

## INNOVACIÓ I POLÍTIQUES D'APRENTATGE EN EL SECTOR DE LA SALUT: CATALUNYA I EL REGNE UNIT A EUROPA

Londres, 17-18 de març de 2010

Julian Le Grand va analitzar les reformes impulsades durant els darrers anys dins del sistema sanitari britànic per assolir determinats objectius en termes d'eficàcia i flexibilitat, les dificultats que van sorgir i les lliçons apreses. Va il·lustrar la ponència amb exemples pràctics vinculats a la seva experiència durant l'etapa d'assessor polític de l'exprimer ministre britànic Tony Blair. El ponent va insistir en dos dels elements més significatius del sistema sanitari anglès anteriors a la reforma: les llargues llistes d'espera i la feble capacitat de l'Estat per imposar certs nivells de qualitat sanitària. Le Grand va explicar que actualment existeixen quatre tipus de relacions amb les institucions sanitàries: *trust*, on se suposa que tothom compleix amb les seves responsabilitats i la confiança és l'element principal entre l'Estat i les institucions sanitàries; *mistrust*, on es parteix del principi contrari del model anterior i es considera que sense objectius clarament fixats per l'Estat, les institucions sanitàries romandran ineficients; *voice*, en què es considera que la missió de l'Estat és limitar-se a respondre les demandes d'aquestes institucions, i finalment, *choice*, on es privilegia un sistema de competició entre les institucions sanitàries. En aquest sentit, el ponent va recordar com a la Gran Bretanya els models *mistrust* i *choice* van ser els que van impulsar la reforma laborista a partir de l'any 2000. Un dels elements que Le Grand va citar dins del model de *mistrust* és la pressió social, amb una política d'assenyalar i criticar públicament els hospitals que no assoleixen els objectius que s'han establert.

La ponència a càrrec de Guillem López Casasnovas va analitzar les principals característiques del sistema de salut català amb una radiografia dels nivells de descentralització i de la relació entre la despesa pública i la privada. En aquest sentit, López Casasnovas va mostrar com existeix una certa relació entre el grau de descentralització en l'àmbit sanitari i la valoració del servei que en fan els usuaris.

Igualment, va destacar l'existència de cert equilibri pressupostari en la sanitat a Catalunya, gràcies en gran part a una política de finançament mixta entre el capital privat i el públic que podria tenir el seu origen en el fet que la societat civil, en part, va substituir a l'Estat durant el període fundacional de la sanitat catalana.

En relació també amb aquesta comparativa, Catalunya és la segona comunitat autònoma pel que fa a assegurances privades de salut (10% més que la mitjana espanyola, del 14%), com també la segona comunitat quant a despesa mitjana per capita respecte a la contractació d'assegurances de salut privades (cada català gasta una mitjana de 110 euros mentre que a la resta de l'Estat la despesa és de 59,11).

El professor Casanovas va recordar les diferents particularitats de la descentralització del sistema sanitari espanyol. En aquest context, va nomenar algunes de les competències del Govern central, com ara l'establiment de la legislació bàsica i la coordinació general, part del finançament, la política farmacèutica (fins a la prescripció), la formació i la política internacional en aquest àmbit. Casanovas va enumerar també algunes de les competències dels governs autonòmics com ara la contribució a les finances de l'Estat central, la definició de l'estructura organitzativa i la planificació, l'acreditació, i la prestació dels serveis.

Per a Casanovas, la descentralització del sistema de salut espanyol (amb disset comunitats autònomes, cinc de les quals amb menys de dos milions d'habitants) presenta alguns beneficis, però també desavantatges. La part negativa és que totes les comunitats autònomes estan intentant comportar-se de manera autosuficient i a la vegada influenciar políticament en el sistema de salut estatal. D'altra banda, i com a tret positiu, la descentralització obre moltes possibilitats a l'hora d'innovar i trencar el monopoli del poder en aquest sector.

Les preguntes del públic van generar un debat sobre la importància de les diferències culturals a l'hora d'aconseguir implementar amb èxit reformes institucionals en l'àmbit sanitari. Així, una tradició menys intervencionista en aquest sector pot dificultar les reformes que tinguin com a objectiu desplegar o consolidar el model europeu d'estat del benestar.

\*\*\*\*\*

El director del Patronat Catalunya Món, Josep Manuel Barberà, i el director de l'Observatori Catalunya Món, Joan i Costa Font, van introduir les taules rodones de la segona sessió. Posteriorment, Alistair McGuire, director de Health Economics del Departament de Polítiques Socials de l'LSE va moderar les tres intervencions de la primera taula rodona Gestió dels sistemes descentralitzats de salut, que va tractar l'administració i la descentralització en els sistemes de salut del Regne Unit, els EUA i Catalunya. A la primera intervenció La gestió dels sistemes descentralitzats de la

2

salut a Catalunya i Anglaterra, el Dr. Scott Greer, de la Universitat de Michigan, va reflexionar sobre els elements que fan possible la reforma d'un sistema sanitari determinat: el finançament, la asimetria entre el centre i la perifèria i el nivell de descentralització d'un país determinat, i la legislació vigent.

El Dr. Greer va exposar algunes de les especificitats dels sistemes de salut descentralitzats, com ara el grau d'autonomia en l'organització dels serveis sanitaris i en la determinació d'algunes polítiques de salut pública (per exemple, fumar en els espais públics), una independència important, malgrat que limitada, a l'hora de determinar les prioritats de la despesa en les polítiques socials, les poques eines per redistribuir o incidir en les desigualtats socials (normalment, aquesta competència correspon al poder central), i, finalment la manca de capacitat per dur a terme una pressió política conjunta. Tenint en compte aquestes particularitats, el Dr. Greer va suggerir, com a conclusió, que en un sistema de salut descentralitzat les decisions es prenen sobre la base de dos eixos. El primer eix correspon a l'equilibri entre les solucions (el tipus de decisions que s'han de prendre per millorar un sistema de salut determinat) enfront la importància de prendre aquestes solucions respectant el principi de descentralització (el què el Dr. Greer va definir com la veu d'una determinada regió). El segon eix se centra en l'equilibri entre la noció de sistema de salut (concepte que fa referència als serveis que ofereix un determinat sistema sanitari i la seva eficiència) enfront la noció de salut pública (noció que es refereix als sistemes centrats en garantir el principi d'equitat).

La segona intervenció Objectius i sistemes de salut al Regne Unit va anar a càrrec de Gwyn Bevan, qui va analitzar els diferents problemes que el Govern britànic ha hagut de superar per reformar el sistema sanitari, quines estratègies ha prioritzat i quines són les lliçons per a Catalunya i el seu model d'administració. En aquest sentit, va demostrar com l'establiment d'uns objectius molt definits acompanyats d'una política consistent en senyalar i criticar públicament, ha resultat relativament efectiva per incrementar l'eficàcia i els estàndards del sistema britànic.

Finalment, el professor Joan Costa i Font va analitzar en l'exposició Traspàs de competències i funcionament del sistema sanitari: Catalunya a l'Espanya descentralitzada, diferents arguments teòrics i exemples pràctics que estructuraven la relació entre la descentralització i l'eficàcia a l'administració sanitària. Costa i Font va reflexionar sobre l'autosatisfacció del pacient o l'equitat sanitària per defensar que a més descentralització hi ha més capacitat d'adaptar les necessitats i més capacitat d'innovació. També va plantejar qüestions com ara en quina mesura la

descentralització incrementa les desigualtats entre territoris o fins a quin punt la descentralització comporta un increment de l'autosatisfacció com a usuari d'un determinat sistema de salut. El ponent defensa el traspàs de les competències per tal d'incrementar el coneixement local, permetre la flexibilitat a l'hora d'adaptar les polítiques a les necessitats i les peticions locals i satisfer les aspiracions d'autonomia política. Tanmateix, també va mostrar com les evidències sobre els efectes en la satisfacció relacionada amb la descentralització encara són limitades. En la mateixa línia que el Dr. Greer, el Dr. Costa i Font va emfatitzar la necessitat de tenir present la fórmula equitat enfront eficiència, i que cal considerar la descentralització com una estratègia política i de gestió per tal d'impulsar ambdós principis.

La segona taula rodona Incentius en les donacions i els trasplantaments es va centrar en un tema cabdal a Catalunya, ja que ostenta la primera posició en el rànquing mundial de trasplantament d'òrgans i és una de les regions europees on el nombre de donacions de sang és més elevat. La Dr. Rosa Deulofeu, directora de l'Organització Catalana de Trasplantaments (OCATT), va recordar, en la ponència El model català de trasplantaments i donacions d'òrgans les estratègies utilitzades a Catalunya i les raons de l'èxit català. En aquest sentit, la ponent va defensar que l'elevat índex de donació i de trasplantament té explicacions que van més enllà del principi jurídic del presumpte consentiment vigent a Catalunya (l'element legal que diferencia el sistema català del britànic). La Dr. Rosa Deulofeu va presentar un resum històric que va permetre analitzar la influència del sistema de trasplantaments català envers l'espanyol o l'europeu.

Finalment, en la segona i darrera exposició, Incentius en les donacions de sang a la Unió Europea, la professora Mireia Jofre Bonet va utilitzar els resultats d'un dels seus projectes més recents per establir una relació entre el fet de donar sang i el tipus de motivació/incentiu que pot haver-hi darrere (remuneració/no-remuneració, remuneració de tipus econòmic/d'un altre tipus, etc.). Les seves conclusions apuntaven al fet que una majoria dels donants considera necessari incentivar la pràctica de la donació, sense que sigui necessàriament recompensada amb una remuneració econòmica.