaltres de vegades fem el comentari que hem d'estar alerta quan un *influencer* o un polític –que normalment són molt pro-pública, però que por poc que puguin tenen MUFACE i estan a la privada– entren en el sistema públic i, esperant el tractament de la urgència d'un germà o d'un familiar, miren i diuen: “jo això ho arreglo en un tres i no res”. O quan et ve el consultor de torn de la millor consultora del món i fa un *power point* de colors. Això, ara de debò, l'únic que fa és posar en evidència qui ho ha encarregat o qui, sobre aquesta base, vol fer d'*influencer*. I com que crec que també hauríeu d'interaccionar i d'opinar, només un tema final per part meva. En un moment en què la situació fa un poc de nàusea, què podem



fer els economistes de la salut o els economistes –jo soc més d'economia pública– per ajudar a confrontar la situació i servir el benestar de la gent? Aquesta qüestió és l'únic que explica, en el meu cas almenys, que m'hagi dedicat a l'economia i no a la banca o al dret. Quan un té aquesta angoixa, jo tinc tendència a ancorar, a tirar l'àncora, a algun criteri o principi, “remenant-ho” tot: què diria l'Amartya Sen sobre aquesta situació? o Chandler, aquest noi de la London School que escriu sobre John Rawls i aquests temes? I, òbviament, recuperar el mateix John Rawls, que al meu entendre marca una via, i no només tracta temes molt complexos que després no saps com vehicular, perquè hi ha hagut molta gent que l'ha seguit; el Dworkin, l'Ian Kennedy en el seu moment –The Unmasking Medicine en l'època que jo estudiava era tot un referent.

Però un cop aquesta gent se n'ha anat, com hem de resoldre aquests ensurts? La derivada parcial cap a on ha d'anar? Perquè, és clar, un Big Bang aquí no és possible, no existeix tal possibilitat. Has de mirar si volem gastar més o no, en què gastar-ho exactament; *targeting*. I com ho hem de finançar. Si està clar que ho hem de posar en el pressupost, que vol dir ingressos generals i, en aquests moments, IVA, que és un impost indirecte regressiu, llavors hem d'estar molt segurs que ho compensem amb el que gastem; la regressivitat que entrem per la cuina l'hem de compensar amb el bon plat que servim al menjador. I el Rawls es basa molt en el principi d'inferència: “si tinguessis un euro addicional, en què te'l gastaries? Focalitzaries en el que està pitjor”. Això és la regla del Maximin, el principi d'inferència del John Rawls. Si tu ara aconseguissis que et caigués del cel un increment de productivitat, o el que sigui, i això et genera un increment de base fiscal, a on l'hauries de posar? Això és la derivada parcial que us deia. I aquí hem d'anar amb molta cura, perquè els sistemes tenen aquest ADN universalista que és relativament perillós, perquè el poc increment que aconseguixes en recaptació, com el facis indiscriminat en qualsevol forma de despesa, es dilueix i no serveix per corregir cap dels factors que han causat aquesta desigualtat. Perquè la desigualtat sovint l'analitzem, al meu entendre, erròniament, mirant la despesa sanitària privada; quanta més despesa sanitària per a l'ús de renda, més gran és l'esforç que han de fer els pobres per pagar serveis, i segons l'enquesta de pressupostos familiars aquest va creixent. Que, per cert, el dia 2 de novembre el Ministeri de Salut va treure l'informe sobre la situació del SNS i aquest és un dels factors que mira.

La desigualtat no està en això, sinó en el no accés, en la no utilització. La utilització és com allò de qui perd les claus i les busca sota el llum, però la clau de la

desigualtat no l'has perdut sota el llum, l'has perdut en les condicions socioeconòmiques que fan que la gent no tingui ni la capacitat de gastar privadament, tampoc. A part d'això, fixeuvos que, si ens preocupem molt de la despesa sanitària privada, estarem reconeixent d'alguna manera que el catàleg de prestacions públiques està mal fet, perquè si el catàleg estigués ben fet totes les coses cost-efectives, tots els tractaments cost-efectius, estarien cobertes pel sistema públic. I qui s'ho vulgui gastar privadament, per a tractaments més a la carta o *utilities*, que diuen els anglesos, que s'ho faci, que ja està bé que s'ho paguin privadament i no amb càrrec al pressupost públic.

Un exemple que posem a classe és el dels preus de referència dels medicaments: jo et pago el genèric, però si tu et vols comprar el de marca no té sentit que t'ho financem amb l'esforç fiscal de molta gent, que en aquests moments vol dir els treballadors per compte d'altri. Per a mi, el repte que s'ha de gestionar –i ho dic amb peus de plom– és com entrem en situacions que no són universals a la *antigua usanza* i que estan lligades a la prova de necessitat relativa, la prova de mitjans, i com hi dediquem els recursos addicionals que, com a societat, pensem que hi hem de dedicar de manera que siguem el màxim d'efectius en corregir les desigualtats; perquè, si no, forma part de l'insult a la intel·ligència pensar en gastar més en sanitat sense precisar i a través del pressupost amb l'argument que si és del pressupost ja és segur que es fa de manera equitativa. Jo crec que mirar despeses sense mirar ingressos, o assumir que si els ingressos venen del pressupost ja vol dir que són ingressos justos, és un insult a la intel·ligència en el segle XXI. Però bé, la vida segueix, eh? I aquests tòpics estan a l'ordre del dia en els àmbits de la nostra recerca, que conflueix bastant amb politòlegs, salubristes, etc.

A. S.: Jo sento molta simpatia per John Rawls. Ell va escriure durant l'època de la Guerra Freda en uns moments en què hi havia dos models de societat; d'una banda, la dels EUA, molt llibertària, i de l'altra, la de la Unió Soviètica, basada en principis marxistes. I la seva idea era com poder arribar a una societat en què tothom estigués d'acord. Com poder definir uns principis fonamentals sobre els quals, tant si ets als EUA com si has crescut a la Unió Soviètica, estaries d'acord. I això és, en essència, el que feia Rawls.

Ell va encunyar una teoria de la justícia darrere de la qual hi ha tot el que pot ser utilitzat per defensar un sistema nacional de salut, perquè el principi fonamental, rector, diu que un dels senyals d'una societat civilitzada és que el ciutadà més vulnerable estigui protegit. I això és el que fem en els nostres sistemes nacionals de

salut; protegim les persones més vulnerables de les conseqüències catastròfiques de patir un problema de salut. I aquest és un principi “rawlsià”. No és l’únic principi perquè, com diu en Guillem, tolera la desigualtat en la societat, però només quan aquesta desigualtat beneficia els que estan pitjor de la societat. Aquest seria, diguem-ne, el principi de la diferència; assegurar-nos un enfocament en l’exclusió social, en els elements més vulnerables de la societat... i és una base molt important per organitzar no només els nostres sistemes nacionals de sanitat sinó també els nostres sistemes públics en general. I és per això que J. Rawls ha tingut un impacte tan profund en l’economia política i en la política en general des dels anys noranta.

**G. L. C.:** Però has d’apuntar, has de fer *targeting* per identificar qui és el que està pitjor...

**A. S.:** Sí, és clar, es tracta d’una cosa teòrica, però a la pràctica, com identifiquem els que estan pitjor? Ara bé, amb la cobertura sanitària universal el nostre sistema de salut és molt millor ara del que ho era en el passat. A veure, el sistema universal de salut no es va establir fins el 1912 a Noruega, ni tan sols el tenien a l’Alemanya bismarckiana; era principalment per als treballadors. El principi de focalitzar-se en l’exclusió social, en reduir-la, i analitzar quins són els ciutadans que estan pitjor a la societat no és tan vell...

El món és molt diferent ara respecte fa 100, 50 o fins i tot 20 anys. Algunes coses han anat malament, per descomptat, com la situació política a Anglaterra ara mateix, per exemple, però si mirem la història a llarg termini, estem millor ara que en el passat, i el que no volem que passi és perdre el que hem guanyat. Però també necessitem celebrar d’on venim i reconèixer-ho, i part del consens que tenim en les nostres societats ha estat el resultat de moltes lluites. Ara bé, cal admetre que la democràcia és molt fràgil. I si no lluitem per la democràcia, si no lluitem per l’interès públic, aquestes coses es poden veure erosionades.

Jo ho he vist a Anglaterra, hi ha hagut una erosió total en la confiança en la política, en el sector públic, en l’economia... I això ho hem vist també amb Trump als EUA, ho veiem a Hongria... Afortunadament, a Polònia hi ha hagut un canvi de Govern, però si no som curosos, les coses poden deteriorar-se molt fàcilment. Per tant, hem de treballar durament per les nostres societats, per assegurar-nos que funcionin per a tothom, no només per a una elit. Cal que treballem en pro de la pau i de la prosperitat. I el nostre sistema de salut públic és un pilar molt important, fonamental.

**G. L. C.:** Recordo que quan ens preguntàvem amb el conseller Josep M. Argimon que si tanquéssim el dèficit fiscal i aconseguíssim un poquet més de calés, on els posaríem, ell sempre deia “a Mental Health!”, que era el programa de salut mental que va empènyer. Això és el que em preocupava a mi quan deia “què fem amb la derivada parcial”. I per ell, on caldria posar aquest plus dins del sistema de salut és en la gent que tenim abandonada per problemes de salut mental. Crec que és fidedigne això que dic, oi?

**Josep Maria Argimon**

Sí, però tenint en compte que la salut mental no afecta només el món sanitari. Aquest és el gran repte. Mental Health és precisament salut a totes les polítiques; vol dir habitatge, educació, treball... això és clarament salut mental.

**G. L. C.:** Però no ho podem fer tot, eh? Haurem d'apostar.

**J. M. A.:** No, tot no... però el que vull dir és que el tema de la salut mental l'hem d'abordar des d'una posició molt holística...

# Preguntes

**Ferriol Sòria**

**director de la Fundació Ernest Lluch**

Hem parlat de radicalisme selectiu. Per concretar, si us haguéssiu d'atrevir a provar aquest radicalisme selectiu, on l'aplicaríeu? Què se us acut? En Josep Maria parlava de Mental Health. On posaríeu vosaltres la banya?

**G. L. C.:** No sé si ho podré explicar d'una manera fàcil, però ho procuraré. La disjuntiva que tenim ara és: hi ha coses que són efectives, hi ha polítiques que són efectives però de cost inassumible i que, per tant, queden fora de catàleg; i això vol dir un copagament del 100 %, només qui s'ho pugui pagar ho tindrà. Coses efectives que per la sostenibilitat del sistema no són assumibles, perquè l'efectivitat que generen és poca cosa respecte al cost; però, d'efectives, ho són. Versus això que fan els francesos, que és no ordenar en cost-efectivitat sinó segons efectivitat relativa, i traspasar una part del cost als usuaris, que vol dir un copagament relacionat amb l'efectivitat relativa del tractament, de manera que quant menys efectiu és un tractament més alt és el copagament, copagament que va a les arques públiques. I les coses que són molt efectives, copagament zero. Si prioritizes en cost-efectivitat, acceptes que el que tu no dones –perquè no ho pots donar, circumstancialment, per exemple perquè el Parlament ha decidit no posar-hi més diners–, el que tu no poses en catàleg, només ho tindrà qui s'ho pugui pagar. Ara podria fer la llista de prohoms que, a l'època en què aquí no teníem bons dispositius, van anar a fer tractament als EUA i són vius, i qui no s'ho va poder pagar és mort. Açò és la situació de copagament al 100%. Anar a copagament relatiu seria una possibilitat per acompanyar aquests processos, perquè, al meu entendre i des del punt de vista d'una societat democràtica, val més acompanyar-los perquè almenys els controls, pots regular-los, abans que tancar els ulls i campí qui pugui; qui ha pogut s'ho ha pagat i s'ha salvat. És clar, això segon és de societat més madura, i comprenc que no puc dir això i fer que ara surti un *tweet* que digui que el Guillem ha dit això, que prou coses he dit ja perquè em condemnin; i hi ha altres coses que podria dir, però faria llarg...

## **Públic**

Bé, en primer lloc, gràcies a tots dos, perquè heu obert uns “melons” prou interessants. Reculo una mica, a quan has parlat de multimorbiditat i longevitat. Som en un moment en què el sistema públic de salut ha de fer un plantejament de fons, els partits polítics i la societat en general s’hi han de posar, però també hem de parlar del sistema públic de pensions, perquè has esmentat una cosa sobre la qual m’agradaria documentar-me més, i és que, quan es planteja el finançament –si ho he entès bé– potser les persones que arriben a la jubilació haurien d’allargar aquesta productivitat en la seva vida laboral, professional, i, per tant, continuar treballant. De qui estem parlant? De quants estem parlant? En un moment en què les persones ens estan demanant la jubilació anticipada per activitats perilloses. Penso, per exemple, en les treballadores de la llar, que s’estan plantejant com a col·lectiu la jubilació anticipada; en conductors d’autobús, en professions d’una àmplia majoria social a qui no pots demanar que triguin més a jubilar-se, perquè no tenen capacitat personal, per malalties professionals, perquè les empreses privades i públiques els jubilen, i estic pensant en l’ICS, en les empreses públiques en què hi ha un personal sanitari molt qualificat, en general –i no parlo només de metges i d’infermeres, parlo també d’auxiliars d’infermeria–, a qui obliguen a jubilar-se als 65 anys. Llavors m’agradaria que em contestéssiu com i on podem quantificar-ho, i de què estem parlant quan parlem d’allargar l’edat de jubilació, o d’una jubilació parcial. Moltes gràcies.

**A. S.:** A veure, la gent amb multimorbiditat... el primer que hem d’entendre és quin tipus de malalties té la gent. S’ha d’entendre el problema abans d’esbrinar quina és la solució, i no sol haver-hi una solució única. Com he dit, esteu en una posició molt bona per entendre la càrrega de la multimorbiditat a Catalunya; més que en altres llocs, i això és un punt de partida molt bo per entendre la naturalesa d’aquest problema, perquè hi ha persones amb diferents tipus de morbiditat que necessiten diferents paquets de cures que d’altres. El que hem d’entendre és que la gent té problemes de salut diferents i que necessitarà serveis diferents. El problema que tenen és navegar pel sistema per trobar l’atenció sanitària que necessiten. Aquest és el repte per a molta gent amb multimorbiditat; ets hipertens, has tingut un infart o una malaltia coronària i has de veure molts especialistes diferents, i per a un individu és molt difícil orientar-se en el sistema. I aquest és el repte, i aquesta és la gent en qui hem de centrar-nos per assegurar-nos que reben l’atenció adequada en les circumstàncies adequades i en el moment adequat.

Els models de salut que tenim ara no són gaire adequats, perquè són capses tanca-des, se centren en un sol problema a cada moment; hi ha un hospital, hi vas perquè tens un problema i te'n vas a casa. No se'ls dona gaire bé, a aquests diferents sistemes, comunicar-se. Però tampoc és un sistema totalment imperfecte. Tenim un sistema de pràctica general, d'atenció primària, que funciona molt millor a Catalunya del que funciona, per exemple, a Austràlia o als EUA, perquè aquí com a mínim hi ha algú que s'encarrega de tu, almenys en teoria, que entén globalment tot el que et passa. I, repeteixo, a Espanya, en general, hi ha hagut moltes temptatives de fer models de cures integrades; s'han dut a terme experiments de sistemes integrats de cures en diferents regions d'Espanya que estan en primera línia de models per entendre com tenir cura de gent que necessita cures integrades, i no separades. Això no ho hem resolt encara, però també s'ha de reconèixer que vosaltres esteu en una posició més bona per resoldre aquest problema, perquè teniu una informació més bona i perquè les estructures que ja teniu operatives són més avançades que en altres països; o sigui, teniu uns bons fonaments.

**G. L. C.:** És això que dèiem quan parlàvem del *broker*; tens un internista que ja no pot seguir el ritme que seguia abans, i en comptes de llençar-lo per la finestra el reubiques en una altra part del sistema, i el mateix amb un bon cirurgià... encara que només sigui pel coneixement que té sobre com funciona el servei de salut. I després volia dir una altra cosa: la solució d'això també és relativament senzilla, i és que la jubilació sigui voluntària, i que tot el sistema de pensions no t'empenyi a anar fora si vols cobrar la pensió. Perquè, és clar, si et poses en aquesta disjuntiva, no hi ha color; però és culpa de la regulació, no del sistema de salut. Jaume, tu, d'aquest tema, n'havies parlat al començament...

### **Jaume Lanaspà**

Estava pensant que si algun dia estem preocupats per la situació del nostre país, seria convenient convidar l'A. S. perquè ens animi una mica i ens recordi el contents que hem d'estar de ser catalans i espanyols, moltes gràcies...

Tots dos heu coincidit en el tema dels col·lectius més desafavorits. Deia el Guillem que no tothom pot accedir al sistema de salut. Hi ha un problema de desigualtat, hi ha un biaix –si ho he entès bé– vers la població més desafavorida, i l'Andrew també n'ha parlat. Passa el mateix, previsiblement, amb, per exemple, l'accés a l'ingrés mínim vital. Els biaixos d'exclusió hauran de coincidir en les mateixes poblacions. Llavors, la idea és que potser caldria buscar algun sistema

no només per assegurar la transversalitat dins els sistemes de salut, sinó que connectés el sistema sanitari, el sistema educatiu, els serveis socials municipals i altres actors, potser, per assegurar-nos entre tots la identificació i l'assessorament als col·lectius més vulnerables, perquè com a mínim no quedin exclosos de la salut o de les rendes mínimes, etc. Aquest seria una mica el repte.

Després, l'altra qüestió, que pot semblar una mica cínica per part meva: jo soc partidari de manera aferrissada, com ha quedat clar, del sistema públic de salut; però tot i així celebro que hi hagi un sistema privat, perquè en el nostre país, i ho dic amb un cert cinisme però amb sentit de l'humor, ens va molt bé que les persones d'un cert nivell econòmic puguem accedir al sistema públic i al sistema privat. El sistema privat elimina, o estalvia, esforços o recursos, temps, etc. al sistema públic, cosa que, hipotèticament, permet focalitzar el sistema públic en el que és més important per a tothom i cap a allò que és universal per a qui no es pugui permetre el sistema privat. Seria una mica la síntesi, molt esquemàtica. Si això és així, m'agradaria saber dues coses: primera, si aquesta combinació "sistema públic majoritari, sistema privat complementari" és una originalitat total d'aquest país o és una cosa més freqüent; i segona, com es podria mesurar –i això va potser més per al Guillem– la distribució òptima, des del punt de vista de l'interès general, entre la dosi de públic i la dosi de privat. Gràcies.

A. S.: Sí, jo em preguntava, per què és diferent a Espanya que a Anglaterra? Suposo que, en part, es deu a la seva història. El sistema nacional de salut, a Anglaterra, es va crear fa 75 anys, el 1948, però és que el 1948 ningú tenia una assegurança privada; és que no existia, o sigui que o pagaves de la teva butxaca o no t'atenien. El servei de salut es va encarregar d'obtenir un sistema de finançament per a tota la població, no hi havia un sistema d'assegurances. Evidentment, quan vosaltres vau crear el sistema nacional de salut a Espanya el 1986, és evident que en aquella època la gent ja tenia assegurances mèdiques privades, i dir a la gent que abandoni la seva assegurança privada perquè "miri, és que volem acabar amb el mercat de les assegurances privades" era quelcom impossible. A Espanya vau crear un sistema que necessitava dos tipus de finançament, i això suposa conviure amb els dos sistemes de finançament, perquè no pots treure a la gent una cosa que ja té. I és per això que al Regne Unit, comparat amb Espanya, tenim aquestes bases tan diferents. En altres països és semblant. Austràlia, per exemple, té exactament el mateix: un sistema públic universal que es va introduir als anys setanta, moment fins al qual hi havia hagut un sistema privat força potent.



I no és només la provisió pública el que importa sinó també el finançament, i hi ha una certa tensió al respecte, perquè el problema de l'assegurança privada és que els rics abandonen el sistema públic; treuen diners del sistema públic per pagar les seves assegurances privades, es resisteixen a pagar impostos per al sistema públic i això significa que existeix el risc que amb uns menors ingressos el sistema públic es vegi perjudicat. Queden menys diners, per exemple, per a cures urgents del sistema públic, que no generen beneficis. I aquest és el problema de sostenibilitat per al sistema públic de salut, que és molt més gran a Anglaterra que a Espanya o a Austràlia. Però això és així i no es pot erradicar; el que fa falta és un marc regulador potent per al sistema privat, de la mateixa manera que també s'ha de garantir que el finançament del sistema públic sigui suficient perquè el Govern pugui garantir –no necessàriament en el mateix sentit– el que sigui adequat per a la població.

**G. L. C.:** Deixeu-me afegir, en primer lloc, que el Labour Party té el Wellbeing Think Tank, que intenta lligar la salut amb tota l'acció social en general i el mercat de treball. Emet informes regularment, que m'agrada llegir, però peca de mirar només com coordinar les despeses, i fa la llista de què costaria fer aquest enganxament de manera que afecti no a la renda bàsica universal, perquè això està fora de qualsevol esquema sensat, sinó a rendes garantides, com a molt, de ciutadania o rendes mínimes o PIRMI's..., perquè la renda bàsica universal està als antípodes del que deia jo del *targeting*; imagina't, ventilar-te un 25 % del PIB i després intentar recuperar alguna cosa a través de l'IRPF, haguda compte que qui paga l'RPF és a Espanya... vull dir que, a ximpleries, no m'hi dedicaré. Ara, la tendència és *wellbeing* i, a més, els indicadors també van d'això. Aquesta setmana l'INE ha tret els indicadors, que heu vist, sobre les condicions de vida de les comunitats autònomes i s'ha armat un poc de sarau, perquè busquen alguna cosa més que no sigui estrictament el PIB. Això em sembla bé, però repeteixo que s'ha de mirar com ho financem.

I, en segon lloc, us diria que si jo tingués diners en el sector de l'assegurança privada, el primer que voldria saber és quina estratègia pensa seguir el sector públic respecte de les seves prestacions, i en funció d'això em faria una clau de negoci. Si el sector públic continua amb aquestes cobertures universals erràtiques –perquè a vegades, per exemple, estem parlant del cost d'un any de vida ajustat per qualitat i després resulta que no, que depèn del sector, de si és una malaltia rara, si és *end of life*... i els talls són diferents... Llavors, si jo tingués interès en el sector privat, estaria un poc perdut.

Vull dir, què he de fer? Ser complementari? Suplementari? Voldria MUFACE? Voldria generalitzar MUFACE? Voldria ser substitutiu? Avui mateix surt als diaris –fan propaganda, òbviament– que MUFACE estalvia als espanyols 3 mil milions d’euros... Però aquest MUFACE que tenim, o el generalitzem o el tanquem, perquè no deixa de ser una desigualtat manifesta de primera divisió. I jueus i cristians, PP i PSOE, tothom amb la boca tancada –això forma part de les hipocresies aquestes que a mi em revolten bastant. Una volta es defineix políticament quina és l’estratègia, després es pot mirar quina és la combinació amb el sector assegurador privat; a mi m’agrada més “assegurador” que no “sector” privat, perquè sempre que hi ha assegurança hi ha mutualisme, hi ha subsidi transversal –que és molt diferent a l’*out of pocket* que deia l’Andrew–, i que és el que hem tingut sempre nosaltres; en el mutualisme l’un ajuda l’altre. Per tant, una volta saps quina és l’estratègia pública, tu t’acomodes en el que pots contribuir pensant en el benestar de la gent, perquè hi ha gent que està disposada a pagar, però el sector públic et dona fins aquí, i això és el que és cost-efectiu, el que té més efectivitat relativa. Però tu, en una societat democràtica, el que no dones no queda prohibit; faltaria més que si volguessis el medicament de marca perquè la pastilla és de colors no la poguessis tenir si te la pots pagar, però no l’ha de cobrir el sector públic. El sector privat s’hauria de centrar en les *utilities*, que són menys efectives o que no són *cost-effective at all*, que diuen els anglesos. Per tant, és difícil fer *lobby* sense saber quin paper pensa jugar el sector públic, perquè volem que el sector públic hi jugui i que tingui un paper dominant, i volem que el sector privat, en tot cas, l’acomanyi i prou.

### **Ferriol Sòria**

#### **director de la Fundació Ernest Lluch**

No vull acabar sense, en nom del Club de Roma i de la Fundació Ernest Lluch, agrair molt al G.L.C. i a l’A. S. que ens hagin acompanyat avui i que hagin estat tan generosos de compartir amb nosaltres totes les seves reflexions. Moltes gràcies.

Diàleg

2

# Diàleg 2

## Reptes del SNS: la mirada dels gestors

### Introducció

**Antoni Plasencia**

**director general de l'Institut de Salut Global de Barcelona (ISGlobal).**

**Antoni Plasencia**

Bon dia de nou a tothom. Benvinguts i benvingudes a aquest segon diàleg sobre la mirada dels gestors davant dels reptes del Sistema Nacional de Salut. Soc l'Antoni Plasencia, director de l'Institut de Salut Global de Barcelona; una de les institucions que col·labora amb aquesta iniciativa. Moltes gràcies per aquesta oportunitat i per la temerària decisió de demanar-me que contribueixi a introduir i acompanyar aquest diàleg. La idea és mantenir l'esperit del diàleg entre els dos convidats. No cal dir que el diàleg és un concepte molt amenaçat en moltes parts del món, inclòs el nostre entorn més proper, i que, per tant, tot allò que sigui mantenir la flama de la importància del diàleg –en aquest cas al voltant del Sistema Nacional de Salut– és fonamental. Moltes gràcies a la Fundació Ernest Lluch. Gràcies també al Club de Roma per fer sempre aquesta funció d'apropar el coneixement i la reflexió a la ciutadania.

Com deia, soc el director d'una institució fonamentalment acadèmica que es dedica a la visió de la salut des d'una perspectiva sense fronteres. Això és important, també en aquest debat, i com que probablement no sortirà més endavant us ho volia compartir. En primer lloc, perquè quan parlem de sistema de salut vol dir que hi ha una visió sistèmica de la salut, i de vegades –en un context de, diguem-ne, polarització política però també de fragmentació davant de la complexitat– hi ha una certa tendència a perdre aquesta visió de sistema. Sistema vol dir, doncs, que hi ha multiplicitat o diverses parts: la governança, el finançament, la provisió, els medicaments, els sistemes d'informació, etc. Tots ells són elements del sistema de salut i la suma de tots ells, el sistema en si, és més que la suma de cada un d'ells individualment. I aquest és un element important i que cal tenir present a l'hora

d'analitzar o de parlar del Sistema Nacional de Salut. I la segona, que és també des de l'experiència d'ISGlobal, és que, d'alguna manera, la salut i la resposta a la salut tenen una dimensió d'aproximació al ciutadà, als problemes del ciutadà, que en el nostre marc podríem dir d'aproximació a les comunitats autònomes i al món local, però també una altra dimensió que va més enllà de les fronteres, i avui dia –de fet era una pregunta per al Guillem, però l'hi faré després– cal plantejar-se què han après els sistemes de salut, també el nostre, de la pandèmia. I, evidentment, això està tenint un reflex molt important a Europa. Jo soc dels que ha anat dient que, probablement, un dels elements que ha reforçat o que està reforçant la identitat europea és la resposta –que no va ser ideal en els primers mesos però sí força més positiva en els següents mesos– que van donar els sistemes de salut i els governs que hi havia al darrere i les seves ciutadanes. Per tant, simplement dic que és important que, quan pensem en sistemes de salut, tinguem aquesta visió sistèmica i aquesta visió més enllà de les fronteres.

I avui som aquí per compartir l'experiència de dues persones amb una grandíssima experiència en la gestió. Ells han sigut, i són, moltes coses en el seu dia a dia. Deixeu-me que, encara que els conegueu molt bé, us els presenti. L'Olga Pané és actualment gerent del Parc de Salut Mar. Parc de Salut Mar vol dir un conglomerat d'institucions sanitàries orientades a la provisió hospitalària, però també a l'àmbit de la salut mental i de la formació sanitària, com per exemple la infermeria, i ha treballat en moltes parts del sistema públic, de l'atenció primària, als consorcis sanitaris i també en la consultoria internacional. I crec que aquesta visió tan local però alhora també tan global és important a l'hora de poder discutir algunes de les coses que intentarem abordar aquí. Manel del Castillo és, des de l'any 2003, gerent de l'Hospital de Sant Joan de Déu de Barcelona i forma part d'algunes de les institucions que estan sota el paraigües de l'orde de Sant Joan de Déu. És expert en gestió d'institucions sanitàries i especialista en medicina familiar i comunitària. Ha estat implicat professionalment i des de molt aviat en la gestió del sistema de salut, a l'atenció primària, com a director provincial, i també com a responsable i gerent de diverses institucions assistencials.

Tots dos es caracteritzen per dues coses. La primera és que formen part d'una generació –i abans ho parlàvem amb algú de vosaltres– que va acompanyar i ajudar el desplegament del Sistema Nacional de Salut, de la Llei general de sanitat del 86. I això és molt important. I també en aquest fòrum, perquè el que necessitem és la

renovació d'aquest esperit de pertinença, de vinculació, d'orgull a l'hora de defensar un sistema públic; una cosa que, probablement, s'està erosionant per diferents motius que potser sortiran en la conversa. I l'altre aspecte important és que són immunes al desànim. Ara bé, espero que no estiguin d'acord en tot. Un cop, a la televisió, una coneguda presentadora ens va dir: "mireu de barallar-vos", però no es tracta d'això sinó de dissentir o d'intentar compartir les diverses visions. I ells, en la seva carrera professional, s'han caracteritzat per dirigir la mirada cap al rigor, cap a la innovació, per intentar fer les coses d'una altra manera, responsablement i amb voluntat de millora sense perdre l'objectiu principal del seu rol. I això costa molt, sobretot quan el corrent no va exactament en la direcció desitjada. I per tant, el que voldríem avui, el que se'ns ha demanat, és poder afavorir aquest diàleg al voltant de la reflexió sobre el contracte social en sentit ampli –no només amb la societat sinó amb els professionals, amb els governants, etc.– i que ens donin la seva visió sobre la reformulació del contracte social al voltant del Sistema Nacional de Salut. Ells, com a gerents i com a gestors, estan en primera línia de les organitzacions i són una mica el pernil de l'entrepà. Una de les llesques de l'entrepà, la formen evidentment, la governança, la planificació estratègica, les prioritats i el finançament. I l'altra llesca és el ciutadà, sigui usuari, malalt, familiar o població general. Per tant, aquesta és una posició no gens còmoda per als que han d'implementar les polítiques sanitàries. Ells són els que han de fer que les coses passin, però també els que d'alguna manera vehiculen cap amunt, si és que hi ha un amunt, el difícil paper d'haver de temperar les expectatives, d'haver de temperar les necessitats i a vegades de fer una mica de mags, de fer de mag Fèlix, a l'hora de poder assegurar que el seu rol respongui a les expectatives. I en aquest rol clau entre la governança i la societat, ells hi contribueixen amb el seu lideratge i capacitat de gestió d'una multitud de recursos diversos, humans i tècnics. Cito ara la Llei general de sanitat, l'objectiu principal de la qual és fer efectiu el dret a la protecció de la salut, en aquest cas orientat prioritàriament a la promoció de la salut i a la prevenció de la malaltia: article 3.1, ho dic perquè en la conversa anterior això ha sortit zero, i si ens remetem al Sistema Nacional de Salut, això és important. Per tant, ells en són uns artífexs fonamentals. Ells, i evidentment en representació avui de molts i moltes, són una peça clau d'aquest rol de credibilitat i de capacitat de resposta del Sistema Nacional de Salut malgrat les dificultats. Com ho farem, això? La idea és que percebem conjuntament que el Sistema Nacional de Salut necessita respirar millor, necessita visions renovadores i que potser en els darrers anys, per no dir alguna dècada, ha entrat en una situació una mica encallada i necessita, com els vehicles que s'empantaneguen en

el fang, ser empès, tot i que, probablement, empènyer no sigui suficient per treure el vehicle del fang i que, per tant, calgui prendre altres decisions.

Per això també els hem demanat que no només facin un diagnòstic del que no funciona, o del que funciona, sinó que també facin propostes. Perquè entenc que l'objectiu d'aquest diàleg també és mirar de ser positius. I ara entro ja en matèria. Jo soc aquí perquè m'han demanat que acompanyi una mica el debat, el diàleg, al voltant d'aquests tres eixos: la sostenibilitat social, financera, de recursos humans i de governança i organització. I hem acordat que deixariem uns 15 minuts per a cada un dels blocs i després temps per a les preguntes i per als comentaris que vulgueu fer. Així, doncs, demanaria al Manel que engegués el diàleg parlant de la sostenibilitat social vista molt des de la perspectiva del ciutadà i, evidentment, des de la mirada del gestor.

## Diàleg

- **Olga Pané** – gerent del Parc de Salut Mar
- **Manel del Castillo** – director gerent de l'Hospital Sant Joan de Déu Barcelona

### Manel del Castillo

Molt bé, doncs gràcies. Veig que el nostre diàleg també és com el pernil de l'entrepà, perquè estem entre la xerrada que ha fet en Guillem i la que farà la Beatriz. Per tant, abans de res jo voldria abaixar les expectatives, perquè davant d'aquesta diguem-ne “prèvia” i “post”, nosaltres som –o almenys jo parlo per mi– *practicones*: no som acadèmics, som gent que estem en la gestió, cosa que té algun avantatge però també desavantatges.

Jo crec que –d'acord amb el que vam comentar l'altre dia amb l'Olga i amb tu– potser podríem començar parlant una mica de quin és el diagnòstic aproximat i, sobretot, de quines serien les propostes –i després l'Olga ja ens corregirà i a la inversa quan li toqui a ella.

Què vol dir això de sostenibilitat social? Jo, el que veig, és que al final és un equilibri entre el que ens costa alguna cosa i el que aquesta cosa ens proporciona. I la pregunta seria, és sostenible socialment? Pel preu que paguem, la població està d'acord o accepta adequadament el sistema sanitari? Jo diria que sí, però també diria que això està empitjorant, i de manera accelerada sobretot després de la pandèmia. Crec que molta gent segueix valorant moltíssim el sistema sanitari i el considera la joia de la corona, però no crec –i no sé si ho compartireu o no– que les

coses estiguin tan bé com haurien d'estar i que no estan com estaven fa vint anys. I per què pot estar passant això? Doncs podria ser perquè el cost és molt alt o perquè l'acceptació, la satisfacció que se n'obté no sigui tan alta. Jo crec que el cost, després l'Olga ens en parlarà, no és molt alt. Són molts diners, però tinc aquí algunes dades que ens indiquen que, si estem al voltant del 7 i escaig del PIB o, si ho mirem en despesa pública, a 2.000 euros de despesa pública per càpita –en dòlars PPI estaria a 3.300–, sempre estem una mica per sota de la mitjana de l'OCDE. Per tant, no sembla que sigui el cost el que pugui estar generant una certa desafecció al sistema sanitari. Tot i que hi ha una dada, que jo crec que moltes vegades no es té prou en compte, que és que pràcticament el 30 % de la despesa total, del 9 % i escaig que dediquem a salut, és despesa privada; molt més –el doble que a Alemanya, on és del 15 %– que en altres països. I aquest és un tema que no surt gaires vegades, però que no s'hauria de perdre de vista, perquè el fet que hi hagi molta despesa privada en un sistema que és universal vol dir alguna cosa, de la qual voldria parlar en la segona part. Per tant, jo diria que hi ha una certa desafecció, la gent ara no està tan satisfeta del sistema com abans, però no crec que sigui perquè la gent tingui la sensació que costa molts diners i que no es pot pagar, sinó perquè no tenim allò que busquen. I això en què ho fonamentaria? Primer, en què segurament la població és més exigent del que ho era fa vint anys, això està clar. Però, a banda d'això, jo penso que si mirem determinades enquestes, veurem per exemple que, segons les dades del baròmetre sanitari del CIS, s'ha duplicat el nombre de persones que han passat a considerar que es necessari reformar el sistema. Estaven, em sembla, en un 28 % el 2012 i ara estem en un 42 %. I això no és un tema menor.

I, segona cosa, que potser fins i tot és més rellevant: la doble assegurança. La doble assegurança és votar amb els peus. I això està creixent d'una manera extraordinària. Un 25 % de la població ja té doble assegurança, hi ha 12 milions de persones que paguen doble. I 12 milions de persones és molta gent. Per això penso que és un indicador indirecte que alguna cosa està passant i que no va del tot bé. I quan dius un 25 % parles de Catalunya. A Madrid arriba al 35 %. I si mires algunes franges de població, d'entre 25 i 40 anys, arriba al 50 %. Això ja no és que la classe alta vulgui diferenciarse, això és que hi ha gent de classe mitjana i mitjana baixa que no té el que busca dins el sistema sanitari públic i per això paga. I quan parles amb les asseguradores, et diuen: “és que la gent que està entrant nova té molta “sinistralitat”, que diuen ells, que vol dir que hi van molt sovint. Per què? Doncs no per una qüestió de pressió sinó perquè necessiten anar al



metge o accedir a una prova complementària. Per això, jo penso que no és un problema de cost sinó que la gent no té allò que busca. I si, entrant una mica més en el tema, ens preguntem què busca, jo diria que no és que busqui millors professionals, perquè els professionals són els mateixos i, en tot cas, si hem de buscar els millors, segurament són a la pública. Això no crec que ho qüestionï ningú. Tampoc no és per les instal·lacions, perquè les grans infraestructures tecnològiques les té la pública; no l'hostaleria, segurament, però el que és la tecnologia, sí. Ni és tampoc per les grans teràpies, que també són a la pública, els trasplantaments, etc. Aleshores, què és el que fa que la gent decideixi pagar doblement? Doncs jo penso que és per dos motius. Un, l'accessibilitat –i no tant, potser, la llista d'espera per operar-se de cataractes– sinó l'accessibilitat ambulatoria. Perquè el problema no és el diagnòstic sinó el temps que has d'esperar per obtenir-lo: mesos per a una ecografia, mesos per a una consulta, etc. Per tant, sobretot l'accessibilitat. I la segona cosa que jo crec fonamental és la personalització. El sistema està molt despersonalitzat. Una vegada entres en el sistema, i això és el que ens salva, amb una malaltia crònica, la gent ja està contenta, perquè realment tens un nivell molt alt en tots els àmbits, el metge et coneix... Però arribar a entrar és molt complicat i això fa que la gent al final es desesperi i pagui doble o triple. Per tant, jo crec que si bé no estem en una situació de pèrdua de confiança per part dels ciutadans cap al sistema, sí que realment hi ha una certa desafecció.

### **Olga Pané**

Manel, només volia matisar alguna cosa. Quan parlem de les expectatives dels ciutadans també hem de veure com es creen aquestes expectatives, perquè jo crec que després de la pandèmia hi ha hagut com un canvi en el tema de les expectatives. Abans, la gent utilitzava d'una manera determinada el sistema, la pandèmia ens va posar en el focus i des de la pandèmia no parem de sortir cada dia als diaris explicant que hem trobat una cosa meravellosa que suposo que la gent interpreta que li allargarà la vida, que no necessàriament és així, o que no es morirà. Vull dir que nosaltres mateixos, de vegades, des del mateix sistema, en el moment en què ens hem situat sota el focus hem creat un nivell d'expectatives que també contribueix a fer que el ciutadà busqui unes determinades coses. Amb el baròmetre sanitari que tu anomenaves, segons el qual hi ha un 43 % de gent que diu que fan falta reformes, també hi ha una altra qüestió molt curiosa, perquè quan els preguntes: “a vostè, què li agrada més del sistema?” contesten: “a mi, com em tracten les emergències i com em tracten els hospitals”.

I m'imagino que el fet de sortir cada dia als diaris explicant les meravelles també ens va bé, perquè ens aporta notorietat, reputació, ingressos... Als nostres investigadors, els agrada sortir al diari... I, per tant, les expectatives se'n van cap a l'hospital i hem deixat enrere la salut pública, l'atenció primària, la salut mental que comentàvem abans, etc. I la segona cosa és que quan mesures, doncs depèn de què mesures. Vull dir, si preguntes què no funciona, et diuen el que no funciona, però si preguntes què funciona, la gent també et diu que hi ha moltes coses que funcionen i que funcionen bé. Un exemple, ara tots els hospitals estem començant a posar en marxa el sistema aquest de PREMs PROMs –que s'assembla molt al PLAENSA aquell que feien els de la UPF a l'hora de trobar resultats. Què ens diu la gent quan estem parlant de PROMs i li preguntem: “què és el que vostè ha trobat que no ha anat bé?” “El menjar”. No els agrada el que els donem per dinar, i després hi afegeixen que s'han hagut d'esperar potser una mica massa i que el soroll no els deixa dormir... Però si vas al PLAENSA, en general et diu el mateix. I si mires les queixes, igual: llistes d'espera, arribar al metge de capçalera... Ara bé, estic d'acord amb tu que la gent ha interpretat: “mira, per a coses de poca entitat busco un complement, si me'l puc pagar, i hi accedeixo ràpid, i quan em diuen que això és una mica més greu me'n vaig cap al sector públic”. Per cert, moltes vegades des de la privada t'ofereixen un canal relativament ràpid per accedir a la pública, perquè com que el metge que tenim aquí el tenim allà, de vegades creu que d'aquesta manera optimitzarà el circuit d'entrada.

**M. C.:** Resolem molt bé allò que és greu. Tenim prestigi. El sistema té prestigi en les coses greus, en el que dèiem, els riscos catastròfics, però en el que és banal hi dona molt mala resposta. Llavors, quan de vegades diem que el Sistema Nacional de Salut a Espanya s'està “llatinoamericallitzant”, et diria que no, si bé no el conec gaire bé, perquè hi ha una cosa que ens diferencia. A l'Amèrica llatina hi ha aquest sistema dual: el sistema públic per als pobres i el rics ja se'n van a la privada. I aquí, sí que és veritat que si seguim aquesta dualitat anirem pel mateix camí, però aquí hi ha una diferència important i és que la part complexa segueix estant en el sector públic, i això no ho hem perdut, per sort. Però el que no és tan complex –que, sortosament, son la majoria de les coses que té la gent–, no ho solem resoldre gens bé. Aquest risc de dualitat, jo penso que hi és. De fet, és el mateix que deia el suec Olof Palme quan afirmava que si anaven en aquesta direcció, la gent de classe mitjana i mitjana alta aniria al sistema privat i el sistema públic només quedaria per als pobres i per a riscos catastròfics, i que sintetitzava

en aquella frase: “un sistema per a pobres sempre serà un pobre sistema”. Per tant, ho hem d'intentar evitar i per això jo ara voldria donar els titulars, propositius i provocadors, perquè jo crec que ja estem en una edat en què ens ho podem permetre tot.

Si partim de la idea que la sostenibilitat social està en certa manera en risc, i que això ens ho diu el fet que la gent tingui cada vegada més una doble assegurança perquè no està satisfeta amb el que té, pot arribar un moment que aquesta gent digui: “i per què jo no puc fer el mateix que els funcionaris, que són els únics que poden triar entre sistema sanitari privat i públic? Deixin-me triar, pagui vostè amb els meus impostos i jo escolliré privada o pública”. Recordem que els funcionaris cada any poden triar la modalitat i que el 81 % tria l'atenció privada, sobretot quan són joves. Quan són grans ja no, perquè llavors venen les malalties greus i se'n van a la pública.

Jo penso que tenim tres opcions. Una és generalitzar el model MUFACE, que la gent pugui elegir entre pública i privada. Això seria, en la meva opinió, catastròfic per al tema privat i per al públic. Per què? Perquè el privat no podria assumir tota la demanda que li vindria, ja que el privat al final és complementari. El sistema públic, segur, perdria gent i quedaria encara molt més ineficient, perquè la gent aniria a la part privada però no reduirien plantilla. Això és el que està passant a Madrid. Recordeu que Madrid és àrea única i, com que és àrea única, la gent pot escollir l'hospital que vulgui, de manera que n'hi quatre o cinc de gestió privada que tenen molta més població de la que els toca per sector, perquè la gent els tria. I sí, aquests quatre hospitals privats estan facturant molt, però això no disminueix el pressupost dels hospitals públics, del Gregorio Marañón, del 12 de octubre o del que sigui. Això és el que ens passaria. Per tant, jo crec que comportaria molts riscos i que l'única manera que això pogués ser viable és que els hospitals públics i la primària fossin entitats independents i poguessin concertar la pública, l'asseguradora pública. Llavors sí que podria ser. No li veig l'avantatge, però podria ser. Aquest seria un primer model. Olga, pots corregir-me si vols.

**O. P.:** No, jo només volia dir una cosa relacionada amb MUFACE. No recordo els números exactes, però sí que vaig consultar la memòria de MUFACE per saber els diners que s'havien gastat en MUFACE i en la cobertura, perquè té una mica més d'un milió de ciutadans entre els que són funcionaris i els parents. I vaig calcular quant costa per habitant. I els costa, més o menys, 300 euros més del que ens costa en el sector públic. Anava per aquí.

**M. C.:** No és el que diuen ells.

**O. P.:** No, no. Ells no ho diuen, però és veritat. Ells diuen que els milions no els pagues tu, però el tema és, per habitant cobert, a quant els surt? I resulta que si agafes el total i ho divideixes pels habitants coberts que ells diuen que tenen, són més cars. No recordo el nombre exacte.

**M. C.:** Ells diuen que paguen menys per habitant que el que paga el sistema públic... En tot cas, jo crec que no és només un tema de costos, és que seria inviable. Però bé, és un tema que estarà cada vegada més a l'agenda, no sé si en som conscients, perquè cada vegada hi ha més gent que paga i que també vol elegir. I, per tant, això és un risc real per a tot el sistema de salut, públic i privat.

La segona opció seria: per què hi ha llistes d'espera? Per què hi ha aquesta falta d'accessibilitat? Bé, potser no és un tema per entrar-hi ara, però jo crec que si canviéssim el model de gestió, si no tinguéssim aquest model públic, funcional, administratiu i hi poséssim un model de gestió empresarial –múltiples estudis han demostrat que la gestió importa– i féssim una reforma profunda i radical del sistema de gestió del Sistema Nacional de Salut, moltes de les coses que ara no estan bé de la pública (també en la primària) podrien millorar. Ara, això és molt difícil, demana un consens que no sembla fàcil i requereix molta tenacitat, perquè això no es fa d'avui per demà. Has d'implementar coses, has de donar personalitat jurídica als hospitals, has de fer una reforma radical de la primària, dels models de pagament, etc. Són canvis tan profunds que veig molt difícil portar-los a terme. I com que ja fa tants anys, 30, que faig gestió i que en parlo i no passa res, doncs aquesta opció, la gestió empresarial d'allò públic, que seria la que a mi m'agradaria, la veig difícil. Hi ha una tercera opció que no és la que m'agrada, però que segurament és la que passarà. És acceptar que el que tenim és el que tenim i que no canviarà res; o sigui, seguirem en un sistema dual. I llavors, què passarà? Doncs que la pública cada vegada més anirà per renda baixa, per a gent gran, per a les zones rurals i per a riscos catastròfics... amb el risc d'anar perdent cada vegada més legitimitat. Jo crec que és el que passarà. Fa molts anys que faig xerrades sobre reformes sanitàries pendents i les acabo amb una diapositiva que és una foto de l'*Infern* de Dante que diu "Todos los que entráis, abandonad toda esperanza". Fa trenta anys que sento el mateix i no som capaços de reformar el sistema sanitari. Per això es necessita molt de coratge, molta valentia per trencar les barreres polítiques, sindicals... Per tant, crec que el més probable és que no passi res i que continuem en

aquest model cada vegada més globalitzat, que es vagi deteriorant i que passi com allò de la granota que es va bullint i no se n'adona, que vagi perdent legitimitat i que al final no passi res fins que peti.

**O. P.:** Abans de passar al tema següent, només una qüestió. Parlàvem abans de les expectatives i un tema que sempre està sobre la taula és el de les famoses llistes d'espera. Jo soc de l'opinió que si ens focalitzem en les llistes d'espera el que sobretot tindrem seran llistes d'espera. És a dir, si tu pagues per les llistes d'espera, tu tindràs llistes d'espera. I si tu ets focalitzes en les llistes d'espera, el que aconseguiràs és que tinguin finançament els hospitals i els centres amb més tecnologia, però no l'atenció primària i la salut pública, que probablement és on ens hauríem de canalitzar. Però com ho fem? Perquè la gent no vol esperar-se. Jo crec que aquí hi ha dues grans coses en les quals ens hem de centrar. Una és l'atenció primària. Estic d'acord amb tu. Als ciutadans no els agrada com va, i ho diuen. I aquí sí que s'ha de fer un canvi radical del sistema que porti realment a intensificar el vincle del metge de capçalera amb el pacient, amb el ciutadà, i a reforçar tots aquells elements que signifiquen el pagament per adscripció del ciutadà, i que això sigui substancial. I que el metge realment tingui ganes de visitar més pacients, de tenir més pacients.

**M. C.:** Això ens ho vam carregar l'Olga i jo, eh?

**O. P.:** Sí, i vam copiar el model dels anglesos però pagant a la cubana. I ho vam fer fatal. És el que ens ha passat. Al final hem acabat a la cubana. Aquest és un tema rellevant i angular del sistema i de les expectatives dels ciutadans. O sigui, no podem esperar més a solucionar aquest tema i no podem seguir pensant que la solució és que el metge visiti cada vegada menys gent o que atengui menys persones, perquè així l'únic que necessitarem seran més metges, que cada vegada sabran menys perquè visitaran menys. Per tant, aquest tema és, al meu parer, fonamental i ho estan demanant els ciutadans a crits. I la segona és que en els hospitals, quan rebem fons per a les llistes d'espera, el cirurgià que té més llista d'espera fa festa major, perquè tots els quiròfans són per a ell, i ell el que vol és estar tot el dia al quiròfan. I no ha d'anar així. Han d'anar al quiròfan els que fan les millors indicacions, perquè si anem a la llista d'espera, tindrem més llista d'espera. Els meus cirurgians, en els nostres hospitals, ja ho veuen. I el pobre que ha anat fent una gestió bona i una indicació bona, diu: "al final soc jo el

que es queda sense els quiròfans”. Per tant, sobre aquest tema també hem de canviar el focus. Hi ha sistemes d’informació que ho permeten: tots aquests sistemes que mesuren la variabilitat de la pràctica clínica, que ho tenen estandarditzat per habitant, que ho tenen comparat... els hem de convertir en instruments de treball del dia a dia, perquè si no, no ens en sortirem. I és que no pot ser que s’operin cinc vegades més genolls en una província que en una altra, o en un hospital que en un altre tenint el mateix territori, perquè o en un van molt coixos o a l’altre... Alguna cosa hi deu passar. Per tant, aquests temes per mi són nuclears i no els hem recollit mai en el sistema de salut. I bé, només és això, perdona.

### **Antoni Plasencia**

El segon bloc és el de la sostenibilitat financera que entronca una mica amb la taula anterior però des de la visió de la gestora.

**O. P.:** A veure, jo també dono dades. Ara fa un moment dèiem en petit comitè que a Catalunya –em centro en Catalunya, perquè la resta no sé com ho registren– el Parlament aprova 11.400 milions d’euros per al pressupost d’aquest any –que d’això se’n diu gronxar-se, perquè això és el que ens vam gastar el 2019, abans de la pandèmia. Però llavors resulta que aquest any ens en gastarem, atenció: 15.200. O sigui, que aquí hi ha un forat de 3.000 milions d’euros. I si algú es pensa que això ho arreglen els gestors, aneu equivocats. No s’arregla gestionant, s’arregla d’una altra manera. Podem discutir com ho podem fer, però aquest és un tema central. Com hem anat passant cada any? Des de fa deu anys, estem enviant cada any 1.000 milions, per pagar, a l’any següent. Ara, des de en fa tres, n’estem enviant 2.000, 2.000 cap a l’any següent. I ni tant sols es recull al pressupost o es diu, “mira, ara el pressupost d’aquest any serà de 15.000 milions, perquè hem gastat 15.000 milions”. Doncs no. I és un problema ja estructural d’entrada. I ho tenim fumut. Efectivament, també tenim el tema de la doble assegurança, que com que ja l’ha tractat molt el Manel jo me’l salto, però dic que a Barcelona ja es registra un 40 % de doble assegurança. A Barcelona ciutat, eh? I m’afegeixo a tot el que ell ha dit. Amb aquests diners que hem incrementat des del 2019 fins ara, a Catalunya tenim 20.000 professionals més que fan la mateixa producció de l’any 2019. I aquest és un dels altres problemes estructurals que tenim, molt grans, perquè això qüestiona molt la sostenibilitat. I no hi ha menys llistes d’espera. N’hi ha més. I som 20.000 professionals més treballant. Això què vol dir?, doncs que hi ha un desalineament terrible de totes les polítiques. Hi ha la macrogestió que va per una banda, la

mesogestió per una altra i la microgestió que va per una altra; i ens hem d'alinear tots o serà difícil... I això és complicat, perquè crec que no només passa a la salut, sinó a tot el sector públic. A l'Estat, als governs, els costa assumir la seva funció d'empresaris del seu sector públic. És com si aquest assumpte no els afectés. Ara penso en el nostre cas, des de la pandèmia cap aquí: decidim que cobrirem les baixes laborals al 100 % des del primer dia de tots els nostres professionals. Està bé, formalment està bé, oi? Automàticament: dos punts més d'absentisme. Bé, potser sí que estem més malalts des de la pandèmia, però tenint en compte que quan mirem quins són els que es posen malalts són els més joves, és una mica estrany. I dos punts més suposen molts diners. En el meu hospital, cada punt és un milió i mig més d'euros. I com és que hem arribat aquí? Doncs, perquè resulta que així ho ha acordat la taula sectorial de la funció pública de Madrid. Però a ningú se li acut fer una memòria econòmica i plantejar què significarà això. Perquè, és clar, en els llocs on treballem 24 hores al dia, si un no hi va hi has de posar algú altre. Segona mesura: no es pot acomiadar ningú una vegada hagi entrat en el sistema. Fantàstic, perquè realment ens faltaven recursos i això està molt bé. Però quan agafes i dius: "això està bé, hi estem d'acord, estructuralitzem, resulta que cada plaça que estructuralitzes val 4.000 euros més que quan no estava en estructura. Si en poses en estructura 20.000 més, més els que tenies a dins que encara estaven per entrar en estructura –perquè teníem una taxa de gairebé el 20 %–, aleshores són 4.000 euros més per cada un d'aquests que estructuralitzes. Per tant, això està molt bé, jo hi estic d'acord, perquè si no s'estructuralitza, la gent no es quedarà en el sistema. Ho hem de fer, però s'han de tenir els recursos per fer- ho! Cada una d'aquestes polítiques ha d'anar acompanyada dels recursos. Si això ho encolomes a la comunitat autònoma respectiva, doncs 3.000 milions de diferència! I així anem.

Podríem posar molts més exemples. Ens passa amb la MHD, amb els fàrmacs de dispensació hospitalària, que són hospitalaris perquè són molt cars i són molt innovadors. Qui aprova aquests fàrmacs? Madrid. Qui paga aquests fàrmacs? Les comunitats autònomes. El problema moltes vegades fins i tot no és que s'aprovi el fàrmac, és la indicació del fàrmac. Si és que han baixat els preus d'aquests fàrmacs i ha crescut la factura un 10% anual! Però com és possible? Doncs perquè el que autoritzem és que hi hagi més indicació d'aquell fàrmac. Clar, tot això s'ha de compassar. Perquè si no anem compassats, si el que aprova unes mesures no trasllada els recursos i les eines, el resultat és fatal.

I ara vaig a les eines. Diuen: "bé, ara vindran els gerents i ens ho arreglaran". Jo crec que els gerents no ho arreglarem. Amb una mica de sort no ho espatllarem.

Perquè no és un problema dels gerents, és un problema de les eines dels gerents. I durant aquest temps han restat eines al sistema públic de salut per millorar l'eficiència de la resposta a aquests recursos. Ara tot s'ha de saber gestionar públicament, que vol dir des de l'Administració, des dels criteris de l'Administració. Això és restar una quantitat de capacitats de gestió tremenda.

El Manel i jo estem gairebé d'acord en tot, però partim de situacions molt diferents. Ell treballa en una entitat privada que té un seguit de recursos per gestionar els recursos públics que rep, que donen un retorn al ciutadà molt més alt que el que tenim en el sector públic, els que estem en el sector públic. I això és molt important. I aquí aniria ja a quin element és necessari perquè el conjunt del sistema pugui alinear-se i tenir eines o, com a mínim, saber com desenvolupar eines per millorar-ho. Doncs necessitem un sistema d'avaluació de tot això que sigui seriós, independent, que sigui *oportuno*, que diuen a l'Amèrica Llatina; és a dir, que a dia d'avui no ens publiquin les dades de la Central de balanços del 2021, si us plau! –que estem acabant el 2023, que està tot digitalitzat i que deu ser fàcil tenir com a mínim els del 22– i que ens permetin comparar-nos els uns amb els altres, per veure què és el que es pot fer bé o que es pot fer millor i poder-ho copiar. I a mi m'agrada molt, copiar!

**A.P.:** Copiar millorant-ho, que és crear.

**M. C.:** Respecte a la sostenibilitat econòmica, jo estic totalment d'acord amb el que dius, però crec que hi ha algun tema que no volem tractar, perquè és molt espinós, però que hem de tractar. Serà difícil que els ingressos pugin, i hem de recordar una cosa: és veritat que no gastem molt en termes agregats quan diem el 7 i escaig del PIB, però quan mirem en termes absoluts estem al voltant dels 90.000 milions d'euros, una xifra que em va sobtar molt quan la vaig conèixer, perquè el que recaptem de l'IRPF són 100.000. Tot el que gastem en salut és equivalent a l'IRPF. Llavors dic, “home, però per càpita són 2.000 i escaig”, però alerta, que això no ho paguem entre tots, ho paguem entre uns quants. I si miro el que pago de l'IRPF penso “amb el que pago de l'IRPF podria tenir una assegurança prèmium per anar a fer la primària a Boston”. Llavors, alerta, no són molts diners en termes capitatius, però com que les càpites no són totes, són unes quantes, al final ho paguem entre uns quants i no surt barat.

Per tant i primera cosa: jo no crec que puguem pujar els impostos i tenir molts més diners. Quan diem de créixer molt més, d'ingressos no crec, però en despesa



sí que podríem fer algunes gestions. I en la despesa entrem dins el tema de la cobertura, un terme que sembla horrorós, però que es refereix a qui té dret, a què té dret i en quina proporció. Bé, a què tindrà dret? Això ho determinen les centrals d'avaluació. Necessitem l'Hispanice, perquè si no, no sabrem en què estem gastant els diners. Però, qui hi té dret? és un tema en el qual no volem entrar però que és terriblement complex. Per què? Perquè hi ha una situació que fa que sigui molt fàcil entrar en el sistema. I us puc assegurar que això comença a ser un problema de primera magnitud. És a dir, a mi no em preocupa la gent que viu aquí ni el que ve amb la pastera –perquè es convertirà en un ciutadà que viurà aquí, haurà de pagar impostos, l'IVA o el que toqui– sinó el que en diuen el pseudoturisme sanitari; la gent que està malalta que decideix venir a operar-se o a tractar-se aquí, perquè saben que hi ha un frau de llei que ho fa molt fàcil. I això està passant. Són unes xifres impressionants. L'altre dia em va trucar una senyora dient que era del “Ministerio de Salud de la nación argentina”, per dir-me que tenien un nen amb un neuroblastoma, amb una patologia en un estat molt avançat i que volia saber com ho havia de fer per venir al nostre hospital per la via pública. Jo li vaig dir que per la via pública no podia ser, que seria un frau de llei. Resposta: “Sí, sí que pot ser, perquè jo sé de molta gent que ho ha fet. Ja trobaré la manera.” Un altre cas. Ja són 91 els nens peruans amb leucèmia que han arribat en situació límit i demanen actuacions amb uns costos molt alts. Són nens que necessiten trasplantament de moll d'os que tenen un cost mitjà de 200 mil euros i escaig per cas. És clar, veus un nen malalt a urgències i òbviament el tractes. Jo, com a gerent, no tinc res a dir, perquè al final acabo facturant l'acció al CatSalut, però com a ciutadà penso que això no és assumible. El dia que en lloc de venir del Perú vinguin de Nova York, com ho farem? Alguns venen amb la tarja sanitària des del seu país, l'aconsegueixen per la via que sigui o s'empadronen a la Casa del Perú... i es presenten a urgències. Hem demanat un informe a l'institut Borja de bioètica perquè ens expliquin com ho hem d'afrontar, i ens han dit que és reprobable èticament, perquè hi ha un principi de beneficència, a partir del qual tu has de fer tot el que puguis, però que també hi ha un principi de justícia que, en principi, t'obliga a redistribuir els teus recursos entre qui els genera; per tant, des del punt de vista del principi de justícia, no l'estem complint.

El tema de la cobertura, doncs, no és un tema menor. Ara bé, ningú vol posar el cascavell al gat, perquè això pot generar molta demagògia. Però escoltin, el país no està preparat per atendre tots els nens o adults amb càncer del món sencer. Hi ha qui creu que la universalització de l'assistència és en un sentit literal, que

engloba l'univers sencer i que si vens de Venus també t'han de tractar, i no es tracta d'això. Per tant, la cobertura és fonamental i s'ha d'aplicar a partir d'uns criteris més rigorosos. Hi ha un informe, que és *Migrations in the European Union*, que explica com ho fan tots els països d'Europa, quina cobertura donen als immigrants... I nosaltres estem en una situació atípica en el conjunt d'Europa. Tot el nord d'Europa cobreix, òbviament, les urgències, però no la gent que hi va amb una malaltia preexistent per tractar-s'hi. Això és una cosa que és evident. I és un tema que hem d'analitzar: la sostenibilitat. No sé els ingressos que calen, però pel que fa a la despesa, si no fem res en la cobertura, el què i el qui, anirem pel pedregar.

**O. P.:** Jo, i només per acabar aquesta part, voldria comentar que nosaltres –pel tipus de centre que tenim, molt exposat a que vinguin estrangers– també ens hi hem trobat. Identifiquen les vies i al final veus que estan organitzats, perquè els porta sempre el mateix guia. Per exemple, vam tenir una entrada d'ucraïnesos abans de la guerra que eren insuficients renals que necessitaven la diàlisi i després el trasplantament i venien amb un guia que sempre era el mateix. Els detectaves perquè el traductor era sempre el mateix, els anaven a buscar a l'avió i venien cap a l'hospital.

Jo ara volia abordar una mica el tema de la mesogestió i la necessitat d'alinearnos de què parlàvem abans, perquè aquí, a Catalunya, tenim un sistema de concertació –mentre no ens l'aixafin més, que ja ho està prou– pel qual hi ha un contracte amb el Servei Català de la Salut que et trasllada uns recursos a canvi d'una activitat o el que sigui. Jo crec que una de les coses urgents és actualitzar aquest sistema. Aquest és un sistema que ve de l'any 1996. Ara han aparegut coses noves, com l'atenció remota, la consulta virtual... una gran quantitat de tècniques dintre del sistema que han desvirtuat molt els paràmetres de cost del que es perdia. Avui dia, el preu del que costa una cosa amb el preu que et paguen no té absolutament res a veure. I com que no té res a veure es va “tunejant” el sistema, perquè d'alguna manera han de quadrar els números. Progressivament es va pervertint i arriba un moment que el sistema de pagament no és un sistema que gestioni, que ajudi a gestionar el sistema, que dirigeixi les polítiques, que digui: “el que jo vull fer és això i a través del sistema de pagament trasllado l'incen-tiu cap al proveïdor”. No és així. Aquest és un tema que és urgent que toquem. Primer, cal alinear els preus amb els costos, perquè si no sempre estarem a final d'any buscant altres solucions que no ha donat el sistema de pagament. I des-

prés, incorporar elements que són molt diferents de com eren abans. Perquè, per exemple, jo ara parlo ja de dades del nostre centre, de l'hospital, i crec que venen a ser igual a tot arreu. La gent gran no és el grup més car; és el que va dels 44 als 65 anys. Aquests són els més cars de tots. Per què? Doncs perquè són els que passen per quiròfan. El bloc quirúrgic és el més car, i tota la tecnologia que ha entrat al bloc quirúrgic i tot el concepte de cirurgia preventiva que hi anem incorporant. I això ha canviat els perfils. Ja no és allò que es deia que el ciutadà que resultava més costós era el més gran. Sí que cada vegada hi ha més gent que necessita que es destinin més recursos a aquest col·lectiu. Això està clar. Però la *driving force* de la despesa en el nostre sistema és la tecnologia, la tecnologia molt més que la demografia, per dir-ho d'alguna manera, tot i que la demografia evidentment hi contribueix, perquè ja sabem que ens gastem molts diners els últims mesos de vida. Però ara la línia comença a desvirtuar-se abans, i als de 44 a 65 anys encara els falta molt per als últims mesos de vida en general.

Una altra cosa que voldria dir és que hem d'aprendre a valorar –ho dic mirant el Toni sobretot– el valor que afegeix la salut pública i l'atenció primària. De l'atenció primària n'hem parlat abans, però el tema de la salut pública a mi em sembla que també és una assignatura pendent des del punt de vista del finançament. Amb la pandèmia ens vam adonar del costós que era no tenir un sistema efectiu de detecció del problema, i van haver de passar 15 dies o tres setmanes abans que els de salut pública es posessin a to i s'adonessin de què passava. Se'n van adonar, però controlant. Home! de veritat que ens treien uns protocols que eren insòlits; des de voler concentrar tots els malalts al Clínic, haver de demanar primer permís a no sé on abans de fer una PCR i una autorització per enviar-la... I si ens en vam sortir va ser perquè ens ho vam saltar, perquè si no anàvem directe al col·lapse absolut, molt més gran que el que vàrem tenir. Per tant, el tema de salut pública sembla que és important per dues coses. Perquè, d'epidèmies, en tindrem més. I perquè s'ha de fer front a un repte descomunal que és el tema de l'escalfament global i del canvi climàtic. L'Institut de Polítiques Energètiques de Chicago ja deia que en aquests moments la contaminació i l'escalfament provoquen més morts que el tabac i l'OMS estimava en 1.200.000 els morts a l'any per aquests temes. I tot això anirà a més, perquè ens estem carregant els ecosistemes que ens protegeixen. Per tant, aquest tema és fonamental. Ho dic perquè jo no sé de quina manera es pot finançar eficientment, però el que està claríssim és que hem d'actualitzar els mètodes de treball, els mètodes de detecció, de previsió i d'anticipació. Tu ho saps molt bé, Toni, amb el que feu a l'ISGlobal.

**A. P.:** Bé, avui és la vostra veu i no tant la meva, però gràcies per fer aquesta referència perquè sembla que en la taula anterior s'ha passat molt per sobre respecte cap pandèmia o la prevenció... només la promoció.

Tenim uns 20 minuts per als dos altres blocs. Un és sobre els recursos humans, i jo soc un fervent seguidor dels *tweets* del Manel, un percentatge important dels quals –tot i no haver-los comptat– tenen a veure precisament amb els reptes dels recursos humans i de la innovació al voltant dels recursos humans. I l'altre és el tema de la sostenibilitat orientada a la governança, que considero molt important. Per això m'agradaria que abordéssiu una mica la difícil relació entre la governança política i la gestió, perquè cal veure com treure més suc d'una relació que, jo diria, es va deteriorant progressivament.

Comencem pel recursos humans.

**M. C.:** Bé, connectant amb el que parlàvem abans de la sostenibilitat social, molta gent, quan li demanes què passa en el sistema públic, per què està en una certa crisi, la primera resposta sol ser: “perquè hi ha pocs diners” –però mai n'hem tingut tants com ara, tot i que sí, sempre en falten, sempre en podríem tenir més. La segona: “perquè no hi ha prou professionals”, cosa que tampoc no crec certa, i la tercera “perquè s'està privatitzant”, que tampoc és cert. Cap de les tres ho és, però molta gent ho arreglaria així: amb més diners, més funcionaris i tot públic al 100 %. Així no aniríem bé, penso... Llavors, falten professionals? Jo crec que no, en termes globals. És veritat que, per exemple, te'n vas a Berga i no trobes pediatres, però en termes globals tenim les dades: 4,5 per mil habitants, la mitjana de l'OCDE és de 4. Som el quart país amb més metges per habitants, només crec que ens superen Àustria, Noruega i Alemanya. I són sistemes que són de Bismark, amb la qual cosa paguen molt barat. En termes globals no falten metges; a més, han crescut moltíssim en els últims anys. Per tant, la primera cosa; no és veritat que en faltin. Una altra cosa és que estiguin mal distribuïts, que ara en parlarem.

Segon tema, els metges se'n van. Jo crec que això no és veritat. La Beatriz González després ens ho explicarà. I si ho demanes al Col·legi de Metges d'aquí veus que no és cert. Jo tinc una dada de la Beatriz que diu que l'any 2021 van marxar 350 metges. Home, dins dels que tenim no és una xifra rellevant, i menys si tenim en compte que molts se'n van simplement a fer un *stage* i tornen. O sigui que ni en tenim pocs ni se'n van. El que passa és que estan “emboscats”. No és un problema de nombre, és un problema de gestió, de com gestionem els metges i les infermeres en aquest país. D'infermeres, sí que podríem dir que segurament en falten, tot i que en

aquelles estadístiques que ens diuen que estem força avall no s'hi sumen comparables, perquè aquí no hi sumem els auxiliars, com ho fan en altres països. Per tant, jo crec que falten infermeres, però que no falten metges.

Llavors, si no falten metges, quin és el problema? Per què no hi ha anestesistes o no hi ha pediatres a Berga, a Camprodon o allà on sigui? Doncs, primer, pel sistema retributiu: paguem malament i paguem sense incentius. El que deia l'Olga, perquè hem fet un model cubà. Això és culpa nostra, d'uns quants que vam dir no, perquè creïem que, per exemple a la primària, si paguem per càpita, crearem clientelisme. Doncs una mica no estaria malament, no? Jo recordo que quan estava de director territorial de Balears, els veïns ens van tallar una carretera perquè vam posar un metge més al poble. Ostres. Què ha passat? És clar, en aquell poble hi havia tres metges, si els posaves el quart passaven a cobrar un 25 % menys i tenien por de perdre el seu metge. Intenta ara posar un metge en un poble, a veure si tallen la carretera. Segur que no. Per què? Perquè ara tots cobren igual. Jo recordo quan hi havia gent que deixava l'especialitat de metge de família per anar a treballar d'APD a un poble, perquè els APD cobraven per cartilla rural i a més eren caps locals de sanitat, i guanyaven molt més que en els hospitals. Tenim, doncs, un model que: primer, paga poc, perquè quan comparem, ostres és terrible, aquí 51.000 de mitjana; a Bèlgica, per exemple, 152.000; a UK 125.000; a Alemanya 167.000... o sigui que paguem poc i estem parlant només de metges. Però sobretot és pel model contractual, sobretot de la primària. A la primària paguem tothom igual, pràcticament no hi ha diferència. Quan ens comparem amb la resta d'Europa, t'adones que som una excepció. Només hi ha quatre països a Europa que paguen els metges per salari a tothom igual, que som nosaltres, Grècia, Portugal i Islàndia. I llavors, què passa? Doncs que no hi ha incentius per captar pacients, ni per fer activitat, ni per res. Com paguen a França? Per acte. Com paguen al Regne Unit? Per càpita i resultats. Hi ha molts sistemes retributius que podrien ser molt més incentivadors. El tema no és que faltin professionals, el tema és que els paguem malament i que els paguem igual a tots. Per tant, jo crec que hem de fer reformes radicals, passo a les propostes i ja us dono el titular. Hi ha un hospital que és un laboratori de gestió que no s'aprofita de manera suficient, que és l'Hospital de la Cerdanya, el transfronterer. Jo tinc molta amistat amb el cap de pediatria i em diu: "escolta, a Urgències només hi veig catalans, no pas francesos". I per què? Que estan més sans? La taxa d'ingressos dels francesos, no recordo el nombre, però està al voltant del 40 %. En canvi la dels catalans, és del 5 %, i parlo de pediatria. Quan els francesos van a urgències hi van molt fumuts, perquè el metge de primària, que cobra per acte, ja s'ocupa de que no vagin a

urgències per no perdre la visita; en canvi el metge de Puigcerdà, per exemple, no té aquest estímul. Està claríssim que la vocació és molt important, però la retribució encara ho és més. I, per tant, hem de buscar un model retributiu que sigui incentivador. I això vol dir que s'ha de pagar per una cosa que vam estar a punt de pactar quan estàvem en el Consell de la Prevenció Mèdica, que no vam poder pactar al final, que era pagar *por lo que eres, por lo que haces, por cómo lo haces y con qué resultarás*. “Què sóc?” Doncs metge o infermera... “Què faig?” Doncs faig guàrdies... Ja sé que el pagament per acte té molts efectes secundaris, però no estaria tan malament pagar algunes coses per acte, perquè no és el mateix un metge de primària que l'única cosa que fa és veure pacients que un metge de primària que fa ecografies, que fa cirurgia menor... Home, hi ha algunes coses que hem de pagar. Com ho faig? T'has format, et continues desenvolupant, fas cursos... Quins resultats? Tot i que a Gran Bretanya, per exemple, quan van començar a pagar per resultats va sortir algun informe del *New England* que deia que, al final, quan pagues per resultats, el que mesura és el que millora i el que no mesura no millora tant. Tots aquests temes tenen perversions, però està claríssim que el model retributiu és fonamental. I, finalment, l'altre element són els rols professionals. Falten metges, per què? Perquè els metges aquí es dediquen a fer de metge, d'infermera, d'administratiu, d'auxiliar i a vegades de dona de la neteja. No pot ser. Tu te'n vas a altres països, als Estats Units, per exemple, on vaig viure uns mesos el 2019, i t'adones que el temps que el metge dedica al pacient és molt curt, perquè abans ja l'ha vist tot un seguit de persones. I aquest sistema és molt més productiu.

Aquí hem deixat els metges sols a les consultes i a les infermeres també soles i tot-hom fa de tot, per això crec que els nous rols són fonamentals. Però aquí hi ha una barrera terrible de corporativisme que fa molt difícil que això canviï. Nosaltres, en el nostre hospital, hem posat en marxa els *clinical assistants*, hem posat infermeres de pràctica avançada, auxiliars de pràctica avançada, tècnics de radiologia de pràctica avançada. No diré les coses que faig perquè segurament algú se'ns tiraria a sobre, però us puc assegurar que hi ha un altíssim grau de satisfacció. Ho hem mesurat i inclús ho hem publicat. I posar un administratiu que doni suport, per exemple, als oncòlegs, significa guanyar temps per al pacient de fins a un 30 % o 40 %, perquè hi ha moltes coses que fan que no les haurien de fer.

**O. P.:** Nosaltres això també ho hem fet a les plantes d'hospitalització, aquesta és una de les coses que vam aprendre amb la pandèmia, que hi havia tot un seguit de feines administratives que efectivament les podien resoldre altres professionals.

**M. C.:** En resum, i per acabar, jo crec que si bé no hi ha prou professionals en alguns llocs, si paguéssim diferent, sobretot si paguéssim millor i diferent, i incorporéssim nous rols professionals podríem millorar molt la situació sense haver de produir més professionals.

**O. P.:** És veritat que tenim uns sistemes de pagament que traslladen uns incentius que no són convenients ni per al contribuent ni per al ciutadà, per a cap dels dos, però crec que també hem d'anar en compte a l'hora de fer sistemes de pagament homogenis, perquè no és el mateix la problemàtica a què s'enfronten per captar i retenir professionals a la Vall d'Aran que la que tenim a l'Hospital del Mar, i del que es tracta també és de trobar un sistema pel qual no tot vagi de la mateixa manera. És a dir, no pot ser que diguis que tothom ha de cobrar el nivell 21 o fer no sé què només perquè té aquesta categoria. No, perquè llavors no hi haurà gent que vulgui anar a Berga o que vulgui anar a altres llocs allunyats de les àrees metropolitanes on es treballa amb molta més gent, on tu tens moltes més oportunitats de fer més recerca, de fer més docència, de fer moltes més coses. Per tant, el que jo també demanaria és que si ens posem a fer una cosa d'aquestes no la fem tan homogènia per tal que les diferències reals que hi ha a l'hora de prestar atenció en territoris que són diferents no es puguin traslladar també als professionals. Aquest, a mi em sembla un tema rellevant.

I després, i relacionat amb el tema dels professionals, una altra cosa que ens ha passat en els darrers anys és que com que no podíem pagar millor perquè hi havia retallades i no podies incrementar més, etc., què fèiem? Reduir l'horari. Com que reduïm l'horari, necessitem més professionals, perquè si resulta que has de treballar les 24 hores del dia... Per tant els convenis col·lectius no han incrementat salaris però han reduït l'horari. I en salut, això és terrible. Mira, nosaltres devem tenir més o menys 50.000 infermeres. L'últim conveni col·lectiu els dona un dia més de festa i això suposa incorporar 200 infermeres més al sistema, perquè el dia que lliuren algú les haurà de substituir. Per tant, cal anar en compte amb aquest tipus de polítiques. A més, tampoc no hi ajuda que no tinguem costum de fer memòries econòmiques, probablement, perquè tampoc no tenim gaires economistes de la salut treballant en els equips directius mirant aquestes coses.

Pot semblar que això tindrà un impacte menor, però no, això té un impacte molt gran. Si les 200 infermeres les tens, cap problema, però si no les tens t'has clavat un tret al peu. També s'ha de dir que a vegades, per tancar un conveni, al final acabes pactant un dia menys de feina, però això no evita que et clavis un tret al peu.

**A.P.:** Gràcies. Estem trepitjant ja el temps de les preguntes i segur que n'hi ha, perquè heu tocat molts temes. Us demanaria als dos, en el capítol de la governança i l'organització, que més o menys també és després del que acabeu de dir, una idea que us sembli fonamental, sobretot des de la perspectiva de què és el que s'hauria de fer diferent.

**O. P.:** Jo crec que el tema de la governança és un dels temes en què hem perdut més, sobretot aquí a Catalunya. El dinamisme que donaven els consorcis, per exemple, s'ha perdut. S'ha perdut camí. Es parla molt de les reduccions de competències, d'autonomia, de la centralització..., però a mi em sembla que una de les vies més grans de centralització que hi ha hagut a l'estat en general han sigut les lleis de pressupostos: la Llei d'acompanyament dels pressupostos que considera una determinada matèria bàsica i que s'ha d'implantar a tot el territori igual. I això han sigut les mútues de treball, els salaris homogeneïtzats a la taula de la funció pública, etc. D'altra banda, com que les normes europees que quantifiquen el deute incorporen, sumen, tots aquests organismes públics que no són administratius però que són consorcis, fundacions públiques, etc. al deute públic, automàticament aquests pròcers de la funció pública, diuen: "ah!, doncs llavors hem d'aplicar les mateixes normes que el sector públic". Per tant, a partir d'aquí te l'apliquen;, o sigui, et restringeixen la possibilitat de prendre decisions més àgils, que les que pot prendre per exemple el Manel, en el teu terreny.

I després, una tercera qüestió que a mi em sembla molt important, inclús pels moments polítics que estem vivint. Ja sé que ara em direu que soc una mica exagerada, però nosaltres teníem una xarxa de consorcis, d'empreses públiques, de fundacions, etc. amb una alta participació dels municipis, dels ajuntaments, que en molts casos eren els propietaris d'aquells equipaments, d'aquell patrimoni. I això feia que fossin molt presents i d'una manera determinant en els òrgans de govern. I com que hi eren ells, també portaven ciutadans del poble o de la ciutat, gent que pertanyia a la societat civil –no eren funcionaris de la Generalitat–, per tant, incorporaven societat civil en tot això. Com que sovint la Generalitat tenia un color i els ajuntaments en tenien un altre, es formava una mena de consens polític també sobre la política a desenvolupar en aquell territori. Aquesta cultura del consens sanitari que s'estructurava amb aquella presència de gent tan diversa dintre dels òrgans de govern i orientat a un resultat per a aquella comunitat determinada, s'ha perdut. Els ajuntaments se'n van, la LRSAL toca el crostó als consorcis, apareixen exigències com que, per estar en l'òrgan de govern, has de declarar el patrimoni, i això i allò altre... I arriba un moment que la gent diu:



“escolta, mira, jo vinc aquí gratis i ara em vens amb tota aquesta parafernàlia?” Total. Hem foragitat dels òrgans de govern, de les nostres organitzacions proveïdores i de moltes institucions, gent fonamental de la societat civil i dels territoris. I això ha eliminat, de passada, consensos que ajuden molt en l'àmbit sanitari, perquè no hi ha reformes possibles si no són àmpliament consensuades. I àmpliament no vol dir el 51 %, àmpliament vol dir que el 75 % de l'electorat, com a mínim, ha d'estar d'acord a tirar endavant alguna cosa.

**M. C.:** Per resumir, jo crec, i venint des del principi, que si volem realment millorar l'acceptació social del sistema, que s'està deteriorant, és fonamental disposar d'instruments de gestió empresarial públics. O sigui, l'opció dos, per mi és la millor: fer gestió pública empresarial dels hospitals i liberalitzar totalment la primària creant entitats de base associativa, cooperatives o el que vulguis, fent coses similars a les que es fan a Europa. Crec que són els dos instruments totalment necessaris. Ja sé que això serà molt difícil d'aconseguir o que potser serà impossible, però som una atípia. No hi ha cap país d'Europa que tingui els hospitals públics gestionats amb eines de gestió directa administrativa. Recordem que els nostres hospitals públics no tenen ni personalitat jurídica, jo sempre dic que és com el negociat de multes a l'Ajuntament d'Esplugues. I gestionar una cosa com Vall d'Hebron, que té 900 milions de pressupost, amb instruments de gestió del negociat del registre civil és impossible directament. Són màquines molt innovadores amb molta gent. Necessitem instruments de gestió empresarial pública que puguin fer política de recursos humans, d'incentivació, etc. per poder gestionar els hospitals molt millor i aconseguir millorar els resultats per tenir una millor acceptació social.

I en l'àmbit de la primària ens vam equivocar, s'hauria de tornar a models molt més capitatius, en els quals s'incorpori l'activitat, els resultats, la càpita, etc., que poden estar dins del sector públic, però jo soc més partidari de fer-ho dins del sector no lucratiu, que són les entitats, les cooperatives, de manera que fóssim més semblants a la resta d'Europa. Recordem que a Alemanya, a França, etc. els metges de primària no són funcionaris, no són *civil servants*, som nosaltres els que fem aquestes coses estranyes. Tenim el necessari per ser un sistema sanitari, el millor. Tenim una de les grans lleis de sanitat, tenim grans instal·lacions, tenim grans professionals... Dit d'una altra manera: tenim el macro bé i el micro també, però ens falta el meso, que és la gestió. Amb gestió moderna, podem relançar el sistema sanitari. Si no ho fem, s'anirà deteriorant molt ràpidament, que és el que no ha de passar.

---

# Preguntes

**A.P.:** Gràcies per aquesta síntesi. Ara és el moment de les preguntes. Les acumulem, si us sembla, perquè així ells també podran contestar més sintèticament. Preguntes.

## **Públic**

Si tenim una quarta part de la població –com has dit al començament, Manel– assegurada amb assegurances privades, una proporció que és superior a Catalunya i en alguns altres indrets d'Espanya, per què no hi ha una més gran integració entre la cosa pública i la cosa privada? No per dir que la gestió privada és millor que la pública, ni per modificar l'esquema públic, sinó per alleugerir el sistema públic. Atès que 12 milions de persones estan pagant una quota, per què no ho aprofitem per alliberar una mica el sistema privat i no repetir o no provocar coses –que vosaltres sabeu millor que jo– com, per exemple, que primer vas a la privada, a la teva assegurança, et diuen que has de prendre una aspirina i te'n vas a la pública perquè et facin la recepta de l'aspirina. Gràcies.

## **Ricard Meneu**

Només l'opinió a partir de dues frases fetes. La versió suau de la primera seria: “si la meua àvia tingués rodes seria una bicicleta”. El concert no existeix. El concert existeix en un altre sentit. Deixeu com està, deixeu que es podreixi o que empitjori, si és possible. L'avantprojecte de Llei que estava solcant pel Congrés era, exactament, identificar línies de flotació perfectament apuntades, i bombes cap allà! Gestió estrictament pública, etc. Doncs, de quin consens parlem si el que tenim és contrari?

I la segona seria una altra que ens agrada molt dir al Dr. Voro Peiró: “si vols sortir d'un clot, deixa de picar”. On deixem de picar primer? Aquesta seria la pregunta. Quin és el punt estratègic? On posaríeu vosaltres, des de la gestió, l'èmfasi, perquè tingués valor de radicalisme selectiu?

## **Yolanda Lejardi**

Felicitats, m'ha agradat molt. Heu parlat sobre el tema que canviïn els sistemes de pagament, de manera que es reorienti, i també de la gestió empresarial, però n'heu parlat exclusivament –o jo ho he interpretat així– des del punt de vista de

l'organització, de l'hospital o del centre d'atenció primària, etc. Però tenint en compte que per reorientar també ens cal una governança o un canvi més col·laboratiu entre els diferents sistemes o entre els diferents nivells –l'atenció intermèdia, l'atenció hospitalària, primària...–, per fer aquest canvi i aplicar models de valor compartit... com ho visualitzeu? Perquè estic d'acord a pagar diferent a l'hospital, a la intermèdia o a la primària, però si no tenen un objectiu compartit, jo ho veig difícil...

**M. C.:** Començaré pel que diu la Yolanda, perquè també crec que hem de buscar sistemes de pagament que afavoreixin la integració de cures. El primer que cal és tenir un sistema de pagament, i per tenir un sistema de pagament has de tenir un contracte, i per tenir un contracte has de tenir una separació del que compra i del que proveeix. I això, a Catalunya, encara ho tenim malgrat que s'hagi desvirtuat, és cert, però aquí encara ho tenim en alguns hospitals, però no a la resta de l'Estat. Allà no hi ha cap tipus de compra, el que hi ha és una assignació pressupostària, i això pot suposar que, per exemple, aquest any et donin el mateix que l'any anterior més un 3% o el que sigui. Per tant, és cert que els sistemes de pagament són fonamentals. Només has de veure, per exemple, què passa amb els llits. A Alemanya hi ha, em sembla, 7 llits per cada 10.000 habitants i Espanya 3. Per què? Perquè allà es paga per acte, tot el que fas t'ho paguen. Els sistemes de pagament són clau, fonamentals. Hi estic d'acord. I pagant pots aconseguir que les coses vagin cap a una banda o cap a una altra. Però també és fonamental tenir l'instrument, la compra. I per a la compra has de tenir personalitat jurídica, i per a això has de tenir un model de gestió empresarial, no administrativa. Per tant, jo crec que és fonamental, i torno al principi i al que deia aquí el company valencià, que el primer que has de fer per sortir del forat és deixar de cavar. I la llei aquesta que ens prometen, prometen i no sé si tornaran a prometre, significa tornar a cavar i encara més. Perquè el problema és que el diagnòstic és erroni. Diuen que tot s'està privatitzant. Però què estem privatitzant? Si ni tan sols ho ha fet Madrid, què ha privatitzat Madrid a la primària? Res, res. El problema és que no tenim coratge de fer una liberalització en el sistema de primària. Per tant, si el diagnòstic és que s'està privatitzant, no és veritat. Falten diners? Home, no és aquest el principal problema. L'any passat vam posar tres mil milions més a Catalunya, que ja són diners, és un 20 % i escaig. Que en necessitem més? Segur. Però no és aquest el problema principal. Per què no gastem més que els altres? Perquè paguem molt malament. Si paguéssim els mateixos sous que cobren el metges a Alemanya estaríem a un punt i escaig per sobre de despesa pel PIB, per tant estem gastant el mateix que els demés. No és un problema

de privatització, no és un problema de diners, no és un problema de falta de professionals, és un problema de gestió. És així de senzill. El que hem de fer és diagnosticar bé, com en medicina: fas un bon diagnòstic i després passes a la teràpia. Però és clar, si fas un diagnòstic erroni, apliques les teràpies inadequades. I si la teràpia és fer-ho més públic i més funcional, anem camí de Cuba.

**O. P.:** Sí, sí. Bé, ja gairebé hi som. Des del meu punt de vista, si només pogués prendre una mesura, miraria de canviar el sistema de pagament de l'atenció primària. Ara ja tenen un sistema de pagament, però què fan ara, aquí? Doncs van i et diuen: "miri, jo li pago no sé quant més aquest any perquè posi els metges a 1.300 cartilles". Això no és traslladar capacitat de gestió, perquè del que es tracta és dir, "a veure, com cobrim aquesta població?", i que aquell equip miri de gestionar això, de manera que si n'hi ha un que en lloc de 1.300 en vol veure 1.800, que els vegi i que això ho pugui ingressar. Parlem molt de l'autonomia de gestió dels professionals, però queda totalment travada perquè no hi ha autonomia de gestió organitzativa, perquè la poca que fem és per controlar més. Ho fem just al revés. Aquest tema em sembla fonamental.

Respecte al tema de la col·laboració, crec que hem d'aprendre a orientar-nos a resultats. Si ens orientéssim a resultats, veuríem que la col·laboració és molt útil. Si en lloc d'orientar-te a resultats, t'orientes al pressupost o a l'interventor de torn, la col·laboració és absolutament inútil; és més, fins i tot és perjudicial, perquè potser trasllades finançament de l'hospital a la primària i resulta que està prohibit per alguna norma d'aquestes que tenim –segur que la tenim– que t'ho impedeix, perquè aquest és de l'ICS, aquest del consorci, això és delictiu, això malversació... Per tant, i molt important, si ens orientem a resultats i ens mesuren els resultats, és fàcil per exemple que jo arribi a aliances amb els equips d'atenció primària del meu territori, perquè serà molt útil, o amb l'hospital del costat. Perquè, i ara vaig a explicar una cosa que a mi em sembla insòlita, no sé quants estudis s'han fet –és que no ho sé, però potser 10 o 12 o 15– sobre la importància d'integrar els laboratoris clínics al nostre país, perquè és una cosa que no tindria cost des del punt de vista de personal i abaratiria els materials, etc., però que no hi ha manera de fer. I cada vegada que arriba un conseller nou, és igual qui sigui, demana un altre estudi que diu el mateix: que cal integrar els laboratoris clínics i que, a més a més, estaria bé integrar els serveis de radiologia, però amb l'hospital del costat, amb el veí, arribar a aliances amb ells, la logística... Per què, a Barcelona, cadascú ha de tenir un magatzem que ens pren no sé quant d'espai i que és caríssim, i no podem anar a

Santa Perpètua a buscar una nau per a tots i guardar-ho tot allà? Aquestes coses no són possibles perquè en lloc de fer gestió empresarial i enfocar-nos a resultats, ens enfoquem a l'interventor. I llavors l'únic que estem mirant és de complir la norma exactament.

I, finalment, una cosa més relacionada amb el públic i el privat. Jo soc totalment partidària de la col·laboració publicoprivada, perquè crec que hi ha exemples en el nostre sistema –com és el cas de Sant Joan de Déu, que és de gestió privada– que aporten innovació, eficiència i molt bona reputació. Però, compte, perquè hi ha dues maneres de veure el tema del sector privat. Una és col·laborar-hi per poder-los traslladar la capacitat de gestionar un territori, com és el cas de les EBAS, o de gestionar una cartera de serveis determinada del sector públic... i pagar-los aquesta feina –trobant resultats, moltes vegades són millors que nosaltres. I una altra molt diferent és quan ens parasitem. Perquè el sector privat també ha d'entendre que per poder tenir bons professionals, per poder ser competitiu en la prestació privada de la seva cartera privada, també hauria de contribuir d'alguna manera a que aquests professionals fossin bons i competitius i, per tant, també hi hauria de posar el seu granet de sorra en una cosa que és caríssima. Nosaltres hem comptat, per exemple, que la formació dels professionals va totalment a costa del sector públic, tant en termes formatius com en termes d'actualització. Escolti, el sector privat no es pot beneficiar només del fet que el nostre traumatòleg hi vagi a la tarda, a operar genolls, per compte de l'empresa o el que sigui. Aquella empresa es beneficia d'un esforç que hem fet tots plegats per formar aquell professional i, per tant, està bé que allà doni bons resultats, però ella també hi ha de posar alguna cosa. Aquest tema s'ha de tractar bé, perquè si no es dona peu a fer demagògia. N'hi ha que s'aprofiten de tot un esforç públic molt gran i crec que potser també hi haurien de contribuir.

**A. P.:** Molt bé. Moltes gràcies a tots dos. Ha quedat clar que els gestors teniu idees, teniu propostes, i espero que encara tingueu energia per traslladar-les als nous gestors i a les noves generacions, que són les que també han de tirar endavant el sistema.

**Ferriol Sòria**  
**director de la Fundació Ernest Lluch**

Molt breument, simplement donar les gràcies al Toni que ens hagi acompanyat i a l'ISGlobal, com a col·laborador de la jornada, i a l'Olga i al Manel, per la seva generositat a l'hora de proposar. Moltes gràcies i ens retrobem a la tarda.



Diàleg

3

# Diàleg 3

## La reforma de la gestió dels recursos humans del sistema de salut

### Introducció

**Anna García Altés**  
**presidenta de l'Associació d'Economia de la Salut (AES)**

Esta mañana se ha hablado de sostenibilidad y de gestión. En esta mesa de diálogo hablaremos de recursos humanos. Las discusiones sobre recursos humanos habitualmente están más basadas en apriorismos, opiniones y diálogos sesgados que sobre datos. Datos hay pocos, pero haberlos, haylos, como las meigas, ya que tenemos una gallega en la sala. Estoy segura de que este diálogo los tendrá en cuenta. Opiniones basadas en datos y en evidencias. Yo he pensado en seis bloques para introducir algunas ideas que estoy segura que irán apareciendo mientras vosotros charléis.

El primero. ¿Faltan médicos en Europa? ¿Faltan médicos en España? ¿Se ha ajustado el sistema MIR para hacer frente a las jubilaciones muy inminentes que va a haber en estos próximos años? A corto plazo, ¿se podría incluso plantear incentivar una jubilación tardía para salir del bache que va a haber? Otro segundo tema. ¿Faltan enfermeras? O mejor aún, ¿deben redefinirse los roles profesionales y redistribuir las tareas? ¿Se debe reorganizar la atención sanitaria tal y como se hizo durante la covid-19 e introducir mucha más flexibilidad tanto en las organizaciones como en la propia Administración? Temas legislativos, contractuales, de plazas. Otro tema, y ya ven que son temas que no son excluyentes entre ellos. ¿Hay tareas que deberían dejar de hacerse, ya que no aportan valor al curso clínico de los pacientes? ¿Debemos evaluar las intervenciones sanitarias, las tecnologías, las actividades con criterios de efectividad y costoeffectividad? Un cuarto tema, el caso de la atención primaria. ¿Qué hacemos? Decimos a menudo que la atención primaria es el centro del sistema sanitario. Sin embargo, actualmente más del 75 % de los médicos del Sistema Nacional de Salud trabaja en hospitales.



Parece que esto no es demasiado coherente. Faltan médicos de atención primaria y muy especialmente en algunas zonas geográficas. En Cataluña incluso lo hemos oficializado de alguna manera y hablamos de las áreas de difícil cobertura, que al final es ponerle un título a esta situación. ¿Cómo podemos hacer más atractiva esta atención primaria? Quinto tema y mirando hacia Europa. ¿Cuál es la situación en otros países? Y, sobre todo, ¿cómo lo están solucionando? ¿Qué podemos aprender de otros países? ¿Competimos con otros países europeos por los recursos humanos? ¿O el principal competidor es la privada? Y sexto y último. ¿No será que, además de esto que he dicho anteriormente, debemos tratar mejor a los profesionales sanitarios? El último documento que ha preparado la OMS Europa va en este sentido. Y tratar mejor es pagarles mejor, pero en los pactos de compensaciones hay muchas más cosas.

Tenemos hoy aquí a Beatriz González López-Valcárcel, catedrática de Métodos Cuantitativos en Economía y Gestión de la Universidad de Las Palmas. Entre muchas otras cosas, ha sido líder en proyectos de investigación del Plan Nacional de I+D y en proyectos de la Unión Europea. Tiene seis sexenios de investigación reconocidos por la Comisión Nacional Evaluadora, ha sido presidenta de la Asociación de Economía de la Salud, presidenta de SESPAS, la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. Ha sido condecorada con la Cruz del Oro, el orden del Mérito Civil de Sanidad, ha sido miembro del grupo de trabajo interdisciplinario covid para el Ministerio y también estuvo involucrada en la gestión directamente en Canarias y Asturias. Ha hecho de consultora en este país y en el extranjero. Muchas gracias por acompañarnos, Beatriz. Tenemos también a Tomas Zapata, que es licenciado en Medicina por la Universidad de Alcalá y especialista en Medicina de Familia. Es máster por la London School of Hygiene and Tropical Medicine por la London School of Economics y por la Universidad Complutense. Experto en sistemas sanitarios y muy especialmente en recursos humanos, con más de 13 años de experiencia asesorando países, en temas de política, investigación y ejecución de programas. Ha colaborado con la OMS, con Naciones Unidas y con Médicos del Mundo en diversos países y actualmente es el responsable de la Unidad de Recursos Humanos para la Salud de la Oficina Regional de la OMS Europa.

Os doy la palabra no sin antes ponerlos deberes. Estamos a punto de tener Gobierno en España. Quizás sería interesante irnos de aquí con dos recomendaciones de

dos acciones que se podrían llevar a cabo de manera inminente. Las transmitiremos al Ministerio, si os parece. Muchas gracias.

## Diàleg

- **Beatriz González López-Valcárcel** – catedràtica de Mètodes Quantitatius en Economia i Gestió de la Universitat de Las Palmas de Gran Canària
- **Tomás Zapata** – cap de la Unitat de Recursos Humans per a la Salut i Serveis de Salut de la Oficina Regional de l'OMS a Europa

### Tomás Zapata

Bueno, muchísimas gracias, Anna, por la introducción; muchísimas gracias a la Fundación Ernest Lluch, al Club de Roma y también a Beatriz. Es un privilegio poder estar aquí sentado con ella, que como sabéis es la gurú de Recursos Humanos en España.

Hemos dividido la charla en el diálogo en unos cuantos bloques y me toca empezar a mí. En la primera parte, la idea es mostrar una perspectiva europea de cómo están los recursos sanitarios a nivel europeo. El año pasado, en septiembre, publicamos el informe *Health and Care Workforce in Europe, Time to Act*, y la verdad es que tuvo un impacto brutal en los medios de comunicación de los países nórdicos y centrales, en *Político*, *The Guardian*, *The Independent*, en muchísima prensa escrita. Y esto nos indica que estos países también están teniendo problemas y retos en los recursos humanos sanitarios. De hecho, *The Guardian*, cuando hicimos el *Press release*, la nota de prensa, nos copió el título que era *A ticking time bomb*, una bomba de relojería. Y esto salió en un artículo en portada en *The Guardian*. Es decir, que la situación de crisis de recursos humanos que vivimos en España no es única, sino que es a nivel europeo.

Para dar algunas cifras del informe. Nosotros, lo que hemos visto, es que en los últimos 10 años –del 2010 al 2020– ha habido un incremento del 15 % en la densidad de médicos; es decir, del número de médicos por 10.000 habitantes. Si miramos a España, sabemos que estamos por encima de la media, en torno a 45 por 10.000, cuando la media está en unos 37 por 10.000. O sea, estamos por encima de la media, pero a nivel europeo ha habido un incremento del 15 %. Si miramos la densidad de enfermeras, también ha habido un incremento a nivel europeo del 8 %. No un incremento tan alto como en medicina, pero también ha habido un 8 %. Y en España, ese incremento ha sido de un 18 %. Ha habido un incremento

del 22 % en médicos y de un 18 % en enfermeras. Es cierto que España está por debajo de la media europea en cuanto a enfermeras, pero también es cierto que España solo reporta en profesionales de enfermería, no reporta auxiliares de enfermería. El resto de países, en los que utilizamos el mismo mecanismo que es el de OCDE, OMS y Eurostat, reportan las dos: auxiliares de enfermería y profesionales de enfermería.

Es verdad que, aún y añadiendo los datos de auxiliares de enfermería que España reporta, seguiríamos estando por debajo de la media. Si miramos la producción, vemos que ha habido un incremento del 37 % en la producción de médicos a nivel europeo en los últimos 10 años y un 26 % de incremento en la producción de enfermeras. Lo que trato de decir es que, en los últimos 10 años, tenemos más médicos y enfermeras que nunca en la región de Europa. Entonces, la pregunta que surge es ¿por qué tenemos una crisis de personal sanitario? Si tenemos más personal sanitario que nunca y, por otro lado, si la región europea es la región del mundo con un mayor número de médicos y de enfermeras, ¿por qué tenemos esta crisis?

Esto lo tratamos de explicar con la oferta y la demanda. Por un lado, tenemos este mayor número que he comentado, pero es que hay cuatro factores que están echando abajo esa oferta. El primer factor es el envejecimiento del personal sanitario. Y lo que vemos en nuestro informe es que, en 13 países de la región, más del 40 % de los médicos tiene más de 55 años. Es decir, de aquí a 5 o 10 años, más del 40 % de los médicos se va a jubilar. Esto es un auténtico tsunami de jubilaciones que pone el sistema de salud al límite y que tensa las costuras. Luego, Beatriz hablará de ello, pero avanzo que, en atención primaria, en España hay un 60 % con más de 50 años. Esto realmente tensiona el sistema a la vez que nos dice cosas sobre planificación. ¿Cómo no hemos sido capaces de prepararnos para esto? –pero eso lo trataremos luego. Ese es el primer factor que tira para abajo. El segundo factor ha sido la muerte de los profesionales, que es una pérdida de personal sanitario, que en números no ha sido muy importante –a nivel europeo, si englobamos todo tipo de trabajadores, estamos en unos 50.000, aunque, como sabéis, es muy difícil de medir–, pero aquí lo que me interesa más es el impacto que eso ha tenido en el resto de profesionales sanitarios del sistema, porque tiene un impacto en la salud mental muy importante en compañeros que han estado trabajando, sobre todo durante la pandemia de covid. Esas muertes tienen un impacto fundamental en el *burnout* y en el hastío y la desafección del personal sanitario.

Por eso creo que es importante mencionarlo. El tercer factor importante es ese *burnout* del que hablaba antes. En las encuestas europeas vemos que más o menos un 52 % del personal sanitario ha experimentado o tiene *burnout*. Una auténti-

ca barbaridad de la que no se hablaba antes de la pandemia y que ahora se ha situado en el centro. El tema de la salud mental de los profesionales tiene mucho que ver con todas estas huelgas que está habiendo en Europa, y tiene mucho que ver con la situación de crisis que se vive actualmente en la mayoría de los países europeos. Y el cuarto factor sería la migración, que en algunos países desempeña un papel importante y que también afecta esa disponibilidad de personal sanitario, pero eso también lo trataremos después.

Por otro lado, tenemos la demanda. Y ahí, lo que hemos visto es que ha habido un incremento de la demanda de servicios que, si bien ya venía de antes de la covid-19, se ha acentuado después de la pandemia. Y también tiene cuatro factores fundamentales: el envejecimiento de la población, la pluripatología, las listas de espera y los retrasos diagnósticos y terapéuticos acumulados después de la pandemia –que pone un extra de tensión al sistema– y el incremento de expectativas por parte de los pacientes, que yo creo que es algo importante, porque cada vez vemos una mayor demanda de servicios, en muchos casos justificados, pero que en muchos otros se debe a un mayor consumismo de la salud. Lo queremos todo, ahora e inmediatamente. De modo que, como sistema, deberemos ver también cómo canalizar esa demanda de servicios, no solo a través del médico de familia o del servicio de urgencias o de otros servicios, sino cómo canalizamos esa demanda para hacer un uso más efectivo del tiempo de los profesionales. Por lo tanto, lo que observamos es un incremento de la demanda de servicios por un lado y, por el otro, una disminución de la disponibilidad de los recursos humanos. Y esto es lo que provoca este *gap*, que genera el déficit de recursos humanos que estamos teniendo de personal sanitario a nivel europeo y que está tensionando tanto el sistema.

### **Beatriz González López-Valcárcel**

Yo empiezo también agradeciendo la oportunidad de estar aquí a mis amigos de la Fundación, donde me siento como en casa, y también al Club de Roma. Estoy encantada de compartir con Tomás esta sesión. Decíamos crisis postcovid ¿Cuáles de los elementos de los que habló Tomás podrían haber sido previstos de antemano y, por tanto, incluidos en una planificación? El planificar recursos humanos para la salud es una necesidad, algo que los países hacen con distintos métodos, y podemos aprender unos de otros, y de hecho lo hacemos. Ahora estamos en un proyecto, en el que también está la OMS, que se llama Heroes, para ver cómo los países podemos aprender unos de otros en la planificación de recursos humanos

para la salud. Patricia Barber y yo tenemos experiencia con los médicos. Y aquí está Vicenç, que fue por parte del Ministerio nuestro acompañante. Y lo que nos dice la experiencia es que hay dificultades técnicas en la planificación, sin duda las hay, y son muchísimo mayores las que tienen que ver con la proyección de necesidad que las que tienen que ver con la proyección de oferta o de disponibilidad. Claro que hay elementos de los que dijo Tomás que eran impredecibles, como que iba a venir una pandemia que iba a matar a 50.000 profesionales sanitarios o que iba a haber *burnout*. Estos son imponderables que, cuando uno planifica, afectan la oferta. Pero lo que es realmente difícil es determinar cuántos cardiólogos por 1.000 habitantes vamos a necesitar dentro de 15 años, que es el horizonte de planificación. Porque la tecnología cambia y con la tecnología, las posibilidades que tienen los profesionales de ganar salud, que para eso están. Nadie hubiera dicho hace 25 años que harían falta tantos oncólogos, porque el cáncer no era una enfermedad crónica como ahora y donde hay primeras, segundas, terceras, cuartas líneas de tratamiento. Así pues, hay dificultades técnicas, pero sobre todo hay dificultades de valoración. ¿Qué expertos se eligen para determinar estándares de necesidad? Eso siempre es lo más discutido en los trabajos de planificación que hacemos.

¿Qué sabemos de nuestro ejercicio de planificación en la versión de 2022, que es la que tenemos publicada en el Ministerio? Básicamente, que en España, efectivamente, hay muchos médicos en densidad de población, pero que hay déficit en determinadas especialidades y, sobre todo, en determinadas zonas. Nunca le faltará un especialista al Hospital Clínic de Barcelona. Jamás ocurrirá esto, porque va a cobrar lo mismo que el mismo especialista que trabaja en un hospital comarcal de Lleida. Y resulta que en este país los profesionales jóvenes tienen fuertes preferencias por plazas en entornos urbanos, en grandes hospitales, docentes. De modo que, aunque los números globalmente nos dicen que puede haber déficit global en algunas especialidades y superávit global en algunas otras, lo cierto es que hay que bucear en la distribución. Y para redistribuir, que luego entraremos ahí, lo que hacen falta son incentivos adecuados, porque si pagamos igual y si uniformizamos el trato a los profesionales, obviamente, el Clínic se llenará primero y el de Lleida nunca.

¿De qué especialidades faltan médicos? Básicamente de medicina de familia. Ahí está el gran problema, ahora. ¿Cómo sé que faltan médicos? Pues porque hay plazas que no se cubren. Medimos el déficit como una proyección y esto va a ir aumentando hasta el año 2028. En ese momento van a faltar unos 9.000 médicos de

familia en España, que es muy mucho. Pero entonces, ¿por qué hay déficit si están saliendo cada año más de 2.000 plazas de medicina de familia? Pues hay déficit porque medicina familiar y comunitaria es una especialidad poco preferida por los médicos jóvenes. A veces quedan plazas vacantes y tienen que cubrirse con un exceso de cupos, con extracomunitarios fuera de cupo. Antes había el fenómeno de la recirculación: a uno le tocaba familia y como no quería, pues se examinaba el año siguiente. Ahora es menos frecuente. Además, y sobre todo, una vez terminan la especialidad se van fuera de los centros de salud. ¿A dónde? A urgencias de hospitales. O a la privada, que compite con la pública. La buena noticia es que el déficit va a disminuir paulatinamente a partir de 2028, básicamente porque han salido muchas plazas MIR en las últimas dos convocatorias y porque, afortunadamente, una gran cantidad de médicos de familia mayores se van a ir jubilando a un ritmo muy, muy, muy acelerado. Y esta es una excelente noticia en la medida en que la especialidad rejuvenezca, que llegue sabia joven, que sea capaz de acometer reformas que las personas de cierta edad no pueden acometer. En otras especialidades, sí que hay déficit y puede agravarse un poco en los próximos años, pero no es tan importante como en el caso de medicina de familia. No sé si quizás podríamos entrar en el tema de movilidad, porque tiene que ver con la solución y con el problema.

**T. Z.:** Justamente, ha salido en las mesas de esta mañana la importancia de la movilidad internacional de los trabajadores sanitarios. Para dar una perspectiva global, diré que desde la pandemia ha habido un incremento del 27 % en la movilidad internacional de médicos y de un 79 % en la de enfermeras. Es decir, la movilidad ha aumentado, la migración de médicos y enfermeras ha aumentado, y esto en algunos países tiene un impacto muy importante. Por ejemplo, Rumanía, un país de la Unión Europea es, según los datos, el quinto mayor productor de médicos a nivel europeo de 53 países. La región europea de la OMS va desde Asia Central hasta la Unión Europea. Es el quinto mayor productor, muy por encima de la media. Sin embargo, cuando te fijas en la disponibilidad de médicos, ves que está muy por debajo de la media europea. Y cuando empiezas a ver dónde están esos médicos, resulta que hay 5.000 médicos rumanos en Francia, 4.000 médicos rumanos en Alemania, 3.000 en Israel, 2.000 en Reino Unido. Es decir, la migración de médicos es un problema muy importante para Rumanía. Por eso decía que tiraba muy para abajo, incluso en países más pequeños. En Albania, por ejemplo, estamos teniendo un diálogo con el ministro, porque al ser un país muy peque-

ño, llevarte un cirujano cardiotorácico significa probablemente interrumpir el servicio en todo el país. Y la semana pasada, el ministro comunicó una nueva ley por la cual los médicos tendrán que quedarse ejerciendo obligatoriamente en el país cinco años después de titularse. Y si quieren irse antes tendrán que devolver el dinero de la formación. Esto ha sido una bomba, por supuesto, y habrá que ver el impacto que tiene, pero lo digo para mostrar la importancia de la movilidad internacional.

Beatriz lo ha estado diciendo muchísimas veces, pero yo creo que es importante recalcarlo. España es un importador neto de personal sanitario. España es el sexto mayor reclutador de médicos internacionales a nivel mundial, después de Estados Unidos, Reino Unido, Canadá, Alemania –no me acuerdo del quinto– y España. España es el sexto con un 4 %. Es decir, abandonemos esa idea de que la mayoría de los médicos españoles se están yendo fuera, de que si no mejoramos las condiciones de trabajo... y todo eso... Puede ser que en un futuro nos encontremos en esa situación, pero actualmente no es el caso.

**B. G. L. V.:** ¿Saben cuál es la facultad de Medicina mayor de España? Seguro que dirán la de Santiago, porque es la que saca más egresados, ¿verdad? Pues no, ni de broma. En España se gradúan al año en torno a 6.000 y pico médicos, y este año 2023 –y estamos en noviembre– ya se han homologado 7.300 títulos de Medicina de países extracomunitarios, fundamentalmente de Latinoamérica. O sea, ¿qué es lo que tenemos? Lo que tenemos es una enorme movilidad internacional hacia España de graduados en Medicina no especialistas que, por tanto, no pueden ejercer la práctica médica en la red pública en España, pero sí en la red privada. Una parte muy pequeña viene a España a hacer el MIR, a especializarse y eventualmente a seguir en España o retornar. Pero la masa, la gran mayoría de estos médicos se colegian. Más de la mitad de los nuevos colegiados en el Colegio de Barcelona son extranjeros. ¿Y dónde están, entonces? ¿Dónde creen que están? Una parte está en la privada y son mano de obra barata, porque las retribuciones que cobran no son las mismas que las de sus homólogos españoles, pero hay otra parte que ha sido reclutada por el sistema público, porque en caso de extrema necesidad, si no hay médicos de familia con el título, pues se acaba contratando eventualmente a médicos latinoamericanos sin título de especialista.

Esto es, de nuevo, una carga de profundidad contra la medicina de familia, que contribuye todavía más a agravar la crisis que ya tiene. De modo que la leyenda urbana de que los médicos españoles emigran –ya lo ha dicho Tomás y esta maña-

na Manel– es mentira. Piden certificados de idoneidad al Colegio de Médicos –que es una condición necesaria, pero no suficiente– que caducan a los tres meses, que tienes que pedir por cada país al que quizá vayas y que pides para hacer cooperación internacional, para ir a hacer un curso de una semana o para cualquier otra cosa. Entonces, obviamente, que se pidan 2.000 certificados no quiere decir que se vayan 2.000 médicos.

Ahora me gustaría llamar la atención sobre un hecho importante. Cuando tú planificas, cuando haces un ejercicio de planificación, te encuentras con muchos grupos de interés que a menudo son contrapuestos. En este país, lo que quieren los departamentos de Recursos Humanos de las comunidades autónomas es que haya, como hubo antaño, una bolsa de médicos en paro y descolgar el teléfono para decir: “ven, que te doy un contrato de dos días de fin de semana”. Esto sería el ideal. Estoy un poco haciendo parodia de la situación, pero claro, frente a esto, lo que quieren los colegios de médicos, las organizaciones corporativas profesionales y los estudiantes de Medicina es que se restrinja la entrada a la profesión. Y se opina sobre este tema sin datos, pero desde posiciones interesadas, y, como decía antes Anna, basándose muchas veces en ideas preconcebidas. Por eso es muy importante poner los datos encima de la mesa, saber qué datos son claros, qué datos han sido estimados, etcétera. Y todo eso es el ejercicio de planificación.

**T. Z.:** Comentando eso, Bea, y en cuanto al tema de la migración, sabéis que la Organización Mundial de la Salud tiene un código de International Ethical Recruitment, que firmaron todos los estados miembros en el año 2010. Es voluntario, no es obligatorio, pero sí que trata de establecer unos principios éticos en el reclutamiento internacional de recursos de personal sanitario. Trata de establecer lo que llamamos el Triple Win: que sea un *win* para el país emisor, para el sistema de salud del país emisor; un *win* para el individuo, la persona que migra y para que tenga los mismos derechos y para que no haya estas dualidades en cuanto a pagos –el otro día hubo una denuncia en Reino Unido precisamente por esto, porque tienden a ganar menos dinero que los médicos de Reino Unido–, y luego un *win* para el país de destino. Esto que resulta tan bonito en la teoría es muy difícil y realmente complicado de llevar a la práctica. Lo que sí queda claro, y creo que esta mañana se ha puesto también sobre la mesa, es cómo los países, sobre todo los que atraen a más profesionales, van hacia una mayor sostenibilidad de su personal sanitario. Reino Unido, y esta mañana Andrew lo mencionaba, ha dependido durante muchos años de la inmigración de personal sanitario y



ahora se ha dado cuenta de que eso es un reto muy importante. Nosotros, desde la OMS, estamos trabajando con países como Alemania, Reino Unido, Irlanda... para ver cómo evalúan la planificación de su mercado laboral sanitario, si saben dónde están y miran a largo plazo cuáles serán las necesidades dentro de 10-15 años y si empiezan a actuar ahora. En *planning*, nosotros decimos que es como ir en velero. Tú te marcas un punto de llegada futuro, que serían los 10-15 años, pero tienes que empezar a tomar el rumbo ahora y, en función del viento y otros factores, lo vas ajustando. Eso sería: *plan long, act short y monitor frequently*. Yo creo que eso es algo importante en la planificación en recursos humanos. Volviendo a la planificación y a mi perspectiva, yo trabajé cuatro años en el sudeste asiático, en India, Indonesia, Sri Lanka, y allí había muy pocos datos, muy poca planificación, y yo pensé que era porque se trataba del sudeste asiático. Pero mi sorpresa fue, cuando vine hace tres años a Europa, a la OMS, descubrir que lo que tenemos aquí no es mucho más sofisticado. Quiero decir que encontrar datos que estén agregados, que un *policy maker* tenga todos los datos juntos, que tenga un *dashboard* para tomar decisiones, es realmente complicado. Estamos trabajando ahora con Portugal en la Estrategia Nacional de Recursos Humanos y tienes que ir llamando al Ministerio de Educación: “oye, por favor, pásame estos datos”, al de Finanzas, al de Economía, al de... Realmente, en este sentido, hay una limitación importante.

**B. G. L. V.:** Sí, claro, los datos son la base para hacer un estudio objetivo. En España estamos intentando sacar adelante el Registro Estatal de Profesionales Sanitarios y cuesta. Cuesta, porque hay problemas de todo tipo. No vamos a entrar en eso, Vicenç lo sabe perfectamente. Cuando tengamos el registro –que va a tener incorporados a todos los profesionales en activo disponibles, con información microdetallada sobre dónde trabajan, en la privada o en la pública, etc.– será perfecto. De momento, ¿qué tenemos que hacer? Pues recabar información primaria de la red pública, y esto lo hacemos bien, a través de un protocolo estandarizado de recogida de información. Cada comunidad autónoma, desde el Departamento de Recursos Humanos, nos manda la información de a cuántos médicos ha pagado la nómina en el mes de referencia, sean interinos, sustitutos, temporales, lo que sea, por especialidad, por tramo de edad y sexo, si son españoles o extranjeros, si estudiaron aquí o fuera y si están a tiempo parcial o completo. Es decir, la foto del mes de referencia de la red pública la tenemos muy completa y es muy fiable, extremadamente fiable. Eso solo ya es un *output* interesante de nuestros

informes, porque, aunque en este país no se publique esa información, nosotros hemos hecho ya cinco ediciones que, de alguna manera, representan un registro en cinco momentos temporales distintos de lo que hay en la red pública. Pero claro, ¿y en la red privada?, ¿qué porcentaje de médicos tenemos trabajando en la red privada y en la red pública a la vez o únicamente en la red privada? Para dar ese número por especialidad y una estimación por tramos de edad y sexo tenemos que componer un puzle con muchas piezas. Es lo mismo que armar un puzle. Hay muchísimas fuentes de información. Afortunadamente, tenemos al Ministerio que nos ayuda. Por ejemplo, tenemos todos los datos de especialistas con el título de MIR que tienen menos de 65 años por especialidad y sabemos cuántos títulos se han emitido en este país, se hayan formado aquí o fuera, da igual. Tenemos los datos de colegiación y los datos del sistema de información de atención especializada, que para los hospitales recoge muy bien la información. Pero montar este puzle implica encontrarse con incompatibilidades, como cuando te sobran piezas o te faltan piezas.

Es un ejercicio muy interesante, pero la fiabilidad de los datos que nosotros damos de la red privada es mucho menor que la que damos de la red pública. De hecho, sabemos que el fenómeno del pluriempleo de los médicos en España ha ido en aumento sostenido y acelerado en los últimos, yo diría, 13 o 14 años. El sistema de información de atención especializada nos dice, en muchas especialidades, qué número de médicos hay trabajando en la red pública y qué número de médicos hay trabajando en la red privada. Pero, obviamente, algunos estarán contados en los dos sitios, porque la información la mandan los hospitales. Entonces, saber el porcentaje de práctica privada en España es algo que no conseguimos saber con exactitud. Sí lo sabemos para algunas especialidades, por ejemplo, cardiología. Porque con cardiología hemos hecho una encuesta a los cardiólogos, a toda la sociedad española de cardiología, y tenemos información detallada, de grano fino, y lo que tenemos son porcentajes de pluriempleo importantes. Lo tenemos, por ejemplo, en Las Palmas, porque así lo demuestran los datos de colegiación en Las Palmas, pero es un reto para una planificación de recursos humanos saber a ciencia cierta cuál es la entidad del problema y cuántos médicos se están compatibilizando. Porque, de alguna manera, ello implica también una caída de productividad. No trabajas igual de ocho a tres si a las tres y media entras a trabajar otras ocho horas en otro sitio.

**T. Z.:** Complementando eso, rápidamente, hay dos cosas importantes. Por lado, la información cuantitativa; en muchos sitios la planificación se hace por *hea-*

*dcount*, por número de personas, pero yo creo que tenemos que movernos hacia un *full time equivalent*, por lo que decía Bea, porque hay gente que tiene dos trabajos y quizás trabaja un 150 %, pero hay gente que cada vez más, sobre todo las generaciones jóvenes que valoran mucho más el *work-life balance*, prefiere trabajar un 60 % con una reducción de jornada, y al menos mantengo en el sistema durante un 60 % a esa persona. Ya que tenemos pocos, vamos a adaptarnos a los intereses de los profesionales. Esto por el lado cuantitativo, el *full time equivalent*. Por otro lado, también necesitamos información cualitativa; es decir, si estamos diciendo que el *burnout* es importante, que hay *intention to leave*, que los trabajadores también quieren irse del sistema, que la satisfacción está cayendo según el barómetro sanitario como oíamos esta mañana, etc., necesitamos tener encuestas estandarizadas que se pasen de una forma regular para que nos permitan evaluar la efectividad de las políticas que pongamos en marcha a fin de intentar encauzar ese tipo de situaciones. La información cualitativa es importante, y a nivel europeo. Estamos trabajando ahora con la presidencia europea de Bélgica, que va a ser de enero a junio de este año 2024, para intentar poner esto a nivel de países de Unión Europea.

**B. G. L. V.:** Y ahí enlazamos ya con gestión y gobierno.

**T. Z.:** Ahora se trataría de buscar las soluciones. Después del informe que sacamos y con todo ese *policy space* que generamos y esa atención mediática, lo siguiente que hicimos fue organizar una reunión regional en Bucarest con 50 países. Tuvimos ocho ministros de salud y todos los directores generales de Recursos Humanos en salud. Realmente, fue una reunión importante en la que participaron 270 personas y en la que pasamos la Declaración de Bucarest. Era una declaración firmada por todos los participantes –Collaborating Centres, Academia, representantes de la sociedad civil– para fortalecer los recursos humanos a nivel europeo. Intentando una vez más generar esa *advocacy*, ese momento, esa ventana de oportunidad que nos permita cambiar cosas a nivel de país. Después de eso, un grupo de países tomó la iniciativa –Rumanía específicamente– y ha sacado adelante una declaración que se aprobó hace diez días en Astana, donde tuvimos la reunión regional en Kazajstán, por unanimidad de los 53 países y el *co-sponsoring* de 37 países; es decir, con un apoyo mucho más comprometido.

**B. G. L. V.:** Vi que estaban Rusia y Ucrania.

**T. Z.:** Estaban Rusia, Ucrania, Azerbaiyán, Armenia, Israel... Realmente fue un encaje de bolillos para sacar la declaración adelante. Hemos aprendido mucho de diplomacia internacional. Pero todo eso te cuenta algo. Fue la única resolución que salió adelante. La única. ¿Por qué? Porque todos se sienten identificados con los mismos retos, con mayor o menor magnitud, con un foco en esto, un foco en lo otro... En Italia, por ejemplo, el problema no son los médicos de familia. En Italia el problema son los cirujanos generales y los anestesiistas, porque las generaciones jóvenes ven que un cirujano general hace ocho guardias al mes y las generaciones jóvenes dicen “yo no quiero hacer ocho guardias al mes más mi jornada laboral y trabajar 65 horas semanales”. En las plazas MIR, el otro día me lo decía el viceministro de Italia, “lo que nos cuesta cubrir es cirugía general y anestesia”. Es decir, cada uno tiene sus dilemas, pero al final hay un denominador común.

En esta resolución que hemos sacado, hemos pasado un *framework for action* para ver cómo podemos mejorar los recursos. Y en el pilar central no hemos puesto la educación, la *supply*, la oferta; hemos puesto a los trabajadores de salud y la retención –que en castellano suena fatal, retención–, porque básicamente es el modo de poder mantener el personal sanitario que tenemos en el sistema. Necesitamos tener gente motivada, trabajando con alta motivación intrínseca. ¿Cómo mantenemos esa motivación intrínseca para que los trabajadores sigan contribuyendo, como lo han estado haciendo, en los buenos resultados del sistema de salud español? Ahí, mejorar las condiciones laborales es un tema importante, en cuanto a carga de trabajo, en cuanto a número de horas trabajadas. Los *junior doctors* que se reunieron en Murcia la semana pasada han abierto un caso en la Comisión Europea por la Directiva relativo al número de horas trabajadas. Esto, con las generaciones jóvenes, va a seguir saliendo cada vez más. Flexibilidad del horario laboral. ¿Por qué debemos tener un *straight jacket*, un único contrato para el servicio público que no se adapta a los distintos intereses de los profesionales? ¿Por qué no ponemos distintos tipos de contratos para que la gente pueda priorizar cuáles son sus preferencias? Y luego, aquí, en la retención es fundamental lo que comentaba Bea también acerca del área rural y las zonas de difícil cobertura. No puede ser que paguemos lo mismo a un profesional que está trabajando en mitad de la montaña en invierno a una distancia importante, donde no hay escuela para sus hijos, que a una persona que está trabajando en un centro de salud en el área urbana de Barcelona. Creo que tenemos que replantearnos si realmente queremos tener accesibilidad a servicios de calidad en determinadas zonas, porque si es así tendremos que trabajar en cómo incentivarlo. Este es el pilar central, la retención.

El segundo pilar sería *build supply*, construir la oferta. Y eso no es solo una cuestión de números. Comentábamos antes que tradicionalmente, cuando hay un problema de recursos humanos, la solución de los políticos es aumentar las plazas de Medicina en la facultad. No. Eso no es. Estamos viendo que es un tema mucho más complejo y que hay que abordarlo. Entonces, yo creo que no es una cuestión de números –y Bea también lo hablaba antes– sino de competencias: de cómo formamos a los profesionales en las facultades, a todo tipo de profesionales, para que estén preparados para desempeñar su trabajo en un futuro, en un sistema que será muy diferente al que tenemos ahora por las distintas necesidades de los pacientes. Entonces, yo creo que esas competencias, esas *skills*, ese cambio, son fundamentales y que también deben incluir las competencias digitales.

El tercer pilar que tenemos es *optimising performance*, es decir, ¿cómo podemos, con el escaso número de personal sanitario que tenemos, maximizar su tiempo y lograr que añadan valor a lo que hacen? Y aquí viene toda la parte de innovación, de reorganización de servicios. Lo hemos oído en la segunda sesión sobre gestión y tenemos muchos ejemplos de ello. El otro día hablaba con Vicenç Martínez (ex director general de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad) en Ginebra sobre cómo reorganizar procesos sin gastar ni un euro más y conseguir reducir el *wasteage*, lo que sobra, y añadir valor y encima tener profesionales contentos, satisfechos, motivados. Y es en esa dirección hacia donde debemos apuntar. Cómo repensamos, cómo innovamos, cómo reorganizamos para que al final tengamos profesionales satisfechos, motivados y que puedan contribuir a proveer servicios de calidad y obtener mejores resultados de salud. Para poder hacerlo, necesitamos planificación –de la que ya hemos hablado– e inversión: cómo gastamos más y mejor, pero no vamos a entrar ahí.

**B. G. L. V.:** Hablaba Tomas de la digitalización de la sanidad. A ver, algunos profesionales tienen miedo de que la inteligencia artificial les quite terreno, de que la máquina sustituya al hombre como pasó con la revolución industrial. La inteligencia artificial, en mi opinión, es una buenísima aliada para la atención primaria y para mejorar la situación de los profesionales que trabajan en lugares remotos y aislados, porque lo que hace es limitar este aislamiento. Hace que puedan estar inteligentemente conectados con otros profesionales que están en los grandes hospitales, que es donde a ellos les gustaría estar. Pueden hacer rotaciones virtuales. La inteligencia artificial va a afectar de forma distinta las distintas especialidades médicas, y en eso estamos ahora trabajando para hacer la pro-

yección del próximo modelo. La inteligencia artificial y la digitalización, repito, pueden ser un gran aliado para las partes del sistema que son más endeble o que están más en riesgo. Y estoy pensando particularmente en la atención primaria. Enlazo con otro punto endeble del sistema, que es el sesgo de género en medicina. Hoy en día, el 70 % de los estudiantes de Medicina en España son mujeres, son chicas. Y más de la mitad de los médicos colegiados en España son mujeres. Hace ya un par de años que pasamos la barrera del 50 %. Los médicos ya son médicas más que médicos. En un proyecto muy bonito que se llama Womeds (Women in Medicine in Spain), los resultados del cual acabamos de publicar en *Human Resources for Health*, nos preguntábamos ¿estas mujeres médicas, que son la mayoría, son tratadas igual que los hombres o hay cierta discriminación o un cierto sesgo de género en la profesión médica en España? Lo que hicimos fue estudiarlo con una visión de 360 grados en cuatro ámbitos. Primero. La asistencia sanitaria, que solo vimos en la red pública, con información primaria que pedimos a las consejerías de Sanidad de las comunidades autónomas. Les preguntábamos cuántos médicos tienen en las distintas especialidades, cuántos facultativos especialistas de área (FEA) o adjuntos, si el jefe de servicio es hombre o mujer y si el jefe de sección es hombre o mujer. Y así agregamos datos y calculamos lo que llamamos el Woman Ratio, que indica el porcentaje de puestos de liderazgo que están desempeñados por mujeres (qué porcentaje de jefes de servicios son mujeres, por ejemplo) y en el denominador qué porcentaje del colectivo son mujeres (del total de FEA, por ejemplo). El primer *setting*, pues, era este de asistencia sanitaria en la red pública. El segundo era académico, las universidades. Nos fijamos en catedráticos y catedráticas de universidad con plazas vinculadas o no; decanos y jefes de departamento y profesores con contratos temporales y a tiempo parcial, hombres y mujeres. El tercero era investigación competitiva. Proyectos del Instituto de Salud Carlos III relacionados con biomedicina en las distintas convocatorias, si el investigador principal (IP) era hombre o mujer y cuánto dinero daban a los proyectos liderados por hombres y por mujeres. Y por último, el cuarto era liderazgo y representación en las sociedades médicas. En España hay 46 sociedades médicas que están agrupadas en FACME. Miramos en las 46 sociedades médicas y en los colegios de médicos de las 52 provincias –50 más Ceuta y Melilla. Podéis leer el artículo que está publicado en *Human Resources for Health*. En los cuatro ámbitos hay un sesgo de género impresionante. Impresionante. Lo hicimos para los años 2019-2021. Lo tenemos en una página *web* en abierto, porque entendemos que hacer visible un problema es el primer paso para empezar a resolverlo. El poner

sobre la mesa que solo 4 de las 46 sociedades médicas españolas tenían un Women Ratio de uno o mayor que uno en invitación como ponentes a sus congresos: 4 de 46. O poner sobre la mesa que solo 7 de los 52 colegios de médicos tienen una mujer presidenta. Las mujeres están en el equipo directivo como tesoreras o como secretarías o vicepresidentas, pero como presidentas solo hay 7 mujeres de 52. En todas las especialidades que estudiamos y en todas las comunidades autónomas, salvo una, que es Navarra, jefas de servicio en los hospitales públicos están infra-representadas, con relación a lo que a las mujeres les tocaría por colectivo. Y, por último: la universidad. Es demoledor. El porcentaje de catedráticas con plaza vinculada es muy bajo, no me acuerdo de memoria, pero es tremendo. Incluso en los proyectos del Carlos III, en que no había discriminación en cuanto a concesión a mujeres y a hombres IP, las mujeres que tenían un proyecto tenían un 24 % menos de financiación que los hombres. Pedían menos dinero, no es que les dieran menos, es que pedimos menos. Entonces, ¿cómo arreglar esto? Porque la situación es demoledora. Estamos en un país con una profesión muy feminizada, donde no hay liderazgo femenino. Es importante poner este fenómeno sobre la mesa e intentar, poquito a poco, reconducirlo con cosas como las mentorías de médicas a otras colegas, como ser conscientes por parte de las sociedades científicas de que existe este sesgo y, conscientemente también, hacer los programas de los congresos de otra manera. *Lancet*, cuando se dio cuenta de que esto también pasaba con lo que publicaban ellos, sacó un número especial y una iniciativa bajo el nombre de *Lancet Women* #lancetwomen para remediarlo. ¿Esto va a afectar los recursos humanos en salud en España? Claro que los va a afectar, porque si las mujeres no están suficientemente reconocidas o en posiciones de liderazgo, podría haber un riesgo de desafección hacia el sistema, de desmoralización, de desentenderse. Y claro, son más de la mitad de la fuerza de trabajo.

T. Z.: Reforzando la idea de Bea, a nivel europeo y global hay dos informes que creo que son fundamentales. Uno de ellos es *Deliver by Women Led by Men*, un título que yo creo que lo clava, ¿no? Tres cuartos de los trabajadores sanitarios a nivel europeo son mujeres. Y sin embargo, muy pocas de ellas ocupan posiciones de liderazgo... Queremos utilizar a Bea y a su equipo para hacer el mismo estudio o parecido a nivel europeo, porque lo habíamos planificado y nos viene de miedo. Yo creo que va a salir más o menos lo mismo. Y el segundo informe es el *Gender Pay Gap* en el sector salud, que salió el año pasado, y nos dice que hay un 24 % de diferencia de ingresos entre hombres y mujeres (*gender pay gap*) a nivel global en

el personal sanitario. Totalmente de acuerdo con Bea en la necesidad de trabajar en esta dirección.

Entramos ahora en los cambios regulatorios necesarios, y ahí es importante la necesidad del *skill mix* de los distintos tipos de profesionales y cómo lo permitimos o facilitamos desde un marco regulatorio.

Lo que estamos viendo es que cada vez hay más perfiles profesionales, y que hay determinados perfiles que podrían desempeñar un rol más importante. Y estoy pensando en enfermería, por ejemplo. En muchos países, la enfermería tiene un rol muy avanzado en la provisión de servicios de diversos tipos, como por ejemplo en la prescripción. Justo hoy lanzamos un *technical brief* sobre *advanced roles of nurses* a nivel europeo, que yo creo que es muy interesante porque describe algunas buenas prácticas y cómo la enfermería tiene un peso importante en diversos países. Y que en muchos países también está muy vinculada al género. En Asia Central, por ejemplo, las enfermeras tienen un rol superbajo y muy disminuido. Y luego está el tema de los equipos. No se trata de reorganizar todos estos procesos de los que hablábamos pensando en un único profesional sanitario, sino buscando el modo de traer a la mesa a distintos tipos de profesionales para que identifiquen cuáles son los *bottlenecks*, cuáles son los retos, cuáles son las dificultades, y buscar las soluciones conjuntamente, en equipo.

Esto también se vincula muy directamente a la educación interprofesional, porque cada profesional educa en lo suyo y no enseñamos a las nuevas generaciones a trabajar conjuntamente. Ahí quiero poner el ejemplo de Israel. En el Sheba Hospital, que visitamos el año pasado, tienen un Simulation Center Nacional que es una pasada: cuando evalúan al médico para ver si pasa o no pasa, si aprueba o no aprueba, no le evalúan a él únicamente, va con todo el equipo. Es decir, están observando al médico interactuando con todo el equipo de enfermeras, de celadores, etc. y evalúan todas las competencias necesarias para que al final eso funcione. O sea, que yo creo que tenemos que pensar mucho más en equipo, en *advance roles* de distintos profesionales. Bélgica ha introducido un Mid Level Provider, un Physician Assistant para que empiece a hacer alguna de las tareas que los médicos de familia no llegan a hacer. Creo que tenemos que abrir un poco la mente en esto y pensar cómo podemos establecer un marco regulatorio para que estas cosas sean posibles.

**B. G. L. V.:** Claro, y en España tenemos un problema con la regulación macro. Porque tenemos una ley de profesiones sanitarias que define las profesiones



sanitarias. Y son las que son. Y todas esas profesiones que están en la puerta para entrar y que son necesarias para el sistema quedan fuera. Es importante cambiar el marco regulatorio, no solo por la lista de profesiones sanitarias (hay que homologarnos a Europa) sino también por la definición de roles profesionales y de la posibilidad de delegación de responsabilidades, etcétera. A nadie se le escapa que en este país todavía no está bien resuelto el tema de las competencias profesionales y que hay mucho corporativismo en determinadas profesiones, como por ejemplo entre médicos y enfermería, o entre enfermería y auxiliares de enfermería. Y esa visión tan corporativista acaba haciendo que el sistema funcione mal, porque encaja mal en las tareas. Esto implica un proceso relativamente largo, pero que tiene que estar bien liderado, de redefinición de tareas profesionales y de trabajo en equipo, incorporando esas nuevas profesiones.

Hablando de regulación, aquí teníamos apuntado un tema que todo el mundo sabe que va a salir, que es el tema de la regulación de las relaciones laborales. Estamos en un país donde hay una enorme competencia por captar talento profesional entre la red pública y la privada. La red privada está presionando porque ha crecido mucho y necesita reclutar a buenos médicos y menos enfermería, aunque también. Y claro, la red pública no puede competir porque no tiene herramientas de gestión capaces de dar a cada uno las condiciones laborales según las preferencias. Antes lo decía Tomás, con un sistema público en el que el profesional sanitario es un funcionario y no está diferenciado del jefe de negociado de multas, como decía esta mañana Manel, mal puede competir con una red privada que hace un menú para cada persona en una negociación más o menos personalizada. Sí que hay ejemplos, y yo los conozco de cerca en España, que sabiendo que la ley está ahí, intentan de alguna manera hacer un cierto *bypass*, un cierto sorteo de la rigidez de la ley. Estoy pensando en el hospital de El Hierro. El Hierro es una isla con menos de 10.000 habitantes, tiene un hospital con muchos servicios y nunca les faltan cardiólogos ni les faltan radiólogos ni les faltan médicos. ¿Pero, por qué? ¿Dónde está el secreto? Pues el secreto está en una negociación bilateral con cada profesional al que se le ofrecen condiciones, como por ejemplo: “tú trabajas aquí una semana y te vas una semana a donde quieras y por aquí ni apareces”. Y hay personas, profesionales jóvenes, a los que interesa este ritmo y esta forma de trabajar. Pero esto no es muy fácil dentro del marco regulatorio del país. Un marco regulatorio que, además, tiene detrás lo del Estatuto. El Estatuto Marco de los profesionales sanitarios impone restricciones que son malas para el sistema y que, por lo tanto, habría que pensar en cómo modificarlo, en cómo cambiar cier-

tos aspectos... ¿Cuál sería el objetivo? El objetivo sería tener un marco flexible y abierto a relaciones laborales, con capacidad de negociación con los profesionales sobre la base de lo que a los profesionales les interesa individualmente en lugar de ofrecer solo contratos estándar o uniformes. Obviamente, a nadie se le escapa que hay fuerzas importantísimas que se opondrían a ello. Y estas fuerzas provienen de distintos ámbitos, uno de los cuales es parte de la propia profesión médica, la parte del colectivo que ya está funcionarizada. A ver si me explico bien. Tenemos una fuerza laboral, digamos, dual. Hay unos profesionales que tienen contratos precarios y que, sobre todo, están al albur de las decisiones de los que mandan, que los pueden mandar con comisiones de servicio a un sitio u a otro (no digo a su antojo, pero sí a su libre albedrío). Y tenemos a otros que tienen plaza en propiedad, en un centro determinado y con horario, por ejemplo, de mañana –y que a menudo usan expresiones como “yo soy propietario de mi plaza”. Claro, en un sistema público, a los que defendemos la sanidad pública, nos parece un poco paradójico que exista esta figura de una plaza “privatizada”. Antes, Anna nos decía: “si hubiera que tirar de un hilo, ¿de cuál tirarías?” Yo creo que este hilo de las relaciones laborales es el primero del que hay que tirar, porque los competidores de la red pública, que son los centros privados atractores de talento, sí que tienen esta capacidad y sí que ofrecen una variada gama de posibilidades de relaciones contractuales, que puede ser, por ejemplo, a través de empresas interpuestas. Claro, tú no puedes competir por un recurso escaso, que es el talento, sin tener armas. Es como si a un médico de enfermedades infecciosas le dicen: “Oye, puedes tratar al paciente con lo que quieras, menos con antibióticos. Vale, oye, si no me das antibióticos, ¿cómo lo curo?” Si no me dejas tener holgura en el gobierno de los recursos humanos, no lo llames gestión, llámalo administración. Como dice Vicente, administrar es aplicar reglamentos y gestionar es poner los recursos allí donde hacen falta. Este es un posible cambio regulatorio, de los que nos preguntó Anna, que es importantísimo. Es importantísimo y requiere un contrato social. Enlazo con el mensaje final. Tenemos retos de mucho calado de hacer reformas muy disruptivas y que, por tanto, van a molestar a muchos grupos de interés. Esto es evidente. En estas circunstancias, la única solución es hacer un pacto con visión a largo plazo, donde el coste político de estas reformas disruptivas sea compartido por quien ocupa el gobierno ahora y por quien ahora está en la oposición, pero que alguna vez quizá gobierne. Es decir, un pacto de todos los grupos políticos que están en el Parlamento. Y esa es un poco la idea que hay detrás del Pacto Nacional por la Salud que lidera Yolanda Lejardi, aquí en Cataluña. La idea

es ver qué rumbo tienen que llevar el sistema sanitario y el sistema de salud en un horizonte largo, más allá del ciclo electoral. ¿A dónde queremos ir? Y aquí deben participar la sociedad civil, los profesionales y todos los agentes implicados. Y una vez que se llega al consenso, va al Parlamento donde, idealmente, todos los grupos parlamentarios deberían estar de acuerdo en que esto es lo que hay que hacer y empezar a marcar plazos y tareas.

La verdad es que en este país se ha hablado muchas veces de pactos por la sanidad. Yo estoy harta de oírlo desde el siglo XX. Pero tengo la esperanza que esta vez funcionará. Porque si no es con un pacto de ese tipo, nunca lo vamos a hacer. Es imposible cambiar completamente la gestión de los recursos humanos del Sistema Nacional de Salud, que es lo que decía Manel esta mañana. Manel, de las tres opciones que daba, decía que la mejor es la segunda, flexibilizar la gestión, pero yo creo que esta va a ser imposible, entonces me quedo con la tercera, que es vamos a seguir rumbo de colisión, como dice Vicente; vamos a seguir así, empeorando poquito a poco hasta que acabemos chocando. Pienso que estamos en un momento en el que quizá tengamos una oportunidad y confío en que podamos resolverlo. Yo quiero ser optimista, no quiero irme de aquí ni que nos vayamos pensando que esto es una especie de maldición que nos ha caído encima.

**T. Z.:** Me sumo al optimismo de Bea. Hace un mes publicamos un *paper* en *Lancet* y fue una experiencia interesante. Fue con Helena Legido-Quigley y lo que hicimos fue reunir representantes de partidos políticos de todo el ámbito nacional y autonómico y sentarnos en el Círculo de Bellas Artes a discutir cuáles son los retos de futuro del Sistema Nacional de Salud y cuáles son las posibles soluciones. Y a mí me sorprendió que hubiera mucho más consenso y mucho más acercamiento del que uno podía esperar, que es lo que pusimos en el comentario, en el *Lancet*. Veo que va muy alineado con lo que Bea estaba diciendo sobre la necesidad de recoger lo que nos une en lugar de incidir en lo que nos separa –que no creo que sea un buen camino. Tenemos un mal ejemplo en la educación: cada vez que entra un Gobierno nuevo, quita una ley anterior y pone una nueva ley. Creo que, si vamos por el mismo camino de polarización en la sanidad, no vamos por buen camino. Por eso me parece una iniciativa superinteresante lo que se está haciendo en Cataluña. Y, a nivel de España, creo que deberíamos ir por un camino similar y conseguir estos consensos.

Porque pensando un poco en Ernest Lluch y en las bases que él sentó del sistema nacional de cobertura universal con acceso universal, creo que cuando nos com-

paramos con otros países europeos tenemos unas bases muy sólidas. Tengo los datos, los he traído porque pienso que a veces nos hace falta una ola de optimismo para reposicionarnos; tenemos un complejo, a veces, de inferioridad, y por eso, muy rápidamente, os las comparto. En mortalidad por causas evitables estamos en el cuarto mejor puesto de toda la Unión Europea con una media de 113, cuando la media de la Unión Europea es de 160 por 10.000. Mortalidad por causas tratables, somos los quintos mejores con 65 por 100.000, la media es de 92 por 100.000. Si miramos las necesidades no atendidas, somos los segundos a nivel europeo. Si miramos en gasto catastrófico, estamos por debajo del 2 %. O sea, tenemos unas bases sólidas que yo creo que debemos mantener. Pero es verdad que estamos en una disyuntiva. Debemos aplicar reformas necesarias y por consenso que nos lleven a afrontar los retos de futuro, porque las necesidades de la población están cambiando. Por eso creo muy interesante este debate de reflexión, para pensar cómo vamos hacia esa reforma, hacia un nuevo futuro que nos lleve a una situación mejor de los recursos humanos y del sistema sanitario en España en general.

---

# Preguntes

## **Ricard Meneu**

Dos comentarios. Uno, los que me conocéis sabéis que soy un cenizo optimista; entonces, la única posibilidad de que haya un pacto es que desde la información convenzamos a los decisores de que quien gobierne dentro de diez años tendrá un desastre de sistema sin capacidad de resolución. ¿Quién lo quiere? A ver si así, metiendo miedo, funciona. Porque con solo buena voluntad no va a funcionar. Y de todo lo otro, para la gestión de los recursos humanos, todo lo que habéis dicho –que es fantástico, conocido o mejorado–, todos esos mandamientos se resumen en dos. Primero. Para gestionar los recursos humanos tenemos que nivelar el campo de juego. Es inaceptable que haya dos tipos de formación para profesionales, pero no solo porque la competencia es desigual, que no tengan que ser especialistas en la privada y tengan que serlo en la pública, sino porque es una dejación de función de garantía de calidad de la autoridad. Esto no se le puede admitir, a la autoridad, y menos cuando aún está jugando con un tren eléctrico, que ya no tiene, porque nos lo llevamos las comunidades autónomas hace 30 o 40 años, en lugar de pensar en la regulación para el conjunto del sistema. Por tanto, igualdad en el campo de juego. Y tendríamos que contar cuántos especialistas tenemos que son intercambiables entre los dos sectores, porque ahora son mercados distintos. Y segundo, que es lo mismo, pero al revés. Para poder empezar a reformar la gestión de los recursos humanos, lo que tenemos que hacer es gestionarla y no administrarla. Por lo tanto; eliminar, no –porque ya sé que no lo aboliremos jamás–, pero colapsarlo a lo que es legislación de salud básica a cuatro artículos que llevan cuatro pequeñeces genéricas –como la declaración de principios que parece casi el artículo 6 de la Constitución de Cádiz. Los médicos tienen que ser justos y benéficos. Ya está.

## **Público**

Quería comentar un tema al cual yo me he dedicado más de 35 años, que es el de la salud laboral, salud en el trabajo. Primero. Hoy en día, en España, el 40 % de las muertes en el trabajo son por cuestión de infarto de miocardio e ictus. El infarto de miocardio no se cura en las mutuas sino en el Sistema Nacional de Salud. Segundo. El cáncer laboral, que es lo que más preocupa en Europa, tampoco lo curan las mutuas, porque no tienen disposición ni medios para ello, por lo que también repercute en el Sistema Nacional de Salud. Y tercero, la salud mental

en el trabajo. La OMS y la OIT, el día 28 de septiembre del 2022, redactaron un documento de primera magnitud del cual se habla poco, *Mental Health at Work*. La UE no ha hecho caso, en mi modesta opinión, de este documento que es crucial. Los problemas de salud mental han incrementado y representan más del 50 % de las bajas laborales. Me interesa su opinión sobre estos tres temas que a mí me preocupan.

**T. Z.:** Nosotros, en la OMS, tenemos cuatro *flagships*, cuatro programas estrella a nivel europeo, y uno de ellos es salud mental. Otro es digitalización, pero uno de ellos es salud mental. Somos plenamente conscientes de la importancia de la salud mental y, como decía antes, el 52 % de los trabajadores ha tenido o tiene *burnout*. Esto es una auténtica barbaridad. Es un problema de primera magnitud y hay algunos países que lo han hecho muy bien. Irlanda, por ejemplo, durante la pandemia estableció una estrategia nacional para cuidar a los que cuidan, para cuidar al personal sanitario y no solo en el ámbito de atención psicológica o de líneas *hotlines* o este tipo de cosas, sino también a través de intervenciones mucho más comunitarias, mucho más *comprehensives*. Tenemos buenos ejemplos de países que lo han hecho bien a la hora de mejorar la salud mental en el ámbito laboral.

### **Beatriz González López-Valcárcel**

No sé mucho de eso, pero sí sé que en España hay pocos médicos del trabajo y que, sin duda, hacen falta. Pero en el mercado no están muy bien posicionados y los médicos jóvenes no quieren ni tener una especialidad de laboratorio ni tener una especialidad como salud laboral.

### **Vicente Ortún**

Enhorabuena por las intervenciones y añadiría como una intervención muy buena la tuya y de Ricard referente a la necesidad de nivelar. Obviamente, en la privada, no podemos contratar médicos de cabecera que no sean especialistas. Pero esta idea la extiendo y la convierto en pregunta. Si no nivelamos también la capacidad de gestión de las organizaciones, lo que va a pasar en este país en poco tiempo es la generalización del modelo Ayuso. El modelo Ayuso es competencia en un área única. Esto, Bea lo tiene muy bien explicado en un el blog “Nada es gratis” de hace cuatro años. Llevamos ya 12 o 15 años con este modelo que ha suscitado grandísimas protestas en Madrid por dar una mayoría absoluta al responsable de esa política. Política que será bien vista por los profesionales corporativos, los *insiders*, que dicen “me quito trabajo, yo me dedico a mis artículos y los

cutres que se vayan a la Jiménez Díaz”, a la Jiménez Díaz o a cualquier otro centro de gestión privada, algunos lucrativos, otros no lucrativos. Los profesionales lo admiten, la población lo admite. Fresenius y compañía están encantadísimos, porque obviamente las compañías, las multinacionales y los fondos de inversión, lo que necesitan es concertar la actividad con el financiador público, que es donde está el dinero, y tendremos modelo Ayuso en España. Porque a los *insiders* ya les va bien, a la población también le va bien. ¿Quién va a protestar? Esta idea hay que remacharla, ¿eh? ¡Vamos a nivelar el terreno de juego! Si tenemos a los centros públicos atados... y atados quiere decir que la Jiménez Díaz, cuando recibe pacientes derivados, cobra, pero La Paz, cuando los pierde, ni se penaliza. La Paz es un hospital de Madrid. Y si La Paz recibiera pacientes, no podría incorporar ese dinero a sus presupuestos. Pues, o nos nivelamos o el sistema se está suicidando. Así de claro. Quería saber vuestra opinión sobre eso.

**B. G. L. V.:** A Ricard no le he podido decir nada. Que sí. Que sí. Y con esto igual. Digo sí, sí, absolutamente.

### **Jaume Lanaspá**

Una pregunta concreta a Tomás. Antes has comentado que la pandemia ocasionó en Europa la muerte de 50.000 profesionales de medicina. Por contextualizar, 50.000 ¿respecto a qué *stock* previo? Para saber si esto es el 2 %, el 10 % o el 50 %. Universo de referencia. Segunda pregunta, en estos 50.000, y la proporción que eso supone, ¿hay diferencias significativas entre países? Por ejemplo, entre Reino Unido, Italia o España.

**T. Z.:** En primer lugar, hablo de trabajadores sociosanitarios, no solo de personal médico, sino de todo el sector sociosanitario. Y no sé decirte el denominador, los 50.000, sobre cuantos teníamos. No tengo aquí el dato. Y segundo, la mortalidad es atribuida a la covid. O sea, que no puedes comparar con el periodo anterior. Yo creo que el tema no son tanto los números como el impacto de lo que decía en la salud mental de los profesionales.

### **Vicenç Martínez**

Bueno, primero agradeceremos la enorme información que habéis dado y, hablando de lo que está haciendo Vicente, yo creo que uno de los primeros pasos que podríamos dar –y creo que no debería ser demasiado complicado– es que los hospitales públi-

cos tuvieran personalidad jurídica independiente. Esto como primer paso, porque a partir de aquí tú puedes jugar dentro de la gerencia, siempre, evidentemente, coordinado con la institución, sea el ICS, el SESCAM o lo que sea. Pero el primer paso para hacer algo así, real, que se pueda hacer, debería ser este, porque yo he tenido la experiencia de gerencia y hemos mirado de flexibilizar, pero si lo hubiéramos tenido con personalidad jurídica habríamos hecho más maravillas todavía. Yo creo que sería un primer paso. Y luego, una cosa que me preocupa muchísimo, y que salió en ese estudio maravilloso que habéis hecho, es ¿qué hacemos, hasta el 2028, con los médicos de familia y comunidad? Porque hasta el 2028 tenemos muchos problemas y cada vez vamos a tener más. Y además, son problemas de *per se*, que causan escándalo en la sociedad, que aún es peor, porque entonces todo se acumula y se engrandece de forma que a veces también nos pasamos.

Y aprovecho para agradeceros que hayáis roto mantras y leyendas que se han dicho y que en los primeros datos ya hayáis puesto los puntos sobre las íes.

Gracias.

**B. G. L. V.:** De esto hemos hablado muchas veces. Claro, ¿qué podemos hacer? Pues, de aquí a 2028 hay poco margen, en el sentido que sí se pueden convocar más plazas de familia a corto plazo y entonces saldrán en cuatro años, pero más o menos ya estaremos hasta 2028, no antes. Desde luego, deberíamos evitar las fugas, evitar que los médicos de familia quieran trabajar en urgencias de hospital. Muchos se van a la privada, no sabemos cuántos, pero muchos se van a la privada. Una opción es hacer lo que habéis hecho de aumentar voluntariamente la edad de jubilación con un incentivo muy fuerte, pero la paradoja es que no se han acogido a ello demasiados médicos.

**V. M.:** Se está haciendo *sottogoverno*. Es que es así. Se está haciendo, lo sabemos y son alegales. Pero eso quizás, si lo aceptamos, serán MESTOS. Si no lo aceptamos, seguiremos así de mal hasta el 2028.

### **Ricard Meneu**

¿Y hacer un plan de formación de transición? Si lo hicimos una vez, podemos hacer otro...

**T. Z.:** Yo no entraría ahí. Hay otras medidas que se podrían aplicar en este corto plazo, en los próximos cuatro años. Bea ha mencionado algunas de ellas que se podrían utilizar.



**B. G. L. V.:** Hombre, hay una posibilidad, y es que como el médico de familia es un bien tan escaso, lo primero que habría que hacer es que el médico solo haga de médico. Tener un recurso tan valioso y tan escaso relleno de papeles es un desperdicio. Entonces, lo primero es esto, reorganizar tareas dentro del equipo, contratar asistentes médicos, dar más capacidad a los administrativos para que puedan hacer cierto triaje no clínico, dar más papel a enfermería, etcétera. Es decir, que cada minuto de trabajo del médico sea un minuto valioso, que aporte el valor que solo puede aportar el médico. Yo creo que ese sería el primer paso, y así necesitaríamos menos. Esta mañana se ha repetido que la idea de reivindicar los 10 minutos por consulta o los 1.300 de tarjetas es un disparate. Es un disparate porque tú no puedes medir el valor a través del recuento de consultas, a través de la actividad. Lo decimos siempre. Entonces, yo creo que lo primero es focalizarse ahí, que cada minuto del médico sea valioso, y para eso haz lo que tengas que hacer. Reorganiza el equipo como lo tengas que reorganizar. Y da incentivos al médico para que, por ejemplo, se desplace a otros centros de salud, a otras zonas periféricas.

### **Público**

Yo antes estaba, como Vicenç, en el ICS, aquí en Cataluña, y hubo una medida que al inicio fue muy impopular –después de una salida de huelga de todos los médicos– que fue el *escreix*, que implicaba que el médico pudiera asumir más allá de las cartillas que estaban establecidas de media y pudiera asumir aquella capacidad de más de cartillas de personas asignadas, y lo único que tenía que dar eran resultados de salud. Es decir, lo que no puedes acumular mientras no des resultados, pero evidentemente esto hay que retribuirlo. O lo que decíamos antes: si estoy trabajando en el Pirineo y tengo que subir cada día con el gasto que ello supone en carretera, en no estar con mi familia, etc., pues subo tres días en vez de subir cinco. Flexibilidad. Aún tenemos margen. Cambiar el Estatuto, seguro, pero hay más margen, hay más capacidad, pero hay que tener consenso social también con sindicatos y el resto de actores.

**T. Z.:** Flexibilidad para todo el tema de la retención en zonas rurales. Hay muchas iniciativas a nivel europeo que funcionan, puedes ser imaginativo. Puedes hacer unas rotaciones, como tú estás diciendo, para que no sea siempre un solo profesional el que vaya al mismo sitio, establecer unos turnos de rotación de tal manera que al final todo el mundo pueda pasar por ahí. Y hay que añadir todo el tema de las tecnologías digitales. Suecia, por ejemplo, en toda Laponia tenemos

un Demonstration Site allí, donde son las enfermeras las que, conectadas adecuadamente y coordinadas con un hospital distrital que está mucho más lejos, resuelven la mayor parte de los temas. Yo creo que sí, que podemos encontrar soluciones que eviten llegar a ese nivel.

### **Público**

Solamente como elemento que no habéis mencionado desde la perspectiva de la gestión de recursos humanos, en esta dualidad de hospitales y primaria, donde el gran déficit está en la primaria, ¿no habéis pensado en forzar o poner en marcha estrategias que de alguna manera permitan compatibilizar los médicos de primaria con los médicos de hospitalaria? Se puede hacer mucho más y creo que esa debería ser una estrategia, desde una perspectiva de entidades patrimonializadas o entidades fiscales, entendidas como separadas, porque algunos de los otros hospitales grandes, como mínimo en Cataluña, tienen referencia o tienen ascendente sobre la primaria. Debería trabajarse más, porque en general no se trabaja tanto, y además hay una sensación de que no se va a la primaria porque socialmente están menos valorados que en la hospitalaria o la especializada. Yo creo que no debería ser así, pero los MIR, cuando acaban su licenciatura, primero –y es legítimo– optan por aquellas especialidades que dan dinero, y otros, al final, se quedan con las “de segunda”. Pero deberíamos trabajar por la integración de hospital y primaria con una correlación más estrecha, que no la hay, y si la hay, yo no la he visto.

**T. Z.:** Yo estoy totalmente de acuerdo. La semana pasada estuvimos Vicenç Martínez y yo en una reunión en Ginebra sobre hospitales, y este era el tema. Para mí, es cómo ponemos el paciente en el centro y cómo el sistema gira en torno al paciente. Ya no estamos hablando aquí de niveles, de competencias... No. Ponemos al paciente en el centro, designamos cuáles son las necesidades del paciente y cómo esas necesidades del ámbito social –desde el ámbito de la comunidad, de la primaria, de la hospitalaria...– resuelven esas necesidades de una forma coordinada, integrada, en la que todos los profesionales se alinean para responder a esas necesidades. Para mí, el paso importante ahí es cómo vinculas eso a añadir valor; es decir, a mejores resultados y *outcomes* de salud. Y el pago debería ir asociado, en un futuro, de esa forma. Es decir, cuando añades valor en *health outcome*...

**Público**

Quizás debería plantearse que la cuestión no es tanto si este es de un espacio y aquel es de otro, porque como has dicho tú, es el enfermo el que nos ocupa, sea en un dispositivo o en otro.

**T. Z.:** Y otra cosa –y aquí yo discrepaba contigo, Vicenç– es que hablabas de que el gestor de esa red debería ser el gerente del hospital. Yo creo que el gestor de la red tiene que ser el gestor de la red que tiene toda la perspectiva, porque, al final, el riesgo es que acabemos dando muchos más recursos al servicio que es más tecnológicamente intensivo y nos cargemos la comunitaria y la primaria, que es lo que decía Antoni en las mesas de esta mañana. Necesitamos a alguien con una perspectiva más de helicóptero y que, con los recursos limitados que tenemos, haga una asignación de recursos en lo que añade valor. No pongamos todo el dinero en el sector hospitalario; hagamos que esa persona tenga una capacidad más amplia para decidir dónde se añade más valor.

**Ferriol Sòria**

Muchas gracias a todos por vuestras intervenciones. Muchas gracias, Tomás. Muchas gracias, Bea. Ha sido un regalo.

# Cloenda i Declaració oberta presentada per la Fundació Ernest Lluch i el Club de Roma

### **Ferriol Sòria**

director de la Fundació Ernest Lluch

I ja per acabar, des del Club de Roma i des de la Fundació Ernest Lluch hem fet un document declaració obert com a colofó de la jornada que ens atrevim a traslladar-los. Amb això i sense més comentaris, dono la paraula al senyor Jaume Lanaspà i al senyor Joan Majó perquè facin el tancament formal d'aquesta jornada.

### **Joan Majó**

president de la Fundació Ernest Lluch

L'únic que puc dir és expressar una gran satisfacció, perquè em sembla que ha estat un dia ple i molt positiu. Per tant, satisfacció. Satisfacció també una vegada més per la coorganització amb el Club de Roma i la col·laboració amb ISGlobal i AES, que després de l'excel·lent jornada d'avui tinc la sensació que no serà la darrera. Un agraïment també a tots els participants, als quals no citaré, i també a tots els que hi han participat d'una manera o altra. Moltíssimes gràcies.

### **Jaume Lanaspà**

president de l'Oficina del Club de Roma a Barcelona

No em queda gaire cosa a dir. Potser n'hi afegiria simplement una. Mentre aprenia coses durant aquesta jornada pensava: si tenim tanta gent bona, per què no ho fem millor? Aquesta és la reflexió pessimista. Però simètricament, la mateixa reflexió em serveix en positiu. Atès que tenim tanta gent bona, segur que ho farem millor. Aquesta és la meva esperança a partir d'avui. Moltíssimes gràcies a tothom.

# Declaració oberta: cap a un nou contracte social per garantir la sostenibilitat del SNS

1. El Sistema Nacional de Salut (SNS) és possiblement l'èxit més gran de la democràcia i el vaixell insígnia del nostre estat del benestar. El seu genoma és: cobertura universal, finançament basat principalment en impostos, i cobertura i accés segons la necessitat i no segons altres criteris, com ara la capacitat o la disposició a pagar. A més, el sistema sanitari ha estat el principal redistribuidor de rendes per la banda de la despesa i ha contribuït a reduir les desigualtats econòmiques de la població. Aquest sistema ha esdevingut una eina insubstituïble de cohesió social.
2. L'objectiu del SNS és la salut de la població. L'assistència sanitària només és un dels instruments per aconseguir-la. Altres polítiques no sanitàries tenen també un paper fonamental: polítiques d'urbanisme, habitatge, medi ambient, laborals, de rendes o de mobilitat. El paradigma "salut a totes les polítiques" (HiAP) reconeix aquest fet i potencia les intervencions no sanitàries i els programes interdepartamentals.
3. El Sistema Nacional de Salut ha estat tradicionalment, i ho continua essent, el servei públic més valorat pels ciutadans. Tot i això, durant l'última dècada ha estat fortament tensionat. En primer lloc, l'anomenada Gran Recessió, va suposar una disminució important de recursos de la qual no es pot dir que s'hagi recuperat totalment. En segon lloc, i tan important com això, en èpoques de crisi econòmica la salut i les reformes sanitàries han tendit a quedar fora de l'agenda política, que s'ha orientat prioritàriament a la recuperació econòmica.
4. Des de la Llei general de sanitat i la reforma de l'atenció primària, que es van iniciar durant el mandat d'Ernest Lluch com a ministre de Sanitat els anys vuitanta, hi ha hagut enormes canvis en el sistema, tant per la banda de l'oferta (capacitació i disponibilitat de professionals, noves tecnologies i nous medicaments, necessitat de prioritització, gestió de les llistes d'espera), com per la banda de la demanda (ja siguin expectatives de la població, evolució i canvis en

la morbiditat amb expansió de la cronicitat, noves necessitats d'atenció relacionades amb problemes de salut tradicionalment poc atesos, longevitat i canvi generacional, fragilitat, atenció sociosanitària, etc.).

5. L'activitat avaluadora a l'SNS ha de contribuir a racionalitzar l'ús de recursos a favor d'una major eficiència. Aquesta avaluació ha d'ampliar el seu àmbit, amb urgència i visió de conjunt, a les polítiques i prestacions sanitàries que inclouen com a *inputs* innovacions farmacèutiques, tecnologia mèdica i programes de salut.

Així mateix, s'ha de basar més en la mesura dels *outputs* que realment es compren amb el pressupost públic; és a dir, en les millores dels resultats en salut (no només dels resultats clínics sinó també dels rellevants per al pacient), ja sigui *ex ante* i en la pràctica clínica real. Aquesta mesura no s'ha de centrar tant en el preu del bé o servei que avaluem com en el preu que paguem per les millores en salut que obtenim, ja que es tracta de saber si valen allò que costen.

6. La sanitat ha viscut la crisi covid-19 amb enormes i ràpids canvis organitzatius a nivell meso i micro, amb tensions internes i externes i amb una injecció de recursos extraordinaris important. Tot i això, en el futur tenim encara reptes enormes: (1) el finançament, (2) els reptes organitzatius a nivell meso i macro, (3) la gestió dels recursos humans en què es necessiten importants canvis normatius perquè els professionals sanitaris (un col·lectiu molt heterogeni i el principal actiu del sistema de salut) se sentin a gust treballant en l'organització, (4) resoldre elements de cobertura i accés per esmenar la tendència cap a la dualització del sistema, (5) posar l'atenció primària en el centre i preparar canvis factibles en aquest nivell assistencial, en el sentit d'aconseguir més autonomia professional i capacitat de gestió, (6) abordar la importància i l'agencialització de la salut pública, (7) els reptes tecnològics (digitalització), tenint en compte els aspectes ètics en l'ús de dades sanitàries sensibles, i (8) preservar sobretot l'equitat, que algunes forces de mercat molt potents posen en risc, i la digitalització no inclusiva.

A més, cal encarar també la satisfacció de la població i dels pacients (que moltes vegades s'expressen allunyant-se dels serveis públics), posar el focus en una perspectiva de demanda i assegurar efectivament la universalitat.

7. La digitalització de la sanitat planteja importants reptes específics. Necessitem assolir un sistema d'informació integrat a partir de bases de dades –avui frag-

mentades i no interoperables, aportades per les comunitats autònomes– i connectat amb Europa, que permeti millorar l’atenció sanitària als pacients i l’avenç del coneixement gràcies a la investigació amb dades en la vida real (RWE).

8. El sistema de salut no es pot preservar sobre la base del sobreesforç persistent dels seus professionals en tots els àmbits.
9. De la mateixa manera, el sistema ha d'utilitzar permanentment factors de millora, com ara la prevenció sistemàtica (cada vegada més encertada) o l'aprenentatge de les experiències d'èxit de les diferents comunitats autònomes.
10. Avui dia, al país, hi ha consens que el sistema sanitari públic espanyol necessita reformes per afrontar les necessitats i expectatives de la població en l'horitzó 2030, si bé és evident que els recursos públics són finits i que resulta poc convenient mantenir la fal·làcia de “tot, per a tots i gratuït”. Tot i així, el problema no sempre és la manca de recursos humans i financers sinó d'instruments de gestió. És el moment de plantejar un nou contracte social per a la sostenibilitat social i financera del sistema de salut. Aquest contracte social es concretaria en un gran acord parlamentari, basat en un procés participatiu amb els professionals del sector, els sindicats, la societat civil i els pacients, que definiria un nou rumb per al sistema de salut, amb objectius, recursos i terminis més amplis que els del cicle electoral.

Salvaguardar el sistema de salut preservant-ne el genoma és un repte col·lectiu. El bon govern de la sanitat, un finançament adequat, la cobertura i l'accés real a l'assistència sanitària amb l'atenció primària posada en el centre, l'avaluació de resultats en salut i de l'eficiència (cost-efectivitat) de les prestacions, com incorporar la perspectiva del pacient, abordar reptes organitzatius a nivell meso i, en particular, la gestió dels recursos humans són temes essencials per examinar el contracte social.

Des de la Fundació Ernest Lluch i el Club de Roma, organitzadors d'aquest esdeveniment, convidem a la reflexió i al diàleg crític sobre aquestes preocupacions, convençuts que és la via per a la col·laboració entre la societat civil, els professionals sanitaris i els decisors polítics.

**Barcelona, 6 de novembre de 2023**  
**Fundació Ernest Lluch – Club de Roma (Oficina Barcelona)**



# Declaración abierta: hacia un nuevo contrato social para garantizar la sostenibilidad del SNS

1. El Sistema Nacional de Salud (SNS) es posiblemente el mayor éxito de la democracia y el buque insignia de nuestro estado del bienestar. Su genoma es: cobertura universal, financiación basada principalmente en impuestos, y cobertura y acceso según necesidad y no según otros criterios, tales como la capacidad o la disposición a pagar. Además, el sistema sanitario ha sido el principal redistribuidor de rentas por el lado del gasto, contribuyendo a reducir las desigualdades económicas de la población. Este sistema se ha convertido en una herramienta insustituible de cohesión social.
2. El objetivo del SNS es la salud de la población. La asistencia sanitaria es solo uno de los instrumentos para conseguirla. Otras políticas no sanitarias tienen también un papel fundamental: políticas de urbanismo, vivienda, medio ambiente, laborales, de rentas o de movilidad. El paradigma “salud en todas las políticas” (HiAP) reconoce este hecho y potencia las intervenciones no sanitarias y los programas interdepartamentales.
3. El Sistema Nacional de Salud ha sido tradicionalmente, y sigue siendo, el servicio público más valorado por los ciudadanos. No obstante, durante la última década ha estado fuertemente tensionado. En primer lugar, la anterior crisis económica (2008-2014), la llamada Gran Recesión, supuso una merma importante de recursos, de la cual no podemos decir que se haya recuperado totalmente. En segundo lugar, y tan importante como lo anterior, en épocas de crisis económica, la salud y las reformas sanitarias han tendido a quedar fuera de la agenda política, la cual se ha orientado prioritariamente a la recuperación económica.
4. Desde la Ley General de Sanidad y la reforma de la atención primaria, que se iniciaron durante el mandato de Ernest Lluch como ministro de Sanidad en los años 80, ha habido enormes cambios en el sistema, tanto por el lado de la oferta (capacitación y disponibilidad de profesionales, nuevas tecnologías y nuevos medicamentos, necesidad de priorización, gestión de las listas de espera), como por el lado de la demanda (expectativas de la población, evolución y cambios en

la morbilidad con expansión de la cronicidad, nuevas necesidades de atención relacionadas con problemas de salud tradicionalmente poco atendidos, longevidad y cambio generacional, fragilidad, atención sociosanitaria, etc.).

5. La actividad evaluadora en el SNS debe contribuir a racionalizar el uso de recursos en favor de una mayor eficiencia. Esta evaluación debe ampliar su ámbito, con urgencia y visión de conjunto, a las políticas y prestaciones sanitarias que incluyen como *inputs* innovaciones farmacéuticas, tecnología médica y programas de salud.

Asimismo, debe basarse más en la medida de los *outputs* que realmente compramos con el presupuesto público; eso es, mejoras en los resultados en salud (no solo de los resultados clínicos sino también de los relevantes para el paciente), ya sea *ex ante* y en la práctica clínica real. Esta medida no debe centrarse tanto en el precio del bien o servicio que evaluamos como en el precio que pagamos por las mejoras en salud que obtenemos, pues se trata de saber si valen lo que cuestan.

6. La sanidad ha vivido la crisis covid-19 con enormes y rápidos cambios organizativos a nivel meso y micro, con tensiones internas y externas y con una inyección de recursos extraordinarios importante. Sin embargo, en el futuro tenemos por delante retos enormes: (1) la financiación, (2) los retos organizativos a nivel meso y macro, (3) la gestión de los recursos humanos donde se necesitan importantes cambios normativos para que los profesionales sanitarios (un colectivo muy heterogéneo y principal activo del sistema de salud) se sientan a gusto trabajando en la organización, (4) resolver elementos de cobertura y acceso a fin de enmendar la tendencia hacia la dualización del sistema, (5) poner la atención primaria en el centro y preparar cambios factibles en ese nivel asistencial, en la línea de mayor autonomía profesional y capacidad de gestión, (6) abordar la importancia y la agencialización de la salud pública, (7) los retos tecnológicos (digitalización), teniendo en cuenta los aspectos éticos en el uso de datos sanitarios sensibles, y (8) preservar sobre todo la equidad, que algunas fuerzas de mercado muy potentes ponen en riesgo, y la digitalización no inclusiva.

Además, debemos encarar la satisfacción de la población y de los pacientes (que muchas veces se expresan alejándose de los servicios públicos), poner el foco en una perspectiva de demanda y asegurar efectivamente la universalidad.

7. La digitalización de la sanidad plantea importantes retos específicos. Necesitamos lograr un sistema de información integrado a partir de bases de datos –hoy fragmentados y no interoperables, aportados por las comunidades autóno-

- mas– y conectado con Europa, que permita mejorar la atención sanitaria a los pacientes y el avance del conocimiento gracias a la investigación con datos en la vida real (RWE).
8. El sistema de salud no puede preservarse en base al sobreesfuerzo persistente de sus profesionales a todos los niveles.
  9. De igual forma, el sistema debe utilizar permanentemente factores de mejora, como la prevención sistemática (cada vez más atinada) o el aprendizaje de las experiencias exitosas de las diferentes comunidades autónomas.
  10. Hoy en día, hay consenso en el país de que el sistema sanitario público español necesita reformas para hacer frente a las necesidades y expectativas de la población en un horizonte 2030, si bien es evidente que los recursos públicos son finitos y que resulta poco conveniente mantener la falacia de “todo, para todos y gratis”. Sin embargo, el problema no siempre es la falta de recursos humanos y financieros, sino de instrumentos de gestión. Es el momento de plantear un nuevo contrato social para la sostenibilidad social y financiera del sistema de salud. Ese contrato social se concretaría en un gran acuerdo parlamentario, basado en un proceso participativo con los profesionales del sector, los sindicatos, la sociedad civil y los pacientes, que definiría un nuevo rumbo para el sistema de salud, con objetivos, recursos y plazos más amplios que los del ciclo electoral.

Salvaguardar el sistema de salud preservando su genoma es un reto colectivo. El buen gobierno de la sanidad, una financiación adecuada, cobertura y acceso real a la asistencia sanitaria con la atención primaria en el centro, la evaluación de resultados en salud y de la eficiencia (costoefectividad) de las prestaciones, cómo incorporar la perspectiva del paciente, abordar retos organizativos a nivel meso y, en particular, la gestión de los recursos humanos, son temas esenciales para examinar en el contrato social.

Desde la Fundación Ernest Lluch y el Club de Roma, organizadores de este evento, invitamos a la reflexión y al diálogo crítico sobre estas preocupaciones, convencidos de que es la vía para la colaboración entre la sociedad civil, los profesionales sanitarios y los decisores políticos.

**Barcelona, 6 de noviembre de 2023**  
**Fundació Ernest Lluch – Club de Roma (Oficina Barcelona)**

Els “Diàlegs sobre sostenibilitat social, financera i gestió dels recursos humans del SNS” duts a terme el passat 6 de novembre de 2023 van comptar amb el suport de la Generalitat de Catalunya, la Diputació de Barcelona i l’Ajuntament de Barcelona.



Entitats col·laboradores



Amb el suport de



Edició: Ferriol Sòria Ortiz  
Coordinació: Ferriol Sòria Ortiz

© del text: els seus autors i Fundació Ernest Lluch, 2023  
© de la coberta: Lluç Galera, 2023

Primera edició: desembre de 2023

Dipòsit Legal: B 22457-2023

Imprès a Tecnoart