

LA SANITAT EN FONT DE LA CRISI.

Associació Catalana per la Defensa de la Sanitat Pública.

Roger Bernat Landoni, Metge.

Intentarem demostrar que per eficiència i equitat la Sanitat Pública ha de ser gestionada bàsicament per la administració pública i no *concertada-subcontractada* a entitats privades o entitats que no siguin de titularitat pública.

A títol de introducció direm que a Catalunya la situació des de la Ley de Sanitat del 1987 ha anat en el sentit contrari del esperit de la Llei General de Sanitat ja que per diferents conjuntures, en lloc de aprimar la gestió privada de la Sanitat aquesta ha anat creixent. Les formes han estat diverses i sense relació evident amb el partit polític governant.

Un moment políticament inquietant va ser quan entitats com a La Quinta de Salut la Aliança, van incloure en la XHUP. Concretament aquesta asseguradora compartia el interès de una asseguradora (per prestigiosa que fos la seva història a Catalunya) amb el interès sanitari públic. El dèficit d'inversió pública en sanitat ha anat creixent al temps que diferents formes de gestió privada interactiva amb la política de la forma més imaginativa.

A finals dels anys 80 el Banc Mundial i el Fons Monetari Internacional i a principis dels 90 la *Comisión Abril* van aconsellar mesures per introduir el model de mercat en un nou sistema nacional de sanitat on la separació del finançament de la provisió de Serveis al temps que es transformava el esperit de cooperació entre hospitals pel principi de competició: "per millorar la qualitat de la atenció sanitària i controlar la despesa". Com seguien aquest senyal, la dita llei del ICS i la de la Territorialització baixen els Serveis Sanitaris al nivell del "ruedo" mercantil. En efecte, el ICS passa a ser una entitat proveïdora més que, a la llum de la previsible legislació europea, haurà de competir en igualtat de condicions amb serveis Sanitaris ofertats per entitats de objectius comercials (mercantils, financers, especulatius) pròpies i estrangeres. La llei Territorialització, una renovació de anteriors intents de descentralització, també augmenta la oportunitat de intervenció comercial en la sanitat. Com es freqüent

tota innovació té repte i oportunitat, però lo que es innovació en un context pot ser la repetició d'un model ja experimentat a d'altres indrets. Teràpies amb mals resultats informats en d'altres països no cal experimentar-les aquí amb els nostres pacients. És el cas que a França respecte el Model Català de diversificació de la gestió Sanitària. Mes que mai quan la crisi econòmica ens aconsella ser molt curosos amb la inversió ens em de guardar de una actitud dogmàtica. El Model Francès, exemplar respecte a d'altres sistemes de atenció socio-sanitària estabilitzada (OMS 1992) ha degenerat des del 1998 a un dels últims llocs de la EU-15 en quan a eficiència i equitat. Lo que té de inspiració per als polítics catalans es la forma tan polièdrica que té el sistema de provisió de serveis i la llibertat de elecció. Des de el *medecin en ville* (medicina general) fins el trasplantament d'òrgans, els pacients son atesos bàsicament segons la seva elecció i dirigint-se a Centres de Titularitat Pública estatal, regional, local i Centres de Titularitat Privada (església, consorcis empresarials, clíniques privades, etc). Poc abans de la crisi financera model ja havia demostrat la seva ineficiència. El anàlisi de la situació actual del model francès ens porta demanar prudència extrema pel model català en un context on les virtuts de la promoció econòmica d'un sector financer ens pot dur a perdre el que defineix un Servei Nacional de Salut: la eficiència i la equitat.

Alguns errors que cal evitar vist lo que esta passant ara a França:

Barcelona a 21 de maig del 2009

1. Creixement indesitjable de la atenció hospitalària sobre la atenció primària
2. Llistes de espera desiguals segons estatus socioeconòmic i geogràfic sobre tot respecte a especialitats.
3. Proliferació de hospitals locals amb baixa capacitat continuïtat de atenció
4. Augment en despesa medicamentosa
5. Increment de la despesa
6. Augment de risc medicolegal i judicials
7. Àrees desmedicalitzades
8. Augment de la mala pràctica hospitalària.