

Primeros debates sobre los sistemas de salud de pos pandemia en Italia ¿Se viene una revalorización de lo público y del territorio?

Dr Patricio Narodowski FaHCE- UNLP-UNAJ

Dr Rosario Sommella Univeritá L' Orientale, Napoli, Italia

En este pequeño ensayo se abordarán los debates que está generando respecto al sistema de salud en la Italia que podríamos concebir como de pos pandemia. El tema es importante porque se trata de un país fuertemente impactado por el Covid-19, con una larga tradición estatal y una participación privada mínima en comparación con otros sistemas, pero en el que hacía años se intentaban introducir ciertas reformas que incluían una mayor participación de otras formas de provisión, en el marco de la descentralización y un cierto ajuste fiscal. Lo haremos además en dos regiones, Lombardía y Veneto, inmersas en ese proceso, pero que han tenido dispares estrategias; y que además el virus dañó en modo diferente

Según el análisis que hicimos oportunamente (Medina y Narodowski, 2019) el sistema de salud italiano ha sido mencionado siempre como uno de los más universales de Europa por el hecho de que se propone brindar servicios similares a toda la población, también es uno de los países mejor ubicados respecto a la mortalidad y otros indicadores relativo al alcance de los tratamientos. El rol de la oferta pública y dentro de ella, de la atención primaria brindada por los médicos de familia suelen ser consideradas factores claves para esa universalidad.

Sin embargo, en el trabajo citado enumerábamos una serie de dificultades: entre ellas, la fuerte descentralización y una reforma muy heterogénea, por las diversas estrategias regionales, que hacía difícil sacar conclusiones generales- y el menor gasto per cápita respecto a otros países europeos. En algunas regiones del norte, especialmente la Lombardía se decía que las reformas del cuasi mercado con la incorporación de la provisión privada habían permitido hacer más eficiente y elevado la complejidad del modelo, también que habían sido realizadas caóticamente, generando denuncias de corrupción de todo tipo. En Véneto se había apuntado a que la mejora provenía de la modernización de la gestión micro y del vínculo con la comunidad; en el sur la reforma era lenta, subsistía el desfinanciamiento y la burocratización, etc.

En esta pretendida pos pandemia la discusión gira en torno justamente al modo en que impactó en el país y en ambas regiones el deterioro financiero de la oferta pública junto al aumento del rol del sector privado y la implementación de esas nuevas formas de territorialidad orientadas a generar competencia. Naturalmente el debate interesa en Argentina, porque atañe a un país descentralizado y con asimetrías sociales y regionales importantes, pero con promedios mucho menos extremos, justamente en las zonas donde más impactó el virus.

Los temas centrales del debate son los siguientes:

1) Descentralización

El sistema tiene que lidiar con la descentralización mencionada, con grandes asimetrías de todo tipo entre regiones y con escasa claridad respecto a las competencias entre niveles administrativos. Un problema central en esta pandemia es el de las fronteras entre regiones y el transporte inter jurisdiccional. Por eso el combate del virus requeriría tomar medidas nacionales, cosa que es difícil en este contexto normativo, por eso algunos han reprochado al gobierno central por las indecisiones del primer momento.

2) La cuestión financiera

Según los datos aportados por FQ (2020), coincidentes con los nuestros, Italia tiene un gasto per cápita de aproximadamente 3100 dólares. Más bajo que Francia, Países Bajos, Alemania, etc. De 2010 a 2019 el gasto estatal creció 0,9% contra el 1,07% de inflación según datos del Ministero della Economia e delle Finanze (2019). La misma fuente indica que Véneto y Lombardía la aumentaron igual que la inflación. Cartabellotta, Cottafava, Luceri, Mosti (2019) dicen que dada la presión que los costos de la salud ejercen, esto representa un deterioro.

La contraparte de ese proceso es el aumento del gasto de los hogares que según Re (2020) aumentó entre 2012 y 2018 un 14.1% contra el 4.5% del gasto público. Un 53% más alto al noroeste.

3) El aumento desmedido de la provisión privada

Mientras, el sector privado avanza especialmente a través del aumento de la derivación de pacientes a las clínicas, incluso un desarrollo mayor del seguro privado. A eso se suma un fenómeno de todo el país que marca Balducci (2020), la conversión del personal de trabajador asalariado a independiente.

En 2012 los datos de CERGAS-Bocconi (2013) el gasto en entes privados italianos y del Véneto rondaba el 20%, en Lombardía el 29%. Según un informe de la Federcontriuenti (2018) el 25% de las camas, el 59% de los ambulatorios y el 78% de los geriátricos termina ofrecido por la provisión privada acreditada. Giangrande (2020) dice que el porcentaje del gasto que va a los privados en Lombardía asciende al 40%. La región nunca lo negó e incluso valoraba la estrategia (Buendía I, 2016). En Véneto la elección ha sido similar, a favor del crecimiento de la oferta privada, pero los números son menos impactantes. El gobierno dice que ese dato no supera el 20% y se esforzaba ya en 2019 en valorar un esquema público eficiente (Pietrobelli, 2019). Braga (2020) de todos modos alerta sobre el caso de las residencias geriátricas

A priori el exceso de oferta privada (no la oferta privada en sí misma), tanto en los modelos de tercero pagador como de rectoría estatal directa tiene sus problemas, entre ellos, podemos mencionar la falta de capacidad de prevención del sistema, la tendencia a los sobrepagos y las dificultades para el control.

Una investigación de Funicelli (2020) muestra ejemplos de diversos hospitales de varias regiones y especialmente de la Lombardía, que reciben millones de euros, pero no hacen el balance, no hay rendición de cuentas, hay escasos controles. Se mencionan los ahorros de personal en el estado y el aumento en los privados. Da un ejemplo que nos interesa: el grupo privado más importante, Humanitas, propiedad de los hermanos Rocca de Techint ha sido puesto en la mira por el escaso personal, trabajo en negro, guardias con médicos novatos, etc.

En la emergencia, se habló de transformar las salas de operaciones en salas de terapia intensiva, las privadas según Funicelli (2020) no lo hicieron probablemente porque el contrato con la región no lo prevé. Sin embargo, The Bridge Foundation (2020) dice que las estructuras privadas lo hicieron. Todo un tema.

La misma investigación plantea que como en Véneto la mayoría de los pacientes son cubiertos por hospitales públicos, la gestión de las camas fue más fácil, especialmente en el inicio.

Ya hemos hablado en Narodowski y Medina (2019a) del modelo al que fueron muchos países o niveles subnacionales, como Lombardía, que mixtura atención primaria/hospitales públicos tradicionales o autónomos, del tercer sector y privados. Hemos planteado que el privado se especializa en prestaciones “intensivas en hotelería” o de alta complejidad, “intensivas en conocimiento”, logrando alta eficiencia, mientras que el Estado se hace cargo del resto, incluso del acceso de los sectores de menores recursos al alto costo. En estas emergencias –donde además las clínicas deben ser rescatadas-, la inequitativa distribución de riesgos alcanza niveles exasperantes.

4) Coordinación y control, hospitales y territorios.

Ya en lo que hace a la organización del sistema regional público, tal vez uno de los problemas más graves ha sido sacar a las ASL (de las que dependen al menos formalmente Caps y hospitales) de la gestión del municipio a favor de las regiones (Pacci, 2020). En realidad, cada región resolvió la cuestión de las escalas, la heterogeneidad y la coordinación a su modo. Pero lo que se verifica es que en el contexto de gran descoordinación, siguió la concentración de la atención en los grandes hospitales, se dio el deterioro general del modelo tradicional de médico de familia en consultorio individual, y se avanzó desordenadamente en una reforma que habilitaba a la constitución de nuevas formas de territorialidad, de la Ley Balduzzi (FQ, 2020; QS, 2020). Toda una estrategia nacional basada en incentivos que ya de por sí no parecía promover la prevención ni estimular el vínculo real y efectivo con el territorio (Medina y Narodowski, 2019; Paci, 2020).

Este diagnóstico es perfecto para Lombardia, donde la Región conserva sus funciones de gobernanza y actúa mediante 8 Ats territoriales. Y hay 27 Asst, los antiguos hospitales, que hacen su camino. El modelo ha sido muy cuestionado por su incapacidad de dominar a los actores. Eso dificultó el apoyo a la población en el aislamiento, la vigilancia activa con monitoreo cercano, la visita domiciliaria o por chat (Openpolis, 2020; The Bridge Foundation, 2020).

En el Véneto hay desde 2016 una “Azienda Zero” que tiene a su cargo la programación, el control, etc y 9 Ulss en el territorio que comandan a los proveedores del sistema público y privado (Amore, 2020). Este esquema –que responde como en toda Italia a una versión formal y burocrática del territorio y los vínculos sociales- parece haber dado más resultado.

Y quedan algunos temas en que los procesos son similares en toda Italia porque están permeados por los presupuestos y las normas nacionales:

5) Si ha degradado al personal sanitario y científico en general, que ahora muestra muchos gestos de solidaridad y movilización colectiva pero que venía muy desatendido, con salarios

inferiores a la mayor parte de los europeos. Por otro lado, la política de ajuste hizo que hubiera limitaciones a la contratación. Como resultado, hubo una reducción progresiva del personal de enfermería y de médicos, que además tienen un promedio de edad superior a la media europea. En paralelo naturalmente una fuga al exterior. Según los datos que cita el Tribunal de Cuentas de la OCDE (FQ,2020) el total de médicos italianos que se han ido asciende a 9000.

La situación general también hace lentas las inversiones en equipos.

6) Además de los problemas de coordinación ya mencionados, es fundamental mencionar la falta de planificación, lo que genera ineficiencias de todo tipo, procedimientos poco efectivos o inútiles, procedimientos superfluos en sectores pudientes, tickets inequitativos. Es que, como dice Saito (2020), los recursos disponibles son finitos el sistema debería definir con criterios explícitos el modo de gastarlos.

7) Un tema importante es la debilidad del sistema de información, antiguo, desintegrado y sin participación de unidades sanitarias y pacientes, además el retraso en la implementación del registro electrónico de salud (Paci, 2020).

8) Otro problema es la comunicación conservadora del sistema que contrasta con la velocidad de las redes.

Aclaración: debe decirse, que los primeros casos sucedieron el mismo día en ambas regiones, pero que mientras escribimos este artículo, Lombardía sumaba 934 contagiados confirmados y 166 muertos cada 100 mil habitantes, Véneto tiene 382 casos confirmados y 41 muertos siempre cada 100 mil. Las estrategias de esos primeros días fueron diferentes, Monacelli y Polo (2020) o Favero, Ichino, Rustichini (2020) lo explican bien, el excesivo rol del hospital y la falta de contacto con el territorio son una buena pista para entender lo sucedido, pero este no es el motivo de este trabajo.

Bibliografía

Amore A (2020) Ecco perché (e come) il modello sanitario del Veneto batte quello lombardo. <https://formiche.net/2020/03/modelli-sanitari-veneto-lombardia/>

Balducci M (2020) La sanità, il Covid-19 e gli standard Ue. 09/06. <https://formiche.net/2020/06/sanita-covid-19-balducci/>

Buendía I (2016) Las decisiones en las políticas de los modelos del servicio nacional de salud descentralizados: los casos de la Comunidad de Madrid y la región de Lombardía (2000-2014). Universidad Complutense de Madrid. Tesis de Doctorado <https://eprints.ucm.es/38040/1/T37322.pdf>

Braga G (2020) Sanità pubblica e privata in Veneto in relazione al Coronavirus. 20/04. <https://www.verona-in.it/2020/04/20/sanita-pubblica-e-privata-in-veneto-in-relazione-al-coronavirus/>

CERGAS-Bocconi (2013) Osservatorio sulla Sanità Privata Accreditata in Italia e in Lombardia. Rapporto di ricerca 2011-12.

https://www.unibocconi.eu/wps/wcm/connect/163bfb2-2a9a-4b9c-b6c1-21836a5ab948/Report+finale_OSS_2011-12.pdf?MOD=AJPERES

Pietrobelli G (2019) Veneto, Zaia pubblica su Fb i dati sulla sanità: “Nessuna privatizzazione”.

Favero C, Ichino A, Rustichini A (2020) Restarting the Economy While Saving Lives Under COVID-19. SSRN, 22 abril https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3580626

FQ (2020) Sanità pubblica, il Covid ci presenta il conto dei tagli effettuati. L'analisi della Corte dei Conti: “Così popolazione indifesa”. 30 de mayo. <https://www.ilfattoquotidiano.it/2020/05/30/sanita-pubblica-il-covid-ci-presenta-il-conto-dei-tagli-effettuati-lanalisi-della-corte-dei-conti-cosi-popolazione-indifesa/5818945/>

Federcontribuenti (2018) Un quinto della spesa sanitaria nazionale finisce in strutture private. 18 de settembre. <https://www.federcontribuenti.it/un-quinto-della-spesa-sanitaria-nazionale-finisce-in-strutture-private-il-25-dei-posti-letto-il-59-degli-ambulatori-e-il-78-delle-strutture-sociosanitarie-del-ssn-sono-di-privati-accreditati/>

Fondazione The Bridge (2020) Coronavirus in Lombardia. Emergenza gestita bene ma ci sono criticità da risolvere. QS, 19/6. www.quotidianosanita.it/lombardia/articolo.php?articolo_id=86354/

Funicelli A (2020) Report, l'affaire Covid: sanità privata e fondi pubblici. 26 maggio <https://www.agoravox.it/Report-l-affaire-Covid-sanita.html>

Giangrande A (2020) L'Italia allo specchio il dna degli italiani anno 2020. Versione Kindle.

Il definanziamento 2010-2019 del Servizio Sanitario Nazionale. Fondazione GIMBE, settembre 2019. www.gimbe.org/definanziamento-SSN.

La rivolta dei pazienti del pubblico. Pd: “Numeri falsi”. FQ, 29 Dicembre. <https://www.ilfattoquotidiano.it/2019/12/29/veneto-zaia-pubblica-su-fb-i-dati-sulla-sanita-nessuna-privatizzazione-la-rivolta-dei-pazienti-del-pubblico-pd-neri-falsi/5642153/>

Medina A y Narodowski P (2019a) Enfoques y herramientas para el gobierno de la salud. Comparación internacional en el nuevo contexto de las redes. Miño y Dávila editores.

Medina A y Narodowski P (2019b) Escalas, territorio y construcciones relacionales, implícitas en los debates y el diseño efectivo de las políticas públicas de la posguerra y actuales, en el centro y en la periferia: el caso de las políticas de salud. Revista Ciencia y Tropic Nro 43. <https://periodicos.fundaj.gov.br/CIC/article/view/1846>

Ministero della economia e delle finanze (2019) Il monitoraggio della spesa sanitaria. Roma, luglio. www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1842686.pdf

Monacelli T, Polo M (2020) Covid-19, ecco le differenze tra Lombardia e Veneto. Quadrimestrale Start Magazine, Marzo-Giugno. <https://www.startmag.it/mondo/covid-19-lombardia-veneto/>

Openpolis (2020) Veneto, chi sta gestendo l'emergenza Covid-19 Coronavirus. Openpolis, 27 Maggio. <https://www.openpolis.it/veneto-chi-sta-gestendo-lemergenza-covid-19/>

Paci E (2020) Lezioni di una pandemia: note per la ripartenza e il cambiamento. <https://www.scienzainrete.it/articolo/lezioni-di-pandemia-note-ripartenza-e-cambiamento/eugenio-paci/2020-05-31>

QS (2020) Lombardia. Medici di famiglia scrivono al nuovo Dg Salute Marco Trivelli: “L’impostazione del ‘quasi’ mercato va abbandonata”. 22 giugno. www.quotidianosanita.it/lombardia/articolo.php?articolo_id=86423

Re S (2020) La risposta italiana contro l'epidemia. Scienza inRete, 18 marzo. <https://www.scienzainrete.it/articolo/risposta-italiana-contro-lepidemia/simona-re/2020-03-18>

Saito C (2020) Salvaguardare l’uguaglianza anche nel diritto alla salute. 19.3. <https://ilmanifesto.it/salvaguardare-luguaglianza-anche-nel-diritto-alla-salute/>