

# ***Per un millor Sistema Públic de Salut***

## **RESUM, CONCLUSIONS I PROPOSTES**

### **1.EL SISTEMA SANITARI PÚBLIC CATALÀ I EL FUTUR DE L'ICS**

#### **RISCOS: Resum de l'anàlisi del sistema i de les modificacions en curs:**

La no aplicació de l'estructura prevista a la Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya (LOSC) pel nostre Sistema Nacional de Salut (SNS) afegida a les pugnes de poder social, institucional (patronals, entitats) i territorial dins del mateix, han generat:

- Un abandó de responsabilitats de planificació i direcció del Servei Català de la Salut (SCS), inclosa la no estructuració del "model xarxa", incomplint la LOSC i els propis decrets de creació d'un sistema integral (SISCAT)
- Un sistema de relacions entre les entitats del SNS, que respon a un model de "mercat relacional", de relacions pel poder social entre persones que hi tenen responsabilitats. Un "sistema magma" gens transparent, contrari a les sinèrgies
- Un augment continu d'entitats de provisió de serveis sanitaris (112+privades)
- Un model territorial pròxim però desequilibrat en població, serveis i finançament
- Predomini de l'atenció hospitalària sobre la primària i la promoció de la salut

Malgrat aquests defectes Catalunya ha disposat, gràcies als professionals, d'un excel·lent sistema de salut. Però, d'aprovar-se la Llei d'agilització i reestructuració administrativa, amb canvis a LOSC i Llei de l'ICS, afegit als canvis ja introduïts el juliol (DOGC 29-7-11), els defectes senyalats s'accentuaran i tindrem un model que:

- Es contradirà absolutament amb el primer principi de la LOSC: *Concepció integral i integrada del sistema sanitari a Catalunya, fent especial èmfasi en la promoció de la salut i la prevenció de la malaltia*
- Serà un model en xarxa de relacions institucionals mercantils i de favors
- S'incrementaran, encara més, els costos per reiteració de funcions i activitats no directament assistencials dins del sistema i la dificultat de generar sinèrgies
- Es podran transferir activitats de l'ICS a d'altres entitats públiques o privades. Personal de l'ICS es podrà veure forçat a passar a dependre d'entitats privades
- L'ICS deixarà de ser una entitat pública que presta exclusivament serveis públics de salut per passar a ser un conglomerat empresarial al servei d'un mercat sanitari de serveis públics, privats, beneficis ocults i lucre explícit.
- Tota la sanitat pública podrà prestar serveis complementaris i/o amb menys espera a pacients que ho paguin de forma privada. També amb lucre
- El trossejament de l'atenció primària de l'ICS dificultarà greument que l'AP exerceixi la seva funció - indispensable per l'eficiència del conjunt del sistema – de protagonista en la gestió de la demanda assistencial de la ciutadania
- Accentuarà les desigualtats existents (del 300% en finançament de processos)

Aquesta perspectiva, unida a les retallades indiscriminades en serveis i retribucions, representen altes possibilitats d'un enfonsament del sistema de salut de Catalunya.

## PROPOSTES

1. **Plena transparència adoptant un model de “dades obertes”**: totes les dades d'activitat i econòmiques amb identificació dels centres i entitats on es generen i explicació dels indicadors que s'hi elaborin han de ser d'accés públic, creïbles, comparables i fàcilment interpretables.

2. **Redefinir el nostre Sistema Nacional de Salut (SNS)** mitjançant una adscripció contractual al Servei Català de la Salut - segons el que està establert en l'art. 5 de la LOSC - d'entitats públiques i, si són privades, que jurídica o estatutàriament no puguin distribuir beneficis entre propietaris i/o directius:

**Per part de les entitats, compromisos contractuals sobre:**

- Lleialtat als principis informadors del nostre sistema (LOSC art 2, LGS art 3) particularment pel que fa a la no generació de demanda innecessària, promoció i prevenció en salut i cohesió social. Indicadors controlables
- Transparència plena, amb exigència del model de dades obertes
- Incompatibilitats definida de càrrecs, de cap de servei cap amunt
- Adaptació a un model comú de gestió corporativa en relació als professionals i al sistema d'informació sanitari i de salut del SNS
- Adopció obligada de pautes i instruments a establir pel SCS per afavorir sinèrgies, concentrar terciarisme, fusionar serveis d'especialitats clíniques, administratius, de tractament de la informació i logístics
- Límits en l'endeutament.
- Sancions a entitats o persones per incompliments en aquest contracte

**Per part del SCS i de les Agències existents en el SNS, normes al DOGC sobre:**

- Rendició de comptes del sistema amb les pautes de transparència i detall de la Proposta anterior i indicadors associats als principis informadors esmentats, en particular el referit a *“Equitat i superació de les desigualtats territorials o socials per a la prestació dels serveis sanitaris”* (LOSC art 2,f).
- Reforma del model de concerts i dels seus paràmetres econòmics per assolir el mateix principi
- Necessitat de planificar i complir i fer complir lo planificat, també amb els corresponents indicadors i resultats
- No renovació de concerts de prestació serveis amb entitats que no puguin o no vulguin signar un contracte d'adscripció al SCS o l'incompleteixin.

3. **Reforma del model territorial i de cooperació o integració de serveis** per a que:

El principi de l'art 2, apartat f de la LOSC, ara transcrit, sigui assolible de forma eficient i controlable per la ciutadania. Per aquests efectes és necessari que les regions, territoris i/o sectors sanitaris coincideixin amb demarcacions electorals o agrupacions clares de les mateixes

L'AP pugui exercir eficientment la seva funció de protagonista en la gestió de la demanda assistencial de la ciutadania

4. **Impulsar pautes d'autonomia de gestió** dels centres i serveis dins d'una mateixa entitat compatibles amb pautes de generació de sinèrgies per a les que, per l'adequada utilització dels mitjans tècnics disponibles, pot ser convenient la fusió d'entitats. No està justificat i seria contraproduent el trossejament de l'ICS

5. **Reforma del model de participació** d'entitats, centres, professionals sanitaris (Ley 44/2003), altres treballadors de la sanitat i ciutadania en els òrgans de direcció o participació del nostre Sistema Nacional de Salut **que respongui a un model de participació democràtica**

6. **Anul·lació de les normes que contradiuen aquests propostes** i retirada de les corresponents en el *projecte de llei d'agilitat i reestructuració administrativa* en tràmit parlamentari en aquests moments.

7. **Prendre com a punt de referència a tenir en compte** per les reformes convenients les propostes de “l'Informe Vilardell” 2005 i els treballs del **Fòrum de la Professió Mèdica** del COMB recentment realitzats.

## **2. UNA ASSISTÈNCIA PRIMÀRIA DE SALUT EIX DEL SISTEMA SANITARI RISCOS de tenir una APS dèbil i de la disminució de recursos**

L'Atenció Primària de Salut (APS) dona els serveis sanitaris bàsics a la població i es responsabilitza de la coordinació del conjunt de l'atenció que rep el ciutadà quan han d'intervenir serveis especialitzats. Aquestes funcions les pot fer perquè la seva estructura i els seus professionals ofereixen: gran accessibilitat, longitudinalitat, continuïtat i integralitat en una relació personalitzada. Tot i la seva importància, només té assignat un 17% del pressupost sanitari total. La debilitat de l'APS que comporta el reduït pressupost i la seva supeditació a l'atenció hospitalària es pot agreujar si no es prenen mesures de potenciació decidida i efectiva dels seus serveis i recursos. Els riscos per a la població són:

-Disminució de l'accessibilitat (element clau de la qualitat i la resolució de l'APS) amb el conseqüent retard diagnòstic i augment de les visites als serveis d'urgència hospitalaris.

-Saturació de serveis amb menor resolució i més necessitat de re-consultes amb el corresponent augment de cost econòmic.

-Menys temps per pacient, menys escolta, menys contenció i menor precisió diagnòstica.

-Una assistència més orientada a donar resposta a les demandes immediates en detriment de l'atenció a les necessitats: activitats preventives, educatives i de seguiment, activitats comunitàries i de coordinació entre serveis. Els resultats en salut es veuran a mig-llarg termini.

-Un major cost social: més patiment, més desplaçaments, més dies de baixa laboral i més despesa familiar en serveis privats

### **PROPOSTES**

1. **Serveis sanitaris integrats de base comunitària.** Gestió i traspàs dels recursos dels programes preventius de base comunitària a entitats pròpies de l'APS. Atenció Primària com coordinadora del pas dels pacients pels diferents serveis assistencials

2. **Gestió per l'APS de tots els professionals que presten serveis d'atenció directa o de suport a l'atenció primària:** llevadores, fisioterapeutes, psicòlegs, cribratge ocular. atenció preventiva al viatger, etc.

3. **Atenció continuada i urgent d'accés lliure per part del ciutadà per dispositius propis de l'APS.** El nivell hospitalari hauria de fer-se càrrec només de l'atenció urgent complexa i la derivada per l'APS. L'atenció a les emergències hauria d'estar centralitzada en el SEM (Servei d'Emergències Mèdiques: 061 o 112.)

**4. Participació d'APS en la gestió de la llista d'espera per proves complementàries.** L'accés a la visita d'especialistes ha de requerir una sol·licitud de consulta del metge o metgessa d'atenció primària, amb mecanismes de prioritització al seu abast. **El metge o metgessa especialista i l'hospital ha de ser de lliure elecció per part dels i les professionals d'APS d'acord amb el pacient.**

**5. Consolidar els mecanismes de coordinació entre APS i atenció especialitzada** que doni el suport necessari per al seguiment de les patologies cròniques i els malalts complexos a nivell d'AP, amb capacitat de decisió per part d'aquesta. Utilització de Sistemes d'informació compatibles i compartits

**6. Atorgar autonomia de gestió a cada EAP,** amb participació efectiva en la selecció de professionals i en la gestió econòmica, objectiu assolible sense crear necessàriament noves empreses. Autonomia que comporta corresponsabilitat de tot l'equip de professionals amb els objectius de la organització.

**7. Participació efectiva de professionals de l'APS en l'elaboració de tots els plans i programes d'actuació sanitària** que impliquin a l'Atenció Primària.

**8. Revisar, definir i impulsar la cartera de serveis de salut comunitària** amb evidència científica d'efectivitat en termes de salut (prevenció, promoció, control, etc.) Definir les funcions dels diversos professionals de la salut en les tasques d'atenció sanitària i de salut comunitària.

9. A l'assumir l'APS més funcions assistencials i de salut pública s'haurà de **dotar a dels recursos necessaris per ha fer-hi front.** En aquest sentit s'ha estimat que pot ser necessari un augment del percentatge del pressupost sanitari total per a l'APS, que actualment és del 17%, situant-lo al voltant del 25%

**10. Els professionals d'Atenció Primària han de treballar en equip,** han de disposar dels recursos econòmics, incentius laborals, conciliació familiar, etc que estiguin d'acord amb la qualitat i complexitat del seu treball. Han de disposar, a més a més del temps dedicat a l'assistència, de temps per la recerca, docència i formació continuada a càrrec del sistema públic (en cap cas a càrrec d'interessos comercials).

### **3. L'ATENCIÓ ESPECIALITZADA I EL HOSPITALS**

#### **RISCOS**

1. Malgrat els bons resultats globals del sistema sanitari, pensem que hi ha marge per a la millora mitjançant l'adaptació planificada dels principals factors de desequilibri, ineficiència i creixement de la despesa, la situació de crisi actual podria ser una oportunitat per millorar el sistema.

2. La quantitat, diversitat i varietat jurídica de proveïdors de serveis assistencials, és un fort risc d'insostenibilitat i ineficiència del sistema públic de salut

3. El sistema assistencial centrat en l'hospital i l'atenció especialitzada, és un sistema més ineficient i menys sostenible que el basat en la salut pública i l'atenció primària

4. Les dificultats de coordinació i col·laboració actuals entre els diversos nivells assistencials: Atenció Primària i Salut Comunitària, atenció Especialitzada Hospitalària, Soci sanitària, salut mental i serveis socials, son també greus dificultats a l'eficiència i sostenibilitat.

5. Els sistemes de contractació de proveïdors, els sistemes de pagament per activitat, les polítiques d'incentivació dels professionals, la política de medicaments, compres i manteniments són encara molt millorables

6. Catalunya no necessita créixer en nova inversió hospitalària, ni en ampliacions, però si s'han de preveure substitucions de les estructures obsoletes.

7. Tal com recomana l'evidència disponible, les diverses modalitats d'inversió que s'han vingut desenvolupant han d'estar sotmeses a un rigorós control cost-eficiència, atès que els models PFI avaluats mostren increments importants del cost aplaçat pels sistemes públics

**PROPOSTES per una atenció hospitalària pública, innovadora, de qualitat, eficient i més integrada en el conjunt de la xarxa assistencial.**

**Els hospitals davant els nous reptes de l'atenció poblacional i de l'eficiència i sostenibilitat: Flexibilitzar les seves estructures organitzatives i adoptar les millors experiències per a respondre a nous models d'atenció:**

1. Continuïtat de l'atenció i resolució territorial: L'atenció amb orientació comunitària ben coordinada amb l'Atenció Primària de Salut

2. Gestió eficient de les àrees i dispositius d'atenció de les curtes estades, hospitals de dia, àrees postoperatòries,... organitzades d'acord al nivell i intensitat de cures i amb intervenció de diverses especialitats.

3. L'ús de les tecnologies de la comunicació i la xarxa d'informació clínica compartida amb l'Atenció Primària per a disminuir proves i visites innecessàries i afavorir polítiques racionals de medicament amb l'extensió de recepta electrònica

4. L'optimització dels recursos i les economies d'escala: Els serveis centrals de Diagnòstic per la Imatge i Laboratoris han de constituir àrees unificades de servei territorial als diversos proveïdors i nivells assistencials.

**L'ordenació del terciarisme i l'optimització dels recursos d'alt cost**

5. La planificació i els escenaris de tendències per a la gestió del terciarisme

6. L'avaluació de resultats qualitatius, núm. de pacients tractats i costos per a seguiment i presa de decisió

7. La col·laboració entre equips professionals i els serveis compartits, en aplicació de les recomanacions del Consell de la Professió Mèdica

**Promoure les aliances i la integració de serveis entre hospitals diversos, amb especial èmfasi en els que són de provisió pública d'un mateix territori, evitant duplicitats d'oferta, optimitzant els recursos i reduint burocràcia.**

8. Els lideratges i els resultats d'activitat i qualitat com a instrument per a concentrar processos d'atenció

9. L'avaluació crítica compartida dels múltiples processos d'integració-fusió en les experiències internacionals per adoptar-ne els factors d'èxit i de millora a que s'han orientat

**El manteniment i la millora de l'accessibilitat als serveis i la gestió resolutiva de la demanda.**

10. Coordinació resolutiva amb l'Atenció Primària, sense generar més especialització de la demanda general.

11. Transparència i qualitat en la gestió de la llista d'espera, afavorint criteris homogenis i d'equitat en la inclusió de pacients i reubicació de recursos per les atencions clínicament prioritàries

12. Disminuir les esperes a urgències amb extensió de la gestió planificada de llits, els triatges, l'atenció per nivells de gravetat, la coordinació de dispositius territorials i l'evitació d'estímul pervers d'activitat en el contracte.

13. Establir garantia de temps en intervencions urgents en les que la demora ocasionarà situacions de fragilitat futura, com per exemple les fractures de fèmur de les persones grans.

14. Reforçar els sistemes de telemedicina i telemonitorització interhospitals

### **Gestió sistematitzada de la innovació i cultura de l'avaluació**

15. Reforçar l'Avaluació Tecnològica vinculant de l'SNS, a través de l'agilitació dels mecanismes previstos en la cartera de serveis bàsics i comuns.

16. Polítiques d'excel·lència en la Farmàcia Hospitalària i polítiques actives conjuntes amb l'atenció primària per avançar en criteris d'impacte poblacional de les innovacions, fins ara no tinguts en compte en les estratègies hospitalàries.

17. Cultura de l'avaluació com a eina per a la gestió clínica i assistencial, sobre la que l'organització i els seus professionals sustenten els processos de millora de la qualitat de l'atenció, la seguretat del pacient, l'eficiència de les diverses àrees i les polítiques de Direcció per Objectius i la rendició de comptes al sistema

### **Les TIC. Els sistemes de gestió de la informació clínica**

18. Aposta decidida i regulatòria dels sistemes d'informació clínica compartida per a fer possible els processos d'atenció integrats entre nivells i proveïdors assistencials.

19. L'aplicació d'eines de classificació de pacients i estratificació s'ha d'optimitzar per a tots els proveïdors del sistema.

20. La història clínica única i interactiva dels ciutadans.

### **Els i les professionals:**

21. Prioritzar els espais de participació i consens dels professionals dels hospitals mitjançant els òrgans corresponents. Els processos de reorganització vinculats als serveis i territori, les prioritats i necessitats formatives, el seguiment dels acords de gestió i de qualitat dels centres han de ser sistemàticament aportats als espais de debat professional.

22. La Direcció per Objectius incentivada com a instrument per a reforçar el compromís amb les prioritats de sistema públic dels contractes i dels acords de gestió

23. Carrera professional de reconeixement global en el conjunt del sistema públic

24. La cultura de la innovació: La participació dels professionals en la gestió sistemàtica de la innovació, l'adopció de les millors pràctiques basades en l'evidència i la translació dels resultats contrastats de la recerca a la pràctica clínica

25. La millora de la productivitat, el rendiment dels professionals i l'ordenació pactada de les activitats.

### **Pagament dels serveis i les inversions.**

26. Introduir un model de pagament que afavoreixi la resolució en el nivell comunitari, que reconegui l'expansió de l'activitat d'assessoria i consulta telemàtica, així com la col·laboració interdisciplinària en processos intrahospitalar on l'output no és més activitat, que incentivi l'eficiència en el maneig de llits i quiròfans i reconegui els resultats qualitatius de l'atenció

27. El model ha de ser transparent i avaluable, amb garantia de manteniment de l'equitat i controlat pels òrgans de participació professional

28. El manteniment de la capacitat instal·lada, la renovació tecnològica gestionada i planificada han de ser una prioritat. És urgent que els hospitals públics de l'ICS puguin

adequar les seves partides de manteniment, al igual que la resta d'empreses públiques.

29.Catalunya no necessita créixer en nova inversió hospitalària, ni en ampliacions, però si s'han de preveure substitucions de les estructures obsoletes.

### **La governança i la gestió dels hospitals**

30.D'acord als principis de la LLOSC, el Departament de Salut/CatSalut té la direcció i govern del sistema públic de salut de Catalunya, estant dotats d'estructura descentralitzada territorialment per a dur-ho a terme. Simplificar i enfortir aquesta funció directiva del sistema, per a establir les polítiques coherents amb els principis de cohesió, equitat, eficiència i qualitat del sistema sanitari

31.L'autonomia de gestió dels hospitals i/o de les estructures de gestió territorial de les que formin part es una prioritat .

32.Els equips directius dels hospitals han de respondre de les estratègies encomanades pels òrgans de govern del sistema públic, responsabilitat dels quals és el nomenament dels Consells d'Administració.

33.L'ICS, tal com preveu la seva llei de conversió en empresa pública, ha d'adaptar, desconcentrar i descentralitzar la seva estructura de gestió, així com generar els mecanismes territorials de governança

34.Reforçar la participació de la ciutadania i dels professionals en la governança del sistema i dels hospitals o empreses territorials.

### **Els hospitals, la docència i la recerca**

35.Formar les noves generacions en gestió clínica, cultura d'organitzacions col·laboratives entre disciplines i nivells assistencials. Capacitat de col·laborar i plantejar aliances entre centres i nivells per a la docència i la recerca és una assignatura a desenvolupar

36.Seguir en el procés d'ordenació de la recerca a través dels instituts i gestió curosa dels estudis aprovats i els seus impactes en l'estructura assistencial

## **4.POLITICA DEL MEDICAMENT. UN EXEMPLE DE DESPESA IMPORTANT**

### **RISCOS**

#### **L'actual despesa en medicaments i el seu ritme de creixement anual és insostenible**

A Catalunya, l'any 2010, es varen facturar 151,6 milions de receptes de medicaments d'atenció extrahospitalària a càrrec del sistema de salut, un 2,7% més que l'any 2009. La despesa en medicaments de dispensació ambulatoria va ser de 1.849 M€ (un 1,9% menys que l'any 2009). Aquesta xifra suposa un 20% del pressupost del Servei Català de la Salut i ICS, No hi ha dades consolidades disponibles sobre despesa en medicació hospitalària. A l'ICS aquest darrer capítol va suposar 222,25 M€, de manera que es pot suposar que la despesa de medicació hospitalària a càrrec del CatSalut va ser d'entre 350 i 500 M€.

A Espanya i a Catalunya el consum de medicaments suposa entre un 25 i un 30% de la despesa sanitària total, un percentatge entre 5 i 15 punts percentuals més elevat que el d'altres països de la UE15. A principis dels 2000, a Espanya el % del PIB destinat a la despesa pública en medicaments va ser de'1,27 % mentre que la mitjana Europea va ser de 0,94 %

En els darrers 20 anys el cost dels medicaments per al sistema de salut ha crescut a taxes interanuals sempre més altes que l'IPC i que la despesa en sanitat, malgrat les diferents mesures aplicades pels successius governs: regulació de preus al 1964; copagament del 10% al 1967; del 20% al 1978; del 30% al 1979 i del 40% al 1980; nova regulació de preus al 1991, 1993 i 1997; llistes negatives, introducció de genèrics i preus de referència al 2000. L'any 2010 es va decretar una rebaixa de preus de 7,5% per als productes de marca i de 25% per als genèrics, i això ha determinat que fos el primer any en què la despesa farmacèutica va augmentar menys que l'IPC.

## **PROPOSTES sobre la política i gestió dels medicaments:**

**1. Selecció centralitzada dels medicaments i productes sanitaris més idonis per ser finançats** pel sistema públic de salut. A més dels criteris d'eficàcia i seguretat aplicats per a l'autorització de la comercialització, la decisió de finançar o no s'ha de basar també en l'efectivitat relativa al cost (cost-efectivitat) comprada entre les diferents alternatives disponibles.

**2. Negociació centralitzada dels preus** dels medicaments i productes sanitaris finançats a càrrec del SNS.

**3. Sistemes d'informació sobre medicaments i terapèutica propis del sistema de salut, independents de les companyies farmacèutiques i de tecnologies mèdiques, i integrats en les eines informàtiques** (història clínica electrònica i recepta electrònica).

**4. Formació continuada organitzada des del sistema de salut**, sense participació directa o indirecta (per empresa interposada) de les companyies farmacèutiques i de productes sanitaris. Deixar d'acreditar oficialment els cursos organitzats o patrocinats per companyies farmacèutiques.

**5. Prohibició de l'activitat comercial** sobre medicaments i productes sanitaris als centres del sistema nacional de salut.

**6. Regulació dels conflictes d'interessos** dels professionals sanitaris i dels directius: declaració obligatòria de conflictes d'interessos de qui en tingui, exclusió de les comissions farmacoterapèutiques o grups de treball relacionats dels professionals que declarin conflictes d'interessos, i inclusió d'una clàusula que prohibeixi cap situació de conflicte d'interès amb proveïdors potencials del sistema de salut en els nous contractes de metges i personal d'infermeria.

**7. Constitució de comissions farmacoterapèutiques a cada àrea de salut**, per tal de garantir la participació professional i la gestió clínica en terapèutica. Les seves funcions han de ser: seleccionar les recomanacions terapèutiques i els medicaments d'elecció, garantir i acordar la continuïtat assistencial entre hospitals, atenció especialitzada i atenció primària, desplegar i coordinar la formació continuada i fer un seguiment del consum de medicaments i els seus resultats i promoure la investigació clínica amb accent sobre els resultats clínics. Es urgent avaluar l'actual consum tan elevat d'estatines i de psicofàrmacs ja que Espanya és capdavantera en el món en aquest consum, el 85% destinats a les dones

**8. Establir sistemes d'incentius** sobre prescripció de medicaments i productes sanitaris i sobre activitats de formació continuada i recerca.

**9. Potenciar la participació de la ciutadania i les persones usuàries del sistema en aquestes polítiques.**



## 5.ATENCIÓ A LA SALUT MENTAL. PROPOSTES davant la crisi

Demanam aturar les retallades i avançar en la millora de la xarxa pública de salut mental, fer front a l'increment reconegut de la morbiditat psiquiàtrica, col·laborar en l'atenció dels patiments psicològics de la població i prendre mesures per racionalitzar l'encara deficient pressupost destinat fins ara a la salut mental. Per això, considerem que és necessari:

1. Vèncer i superar les resistències polítiques, ideològiques i teòriques que frenen i obstaculitzen l'avenç d'un model públic de salut mental centrat en la persona, equitatiu i de qualitat.
2. Dir no a les retallades ("Injustes, ineficaces i inapropiades": Canviem Europa!.Manifest europeu contra la política anticrisi neoliberal) i sí a la revisió a l'alça de la tributació de les rendes altes. Reforma de la política fiscal amb persecució seriosa del frau fiscal. Informació per part de l'administració, de l'abast real de les eventuais retallades.
3. Dir no a la reducció pressupostària en salut mental, la qual cosa podria representar una versió d'allò de "socialitzar les pèrdues (en el cas salut) i privatitzar els guanys". Tot tenint en compte el baix percentatge històric que representa el pressupost destinat a la salut mental dins del pressupost general de Salut.
4. Dir no a la privatització d'entitats i serveis. La xarxa de salut mental, per raons tècniques, d'eficiència i justícia, ha de ser d'ús i de gestió pública i adreçada al bé comú de la salut de la totalitat dels ciutadans.
5. Restabliment de la persona, ens biopiscosocial, com subjecte del coneixement i de l'atenció. Revisió crítica del model biomèdic com a mètode privilegiat i excoent d'estudi, classificació diagnòstica i tractament del problemes psicològics i psiquiàtrics.
6. Increment del percentatge destinat a salut mental dins del pressupost sanitari.
7. Disminució percentual sensible del pressupost destinat a l'hospitalització psiquiàtrica.
8. Disminució de la despesa derivada de l'alt consum de psicofàrmacs (no sempre indicat, els antidepressius!).
9. Fonamentació de l'assistència segons la conceptualització de la Funció Psicoterapèutica. Progressiva instauració de les intervencions psicoterapèutiques indicades des del Programa de Psicoteràpia a la xarxa pública de SM i Ad, a la Primària de Salut i a la xarxa especialitzada de Salut mental. Extensió de les tècniques específiques de psicoteràpia. Supervisió i suport dels equips terapèutics, tant a nivell de la primària de salut com de la especialitzada.
10. Rectificar la tendència a un aprimament de l'Administració i a una desregulació en la provisió i normatives dels serveis.  
Millora i enfortiment dels òrgans de planificació, direcció i gestió, superant les tendències hospitalocèntriques i reconeixent normativament i materialment a l'atenció primària el caràcter de centre de referència i gestió en el seguiment dels processos mèdicoadministratius i terapèutics.
11. Defensar i millorar la gestió i funcionament dels serveis, segons els principis de la territorialització, d'uns sectors geodemogràfics d'atenció assumibles pels equips professionals i a l'abast de la població. Vetllant per la assignació dels suficients recursos materials i administratius, així com d'una coordinació i supervisió que faci possible un bon funcionament de la xarxa de salut mental segons els principis d'atenció integral, orientació comunitària i plantejament assertius recollits al PDSMiAd.
12. Avançar en la instauració i millora dels òrgans d'assessorament i participació dels usuaris, familiars i ciutadans.

Finalment, proposem la constitució d'una taula amb la representació dels diferents sectors implicats, per la discussió, elaboració i consens de mesures responsables davant la situació de crisi plantejada

## **6.LA PERSPECTIVA BIO-PSICO-SOCIAL A LA SALUT. DIFERÈNCIES I DESIGUALTATS DE GÈNERE.**

Els diferents factors que intervenen a la salut responen a aspectes biològics, psicològics, socials, culturals, de gènere i medi ambientals. Aquest model biopsicosocial permet entendre com afecten a la salut les condicions de vida i de treball, incloent l'anàlisi de les diferències i les desigualtats que es generen pel fet que dones i homes ens construïm com a persones en una societat que atribueix rols ben diferenciats per a uns i altres. Tanmateix aquest model obre les possibilitats de reconèixer els propis recursos per a fer front als malestars i les malalties.

### **RISCOS**

El model sanitari actual no és capaç d'entendre i d'escoltar els malestars de les persones en la seva totalitat i genera un estrès en el personal sanitari (especialment en les dones) que representa un dels riscos laborals més importants. La ciència mèdica actual és androcèntrica, utilitzant l'home com a objecte i centre d'estudi que no té en compte la morbiditat femenina diferencial, per aquest model la salut no és inherent al mateix cos o a la persona, el cos es veu fragmentat i sembla que el seu objectiu sigui viure costi el que costi, sense anteposar la qualitat de vida i el benestar de les persones. Sota aquest model el que sap de la nostra salut és el professional i no qui habita el cos.

La salut de la població està empitjorant degut a la privatització dels serveis públics de salut, a la disminució d'altres recursos socials, especialment els de suport a la cura de les persones, i a l'actual sobrecàrrega i desorganització dels serveis assistencials.

L'actual model assistencial medicalitza en excés, especialment a les dones. El diferencial de consum de les dones amb els homes en els medicaments per al dolor significa casi el doble. Aquest diferencial és encara major en el consum de tranquil·litzants, relaxants i pastilles per a dormir, en el que el percentatge de dones amb el consum excedeix en més del doble al percentatge obtingut en homes. D'altra banda s'invisibilitzen els recursos que aporta la ciutadania (majoritàriament dones) per a l'atenció i la cura de la salut.

### **PROPOSTES**

Les prioritats en l'atenció a la salut han de ser definides a partir de les necessitats reals de la població, amb la participació dels i les professionals i de la ciutadania. La salut com a procés d'autonomia personal, solidària i joiosa, ha d'impregnar tota la organització i les professions sanitàries en la seva actuació i també l'educació de la ciutadania.

Les diferències en salut de dones i homes s'han de tenir en compte a l'hora de definir objectius en tots els nivells de planificació, organització, assistencial, de recerca i docència.

Introduir la coordinació, entre els sistemes de salut i benestar principalment, però també amb altres àrees que afecten a la vida i a la salut (àmbit laboral, medi

ambient...) com un element imprescindible, en un procés continuat que permeti desenvolupar plans i procediments que actuïn com un mitjà no com un objectiu.

Incloure en la relació terapèutica la dimensió psíquica i emocional de la persona, reduir la medicalització excessiva (especialment en el cas de les dones) i potenciar l'atenció terapèutica basada en la paraula i en l'escolta activa, tant o més eficaç per millorar la salut i la qualitat de vida.

Afavorir l'apoderament de les persones usuàries mitjançant la seva participació en la presa de decisions i promoure la reflexió individual i col·lectiva sobre com volem envellir.

## **7.LA SALUT EN TOTES LES POLÍTIQUES. Conclusions i propostes**

Per poder disminuir les desigualtats en salut és necessari tenir en compte la “Salut en totes les polítiques”, el que implica reconèixer que la salut està fortament influenciada per l'entorn, per com les persones viuen, treballen o gaudeixen el seu temps d'oci. A més, aquestes condicions de vida no depenen exclusivament de decisions individuals sinó que estan determinades per factors socials, culturals, econòmics o mediambientals. En conseqüència, les decisions polítiques que influeixen sobre la salut de les persones no només, ni de manera més significativa, són les relacionades amb els serveis o les polítiques sanitàries, sinó fonamentalment les preses en altres àmbits públics i privats, polítics i civils. La “Salut en Totes les Polítiques” suposa identificar i actuar sobre els determinants de la salut presents en àmbits no sanitaris com l'educació, el mercat de treball, l'urbanisme, l'habitatge o les polítiques d'immigració, entre d'altres, en els que es generen o transmeten desigualtats socials. Per tant, per poder portar a terme l'enfocament de STP, és necessària la implicació dels diferents sectors dels governs, així com de la població civil i altres agents implicats.

### **PROPOSTES**

-Les causes o determinants de la salut i de les desigualtats en salut són les condicions socials, econòmiques i polítiques en què les persones neixen, creixen, viuen, treballen i envelleixen i, per tant, la salut no sempre depèn de les persones individuals.

-Les diferents oportunitats i recursos relacionats amb la salut que tenen les persones en funció de la seva classe social, gènere, territori o ètnia, es tradueixen en una pitjor salut per part dels col·lectius socialment menys afavorits

-En una crisi com l'actual, empitjoren les condicions de vida de les persones i, per tant, es deteriora la salut dels grups més vulnerables.

-La millora de la salut de la població i la reducció de les desigualtats en salut s'han d'abordar mitjançant polítiques que tinguin en compte aquestes causes socials el que implica abordar la “Salut en totes les polítiques”, o sigui, tenint en compte altres sectors (educació, el mercat laboral, l'urbanisme, l'habitatge o les polítiques d'immigració, entre altres), apart del de salut.

-Les propostes de la *la Comisión para Reducir las Desigualdades en Salud en España* són útils per poder posar en marxa intervencions per reduir les desigualtats en salut.

-Per altra banda, l'existència del Sistema Nacional de Salut universal per tota la població garanteix la igualtat d'accés a igual necessitat. És important mantenir-lo i enfortir-lo per garantir l'equitat i, sobretot, mantenir el seu funcionament òptim en moments de crisi com l'actual.

## **8. Conclusions EIXOS DE LA NOVA CULTURA DE LA SALUT:**

Reivindiquem un nou enfocament i abordatge de la salut entesa com es deia al X Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana, celebrat a Perpinyà al setembre de 1976: *“LA SALUT ÉS AQUELLA MANERA DE VIURE QUE ÉS AUTÒNOMA, SOLIDÀRIA i JOIOSA”*. Aquesta concepció no és compatible amb l'acceptació acrítica i submissa dels principis i polítiques neoliberals avui en plena expansió i imposició.

Ens neguem a l'adequació de la salut i la sanitat públiques a la dictadura dels mercats i al pensament neoliberal. La pervivència del Sistema Públic de Salut requereix la preservació i blindatge del que és públic, tant des del punt de vista de titularitat, objectius, gestió i control, i per tant requereix de la més alta qualitat democràtica i d'una participació social activa i apoderada.

Per una tal bona pràctica i en l'horitzó d'una Nova Cultura de la Salut, proposem:

**1) Desmercantilitzar la salut pública i l'atenció sanitària del control privat** i la influència del neoliberalisme i el complex industrial biomèdic- farmacèutic. NO a cap nou tipus de CO/RE/pagament.

**2) Desbiomedicalitzar la salut** proposant avenços en l'educació, la prevenció, la humanització i l'atenció de la salut a través d'una integració dels aspectes biològics, psicològics, socials i mediambientals, en una visió integral de la salut. Igualment **desbiomedicamentitzar** la salut lluitant contra la falsa concepció de l'existència d'un fàrmac per a cada malestar o patiment.

**3) Integrar l'atenció sanitària dins de la salut pública fent un èmfasi especial en la prevenció primària** de la malaltia i la promoció de la salut.

**4) Cal aconseguir que el lema de “Salut en totes les polítiques” sigui més real i útil que mai.. Cal explicar què és i garantir l'EQUITAT en salut. Vigilar i proposar polítiques** per canviar els principals Determinants de la salut i de l'equitat, tal i com recomana la Comissió de l'OMS de Determinants de Salut.

**5) Cal fer èmfasi en l'equip i el treball col·lectiu** com un conjunt humà i un col·lectiu de salut que treballa transversalment i a tots els nivells els aspectes sanitaris i socials.

**6) Promoure el reconeixement del paper imprescindible que han de jugar els agents educatius (escola formal i no formal) en la promoció de la salut de la comunitat.**

**7) Incloure de forma cada vegada més considerada el determinant de salut que és el medi ambient i urbà** (amb l'habitatge, gairebé com “la nostra tercera pell”).

**8) Democratitzar la salut pública i l'atenció sanitària amb participació de la població.** La participació ciutadana millora la salut de la població de forma directa, per la mateixa acció i implicació de les persones, i indirecta, per l'impuls d'objectius. **La**

**nova cultura de la salut entén que la participació ha de ser lliure, amb veu pròpia, ha de constituir un autèntic poder fort, responsable, apoderat, amb propostes de suma i/o alternatives. Sols així té sentit parlar de participació de la societat civil.**

**Per tant aquestes són les línees a desenvolupar en la Nova Cultura de la Salut:**

- 1.- DRETS de les dones a la salut des d'una perspectiva de gènere.**
- 2.- DRET específic d'empara de les persones més desvalgudes i maltractades**
- 3.- DRETS a la salut laboral i a combatre riscos i malalties laborals i ambientals.**
- 4.- DRET a un tracte digne per tothom i a NO expulsar els i les malalts/es afectats/des per patologies "emergents", mal resoltes, insuficientment tractades, o senzillament poc investigades**
- 5.- DRET a alliberar-nos de les intoxicacions del neoliberalisme econòmic.**
- 6.- DRET a un tracte humà.**
- 7.- DRET a gaudir d'un Sistema Nacional de Salut Públic, l'únic que pot garantir l'equitat, desmuntant el tòpic de la seva insostenibilitat i gratuïtat.**
- 8.- DRET, a la fi, a viure d' una manera autònoma, solidària i joiosa.**

El Document *Per un millor Sistema Públic de Salut* és fruit dels debats organitzats pel Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris (CAPS) amb la participació de professionals de la salut i ciutadans i ciutadanes a títol individual o pertanyent a altres organitzacions: Dempeus per la Salut, FoCAP, ACDSP-FADSP, GREDS-EMCONET (UPF), Fundació CCSM

Podeu trobar sencer a la web del caps [www.caps.cat](http://www.caps.cat)

**CAPS**  
**Paris 150 12**  
**08036 Barcelona**  
**caps@pangea.org**  
**Tel 933226554**