

“El Ministeri de Sanitat no vol estalviar, sinó centralitzar”

Francesc Sancho (Sant Carles de la Ràpita, Montsià, 1954) és secretari d'Estratègia, Coordinació i Salut Pública del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Analitza el decret del govern espanyol per a reduir el dèficit de sanitat i critica la mesura de privar de targeta sanitària els immigrants sense papers.

El govern espanyol ha aprovat un decret per a no donar targetes sanitàries als immigrants sense papers. Què farà el Departament de Salut?

—L'organisme que les dóna, que és el CatSalut, en continuarà donant. De fet, crida l'atenció que allò que fa el govern espanyol sigui traure a Salut aquesta competència de donar targetes per a donar-la al Sistema Nacional de la Seguridad Social, cos que ens fa pensar en unes altres èpoques. Ja fa trenta anys que això s'havia superat i havíem anat cap a un sistema de salut universal. Ara barregen coses molt diverses. Ells diuen que hi ha abusos del sistema sanitari i som el país europeu que dóna més facilitats, però jo entenc que es fiquen en un àmbit que no és de salut...

—La qüestió de la immigració?

—És una qüestió del Ministeri d'Interior. El PP no té prou valor per a dir les coses que deia i legislar com cal una cosa que afecta el Ministeri d'Interior. Per tant, carrega a Salut una cosa que no ens és pròpia. Però, de passada, aprofitant l'avinentesa i amb l'excusa dels immigrants, ens conculca drets a tots.

—Una competència que era de la Generalitat de Catalunya se l'apropia amb l'excusa dels immigrants?

—Exacte. Nosaltres diem que la

targeta sanitària la dóna el CatSalut i pensem que l'ha de continuar donant. Aquest és un model d'accés universal, que és un model d'èxit. Com que la decisió del govern espanyol va a l'arrel d'aquest model, nosaltres el defensarem amb totes les conseqüències. Si pensen que s'ha de regular l'empadronament dels immigrants de diferent manera, que ho diguin, però que no carreguin sobre el sistema de salut allò que és propi d'Interior. A partir d'aquí, ens hem de plantar. Això no es pot fer d'aquesta manera. Des del punt de vista del metge, no podem negar l'assistència sanitària a una persona que és aquí.

—Si el govern espanyol continua fent servir l'excusa que la targeta l'ha de donar la Seguretat Social, què fareu?

—Continuar com fins ara. Després veurem què passa jurídicament i legalment, però seria impensable que no donéssim assistència a la gent. És que ara tornarem a diferenciar aquell que ha cotitzat del que no ha cotitzat? I aquesta idea peregrina que les ONG s'hauran de fer càrrec de l'assistència sanitària? Escolteu! Hi ha algú que ja la fa, aquesta assistència: no envaiïu les nostres competències i no us cal buscar ONG. És evident que hem de donar assistència. A curt termini pot ser complicat, però a llarg termini



JORDI BLAY

hem de tornar a tenir els conceptes clars d'un model sanitari, o perillará el model sanitari català.

—Els immigrants sense papers són un problema per al sistema sanitari català?

—Contextualitzem-ho. Entre el 2003 i el 2010 el pressupost de Salut creix d'un 80%. Si mirem la despesa real, en aquest termini de temps, s'ha duplicat. Quin augment ha tingut l'activitat del sistema? D'un 29%. Per tant, aquesta duplicació de despesa, no pot ser per l'augment d'activitat, que és menor. I dins aquest augment d'activitat hi és tot: la població d'immigrants amb papers ha crescut d'1,5 milions; la piràmide demogràfica ha variat i ha augmentat el nombre de gent gran... Si ho anem



contextualitzant tot, d'aquest 29% els immigrants il·legals n'ocupen una mínima part. El problema no és aquest. El problema és a qui donem drets i a qui no en donem. Si el PP vol regular a través d'Interior qui entra i qui no, a qui dona papers i a qui no, és problema seu: que ho facin a través d'Interior i que tinguin el valor de dir-ho. Però si volen traslladar a Salut, de manera demagògica, un suposat estalvi, aquest estalvi no serà tant —per les xifres que he explicat— i no complirà la funció anunciada, a més a més de conculcar drets. No volen estalviar, sinó centralitzar.

—**La desatenció dels immigrants podria tenir conseqüències sobre el control de malalties, com la tuberculosi o la sida?**

—Qualsevol desatenció a un col·lectiu pot originar un rebrot d'algunes malalties. Quan tenim una bossa de gent no ben vacunada, pot haver-hi un rebrot del xarampió o de les galteres. Però compte: no criminalitzem els immigrants. El concepte de salut pública vol dir que la cura de la salut, en el cas de malalties transmissibles, ens afecta a tots i no a cadascun individualment. Un exemple: si no es vacunen els metges en el període de la grip, significa que el metge es converteix en un possible transmissor de la malaltia.

Tant si hi està implicat el col·lectiu d'immigrants com si no, si individualment no fem bé les coses en salut pública, això tindrà efectes sobre la salut dels altres. La salut és un as-

pecte personal, però també tenim un deure amb els del costat. Insisteixo que no afecta només els immigrants. Si conculquen els drets a algú i poses en perill la seva salut, el desplaça a la possible cadena de transmissió d'una malaltia. Per tant, ens afecta a tots col·lectivament. Evidentment.

—**El departament també fa les pròpies retallades, més enllà de les que el govern espanyol pretén que faci. Quines són les despeses que carreguen al sistema de salut?**

—Suposo que aquest departament no serà sospitós de ser contrari al decret del govern espanyol perquè ens oposem a les retallades. És al contrari: ens oposem al decret perquè no aconseguirà l'estalvi que volen i igualment conculca drets.

És evident que no podem gastar més d'allò que ingresem. Sóc dels que penso que necessitem més ingressos per a oferir un bon sistema de salut. Aquest decret no compleix cap de les funcions. Entenem que sí que s'han de fer retallades, però les fan perquè no s'atreveixen optimitzar recursos, racionalitzar les coses que es poden racionalitzar i assumir les impopularitats que s'han d'assumir.

—**De què parlem, concretament?**

—Nosaltres hem pres moltes decisions, des d'optimitzar recursos quant a la utilització de llits i quiròfans fins al capítol 1, els sous. Tothom —a Europa i tot— esperava que abaixessin els sous dels funcionaris espanyols. No s'hi atreveixen i després fan un decret que centralitza i no estalvia. Traslladen la pressió de l'estalvi, una altra vegada, al Departament de Salut de Catalunya. Per un cantó, ens prenen competències i, per un altre, ens exigeixen més estalvi. Endossen tota la pressió a les comunitats autònomes. Això els permet de dissimular la necessitat de reforma interna que necessita l'estat. És clar que hi ha duplicitats, en la sanitat! A partir del moment que el Ministeri de Sanitat transfereix les competències a Catalunya, el ministeri s'hauria d'haver apimat. Que l'eliminïn i hi deixin una secretaria i una interterritorial. Ens coordinariem més bé a través de la interterritorial, ens estalviariem diners i no es faria tanta política d'aquesta que fan.

—El Departament de Salut també ha fet retallades i ha pres mesures per a augmentar els ingressos. Com l'aplicarà, l'euro per recepta?

—A través de les farmàcies, i per recepta, un euro. Em sembla més fàcil d'aplicar aquesta que la del ministeri. Hi ha una cosa que ens preocupa. Dubtem que les mesures del ministeri que, en teoria, ens han d'equilibrar el pressupost d'enguany, es puguin aplicar abans de l'octubre o el novembre. Si les apliquem tan tard, no recaptem i no reduïm el dèficit que l'estat ens exigeix. Per tant, hem de mantenir les nostres mesures. Ja sabem que han causat algun efecte: algú s'ha hagut de desplaçar més lluny que no s'havia de desplaçar per a rebre un servei; i alguns altres han hagut d'esperar més per a tenir el servei i s'han allargat les llistes d'espera. Ja ho vam dir el primer dia. També vam dir que defensariem la qualitat del sistema i el sistema en si. La raó de fer reformes no és canviar el sistema sanitari català, sinó defensar-ne les característiques d'universalitat i de participació dels professionals i els usuaris en la governança. És un sistema que, en el curs de la història, la societat ha acabat bastint i dibuixant des de fundacions i associacions. Aquest sistema ens dona servei per 1.100 euros per cap, una xifra inferior a la mitjana espanyola i molt inferior a l'europea. Aquest és el sistema que volem defensar: un sistema de qualitat, que dona bons resultats a un preu raonable. I que no pot produir dèficit, perquè no tenim crèdit. No en tenim. Però la raó de les nostres accions és salvaguardar el sistema.

—Se sacrifica la gratuïtat en benefici de la universalitat?

—No. O som capaços d'aconseguir més eficàcia, més eficiència i diners addicionals o, evidentment, haurem d'injectar diners al sistema. Com? Parlem-ne. Des del punt de vista català, ho tinc clar: hi ha una part que correspon al pacte fiscal. Un país que perd el 9% del PIB, patirà per a donar tots els seus serveis. Diguem-ho clar: ciutadans de Catalunya, pagueu per un sistema sanitari més consolidat i amb menys tensió que no aquest que tenim. Sense el dèficit fiscal,



JORDI PLAY

continuariem tenint tensions —perquè hi són a tot Europa—, però no tantes. Amb un 9% del PIB podríem actuar d'una altra manera. Podem dibuixar un futur més bo que aquest que tenim ara.

—El Departament hauria pres les mateixes mesures si no hi hagués les mútues?

—L'activitat nostra ha baixat només del 2%. A les mútues no els ha pujat. Defensem això que tenim. Aquest sistema té una governança compartida entre professionals, associacions d'usuaris —caracteritzades per una intensa participació— i aquesta provisió, que s'ha fet a través de fundacions —perquè l'estat no hi era present— i que ens dona una flexibilitat que uns altres sistemes no tenen. És el sistema català de salut. Totes les parts del sistema són importants. És un model d'èxit. No criminalitzem una part i n'exaltem

“Sense el dèficit fiscal, continuariem tenint tensions —com a tot Europa—, però no tantes”

una altra. Compte a l'hora de moure els sistemes, perquè es poden moure en el sentit que no desitgem. També vull destacar una cosa: des d'aquí sabem que defensar totes les parts del sistema és defensar el sistema públic. He de competir des de la part pública amb qualsevol de les altres parts, i donar tanta qualitat com pugui a més bon preu. Això hem d'intentar.

—Heu parlat d'operacions prioritàries en les llistes d'espera. Quines seran?

—S'ha parlat d'un nou sistema de gestió de les llistes d'espera. Fins ara sempre hem parlat de quanta gent s'espera i mai de quant de temps s'esperen. Importa el temps. Per exemple, hem treballat perquè no hi hagi bosses de pacients —que ens hem trobat— que s'havien d'esperar dos anys o tres. Potser no teníem tanta gent que s'esperava, però si s'esperaven dos anys, en alguna cosa havíem fracassat. Per tant, mirem el temps d'espera i donem una garantia de sis mesos. Hem de mirar d'aconseguir que tothom sigui dins aquest temps, encara que no hi hagi tanta gent a les llistes d'espera. N'hi havia que s'esperaven tres anys, i això era injust.

En segon lloc, hem de mirar que aquest temps d'espera sigui el que sanitàriament és possible d'esperar.

—Quant de temps és?

—Hem esmentat més d'una vegada l'exemple de la vasectomia, perquè és evident: l'espera ens hi ha pujat de catorze dies; el fet que la vasectomia s'hagi endarrerit catorze dies no fa res si, en canvi, hem escurçat el temps d'espera d'una artroscòpia. La conseqüència per a la salut de l'endarreriment d'una vasectomia no és el mateix que per a una artroscòpia, en què el pacient pateix dolor i més molèsties.

A més, la prioritització dels quiròfans o l'activitat quirúrgica ha de seguir criteris clínics. Un exemple: dues persones entren a la llista d'espera en el mateix moment per un galindó. No és el mateix cas si l'un té dolor i l'altre no. Serà prioritari el tractament del que té dolor. És un criteri clínic.

Alex Milian