



**Dossiers
del Tercer
Sector**

núm. 30
octubre de 2013

La cronicitat

Una reforma clau per al nostre sistema de protecció social

Subvenciona:



1. Si estàs al món social, la cronicitat t'interessa

Segons la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, "Les malalties cròniques afecten a més de la meitat de la població espanyola i ocasionen el 80% de la despesa sanitària". Segons el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya "les malalties cròniques seran la primera causa de discapacitat a Europa", els malalts crònics "ja són el 75% de la població adulta a Catalunya", i la malaltia crònica "suposa el 75% de la nostra mortalitat". D'aquestes magnituds se'n deriva ràpidament una conclusió evident, que sovint passa per alt: l'anomenada "reforma per a la cronicitat" no és en absolut una qüestió tècnica reservada per a especialistes, per "optimitzar" amb les últimes novetats el nostre sistema sanitari. Estem parlant de la reforma del nucli del sistema. Els especialistes són necessaris, per suposat. De fet, com s'exposarà tot seguit, en calen molts, d'especialistes, i no tan sols els sanitaris o mèdics, com hom podria pensar. Com veurem, això va de multidisciplinarietat i de visió global, entre altres coses. Això ens interessa a tots, i ho hem de decidir entre tots, per què quan parlem de "reforma de la cronicitat", de noves orientacions i estratègies per abordar els problemes de salut crònics de la població, estem parlant de transformar profundament el nucli de com a mínim dos pilars del nostre sistema de protecció social: el sistema sanitari i el d'atenció a la dependència.

Un gran economista català, el Professor Jacint Ros Hombravella, escrivia ja fa molts anys que un dels problemes que tenim els economistes per fer-nos entendre és que la gent, a partir de la tercera xifra, desconnecta. De xifres que il·lustren el fenomen de l'envelliment de les nostres societats (i de l'anomenat sobreenvelliment, del que a Catalunya som un "líder" a Europa¹) i les seves conseqüències sobre la prevalença de malalties cròniques o les finances públiques n'hi ha un munt. En aquest escrit se n'utilitzaran molt poques, de xifres, les necessàries per situar el problema. No cal, és quelcom intuïtiu. Retinguem tan sols que les referides a la cronicitat quasi sempre són xifres que criden l'atenció, que ens interpel·len, en el sentit de què sobta molt que davant d'evidències tan aclaparadores, transcendents, s'hagi avançat tan poc a hores d'ara en orientar el sistema a les necessitats que genera la cronicitat. La resposta no és tècnica. No la tenen (tota, o només) els especialistes. La resposta és essencialment social i política. Els interessos creats. Alguns de corporatius i d'altres no. La inèrcia, que pesa tant. La por al canvi. Els costos immediats de transitar d'un sistema a un altre, de la reconversió necessària. La burocràcia, que al món sanitari ha augmentat fins arribar al paroxisme. Res nou, en el fons, són fenòmens coneguts; deu passar en altres àmbits, també, com ara el de la preservació del medi ambient. Sobre aquest tipus de problemes teoritzava un altre gran economista, aquest suec, Assar Lindbeck: es fa difícil des dels poders públics ser valent i enfrontar-se a poders concrets i molt sòlidament establerts, per aconseguir millores en favor d'una ciutadania dispersa i desinformada, que sovint desconeix que certs debats no són tan sols o principalment tècnics.

I tot i això, aquest canvi és necessari i urgent, tot seguit ho exposarem. Ara tan sols avançarem una conclusió important pel lector d'aquest Dossier: d'una veritable atenció integral i integrada al malalt crònic només en pot sortir una gran millora pel món social en general. És condició necessària d'una reforma seriosa i factible. Per tot això, i més, com a ciutadà o ciutadana d'aquest país, aquest tema t'interessa. I si estàs al món social, encara més.

¹ El sobreenvelliment d'una població és el percentatge de persones majors de 65 anys que tenen més de 84 anys. A Catalunya és el 15%, la segona dada més elevada d'Europa, tan sols superada per França

2. Les malalties cròniques

Poques coses mostren millor el progrés d'una societat com la forma en què els seus membres moren. Recentment l'Organització Mundial de la Salut va actualitzar la llista de les deu principals causes de mort al món. La notícia mediàtica ha estat que la tuberculosi ha caigut de la llista, en favor de la diabetis. Són dades de 2011. Les malalties "no transmissibles" són responsables avui dia de dos de cada tres morts al món. Però això és enganyós. Aquesta dada és una mitjana de situacions ben diferents, quasi oposades: als països pobres, aquest 67% global de pes de la malaltia crònica en les causes de mort baixa al 36%, i als rics puja al 87%. A l'any 2009, hi havia al món uns 33 milions de persones vivint amb el VIH (ara ja són 35 milions). Dins d'aquest gran volum de persones s'hi troben per exemple una proporció molt important – esfereïdora – dels sud-africans (quasi un de cada cinc; pocs d'ells disposen de tractament, per cert), en contrast amb un 0,6% dels nord-americans, o un 0,2% dels britànics. Tenim un problema d'equitat enorme, al món, i que no es tractarà en aquest article, en el que ens centrarem en les nostres societats, especialment en la societat catalana.

Al món ric estem lliurant actualment una difícil batalla contra l'obesitat infantil: si la perdem, no és en absolut exagerat dir que una generació sencera quedarà condemnada a una vida amb malalties cròniques, que impactaran negativament en l'esperança de vida. Una altra possible pandèmia futura és la de les demències, en especial la del tipus Alzheimer, la més coneguda². Una malaltia quasi exclusiva de la gent gran. Aquests dos importants problemes sanitaris del món desenvolupat que acabem d'esmentar il·lustren a manera d'exemple una matisació que val la pena recordar en abordar qualsevol qüestió relacionada amb la cronicitat: hi ha una (gran) proporció de les prevalences de diverses malalties i condicions cròniques que són simplement el resultat d'un èxit, i una altra, en canvi, que revela un important problema social i sanitari del món desenvolupat (i ara també creixent en molts països en desenvolupament).

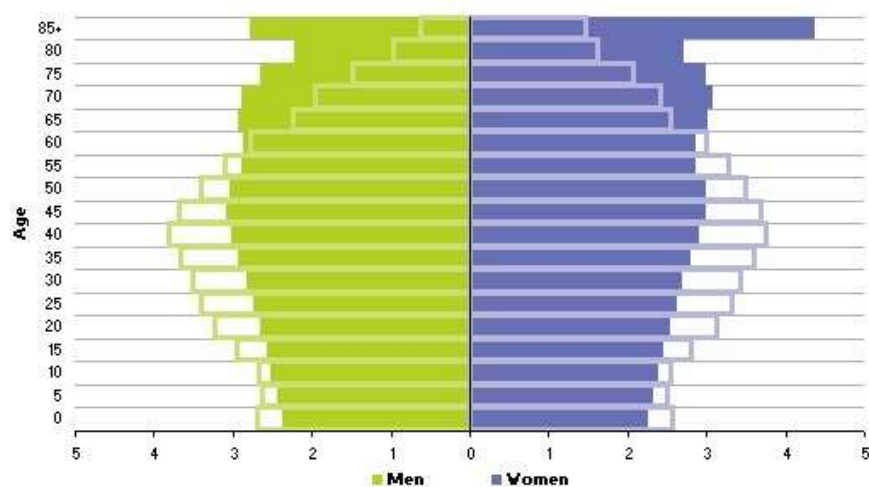
L'èxit fa referència al fet que tenim més malalties cròniques perquè vivim molts més anys que abans. Això no treu, evidentment, que seguim necessitant reformar el sistema per atendre les persones amb malalties cròniques bé i eficientment, però desdramatitza almenys el fet poblacional de la cronicitat. Estem gestionant una bona notícia, i ens n'hem de felicitar. A l'any 1900, l'esperança de vida en néixer era d'uns 35 anys. Ara és de 82, i pujant. Si fem números, el ritme mitjà és d'un guany de quasi un any més d'esperança de vida per cada dos anys naturals que passen. El descens en mortalitat infantil n'és una causa important. Actualment, el 84% de tots els morts a Espanya són persones grans (més de 65 anys), quan a principis del segle XX aquesta dada no arribava al 30%. El patró de mortalitat, a més, és dissimètric: els homes morim abans que les dones³. Els problemes crònics (i un tema importantíssim relacionat amb ells, la discapacitat) creixen lògicament amb l'edat, igual que la despesa sanitària: la despesa mitjana entre els majors de 65 anys és entre tres i quatre vegades superior a la dels adults més joves. A la Gran Bretanya, els més grans de 85 anys suposen una despesa sis vegades superior a la dels adults de 16 a 44 anys. Una mirada detallada a la despesa mèdica de tota una vida revela, a més, que una gran part de la mateixa es produeix un any abans de la mort, independentment de l'edat. De nou, aquesta realitat apunta a un altre gran èxit, que potser no gestionem encara prou bé: la ciència mèdica ha avançat moltíssim.

2 El risc de patir demències per sobre dels 85 anys és del 20% en els homes, i del 25% en les dones.

3 L'esperança de vida a Espanya pels homes és de 78,5 anys, i per a les dones de 84,6, quasi un 8% més.

L'ombra a contraposar a aquesta llum està ben il·lustrada, com dèiem, amb el problema de l'obesitat infantil. Aquest denota un cert fracàs social, que no té res a veure amb la millora en longevitat. De fet, la redueix, i és una important font generadora de malalties cròniques, com la diabetis, que esdevé una epidèmia a molts països desenvolupats. Segons un conegut expert, la prevalença de malaltia crònica "està augmentant sense descans en tots els grups d'edat"⁴. Els nostres hàbits pesen molt, en aquest fenomen. Al 2010, prop de la meitat de la població mundial vivia en ciutats. Al 2050, ho farà el 70%, la majoria en les denses metròpolis del món en desenvolupament. De mantenir-se l'actual sedentarisme i uns estils de vida poc saludables, aquests tindran impacte en la prevalença de malalties cròniques. Però no només: alguns experts ja apunten el risc de que aquest fenomen d'aglomeració massiva en barris probablement poc saludables de ciutats del món en desenvolupament, provoqui un rebrot en la incidència de les malalties transmissibles. El famós canvi climàtic, amb l'augment de les temperatures que comporta (un altre fet causat en gran mesura per l'home, com ens acaba de recordar l'IPCC de la ONU), pot jugar el seu paper, també, en aquest procés⁵.

I aquest augment dels problemes de salut crònics encara es veu enfortit quantitativament per un altre factor estrictament demogràfic: la caiguda en la natalitat, que sovint depèn de factors molt variats, compensada parcialment a casa nostra amb la immigració, ara de tornada a causa de la crisi econòmica⁶. Pensem, per exemple, en el conegut fenomen del baby boom. Aquesta generació, nascuda entre el 1946 i el 1964, ara té entre els 49 i els 67 anys d'edat, i els seus membres ja han començat o aviat començaran a tenir diverses malalties cròniques. L'IDESCAT preveu un creixement de les persones de més de 65 anys en més de mig milió del 2010 al 2020, i de quasi sis-centes mil fins a l'any 2030 (un 21,65% del total). Tot un repte assistencial, en definitiva. I també econòmic⁷. Es pot visualitzar gràficament a la següent taula:



(1) 2060 data are projections (EUROPOP2010 convergence scenario).

4 Andreu Segura, Gaceta Sanitaria, 2013; Set-Oct 27(5):473

5 S'allarga el cicle reproductiu dels mosquits, per exemple. Charlotte Howard, "Megachange: The world in 2050", The Economist.

6 Caldrà seguir aquesta qüestió, ja que l'impacte de la crisi sobre el nostre jovent, fa que el fenomen de la immigració no només torni al seu punt de partida (retorn dels immigrants acollits en la darrera desena als seus llocs d'origen), si no que canvia el seu signe (ara són els nostres joves els qui marxen a fòra).

7 La taxa de dependència a Europa passarà del 63% (3 actius per 2 passius) al 93% (1/1) en l'any 2060.

La reforma de la cronicitat, o per a la cronicitat

L'anomenada popularment "reforma de la cronicitat" és el reconeixement d'una obvietat de grans dimensions que durant molts anys d'alguna manera ens hem posat d'acord quasi tots en ignorar: que el nostre sistema sanitari ja no atén adequadament – segons quasi totes les dimensions que poden caracteritzar aquest terme – a les necessitats actuals i futures de la població, que estan directament relacionades en la seva majoria amb les malalties cròniques.

La resposta de l'actual sistema sanitari a les necessitats del pacient crònic no és adequada, perquè l'actual model sanitari és reactiu, poc àgil i l'atenció està fragmentada. El model d'atenció se centra en atendre els episodis aguts dels pacients i destina pocs recursos a la prevenció de riscos i la promoció d'hàbits saludables. Els circuits no són àgils, no hi ha una bona coordinació a nivell vertical (atenció primària i especialitzada) ni horitzontal (equips sanitaris i socials) el que provoca una atenció poc cohesionada i no centrada en el conjunt de necessitats del pacient, tant sanitàries com socials.

L'anterior paràgraf és quasi una transcripció literal del pròleg que introdueix el model conceptual del Programa de prevenció i atenció a la cronicitat (d'ara en endavant, PPAC), una bona iniciativa de la Generalitat de Catalunya, liderada pel Departament de Salut i desenvolupada conjuntament amb el Departament de Benestar Social i Família, que ha aixecat unes enormes expectatives, il·lusionants, fins i tot, i que cal ara no defraudar. Enormes expectatives dins el món sanitari, que mai ha tingut problemes de manca d'idees i de propostes de millora, i que en canvi massa vegades pateix una endèmica i digna d'estudi dificultat per posar-les en pràctica⁸. Segurament, la magnitud de la crisi econòmica que estem vivint ha acabat de persuadir a la gent que "ara sí que cal fer alguna cosa important", i espera que el Programa (el PPAC), que en general veu amb bons ulls, s'apliqui. I també ha generat grans expectatives en aquelles persones dins el món social que comencen a conèixer la iniciativa, encara massa poques.

Pràcticament tots els termes que es poden llegir en aquell paràgraf són intuïtius, i tothom els entenem raonablement bé sense que ens calguin excessives explicacions addicionals. Recomanem, no obstant, aturar-se una mica i reflexionar sobre els problemes de l'actual sistema que s'hi esmenten (una atenció massa "reactiva" a les crisis agudes de problemes de base coneguts o que caldria conèixer i seguir millor, per contraposició a una atenció "activa, o proactiva"; una manca de prevenció i promoció d'hàbits saludables; una visió "fragmentada" del pacient – per especialitats, o inclús subespecialitats, sense una visió prou global de la persona i el seu entorn –; una manca de coordinació entre els hospitals i la primària o els recursos sociosanitaris, o una enorme manca de coordinació entre el món sanitari i social). Haver pensat amb calma sobre aquests problemes és molt útil per després copsar millor la veritable transcendència dels termes utilitzats en descriure allò que ha de caracteritzar el nou model, i que ja constitueixen el "vocabulari de la cronicitat"⁹: es tracta de paraules o expressions com: model "proactiu", atenció "integral i integrada", garantia del "contínuum assistencial", "abordatge interdisciplinari", ressitució de la persona com a "centre del model" (que no ho era prou, potser?, doncs sembla que no), "gestió del cas", etc.

Estem davant d'un canvi de cultura, que ha d'afectar als professionals i gestors sanitaris,

⁸ A Catalunya, no obstant, tenim una llarga tradició en la implementació de diverses "proves pilot", que sovint després es perllonguen sine die, sense que s'adoptin mai les mesures que de la seva valoració se n'haurien de derivar.

⁹ Un recent i magnífic "diccionari en línia" per conèixer amb propietat aquests termes el podeu trobar a: http://www.termcat.cat/ca/Diccionaris_En_Linia/160/Fitxes/

però també als del món social i a la societat en general. Un bon exemple de la filosofia global que fomenta la nova visió, potser el facilita el pla estratègic d'aplicació adoptat al Novembre del 2011 pel grup directiu de la "Cooperació per a la innovació europea en l'envelliment actiu i saludable"¹⁰, en el que es parla d'actuar i estimular la innovació entorn a tres pilars bàsics:

1. Prevenció, detecció i diagnòstic precoç
2. Assistència sanitària i cures a la dependència (integració de l'atenció sanitària i social)
3. Suport a l'envelliment actiu i la vida autònoma

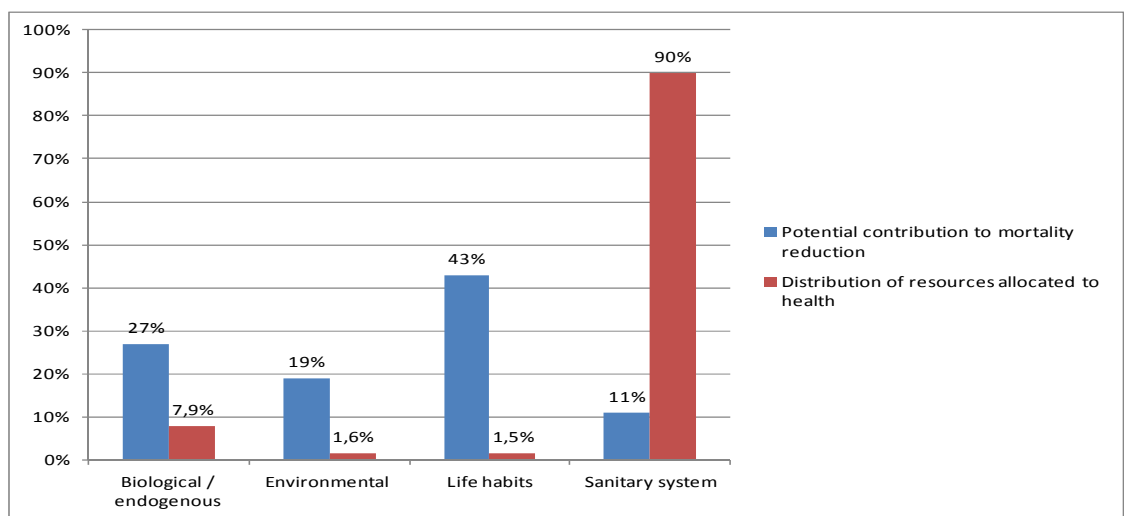
Prevenir i detectar precoçment, atendre amb visió global, considerant alhora els aspectes sanitaris, socials i ambientals, i apoderar a les persones en la seva autocura, cercant la seva màxima autonomia, mentre envelleixen. Quan es llegeix així, hom ja intueix que aquesta tasca no pot quedar circumscrita només al món sanitari (menys encara a l'hospitalari i especialitzat). Ni ha estat mai correcte carregar-li la responsabilitat en exclusiva, ni tenia la capacitat d'afrontar-la en solitari, almenys de manera eficient. Obrint cada any més quiròfans operarem més i millor (i així ho hem fet, i molt meritòriament), però ja es veu que el repte és un altre.

Seguidament es proporcionarà una visió resumida i en certa manera panoràmica dels aspectes més rellevants de la reforma per a la cronicitat, però abans farem una aturada prèvia, a manera de segona introducció, en la que formularem algunes reflexions sobre qüestions generals relacionades amb polítiques públiques, sanitàries i no sanitàries, que han d'ajudar a convèncer al lector sobre la bondat de dur a terme la reforma (ja hem dit abans que el problema no és tant de definició com d'acció). Perquè sovint passa que quan davant d'un canvi de paradigma (com és aquest) no es visualitzen suficientment – en una dimensió prou aprofundida volem dir – les raons principals que el justifiquen, després l'acció perill, quan sorgeixen els primers problemes pràctics; fàcilment, algun aspecte concret d'una mesura adoptada en línia amb aquell gran canvi, o els seus efectes, poden portar les persones a qüestionar-lo en la seva totalitat. La por, una de les emocions humanes més poderoses i amb major capacitat per bloquejar el raonament, és una potencial aliada per als contraris a la reforma – que n'hi han, i són poderosos -. I aquest possible problema pot tenir un pes rellevant en la reforma de la cronicitat, ja que al cap i a la fi estem tractant de com ens organitzem per protegir millor la nostra salut. No és tan senzill, per exemple, convèncer a un ciutadà que acudeix a les urgències d'un hospital de tercer nivell, altament equipat, que el seu problema no serà tractat allà, perquè aquest recurs no s'adequa a la seva necessitat (de fet, pot ser fins i tot contraproduent per a la seva salut), i és molt més car del que està justificat. Com tampoc és fàcil explicar a una persona que el seu pare o la seva àvia hauria d'entrar en un programa d'atenció pal·liativa, perquè és la millor oferta assistencial per a ell/a, i això no li limita l'accés a l'atenció als problemes aguts que pugui requerir. Tan sols des d'un ferm convenciment de la bondat i la necessitat d'un canvi, quan aquest és molt important, s'acaba vençant la por a alguns dels seus efectes.

10 European Commission COM (2012) 83.2012. Informació disponible a:
http://ec.europa.eu/research/innovation-union/index_en.cfm?section=active-healthy-ageing

3. Protegir la salut també és una qüestió social: eficiència i opcions de política pública

El problema de l'obesitat infantil indicat anteriorment ens permet posar de relleu una evidència científica, coneguda des de fa molts anys (la taula que es mostra a continuació data dels anys setanta del passat segle) i llargament negligida. Ens és molt útil per explicar el perquè de la nova visió que hauríem d'adoptar (de recuperar, més aviat) en relació a la protecció de la salut en general, i envers les malalties cròniques en particular: la dels determinants socials, i el seu impacte en la nostra salut. Dediqueu uns minuts a analitzar detingudament la taula següent i el que signifiquen les dades que hi apareixen. La taula s'explica per si sola¹¹:



Hem comés alguns errors de pes que cal corregir, com han estat l'allunyament entre l'atenció sanitària i la salut pública, la desproporcionada prioritització de l'atenció especialitzada enfront d'altres opcions, com la primària o la comunitària, la pèrdua de la visió global de la salut de la persona (ara "fragmentada" en múltiples especialitats i inclús subespecialitats), o la flagrant desatenció de la malaltia mental, massa incòmoda pel sistema. Hem fet recerca, però no la suficient, especialment pel que fa a la bàsica, que és la que te més dificultats per trobar finançament privat estable. Hem descuidat la promoció de la salut i la prevenció de la malaltia, i ens hem centrat en potenciar l'enorme arsenal terapèutic especialitzat que, amb costos molt elevats i creixents, han protagonitzat tants titulars i generat tant status social (i diners) per a la medicina especialitzada, status que lògicament ara la majoria dels nous professionals volen aconseguir. Molts experts ja parlen, amb encert, de la necessitat de reformar els plans d'estudis de medicina. Parafraçant unes inspirades paraules d'una excel·lent metgessa de primària, que ha participat molt activament en dissenyar la implementació del Programa de prevenció i atenció a la cronicitat (PPAC): "ens hem perdut. Davant del binomi curar-cuidar, ens hem centrat en combatre l'enemic, la mort, com si la poguéssim batre, i pel camí ens hem oblidat de cuidar la vida¹²". Grans èxits televisius, com el de la popularíssima sèrie del Dr.

11 G. Dever, 1976. En blau, la contribució potencial a reduir la mortalitat de cada epígraf: la biologia / genètica, l'ambient / entorn, els hàbits de vida, i el sistema sanitari. En vermell, a on destinem realment els diners.

12 Un petit exemple, que considerem simptomàtic d'aquest desequilibri entre els objectius que s'haurien de cercar en atendre a les persones: malgrat que el dolor afecta a un 20% de la població

House, amb l'aberrant relació metge-pacient que en ella es propugna, o el de "Grey anatomy", i la seva delirant proposta de professionals-superherois que ho poden resoldre tot dins l'hospital, ajuden a il·lustrar (o a parodiar involuntàriament) algunes arestes del problema.

Els ciutadans, també, ens hem "confós", fins al punt que sovint en algunes especialitats mèdiques es fa evident com les persones tenim comportaments més propis de "consumidors de serveis sanitaris" que no pas de ciutadans que cuidem pel nostre estat de salut. I s'han produït fenòmens patològics al respecte, com el de les persones "preocupades", en comptes d'ocupades, per la seva salut, i que viuen innecessàriament atemorides, "consumint" prevenció i teràpies no indicades, o fins i tot algunes vegades incorrectament indicades. Irònicament, guanyem anys de vida, i ens espantem. En l'altre extrem, hem desdibuixat la responsabilitat individual amb la pròpia salut. S'ha confós el dret a l'atenció sanitària amb un suposat – i una mica quimèric – "dret a la salut" que semblaria que han de garantir els metges.

I, per a aquells que pensin que "aquest error no l'he comès, jo", encara els en queda un altre per evitar: hem acabat reduint al "dret a l'atenció sanitària" (inclús a una de concreta, molt especialitzada i centrada en grans hospitals) al que realment hauríem de desitjar, que és simplement que hi hagin les condicions (del tipus que més convingui) que facilitin la major quantitat i qualitat de vida i la millor salut possible per al major nombre de ciutadans, per decidir aleshores cadascú amb tota llibertat si vol conservar-la, o "gastar-la" conscient i controladament, mentre gaudeix del tabac, els pastissos de nata o la pràctica d'esports de risc.

La Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SemFYC) parla, literalment, de la necessitat de "desmedicalitzar la nostra societat, de potenciar la prevenció de la malaltia i la promoció de la salut". Parla de "col·laboració intersectorial", i recorda que "és necessari integrar l'enfocament de salut a totes les polítiques, ja que els determinants socials de la salut estan fóra de l'esfera d'influència del sector sanitari"¹³.

Arribats a aquest punt es fa necessari parlar, tan sols una mica, de números, de diners. Perquè no hi ha frase popular més incerta que aquella que diu que "la salut no té preu". Invertim un volum de recursos enorme, i que creix de manera clarament insostenible, en el nostre sistema sanitari (vora un 8% de la nostra producció anual total, en línia amb altres països europeus)¹⁴. El pressupost del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya a l'any 2012 va ser de 8.600 milions d'euros, l'equivalent al que tenien en aquell mateix any per fer front a les seves necessitats els Departaments d'Educació, de Benestar Social i Família, d'Interior, de Justícia i de Cultura, tots sumats¹⁵. Atès que en un futur immediat treballarem, en el millor dels casos, dins un entorn de congelació dels recursos econòmics disponibles, a ningú se li escaparà que si es volen operar canvis com els que les anteriors reflexions ja permeten intuir, la reassignació de recursos és del tot inevitable i necessària. I si això es vol fer seriosament, aquesta reassignació no pot ser cosmètica, si no de certa magnitud. D'aquí el gran pes polític de la qüestió, que no hem d'ignorar, si hem de cercar resultats reals, i no ens volem conformar només amb els discursos atractius (i potser alguna que altra prova pilot més).

Si redirigíssim despesa del Departament de Salut cap a l'àrea social, per exemple, per cada

europea, els plans d'estudis del 91% de les universitats europees no inclouen el dolor com a assignatura obligatòria, i un 78% no la inclou enlloc.

13 "Problemas de salud crónicos: nuevas orientaciones, nuevas estrategias", Documentos SemFYC.

14 Una magnífica reflexió sobre aquesta tendència insostenible del creixement de la despesa, finançada com a mínim des de l'any 2002 directament amb endeutament, la trobareu a "La sanitat a Catalunya en un escenari post crisi", a càrrec de l'economista Albert Roca, Informe ACES-PIMEC 2011, disponible en línia a: <http://www.aces.es/ca/documentacio/publicacions-aces>

15 Font: <http://transparencia.gencat.cat/>

1% de despesa sanitària reassignada, augmentaria el pressupost del Departament de Benestar Social i Família en quasi un 5%. Aquesta necessitat de moure recursos des de l'àmbit sanitari al social constitueix un dels grans consensos dels experts en cronicitat, que parlen en molts casos en termes de "pressupost conjunt". Un expert àmpliament reconegut a Catalunya, que coneix de molt a prop la situació actual, parla de la necessitat (urgent, i tan sols inicial) de reorientar aproximadament un 3% - 4% de l'actual pressupost sanitari, magnitud que suposaria una injecció immediata d'un 15% a un 20% de recursos addicionals per al món social. Aquesta necessitat, és molt important retenir-ho, això, es defensa amb arguments estrictament tècnics, basats en la millora de l'atenció quan s'assignen de manera conjunta a un territori els recursos per fer front a necessitats que són alhora sanitàries i socials. L'economia aquí és una derivada d'una reforma que impulsen els tècnics (els anomenats "clínic") per poder oferir una millor atenció a qui ho necessita. L'eficiència en l'ús dels recursos, de fet, no té ideologia, és una obligació moral que ha de respectar qualsevol qui gestiona recursos públics (i també privats, a menys que siguin els seus). La ideologia apareix, en tot cas, en la utilització que d'aquest terme econòmic en fa la gent, massa sovint malauradament per defensar interessos particulars.

Per expressar-ho amb total claredat, com si busquéssim tenir una "prova del cotó" per seguir de lluny si estem en efecte reformant el sistema, o no del tot: si transformem de veritat (suficientment) el nostre sistema sanitari, passant d'una visió orientada a la patologia i a l'atenció aguda cap a una visió centrada en el pacient i amb especial atenció a la cronicitat, prioritzant la salut pública, en un entorn com l'actual d'absència de recursos pressupostaris addicionals, necessàriament s'han de produir de forma visible dos fenòmens molt rellevants:

1. Una mirada de la despesa/inversió en les àrees de Salut i Social de manera conjunta. En paraules d'uns dels experts mundials en aquestes qüestions, el professor Chris Ham, Director Executiu de la prestigiosa King's Fund del Regne Unit: "One single budget for Health&Social care, in which Social care receives much more resources"¹⁶.
2. La producció de dos fluxos de recursos econòmics de gran envergadura: un de vertical, i un altre d'horitzontal. Econòmicament parlant, a més, aquests fluxos cal precipitar-los com abans millor, perquè se'n derivarien estalvis nets a mig termini.

El flux vertical de recursos seria el que aniria des de l'atenció especialitzada (els hospitals millor dotats) cap a l'atenció primària (sobretot), la salut pública i l'atenció sociosanitària. No és fàcil trobar dades a priori, sobre això, però un argument ens el facilitava un informe d'Antares Consulting, de setembre de 2010: a l'any 2008, a Espanya es van produir 1.638.000 estades inadequades a hospitals d'aguts, que amb criteri clínic haurien rebut una atenció millor i més econòmica a un recurs sociosanitari. A banda de la millora en l'atenció, i atesa l'enorme diferència de cost entre una estada en un hospital d'aguts i una estada en un sociosanitari (aproximadament d'1 a 5), els estalvis econòmics potencials, tot i que tècnicament difícils d'estimar amb precisió, són molt elevats (de molts centenars de milions d'euros a l'any, en l'escenari més pessimista). El mateix estudi també apuntava a un probable gruix d'uns 500 M € més de despesa inadequada, i per tant de potencial àrea de treball per obtenir alhora estalvis econòmics i millores en l'atenció, en l'excés de freqüentació de consultes externes.

El flux horitzontal de recursos seria el que aniria (reduït planerament, per què ens entenguem), des del Dep. de Salut cap al de Benestar Social, i també cap als poders locals (els diners anirien des de l'atenció especialitzada, la primària i la sociosanitària cap al sector residencial i de centres de dia en general). La salut mental, a cavall entre els dos àmbits, també hauria de ser receptora neta de recursos, atesa la desatenció secular que pateix.

16 "Un pressupost únic per l'atenció social i sanitària, en el què l'àrea social rep molts més recursos". <http://www.kingsfund.org.uk/> Conferència al Col·legi de Metges de Barcelona, el passat 10 de gener.

Quan es pensa en tot això, s'entén molt bé l'inevitable rerefons polític de la qüestió. No es tracta d'obrir ara un debat absurd, amb les constatacions que acabem de fer. Ja sabem que tenim una medicina de primeríssim nivell, en aquest país, i cap de les anteriors afirmacions ho posa pas en dubte. De fet, és possible que a certs excessos s'hagi arribat en part precisament per la gran confiança que els nostres hospitals i professionals ens inspiren. El que es proposa és transformar (és cert que no només "optimitzar") un sistema sanitari que probablement funcionava molt bé abans de produir-se el que ja s'ha anomenat la "transició epidemiològica" de les nostres societats, des de les malalties que es curen a les malalties cròniques. Quan hi havia encara un recorregut important d'anys de vida a guanyar per a les nostres societats. Ara, en canvi, és més eficient centrar-se, per exemple, en desenvolupar la (enormement desatesa) llei de la dependència, alhora que en combatre decididament la pobresa infantil¹⁷ i jove. I això requereix convertir l'àmbit social en una prioritat real, si es vol, també des de la visió sanitària.

Resumint, cal reequilibrar un sistema que està més centrat en la malaltia (tractament i rehabilitació) que en la salut (promoció de la salut i prevenció de la malaltia), anant a un enfocament més de salut comunitària, amb visió integral (multidimensional) de la persona, que posi al pacient, a l'individu (qui també ha de ser més responsable de si mateix), en el centre del sistema, i construir un sistema d'atenció integrat, és a dir: amb abordatge compartit entre els nivells assistencials sanitaris, com l'hospitalari i la primària, però també entre els nivells sanitari i social. Aquest últim també és un dels dèficits detectats que afecta molt, per exemple, als pacients crònics complexos. En paraules d'una responsable europea de salut: "Ja que l'evolució natural de la gent gran és, en general, cap a un deteriorament progressiu de la seva qualitat de vida, amb diferents patrons i graus de dependència, hem d'aconseguir una visió global i actuar de forma coordinada per oferir un major servei al ciutadà-pacient, i per tant estendre l'àmbit de la salut al sociosanitari i de suport a la dependència¹⁸". Hem de dissenyar patrons de col·laboració per tots els professionals participants de la gestió de l'atenció: metges, infermers, nutricionistes, farmacèutics, fisioterapeutes, psicòlegs, terapeutes ocupacionals, treballadors i educadors socials, treballadors comunitaris, professionals de la inserció, dinamitzadors de suports, etc.

I tot això, òbviament, ho hem de fer sense demagògies, és a dir, reconeixent que els recursos són escassos i tenen destins alternatius. No podem ignorar més que seguir invertint els diners com hem fet fins a la data no permet incrementar els recursos a l'atenció primària, o a l'àmbit social, perquè el recurs a l'increment del deute s'ha esgotat (afortunadament). Al·ludim de nou a un altre concepte econòmic, el del "cost d'oportunitat", un altre terme que tampoc és ideològic, i contra el que és absurd estar barallat. És imprescindible adoptar una visió conjunta de tots els recursos disponibles, i posar-los a disposició de la finalitat, mirant d'escollir millor.

17 Segons Càritas, a l'any 2011 la pobresa infantil a Espanya afectava a un vergonyós 26,7% dels nens.

18 Francisca García Lizana, Health and Well-being Unit, Directorate General for Communications Networks, Content and Technology, European Commission (UE), a Gaceta Sanitaria, 2013;27(5):450-462.

4. La gestió de la cronicitat

Hi ha dos fets en relació amb l'increment (més del doble) de la nostra esperança de vida en el darrer segle que cal tenir sempre presents, per què són d'aquelles coses que de tant evidents de vegades les oblidem.

El primer és que al llarg d'aquest segle els humans no hem doblat la durada de les nostres vides. Sempre hi ha hagut octogenaris, i fins i tot centenaris. El que ha passat és que ara moltíssimes persones – la majoria – arriben a aquestes edats, fins al punt que les causes de mort més freqüents fa un segle (les degudes a la pobresa, l'analfabetisme, la gana, el deficient subministrament i depuració de les aigües, les males condicions de les llars i els llocs de treball, i la carència d'atenció sanitària efectiva¹⁹) han quedat relegades a situacions més o menys aïllades, que afecten sobretot a col·lectius vulnerables. Almenys al món desenvolupat.

El segon fet és que no hem aconseguit una llarga vida amb una mort "curta": en el segle XXI és freqüent morir de vell, però després d'anys d'un lent i progressiu deteriorament, i gastant molts recursos sanitaris en els darrers mesos de vida.

Conseqüències importants d'aquests dos fets són, primer, que el pacient "tipus" ara ha canviat molt, i hem d'adaptar-hi la nostra oferta assistencial. I segon, que un concepte que fins fa poc estava quasi reservat per a especialistes, ara és de domini públic, ha adquirit un pes tan rellevant que quasi ha esdevingut el gran protagonista dels debats actuals sobre els nostres sistemes sanitaris: el del fenomen de la complexitat, dels pacients "complexos".

El diccionari de la cronicitat abans esmentat defineix "complexitat" com: "situació que reflecteix la dificultat de gestió d'un pacient i la necessitat d'aplicar-li plans individuals específics a causa de la presència o concurrència de malalties, de la seva manera d'utilitzar els serveis o del seu entorn". Els pacients en situació de complexitat són la principal preocupació dels actuals gestors sanitaris.

Amb les persones i l'ús dels recursos sanitaris, es compleix el popular "principi de Pareto", anomenat així en honor a un economista i sociòleg francès, nascut a finals del S.XIX, el qual teoritzava que les persones per quasi tot es dividien naturalment entre els "molts de poc" i els "pocs de molt", segons una regla empírica aproximada del 80% - 20%. En efecte, el 20% de la població gasta el 80% dels recursos sanitaris, aproximadament. Òbviament, tots els pacients crònics complexos i amb risc de complexitat estan a dins d'aquest 20%, perquè són els qui més despesa generen. Això fa que la idea "d'estratificar" (segmentar) les persones segons el seu risc de complexitat hagi esdevingut la proposta estrella de la reforma de la cronicitat. Cal detectar als "complexos", per atendre'ls diferent, que vol dir millor i alhora de manera més eficient econòmicament.

A Catalunya, l'esforç en estratificar i conèixer les dades amb precisió encara és incipient, tot i que l'equip del PPAC ja té estimacions, que es facilitaran al final d'aquest punt.

L'estratificació de la població per factors de risc

Una innovació proposada al PPAC, que va en la línia abans esmentada de la detecció precoç, rau en l'ús d'eines per identificar persones amb condicions cròniques que són o poden esdevenir complexes en el seu maneig. Una d'elles és l'anomenada "piràmide de risc de Kaiser

19 J. Gervás, "Sano y salvo", Ed. Los libros del lince (2013). De lectura recomanada.

Permanente", de la HMO²⁰ californiana del mateix nom. Aquesta piràmide, que s'ha fet molt famosa, ha inspirat directament el programa de reforma del govern basc. El model identifica tres nivells d'intervenció segons el grau de complexitat del pacient. Afegint-hi la població general, quedarien quatre segments o "estrats" de la població, amb necessitats específiques:

- Població general: Persones sanes amb o sense factors de risc, per als que bàsicament caldria reforçar les activitats preventives i de promoció de la salut.
- Pacients crònics (70% – 80% dels pacients): Persones que poden tenir 1 o 2 malalties cròniques; són pacients de baix risc, amb condicions encara incipients. Amb aquests pacients, el que cal és ajudar-los a gestionar millor la seva condició (suport a l'autogestió).
- Pacients d'alt risc (15%): Persones amb 3 o 4 malalties cròniques; són pacients de risc elevat, però encara sense haver arribat la màxima complexitat. S'ha de gestionar bé la malaltia, combinant l'autogestió amb ajuda professional coordinada.
- Pacients d'alta complexitat (3% – 5%): els pacients complexos, fràgils. Tenen 5 o més malalties cròniques, o menys, però alguna d'elles en estat avançat. Amb aquestes persones canvia l'enfocament, cap a una "gestió del cas", integral, i bàsicament professional. Menys de la meitat d'aquests pacients (un 1,4%), els anomenats malalts crònics avançats (MACA), són els "complexos dins els complexos", i tenen un pronòstic de vida limitat.

Veieu la taula següent (Piràmide de Kaiser "ampliada" amb la població general, o sana):



Expressat segons la visió d'un metge expert, crític (moderat) de la moda que hi ha actualment sobre aquest model: "Estratificar" consisteix bàsicament en segmentar els pacients crònics que tens al teu càrrec en funció de l'ús que fan dels serveis assistencials i el seu cost. De forma que identifiquis diferents nivells de necessitats, i poses en marxa diferents nivells d'intervencions en cada grup amb la finalitat principal de millorar el maneig de les seves malalties cròniques i evitar els ingressos hospitalaris i/o les demandes d'urgències²¹". Hi ha

20 HMO, Health Maintenance Organization, són organitzacions privades que proveeixen de manera col·lectiva serveis mèdics finançats amb assegurança privat. Estan molt esteses als EUA.

21 Javier Segura del Pozo, <http://saludpublicayotrasdudas.wordpress.com/2013/04/27/la-estratificacion-de-la-atencion-a-pacientes-cronicos-y-sus-determinantes-sociales/>.

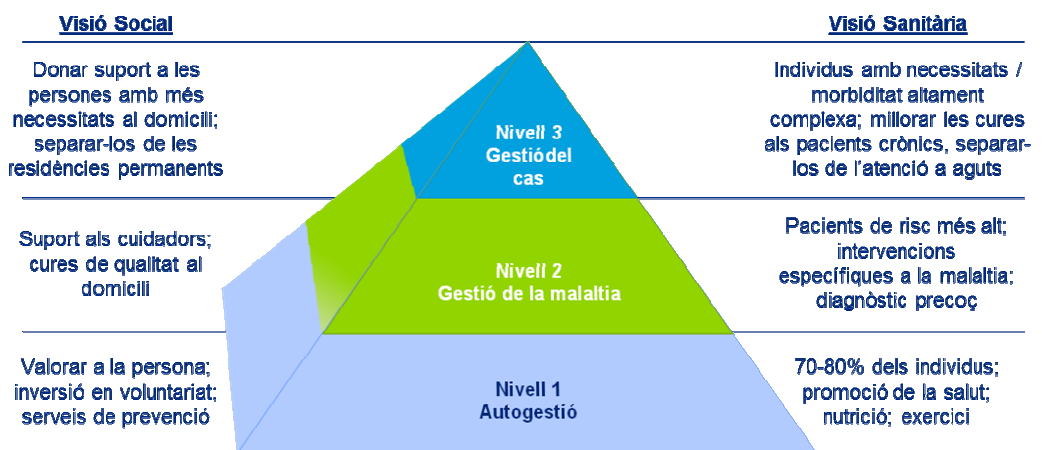
consens, però, que aquesta és una eina de gestió de molta utilitat. Entre altres coses, facilita el retorn a la visió més centrada en el pacient, en la persona, més que en la malaltia.

L'estratificació conté a més la interessant idea implícita d'incorporar un element "proactiu" en la gestió del pacient a càrrec: un metge de primària, que té assignat un grup de persones per zona, té l'incentiu a vetllar activament per qualsevol pacient que per la seva condició ho requereixi, acudeixi aquest o no a la seva consulta. Aquesta eina, finalment, també facilita la coordinació social-sanitària. Tot això hauria de redundar, idealment i si es fa bé, en una millora del maneig del pacient (i en una certa millora de la seva qualitat de vida, en evitar o reduir per exemple el nombre de "crisis", que sovint són predibles), i eventualment en una menor utilització de recursos sanitaris, especialment pel que fa als ingressos hospitalaris i urgències.

Una de les crítiques més encertades que hem trobat a aquest model suggereix no tant que la idea no és bona (és molt bona), si no que té una certa parcialitat, i per tant insuficiència: com s'incorporen en aquest model d'estratificació de riscos les variables socials? El nivell socioeconòmic, o les condicions socials i ambientals? Pensem per exemple en una persona de baix risc però amb una patologia psiquiàtrica de base, una addicció, o simplement un entorn familiar fortament desestructurat.

Aquest problema, en realitat, apunta segons la nostra opinió a un altre que és de fons: una de les necessitats més urgents en l'avenç de l'actual configuració de la reforma de la cronicitat és que s'hi incorpori immediata i decididament el món social, amb tot el seu cabdal de coneixement, a participar en definir-la. El lideratge de la reforma que està duent a terme l'àmbit sanitari, abrumadorament majoritari (que evidentment es produeix amb la millor de les intencions, i gràcies a uns recursos dels que el món social no disposa), incorporarà a la llarga biaixos que restaran efectivitat a la mateixa. I seria injust fer dependre això tan sols de l'Administració: les entitats i els professionals de l'àmbit social han de conèixer més aquestes qüestions, i involucrar-s'hi activament per fer-hi les seves aportacions, que són moltes.

Un intent (parcial, insuficient, però lloable) d'incorporar la visió social a l'estratificació el constitueix una altra piràmide, la del King's Fund del Regne Unit, que veiem a la taula següent:



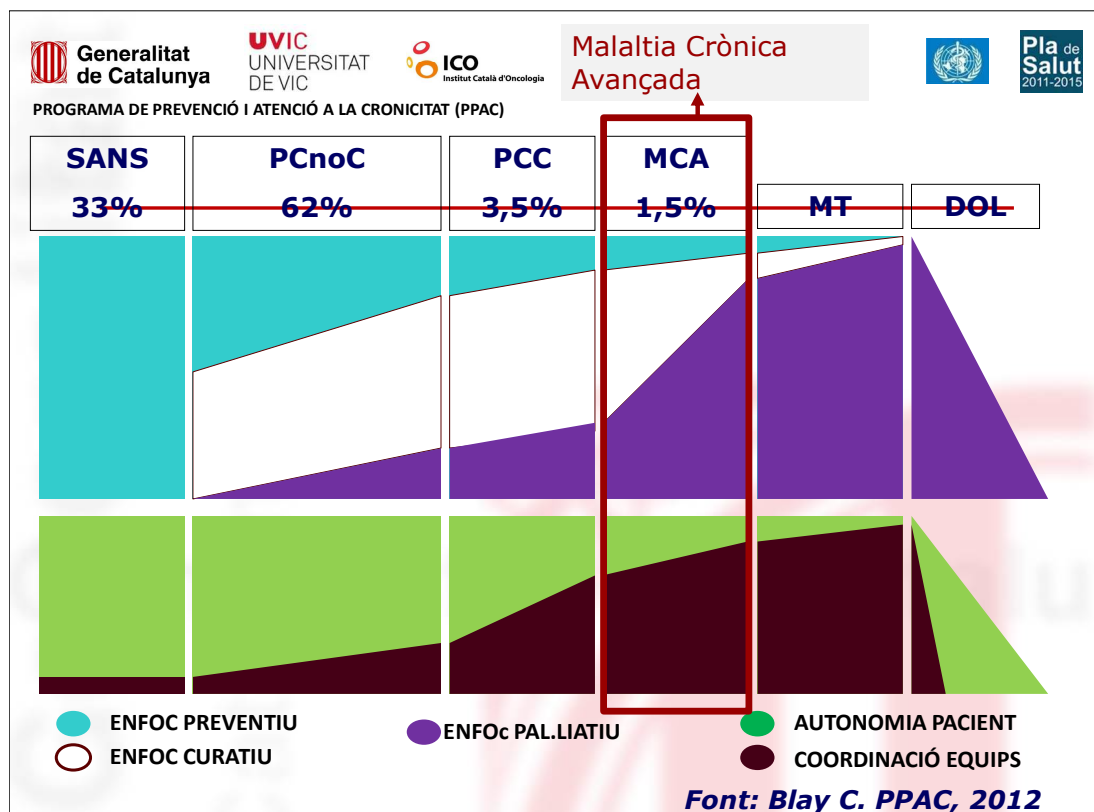
La piràmide del King's Fund és una adaptació del model de Kaiser, afegint-hi algunes necessitats socials. Com es pot veure a la taula, per exemple, en l'últim nivell (3, el de la complexitat), en el que cal gestionar el cas globalment, es proposa recolzar als individus amb

més necessitats a l'habitatge. Quan encara cal gestionar la malaltia (nivell 2, pacients de risc), l'èmfasi se situa en el suport als cuidadors i en una atenció domiciliària de qualitat.

En qualsevol cas, el recurs a l'estratificació, per centrar després els esforços en aquells pacients amb una predicció de major utilització dels recursos, com ara hospitalitzacions i urgències, disposa ja d'evidència científica positiva: es poden obtenir descensos en hospitalitzacions d'entre el 20% i el 48%, segons patologies. En asma, diabetis o insuficiència cardíaca congestiva, per exemple, els resultats poden ser molt positius. I ningú pot discutir que evitar haver d'entrar per les urgències d'un hospital i acabar ingressat, per molt que també estalviï diners, és per sobre de tot una gran millora pel pacient.

Altres eines, com la planificació individualitzada prèvia a una alta hospitalària, i el consell per part d'equips interdisciplinaris, per exemple (que no gasten costosa tecnologia, sinó matèria grisa, temps i informació), s'ha provat que garanteixen també estalvis substancials (en diners, i millores en qualitat de vida) en re-ingressos evitables, i en l'absència d'altres intervencions.

Per últim, veieu una magnífica figura explicativa, molt il·lustrativa, amb una aproximació poblacional sobre els estrats estimats a Catalunya (persones sanes, pacients crònics no complexos, pacients complexos i malalts avançats, malalt terminal, i dol), i una representació dels diversos suports que calen en cada estadi del cicle vital de les persones i famílies (figura confeccionada pel Dr. Carles Blay, membre destacat del PPAC)²².



22 Dades presentades a la compareixença del Dr. Albert Ledesma al Parlament de Catalunya (3/10/2013).

Pacient Expert

Dins de l'objectiu anteriorment esmentat de les reformes per a la cronicitat de l'apoderament de la persona i el suport a l'autogestió, s'han produït iniciatives molt interessants, com la de l'anomenat Pacient Expert, que al Regne Unit va tenir molt d'èxit arran d'una exitosa prova pilot realitzada als anys 2002 – 2004, i que posteriorment – allà si – es va estendre a partir de l'any 2005. El Programa consisteix en oferir cursos, classes presencials i online, amb l'objectiu d'ajudar a viure millor als ciutadans amb qualsevol tipus de malaltia crònica. Aquests cursos, de durada limitada en el temps, tractaven fonamentalment sobre el següents temes:

- Tractar el dolor i el cansament extrem
- Fer front als sentiments de depressió
- Tècniques de relaxació i exercici
- Alimentació saludable
- Comunicació amb familiars, amics i professionals
- Planificar per al futur

En aquest programa, els propis pacients, "experts" en la gestió de la seva malaltia, faciliten la formació als altres, la qual cosa genera dinàmiques enormement positives, i facilita la innovació, com sempre passa, en qualsevol àmbit de la vida humana, quan s'obre el camp d'actuació i es permet la iniciativa dels propis individus, amb plena llibertat. A Catalunya, des de l'any 2006 i a partir d'una bona iniciativa nascuda de l'ICS, disposem del Programa Pacient Expert Catalunya, que en els últims anys ha tingut un creixement important, estenent-se a tot el territori català, i amb la implicació de tots els proveïdors de salut del sistema. Les experiències internacionals, com la catalana, han constatat fefaentment que aquestes intervencions definides com "d'alta intensitat educativa orientades a l'autogestió" tendeixen a ser molt més eficients que l'alternativa tradicional, és a dir, les intervencions basades en l'educació "oportunist" en el moment de la interacció metge-pacient (a la consulta, a decisió del facultatiu, si convé i hi ha temps).

Gold Standards Framework (GSF)

Aquesta és una altra iniciativa sorgida al Regne Unit, que van desenvolupar metges de la primària, i es basa en identificar a aquells malalts avançats amb pronòstic de vida limitat (els MACA, aquí), per així facilitar a aquestes persones una atenció prioritària quan freqüenten el sistema. La pràctica està bastant estesa a la Gran Bretanya, amb resultats satisfactoris.

Un exemple molt prometedor d'identificació amb posterior atenció protocolitzada a Catalunya, basat en la filosofia del GSF, el constituïria el Projecte NECPAL, recentment engegat a 3 territoris de Catalunya. S'estima que es beneficiaria d'aquest programa aquell 1,4% de malalts avançats de la població catalana, els "complexos dins els complexos", i que amb un pronòstic de vida limitat ocupen el vèrtex de la piràmide d'estratificació.

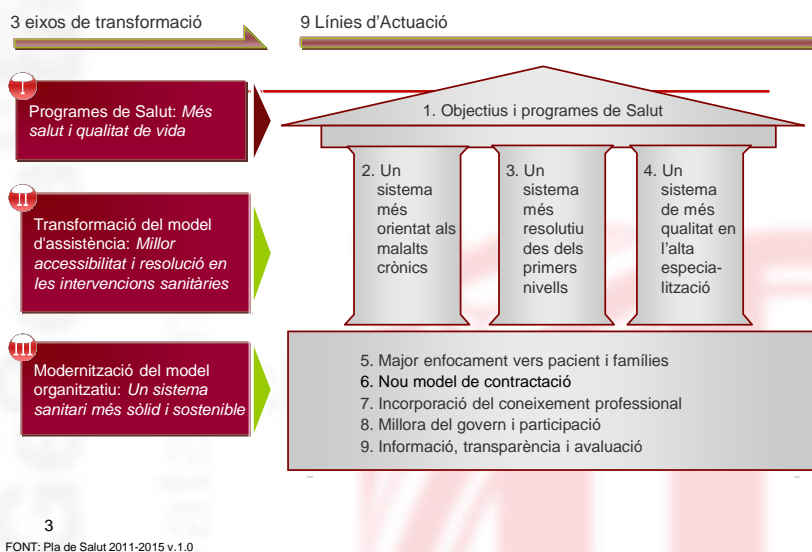
La coneguda targeta "Cuida'm", tot i que diferent, seria una altra iniciativa en aquesta línia d'identificar persones amb necessitats especials (sense que això signifiqui en absolut estigmatitzar), per facilitar-los després una millor atenció, prioritzada.

Amb iniciatives d'aquest tipus, el sistema guanya en eficiència, i, sense dubtes, en equitat.

5. L'estratègia de crònics a Catalunya: El Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat (PPAC) ²³

El pla de Salut de Catalunya 2011 – 2015 diu voler treballar sobre 3 "eixos de transformació" del sistema, a través de 9 línies d'actuació:

Pla de Salut de Catalunya com instrument de canvi



Com es pot comprovar a la figura, la línia 2 parla específicament de la reforma per a la cronicitat, malgrat que per aconseguir-la, en realitat, és necessari tenir èxit en dissenyar continguts i implementar-los en quasi totes les altres línies. Nosaltres ens centrarem aquí en descriure genèricament el PPAC.

Un bon programa de crònics, segons el Departament de Salut, es caracteritza perquè:

1. Té cobertura universal
2. Està centrat en la prevenció
3. Atorga prioritat a que els propis pacients i/o familiars autogestionin la seva salut
4. Atorga un paper clau a l'assistència primària
5. Estratifica la població segons necessitats i factors de risc
6. Prioritza l'atenció integrada
7. Utilitza les TIC
8. És coordinat eficaç i eficientment
9. Integra en el seu conjunt i de forma coherent les 8 característiques descrites²⁴

²³ Per un coneixement detallat del Programa, i el seu seguiment, consulteu:

<http://www20.gencat.cat/portal/site/salut/menuitem.36e8d120a1aac1ee5686da5bb0c0e1a0/?vgnnextoid=cf2a63c30a0cf210VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=cf2a63c30a0cf210VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>

²⁴ Segurament en el sentit que, atès que el resultat en eficiència és multifactorial i interdependent, incórrer en una incoherència important a una de les característiques afecta al conjunt d'elles (es podria dir que el resultat de la interacció dels factors és un "producte, i no una suma").

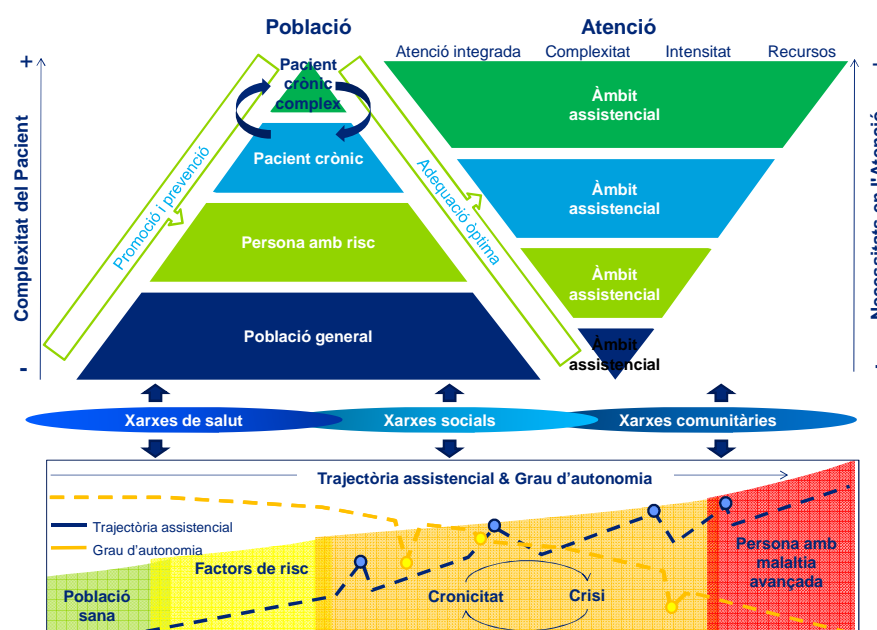
Fa més de 25 anys, el Govern català ja era conscient del canvi en l'entorn social i demogràfic, cap a una població més envellida i amb major prevalença de malalties cròniques. En el seu moment, el famós "Programa Vida als Anys" va ser pioner en l'abordatge global de les necessitats sanitàries, psicològiques, socials i relacionals del pacient, i constitueix encara avui un dels elements diferenciadors del sistema de salut català respecte del que podem trobar a la resta de l'estat espanyol. Anys més tard, iniciatives com els Plans Directors Sociosanitari i de Salut Mental anaven també en aquella direcció d'intentar respondre de manera integral a les necessitats dels pacients. El PPAC és hereu d'aquestes iniciatives, i d'altres similars.

El PPAC, però, segons la seva definició, cerca una solució global d'atenció a la cronicitat, i no només una reorganització de les estructures ja existents. Es reconeix que, malgrat les diverses iniciatives han estat positives, aquestes han estat sempre parcials i no globals, i això és el que cal resoldre ara. En aquest sentit el PPAC és més ambiciós que les iniciatives precedents, que en qualsevol cas són molt meritòries. Sense elles, de fet, aquest nou Programa no existiria.

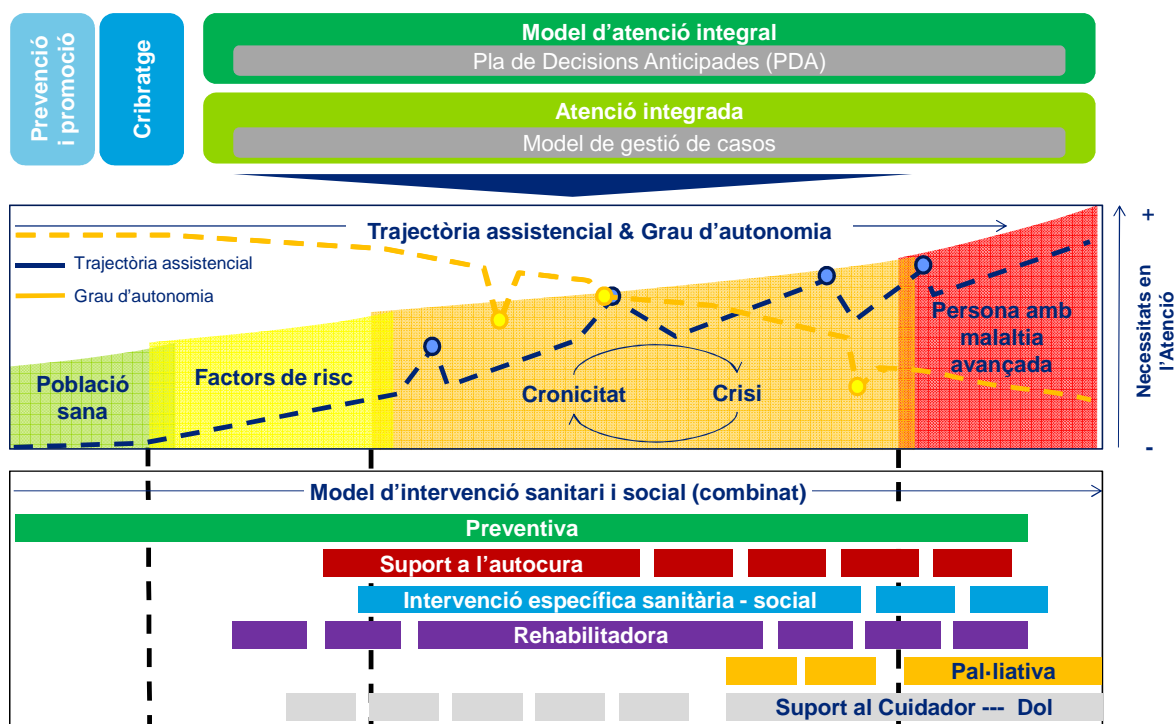
Els objectius del PPAC són els següents:

1. Millorar la qualitat de vida i satisfacció percebuda del pacient, la família i el cuidador
2. Educar i coresponsabilitzar al ciutadà en la gestió de la seva salut i de la cronicitat
3. Adequar els serveis per oferir una atenció integrada al pacient crònic
4. Adequar els recursos a les necessitats socials i sanitàries per tal de contribuir a la millora de l'eficiència del sistema
5. Garantir una atenció correcta en cada situació al llarg de la trajectòria vital del pacient
6. Adequar i millorar les competències dels professionals en la gestió de les malalties cròniques
7. Obtenir bons resultats en salut
8. Millorar les transicions pels diferents àmbits d'atenció del sistema sanitari i social
9. Disminuir o retardar la institucionalització del pacient, mantenint-lo a la comunitat
10. Evitar processos d'hospitalització innecessaris

L'esquema conceptual del PPAC es pot veure en la següent figura, que ja és famosa, perquè resumeix molt bé el canvi d'enfocament que proposa, basat en l'estratificació de la població i l'adequació dels nivells d'atenció, atenent a la previsible trajectòria vital de les persones:



Amb la següent figura, menys coneguda, però igualment il·lustrativa, es resumeix també la proposta de model assistencial plantejada pel Programa, en línia amb els anteriors comentaris:



Per últim, i recuperant la visió àmplia de la reforma, hi ha tres eixos estratègics transversals a totes les actuacions derivades del PPAC, amb un impacte potencial molt alt sobre el sistema:

1. La coordinació dels departaments de Salut i de Benestar Social i Família,
2. La reformulació del model de compra i pagament, i
3. La implicació de les TIC

El primer punt està abastament comentat, i tan sols deixarem un últim comentari pel final d'aquest document. El segon punt és potser l'element en qui més es fixen els gestors de recursos proveïdors de serveis assistencials (amb una barreja de curiositat, il·lusió, i pànic) i el que probablement generi més discussions polítiques (amb "p" minúscula) en els propers anys. Del tercer eix no s'ha parlat en aquest Dossier, per dos motius: la prioritat de centrar-se en allò que té a veure amb l'àmbit social, i la incompetència en la matèria de qui escriu aquestes reflexions. Però seria un greu error finalitzar aquest resum del que és la reforma de la cronicitat sense posar èmfasi en dos qüestions cabdals relacionades amb les TIC:

- Les TIC han de tenir un paper absolutament essencial i prioritari en la reforma del sistema, perquè ofereixen (potencialment) un fenomenal guany en eficiència a quasi totes les línies de treball, i al que seria incompreensible renunciar.
- Les TIC són una eina²⁵ que requereix un important esforç inversor, que cal fer com abans millor. Arribar tard és apostar per desplaçar en el temps

25 De vegades, però, cal advertir també als seus entusiastes que són tan sols, o prioritàriament, una eina.

l'obtenció dels rèdits de la reforma, que tothom situa en el mig termini. Fóra bo tenir molt present aquesta necessitat de destinar excepcionalment durant uns anys prou diners a la inversió en TIC. Qualsevol pressupost que no contempli això és un pressupost "per anar tirant", però no per implementar la reforma de manera decidida. I això en les circumstàncies actuals és un gran problema, perquè implica fer esforços encara més importants en la contenció de la despesa corrent. Hauríem d'haver fet més esforç en èpoques millors²⁶.

Quant al paper, de nou, de l'àmbit social en la reforma, tot seguit transcrivim un fragment del text corresponent al model conceptual del PPAC, que val la pena destacar:

"La participació del Departament de Benestar Social i Família esdevé clau per tal d'establir xarxes integrades de coordinació i col·laboració entre els serveis sanitaris i els serveis socials, especialment en els pacients on concorren cronicitat i dependència.

Els serveis socials permeten abordar aspectes com la situació socioeconòmica del ciutadà i el seu entorn familiar, així com les necessitats del cuidador. La implicació i coordinació amb aquests serveis permetrà abordar la cronicitat en la seva globalitat. Es per això que el PPAC ha d'anar un pas més enllà del Programa «Vida als anys» i aconseguir tenir una identitat pròpia que permeti abordar la cronicitat de manera homogènia i equitativa per part dels 2 Departaments de la Generalitat. És de vital importància que els professionals sanitaris i socials abordin el repte de la cronicitat sota una mateixa estratègia, conjunta, coordinada i integrada."

Queda prou clar que al món social això li afecta. En primera persona. I requerirà ajuda. Un simple exemple, en paraules del màxim responsable del PPAC, el Dr. Albert Ledesma: "El món social necessita ajuda per donar resposta conjunta en temps i intensitat adequades a PCC o MACA (Pacients Crònics Complexos, o Malalts Crònics Avançats, els pacients en situació de més complexitat) que reben l'alta hospitalària, perquè sovint aquest desequilibri en la resposta porta a descompensacions i reingressos". Sovint passa que la manca de recursos, organització o resposta a temps un cop un pacient ha rebut una alta hospitalària per retornar al seu entorn habitual, acaba generant una reincidència o agreujament dels problemes mèdics d'aquell individu. S'atenen deficientment les necessitats de la persona, i acaba de retruc generant més despesa sanitària, innecessària si s'haguessin articulats les respostes adequades en termes de coordinació entre els recursos socials i sanitaris (i suficiència dels mateixos, com és evident).

Tal i com la Taula del Tercer Sector va manifestar al Govern recentment: "La construcció d'escenaris de cooperació entre els àmbits social i sanitari és un repte necessari que redundarà en favor de tots els actors. És beneficiosa per a la ciutadania, les persones grans, les persones amb malalties cròniques o en situació de dependència (circumstàncies que concorren en la majoria de casos), que han de tenir l'oportunitat d'accedir a una atenció integral adaptada i centrada en les seves necessitats personals. És beneficiosa pel sistema sanitari, per assegurar-ne millor l'efectivitat i l'eficiència de les seves actuacions en termes de resultats poblacionals, sovint minvada per la manca de consideracions socials en els seus procediments, i per col·laborar en la cerca de la seva sostenibilitat econòmica, ara compromesa. I en tercer lloc, és beneficiosa per l'àmbit social, ja que quasi sempre la manca de cooperació i de coordinació entre els sistemes sanitari i social té com a conseqüència un problema d'equitat en l'accés als serveis, que pateixen els col·lectius més vulnerables de la societat".

26 Segons la Sociedad Española de Informática de la Salud, la despesa en TIC és un 1,25% del total, i ha disminuït fortament en els darrers anys. A Europa aquesta dada volta entre el 3% i el 6%.

6. Propostes concretes per fer realitat el canvi: un primer decàleg

Tot seguit es mostra un seguit de propostes d'acció concretes que creiem cal dur a terme a curt termini. No és una llista exhaustiva ni tancada, atès que la formulació completa i rigorosa d'aquest pla d'acció ha de ser en tot cas col·lectiva, i en qualsevol cas supera les capacitats de qui redacta aquest informe. Però sí que pretén recollir amb una certa globalitat el que creiem que caldria fer per aconseguir que la reforma engegui amb veritable força, i amb menys riscos de patir marxés enrere, dilacions (o dilucions), o qualsevol dels riscos habituals que qualsevol iniciativa de reforma important que afecta a interessos sòlidament establerts pot patir:

1) Dotar a la reforma d'un lideratge únic, social i sanitari, i amb poder real, que emani de les més altes instàncies del Govern, que atorgui més credibilitat a la voluntat reformadora. El Programa de prevenció i atenció a la cronicitat, i el nou Pla interdepartamental d'interacció social i sanitària²⁷, han de liderar la transformació proposada. Però calen canvis en la concepció d'aquest últim, i dotar-lo de més ambició i voluntat d'aplicació pràctica. Es necessita un lideratge únic, el poder d'actuació del qual emani de les més altes instàncies del Govern, probablement des de la pròpia Presidència. Només un model com aquest reconeix la complexitat política de la reforma, i garanteix per tant que el lideratge de la mateixa pugui superar les inevitables contradiccions i contraposicions d'interessos immediats (i legítimes) que sorgiran entre els diversos actors, especialment entre els dos Departaments de la Generalitat més directament involucrats en la reforma. Aquest canvi, a més, facilitaria molt més el treball amb el tercer àmbit (molt diferent) que ha d'estar involucrat en la reforma: el dels poders locals, els ajuntaments, consells comarcals, diputacions i consorcis.

2) Generalitzar l'ús de l'estratificació de la població per morbiditat, però també en base a determinants socials, com ara la dependència, discapacitat, nivell de renda, etc. Per fer això, cal desenvolupar més els nostres sistemes d'informació, i que els àmbits social i sanitari els comparteixin: hem d'arribar a gaudir d'una única història individual, social i sanitària. A més, hem de disposar d'un únic organisme que tracti aquestes dades i les posi a disposició de tots.

3) Distribuir els recursos (considerant aquella estratificació) atorgant-los a cada territori de forma global per prestar serveis socials i sanitaris. Per fer-ho, cal dotar-se d'una planificació unificada, d'un model de compra de serveis que contempli els objectius de forma compartida, i d'indicadors i avaluació de resultats feta des del sistema d'informació compartit.

4) Revisar i probablement normalitzar els criteris d'accés a les prestacions socials a tot el país, per tal de millorar-ne la seva eficiència, però també la seva equitat: un cop detectades les diferents necessitats de les poblacions del territori, que no estaran distribuïdes homogèniament, cal respondre-hi adequadament amb un accés flexible a les prestacions de servei i econòmiques del sistema de serveis socials, que els criteris d'atorgament de les quals permeti. Per fer-ho, caldrà també disposar de sistemes d'avaluació d'impacte i de resultats, que probablement hauria de confeccionar un ens extern al propi proveïdor o prestador del servei.

5) Modelitzar el servei assistencial únic, social i sanitari, per a les persones amb complexitat i dependència o insuficients recursos, i estendre'l en la seva aplicació.

²⁷ ACORD GOV/120/2013, de 3 de setembre, pel qual es crea el Pla interdepartamental d'interacció dels serveis sanitaris i socials. Una bona iniciativa mancada d'una formulació més ambiciosa, després de 2 anys de funcionament del PPAC, com la mateixa Taula del Tercer Sector Social ha posat de manifest.

6) Garantir que el servei ofert a les persones tindrà un accés únic, i una resposta única i simultània generada en base a les necessitats, factors contextualitzadors (quasi sempre de caire social), tot prioritant segons necessitat i grau de criticitat del cas. Un exemple d'això el proporcionava el propi Dr. Ledesma en la seva esmentada compareixença parlamentària del 3/10: una senyora gran que ha estat operada de fractura de maluc, necessita tenir a la seva disposició immediatament després de l'alta hospitalària, un suport domiciliari durant una temporada. És simplement una part més del "postoperatori", només que de caire social, cal entendre-ho, això. Manques de sincronia, llistes d'espera per accedir a aquesta prestació social, costos de gestió i tràmit, etc, tots aquests problemes habituals no poden produir-se, i s'han de reassignar els recursos que calguin per evitar-ho.

7) Promoure el treball conjunt social i sanitari en atenció primària, resolent les ineficiències, les dificultats d'accés i les barreres i resistències professionals entre col·lectius dels dos àmbits.

8) En els centres residencials per a persones grans cal garantir un model d'atenció, igual que en el domicili particular de les persones, proveït des de l'atenció primària de salut. Aplicat de forma progressiva, considerant situacions particulars i garantint l'atenció de qualitat i amb els resultats esperats a l'avaluació. Aquests centres han d'accedir als sistemes d'informació i a d'altres instruments comuns que faciliten l'atenció als residents.

9) Un cop coberta la necessitat anterior, calen reformes normatives que alliberin als centres residencials i als seus usuaris de l'obligació de fer-se càrrec del cost de l'atenció mèdica.

10) Reordenar la llarga estada sociosanitària, reservant per als centres de caire més sanitari els pacients que veritablement requereixin dispositius assistencials específicament sanitaris, i potenciar decididament (assignant-hi els recursos necessaris) els centres residencials per absorbir amb garanties gran part dels usuaris que ara configuren la llarga estada sociosanitària. Potser caldria fins i tot buscar un nom més apropiat per als centres sanitaris, que no doni lloc a confusió, com ara hospitals de crònics i de rehabilitació.

Per consolidar aquesta reforma, finalment, caldrà garantir també la seva estabilitat legislativa i competencial, per evitar així incerteses, indefinicions, aturades o alteracions que puguin afectar al desenvolupament d'aquesta estratègia.

Per últim, i introduint l'últim missatge que volem transmetre en aquest informe, al seu següent punt, transcrivim una encertada frase pronunciada fa uns mesos per un reconegut expert en l'anàlisi de sistemes de protecció social, l'economista Guillem López Casasnovas²⁸: "la major ineficiència és ser eficient en una activitat absurda". Coincidim amb ell que en aquests moments cal revisar molt més el "perquè" de certes activitats, més que no pas el "què", el "qui", o el "com" aquestes es fan. I és que ara ens falta debatre i posar-nos d'acord pel que fa als objectius, a les finalitats, més que no pas sobre els mitjans.

28 Conferència "Repensant l'Estat del Benestar", pronunciada el passat 7 de juny de 2013, al Monestir de Poblet (Tarragona).

7. Nota final: els fins de la medicina

Abans hem escrit que "és imprescindible adoptar una visió conjunta de tots els recursos disponibles, i posar-los a disposició de la finalitat". I podríem preguntar-nos: quina és la finalitat? Als anys noranta del segle passat, el prestigiós centre de recerca en bioètica The Hastings Center, de Nova York (EUA), va aplegar un equip d'estudiosos internacionals de fins a 14 països amb l'objectiu d'emprendre un ambiciós estudi sobre els fins de la medicina, que va durar quatre anys. Per tractar els temes, cada país va crear els seus propis grups de treball, composts per professionals de la medicina, la biologia, el dret, la filosofia, la teologia²⁹, la política sanitària, l'administració, la política general i la salut pública. "El progrés de la ciència mèdica i la biotecnologia i l'augment de les necessitats humanes, unit a la escassetat de recursos per satisfer-les havien produït un canvi radical que obligava a pensar de nou si entenem la medicina en els seus termes adequats"³⁰.

Com diu l'informe, de lectura molt recomanada, en la seva introducció: "La resposta més comú a aquests problemes ha estat de naturalesa essencialment tècnica o mecànica. Es perceben i aborden com si es tractés d'una crisi administrativa o organitzativa que reclama reformes en els mètodes de finançament i prestació, en canvis polítics i burocràtics i en més investigació i millors mecanismes per avaluar tecnologies mèdiques. El discurs reformista sol estar dominat per debats sobre el paper del mercat, la privatització, la existència o carència d'incentius, el control de la despesa i l'anàlisi cost-benefici i, la centralització-descentralització..." ... "Com a respostes al problema són comprensibles, i inclús valuoses, però resulten insuficients, doncs es centren principalment en els mitjans de la medicina i l'assistència sanitària, i no en els seus fins i objectius. Irònicament, el vigor del debat tècnic ha servit per emascarar la pobresa del debat sobre les metes i el rumb de la medicina". Preguntes com: "fins a on ha d'arribar la medicina a l'hora de perllongar una vida que s'apaga?", "és la medicina necessàriament enemiga de l'envelliment i la mort?" "què significarà per una persona conèixer des de la seva infantesa la seva predisposició a desenvolupar malalties cardíques d'aparició tardana, o Alzheimer?", "on és el territori legítim de la medicina i on és el límit de la medicalització?", són molt pertinents.

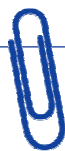
Com ens recorda la Victòria Camps:

"... perquè avui la ciència mèdica és més potent, cal plantejar-se seriosament la pregunta de si ha de fer tot el que tècnicament pot fer, si l'objectiu de recuperar la salut i evitar la mort no és ja massa simple o irreal. Ja que la condició humana és inseparable de la malaltia, el dolor, el patiment i, per fi, la mort, una pràctica mèdica adequada a aquesta condició ha de començar per acceptar la finitud humana i ensenyar o ajudar a viure en ella".

Si haguéssim de fer un resum molt sintètic, en una frase, d'aquella investigació, diríem que els objectius de la medicina haurien de ser prevenir, cuidar i curar. Podem dir que una bona reforma per a la cronicitat ajudaria a recuperar l'equilibri en entre aquests tres objectius.

29 A qui hagi sorprès aquest fet, val la pena recordar-li que recentment una enquesta ha posat de manifest que el 88% de les persones al món diuen tenir creences religioses, a l'any 1970 eren el 82%.

30 Victòria Camps, presentació de "Els fins de la medicina", Quaderns de la Fundació Víctor Grifols, nº11, 2004. Disponible en línia a: http://www.fundaciogrifols.org/portal/ca/2/7353/ctnt/dD10/_/5v/11-Els-fins-de-la-medicina-The-Goals-of-Medicine-.html



**Dossiers
del Tercer
Sector**

Autor: Lluís Viguera Espejo

Podeu trobar més dossiers a:
www.tercersector.cat
